

HIV hos gravida och profylax till det nyfödda barnet

Bakgrund

Hiv är en kronisk sjukdom. Med adekvat antiretroviral behandling (ART) är man minimalt smittsam och risken för virusöverföring från mor till barn bedöms som mycket låg om nedanstående riktlinjer tillämpas. En obehandlad/otillräckligt behandlad hivinfekterad person däremot, smittar via blod och andra kroppsvätskor.

Handläggning av en gravid kvinna med hivinfektion sker i samarbete mellan obstetriker, infektionsläkare, barnmorska, barnläkare och kurator.

Smittsamhet

Risk för överföring av hiv från mor till barn utan behandling är 15–25% där den största överföringen sker i tredje trimestern och under själva förlossningen. Bara amning enskilt ger en riskökning på 10–15 % hos obehandlade kvinnor. Hög virusmängd är den enskilt viktigaste riskfaktorn. Med effektiv ART samt nedlagd amning har risken sjunkit till <0,5 %. I första hand rekommenderas vaginal förlossning till kvinna med välbehandlad hivinfektion oavsett graviditetslängd.

Positivt hivtest i screening hos barnmorska

Nyupptäckt hivinfektion

Barnmorska som mottar provsvaret kontaktar först Infektionsmottagning 2 (telefon 156 23 alt 126 24) för att boka läkarbesök där samma eller nästföljande dag. Om möjligt bör fredagar undvikas.

Därefter ordnar barnmorskan ett läkarbesök på Specialistmödravården (SMVC) där patienten ges en första kort information om provsvaret. I direkt anslutning går patienten sedan till läkarbesöket på Infektionsmottagning 2 för kompletterande information, konfirmationsprov och kontakt med kurator. Smittskyddsanmälan görs av infektionsläkaren.

Känd HIV-infektion

Se flödesschema nedan för detaljer. Tidigt läkarbesök i graviditetsvecka 11–12 för planering vid SMVC samt fortlöpande kontroller vid SMVC och Infektionsmottagning 2. Viktigt att prov för klamydia och gonorré (samma PCR-rör), hepatit B och C erbjuds enligt basprogram. Om gc-PCR positiv måste odling tas i efterhand för verifiering av gc-stam. Cellprov bör också tas, om ej nyligen gjorts.

Kontroller under graviditet

Infektionskliniken

Behandling

En gravid kvinna med *känd* hivinfektion och välinställd behandling bör fortsätta med oförändrad ART regim eftersom läkemedelsbyten kan medföra risk för behandlingssvikt. Rilpivirin-innehållande produkter bör dock bytas ut på grund av risk för nedsatt effekt under graviditet. Detta gäller även produkter där cobicistat används som bostrare.

Vid **nyupptäckt** hivinfektion bör den gravida kvinnan starta kombinationsbehandling med ART så snart som möjligt, även under första trimestern och behandlingen bör fortsätta efter partus. Inga fosterskadande effekter av nedan rekommenderade ART finns dokumenterade. I första hand rekommenderas abakavir/lamivudin tillsammans med darunavir+ritonavir, alternativt abakavir/lamivudin eller TDF/emtricitabin tillsammans med efavirenz. Raltegravirbaserad behandling är ett alternativ. TDF rekommenderas framför TAF vid behandlingsstart under graviditet då dokumentationen för TAF under graviditet ännu är begränsad.

Provtagning

CD4-tal kontrolleras enligt ordinarie rutiner.

Hiv-RNA kontrolleras på alla gravida minst en gång per trimester och fr.o.m. graviditetsvecka 32 varannan vecka tills förlossning då ett nytt hiv-RNA ska tas.

Hiv-RNA kontrolleras cirka 3 veckor före eventuellt planerat kejsarsnitt samt i samband med förlossningen.

Kvinnokliniken

Kvinnan erbjuds att vara inskriven vid SMVC. Om hon så själv önskar får hon gå på vanlig barnmorskemottagning, men då viktigt med bra överrapportering. Kvinnan ska dock alltid ha en patientansvarig läkare vid SMVC under sin graviditet. Obstetriska kontroller utöver basprogram planeras individuellt. Om prenatal diagnostik önskas bör KUB-test rekommenderas i första hand. NIPT bör erbjudas för att minska behovet av invasiva ingrepp.

OM moderkaksprov alternativt fostervattenprov planeras bör hiv-RNA <150 kopior/mL föreligga, i annat fall bör ART i möjligaste mån optimeras för att nå detta mål innan ingreppet. Dialog med infektionsläkare inför ingrepp. **Yttre vändning av säte/tvårläge kan erbjudas om hiv-RNA <150 kopior/mL.**

Patientansvarig obstetriker ansvarar för att nevirapin och zidovudin beställs till förlossningen i tid, det vill säga 4–5 veckor före beräknad partus.

