



Prevenzione della trasmissione materno fetale del virus dell'Hiv

Dipartimento di Medicina Interna, Clinica di
Malattie Infettive, A.O. "San Paolo",
Università di Milano

Marianna Rossi

Trasmissione verticale di HIV in epoca HAART

- Il rischio di trasmissione materno-fetale di HIV si è ridotto con successo solo nei paesi industrializzati
- Nel 2004 in Europa occidentale si sono verificati solo 250 casi di trasmissione verticale nonostante sia in aumento il numero di donne HIV positive
- Nel 2004 nell'est Europa si è assistito ad un incremento del 40% delle nascite di bambini da donne HIV positive
- Nei paesi in via di sviluppo il tasso di trasmissione rimane elevato: ogni giorno nascono 1800 bambini sieropositivi (WHO 2005)

Raccomandazioni del WHO nella prevenzione della trasmissione verticale di HIV

Prevenzione della trasmissione di HIV nelle persone in età fertile

Prevenzione delle gravidanze non desiderate nelle donne HIV positive

Riduzione del rischio di trasmissione materno-fetale di HIV attraverso appropriati interventi e terapie

Come prevenire la trasmissione materno fetale

Il tasso di trasmissione verticale varia tra il 21 e il 43% in assenza di accesso alle TARV e in presenza di parto vaginale e allattamento materno

HAART

Parto cesareo elettivo prima dell'inizio del travaglio

Allattamento artificiale



Il tasso di trasmissione si riduce al di sotto dell'1%

Treatment of HIV Pregnant Women

Criteria of starting ART in pregnant women (see different scenario's)	Same as for non pregnant
Objective treatment in pregnant women	Full plasma HIV RNA suppression by third trimester and specifically at time of delivery
<p>SCENARIO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Women becoming pregnant while already on ART 2. Women becoming pregnant while treatment naive and who fulfill the criteria (CD4) for initiation of ART 3. Women becoming pregnant while treatment naive and who do not fulfill the criteria (CD4) for initiation of ART 4. Women whose follow up starts after W28 of pregnancy 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maintain ART but switch drugs that are potentially teratogenic 2. Start ART at start of 2nd trimester is optimal 3. Start ART at start of W28 of pregnancy (at the latest 12 weeks before delivery); start earlier if high plasma viral load or risk of prematurity 4. Start ART immediately
Antiretroviral regimen in pregnancy	<p>Same as non pregnant,</p> <ul style="list-style-type: none"> • except avoid TDF, EFV • ABC and NVP not to be initiated but continuation is possible if started before pregnancy • Among PI/r, prefer LPV/r or SQV/r • ZDV should be part of the regimen if possible
Drugs contra-indicated during pregnancy	Efavirenz, ddl + d4T, TDF, Triple NRTI combinations
IV zidovudine during labour	Benefit uncertain if Plasma HIV RNA < 50c/ml
Single dose nevirapine during labour	Not recommended
Caesarean section	Indicated

Quando avviene la trasmissione materno-fetale?

La trasmissione verticale avviene più frequentemente:

- nell'ultimo trimestre di gravidanza per passaggio transplacentare
- durante il travaglio o al momento del parto
- durante l'allattamento

Il 30-50% delle trasmissioni verticali avvengono in utero mentre il 50-70% avvengono immediatamente prima o al momento del parto (*Kuhn et al, 1997*)

Quando avviene la trasmissione materno-fetale?

