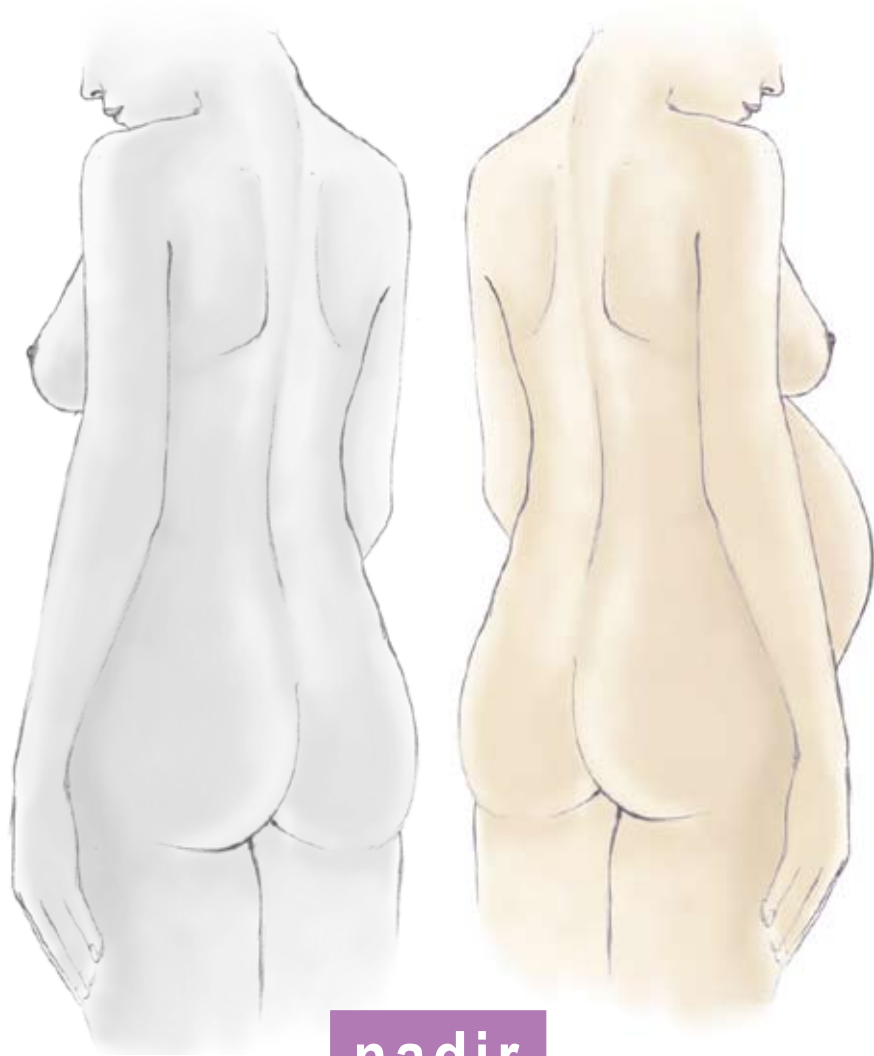


hiv e ... **GRAVIDANZA**



nadir

Indice

Introduzione

Trasmissione verticale: un problema reale

Provvedimenti efficaci

Una gravidanza "con l'HIV"

Pianificare la gravidanza in coppie sierodiscordanti

Partner entrambi sieropositivi

A chi rivolgersi?

La terapia per la donna in gravidanza

Presenza di coinfezioni da HBV o HCV

Modalità del parto

Conclusioni

La gravidanza è un momento importante e complesso che coinvolge molti aspetti, tra cui quelli emotivi. Quando si innesta il problema dell'HIV, la situazione diventa più delicata. Ma oggi, anche in presenza del virus, può essere affrontata e gestita con ampi margini di sicurezza.

Nadir propone questa pubblicazione di sostegno a chiunque voglia o debba affrontare una gravidanza, mirata a facilitare la comunicazione con il medico. Molti dei temi trattati implicano scelte personali, da un punto di vista medico e di progettualità. Ci auguriamo che questo testo possa essere di aiuto per intraprendere il percorso in modo sereno e consapevole.



