

HIV-positiv och graviditet

Gäller för: Kvinnokliniken

Referens:

INFPREG

<http://www.smittskyddsinstitutet.se/rav/rekommendationer/hiv-virus/profylax-och-behandling-vid-graviditet-hos-hiv-1-infekterade-kvinnor/> **OBS: LÄNKEN**

FUNKAR EJ

HIV-serologi erbjuds alla gravida i Sverige. Erbjudandet gäller alla oberoende av uppehållstillstånd. De flesta deltar i erbjuden screening.

I Kronoberg har väldigt få screeningprover visat tecken på HIV-smitta, ännu färre har ej varit kända sedan tidigare. Eftersom ett positivt prov har en väldigt allvarligt innebörd för modern och barnet, är det viktigt att omhändertagandet både akut och långsiktigt blir bra.

I samband med inskrivning screenas från 2005-02-01 alla gravida även för syfilis och hepatit B. Patienter med HIV ska kontrolleras för hepatit C på grund av ökad överföringsrisk vid dubbelinfektion. Vid positivt screeningprov för HIV informeras ansvarig barnmorska av klinisk mikrobiologi. Barnmorska kontaktar MÖL eller gynekolog på MVC, förlossnings- eller bakjour. I första hand behöver patienten kallas till ett kontrollprov för att säkerställa att prov-förväxling ej har skett. Hur man informerar beror på situationen, om möjligt avvakta med misstanke om HIV. Kontakt tas med infektionskliniken för att få vägledning om åtgärder.

HIV-diagnos

Om provet bekräftas får patienten kontakt med infektionsläkare som blir fast kontakt och information om dagens situation och möjligheter till behandling. Det kan vara fördelaktigt om kvinnan får information om diagnos vid ett gemensamt möte/konsultation med både infektions- och MVC-läkare.

Ibland kan det vara aktuellt att diskutera avbrytande. Det är viktigt att patienten får information som är adekvat och att patienten inte behöver fatta beslut under allt för stor tidspress.

Patienten ska få allt stöd och all den information som finns för att bearbeta sin situation.

Smittspårning görs av infektionskliniken så snart diagnosen bekräftats.

Infektionskliniken lämnar också föreskrifter till patienten.

Kurator finns både på infektionskliniken och kvinnokliniken och kontaktas om patienten önskar samtalsstöd.

Infektionssjuksköterska på infektionsmottagningen finns med i den grupp som ger stöd till HIV-patienter, man förmedlar också kontakt till Noaks Ark och andra frivilligorganisationer.

Överföringsrisk: Idag behandlas HIV-positiva gravida profylaktiskt med ”bromsmediciner”, sectioförlöses oftast och ammar inte för att minska risken för smittöverföring till barnet. Ursprungligen hade man en smittöverföring på 30-50 %, med dagens rutiner är den cirka 1 %.

Graviditet: Om fortsatt provtagning bekräftar diagnosen sköts graviditeten i samarbete mellan MVC och infektionskliniken. Uppdaterade rekommendationer finns från RAV, Smittskyddsinstitutet. Här finns detaljerade råd kring provtagning, behandling och förlossningsplanering.

Planering av graviditet i par med HIV: Speciell planering görs i samråd med infektionsläkare.

Antiviral behandling: Behandling påbörjas senast under graviditetsvecka 14–18. Pågående välfungerande HIV-behandling vid konstaterad graviditet bör med några få undantag fortsätta. Behandlingen ges både för patientens egna sjukdom och för att minska smittöverföring till barnet.

Förlossning: Efter v 23 när fostret beräknas vara viabelt informeras förlossningsavdelningen om patient. Samtidigt informeras även HIV-ansvarig barnläkare som ansvarar för uppföljning av barnen.

Elektivt sectio i graviditetsvecka 38 rekommenderas och oftast för att minimera smittöverföring till barnet. Vid HIV RNA <50 kopior i fullgången tid tar patienten sina mediciner men inget extra i.v. i samband med sectio. Profylaktisk antibiotika. Vid vaginal eller prematur förlossning <34 ges i.v. zidovudin (Retrovir®), vid prematur förlossning <34 v ges även nevirapin (Viramun®) i engångsdos per os 4-12 tim före partus.

Vaginal förlossning i fullgången tid kan vara aktuell om HIV RNA <50 kopior och inga obstetriska kontraindikationer föreligger. Gäller framför allt omfödernor med tidigare okomplicerad vaginalförlossning och ej detekterbara virusnivåer och egen önskan om vaginal förlossning.

Amning: rekommenderas inte i Sverige, ger cirka 10 % ökad risk för överföring till barnet.

Barnkliniken: Under senare delen av graviditeten tas kontakt med barnkliniken och man planerar omhändertagandet vid förlossningen och uppföljningen av barnet. Paret får information av barnläkare.

Barn: Retrovirbehandling rekommenderas till det nyfödda barnet i 4 v. Påbörjas senast 4 timmar efter födelsen, ges 2 ggr/dygn (inte 4 ggr som tidigare). Om prematur förlösning ges även nevirapin till barnet.

Om HIV RNA >50 kopior/ml ges kombinationsterapi som postexpositionsprofylax. Barnet följs upp med provtagning. Redan vid 3 mån kan man i de flesta fall avgöra om barnet smittats eller inte. Vid 18 mån har alla som fått HIV diagnostiserats.

Se även utförlig uppdaterad information på [Inf-Preg](#).

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare