

به نام خدا



مجموعه سمینارهای مجازی بازآموزی
پزشکان درمانگر اچ آی وی
PMTCT

۱۴۰۰

مشاوره قبل از بارداری

- مبتلایان به HIV باید از مشاوره تنظیم خانواده و سایر خدمات مورد نیاز در این رابطه برخوردار گردند. در این مشاوره‌ها باید به موارد زیر توجه شود:
- انتخاب روش‌های مناسب و مؤثر پیشگیری از بارداری برای کاهش احتمال بارداری ناخواسته.
- ترویج تماس جنسی مطمئن و کم خطر شامل استفاده همیشگی از کاندوم.
- غربالگری شرکای جنسی از نظر عفونت‌های آمیزشی و درمان آن قبل از اقدام به بارداری.
- در همه زنان که قصد بارداری دارند و وضعیت هپاتیت B نامشخص دارند، HBsAg, HBcAb, HBsAb چک شود.

مشاوره قبل از بارداری

- خطر انتقال از مادر به کودک و یا خطر انتقال بین زوج‌هایی که از نظر وضعیت اچ‌آی‌وی یکسان نیستند (sero-discordant) توسط بیمار درک شده باشد.
- شروع درمان ضد رتروویروسی برای فرد مبتلا به HIV در زوج‌های sero-discordant
- تاثیرات حاملگی و بارداری بر روند بیماری و درمان
- موارد نیازمند ضرورت سقط

روش‌های بارداری

- زوج‌هایی که مایل به بچه دار شدن هستند، باید از خطرات آن آگاه شوند و بدانند که اگرچه اقدامات بسیار موثری برای کاهش انتقال اچ‌آی‌وی از مادر به کودک وجود دارد، ولی هیچ‌گاه نمی‌توان این خطر را به صفر رساند.
- چنانچه علی‌رغم مشاوره‌های انجام شده، زوج بر بارداری اصرار دارند، ترجیحا به مراکزی ارجاع شوند که در این مورد تجربه بیشتری وجود دارد یا پزشک درمانگر از مشاوره این مراکز استفاده نماید.

- در زنانی که تمایل به باردار شدن داشته باشند باید از قبل از بارداری روزانه مولتی ویتامین حاوی اسید فولیک یا قرص اسید فولیک به تنهایی (مقدار اسید فولیک ۴۰۰ میکروگرم روزانه) برای پیشگیری از عوارض لوله عصبی در نوزاد تجویز شود.

- نیز از نظر احتمال ابتلا به بیماری های آمیزشی معاینه شوند.

- در هر صورت اگر فرد بعد از ۶ ماه از اقدام به بارداری، باردار نشود، باید مجدداً از نظر باروری زوجین مورد بررسی قرار گیرند.

- HIV و اخیانا مصرف داروهای ضد رتروویروسی ممکن است باعث کاهش تعداد اسپرمها، کاهش حرکت اسپرم ها و وجود اسپرمهای غیر طبیعی و کاهش حجم مایع منی شوند.

- حتما قبل از اقدام به بارداری، زوج یا زوجین مبتلا به اچ آی وی (زن، مرد یا هر دو) باید درمان ضد رتروویروسی دریافت کند و ۳-۶ ماه پس از شروع درمان، بار ویروسی چک شود در صورت منفی بودن بار ویروسی باید این تست سه ماه بعد مجددا تکرار شود تا از منفی بودن آن اطمینان داشته باشید و درست پیش از اقدام به بارداری، بار ویروسی در او/آنان غیر قابل شناسایی باشد.

منظور از مهار پایدار بار ویروسی، داشتن دو بار ویروسی غیر قابل شناسایی پیاپی به فاصله ۳ ماه است.

- برای اقدام به بارداری باید بار ویروسی غیر قابل شناسایی پایدار در زوج یا زوجین مبتلا داشته باشیم.

وقتی زن مبتلا به HIV است و همسر وی به آن مبتلا نیست

- زن تحت درمان ضد رتروویروسی قرار گرفته و بار ویروسی غیر قابل شناسایی پایدار دارد و پس از آن بهترین روش بچه دار شدن Intra uterine artificial insemination است.
- در مردان غیر مبتلا نیز می توان از پیشگیری قبل از تماس استفاده نمود

وقتی مرد مبتلا به HIV است و همسر وی به آن مبتلا نیست

- قبل از اقدام با بارداری، مرد مبتلا به اچ آی وی، درمان ضد رترو ویروسی دریافت کند و ۳-۶ ماه پس از شروع درمان بار ویروسی چک شود.
- در صورت منفی بودن بار ویروسی باید این تست سه ماه بعد مجدداً تکرار شود تا از منفی بودن آن اطمینان داشته باشید و درست پیش از اقدام به بارداری، بار ویروسی در وی غیر قابل شناسایی باشد.

■ داروی ضد رتروویروسی به عنوان پروفیلاکسی قبل از تماس در زن غیر آلوده به HIV از یک هفته قبل از بارداری تا ۲۸ روز بعد از آخرین تماس جنسی در زنانی که همسر آنها بار ویروسی مهار شده ندارد یا وضعیت پاسخ به درمان مشخص نیست توصیه می شود.

■ این روش برای کاهش خطر انتقال HIV در نظر گرفته شده است.

■ فایده تجویز PrEP برای خانم هایی که همسران آنها بار ویروسی undetectable دارند مشخص نیست

- در صورتی که امکان انجام منظم بار ویروسی برای اطمینان از بار ویروسی مهار شده پایدار وجود نداشته باشد (برای مثال فقط یک نوبت بار ویروسی انجام شده و منفی است) پیشگیری قبل از تماس توصیه می شود

- سه هفته پس از اتمام داروهای پیشگیری قبل از تماس در مادر باردار، تست HIV الیزای نسل چهارم برای وی انجام می شود و متعاقبا سه ماه بعد باید تکرار شود.

- بطور کلی در مورد مادر باردار غیر مبتلا به HIV و در طول بارداری، مادر هر ۳ ماه باید از نظر احتمال ابتلا به HIV تست شود. در این شرایط از تست الیزای نسل چهارم برای مادر استفاده شود

- قبل از شروع اقدامات برای بارداری، آنالیز اسپرم انجام شود تا طبیعی بودن اسپرم اطمینان حاصل گردد و همسر غیر مبتلا در معرض ریسک بیهوده در حالی که امکان بارداری وجود ندارد قرار نگیرد.

- استفاده از روش شستشوی اسپرم نیز می تواند یک روش قابل قبول دیگر در این حالت باشد ولی با وجود درمان مؤثر فرد مبتلا و درمان پیشگیرانه قبل از تماس برای همسر، توصیه نمی شود.

- از اهدای اسپرم به عنوان یک روش جایگزین و مطمئن در صورت تمایل زوجین می توان استفاده کرد.

وقتی زن و مرد هر دو مبتلا به HIV باشند

- زن و مرد هر دو تحت درمان ضد رتروویروسی قرار گیرند و پس از غیر قابل شناسایی شدن ویروس در هر دو ، برای بارداری شدن فقط در زمان تخمک گذاری زن، از کاندوم استفاده نکنند.
- مادر باید قبل از بارداری از تمام خدمات پیش از بارداری که در کشور توصیه می شود بهره مند گردد.

همه زنان باردار

- در اولین ویزیت مادر باردار آزمایش HIV انجام شود؛
- تکرار آزمایش HIV در سه ماهه سوم (ترجیحاً زیر ۳۶ هفته) در زنان در معرض خطری که نتیجه آزمایش آنها در اوایل بارداری منفی بوده است توصیه می‌شود.
- آزمایش سریع HIV برای غربالگری زنان در که در زمان زایمان وضعیت HIV آنها نامعلوم است (جهت امکان ارائه پروفیلاکسی ضد رتروویروسی ضمن زایمان و تسریع در ارائه مراقبت‌های لازم به نوزاد شامل پروفیلاکسی ضد رتروویروسی)، توصیه می‌شود.

