

11^{te} Interdisziplinäre Fachtagung HIV und Schwangerschaft

Schlungenbad/Taunus | 28./29. Januar 2011



Kongressbericht Dr. Barbara Bertisch

Schirmherrschaft

DAIG e.V. | AAWS | DAGNÄ e.V. | Kompetenznetz HIV/AIDS



Dr. Barbara Bertisch

Barbara Bertisch, Internistin und Infektiologin am Kantonsspital in St. Gallen hat in diesem Jahr eine Zusammenfassung der Fachtagung „HIV und Schwangerschaft“ geschrieben und stellt diese freundlicherweise allen am Thema Interessierten zur Verfügung. Das HIVCENTER bedankt sich ganz herzlich dafür!

Dr. Annette Haberl

Wissenschaftliche Tagungsleitung



„Treatment of HIV 2011: same procedure as every year?“

Prof. Dr. Georg Behrens, Hannover

Therapiestart

Weiterhin gilt: ART-Therapiestart bei 350 CD4/ μ l (ART-CC). Ob ein früherer Start (bei CD4-Zellen zwischen 350 und 500/ μ l, möglicherweise sogar bei Werten über 500) sinnvoll sein kann, bleibt vorläufig unklar. Die NA-ACCORD-Studie hatte einen Vorteil gezeigt; tatsächliche Sicherheit wird aber (in einigen Jahren) erst die START-Studie bringen. Andere Argumente für einen früheren Start oberhalb von 350 CD4-Zellen/ μ l sind: Schwangerschaft, Hepatitis B, Hepatitis C, Alter über 50 Jahre, ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko (mit Framingham-Score von >20% über 10 Jahre, wofür die Evidenz aber spärlich sei), rascher Abfall der CD4-Zellen, Viruslast >100.000/ml und/oder Aspekte der Transmissionsenkung (in besonderen Konstellationen).

Ein interessanter Aspekt ist die Senkung der Neuinfektionsrate durch Therapie einer möglichst grossen Anzahl von Patienten, wie dies auf der CROI 2010 anhand der San Francisco-Kohorte gezeigt wurde.

Welche ist die empfohlene Substanzkombination beim Therapiestart? Es gelten weiterhin die Deutsch-Österreichischen Leitlinien, mit den Kombinationen TDF/FTC oder ABC/3TC als NRTI-Backbone, kombiniert mit Proteasehemmern (ATV, DRV, LPV oder FPV (alle mit RTV geboostet)) oder mit NNRTI (NVP oder EFV); alternativ steht - als erster Integrasehemmer- Raltegravir zur Verfügung.

Was gibt es Neues?

Eine altbekannte Substanz, bei der es neue Aspekte gibt, ist NVP. Hier hat die VERXVE-Studie gezeigt, dass die Extended release-Formulierung (1x 1 Tablette/Tag) der bisherigen Formulierung ebenbürtig ist. Zudem haben bei vortherapierten Patienten mit kompletter Suppression der Viruslast die Restriktionen seitens der CD4-Zellzahl keine Bedeutung (mehr).

Rilpivirine (TMC 278) hat in ECHO und THRIVE in den kombinierten Endpunkten mit EFV

vergleichbare Resultate gezeigt. Zwar kam es unter Rilpivirine tendenziell zu häufigerem virologischem Versagen (bei anderen Resistenzmechanismen als unter EFV), dies wurde aber durch eine verminderte Abbruchrate „wettgemacht“. Interessant an der Substanz ist auch, dass sie mit Truvada als single pill verfügbar sein wird.

TBR-652, ein CCR5- und CCR2-Inhibitor mit einmal täglicher Gabe, zeigte in einer Phase 2-Studie gute Viruslastsuppression.

Elvitegravir, ein neuer Integraseinhibitor, hat sich gegenüber EFV bei naiven Patienten nicht-unterlegen gezeigt. Bei der einmal täglich einnehmbaren „Vierfach-Pille“ (Elvitegravir, TDF/FTC und Cobicistat als neuer „Enhancer“) zeigte sich, bei ansonsten im Vergleich zu EFV/TDF/FTC reduzierter Rate an adverse events, eine Tendenz zu einer Kreatininerhöhung. Viruslastreduktion tritt sehr früh nach Behandlungsstart auf, wie auch bei einem weiterem Integraseinhibitor (S/GSK1349572) (SPRING-Studie). Möglicherweise könnte dies für bestimmte Situationen in der Schwangerschaft interessant sein.

Neue Daten, die enttäuschend waren

Die Kombination von PI und Integrasehemmer könnte attraktiv sein, um NRTI-Nebenwirkungen „einzusparen“. Hierzu laufen zahlreiche Studien. Dabei musste die SPARTAN-Studie in Woche 24 abgebrochen werden, nachdem es zu vermehrten RAL-Resistenzen und durch Interaktion zu gehäufte, massiver Hyperbilirubinämie gekommen war. Bei allen bisherigen Monotherapiestudien hatte sich ein Trend zur Favorisierung „klassischer“ Therapien gezeigt. Da aber diese Therapieform durchaus in bestimmten Situationen hilfreich sein kann (insbesondere wegen erhöhter Tolerabilität und verminderter Kosten), aber die „klassische“ Therapie u.a. durch die Dauerhaftigkeit der VL-Suppression, langjährige Vorerfahrungen und die verminderte Gefahr von Viruspersistenz in Sanktuarien „dagegenhält“, wären weitere Studien zu dieser Therapieform hilfreich. Dabei sollte die Indikation zur Monotherapie sehr streng gestellt werden, mit Selektion von Patienten ohne jegliches



früheres Therapieversagen, hervorragende Adhärenz und mit guter Überwachung.

Hat Intensivierung Vorteile? Dies wurde insbesondere untersucht anhand Add-On von Integrasehemmern. Bei Viruslast < 50/ml führt dies nicht zu einem verbesserten klinischen Verlauf.

Was wird uns zusätzlich 2011 noch weiter beschäftigen?

Dazu gehören die (besonderen) Probleme, die im Rahmen des Alterungsprozesses (auch) bei HIV eine Rolle spielen. Niereninsuffizienz kann auftreten, auch als Nebenwirkung bestimmter Medikamente der ART (neben den „bekanntesten Übeltätern“ TDF und IDV wurde neu auch ATV als Verursacher gefunden). Osteoporose ist gehäuft zu finden, deren Mechanismus bei HIV-Patienten noch nicht gänzlich verstanden ist. Bei allen Medikamenten der ART kommt es initial zu einer kleinen Reduktion der Knochenmasse; diese kann bei TDF stärker ausgeprägt sein. Auch nicht ausreichend geklärt ist, bei welchen Patienten Vitamin D substituiert werden müsse, und wie Nachkontrollen bezüglich Osteoporose/ Vitamin D aussehen sollten.

