

HIV-Testung während der Schwangerschaft

Empfehlung der Fachkommission Klinik und Therapie HIV/Aids

Möglichkeiten der Prävention der vertikalen Übertragung von HIV: Seit der Einführung der antiretroviralen Therapie während der Schwangerschaft und der Entbindung HIV seropositiver Mütter durch elektive Sectio ist die vertikale Transmissionsrate von HIV praktisch auf Null (<1%) gesunken. Bei korrekt durchgeführter antiretroviraler Therapie und rechtzeitiger elektiver Entbindung werden heute in der Schweiz keine HIV-Übertragungen auf das Neugeborene mehr festgestellt.

HIV-TESTUNG WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT

Nicht alle schwangeren Frauen werden auf das Vorhandensein einer HIV-Infektion getestet. Im Sommer 2001 wurden in Zürich 4 Fälle einer kindlichen HIV-Infektion bei unerkannter Infektion der Mutter diagnostiziert. Ein weiterer Fall einer verpassten frühzeitigen HIV-Diagnostik bei der Mutter wurde in St. Gallen im Herbst des gleichen Jahres entdeckt. Diese Fälle sind Beispiele für eine verpasste Chance zur Prävention der vertikalen Transmission. Die FKT nahm diese Fälle zum Anlass, die Empfehlung zum Umgang mit dem HIV-Test während der Schwangerschaft zu überprüfen. Gleichzeitig wurden auch amerikanische und Europäische Empfehlungen herausgegeben. Die vorliegende Empfehlung entstand unter der Federführung der Fachkommission Klinik und Therapie HIV/Aids (FKT) in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Kommission für Aids-Fragen (EKAF), der Fachkommission Labor und Diagnostik HIV/Aids (FLD), der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) und der Schweizerischen Gesellschaft

Auszug aus dem «Executive Summary» der Europäischen Empfehlungen 2002: «Given the current situation in Europe, where the vast majority of paediatric HIV infections acquired from mother to child are preventable, the standard of care should be that all pregnant women, and even those planning a pregnancy, are not only offered, but recommended to have, an HIV test. Furthermore, a test should also be offered to their sexual partners.»

für Pädiatrie und der Aids-Hilfe Schweiz (AHS).

MÖGLICHE GRÜNDE, WESHALB DIE PRÄNATALE HIV-DIAGNOSTIK VERPASST WIRD

- *Der Arzt/die Ärztin denkt nicht daran oder weiss nichts über die Möglichkeit der Prävention*
Heute scheint diese Erklärung sehr unwahrscheinlich. In zahlreichen medizinischen und paramedizinischen Publikationen finden sich Hinweise zur Wirksamkeit der Prävention einer vertikalen Transmission. Jede/r Arzt/jede Ärztin, der/die Schwangere betreut, sollte also die Präventionsmöglichkeiten kennen.
- *Vorstellung, es bestünde kein HIV-Risiko*
Diese Vorstellung gründet auf der irrigen Annahme, dass HIV nur in so genannten «Risikogruppen» vorkomme. In der Schweiz erfolgen seit Ende der 90er Jahre mehr als 50% der Neuinfektionen durch ungeschützten heterosexuellen Geschlechtsverkehr. Dies zeigt deutlich, dass das Konzept der «klassischen Risikogruppen» der tatsächlichen epidemiologischen Situation nicht gerecht wird.
- *Das Risiko ist anamnestisch nicht ersichtlich*
Der Ausschluss risikoreichen Sexualverhaltens ist auch bei guter Anamnesetechnik praktisch unmöglich. Die Sexualanamnese gehört zu den unverlässlichsten In-

formationen im Rahmen einer Anamneseerhebung. In einer Studie aus Genf gaben nur 50% aller Patienten mit einer symptomatischen HIV-Primoinfektion anamnestisch ein Risikoverhalten an. Die Risikoanamnese wird in der Regel erst nachträglich, bei Bekanntwerden des HIV-Befundes, offenbart. Ähnliche Ergebnisse sind von früheren Erfahrungen bei Hepatitis-B-Untersuchung bekannt.

