

Péče o děti HIV pozitivních matek

Mgr. Veronika Kulířová¹, MUDr. Lukáš Fleischhans², doc. MUDr. Hanuš Rozsypal, CSc.³

¹Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK, Praha

²Klinika infekčních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce, Praha

³Klinika infekčních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce, Praha a 1. LF UK, Praha

Počet osob s infekcí způsobené lidským virem imunodeficiency (Human Immunodeficiency Virus, HIV) v České republice stále stoupá. Narůstající počet HIV pozitivních gravidních žen není tolik výrazný a zásluhou profylaktického programu se riziko vertikálního přenosu výrazně snížilo. Profylaktický program je rozdělen do 4 částí (antiretrovirová léčba během gravidity, porod císařským řezem a nahrazení kojení mléčnou stravou, užívání antiretrovirové suspenze během prvních šesti týdnů života novorozence). Dispenzarizační program je do 18 měsíců věku dítěte, kdy je dítě po finálním negativním PCR testu (polymerázová řetězová reakce) vyřazeno z evidence.

Klíčová slova: HIV infekce, vertikální přenos, děti, profylaxe.

Care for children of HIV positive mothers

A number of people with human immunodeficiency virus infection (Human Immunodeficiency Virus, HIV) are still rising in the Czech Republic. The increasing number of HIV-positive pregnant women is not so significant due to the prophylactic program, the risk of vertical transmission has significantly decreased. The prophylactic program is divided into 4 parts (antiretroviral treatment during pregnancy, birth by caesarean section and replacing breastfeeding with a milk diet, using antiretroviral suspension during the first six weeks of newborn life). The dispensation program is up to 18 months of child age when the child is removed from the evidence after the final negative PCR test (polymerase chain reaction).

Key words: HIV infection, vertical transmission, children, prophylaxis.

Úvod

Infekce virem lidské imunodeficiency (HIV, Human Immunodeficiency Virus) je onemocnění, které zasáhlo a ovlivnilo celý svět. V roce 2017 žilo na celém světě více než 36 miliónů infikovaných osob a přibližně 1 milión osob této infekci již podlehl. Počet HIV infikovaných dětí ve světě se odhaduje na 2,5 miliónu. Ročně se nakazí asi 430 000 dětí, z tohoto počtu země asi 280 000 dětí. Převážná část těchto dětí byla infikována vertikálním přenosem (8).

V České republice bylo k 30. 4. 2018 celkem odhaleno 3 238 HIV pozitivních osob (z tohoto počtu je 452 žen). Onemocnění k tomuto datu podleho již 287 osob (234 mužů, 53 žen).

I když počet HIV pozitivních osob narůstá, průměrný počet gravidních žen s touto infekcí zůstává již několik let stejný. V České republice rodí ročně okolo 10 žen a do konce roku 2017 se uskutečnilo 180 porodů. Tyto porody probíhají v Nemocnici Na Bulovce na Klinice infekčních, parazitárních a tropických nemocí ve spolupráci s Gynekologickou – porodnickou klinikou a s Neonatologickým oddělením (viz Obr. 1). HIV infekce se prokázala zatím u 6 narozených dětí, avšak ve všech případech došlo k přenosu z důvodu nespolečné HIV pozitivní matky během gravidity (5, 6).

Asi u poloviny gravidních žen byla odhalena HIV infekce právě během jejich gravidity. Druhá skupina žen se pro těhotenství rozhodla již bě-

hem svého onemocnění. Vzhledem k vysoké úrovni HIV léčby, prodlužování a zkvalitňování života není dnes gravidita překážkou. Ženy by se však nejprve měly poradit se svým ošetřujícím lékařem. Výjimkou pro nedoporučení těhotenství může být především rozvinuté stadium onemocnění s těžkým imunodeficientem (3).

Vertikální přenos HIV infekce

Přenos HIV infekce se uskutečňuje třemi cestami (sexuálním stykem, krevní cestou a vertikálním přenosem). V České republice je dominantní cestou nákazy sexuální přenos (90–95 %) (6).

Vertikální přenos může nastat během gravidity, porodu nebo při kojení. Pravděpodobnost přenosu z HIV pozitivní ženy na dítě je ve světě

asi 20–30 %. Nejvyšší riziko infekce by hrozilo, pokud by se vyskytly vážné komplikace během vaginálního porodu (například poranění novorozence během porodu). Přenos viru může také výrazně ovlivnit vysoká virová nálož matky, virová hepatitida C, další pohlavní nemoci (syfilis, kapavka...), nitrožilní toxikomanie, předčasný odtok plodové vody (více než 4 h před vybavením plodu) nebo předčasný porod novorozence s nízkou zralostí imunitního systému.

