



Gravide hivpositive må følges tett

DEBATT

KRISTIN NÆSS-ANDRESEN

Kristin Næss-Andresen (f. 1964) er MSc (Master in Reproductive Health and Sexual Health Research) og jordmor ved Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LISE SØRSVANG

Lise Sørsvang (f. 1959) er MSc (Master in Social Welfare and Health Policy) og sykepleier ved Infeksjonspoliklinikken, Oslo universitetssykehus, Ullevål. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LINE SISSEL BERNTZEN

Line Sissel Berntzen (f. 1972) er spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp og overlege ved Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TORGUN WÆHRE

E-post: twæhre@ous-hf.no

Torgun Wæhre (f. 1969) er dr.med., spesialist i indremedisin og i infeksjonssykdommer og overlege ved Infeksjonsmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Med moderne behandling og god oppfølging kan hivpositive kvinner gjennomføre svangerskap og fødsel med minimal risiko for smitte til barnet.

Om lag en tredel av de snaut 5 000 personene som lever med hiv i Norge er kvinner. Mange er i fertil alder og har det samme barneønsket som friske kvinner (1-3).

Ubehandlet har hivpositive kvinner opptil 45 % risiko for å overføre hiv til barn i forbindelse med svangerskap, fødsel og amming. Ved effektiv behandling i svangerskapet vil smitterisikoen så å si være eliminert (4). I disse tilfellene har heller ikke forløsningsmetode betydning for smitterisiko (5).

Behandlingsanbefalinger

Hivpositive gravide anbefales nå behandling gjennom hele svangerskapet (5).

Behandlingen er en kombinasjon av to nukleos(t)id revers transkriptasehemmere og enten en proteasehemmer, en integrasehemmer eller en ikke-nukleosid revers transkriptasehemmer. Man følger hiv-RNA-nivåene gjennom blodprøver, og umålbare eller lave nivåer (< 50 kopier/ml) er tegn på at behandlingen er effektiv. Selv om de fleste moderne hivmedikamenter anses som trygge å bruke i svangerskapet, har vi foreløpig lite erfaring med de nyeste integrasehemmerne hos gravide. En fersk rapport tyder på mulig økt forekomst av nevrالرørdefekter der mor har brukt dolutegravir i første trimester, noe som

tilsier forsiktighet med dette medikamentet hos kvinner som planlegger svangerskap (6). Hvis kvinnen har suppressert virusnivå nær terminen, er det ikke slik at det rutinemessig anbefales keisersnitt. I likhet med friske gravide anbefales dette kun dersom obstetriske faktorer tilsier det. Ved tidlig vannavgang anbefales induksjon av fødsel. Man er fortsatt tilbakeholdende med invasive prosedyrer som skalpelektroder, da det er usikkert om det kan øke smitterisikoen. Etter fødselen skal barnet behandles med hivmedikamenter i fire uker som posteksposisjonsprofylakse. I vår del av verden anbefales det fortsatt at kvinnene ikke skal amme.

Hivressursgruppe

Oppfølging av gravide kvinner med hiv kan være spesielt utfordrende. I 2007 ble det derfor opprettet en tverrfaglig gruppe på Oslo universitetssykehus, Ullevål, hvor jordmor og lege fra Fødeavdelingen samt sykepleier og lege fra Infeksjonsavdelingen er representert. Gruppen møtes fire ganger i året. Målsettingen for gruppen er å tilse at kvinnene får oppfølging i svangerskapet, at behandlingen følger nasjonale og internasjonale retningslinjer/anbefalinger og å planlegge forløsningen. Informasjonsarbeid ved fødeavdelingen for å redusere smittefrykt og stigmatisering har også vært viktig. Gruppen har vært en pådriver for å oppdatere avdelingenes prosedyrer. I tabell 1 oppsummeres hvordan kvinnene blir fulgt opp i svangerskapet.