Treating women with HIV-new BHIVA guidelines

Prof. Dr. Margaret Johnson, London

Warum neue frauenzentrierte Guidelines?

Im United Kingdom (UK) hat sich die Zahl HIV-positiver Frauen seit 2000 auf 34% vervierfacht; in 34% aller Neudiagnosen sind Frauen betroffen. Diese Frauen haben zumeist einen Migrationshintergrund, die allermeisten haben sich heterosexuell infiziert. Auch Fragen zu Alterungsprozessen stellen sich zunehmend, da mittlerweile jede 10. HIV-positive Frau über 50 Jahre alt ist.

Die vorliegenden europäischen, und auch die bisherigen britischen Guidelines haben keinen eigentlichen Fokus auf Frauen. Zugleich sind Frauen in klinischen Studien untervertreten, mit einem Anteil von maximal 25% (D'Arminio Monforte 2010).

Dabei sei es sehr wichtig, bessere Daten und

Richtlinien zu haben, insbesondere bezüglich der ART. Diese werde von Frauen z.T. schlechter als von Männern vertragen; zudem gibt es unterschiedliche Anforderungen angesichts Schwangerschaften, Stillzeit, Kontrazeption und kardiovaskulären Risikofaktoren.

Schwierige Lebensbedingungen HIV-positiver Frauen

HIV-positive Frauen im UK seien oft in mehrfacher Hinsicht benachteiligt, insbesondere durch Herkunft, Armut, das Tragen familiärer Lasten und Komorbidität (z.B. Tuberkulose). Besondere Schwierigkeiten ergeben sich beim Umgang mit einer HIV-Neudiagnose. Es stellen sich viele Fragen bezüglich Fertilität, möglicher Infektion bereits vorhandener Kinder, Umgang mit dem Partner und Angst vor einem (sozialen) Stigma. Oft sei die Isolation solcher Frauen ein Kernproblem.

Neben der Richtlinienerstellung sei auch ein Fokus, Hilfestellungen zu bieten und insbesondere diese Isolation zu durchbrechen. Geplant sind dabei auf die Situation der jeweiligen Frau zugeschnittene Beratungs-/Vernetzungsangebote, die u.U. vorhandene Coping-Strategien und bestehende Unterstützung aus dem Umfeld berücksichtigen. Wichtig sind dabei insbesondere Vernetzungen mit bereits länger positiv getesteten Frauen in ähnlichen Lebensumständen und Begleitung durch ein multidisziplinäres Team. Unterstützung sei besonders gefragt bei der Information des Umfeldes über eine neu diagnostizierte HIV-Infektion.

HIV bei Frauen wird (zu) spät diagnostiziert

Ein weiterer Fokus ist, frühere HIV-Testung von Frauen zu ermöglichen. Bei in der Schwangerschaft erstdiagnostizierten Frauen beträgt die CD4-Zahl 324/ μ l, ausserhalb einer Schwangerschaft erfolgt die Erstdiagnose sogar noch später, bei 262 Zellen/ μ l. Sowohl Hausärzte, als auch Gynäkologen / Familienplanungszentren und andere Spezialisten sollten angeleitet werden, häufiger einen HIV-Test bei Frauen durchzuführen.

Bei Erstdiagnose ist die Durchführung von Basisabklärungen inklusive eines gynäkologischen Checkups von grösster Bedeutung.



Viele Fragen rund um Fertilität

Viele Frauen stellen bei der Neudiagnose als erstes die Frage, ob HIV ein Problem sei bezüglich Kinderwunsch; andererseits zeige sich aber auch, dass Fragen zu Schwangerschaft bei dem Arzt oft nicht angesprochen würden. Aber auch Infertilität sei ein Problem; im UK zeige sich aktuell ein Problem dadurch, dass langjährig HIV-positive Frauen früher Schwangerschaftsfragen hintangestellt hätten und jetzt in fortgeschrittenem Alter seien. Ein weiteres Problemfeld sind kontrazeptive Optionen und dabei insbesondere die Beachtung von Medikamenteninteraktionen bei der hormonellen Kontrazeption.

Unterschiede rund um ART?

Frauen zeigen zum Teil ein besseres virologisches und immunologisches Ansprechen auf die ART als Männer. Auf der anderen Seite haben sich aber auch z.T. erhöhte Therapieabbruchraten gezeigt (CASTLE, GRACE). Dies kann bedingt sein durch höhere Nebenwirkungsraten, die ihrerseits die Therapieadhärenz gefährden können und mit verschiedenen Faktoren (wie Gewicht, Körperzusammensetzung, Verstoffwechslung) zusammenhängen. Die Adhärenz kann aber auch durch soziale und psychische Faktoren, Unsicherheit rund um die Familienplanung u.a. beeinträchtigt sein.

HIV und die alternde Frau

HIV kann grössere Variabilität der endogenen Hormonspiegel bewirken. Dies kann zu vorzeitiger Menopause führen. Auswirkungen auf den Knochenstoffwechsel und auf kardiovaskuläre Risikofaktoren können sich mit Nebenwirkungen der ART und Komorbiditäten überschneiden. Eine besondere Herausforderung ist bei älter werdenden, u.U. polymorbiden Patientinnen auch, Therapien verschiedener Krankheitsprobleme zu koordinieren. Prof. Johnson hat mehrfach erlebt, dass bei HIV-Patientinnen mit Tamoxifentherapie bei Mammakarzinom eine Spiegelreduktion von Tamoxifen durch Interaktion mit der ART nicht beachtet wurde.

All dies wird in den Guidelines angesprochen sein.

..und diese werden voraussichtlich im Frühjahr verfügbar sein.

Management of HIV in pregnancy Prof. Kees Boer, Amsterdam

Die niederländischen Guidelines zur Behandlung HIV-positiver Schwangerer sehen vor, dass bei Erstdiagnose einer HIV-Infektion bei einer Schwangeren, die unter 250 CD4-Zellen/ μ l aufweist, eine ART sofort gestartet wird; dies wird zumeist mit ZDV/3TC und LPV/r durchgeführt. Bei einer Zellzahl über 250/ μ l ist der Start der ART abhängig von der Viruslast (je höher, desto früher vor Woche 28; Read et al CROI 2010). Viruslastkontrollen werden zu den Wochen 24, 28, 32, 36 und ggf. 40 durchgeführt. Bei Erreichen einer VL < 50/ml erfolgt vaginale Geburt, sofern nicht obstetrische Probleme dagegen sprechen. Frühere niederländische Richtlinien hatten im Viruslastbereich zwischen 50 und 500/ml eine Sectio lediglich „in Erwägung“ gezogen. Daten haben aber auch hier eine Senkung des Transmissionsrisikos durch Sectio zeigen können.

