

## Neue Empfehlungen der FKT zur Prävention der vertikalen HIV-Transmission

Christoph Rudin, Basel  
Präsident Schweizerische Mutter&Kind HIV-Kohortenstudie

Ende vergangenen Jahres hat die Fachkommission Klinik und Therapie (FKT) des Bundesamtes für Gesundheit neue Empfehlungen zur Prävention der vertikalen HIV-Transmission erstellt. Diese Richtlinien wurden in Zusammenarbeit mit den Schweizerischen Gesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Pädiatrie, der Pädiatrischen Infektiologie-Gruppe Schweiz (PIGS) und der Schweizerischen Neonatologie-Gruppe Schweiz erarbeitet und sind entsprechend breit abgestützt. Eine Kurzversion wurde im Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit im Dezember vergangenen Jahres publiziert (*Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit* 53: 1008–11, 27.12.04). Diese und eine ausführliche Zusammenfassung aller relevanten Überlegungen, die diesen Empfehlungen zu Grunde gelegt worden sind (inkl. Literaturangaben), sind auf der Homepage des BAG ([www.bag.admin.ch/aids](http://www.bag.admin.ch/aids)) abruf- und ausdrückbar.

Hier seien nur die wesentlichen Kernpunkte der neuen Empfehlungen kurz zusammengefasst. Analog zu den Empfehlungen zur antiretroviralen Therapie bei Erwachsenen soll auch während einer Schwangerschaft mit einer Dreierkombination von antiretroviralen Substanzen (i.a. zwei NRTI's und 1 PI) behandelt werden. Ziel der Therapie ist es, dass spätestens zum Zeitpunkt der Geburt eine Viruslast unter der Nachweisgrenze (< 50 HIV RNA-Kopien/ml Blut) erreicht wird. Retrovir® (Zidovudin) muss dabei nicht mehr unbedingt Teil der antiretroviralen Therapie sein. Die Schwangerschaftsbetreuung soll unter anderem Messungen der Serumkonzentration der PI's beinhalten, eine Resistenztestung vor Therapiebeginn in der Schwangerschaft und eine HIV-RNA-Messung möglichst kurz vor der Geburt (i.a. anfangs der 36. Schwangerschaftswoche).

Primär bleibt die elektive Sektioentbindung in der 38. SSW die Entbindungsart der ersten Wahl. Bei unmessbarer Viruslast und elektiver Sektioentbindung kann auf die Gabe

von intravenösem Retrovir® unter der Geburt verzichtet werden. Ausserdem kann heute, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind (unmessbare Viruslast in verschiedenen Messungen, keine absehbaren geburtshilflichen Risiken), insbesondere bei entsprechendem Wunsch der Mutter eine vaginale Geburt zugelassen werden. In diesem Falle soll allerdings unter der Geburt Retrovir® i.v. verabreicht werden.

Wegen der erheblichen Gefahr einer Resistenzbildung gegenüber NNRTI's soll eine Nevirapin-Einzeldosis (Virammune®) nur noch mit grösster Zurückhaltung an die Mutter verabreicht werden. In solchen Fällen wird die Kombination mit Combivir® während einer Woche empfohlen.

Die Postexpositionsprophylaxe bei den Neugeborenen wird beibehalten, wobei 4 Wochen Therapie heute als ausreichend angesehen werden. Je nach Risiko-Abschätzung (Konsultation der Spezialisten) kann diese aus einer Retrovir®-Monotherapie oder einer Kombinationstherapie mit 2 oder 3 Substanzen bestehen. Auf das Stillen soll weiterhin generell verzichtet werden. Stillen würde die Exposition der Kinder gegenüber den antiretroviralen Substanzen verlängern und ausserdem im Falle eines Therapieversagens bei der Mutter zu einem erheblichen Infektionsrisiko beim Kind führen. Ausserdem gehören die antiretroviralen Medikamente zu den FDA-Kategorien B und C der Medikamente, bei welchen grundsätzlich vom Stillen abgeraten wird.