Tabell 1

Oppfølging av hivsmittede kvinner gjennom svangerskapet

	Svangerskapspoliklinikken	Infeksjonsmedisinsk poliklinikk
1. trimester	Gynekologisk undersøkelse med prøvetakning: klamydia, gonoré, bakteriedyrkning og cervixcytologi Kartlegge tidligere svangerskap og forløsninger	Lege: Blodprøver inkludert hiv, RNA-kvantitering og CD ₄ -tall
	Vurdere effekt og eventuelle uheldige effekter av antiretroviral behandling Sjekke vaksinasjonsstatus og blodprøver: hepatitt B, hepatitt C, lues, rubella.	
2. trimester	Uke 17-20: Rutineultral lyd Etter behov: Kontroll og samtale hos jordmor	Lege eller sykepleier: Blodprøver, inkludert hiv-RNA
3. trimester	Etter behov: Kontroll og samtale hos jordmor Uke 28: Tilvekstkontroll, cervixmåling Uke 36: Gynekologsamtale. Planlegge forløsning	Lege eller sykepleier: Månedlige blodprøver, inkludert hiv-RNA (sist i uke 36)
	Forløsningsmetode bestemmes ut fra hiv-RNA i uke 36: < 50 kopier/ml: Vaginal fødsel hvis ikke annen kontraindikasjon 50-399 kopier/ml: Primært anbefales keisersnitt. Kan vurdere vaginal fødsel hvis mor har sterkt ønske 399 kopier/ml: Planlagt keisersnitt i uke 38 anbefales. Bør unngå rier	

Hos pasienter med utilfredsstillende behandlingseffekt kan det være nødvendig å endre behandlingen. Enkelte tar ikke sine medisiner som forskrevet. Da må det gjøres tiltak for å bedre medikamentetterlevelse. En del kvinner trenger også forsterkede psykososiale tiltak.

Hvis pasienten ikke har behandlingseffekt ved gynekologsamtale i uke 36, planlegges elektivt keisersnitt og behandling med zidovudin gitt intravenøst i forbindelse med operasjonen.

Det er opprettet et internt kvalitetsregister hvor data omkring svangerskapet, behandlingen og forløsningen blir registrert. Registeret er godkjent av Personvernombudet ved sykehuset.

I femårsperioden 2012-17 ble 81 hivpositive kvinner forløst ved Oslo universitetssykehus,

Ullevål. 59 av disse var innvandret fra land i Afrika sør for Sahara eller Sørøst-Asia. Hos 33 av kvinnene ble det utført elektivt keisersnitt. Hos 57 av kvinnene planla man vaginal forløsning, av disse endte 22 i akutt keisersnitt, mens 34 kvinner fødte vaginalt.

De vanligste årsakene til planlagt keisersnitt var obstetriske forhold, som mer enn et tidligere keisersnitt eller seteleie, men også høyt hiv-RNA. De vanligste årsakene til akutt keisersnitt var langvarig vannavgang og mistanke om føtalt stress.

Våre erfaringer viser at de hivpositive kvinnene får tilfredsstillende hivbehandling gjennom svangerskapet. Andelen planlagte vaginale forløsninger har økt de siste årene i tråd med nasjonale og internasjonale retningslinjer.

LITTERATUR:

1. Folkehelseinstituttet. Hivsituasjonen i Norge per 31. desember 2017. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/gonore-syfilis-hiv-klamidia/hiv-arsoppgjor-2017.pdf> (30.5.2018).
2. Wessman M, Aho I, Thorsteinsson K et al. Perception of sexuality and fertility in women living with HIV: a questionnaire study from two Nordic countries. *J Int AIDS Soc* 2015; 18: 19962. [PubMed][CrossRef]
3. Folkehelseinstituttet. Fakta om hiv og aids. <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/sexualitet-og-helse/diag/om-hiv-og-aids/> (30.5.2018).
4. Mandelbrot L, Tubiana R, Le Chenadec J et al. No perinatal HIV-1 transmission from women with effective antiretroviral therapy starting before conception. *Clin Infect Dis* 2015; 61: 1715 - 25. [PubMed]
5. AIDSinfo. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV transmission in the United States. <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/PerinatalGL.pdf> (30.5.2018).
6. New England Journal of Medicine Journal Watch. Why the Dolutegravir pregnancy warning is important – and what we should do now. <https://blogs.jwatch.org/hiv-id-observations/index.php/dolutegravir-pregnancy-warning-important-now/2018/05/20/> (30.5.2018).

Publisert: 26. juni 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0321

Mottatt 12.4.2018, første revisjon innsendt 10.5.2018, godkjent 30.5.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no