مراقبت‌های دوران بارداری

- ضرورت درمان ضد رتروویروسی و اهمیت پایداری به درمان؛
- ضرورت ادامه درمان با داروهای ضد رتروویروسی تا آخر عمر
- خطرات احتمالی کاربرد داروهای ضد رتروویروسی طی بارداری،
- آموزش در مورد مراقبت‌های لازم برای نوزاد؛
- برقراری ارتباط مادر با سرویس‌های ارائه خدمات زایمان و مراقبت‌های نوزاد؛
- مشاوره‌های بهداشت روانی و خدمات درمانی سوء مصرف مواد،
- مشاوره ویژه برای ختم بارداری در موارد نیاز.

درمان ضد رتروویروسی در مادران باردار

- زنان باردار مبتلا به HIV که هرگز داروهای ضد رتروویروسی دریافت نکرده‌اند:
- زنان بارداری که با HIV زندگی می‌کنند باید تحت ارزیابی استاندارد بالینی ویرولوژیک و ایمونولوژیک قرار گیرند.
- آنها باید تحت مشاوره جهت شروع درمان قرار گیرند و اهمیت درمان برای سلامت مادر و پیشگیری از انتقال ویروس به جنین شرح داده شود.
- شروع ART در اولین فرصت پس از تشخیص HIV در زنان باردار توصیه می‌شود.

رژیم درمان آغازین ضدتروویروسی در مادر باردار

Recommended Initial Regimens

INSTI + 2 NRTI regimen

- DTG plus (TDF or TAF^①) plus (FTC or 3TC)
- DTG /ABC^②/3TC

Alternative regimens

Boosted PI + 2 NRTI regimen

- DRV/r^④ plus (TDF or TAF) plus (FTC or 3TC)
- ATV/r plus (TDF or TAF) plus (FTC or 3TC)
- DRV/r plus ABC/3TC
-

INSTI + 2 NRTI regimen

- RAL plus (TDF or TAF) plus (FTC or 3TC)

NNRTI + 2 NRTI regimen

- EFV^⑤ 600 mg plus TDF plus (FTC or 3TC)
- EFV 600 mg plus TAF/FTC

نکات مهم

- لوپیناویر/ریتوناویر: در تریمستر دوم و سوم 600/150 دو نوبت در روز است.
- آتازاناویر/ریتوناویر: دوز دارو در تریمستر دوم و سوم 400/100 یک نوبت در روز است.
- افاویرنز: تجویز افاویرنز در بارداری اشکال ندارد ولی برای شروع آن تست مقاومت انجام داده و از حساسیت دارو اطمینان داشت
- مصرف دولتگراویر در زنان سنین باروری ممنوعیتی ندارد
- به هر حال احتمال بروز عوارضی چون زایمان زودرس در زنانی که تحت درمان با داروهای ضد رتروویروسی قرار گرفته اند وجود دارد ولیکن ارزش این داروها در جلوگیری از انتقال ویروس به نوزاد به قدری است که برای مصرف داروهای متناسب، توصیه قطعی وجود دارد.

زنان باردار مبتلا به HIV که در حال حاضر در حال دریافت داروهای آنتی رتروویرال هستند

- به طور کلی زنان باردار مبتلا به HIV که در حال دریافت داروهای آنتی رتروویرال بوده اند باید درمان خود را ادامه دهند، بخصوص در مواردی که دارو تحمل شده است و ویرال لود ساپرس است.
- در صورت عدم ساپرشن ویرال لود استفاده از تست مقاومت جهت تعیین داروی مناسب پیشنهاد می شود.