Kojení zvyšuje riziko vertikálního přenosu až o 14 %. Délka kojení nad 15 měsíců ještě riziko přenosu zdvojnásobuje. Z tohoto důvodu se HIV pozitivním ženám nedoporučuje kojit a již od narození mateřské mléko nahradit náhradní kojeneckou výživou (3, 5).

Pomocí profylaktického programu, a to především antiretrovirové léčby během gravidity se riziko přenosu viru HIV snižuje na 1–2 % (2).

Profylaktický program během gravidity

V České republice je od roku 2000 podle § 71 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, povinné testování gravidních žen v I. trimestru a u rizikových žen je doporučeno zopakovat test ještě ve III. trimestru gravidity. Toto screeningové vyšetření je prováděno v řadě laboratoří. Při reaktivním výsledku se však musí vzorek krve odeslat do Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS ve Státním zdravotním ústavu v Praze. Tam se výsledek konfirmuje a je definitivně potvrzen či případně vyvrácen. Při zjištění HIV positivity je gravidní žena odeslána do regionálního HIV centra, kde je, jako u všech nově odhalených, především zjišťován imunologický profil, virová nálož, možná koinfekce hepatitidy C a případné vyšetření na další pohlavní nemoci. Gravidní žena je zařazena do profylaktického programu a nasazuje se jí co nejdříve antiretrovirová terapie (3).

Antiretrovirová terapie (ART) znamená velký posun v léčbě HIV pozitivních osob a také vysoké snížení rizika přenosu onemocnění z HIV pozitivní ženy na dítě. Je to kombinovaná léčba sestávající z 3–4 skupin antiretrovirových léků. Antiretrovirová terapie užívaná v graviditě je rozdělena do tří skupin: nukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy (NRTI) a nukleotidové inhibitory reverzní transkriptázy (NtRTI), nenukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy (NNRTI) a inhibitory proteázy (PI). Při této léčbě je však

nutná spolupráce ze strany budoucí matky, léky musí užívat v pravidelných časových intervalech 1–2 denně, protože nepravidelnost v užívání by mohla vést k rezistenci na léky. Žena by také měla být informována o možných vedlejších účincích léčby, tyto jsou však ve většině případů mírné a trvají převážně první týdny po jejich nasazení. Nejčastějšími vedlejšími příznaky jsou nevolnosti, průjem, únava. Pokud se během gravidity objeví oportunní infekce, jsou do porodu léčeny. Jestliže jsou oba partneři HIV pozitivní, doporučuje se během gravidity používat při sexuálním styku kondom. Partnerův zdravotní stav by mohl negativně ovlivnit zdravotní stav ženy a následně i dítěte (1, 2).

Také invazivní výkony během gravidity zvyšují riziko vertikálního přenosu, proto se doporučuje nerealizovat amniocentézu, odběr choriových klků či kordocentézu (5).

Porody HIV pozitivních žen

V České republice byly dosud, tzn. do roku 2017, porody HIV pozitivních žen plánované. Primární volbou je císařský řez v průběhu 38. týdne. Tento hraniční termín porodu je volen z důvodu rizika předčasného odtoku plodové vody. Porod císařským řezem je dosud považován za významné profylaktické opatření i když v některých státech Evropy (Velká Británie, Francie, Norsko aj.) je u žen s velmi nízkou hladinou virové nálože mezi 34.–36. týdnem volen již vaginální porod. U nás se již tento trend začíná také pomalu prosazovat a ženy, jež mají prokazatelně nedetekovatelnou či velmi nízkou virovou nálož HIV alespoň 2x za sebou, mohou (dle svého uvážení) родit vaginálně (4).

HIV pozitivní žena nastupuje k hospitalizaci den před plánovaným provedením císařského řezu, který se provádí přímo na operačním sálu Kliniky infekčních, tropických a parazitárních nemocí (viz obrázek číslo 3). Po přijetí se realizuje běžná předoperační příprava. Ještě ½ h před porodem se ženě podává intravenózně zidovudin 2 mg/kg 5 % roztoku glukózy v dávce 250 ml. Druhá část dávky zidovudin 2 mg/kg by měl být aplikována během samotného porodu. Pro samotný operační výkon se preferuje svodná anestézie. Po porodu je o ženu pečováno podobně jako u všech žen po císařském řezu. Matka z důvodu rizika přenosu viru HIV nekojí a je jí v pooperačním období zastavena laktace standardním podáním cabergolinu perorálně (3, 4).