Bei bereits etablierter HIV-Therapie der Mutter ist eine Unterbrechung der ART während der Schwangerschaft unbedingt zu vermeiden aufgrund einer erhöhten Transmissionsrate mit einer Odds Ratio von 10 im 1. Trimester und von 47 im 3. Trimester (Galli 2009). Geburtsdefekte seien unter ART-Einnahme in der Schwangerschaft nicht häufiger als in der allgemeinen Bevölkerung; dies gelte auch für Efavirenz, allerdings noch nicht sicher für ddI, obwohl auch bei ddI das Risiko mit Zunahme der Datenmenge weiter abnehme. Die früher hohe Bedeutung von AZT in der Schwangerschaft schwindet; zunehmend weniger Schwangere erhalten AZT, ohne dass dadurch die Transmissions- und Anomalierate angestiegen wäre. Allerdings sieht der Referent den Einsatz von TDF in der Schwangerschaft kritisch: anders als bei anderen Substanzen sei hier eine Risikoeinschätzung insbesondere in Bezug auf den Knochenstoffwechsel wohl erst



im Langzeitverlauf möglich.

Die Rate an Vaginalgeburten bei HIV-positiven Frauen ist sehr unterschiedlich in verschiedenen Ländern Europas; dabei sind die Niederlande, Belgien und England führend und weisen kumulativ eine Rate von knapp 2/3 Vaginalgeburten auf.

Nach 2004 wurde in den Niederlanden ein „Opt out-screening“ im 1. Trimester eingeführt. Seit dieser Zeit wurden 5 HIV-Infektionen bei Kindern diagnostiziert, davon 3 durch Infektion in Schwangerschaft oder Stillzeit, bei Primoinfektion der Mutter nach Durchführung des Ersttrimestertests. Akute HIV-Infektionen in der Schwangerschaft sind bei sehr hoher VL mit einer Transmissionsrate von 30-40% verknüpft. Durchführung eines HIV-Tests des Partners ist zu diskutieren.

Fallbericht 1: Schwangerschaft und Salvage Therapie

Frankfurt: Dr. P. Gute, Dr. H. Buxmann, Dr. A. Reitter

Eine 1965 geborene, seit 1995 infizierte Patientin mit langjähriger ART-Vorgeschichte und Lipodystrophiezeichen war bereits 2006 unter ausgebauter ART mit 3TC, ABC, AZT, TDF, DRV, RTV und T20 schwanger geworden. Das Kind war wegen vorzeitigem Blasensprung und Wehentätigkeit in der 35. SSW per Sectio zur Welt gekommen und blieb HIV negativ. Zwischenzeitlich war aufgrund von Nebenwirkungen T20 durch Raltegravir ersetzt worden. In der Folge wurde die Patientin bei guter CD4-Zellzahl (über 500/ μ l bei voll supprimierter VL) ungeplant erneut schwanger. Nach im wesentlichen unauffälligen früheren Untersuchungen zeigte sich in der 28. SSW eine Fruchtwassermenge im oberen Normbereich; ein oraler Glukosetoleranztest war unauffällig. In der 32. SSW fanden sich sonografisch ein Polyhydramnion und Cervixverkürzung. Eine Stabilisierung mit Tokolyse war nicht mehr möglich. Nach Durchführung einer Lungenreifung wurde in Woche 33 +0 bei einer VL von 21 Kopien/ml eine Sectio durchgeführt. Das Kind wog 1.600 g, wirkte unauffällig und wurde aufgrund des erhöhten Risikos unter ART gestellt (für 6 Wo-

chen). In den ersten postpartalen Tagen zeigte das Kind mehrere Veränderungen/Probleme:

- Ösophagusatresie, mit operativer Korrektur und Bougierung
- Halbwirbelbildung BWK 8 li, mit 11 Rippen re, 12 Rippen li
- intrauterine Hodentorsion li mit operativer Versorgung
- Carnitinmangel.

Als Ursache des (auch bei zweiter Testung bestätigten) Carnitinmangels wurde, nach Ausschluss von alimentären Faktoren beim Kind sowie von Carnitin-Transporterdefekten, ein mütterlicher Carnitinmangel gefunden. Die Ursache für diesen wiederum war schwierig zu eruieren: mangelnde Zufuhr über die Ernährung fiel aus. Konnte es an der ART liegen? Bei der ersten Schwangerschaft hatte das Kind keinen Carnitinmangel aufgewiesen; zwischenzeitlich hatte lediglich der erwähnte Wechsel von T20 auf RGV stattgefunden. In der Literatur konnte weder für die übrigen Medikamente der ART, noch für RGV Auslösung eines Carnitinmangels oder eine Verursachung anderer beim Kind vorliegenden Veränderungen gefunden werden. In Studien an Ratten war aber unter sehr hohen Dosen des (plazentagängigen) RGV eine leicht erhöhte Inzidenz von überzähligen Rippen aufgefallen (bei Kaninchen war dies nicht der Fall).

Bezüglich des weiteren Verlaufs (Carnitinspiegel beim Kind auch ohne Substitution stabil?, HIV-Status des Kindes?) stehen Verlaufskontrollen noch aus.

Fallbericht 2: Erstdiagnose HIV in der Spätschwangerschaft

M. Hower, Dortmund

Während des dritten Schwangerschaftstrimesters der Patientin wurde bei dem Ehemann eine „latest“ präsentierte HIV-Infektion gefunden, mit einer CD4-Zellzahl von 35/ μ l und VL von 1,5 Mio, und u.a. PCP. Risikofaktor war ein mehr als 10 Jahre zurückliegender Drogenkonsum. Bei der Ehefrau hatte zu Beginn der Schwangerschaft kein HIV-Test stattgefunden; bei stationärem Aufenthalt in der 31. SSW (wegen Kolpitis) war dieser nachgeholt worden, mit negativem Ergebnis. In SSW 36+5 zeigte



sich ein positiver HIV-Test inklusive Immunoblot und Viruslast von 211'000 Kopien. Dies wurde interpretiert als HIV-Primoinfektion in der Spätschwangerschaft; retrospektiv könnte denkbar sein, dass die Kolpitis Manifestation des HIV-Infektes war und der HIV-Test (Combitest) während des diagnostischen Fensters erfolgte. Trotz sofortig gestarteter ART (TDF/FTC, LPV/r, zusätzlich 10 Tage vor Geburt T-20), Sectio in der 39+5 SSW unter Gabe von AZT, ART beim Kind (sowie CMV-Therapie des Kindes mit Ganciclovir bei positiver CMV-PCR und periventrikulären, im Verlauf abnehmenden Verkalkungen) zeigte sich beim Kind an Tag 28 nachweisbare HI-Viruslast.