Introduzione

L'infezione da HIV in Italia si è radicalmente modificata negli ultimi anni: oggi la trasmissione avviene, nella maggioranza dei casi, per via sessuale con un progressivo aumento fra le donne in età fertile. In presenza dei farmaci antiretrovirali, la malattia ha acquisito un carattere di "cronicità": la favorevole aspettativa di vita ha determinato una nuova progettualità delle persone con HIV in ambito sia lavorativo sia familiare. Ne deriva anche un maggiore desiderio di genitorialità fra le persone con HIV, favorito non solo dalla migliorata prognosi della malattia nei genitori, ma anche dalla possibilità di minimizzare il rischio di trasmissione dell'HIV da madre a figlio (trasmissione verticale).

Lungo il testo troverai dei box con colori diversi:

- : informazioni più complesse
- : informazioni semplificate

Trasmissione verticale: un problema reale

Il virus dell'HIV può essere trasmesso al nascituro dalla madre sieropositiva in diversi modi:

- **Durante la gravidanza:** mediante il sangue che passa dalla madre al feto attraverso la placenta. In questo caso le possibilità di contagio sono ritenute molto basse.
- **Nel corso del travaglio** e del parto: il feto può entrare in contatto con il sangue materno infetto e con le secrezioni cervico-vaginali che aiutano la fase espulsiva. In questo caso il rischio di trasmissione del virus è più alto.
- **Mediante l'allattamento:** Il virus HIV è presente nel latte materno in concentrazione sufficiente a causare contagio. Inoltre, la presenza di piccole ulcerazioni nella pelle del capezzolo, molto frequenti durante l'allattamento, contribuisce ad aumentare il rischio della trasmissione al neonato (attorno al 10-15%).

Le oscillazioni in queste percentuali di rischio sono dovute a vari fattori, quali la carica virale della madre (quantità di virus presente nel sangue), le modalità del parto e la durata dell'allattamento. Si stima che, in assenza di azioni precise miranti a ridurre il rischio, la probabilità complessiva di trasmissione verticale del virus sia attorno al 20%.



Per capire meglio...

HIV & AIDS - Il virus dell'immunodeficienza umana (HIV) può causare l'AIDS (Acquired Immuno-Deficiency Syndrome) la sindrome da immunodeficienza acquisita, manifestazione conclamata della malattia. L'AIDS è un'insieme di malattie in gran parte dovute alla riattivazione di agenti patogeni opportunistici, cioè già presenti nell'organismo.

HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) - sigla che si riferisce ad una terapia di combinazione che utilizzi almeno 3 farmaci anti-HIV (antiretrovirali). Anche abbreviata ART o ARV. Si parla dunque di "terapia antiretrovirale" o "terapia contro l'HIV" o "terapia anti-HIV".

CD4 - sono un tipo particolare di globuli bianchi (linfociti), colpiti direttamente dall'HIV. Il virus HIV entra nei CD4 e li usa per riprodursi. Quando accade questo i CD4 vengono distrutti. La "conta dei CD4" indica il numero di linfociti CD4 per microlitro (o millimetro-cubo) di sangue. Una persona sana ha un numero medio di CD4 che oscilla tra i 600 ed i 1200.

Carica virale (anche detta viremia, viral load, o HIV-RNA) - indica la quantità di copie di virus circolante nel sangue per millilitro (cp/ml) di plasma, detta dunque carica virale plasmatica. Il plasma è la parte liquida del sangue, cioè il sangue senza globuli. Alta carica virale plasmatica significa più CD4 colpiti dal virus, quindi meno CD4 sani. Maggiore è il valore della carica virale, più CD4 vengono distrutti. Quando le copie di virus in un millilitro di plasma sono inferiori a 40, si dice che la carica virale è "azzerata". Nel linguaggio comune sono sinonimi i seguenti termini: carica virale "< 40 cp/ml", "non rilevabile", "non quantificabile", oppure "azzeramento" o "soppressione" della carica virale.

