

HIV & Schwangerschaft

Die Diagnose HIV oder AIDS in der Schwangerschaft ist ein großer Schock für die betroffene Frau. Wie Diagnostik, Beratung, evidenzbasierte geburtshilfliche Betreuung und Prophylaxe erfolgen sollten, wissen Johannes Bogner, Andrea Gingelmeier und Thomas Gruber.

Schwangerschaften von HIV-positiven Frauen sind in Österreich selten. Umso mehr erfordert eine qualifizierte, interdisziplinäre medizinische und therapeutische Betreuung, dass FachärztInnen und Hebammen auf dem neuesten Stand sind. In Österreich ist ein HIV-Test im Mutter-Kind-Pass obligatorisch. Durch den Einsatz effektiver antiretroviraler Therapien und geeigneter prophylaktischer Maßnahmen kann bei guter Beratung, Begleitung und medizinischer Behandlung das Risiko der Mutter-Kind-Übertragung auf unter 1% gesenkt werden. HIV-positive Frauen und Paare haben heute deutlich verbesserte Prognosen und können gesunde Kinder bekommen. Sie sollten nicht zum Schwangerschaftsabbruch oder zum Verzicht auf Kinder gedrängt und nicht stigmatisiert werden, wie es bis vor einigen Jahren häufig der Fall war.

Die AutorInnen haben ein sehr informatives, empfehlenswertes Buch zu HIV und Schwangerschaft herausgegeben, aus dem wir Auszüge (S. 35-36; S. 55-56) bringen:

Schwangerenbetreuung bei HIV-Infektion

Häufig erfolgt die Vorstellung der Schwangeren in einem Zentrum mit HIV-Schwerpunkt erst im fortgeschrittenen Gestationsalter. Primär ist auch bei der HIV-positiven Schwangeren die übliche Schwangerschaftsvorsorge [...] durch den niedergelassenen Frauenarzt empfohlen. Hier sollte die Patientin auch weiterhin betreut werden. Die Bindung an die vertraute und gewohnte Umgebung darf nicht aufgehoben werden. Bei der Diagnosestellung sollte umgehend der Kontakt zu einem interdisziplinären Zentrum mit HIV-Schwerpunkt hergestellt werden und von nun an die Schwangere in einer engen Kooperation mit dem niedergelassenen Frauenarzt betreut werden. Hierbei können durch eine geschickte Terminplanung engmaschige Kontrollen gewährleistet werden.

Spätestens in den Zentren sollte jeder HIV-positiven Schwangeren eine **psychosoziale Betreuung und die Kontaktaufnahme zu Frauengruppen der AIDS-Selbsthilfeorganisationen** angeboten werden. Die Erstdiagnose HIV in der Schwangerschaft stellt für die betroffene Frau eine akute Krisensituation dar.

Der Erfahrungsaustausch mit anderen HIV-positiven Müttern hat sich in unserer Ambulanz in der Vergangenheit sehr bewährt. Oftmals erhalten die Frauen hier erstmals die Gelegenheit, sich mit anderen Personen auszutauschen. Nicht selten verweigert der Partner, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen, weitere Bezugspersonen fehlen oder sind



nicht eingebunden, sodass die Frauen häufig völlig isoliert sind. Ein erstes anonymes Gespräch an einem neutralen Ort wird nach unseren Erfahrungen sehr begrüßt.