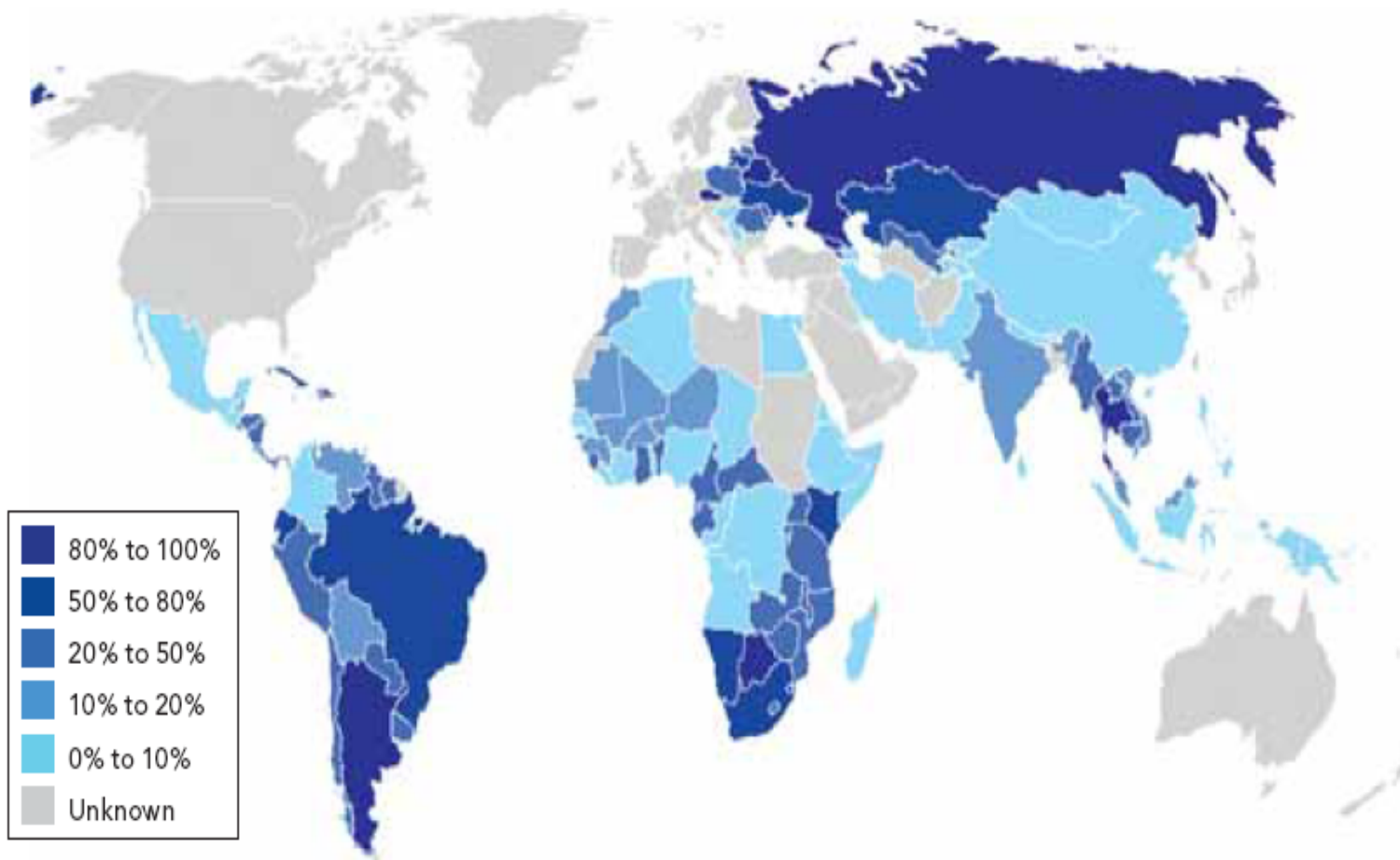
- Corioamniositi, prolungata rottura delle membrane, ritardato sviluppo intrauterino sembrano svolgere un ruolo nella trasmissione in utero
- La trasmissione durante il parto può essere determinata da microtrasfusioni transplacentari, attraverso il contatto diretto delle mucose fetali con fluidi e sangue infetto o per lesioni cutanee fetali

Principali fattori di rischio predittivi di trasmissione verticale durante la gravidanza