### Korrespondenzadresse:

Prof. Christoph Rudin  
Leitender Arzt  
Universitäts-Kinderspital beider Basel  
Römervasse 8  
4058 Basel  
Tel. 061 685 65 65  
[christoph.rudin@unibas.ch](mailto:christoph.rudin@unibas.ch)

## Nouvelles recommandations de la sous-commission clinique pour la prévention de la transmission verticale du VIH

Christoph Rudin, Bâle  
Président de l'Etude mère&enfant VIH

Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds et Jean-Jacques Cheseaux, Lausanne

### Correspondance:

Prof. Christoph Rudin  
Leitender Arzt  
Universitäts-Kinderspital beider Basel  
Römergasse 8  
4058 Bâle  
Tél. 061 685 65 65  
[christoph.rudin@unibas.ch](mailto:christoph.rudin@unibas.ch)

À la fin de l'année passée la sous-commission clinique de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a édité de nouvelles recommandations pour la prévention de la transmission verticale du VIH. Ces recommandations ont été élaborées en collaboration avec la Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique, la Société Suisse de Pédiatrie, le Groupe Suisse d'Infectiologie Pédiatrique (PIGS) et la Société Suisse de Néonatalogie et s'appuie donc sur une large consultation. Une version courte a été publiée dans le bulletin de l'OFSP en décembre de l'année passée (*Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique* 53: 1008-11, 27.12.04). Vous pouvez trouver et imprimer cette version ainsi qu'un résumé détaillé de toutes les réflexions pertinentes qui sont à la base de ces recommandations (y-compris les références) sur le site de l'OFSP ([www.bag.admin.ch/\\_aids](http://www.bag.admin.ch/_aids)).

Nous ne résumons ici que les points principaux de ces nouvelles recommandations. Par analogie aux recommandations pour le traitement anti-rétroviral de l'adulte, celui-ci doit se faire aussi durant la grossesse avec une triple combinaison de substances anti-rétrovirales (en général deux inhibiteurs nucléosidiques de la reverse-transcriptase (NRTI) et un inhibiteur de la protéase (PI)). Le but du traitement est d'atteindre au plus tard au moment de l'accouchement une charge virale en dessous de la limite détectable (< 50 copies RNA de VIH/ml de sang). Le Retrovir® (zidovudine) ne doit plus faire obligatoirement partie du traitement anti-rétroviral. Le suivi de la grossesse doit entre autres comporter des mesures des concentrations sériques des PI, un test de résistance avant le début d'un traitement pendant la grossesse et un dosage du RNA du HIV le plus tard possible avant l'accouchement (en général au début de la 36<sup>ème</sup> semaine de grossesse).

En principe une césarienne élective au cours de la 38<sup>ème</sup> semaine de grossesse reste la méthode de choix concernant le mode d'accouchement. En cas de charge virale non détectable et d'accouchement par césarienne élective on peut renoncer à l'administration de Retrovir® par voie intraveineuse pendant l'accouchement.

De plus il est aujourd'hui possible, dans certaines conditions (charge virale indétectable lors de plusieurs dosages, absence de risques obstétricaux prévisibles) et tout particulièrement si la mère le souhaite, de laisser l'accouchement se faire par voie naturelle. Dans ce cas il est par contre conseillé d'administrer le Retrovir® par voie intra-veineuse durant la naissance.

En raison du risque important de développer une résistance contre les inhibiteurs non-nucléosidiques de la réserve transceptase (NNRTI), une dose unique de névirapine (Viramune®) ne devrait être administrée à la maman qu'avec la plus grande réserve. Dans ces cas, nous recommandons l'association avec Combivir® pendant une semaine.

La prophylaxie post-expositionnelle chez le nouveau-né est maintenue, actuellement 4 semaines de traitement sont considérées comme suffisantes. Selon l'estimation des risques (consultation spécialisée) celle-ci peut consister en une monothérapie avec Retrovir® ou en une combinaison de 2 voire 3 substances. On renoncera toujours à l'allaitement maternel. L'allaitement prolongerait l'exposition de l'enfant aux substances anti-rétrovirales et augmenterait en outre considérablement le risque d'infection pour l'enfant en cas d'échec de traitement chez la mère. Les médicaments anti-rétroviraux font par ailleurs partie des médicaments des catégories B et C de la FDA, pour lesquelles l'allaitement est par principe déconseillé.