In den Zentren erfolgt eine ausführliche Aufklärung der Patientin, die sich an der jeweils aktuellen wissenschaftlichen Datenlage und den aktuellen Leitlinien (8) orientieren muss. Die Aufklärung beinhaltet Informationen über das bestehende **materno-fetale Transmissionsrisiko**, die aktuellen Therapiemöglichkeiten zur **Reduktion der HIV-Mutter-Kind-Übertragungsrate**, die bestehenden **Restrisiken**, die möglichen **Kurz- bzw. Langzeitwirkungen** einer antiretroviralen Therapie auf das Kind *in utero*, über den möglichen Geburtsmodus sowie über die Notwendigkeit der **postpartalen Prophylaxe** beim Kind und des **Stillverzichtes** (5-7). Diese Aufklärung ist bei dem sich rasch entwickelnden Wissensstand zur HIV-Thematik am ehesten in den Zentren in einer adäquaten und jeweils aktuellen Form gewährleistet. Bei Migrantinnen (insbesondere aus Afrika, Asien, aber auch Osteuropa) ist bei Bedarf ein **Dolmetscherdienst** hinzuzuziehen, da oft sowohl sprachliche als auch kulturelle Barrieren überwunden werden müssen. Nur die adäquate Aufklärung kann die Schwangere in ihrer Entscheidungsfindung unterstützen. Die Beratung sollte auch Aspekte des Verlaufs einer möglichen kindlichen HIV-Infektion sowie der möglichen Progredienz der Erkrankung der Frau oder des Vaters berücksichtigen. Das Ziel sollte sein, die Frau bzw. das Paar zu einer eigenständigen Entscheidungsfindung bezüglich der Fortsetzung der Schwangerschaft zu führen. Im Rahmen unserer interdisziplinären Sprechstunde erfolgt das Aufklärungsgespräch gemeinsam mit dem mit der Thematik vertrauten Kinderarzt.

Eine gute **Compliance/Adhärenz** ist Grundvoraussetzung, das bestehende Restrisiko einer Mutter-Kind-Übertragung so gering wie möglich zu halten. Bedeutend sind hierbei die regelmäßigen Medikamenteneinnahme, die Einhaltung der Vorsorgetermine sowie ein adäquates Verhalten in Risikosituationen wie beispielsweise vorzeitige Wehentätigkeit oder ein Blasensprung. Die **Compliance/Adhärenz** ist jedoch direkt abhängig von der Qualität der Aufklärung durch den betreuenden Arzt.

Hervorzuheben ist die besondere Situation von drogengebrauchenden Frauen. Sie kann durch Illegalität, Beschaffungsdruck, Verschuldung und weitere Abhängigkeitsverhältnisse erschwert sein.

Therapie

In Absprache zwischen dem betreuenden HIV-Behandler, dem Frauenarzt, dem Geburtshelfer und dem Kinderarzt sollte gemeinsam mit der Patientin eine an das individuelle Risiko adaptierte antiretrovirale Therapie bzw. Prophylaxe entsprechend den aktuellen Deutsch-Österreichischen Richtlinien zur Therapie in der Schwangerschaft [siehe auch S. 42] festgelegt werden. Nach Rücksprache mit dem HIV-Behandler müssen in diesem Therapieplan auch laufende Therapien oder Prophylaxen opportunistischer Infektionen berücksichtigt werden. Bei jeglicher nachweisbarer Viruslast ohne – aber auch unter antiretroviraler Therapie ist zur Erfassung von (Primär-) Resistenzen konsequenterweise eine Resistenzbestimmung vor Therapiebeginn bzw. unter laufender Therapie zu fordern.

Therapieänderungen im Rahmen einer Schwangerschaft oder ein Therapiebeginn sollten nur nach Absprache mit einem mit der antiretroviralen Therapie vertrauten Arzt/Zentrum erfolgen. In der Hand des Unerfahrenen wird die moderne antiretrovirale Therapie rasch zu einem gefährlichen Terrain mit katastrophalen Folgen für Mutter und Kind.

Die Schwangere sollte über mögliche Nebenwirkungen der antiretroviralen Therapie und deren Symptomatik aufgeklärt und ermuntert werden, verdächtige Beschwerden unverzüglich ihrem HIV-Behandler mitzuteilen. Des Weiteren sollte sie aufgefordert werden, vor der Einnahme anderer verschreibungspflichtiger und nicht-verschreibungspflichtiger Medikamente in der Schwangerschaft wegen potentieller Wechselwirkungen mit der antiretroviralen Therapie (z.B. Benzodiazepine) ihren HIV-Behandler zu konsultieren.

Insbesondere Opiat-substituierte Frauen oder Frauen mit Missbrauch anderer Drogen müssen ausführlich und verständlich über wechselseitige Interaktionen zwischen Drogen und antiretroviraler Therapie/Prophylaxe informiert werden, da bei unkontrolliertem Einsatz ein Entzug eintreten kann, der durch Beeinträchtigung der Adhärenz ein Versagen der antiretroviralen Therapie nach sich ziehen kann.

