

## 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  
Römergasse 8  
4058 Basel  
Tel. 061 685 65 65  
[christoph.rudin@unibas.ch](mailto:christoph.rudin@unibas.ch)