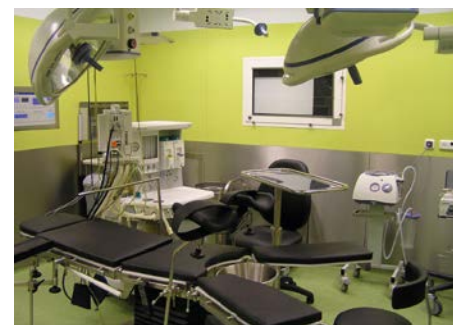
Obr. 1. HIV centrum Klinika infekčních parazitárních a tropických nemocí, Nemocnice Na Bulovce, Praha



Obr. 2. Kolektiv sester HIV centra, Nemocnice Na Bulovce, se zakladatelkou center HIV doc. MUDr. Marií Staňkovou. Autorka článku nahoře první zprava



Obr. 3. Operační sál pro HIV pozitivní rodičky Kliniky infekčních, tropických a parazitárních nemocí



Vzhledem k nepraktičnosti centralizace porodů v jednom zdravotním zařízení (ženy ve vysokém stupni těhotenství musí z celé republiky přijíždět k porodu do Prahy) se připravuje další porodní centrum pro HIV pozitivní ženy ve Fakultní nemocnici v Brně.

Péče o novorozence HIV pozitivní ženy

Již na operačním sále probíhá základní péče o novorozence, která pokračuje i po příchodu na oddělení. Novorozenec je pečlivě očištěn, jsou mu měřeny životní funkce, hlídán pupeční pahýl, zvracení, odchod smolky. Specifikou péče

o tyto novorozence je podávání zidovudinu ve formě suspenze. První dávka by měla být podána nejpozději 6 h od porodu. Novorozenci tento lék většinou velmi dobře přijímají pro svou sladkou chuť.

Profylaktické léky pak musí být novorozenci podávány ve správné výši pravidelně a to po 6 hodinách. Dodržování pravidelnosti je, stejně jako u dospělých pacientů, zásadní pro prevenci přenosu. Suspenze se podává mezi dávkami mléka, protože je dítětem lépe snášena. Nikdy by se tedy neměla podávat současně s mlékem, vždy by měla být minimálně 30minutová pauza.

HIV pozitivní matky s novorozencem jsou obvykle hospitalizovány 7 dní a během hospitalizace je kladen důraz na edukaci matky ve správném podávání antiretrovirové terapie dítěti. Tuto profylaktickou suspenzi zidovudinem užívá novorozenec do 6. týdne života, při nízkém riziku vertikálního přenosu lze zkrátit i na dobu 4 týdnů. Lék se užívá ve 4 dávkách denně ve výši 8 mg/kg den a po 14 dnech života se zvyšuje na dávku 12 mg/kg den.

Zidovudin ve formě suspenze je velmi dobře tolerován; jedním s možných vedlejších účinků může být mírný pokles hodnot erytrocytů v krvi, což se však po ukončení profylaktického opatření upraví (3, 5).

V případě vaginálního porodu se novorozenec po porodu také zajistí profylakticky zidovudinem do 4–6 týdnů věku dítěte. Zajištění zidovudinem infusně během porodu se v tomto případě neprovádí.

Kalmetizace u těchto novorozenců v časném novorozeneckém věku neprobíhá. Je-li indikována či vyžadována ze strany rodičů, realizuje se až později, většinou od 3. měsíce (5).

Všechna vyšetření k určení virové nálože HIV v plasmě dítěte absolvuje v HIV centru. První odběr se provádí při porodu, a to z pupečnickové krve. Další odběry již probíhají ambulantně, a to ve věku 1, 3, 6, 12 a 18 měsíců věku dítěte. V 18. měsíci věku dítěte se provádí finální test, a to detekce protilátek (anti-HIV 1) a je-li test negativní, je dítě definitivně považováno za HIV negativní a vyřa-

zuje se z dispenzarizace HIV centra. Důvodem delší doby sledování je možnost tzv. přechodně pozitivního výsledku na základě PCR testů (vyšetření pomocí polymerázové řetězové reakce v reálném čase k určení virové nálože HIV). Krev těchto dětí může zpočátku obsahovat maternální, transplacentárně přenesené protilátky anti HIV, které postupně klesají. Zásluhou vysoké spolehlivosti metod přímé virové nálože však lze již dnes u většiny dětí stanovit HIV negativitu většinou již po druhém vzorku odběru, tedy ve 3. měsíci života dítěte (5, 7).