زنان باردار مبتلا به HIV که قبلاً داروی ART استفاده کرده بودند اما در حال حاضر دارو دریافت نمی‌کنند

- تصمیم‌گیری در مورد انتخاب رژیم درمانی در این افراد باید بر اساس رژیم دارویی قبلی، تست مقاومت قبلی و مدت زمان گذشته از قطع داروها و بر اساس جدول انتخاب دارویی در بارداری انجام شود.
- انجام تست مقاومت در مواردی که کمتر از یک ماه از قطع داروها گذشته است می‌تواند به انتخاب رژیم مناسب کمک کند.

زنان باردار مبتلا به HIV که قبلا داروی ART استفاده کرده بودند اما در حال حاضر دارو دریافت نمی کنند

- در مواردی که بیش از یک ماه از قطع داروها گذشته باشد، به دلیل اهمیت درمان در بارداری و لزوم کنترل سریع بار ویروسی، ترجیحا بهتر است که رژیم دارویی قبلی را مجددا شروع نکنیم و از ترکیب دارویی جدیدی استفاده کنیم چرا که ممکن است درجاتی از مقاومت به رژیم دارویی قبلی وجود داشته باشد.
- حداقل یک ماه بعد تست مقاومت انجام خواهد شد. مشورت با فوکال پوینت HIV در این موارد توصیه می شود.

زنان بارداری که در زمان زایمان مراجعه کرده‌اند و فاکتور خطر HIV دارند ولی سابقه آزمایش HIV ندارند

- در زنانی که وضعیت HIV آنها مشخص نیست و در خطر ابتلا به HIV قرار دارند، انجام آزمایش سریع اچ آی وی در زمان زایمان الزامی است.
- در صورت مثبت بودن آزمایش باید درمان ضد رترو ویروسی برای وی، با رژیم مشابه مادران باردار مبتلا به HIV که زمان زایمان مراجعه کرده اند، شروع شود.
- همچنین بدون انتظار برای آماده شدن نتایج آزمایش‌های تأیید کننده، برای نوزاد نیز باید ZDV به صورتی که در قسمت مراقبت از نوزاد آمده، شروع شود.
- اگر متعاقباً جواب آزمایش HIV در مادر تأیید نشد، ZDV نوزاد قطع خواهد گردید.

درمان ضد رتروویروسی در حین زایمان در زنان مبتلا به HIV

- در صورتی که مادر درمان ضد رتروویروسی دریافت می کند، آن را در حین زایمان ادامه دهید.
- با هر رژیم درمانی، باید حین زایمان مادر زیدوودین تزریقی دریافت کند ولی در صورتی که بار ویروسی مادر زمان زایمان **undetectable** باشد، نیاز به زیدوودین تزریقی زمان ندارد.
- در بار ویروسی قابل **detect** و زیر ۱۰۰۰ می توان از زیدوودین خوراکی زمان زایمان استفاده کرد. در بار ویروسی زیر ۱۰۰۰ می توان زایمان واژینال برای بیمار انجام داد و سزارین الزامی نیست.

- در صورت نیاز زیدوودین را به صورت زیر تجویز کنید:
- انفوزیون مداوم ZDV: از ۳ ساعت قبل از شروع سزارین باید انفوزیون زیدوودین آغاز شود.
- ۲ میلی گرم به ازای هر کیلو گرم وزن مادر طی یک ساعت اول انفوزیون شده و متعاقبا ادامه آن بصورت انفوزیون مداوم زیدوودین به میزان ۱ میلی گرم به ازای هر کیلو گرم وزن مادر در ساعت تا زمان زایمان ادامه یابد
- در صورتی که مادر باردار برای پیشگیری از انتقال مراقبتی دریافت نکرده باشد ZDV تزریقی طی زایمان داده شود.

قطع درمان ضد رتروویروسی طی بارداری

- بدیهی است که عامل اصلی موفقیت درمان ضد رتروویروسی در تداوم آن می باشد و هرگز نباید قطع شود ولی گاهی ممکن است شرایطی ایجاد شود که مجبور به قطع درمان در طول بارداری شویم.