Was könnte verbessert werden, um solche Infektionen in Zukunft zu vermeiden? Der Referent brachte als Vorschläge vor: Testung auch des Partners vor/bei einer Schwangerschaft; Evaluation auch „verdrängter“ alter Risikosituationen; eine Überarbeitung des Zeitablaufs der HIV-Testung, sowie Optionen zu intensiver antiviraler Prophylaxe in einer solchen Situation.

Fallbericht 3: Schwangerschaft und Adoleszenz Dr. F. Kwirat, Duisburg

Die 19jährige Patientin hatte eine denkbar ungünstige Ausgangsposition im Leben: konnatal erworbene HIV-Infektion im Stadium AIDS; Alkoholembryopathie mit Intelligenzdefekt und fazialer Dysmorphie; zusätzlich schwierige soziale Situation mit frühem AIDS-Tod der Mutter und ständigen Auseinandersetzungen mit Vater und Stiefmutter. Sie hatte einen Partner per Internet kennengelernt, geheiratet und wurde bald darauf schwanger. Bei früherer ART war bei mangelnder Compliance/ fehlender Unterstützung seitens der Familie nie eine volle VL-Suppression erreicht worden; bei Eintritt der Schwangerschaft bestand keine ART. Aufgrund umfassender Vorbehandlung mit Entstehung zahlreicher Resistenzen wurde bei einer VL von 38'000/ml und CD4-Zahl von 300/ μ l (19%) in der 14. SSW eine umfangreiche ART mit AZT, TDF/FTC, LPV/r und T20 installiert; T20 wurde durch einen ambulanten Pflegedienst verabreicht, der auch die Medika-

menteneinnahme überwachte. Aufgrund von Übelkeit und Erbrechen musste AZT abgesetzt werden. Bis auf eine leichte Anämie war die Verträglichkeit der Therapie sonst gut; eine vorherige Thrombopenie normalisierte sich. Die CD4-Zellen stiegen bis zum Entbindungstermin an; zu einer VL-Normalisierung kam es erst unmittelbar vor Geburtsbeginn. Die Patientin wurde in der 36.SSW per Sectio unter AZT-Infusion entbunden; Entbindungsmodus und -termin waren im Krankenhaus aufgrund möglicher Beckenverengung und befürchteten Complianceproblemen festgelegt worden.

Die Patientin brachte ein unauffälliges Kind zur Welt, das aufgrund einer Kratzverletzung bei der Sectio über 6 Wochen mit NVP und AZT/3TC behandelt wurde. Bei letzter Kontrolle war das Kind HIV-negativ.

Im Verlauf musste das Kind allerdings nach schwerem, aber glimpflich ausgegangenem Sturz vom Wickeltisch fremdplatziert werden.

Zusammenfassend konnte aufgrund sehr intensiver, äusserst engagiert durchgeführter Therapieüberwachung eine Infektion des Kindes auch in äusserst schwieriger Situation vermieden werden.

Lost in transition: Jung, positiv, schwanger Dr. C. Königs, Frankfurt

Dank HIV-Therapie ist die Mortalität von konnatal infizierten Kindern von 7,2/100 Patientenjahren (1994) auf 0,6/100 PJ (2006) (Moffenson, CROI 2008) gefallen und beträgt jetzt nahezu die der Erwachsenen. Aktuelle Leitlinien sehen vor, dass grundsätzlich jeder positive Säugling ART-therapiert wird. Allerdings ist nur ein Teil der ART-Substanzen auch für Kinder zugelassen. Off label-Use ist häufig unumgänglich. Essentiell sind für die Pädiatrie „brauchbare“ Dosierungen und Darreichungsformen (was den Geschmack mit einschliesst).
[Adoleszente als „explosive“ Gruppe](#)

In der HIV-Therapie von Adoleszenten bedeutet „Transition“ nicht nur den Übergang der Behandlung von Pädiatern auf die Erwachse-



nenmedizin, sondern u.U. auch die Konfrontation mit einem anderen Behandlungssystem (das wahrscheinlich weniger „betüddelnd“ ist). Dies fällt in eine schwierige Lebensphase. Adoleszente (zwischen 15 und 24 Jahren) haben weltweit die höchste Neuinfektionsrate (täglich 6`000 Neuinfektionen). Eine in vielerlei Hinsicht besondere Gruppe stellen konnatal infizierte Adoleszente dar. Sie haben häufig sehr schwierige Startbedingungen ins Leben. C. Königs berichtet (sowohl aus der Literatur, als auch aus Frankfurter Erfahrung) von zahlreichen Patienten mit unvollständigen Familien, mangelhafter Schulbildung und fehlenden Ausbildungen. Bei vertikal HIV-infizierten Adoleszenten sind neurokognitive Fähigkeit gehäuft reduziert, mit unterschiedlichem Ansprechen einzelner Fähigkeiten auf ART (Jeremy 2005); zudem zeigen sich ADHS 6x häufiger, Depression und Angst 7 bzw. 4 x mal häufiger als bei Adoleszenten ohne HIV-Infektion. Bei dieser Gruppe ist in Deutschland davon auszugehen, dass ART zumeist seit Jahren/Jahrzehnten appliziert wird. Dabei nehmen lediglich 36-.52% der Adoleszenten >90 bis >95% der Medikamente ein; da zudem oftmals aufgrund eingeschränkter Optionen funktionelle Mono-/Duotherapien eingesetzt worden waren, resultieren gehäufte Resistenzprobleme.

Auch in Frankfurt wurden schwierige Verläufe bei HIV-positiven Adoleszenten beobachtet, darunter Schwangerschaften bei 3 jugendlichen Patientinnen. Damit liegt Frankfurt aber noch deutlich unter dem „US-Trend“ bei konnatal Infizierten, nach dem 1/4 der sexuell aktiven HIV-Patientinnen bereits vor 19 Jahren schwanger werden, einige sogar mehrfach (Brogly, Am Journal Publ Health). Eine weitere Patientin starb 19jährig an einer unklaren Hirnsymptomatik, bei schlechtem Immunstatus im Rahmen langfristig unzureichender Adhärenz. Sie hatte sich nach einem in vielerlei Hinsicht schwierigen Leben mit u.a. unzureichender familiärer Unterstützung, sozialem „Schiffbruch“ und ausgeprägter Lipodystrophie aufgegeben.

Wie HIV-positive Adoleszente besser unterstützen?

Aufklärung über die Infektion und soziale Unterstützung können die Adhärenz positiv beeinflussen (Merzel 2008). Allerdings seien bislang in Deutschland keine (ausreichenden) Strukturen und Angebote vorhanden, anders als in England, wo es eine spezialisierte Adoleszentenmedizin gibt.

