

Retningslinjer for HIV behandling af gravide

Antiretroviral behandling af gravide (revideret januar 2010)

- Hovedparten af den vertikale smitte foregår sent i graviditeten.
- Antiviral kombinationsbehandling reducerer smitterisikoen til under 1 %.
- Reduktion af vertikal transmission ved elektivt sectio, hos patienter med et viral load > 1000 kopier/ml.
- Betydelig risiko for vertikal transmission ved amning.
- Sandsynlighed for vertikal transmission aftager, jo lavere HIV-RNA der findes hos mater.
- Optimal antiretroviral behandling reducerer risiko for udvikling af resistens.
- Den initiale antiretrovirale behandling har betydning for prognosen mange år frem.
- Fosterskader i forbindelse med antiretroviral behandling af mater er ikke dokumenteret med sikkerhed. Der foreligger resultater fra forsøg på aber, der viser øget risiko for fosterskader i behandling med efavirenz.

Behandling

En arbejdsgruppe under Dansk Selskab for Infektionsmedicin anbefaler følgende:

1. Gravide HIV-positive, som er i antiretroviral behandling på konceptionstidspunktet, og som ønsker at fortsætte graviditeten, fortsætter som hovedregel den allerede instituerede behandling. Om muligt udskiftes kombinationen didanosin/stavudin, ligesom efavirenz udskiftes. Barnet behandles i fire uger efterfødslen med peroral zidovudin. I de få tilfælde hvor virus mængden ikke er under detektionsgrænsen ved fødslen behandles der med i.v. zidovudin intrapartum.
2. Gravide HIV-positive, som opfylder sædvanlige kriterier for antiretroviral behandling (CD4 < 350 mio/l og/eller kliniske symptomer), påbegynder trestof antiretroviral behandling omkring uge 14, medmindre den kliniske tilstand kræver akut behandling, og fortsætter postpartum. Som antiretroviral behandling i denne situation anbefales kivexa (hvis B5701 negativ) eller combivir i kombination med enten lopinavir/ritonavir eller atazanavir/norvir. I de få tilfælde hvor virus mængden ikke er under detektionsgrænsen ved fødslen behandles der med i.v. zidovudin intrapartum. Barnet behandles efter fødslen i fire uger med peroral zidovudin. Gravide HIV-positive, som ikke opfylder sædvanlige kriterier for antiretroviral behandling, påbegynder trestof antiretroviral behandling efter første trimester og inden tredje trimester. Behandling i øvrigt som anført under pkt. 2.
3. Maters antiretrovirale behandling kan i nogle tilfælde seponeres efter endt graviditet, afhængig af immunstatus og motivation.
4. Gravide, som konstateres HIV-positive meget sent i graviditeten, behandles med trestofs antiretroviral behandling som under punkt 2.
5. HIV-positive gravide tilbydes forløsning ved elektivt sectio. Patienter med viral load < 1000 kopier/ml kan ud fra individuelt skøn føde elektivt vaginalt.
6. Alle HIV-positive kvinder frarådes amning.