Le resistenze - Può succedere che avvengano, per diverse ragioni, mutazioni/cambiamenti della struttura standard dell'HIV. Tali situazioni possono provocare "resistenze ai farmaci anti-HIV", ossia una ridotta o assente capacità dell'efficacia di uno o più farmaci.

Provvedimenti "efficaci"

Alla donna sieropositiva vengono generalmente consigliati il parto cesareo e l'allattamento con latte artificiale: il parto cesareo, se effettuato prima della rottura delle membrane e del travaglio, può abbassare la percentuale di contagio fino al 5%. Per ottenere la massima efficacia, è importante programmarlo con anticipo, generalmente alla 38esima settimana di gestazione.

Con l'assunzione di farmaci anti-HIV (antiretrovirali) durante la gravidanza queste percentuali possono ridursi di più: la donna che si sottopone alla terapia ha una minor carica virale e di conseguenza minori possibilità di contagiare il suo bambino. Inoltre, l'uso di questi farmaci, contribuendo

al ripristino del sistema immunitario, rende più sicura la donna che si sottopone a taglio cesareo, al contrario della donna immunodepressa che è invece più soggetta a complicazioni post-operatorie.

La somministrazione di farmaci antiretrovirali, il parto cesareo e l'uso del latte in polvere riducono sensibilmente il rischio di trasmissione dell'HIV dalla madre sieropositiva al figlio. Anche la profilassi post-esposizione del neonato, fatta con farmaci specifici, contribuisce ad abbassarlo.

Cumulativamente, queste precauzioni hanno portato la percentuale di contagio fin sotto la soglia dell'1%.

Una gravidanza "con l'HIV"

Dato che vi è ancora una certa reticenza da parte della popolazione sessualmente attiva a sottoporsi al test per l'HIV regolarmente, non è infrequente che una donna scopra la propria sieropositività già in gravidanza.

In questo caso, la donna deve sottoporsi immediatamente a una visita medica per valutare la propria condizione di salute (fisica e mentale) ed essere sostenuta da personale medico adeguato.

Non vi è una risposta univoca per la donna sieropositiva che vuol in-

Approfondimento: fattori che aumentano il rischio di trasmissione al nascituro

- Una bassa conta dei CD4 e un alto livello dell'HIV-RNA della madre.
- La carica virale materna, in particolare, è un 'determinante indipendente' di trasmissione.
- Alcune patologie della gravidanza, come la placenta previa (ossia quando ricopre l'orifizio uterino) e il distacco della placenta.
- Le infezioni del tratto genitale e la prematurità del neonato.
- Gli effetti collaterali della terapia, che possono presentarsi sia a carico della donna che del feto.
- Il rischio dell'esposizione a concentrazioni sub-ottimali di farmaci o a regimi terapeutici non sufficientemente potenti.

traprendere una gravidanza o che si domanda se proseguire o interrompere la gravidanza in corso: ogni singolo caso deve essere valutato dal personale medico competente (infettivologi, ginecologi, psicologi, ecc...).

E' anche importante rilevare che, allo stato attuale delle conoscenze mediche, persiste sempre un certo grado di incertezza e impossibilità di previsione. Tuttavia, come precedentemente detto, intraprendere oggi una gravidanza per la donna sieropositiva è considerato "suffi-

cientemente sicuro".

In teoria, un'appropriata gestione della gravidanza nella donna con HIV si basa su un'identificazione precoce dell'infezione e nel suo inserimento in un percorso assistenziale, diagnostico e terapeutico adeguato. In Italia, l'assistenza sanitaria di una donna in gravidanza prevede una serie di controlli periodici gratuiti (esami, test o visite) per la tutela della salute della madre e del nascituro, secondo i regolamenti adottati in materia dalle varie Regioni.