Als erster, kleiner Schritt ist ein Pilotprojekt in Frankfurt geplant mit einer multidisziplinären Arbeitsgruppe bestehend aus Pädiatern, Internisten, Gynäkologen, Jugendpsychologen und Vertretern vom Jugendamt. Gute, etablierte Modelle aus anderen Bereichen der Adoleszentenmedizin (Diabetes; CF) sowie der HIV-Versorgung bei Adoleszenten im Ausland sollen dabei Pate stehen; geplant sind u.a. gemeinsame Sprechstunden. Bei Interesse an dem Projekt, Vorschlägen u.a. ist Christoph Königs Ansprechpartner unter: ckoenigs@zki.uni-frankfurt.de.

PANNA-Studie Dr. Christoph Wyen, Köln

PANNA steht für : „European clinical pharmacology network to investigate the pharmacokinetics of newly developed ART-agents in HIV-infected pregnant women“.

Der Hintergrund: Schwangerschaft kann die Pharmakokinetik von ART auf vielfache Art verändern: es kommt zu einem vergrößerten Verteilungsvolumen, reduzierter Absorption aus dem Gastrointestinaltrakt, verstärktem hepatischen Blutfluss, vermehrter Enzymaktivität und verminderter Proteinbindung. Zumeist ist das Resultat ein verminderter Blutspiegel der Medikamente in der Schwangerschaft. Dies ist z.B. dokumentiert bei LPV/r sowie DRV/r. Insbesondere von neuen Medikamenten liegen aber keine solchen Daten vor. Die Panna-Studiengruppe will dieses Informationsloch füllen, mit Erarbeitung evidenzbasierter Dosierungsempfehlungen für alle in der Schwangerschaft eingesetzten ART-Substanzen. An der seit Oktober 2010 laufenden Studie nehmen in Deutschland die Unikliniken



in Köln, Bonn, Berlin, München und Frankfurt teil. Im Rahmen der Studie werden bei HIV-positiven Schwangeren Daten erhoben in der Schwangerschaftswoche 33, sowie postpartal in der Zeit zwischen Woche 4 und 6. Zusätzlich ist die Entnahme von Nabelschnurblut vorgesehen.

Bei Interesse kann der Referent kontaktiert werden: Christoph.wylen@uk-koeln.de

20 Jahre HIV und assistierte Reproduktion Dipl. Psych. U. Sonnenberg-Schwan, München, und Prof. Dr. M. Weigel, Schweinfurt

1991-2000

Männer: 1989/90 wurden in Mailand und Bonn die ersten Inseminationen mit aufgearbeitetem Sperma HIV-positiver Männer durchgeführt. 1991 startete das Kuratorium für Immunschwäche in München ein Projekt zu Kinderwunsch bei HIV-diskordanten Paaren. Bereits ein Jahr später konnte die Referentin auf dem IAC in Amsterdam über die Erfahrungen bei den ersten 14 Paaren berichten, mit grossem internationalem Interesse. In der Folge kam es nach Ausstieg des Studienzentrums Bonn zu Unterbrüchen, bis 1995 Mannheim Kooperationspartner wurde.

Die Spermienaufbereitung erfolgte nach der Methode von Semprini/Anderson. Initial wurde inseminiert, wenn die PCR im Nativejakulat negativ war. In der Folge wurde die Frage, ob Spermien Virusträger sein können, sehr kontrovers beurteilt, so dass zur Sicherheit ab 1996 zusätzlich eine PCR aus einem Aliquot des kryokonservierten Materials durchgeführt wurde. Durch die zeitliche Verzögerung war aber damit eine unmittelbare Applikation bei der Partnerin nicht mehr möglich; durch die schlechtere Qualität kryokonservierter Spermien wurden z.T. IVF oder ICSI erforderlich.

Frauen: Der Kinderwunsch HIV-positiver Frauen wurde anfangs der 90er Jahre kaum wahrgenommen und als egoistisch und verantwortungslos bezeichnet. Beratungen fanden kaum statt, statt dessen gehäuft Sterilisationen und Abtreibungen. Engagierte Frauen und die DAH bemühten sich, dem entgegentret-

ten. 1993 fand beim KIS in München die erste Beratung eines serokonkordanten Paares statt. 1995 wurden erste Daten über die Senkung des Transmissionsrisikos durch Sectio vorgestellt, und ab 1996 erfolgten erste Beratungen zur Selbstinsemination HIV-positiver Frauen.

2000-2011

2000 war Jörg Gözl (Berlin) Vorreiter mit Durchführung assistierter Reproduktion bei HIV-positiven Frauen. 2001 wurden in Deutschland die ersten Leitlinien weltweit zu Kinderwunsch bei HIV erstellt, bei denen 6 Jahre später auch HIV-positive Frauen eingeschlossen wurden. 2004 startete Pietro Vernazza in der Schweiz das „License to love“-Projekt mit Präexpositionsprophylaxe bei der HIV-negativen Partnerin; 2007 wurde diese Behandlung auch in einer Münchner Schwerpunktpraxis eingeführt. Diverse Möglichkeiten, aber auch die Publikation der EKA-F-Richtlinien 2008 (und 2010 deren Berücksichtigung im Rahmen einer Leitlinienrevision) brachten mit sich, dass die Aufarbeitung des Spermas bei HIV-positiven Männern zunehmend verlassen wurde, zumal bei den im Rahmen des Kinderwunsches gesehenen Paaren bei praktisch allen Männern eine komplette Suppression der Viruslast im Blut gesehen wurde. Allerdings bleiben Diskussionspunkte: Prof. Weigel fand bei den in Mannheim untersuchten Männern trotz kompletter Suppression der VL im Blut in 10,5% intermittierend oder ständig Nachweis von HIV-PCR im Sperma, was in ähnlicher Höhe auch Nicopoulos 2010 publiziert hatte. 2010 erfolgte im gemeinsamen Bundesausschuss eine Gleichstellung HIV-Infizierter bei Verfahren der assistierten Reproduktion; allerdings sollten Mehrlingsschwangerschaften aufgrund der erhöhten Transmissionsrate nach Möglichkeit vermieden werden. Gemäss U. Sonnenberg-Schwan hat sich trotz all dieser Verbesserungen am Beratungsbedarf wenig geändert. Zudem sei die Thematisierung des Kinderwunsches noch immer nicht selbstverständlich.