- در صورتی که قرار است به هر دلیل درمان ضد رتروویروسی به صورت اختیاری قطع شود و بیمار در حال مصرف یک داروی NNRTI باشد باید توجه شود که ابتدا NNRTI قطع شود و داروهای دیگر ضد رتروویروسی به مدت حداقل هفت روز ادامه داشته باشند.

پایش طی بارداری

- پایش بالینی برای عوارض داروهای ضد رتروویروسی طی بارداری باید براساس آگاهی از عوارض جانبی داروهای مصرفی زن باردار باشد.
- بررسی روتین هماتولوژیک برای زنان تحت درمان زیدوودین توصیه می شود.
- ترجیحا برای تمام زنان باردار در اولین ویزیت بارداری، بار ویروسی چک شود.
- بار ویروسی در سه ماهه سوم بارداری باید انجام شود. اگر علی رغم گذشتن زمان کافی از درمان، بار ویروسی بالای 1000 copies/ml باشد، لازم است آزمایش مقاومت انجام شود
- در صورت گذشتن زمان کمتر از ۶ ماه باید با توجه به بار ویروسی اولیه و میزان کاهش ویرال لود تصمیم گیری شود

پایش طی بارداری

- کنترل روتین (ماهانه) عملکرد کلیوی در دریافت کنندگان تنوفویر توصیه می شود.
- در سه ماهه اول و دوم پایش عملکرد کبدی (هر سه ماه) در بیماران دریافت کننده ARV ضروری است. زنان باردار به طور طبیعی سطح آنزیم بالاتری نسبت به زنان غیر باردار دارند
- در زنان باردار تحت درمان با داروهای NRTI باید آنزیمهای کبدی و الکترولیت‌ها در سه ماهه سوم بارداری، ماهانه بررسی شوند و هر گونه علائم جدید به دقت ارزیابی شود.
- تعداد سلول CD4 باید در اولین ویزیت و سپس حد اقل هر ۳ ماه یک بار طی بارداری کنترل شود.
- در صورتی که بار ویروسی غیر قابل شناسایی باشد می توان CD4 را هر ۶ ماه چک نمود.

پایش طی بارداری

- سونوگرافی در سه ماهه اول برای تعیین سن بارداری و برنامه ریزی زمان احتمالی سزارین، توصیه می شود. برای زنانی که در سه ماهه اول بارداری تحت درمان با داروهای ضد رتروویروسی قرار گرفته اند، ارزیابی آناتومی جنین با سونوگرافی در سه ماهه دوم توصیه می گردد.
- طی بارداری در هفته ۲۸-۲۴ باید غربالگری گلوکز، با آزمایش استاندارد و تست تحمل گلوکز با ۵۰ گرم گلوکز در یک ساعت انجام گیرد.
- اگر انجام آمینوسنتز اندیکاسیون دارد، لازم است حداقل ۳ هفته پس از شروع یکی از رژیم های درمانی ضد رتروویروسی باشد.
- در صورت امکان انجام بار ویروسی، ایده آل است که سطح ویروس قابل شناسایی نباشد.
- کاهش ۳ برابر یا $0.5 \log$ در بار ویروسی پس از یک ماه درمان ضد رتروویروسی نشانه پاسخ قابل قبول به درمان می باشد.

عفونت همزمان HIV/HBV در زنان حامله

- همه زنان باردار باید در طی حاملگی از نظر هپاتیت C و B اسکرین شوند مگر این که مورد شناخته شده عفونت با این ویروس ها بوده باشند.
- همه زنان HIV/HBV باید درمان انتی رتروویرال دریافت کنند و این درمان باید شامل تنوفوویر و لامیوودین یا امتریسیتابین باشد. اگر به علتی داروهای ART موثر بر HBV قطع شود باید آنزیم‌های کبدی هر ۶ هفته تا سه ماه چک شود و سپس هر سه تا ۶ ماه چک شود تا زمانی که مجدد داروها شروع شود.
- تا ۱۲ ساعت بعد از تولد نوزاد متولد شده از مادر HBV مثبت باید ایمونوگلوبولین هپاتیت B و اولین دوز واکسن را دریافت کند.

