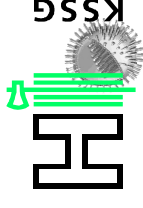


# Prävention der vertikalen Übertragung von HBV, HCV, HIV: Massnahmen aus geburtshilflicher und pädiatrischer Sicht

Seminar an der Frauenklinik KSSG, 10. Januar 2002 / G. Drack, W. Fierz, P. Grob, C. Kind, P. Vernazza



Erreger	Vor Graviddität	1. Trimenon	2. / 3. Trimenon	Geburt	Post partum / Kind
HBV	Impfung	Serologische Abklärung ev. in „Block Schwangerschaft“ (sonst warten bis 2. Trimenon) Bei Geimpften ev. Impfschutz (anti-HBs-Ak) überprüfen	Screening-Test: anti-HBc-Ak oder HBsAg (vor Ende 2. Trimenon)  Wenn negativ: Keine weiteren Massnahmen Wenn HBsAg positiv: > ev. HBeAg, > ev. Umgebungsabklärung Wenn anti-HBc-Ak pos: > HBsAg und anti-HBs-Ak  Bedeutung: - HBsAg pos.: Infektion - anti-HBs-Ak pos.: Immunität - „anti-HBc-Ak allein“: potentielle Infektion	HBsAg-Notfallbestimmung bei Klinikeintritt, falls keine serologischen Befunde vorliegen; zusätzlich anti-HBc- und anti-HBs-Ak bestellen	Stillen lassen Impfung des Neugeborenen (aktiv und passiv) unmittelbar post partum (innert Minuten), noch sinnvoll bis 48 h p.p.; gegenwärtige Praxis: nur bei Infektiosität der Mutter, d.h. entweder „HBsAg positiv“ oder „anti-HBc-Ak positiv / anti-HBs-Ak negativ“ Dosierung (an FKSG): > passiv: HBs-Ig (200 IE i.m.); > aktiv: HBs-Antigen (10µg, inaktiviert, i.m.), nicht an gleicher Stelle wie Ig-Injektion Boosterdosen nach 1 und 6 Monaten; begonnene Impfung immer kompletieren
HCV	Abklärung bei Risikoanamnese: „HCV-Screen“	Screening: bei Risikoanamnese; falls Screening positiv: viral load bestimmen	---	Plansektio? Möglicherweise sinnvoll, am ehesten bei nachweisbarer Viruslast, jedoch wegen schmaler Datenlage noch keine eindeutige Empfehlung abzugeben. Mit Mutter besprechen	Verzicht auf Stillen vielleicht sinnvoll, zumindest bei nachweisbarer Viruslast (ungenügende Datenbasis). Mit Mutter besprechen

HIV siehe Rückseite

Anmerkung zu HBV, HCV und HIV:

Nabelschnurblut-Diagnostik nicht indiziert

Weitere Informationen zu Hepatitisviren: [www.sevhep.ch](http://www.sevhep.ch), [www.infekt.ch](http://www.infekt.ch)

Erreger	Vor Graviddität	1. Trimenon	2. / 3. Trimenon	Geburt	Post partum / Kind
HIV	<p>Abklärung von Risikopatientinnen (HIV-Ak; ev. p24-Ag, falls Risikosituation vor &lt; 3 Monaten)</p> <p>Information abgeben über HIV-Screening in Schwangerschaft</p>	<p>Screening mit „informed consent / choice“; Akzeptanz fördern: Information, dass das HIV-Screening in der Schwangerschaft eine <i>allgemeine</i> Vorsorgeleistung ist, und gute Info (ebenfalls im voraus), dass ein positiver Screening-Test noch keine Diagnose bedeutet (relativ hohe falsch-positive Rate in Niedrigprävalenz-Population)</p> <p>Screening-Test: HIV-Ak (ev. p24Ag, falls Risikosituation vor &lt; 3 Monaten)</p> <p>Zusammenarbeit Geburtshelfer - Internist (bzw. am KSSG in Infektiologie-Sprechstunde DIM)</p> <p>Meldung in MoCHiv-Studie</p>	<p>Beginn der Chemoprophylaxe gemäss viral load mit Ziel „nicht nachweisbar“: ab ca. 22 SSW (Präferenz für Dreier-Kombination, sog. HAART = hoch aktive antiretrovirale Therapie; keine Monoprophylaxe mehr empfehlen)</p> <p>Indikationsstellung für Prophylaxe oder Therapie durch Infektiologen, vorzugsweise in Absprache mit Pädiater und Geburtshelfer)</p> <p>Viruslast 4 w und ev. 12 w nach Therapiebeginn, Kontrolle mit 36 SSW</p> <p>Gespräch der Eltern mit Pädiater vermitteln</p> <p>Je nach sozialer Situation: ev. Gespräch mit Sozialarbeiter vermitteln</p>	<p><b>Schnelltestung bei Aufnahme zur Entbindung?</b> Bisher nicht etabliert, für Gebärende mit erhöhtem Risiko zu erwägen. Gute Info über Bedeutung eines positiven Screeningbefunds!</p> <p><b>Plansektio</b> ab 37 0/7 SSW (aktuell in CH: Sectio auch bei „negativem viral load“)</p> <p><b>Noftalsectio aus alleiniger Indikation der Transmissionsprophylaxe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; noch indiziert bei vorzeitigem Blasensprung mit Intervall &lt; 4 h;</li> <li>&gt; nicht mehr indiziert bei fortgeschrittener Wehentätigkeit („Aktivphase“) mit oder ohne Blasensprung</li> </ul> <p><b>Perioperative Chemoprophylaxe für alle Gebärenden:</b> 2mg/kg KG AZT in 100 ml NaCl während 1 h, dann 1 mg/kg/h in 1000 NaCl oder in Rücksprache mit Infektiologie; Beginn der Infusion 3-4 h präoperativ; zusätzlich (z.B. bei positivem viral load, nach Wehenbeginn) ev. Nevirapin 1x200 mg oral</p> <p><b>Bei Ablehnung der Plansectio:</b> Vaginale Geburt erscheint ev. vertretbar bei nicht nachweisbarer Viruslast unter gut geführter HAART. Aber CAVE: Es bestehen offene Fragen zur perinatalen Bedeutung des VL, deshalb <i>nicht zu vaginaler Geburt raten</i></p> <p><b>Grundsätzlich jede Situation separat durch erfahrenes Team besprechen lassen</b></p>	<p>Verzicht auf Stillen (wichtig)</p> <p>Chemoprophylaxe beim Kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; <i>alle Kinder:</i> AZT, 6 stdl. 2 mg/kg KG oral); Beginn 6-12 h p.p.</li> <li>&gt; <b>Dauer der Prophylaxe:</b> 6 Wochen, ev. kürzer möglich; Entscheidung durch Pädiater, ev. in Rücksprache mit Infektiologie</li> <li>&gt; <i>bei erhöhtem Risiko (Mutter mit „positivem viral load“, Frühgeburt, keine oder ungenügende Vorbehandlung):</i> AZT wie oben erwähnt; zusätzlich 48-72 h p.p. Einmalosis Nevirapin 1x2 mg/kgKG oral</li> </ul> <p><b>Grundsätzlich jede Situation separat durch erfahrenes Team besprechen lassen</b></p>