Péče o HIV pozitivní děti

Při dodržení všech profylaktických opatření je riziko přenosu viru HIV z matky na dítě opravdu minimální. V České republice se vertikálně infikovalo zatím 7 dětí. První HIV pozitivní dítě se narodilo HIV centru v Nemocnici Na Bulovce v roce 1997. Po 4 narozených HIV pozitivních dětech zavládla několik dlouhých let v odborných kruzích radost, že se již u nás dlouho nenarodilo žádné HIV pozitivní dítě. Zlom však přišel po roce 2014, kdy se během 2 let narodily další 3 děti, které se během gravidity nebo porodu virem HIV infikovaly. Vždy se však jednalo o absolutní nespokojenost s matkou dítěte během jejího těhotenství. Ve dvou případech dokonce matky o své HIV infekci věděly, přesto během gravidity profylaxní léčbu neužívaly. V péči HIV center jsou také děti narozené v zahraničí, jejichž rodiče získali v České republice trvalý pobyt.

Zásluhou užívání antiretrovirové léčby a sledování zdravotního stavu všechny HIV pozitivní děti prospívají a jejich zdravotní stav je velmi dobrý. Tyto děti mohou žít životy jako jejich vrstevníci (navštěvovat školní zařízení, cestovat, věnovat se zájmům, sportovat). Vzhledem k tomu, že jsou jim antiretrovirové léky nasazeny již od stanovení diagnózy, je nutné tyto děti zapojit do adhezenčního programu (užívat pravidelně léky ve správné dávce a ve správném časovém intervalu). Antiretrovirové léky užívají nejprve ve formě suspenze, později

ve formě tablet. Cílem této léčby je snížení virové nálože na méně než 20 kopií/ml (1, 3).

Sdělování výsledků samotným HIV pozitivním dětem je velmi individuální. Vzhledem k velké dostupnosti informací na internetu je optimální věková hranice mezi 11–14 lety. Sdělení diagnózy by mělo probíhat velmi citlivě ve spolupráci lékaře, rodičů, případně psychologa (3).

I když je tento článek zaměřen na děti HIV pozitivních matek, nelze se na závěr ještě nezmínit o infekci virem HIV sexuální cestou u nezletilých osob, tedy „velkých dětí“. V České republice se touto cestou věku 14–18 let infikovalo virem HIV zatím přes 80 mladistvých. Zabránit vzestupu tohoto počtu může kvalitní prevence a její osvětové programy nejen mezi mládeží, ale již mezi staršími školními dětmi (7).

Závěr

Zásluhou preventivních aktivit (testování gravidních žen; v případě odhalení HIV pozitivní nasazení antiretrovirové léčby, vedením vhodné formy porodu a zabránění kojení) je v České republice výskyt HIV pozitivních dětí velmi nízký. Během prvních 18 měsíců života je k vyloučení HIV infekce u těchto dětí stanoven harmonogram odběrů ve specializovaném HIV centru. Děti, které se vertikální cestou virem infikovaly, je také velmi nízký počet. Zásluhou antivirové léčby mohou tyto děti vést kvalitní život jako děti s jiným chronickým onemocněním. Kromě specializovaných center se mohou zdravotníci s těmito dětmi setkat i na dalších zdravotnických pracovištích (praktický dětský lékař, dětská chirurgie, stomatologie...) Je samozřejmé, že zdravotní pracovníci by měli být vždy o diagnóze dítěte informováni. To by však nikdy nemělo být překážkou přijetí dítěte do odborné péče. Správně léčené HIV pozitivní děti s nízkou virovou náloží jsou při dodržování všech správných postupů ze strany zdravotníka opravdu minimálně rizikové pro přenos HIV.

LITERATURA

1. European AIDS Clinical Society. Guidelines, Version 8.0 – October 2015. EASC 2015, 192 s.
2. Hoffmann Ch., Rockstroh. HIV 2015/16, Medizin Fokus Verlag 2015, 756 s.
3. Jilich D., Kulířová V. a kol. HIV infekce – současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelské, MF – edice AESKU-LAP 2014, 174 s.

4. Mojhová M., Mikysková I., Halaška M., Management péče o HIV pozitivní těhotné v období let 1996–2014, Česká gynekologie, 2016, roč. 81, č. 3, strany 177–181
5. Rozsypal H., Novorozenec ženy infikované lidským virem imunodeficiency (HIV), Neonatologické listy, rok 2010, roč. 16, strany 7–11
6. Údaje Národní referenční laboratoře pro AIDS, on line:

http://www.aids-hiv.cz/http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2018/HIV_AIDS_03_2018.pdf

7. Metodické opatření: Řešení problematiky infekce HIV/AIDS. Věstník MZ ČR 200, částka 8:2–13
8. World Health Organization. Data and Statistics. <http://www.who.int/gho/hiv/en/>