10 Jahre Hotline „HIV und Schwangerschaft“ pädiatrischer Teil: Dr. B. Buchholz, Mannheim

Ab 1996 hatten der Referent und sein gynäkologischer Kollege Dr. M. Beichert zunehmend Anrufe von Fachkollegen, die Fragen zu einem HIV-exponierten Kind bzw. einer HIV-positiven Schwangeren hatten. Ab 2000 wurden mit Hilfe von 4 Pharmafirmen und einer Stiftung Infomaterialien erstellt. Diese weisen seither in pädiatrischen und gynäkologischen Zeitschriften sowie in den Leitlinien auf die 24h- Hotline hin, die ehrenamtlich geführt wird. Dabei werden leitlinienkonforme Auskünfte erteilt und das nächste spezialisierte HIV-Zentrum vermittelt. In 10 Jahren wurden von pädiatrischer Seite 377 Gespräche geführt (zum allergrössten Teil stammten die Anrufe dabei aus dem Bundesgebiet); dabei hatten zumeist Pädiater angerufen, deutlich häufiger aus Kliniken als aus Praxen. Am häufigsten war es dabei um HIV-exponierte Kinder gegangen (in 66% um Neugeborene); deutlich abgeschlagen an zweiter Stelle lagen Anfragen wegen HIV-positiver Kinder. Bei 25 Anrufen pro Jahr zu HIV-exponierten Neugeborenen wurde somit ca. jede 10 Schwangerschaft mit HIV-Exposition beraten. Dies zeigt, dass trotz Internet, Leitlinien u.a. weiterhin Bedarf für diese Form der Beratung besteht.

Tel.nr. der Hotline: 0178-282 02 82

HIV und pränatale Diagnostik Dr. A. Reitter, Frankfurt

Pränatale Diagnostik zur Früherkennung von Erkrankungen ist auch bei HIV-erkrankten Schwangeren sinnvoll und (zum Teil mit Einschränkungen/ erschwerter Auswertbarkeit) einsetzbar. Eine Ultraschalluntersuchung kann u.a. den korrekten Sitz der SS, das Vorhandensein von Herzaktionen, Vorliegen einer Einlings- oder Mehrlingsschwangerschaft beurteilen und bei der Datierung der Schwangerschaft helfen sowie, je nach Zeitpunkt im Verlauf der Schwangerschaft, Hinweise auf bestimmte Anomalien liefern.

Ersttrimesterscreening

Dieses erfolgt in der 11. bis 13. SSW nicht-invasiv, mit einem Zusammenschluss von:

- Wertung des Hintergrundrisikos (Alter der Mutter; SSW; Chromosomenaberrationen in der Vorgeschichte)
- Dicke der Nackenfalte (sonographisch bestimmt), neu kann auch Beurteilung des Nasenbeins hinzugenommen werden
- Biochemie, bestehend aus PAPP-A und β -HCG
- Ethnizität, Nikotin und Gewicht

Diese Untersuchung ist bei HIV-positiven Frauen problemlos einsetzbar. Biochemie und Nackenfalte zeigen keine statistisch signifikante Differenz zu HIV-negativen Schwangerschaften (Savidou, BJOG 2010); unter ART kann allerdings das freie β -HCG reduziert sein. Das Ersttrimesterscreening dient zur Risikokalkulation hinsichtlich chromosomaler Aberrationen.

Spätere pränatale Untersuchungen

In der 15. bis 18. SSW kann der Triple-, oder auch Quadrupletest zur Erkennung von Neuralrohrstörungen eingesetzt werden. Die Rate von 2,5-5% falsch positiver Resultate kann bei HIV-positiven Schwangeren u.U. erhöht sein. Dieser Test ist allerdings mehr in den USA gebräuchlich, zumal gemäss der Referentin zu diesem Zeitpunkt ein Neuralrohrdefekt sonographisch bereits ausreichend gut erkennbar ist.

Bei auffälligem Ersttrimesterscreening, dabei nur nach strenger Indikationsstellung und nur bei supprimierter VL unter ART, ist invasive Diagnostik auch bei HIV-infizierten Schwangeren möglich. Dabei wären Chorionzottenbiopsien schon ab der 11. SSW durchführbar, mit einer Schwangerschaftsverlustrate von 0,5 bis 1%. Von diesen rät die Referentin aber aufgrund der höheren Invasivität mit grösserem Transmissionsrisiko bei HIV-Patientinnen ab. Die ab der 15.SSW durchführbare Amniozentese ist vorzuziehen, hat aber ebenfalls eine Schwangerschafts-Verlustrate von 0,5 bis 1%. Dabei sind die in der Vergangenheit ohne ART



beschriebenen hohen Transmissionsraten nach Amniocentese heute erheblich reduziert (Mandelbrot 2009). In Frankfurt werden seit 2002 jährlich 20 bis 40 Schwangerschaften bei HIV-positiven Frauen betreut. Bei 2 von diesen war in externen Praxen aufgrund lediglich der „Altersindikation“ eine Amniocentese durchgeführt worden (ohne Transmission). Diese Indikation müsse äusserst genau geprüft werden. Sonographie zum Fehlbildungsausschluss im 2./3. Trimester kann zusätzlich ergänzt werden durch fetale ECHO- und Dopplersonographien, insbesondere zum Erkennen spezieller Gefäss-Fehlbildungen.

HIV und Kontrazeption

Dr. A. Gingelmaier, München

Kondome weisen einen Pearl-Index von 2-14 auf, haben aber den zusätzlichen Vorteil der Schutzwirkung gegenüber HIV.

Die hormonellen Verhütungsmethoden liegen mit einem Pearl-Index von maximal 3 (Minipille) ausserhalb der HIV-Situation deutlich darunter. Bei mit ART behandelten Frauen bestehen aber bei allen hormonellen Verhütungsmethoden grundsätzlich Probleme der Wechselwirkungen (über das Cytochrom-System (3A4) und die Glucunoryltransferase) bei Einsatz (geboosteter) Proteaseinhibitoren und NNRTI. Dabei zeigt sich bezüglich des Ethinylestradiol (E2)-Anteils zumeist eine Reduktion; wenn dies eingesetzt werden sollte, dann mit 30 µg E2-Anteil. Ausnahme ist (ungeboostetes) Atazanavir mit einer E2-Erhöhung. Keine E2-Reduktion zeigen NRTI, RAL, ETV und MVC. Besondere Vorsicht sei bei der „Mikropille“ (20 µg E2) geboten. (Schöne Übersicht: Eur j contracept reprod. Health care 2008, 13:123-32). Allerdings ist sehr unklar, ab welcher Reduktion die Effektivität der oralen Antikonzeption nicht mehr gegeben ist; hierzu gibt es keine Untersuchungen.

Das Risiko einer Thrombose und kardiovaskulärer Komplikationen ist zu beachten, insbesondere bei älteren Patientinnen und Raucherinnen.