Monitoraggio della donna con HIV in gravidanza

- CD4 eseguiti almeno ogni 3 mesi.
- Carica virale valutata mensilmente fino a che non diventi < 40 copie/ml, in seguito ogni due mesi.
- I test di resistenza sono consigliati in tutte le donne con carica virale non soppressa persistente.

Monitoraggio del nascituro

Molti esperti raccomandano di eseguire un'ecografia morfologica per la valutazione dell'anatomia del nascituro soprattutto in quelle donne che nel primo trimestre di gravidanza sono state esposte a regimi terapeutici potenzialmente tossici per il feto (ossia teratogeni).

Sostegno alla donna: pianificare la gravidanza

Anche se il test per HIV eseguito precocemente in gravidanza permette l'applicazione di tutte le misure preventive nei confronti della trasmissione verticale dell'HIV, una strategia di counselling e test in epoca preconcezionale è consigliata per definire le scelte relative al concepimento e preparare adeguatamente una gravidanza nella donna, se sieropositiva. Identico concetto, in merito ad un percorso ben sostenuto dal personale sanitario, è da applicarsi alla donna con HIV che intende avere figli.

Pianificare la gravidanza in coppie sierodiscordanti (sierodiscordante = uno solo dei partner con HIV)

1. L'approccio tradizionale

La sieropositività del partner maschile non influisce sulla trasmissione dell'HIV al feto. Il virus si trasmette esclusivamente dalla madre con HIV. Tuttavia, poiché un rapporto sessuale finalizzato alla gravidanza non è protetto, può essere veicolo di trasmissione del virus per la donna e, di conseguenza, per il feto. Statisticamente, è assai più difficile contrarre l'infezione da HIV di quanto non lo sia rimanere incinta.

Va tuttavia ribadito che il rischio di contagio non è mai del tutto assente: anche se i tentativi sono circoscritti al periodo dell'ovulazione e il partner maschile ha una carica virale molto bassa, è ugualmente possibile tanto restare incinta che contrarre il virus al primo rapporto. Per eliminare dunque il rischio di contagio nella coppia sierodiscordante vi sono alcune tecniche che consentono di non mettere a rischio né la donna né il nascituro.



Lui HIV+, Lei HIV-

È possibile utilizzare una tecnica chiamata *lavaggio dello sperma* che consiste nella separazione in laboratorio degli spermatozoi dal liquido seminale. Il virus HIV è, infatti, presente liberamente nel liquido seminale e nei globuli bianchi in esso contenuti, mentre non è presente negli spermatozoi. Eseguendo questa tecnica, il liquido seminale "lavato" viene sottoposto ad un test per verificare l'assenza del virus e successivamente introdotto artificialmente nella vagina.

Lui HIV-, Lei HIV+

In questo caso è più semplice. Si tratta di prelevare lo sperma del partner e di posizionarlo nella vagina. La procedura può essere addirittura eseguita in casa mediante l'auto-inseminazione. In questo modo, si evita il contatto sessuale e il rischio di infezione all'uomo sieronegativo.

2. La "rivoluzione svizzera"

La trasmissione del virus HIV ha scarse probabilità di verificarsi durante un rapporto sessuale non protetto se sono soddisfatte, allo stesso tempo, tutte e tre le seguenti condizioni:

- a) la carica virale del partner HIV-positivo è al di sotto del limite di rilevabilità da almeno sei mesi;
- b) i farmaci antiretrovirali sono assunti con regolarità (ossia 'piena aderenza alla terapia');
- c) i due partner non presentano lesioni alle mucose causate da un'altra infezione a trasmissione sessuale.

È stata la Commissione Federale svizzera per le questioni inerenti l'AIDS (CFPA) che, per prima, ha reso pubblica questa evidenza il 30 gennaio 2008 in un documento intitolato: "Le persone affette da HIV che non presentano altre malattie sessualmente trasmissibili e seguono una terapia antiretrovirale efficace non trasmettono il virus tramite i rapporti sessuali". Alla CFPA va quindi il merito di aver reso oggetto di pubblica discussione, di comunicazione tra partner e di educazione generale un argomento che, ad oggi, se viene trattato, trova spazio

esclusivamente in sede privata, quasi fosse una cosa da dire sottovoce o da non dire affatto.