- Viro-immunologici
- Condizioni cliniche e abitudini di vita
- Modalità di parto
- Modalità di allattamento

FIGURE 4.14

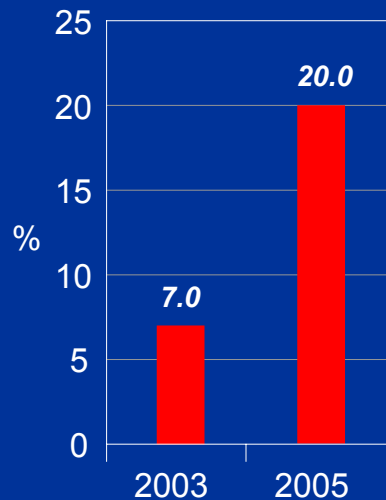
Percentage of HIV-positive pregnant women receiving antiretroviral prophylaxis, 2007



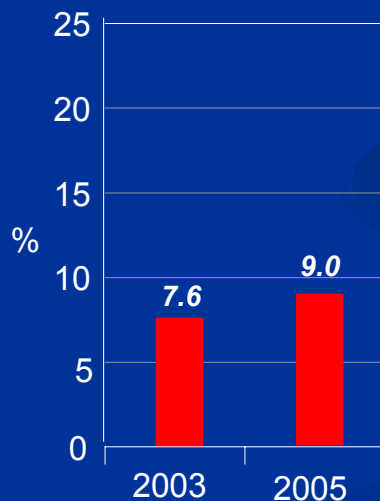
Source: UNAIDS, UNICEF & WHO, 2008; data provided by countries.

Comparison of 2003 and 2005 data on the coverage of antiretroviral therapy, access to mother-to-child prevention services and coverage of HIV-infected mothers who received antiretroviral prophylaxis to prevent mother-to-child transmission

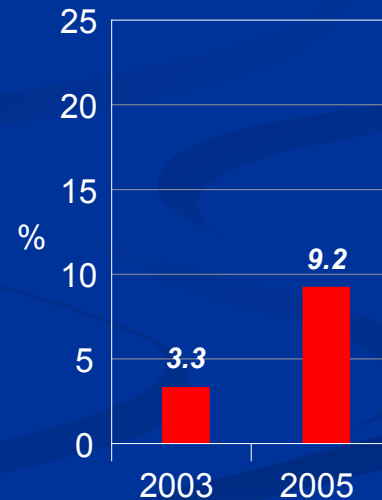
Coverage of antiretroviral therapy



Access to mother-to-child prevention services (all pregnant women)



Coverage of HIV-infected mothers who received antiretroviral prophylaxis



Sources: WHO/UNAIDS (2006). Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: a report on "3 by 5" and beyond; USAID et al. (2006). Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003 and 2005.

WHO guidelines for PMTCT drug regimens in resource-limited settings

	Gravidanza	Travaglio	Dopo il parto: Madre	Dopo il parto: Bambino
Raccomandato	AZT dopo la 28 settimana	Singola dose NVP; AZT+3TC	AZT+3TC per 7 g	Singola dose NVP AZT per 7g
Alternativa (con rischio di resistenza)	AZT dopo la 28 settimana	Singola dose NVP		Singola dose NVP; AZT per 7g
Minimo (meno efficace)		Singola dose NVP; AZT+3TC	AZT+3TC per 7g	Singola dose NVP
Minimo (con rischio di resistenza)		Singola dose NVP		Singola dose NVP

Allattamento



Allattamento

L'allattamento materno si deve evitare se
l'allattamento artificiale è reperibile ed attuabile.



economicamente



Accesso ad
acqua sicura



Accettato
culturalmente

Parto

- Il parto cesareo è raccomandato per evitare che il bambino entri in contatto con il sangue ed gli altri liquidi biologici materni.
- Vanno considerati i rischi benefici della possibile trasmissione materno-fetale dell'HIV e i rischi legati ad un intervento chirurgico