Behandlande infektionsläkare, BB och barnläkare informeras om och när tid för sectio bokas.

Barnkliniken

Barnläkare deltar på avstämningsmöte v 32 och informerar kvinnan om planerad vård för barnet.

Förlossning

Vaginal förlossning vid känd hivinfektion

Alla hivpositiva kvinnor ska vårdas på förlossningens infektionsrum (rum 9).

Vaginal förlossning rekommenderas i första hand till välbehandlad kvinna med **hiv-RNA <150 kopior/ml** oavsett graviditetens längd, om inga obstetriska kontraindikationer föreligger. Kvinnan tar sina ordinarie antiretrovirala läkemedel på vanliga tider - viktigt! Ingen kompletterande intravenös zidovudinprofylax (Retrovir®) behöver ges! Ett nytt prov för hiv-RNA tas av barnmorska då kvinnan kommer in med värkar, oavsett när senaste hiv-RNA är taget.

Obstetrisk handläggning och förlossningssätt vid prematur vattenavgång och vid vattenavgång i fullgången tid följer samma rutiner som hos icke hivpositiv kvinna.

Ovanstående förutsätter ett hiv-RNA som inte är äldre än 2 veckor och beslut avseende förlossningssätt taget av infektionsläkare preliminärt vid avstämningsmöte v 32. **I samband med förlossningsstart måste senaste hiv-RNA-resultat i Cosmic kontrolleras av barnmorska och förlossningsjour. Om hiv-RNA > 150 kopior/ml alternativt att kvinnan uppger att hon inte tagit sina läkemedel regelbundet MÅSTE kontakt med infektionsjour tas omgående för beslut om förlossningssätt och förstärkt profylax.**

Skalpelektrod och skalpprovtagning är alltid i princip kontraindicerat, liksom sugklocka. Om detta behövs informeras barnläkare omgående för ställningstagande till förstärkt profylax till barnet senast 4 timmar efter partus. Viktigt att ordination och läkemedel finns tillgängliga på förlossningen i god tid innan beräknad partus.

Eftervård på avdelning BB2.

Kejsarsnitt vid känd hivinfektion

Förlossning med kejsarsnitt rekommenderas **vid hiv-RNA > 150 kopior/ml** inför förlossningen. Kejsarsnitt planeras 1–2 veckor före beräknad partus med nedanstående behandling som förstärkt profylax. OBS! Om planerat kejsarsnitt sker på obstetrisk indikation med hiv-RNA <150 kopior/ml behövs ingen förstärkt profylax.

Om kejsarsnittet behöver utföras akut, alternativt om kvinnan inkommer i ett sent förlossningsskede och man bedömer att kejsarsnitt är riskfyllt att utföra ur ett obstetriskt perspektiv, ges också förstärkt profylax enligt nedan så snart som möjligt.

Kvinnan ges tablett nevirapin (Viramune®) 200 mg x 1 per os i engångsdos 4–12 tim före barnets födelse samt infusion zidovudin (Retrovir®) iv under kejsarsnittet/förlossningen. Infusionen påbörjas 4 timmar före kejsarsnitt eller så snart som möjligt om vaginal förlossning inte går att stoppa. Under den första timmen (eller på 30 minuter om akut kejsarsnitt görs eller förlossning inom en timme förutses) ges infusion med 2 mg/kg, därefter 1 mg/kg de följande timmarna tills barnet är förlöst och avnavlat oavsett om kejsarsnitt/förlossning blir fördröjd.

Antibiotikaprofylax vid kejsarsnitt ges som vanligt enligt PM-

Hivinfektion som upptäcks i samband med förlossningen

Kvinnan ges omedelbart infusion zidovudin (Retrovir®) iv enligt ovan plus tre extra läkemedel; nevirapin (Viramune®) 200 mg x 1 per os, tenofovir (Viread®) 245 mg 2 x 1 per os och raltegravir (Isentress®) 400 mg x 1 per os. Zidovudin finns tillgängligt på förlossningen. Kontakta infektionsjour omgående för dialog och tillgång till resterande läkemedel som finns på infektionsavdelning 30 F, telefonnummer 156 08.

Om möjligt görs akut kejsarsnitt före etablerat värkarbete och vattenavgång. Viktigt med snar kontakt med barnläkare.

Amning

Amning är inte tillåten enligt Socialstyrelsen föreskrift 1986, oavsett hur välbehandlad den hivpositiva kvinnan är.