Per le coppie sierodiscordanti che desiderano avere un bambino, questo implica che:

- se la carica virale del partner sieropositivo non è rilevabile e vengono soddisfatte le condizioni prima descritte, la coppia può concepire in modo naturale senza rischio di infezione per il partner sieronegativo;
- nel caso della donna sieropositiva con carica virale non rilevabile e che soddisfi le condizioni prima descritte, il rischio di trasmissione del virus al bambino durante la gravidanza o al momento del parto è basso. E' dunque possibile anche il parto vaginale, sotto controllo medico di specialisti.

Evidenziamo che quanto contenuto in questo paragrafo al momento non è stato recepito dalle linee guida nazionali ed internazionali sulla materia.

Riteniamo tuttavia importante divulgare al lettore questa posizione, al fine di mettere le persone nella condizione di scegliere in modo consapevole.

Partner entrambi sieropositivi

Alcuni medici potrebbero continuare a consigliare il sesso protetto. Questa misura servirebbe a prevenire possibili re-infezioni con un ceppo di virus diverso da quello originale. Molto probabilmente si tratta di un rischio bassissimo, ma la possibilità esiste. In proposito:

- E' minore nel caso in cui entrambi i partner hanno carica virale non rilevabile.
- E' più alto nel caso in cui uno dei due partner risponde bene alla

terapia e l'altro non è in trattamento oppure ha una carica virale rilevabile. In questo caso, *la presenza di eventuali resistenze (ossia quando il virus HIV ha delle mutazioni tali per cui i farmaci non sono più completamente efficaci) non deve essere trascurata nella valutazione complessiva del percorso.*

Rimane dibattuto l'uso della meto- dica del lavaggio seminale in questa situazione.



A chi rivolgersi?

Occorre il coordinamento di più medici specialisti in collegamento tra loro sotto la regia dell'infettivologo. Consigliamo grandi centri clinici oppure centri in cui, grazie a medici infettivologi volenterosi, sono attivati percorsi specifici.

Sono comunque le strutture specializzate per la procreazione assistita a dover essere coinvolte per il lavaggio dello sperma o altre tecniche. Queste strutture, ovviamente, assistono anche in caso di infertilità della coppia. In Italia esistono centri pubblici e privati che trattano questo problema. L'Art. 11 della Legge 40/2004 ha istituito il Registro Nazionale delle Strutture Autorizzate all'Applicazione di Tecniche Procreazione Medicalmente Assistita istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Proponiamo alcune regole "di buon

senso" da tenere in considerazione:

- Per la scelta del centro, conviene affidarsi al "passaparola" da parte di chi ha già vissuto l'esperienza, oppure conviene farsi consigliare da medici infettivologi che abbiano già assistito situazioni simili.
- Verificare che il centro prescelto sia effettivamente registrato presso l'Istituto Superiore di Sanità (www.iss.it/rpma).
- Verificare che, nel centro prescelto, soprattutto in caso di problemi di infertilità, il primo colloquio sia effettuato dal responsabile del centro stesso e che illustri bene i vari percorsi anche con supporti visivi o cartacei: bisogna essere messi nella condizione di comprendere. Accertarsi, inoltre, che dopo l'inizio del percorso si sia seguiti sempre dallo stesso medico: in genere è garanzia di migliore qualità.

La terapia per la donna in gravidanza

Per quanto già detto, la terapia antiretrovirale è consigliabile per la donna in gravidanza per due ragioni: proteggere la propria salute e quella del nascituro. La decisione sull'uso e la scelta di un regime antiretrovirale dovrebbe essere individualizzata basandosi sui seguenti fattori:

- età gestazionale, ossia il tempo trascorso in assenza di nuove mestruazioni (calcolato precisamente).
- efficacia dei diversi regimi nella prevenzione della trasmissione al nascituro;

- possibili effetti collaterali dei diversi farmaci non solo sulla gravidanza e sul nascituro, ma anche sulla salute della donna;
- valutazione delle resistenze agli antiretrovirali.