Eine eindeutige Auswirkung der „Pille“ auf die ART bzw. den Verlauf der HIV-Infektion ist nicht bekannt; Auswirkungen auf ART-Spiegel

seien dokumentiert, aber keine nachgewiesenen Reduktionen der Effektivität (ggf. Spiegelmessung der Med.).

Wegen Umgehung des First-pass-Effektes wäre Einsatz des Transdermalen Hormonpflasters (Evra®) und Vaginalrings (Nuva-ring®) möglicherweise vorteilhaft, aber die Datenlage ist nicht ausreichend. Die 3-Monats-spritze (Depotgestagen) wird nicht durch ART beeinflusst, hat aber viele Nebenwirkungen (Blutungsstörungen, psych. Nebenwirkungen). Bei Etonorgestrel-Implantaten (Implanon®) weisen einige wenige Daten auf eine verminderte Sicherheit in Kombination mit ART hin, und auch die „Pille danach“ wird über das Cytochrom-System 3A4 verstoffwechselt (auch die neu als „EllaOne“ verfügbare, Ulipristal enthaltende Variante).

Bei der „Spirale“, die bei jungen Frauen ohne Kinder aber nur begrenzt geeignet ist, ist eine erhöhte Rate an pelvic inflammatory disease bekannt, bei HIV-Patientinnen aber nicht zusätzlich erhöht. Bei Hormonspiralen zeigen wenige kleine Studien bei HIV-Patientinnen gute Effektivität.

Bei abgeschlossener Familienplanung sollte die Möglichkeit einer Sterilisation nicht vergessen werden: beim Mann ist dies ein kleiner ambulanter Eingriff, bei der Frau eine Laparoskopie in Vollnarkose.

CMV in der Schwangerschaft bei HIV-positiven Frauen

Dr. K. von Weizsäcker, Berlin

CMV macht typischerweise eine symptomarme Primärinfektion; möglich sind Fieber, LK-Schwellung, ein mononukleoseähnliches Krankheitsbild und selten z.B. Hepatitis oder Myokarditis. Es kommt zu einer latenten Infektion mit potentieller Reaktivierung; die Immunität ist unvollständig, Reinfektionen möglich. Bei konnataler Infektion sind bei Geburt 90% der Kinder asymptomatisch, 10% zeigen Symptome, davon die Hälfte ein „typisches“ Bild mit Thrombopenie, Petechien, Hepatosplenomegalie, Microcephalus, Trinkschwäche und tiefem Geburtsgewicht. Es kann in 30-70% zu Hörverlust und 50% zu geistiger Behinderung kommen, sowie zu Krampfan-



fällen und Chorioretinitis. Die Prävalenz der konnatalen CMV-Infektion in Deutschland wird auf 0,2% geschätzt, aber genaue Daten fehlen; Schätzungen anderer europäischer Länder gehen bis 0,5%, in den USA werden bis zu 1,2% angegeben. Bei den konnatal erworbenen CMV-Infektionen handelt es sich je nach Schwangerschaftswoche in 25 bis 75% um primäre Infektionen, eine sehr kleine Rolle spielen Reinfektionen. Zusätzlich hat sich gezeigt, dass 60% aller konnatalen Infektionen bei Müttern eintraten, die schon vor Schwangerschaftsbeginn ein positives CMV-IgG aufgewiesen hatten. Dies wird plausibel anhand Daten, die bei dreijähriger Beobachtung von HIV-negativen, CMV-positiven Frauen mindestens 1x CMV-PCR-Positivität im Blut und in über 80% mindestens 1x im Urin nachgewiesen hatten. Cervicovaginales CMV-Shedding ist darüber hinaus in HIV-positiven Frauen mit 20% gegenüber 4% bei HIV-negativen Frauen deutlich häufiger.

Therapieoptionen sind limitiert. CMV-Immunglobulin ist bei nachgewiesener primärer Infektion in der Schwangerschaft erwägenswert, bezüglich antiviraler Medikamente gibt es keine (ausreichenden) Daten und z.T. Befürchtung massiver Nebenwirkungen. Eigene Daten der Referentin hatten bei 70 HIV-positiven Frauen eine CMV-Rate von 95% und (zum Teil fragliche) Übertragung auf das Kind in 2,9 - 5,7% gezeigt (in der Literatur: bis zu 5%). Dabei seien fehlende ART, niedrige CD4-Zahlen und eine HIV-Erstdiagnose in der Schwangerschaft Risikofaktoren für höhere Transmissionsraten.

Fazit

Bei einer sehr hohen CMV-Rate bei HIV-positiven Müttern kann die Häufigkeit einer konnatalen CMV-Infektion erhöht sein. Bei Neugeborenen sollte auf entsprechende Hinweise untersucht werden. Ein Screening auf CMV wäre u.U. bedenkenswert, bei unklaren Befunden eventuell weiterführende Diagnostik.

Frühgeburtlichkeit unter HAART?- Neue Daten aus der Schweizer Mutter-Kind-Kohorte Dr. K. Aebi-Popp, Basel

Frühgeborene weisen noch nach 3-6 Jahren häufiger kognitive Störungen, Verhaltensauffälligkeiten und neurologische Störungen auf als altersentsprechende Kontrollen. Weltweit liegt die Frühgeburtlichkeit aus zum Teil unklaren Gründen bei 12,9%, trotz vielerlei Bemühungen, diese zu senken; in der Schweiz beträgt sie 7%.

Neben bekannten Risikofaktoren für eine Frühgeburt vor der 32. SSW wie Mehrlingschwangerschaft, Frühgeburt in der Vorgeschichte, tiefem BMI, Blutungen im 1./2. Trimester, bakterieller Vaginose u.a., spielen auch psychische Faktoren (Angst, Stress, Depression) eine gewisse Rolle. Als prädiktive Marker können bildgebend die Zervixmessung und laborchemisch das fetale Fibronectin herangezogen werden.

Ist ART assoziiert mit einer Frühgeburt bei HIV-positiven Schwangeren?

Einige Studien fanden eine Assoziation, andere wiederum nicht (vor allem Studien aus den USA, insbesondere bei Einsatz von Proteaseinhibitoren). Eine 2010 publizierte Studie (CL Townsend), die Daten von insgesamt über 19'500 Einlingsschwangerschaften aus Europa und den USA gepoolt hatte, brachte auch keine letzte Klarheit. Zwar wurde zusammenfassend unter HAART eine Risikoerhöhung um Faktor 1,5 im Vergleich zu einer Dualtherapie ermittelt; Ursachen für die unterschiedlichen Studienresultate konnten aber nicht ausreichend ermittelt werden und wurden am ehesten durch unkontrollierte Confounder erklärt.