عفونت همزمان HIV/HBV در زنان حامله

- ارزیابی هپاتیت C در طی بارداری مشکل است زیرا تقریباً هیچ کدام از داروهای هپاتیت C برای مصرف در بارداری تایید نشده اند و ریباویرین ممنوع است.
- نوزادان متولد شده از مادران مبتلا به هپاتیت C باید از نظر انتی بادی هپاتیت C در ۱۸ ماهگی ارزیابی شوند.
- در صورت مثبت شدن تست باید با روش مولکولی تایید شود. در صورتی که نیاز به تشخیص سریع تر باشد می توان از طریق HCV RNA در دو ماهگی اقدام نمود.

روش زایمان

- در صورت عدم امکان انجام بار ویروسی در حوالی هفته ۳۶ بارداری، توصیه می‌گردد زنان باردار مبتلا به HIV در هفته ۳۸ حاملگی به صورت الکتیو سزارین شوند.
- در موارد سزارین الکتیو درمان زیدوودین وریدی باید حداقل ۳ ساعت قبل از جراحی شروع شود.
- در صورت زایمان طبیعی:
 - از پاره کردن مصنوعی غشاها باید پرهیز شود.
 - استفاده روتین از الکتروودهای جمجمه برای مونیترینگ جنین ممنوع است.
 - فقط در مواقع ضروری از فورسپس، واکيوم یا اپیزیوتومی استفاده شود.
 - در موارد آتونی رحمی همزمان با مهارکننده های پروتئاز یا افویرنر از مترژین استفاده نشود یا در صورت ضرورت، حداقل دوز تجویز شود.

درمان پیشگیرانه ضد تر ویروسی نوزاد

- جهت انتخاب درمان بر اساس احتمال انتقال عفونت از مادر به نوزاد، نوزاد باید به یکی از دو گروه پرخطر و یا کم خطر تعلق پذیرد.
- گروه پر خطر به مواردی اطلاق می شود که یکی از شرایط زیر وجود داشته باشد:
 - مادری که دارو در زمان بارداری دریافت نکرده باشد
 - مادری که فقط در زمان زایمان دارو مصرف کرده باشد
 - مادری که در زمان بارداری دارو دریافت کرده باشد اما ویرال لود ساپرس نزدیک زایمان نداشته باشد.
 - مادری که عفونت حاد اولیه در زمان بارداری یا شیردهی داشته باشد

- در نوزاد پر خطر: رژیم کمپروویلاکسی با زیدوودین به مدت ۶ هفته دو بار در روز و نویراپین به مقدار سه دوز در روزهای اول، ۴۸ ساعت بعد و ۹۶ ساعت بعد از دوز دوم ضروری است.
- دارو باید در کمترین فاصله زمانی از تولد و ترجیحاً طی ۶ تا ۱۲ ساعت بعد از زایمان شروع شود. حداکثر زمان شروع پروویلاکسی برای نوزاد تا ۷۲ ساعت اول تولد است.
- در مواردی ممکن است با توجه به ریسک بالای انتقال ویروس به نوزاد، به توصیه فوق‌کال پوینت از درمان empiric با NVP+ZDV+3TC یا ZDV+3TC+RAL از زمان تولد تا ۶ هفته برای نوزاد استفاده شود

- در نوزاد کم خطر (مادر بار ویروسی زیر 50copies/ml یا undetectable در حوالی هفته ۳۶ بارداری داشته و در گروه با بار ویروسی غیر قابل شناسایی پایدار طبقه بندی می شود):

رژیم کموپروویلاکسی با زیدوودین به مدت ۴ هفته توصیه می شود