- *Anamnestische Angabe eines negativen Testresultates*
Länger zurückliegende HIV-Testresultate können (infolge Unzuverlässigkeit der Zwischenanamnese, siehe oben) nicht als Dokumentation einer HIV-Negativität gewertet werden. Erfahrungsgemäss sind Patienten immer wieder der Ansicht, dass sie doch anlässlich einer Blutuntersuchung (z. B. vor Operation, Check-up, Versicherungsuntersuchung) auf HIV getestet wurden.

EMPFEHLUNG DER FACHKOMMISSION KLINIK UND THERAPIE HIV/AIDS

HIV-Testung während Schwangerschaft generell empfohlen

- Im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung soll jede Frau auf die Möglichkeit der Prävention einer vertikalen Übertragung von HIV aufmerksam gemacht und der HIV-Test empfohlen werden.
- Grundsätzlich soll jede Infektionsabklärung nur mit dem informierten Einverständnis der Schwangeren durchgeführt werden (unabhängig vom gesuchten Erreger).
- Die FKT empfiehlt, die Information über die Infektionsabklärungen durch geeignetes schriftliches Informationsmaterial zu unterstützen.
- Idealerweise erfolgt die Information zum Test zeitlich getrennt von der Blutentnahme. Geeignetes Informationsmaterial und persönliche Beratungen können z. B. bei der lokalen Aids-Hilfe bezogen oder eingeholt werden.
- Die FKT schlägt vor, dass durch öffentliche Informationskampagnen das Bewusstsein bei der Bevölkerung über Infektionsabklärungen

während der Schwangerschaft und die Bereitschaft der Schwangeren zum Gespräch über diese Abklärung mit ihrem/r behandelnden Arzt /Ärztin gefördert wird.

Die FKT ist mit diesen Empfehlungen in Übereinstimmung mit den jüngsten amerikanischen (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5019a2.htm>) und Europäischen Richtlinien (AIDS Juni 2002, 16: Suppl 2; S. 1–S. 18). Ein konziser Auszug aus den Europäischen Richtlinien (S.1) findet sich in der Fussnote (Originalversion).

Die FKT ist der Ansicht, dass die Beratung zur HIV-Testung einer schwangeren Frau zur «good clinical practice» gehört. Der Entscheid der Schwangeren gegen die Durchführung eines HIV-Testes muss respektiert werden. Es empfiehlt sich jedoch ein entsprechender Eintrag in die Krankengeschichte zum Schutz vor Regress.

ZEITPUNKT DER HIV-TESTUNG

Zur rechtzeitigen Planung und Durchführung einer antiretroviralen Therapie ist eine Diagnostik vor dem zweiten Trimenon anzustreben.

Ist eine Frau gegenüber der Austragung ihrer Schwangerschaft ambivalent oder liegen Symptome einer Immunschwäche vor, so ist die möglichst frühzeitige Information über das Vorliegen einer HIV-Infektion im Interesse der Schwangeren selbst. Die Wahl des optimalen Zeitpunktes kann noch von anderen individuellen Faktoren abhängig sein und soll daher mit der Patientin besprochen werden.

UMGANG MIT EINEM REAKTIVEN TESTRESULTAT

Bei jedem Suchtest bei Personen mit geringem Infektionsrisiko (kleine Vortest-Wahrscheinlichkeit) ist bei Vorliegen eines reaktiven Testbefundes die Wahrscheinlichkeit eines falsch reaktiven Resultates gross (ca. 65% aller reaktiven Resultate). Bei einer Spezifität von über 99,9% muss pro Jahr bei ca. 70 000 Geburten mit weniger als 70 falsch reaktiven Suchtests bei Schwangeren gerechnet werden. Beim Vorliegen eines reaktiven

Suchtests muss unbedingt vor dem Gespräch mit der Patientin eine Rücksprache mit dem Testlabor erfolgen, um das Vorgehen zur Bestätigung unter Berücksichtigung der Testwerte und der speziellen Umstände der Schwangerschaft zu besprechen.

Beim Vorliegen einer bestätigten HIV-Infektion der Schwangeren empfiehlt sich der Einbezug einer in der Behandlung von HIV-positiven Schwangeren erfahrenen Fachperson oder eines Zentrums.

Weiterführende Literatur findet sich in den ausführlichen Empfehlungen des Centers of Disease Control, Atlanta, USA (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5019a2.htm>). ■

Fachkommission Klinik und Therapie