Läkemedelsbehandling till barnet

Alla barn som föds av hivpositiv kvinna SKA erhålla mixtur zidovudin (Retrovir®) 4 mg/kg 2 gånger dagligen per os under 4 veckor med behandlingsstart så snart som möjligt, men senast 4 timmars efter födelsen. Mixtur zidovudin skall finnas förbeställt på förlossningen/BB och familjen tar flaskan med sig hem för att fullgöra kuren. Lägre Retrovir-dos gäller om barnet föds före graviditetsvecka 35 enligt detaljerade riktlinjer från RAV, se länk nedan.

Om kvinnan har hiv-RNA >150 kopior/ml vid förlossningen, eller om åtgärd skett som medfört ökad exponering för moderns blod (t.ex. skalpelektrod, skallblodprovtagning, sugklocke-/tång-förlossning med hudavskavning eller accidentell snittskada i samband med kejsarsnitt) ska barnet få kombinationsterapi med tre olika hiv-läkemedel som postexpositionsprofylax.

- I första hand ges zidovudin och lamivudin. Behandlingen ska påbörjas inom 4 timmar efter födelsen och pågå i 4 veckor.
- Dessutom ska barnet få nevirapin (Viramune®) 2 mg/kg i engångsdos vid 48-72 timmars ålder.
- Om kvinnan inte hunnit få sin tablett Viramune® > 2 timmar före förlossningen ges barnet en extra dos av Viramune® 2 mg/kg omedelbart efter födelsen. Neonatalprimärjuren ordinerar denna förstärkta profylax enligt detaljerade riktlinjer från RAV enligt nedan.

Sjuksköterska på neonatalmottagningen kontaktas inför första provtagning (Hiv-RNA (PCR)) som vanligen samordnar detta med PKU. Neonatalmottagningen planerar sedan fortsatt provtagning. Övrig handläggning av det nyfödda barnet skiljer sig inte från övriga barn.

Nationella riktlinjer

<http://www.infpreg.se/HIV> uppdaterad 2014

https://www.sls.se/globalassets/rav/rekommendationer/hiv_gravida_final_20180516.pdf

Flödesschema hivpositiv gravid kvinna

Vid positivt graviditetstest

Behandling med antiretroviral terapi ska sättas in/justeras av infektionsläkare.

Vecka 10–12

Tid på SMVC läkare för en graviditetsplanering. Inkludera diskussion om förlossningssätt, amning och kontroller under graviditet. Inskriften BMM eller SMVC?

Vecka 26–27

Kontroll SMVC läkare. Kontakt med BVC bör vara etablerad i samråd med den gravida kvinnan.

Vecka 32

Avstämningsmöte (**obstetiker sammankallande**) med kvinnan, barnläkare, infektionsläkare samt obstetiker på SMVC. Information till kvinnan om möjliga förlossningssätt om hiv-RNA <150 kopior/ml och därefter beslut. OBS! Detta beslut kan dock behöva revideras om hiv-RNA stiger. Beslut huruvida intravenös zidovudin-profylax (Retrovir®) till kvinnan behöver ges vid sectio. Obstetiker ansvarar för att läkemedel till kvinnan beställs till förlossningen vid behov.

Zidovudinmixtur till barnet ska dock alltid beställas till avd. 96E av obstetiker vid SMVC.

Infektionsläkare journaldokumenterar plan för de hiv-läkemedel som ska ges i samband med förlossning. Denna journalanteckning läggs i Kvinnoklinikens Cosmicjournal så att den är synlig för barnmorska. Obstetiker ansvarar för att denna journalkopia med aktuell planering finns hos koordinatören på förlossningen oavsett planerat förlossningssätt. Fallet bör tas upp på SMVC morgonmöte onsdag.

Om sectio planeras ska inläggningstid göras klart.

Vecka 32, 34, 36, 38, 40 och ev. 42

Hiv-RNA via infektionsmott 2.

Vid inskrivning för sectio:

Inskrivning sker upp till två veckor före operationen. Viktigt att då kontrollera att läkemedel för kvinna och barn finns. Kontrollera även att aktuellt prov för hiv-RNA (ej äldre än 2 veckor) finns till operationsdagen.

Dagen före och operationsdagens morgon:

Kvinnan skall ta sina antiretrovirala läkemedel som vanligt och hiv-RNA tas (behöver ej köras akut eller invänta svar). Barnläkare ska påminnas dagen före op.

Vid inskrivning till förlossningen:

Kvinnan skall ta sina antiretrovirala läkemedel som vanligt. Senaste hiv-RNA kontrolleras i Cosmic av barnmorska och förlossningsjour. Dessutom tar barnmorska nytt prov för hiv- (behöver ej köras akut eller invänta svar).