Daten Schweiz, und Daten Schweiz+Deutschland

2010 publizierten C. Rudin et al eine Analyse von Daten aus der Schweizer Mutter und Kind-HIV-Kohorte (MoCHiV), mit Einbezug von Daten aus 1180 Schwangerschaften von 1994 bis 2007. Dabei zeigte sich ohne Therapie eine Frühgeburtlichkeit von 15%, unter Mono/Dualtherapie von 20% und unter cART von 24%.



Das mittlere Geburtsgewicht war bei Kindern von Frauen ohne Therapie um 170g höher. Ein Zusammenhang zwischen Dauer der Therapie und Frühgeburt stellte sich nicht dar.

Neuere Daten aus der MoCHiV-Kohorte zeigen eine Zunahme vaginaler Geburten (2009 knapp unter 1/3).

In einen Kollektiv von 600 Schwangerschaften („beigesteuert“ von Basel > Berlin > und München) zeigte sich eine Frühgeburtsrate von 18-27%. Als Hauptgründe fanden sich vorzeitige Wehen/kurze Zervix und vorzeitiger Blasenprung. Bei den 6,8% der Geburten, in denen eine Sectio vor der abgeschlossenen 37. SSW durchgeführt worden war, fand sich als Hauptgrund (lediglich) die HIV-Infektion der Mutter. Es ist anzunehmen, dass so frühe Sectiones (nur) aufgrund der HIV-Infektion in Zukunft weniger durchgeführt werden dürften.

Schlussfolgerungen

Die bisherige Studienlage und neue Schweizer Daten unterstützen die Annahme, dass die ART mit Frühgeburtslichkeit assoziiert ist. Angesichts der weltweiten Ausweitung der ART kann dies zukünftige Fragen auslösen (Nutzen-Risiko-Abwägung).

Fallbericht 4: Zwillingsschwangerschaft Dr.B. Ross, Essen

Eine schwarzafrikanische Patientin wird in der 7. Schwangerschaftswoche vorgestellt. Ihre HIV-Infektion ist seit 2000 bekannt, die Patientin ist unter 3TC/TNF und NVP gut eingestellt mit CD4 341/ μ l, die VL ist seit vielen Jahren nicht nachweisbar. Die ART wird unverändert belassen.

Zusätzlich stellt sich heraus, dass die Patientin aufgrund eines seit Jahren bekannten arteriellen Hypertonus mit Enalapril und Metoprolol therapiert ist. Hier ergibt sich ein Problem: ACE-Hemmer sind (wie auch Diuretika) in der Schwangerschaft kontraindiziert. Grund sind Einflüsse auf das Kind wie reduzierte Nierenfunktion bis zu Nierenversagen, Oligohydran-

nion, verzögerte Schädelossifikation, Hypotonus und Hyperkaliämie. Daraufhin wird die Patientin auf Alphamethyldopa umgestellt; bei nicht ausreichender Wirkung erfolgt im Verlauf zusätzlich Metoprololgabe. Unter dieser Kombination weist die Patientin Blutdruckwerte um 140/100 mm Hg auf.

In der 28. SSW präsentiert sich die Patientin mit Kopfschmerzen und Palpitationen, bei einem Blutdruck von 230/130 mm Hg. Drei Tage später erfolgt die Sectio. Die Kinder sind HIV negativ und weisen keine Folgeschäden auf.

Grundsätzlich gilt: in Deutschland liegt in bis zu 10% der Schwangerschaften ein arterieller Hypertonus vor (vorbestehend oder SS-assoziiert). Diese Konstellation ist ein Risiko für „small for gestational age“-Babies, Präeklampsie, und die häufigste Ursache für Totgeburten im 3. Trimester. Bei Schwarzafrikanern tritt arterieller Hypertonus gehäuft auf und steht in Afrika an 11. Stelle bei den Todesursachen von 15 bis 29-Jährigen.

Die Therapie sollte mit Alpha-Methyldopa, Metoprolol oder Ca-Antagonisten erfolgen, Kontrollen engmaschig stattfinden.

Fallbericht 5: Grenzen einer PMTCT Dr. A. Haberl; I. Jäger; Dr. Dr. R. Linde, alle Frankfurt

Nach 5 Jahren ohne MTCT, kam es am HIV-Zentrum Frankfurt 2010 zu einer Übertragung von der Mutter auf das Kind bei einer seit vielen Jahren HIV-positiven, aus Äthiopien stammenden Patientin. Diese hatte bereits 2002, damals noch in Äthiopien, einen HIV-positiven Sohn zur Welt gebracht und 1992 gesunde Zwillinge geboren. Von Anfang an hatte sich die Behandlung dieser Patientin als äusserst schwierig erwiesen. Es bestanden erhebliche Sprachprobleme, möglicherweise auch kulturelle Barrieren und magisches Denken. Retrospektiv wurde zusätzlich eine wahrscheinlich schon sehr lange bestehende Tablettenphobie herausgearbeitet. Im Vorfeld hatten die CD4-Werte bei fehlender Adhärenz zwischen 40 und 220/ μ l betragen, die Viruslast lag fast immer > 100'000/ml und war nie vollständig supprimiert, und 2008 wäre die Patientin wegen



einer Landouzy-Sepsis bei Lungentuberkulose fast gestorben. In der Schwangerschaft wurde die Patientin initial mit TDF/FTC und LPV/r behandelt; Plasmaspiegel waren, trotz Betreuung regelmässiger Einnahme, jedoch gleich null. In einem Gespräch stellte sich heraus, dass die Patientin der Meinung war, „Gott solle entscheiden“, ob ihr Kind HIV-positiv werde. Zudem berichtete die Patientin über Nebenwirkungen mit Durchfall und Erbrechen. Drei Wochen vor der Sectio wurde die Therapie auf TDF/FTC, AZT, NVP und T20 gewechselt, mit äusserst intensiver Betreuung und T20-Verabreichung durch einen Pflegedienst. Immerhin konnte so eine Reduktion der VL von 238'000 auf 4'800 erreicht werden. Das Kind wurde in der 36 + 3- SSW über primäre Sectio geboren und bis zur 6. Woche mit ART behandelt. Die VL-Messung zu Woche 7 ergab einen Wert von 5 Mio, was suggeriert, dass der Grundstein für die Transmission intrauterin gelegt wurde. Der Fall wird zum Anlass genommen, die Einführung einer obligaten psychosozialen Beratung/Betreuung während der Schwangerschaft, ggf. mit Dolmetscherdienst, zu diskutieren. Möglicherweise wäre auch ein „Notrufhandy“ (Kontakt Sozialarbeiter) für Schwangere ein Korrektiv.

Die Veranstaltung wurde unterstützt von:



Veranstalter:



Kontakt:

Dr. Annette Haberl
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Telefon 0 69 / 6301 7680
<http://www.hivcenter.de/>
annette.haberl@hivcenter.de