Geburtsmodus

Eine große Wende gab es in den letzten Jahren in Bezug auf den optimalen Geburtsmodus bei einer HIV-exponierten Schwangerschaft, denn der seit den 90er Jahren favorisierte Kaiserschnitt ist nach neueren Studien unter optimalen Bedingungen nicht mehr erforderlich.

Im Zuge des routinemäßigen Einsatzes der modernen antiretroviralen Kombinationstherapien (cART) in der Schwangerschaft kann die Viruslast auch bei Schwangeren bis unter die Nachweisgrenze gesenkt werden. Ein geplanter Kaiserschnitt erbringt bei HIV-positiven Schwangeren, die eine cART einnehmen und eine sehr niedrige Viruslast haben, nach Auswertung einer großen französischen Kohortenstudie (Warzawski et al 2008) keinen zusätzlichen Benefit für die Reduktion des vertikalen Transmissionsrisikos. In dieser französischen Kohorte wurde als „cut-off“ für eine vaginale Geburt eine Viruslast <400 Kopien/ml gewählt. Unter dieser Grenze ergab sich kein signifikanter Unterschied in der Rate vertikaler Transmissionen bei einer primären (geplanten) Sectio caesarea (0,5 %) vs. einer vaginalen Geburt (0,7 %). Auch ein ungeplanter oder auch notfallmäßiger (sekundärer) Kaiserschnitt zeigte vergleichbare HIV-Übertragungsraten von der Mutter auf ihre Kind (MTCT) (0,7 %). Angesichts dieser Zahlen wurde 2008 die deutsch-österreichische Leitlinie zur „HIV-Therapie in der Schwangerschaft und beim HIV-exponierten Neugeborenen“ geändert und die vaginale Geburt bei Einnahme einer cART und einer Viruslast <50 Kopien/ml kurz vor dem errechneten Geburtstermin empfohlen (Deutsch-Österreichische Leitlinie zur HIV-Therapie in der Schwangerschaft und bei HIV-exponierten Neugeborenen 2011).

Für die Planung des Geburtsmodus erweist sich ein möglichst frühzeitiges Gespräch darüber in der Schwangerschaft als sinnvoll. Zwischen der 33. und 36. Schwangerschaftswoche sollte die Viruslast nochmals bestimmt werden, um ggf. zu intervenieren, wenn diese noch nicht optimal gesenkt werden konnte. Ebenso müssen logistische Probleme bei einem weiter entfernten Wohnort zur Geburtsklinik geklärt werden. Eine Einbeziehung einer wohnortnahen Klinik kann hierbei hilfreich sein.

Unter der Geburt sollten sicherheitshalber invasive Eingriffe (wie das Legen einer Kopfschwartenelektrode oder eine fetale Mikrolutuntersuchung) vermieden und eine großzügige Indikation zu einer Sectio caesarea gestellt werden, wenn sich ein sehr protrazierter Geburtsverlauf oder andere Komplikationen abzeichnen. Es gibt jedoch keine Evidenz dafür, dass peripartale Komplikationen (z.B. ein Amnioninfekt) unter diesen optimalen virologischen Bedingungen das Risiko der MTCT von HIV erhöhen. Dementsprechend besteht auch keine Veranlassung für eine Eskalation der Postexpositionsprophylaxe beim Neugeborenen. Eine peripartale i.v. Zidovudingabe ist bei einer Viruslast <50 Kopien bei Geburt nicht mehr erforderlich. Bei HIV-positiven Frauen mit einer nachweisbaren Viruslast mit sollte weiterhin unabhängig von der antiretrovirale Therapie die elektive Kaiserschnittentbindung bevorzugt werden.

Das Buch „HIV und Schwangerschaft“,

Hrsg.: Prof. Dr. J. Bogner, Frau Priv.-Doz. Dr. Andrea Gingelmeier und Dr. Thomas A. Gruber, ist im UNI-MED Verlag, ISBN-13: 978-3837422535, 109 S., Preis € 4,15 (für Österreich) erschienen.

Wir danken für die Abdruckgenehmigung!