Vi sono indicazioni terapeutiche relative alla donna e al nascituro nei tre momenti ante-partum (prima del parto), intra-partum (durante) e post-partum (dopo).

Gli scenari di scelta terapeutica saranno diversi in caso di pianificazione

L'importanza della terapia antiretrovirale

La somministrazione dei farmaci antiretrovirali riduce il rischio di trasmissione al nascituro abbassando sia la viremia plasmatica sia la carica virale contenuta nelle secrezioni genitali prima del parto. Inoltre, i farmaci hanno una funzione importante di profilassi (ossia prevenzione dell'infezione) *pre-esposizione* (specie di lunga durata), dovuta al passaggio del farmaco assunto dalla madre attraverso la placenta, e anche di *post-esposizione*, quando somministrati al bambino per prevenire la possibile trasmissione di virus durante il travaglio.

di gravidanza o di scoperta dell'infezione (precoce o tardiva) in corso di gravidanza.

Le più recenti linee guida americane (DHHS, 29 Aprile 2009) pongono l'accento sul fatto che la trasmissione di HIV al nascituro può avvenire anche con carica virale della madre molto bassa o non rilevabile. Pertanto si raccomanda l'utilizzo della terapia antiretrovirale da intraprendersi il prima possibile. Qualora non fosse possibile (scoperta tardiva, altri fattori, ecc.) è auspicabile che la viremia plasmatica della donna sia non rilevabile almeno per l'inizio del terzo trimestre della gravidanza e quindi durante il parto.

Al termine della gravidanza, se la donna deve interrompere la terapia, saranno attuate le strategie di scelta farmacologica e di interruzione per minimizzare la comparsa di resistenze.

La scelta dei farmaci dipende dalle stesse considerazioni che si fanno, in generale, per una persona con HIV: è importante valutare i possibili effetti collaterali, così come la necessità che l'aderenza sia rispettata. Inoltre, nel caso di assunzione, per qualunque motivo, di altri farmaci oltre la terapia anti-HIV, è importante verificare

le interazioni con il regime terapeutico che sarà scelto. Occorre sapere che vi sono farmaci più studiati in questa circostanza, proprio per garantire la minor tossicità e il minor rischio teratogeno possibile al nascituro così come la miglior efficacia nella prevenzione dell'infezione verticale. Nuovi studi quindi potranno 'rassicurare maggiormente' rispetto a medicinali anti-HIV molto in uso, sui quali non sono però al momento disponibili dati certi. Va comunque considerato che, relativamente al rischio malformativo, la percentuale di difetti strutturali maggiori è ancora del 3-4%.

Per queste considerazioni, la combinazione terapeutica a tre farmaci proposta alla donna sarà composta da due analoghi nucleosidici – sovente, ma non sempre, zidovudina + lamivudina (Combivir, o anche rispettivamente Retrovir + Epivir) - associati molto probabilmente ad un inibitore della proteasi potenziato, da scegliersi tra atazanavir/r (Reyataz + Norvir), lopinavir/r (Kaletra), saquinavir/r (Invirase + Norvir).

Per differenti ragioni può accadere che la scelta, o come terzo farmaco o come aggiunta ad un regime terapeutico, possa essere nevirapina (Viramune).

Approfondimenti sulla terapia antiretrovirale

- **Durante il parto** la somministrazione di zidovudina per via endovenosa, in aggiunta al regime in corso, è in generale raccomandabile. Infatti, la zidovudina ha ottime caratteristiche di passaggio transplacentare, ha mostrato capacità di ridurre i livelli di carica virale nelle secrezioni genitali e può intervenire con meccanismi molteplici nel ridurre la trasmissione verticale. E' invece incerto se la sua somministrazione possa fornire un beneficio aggiuntivo nel caso in cui la carica virale materna sia non rilevabile (<40 copie/ml) al terzo trimestre o in prossimità del parto.
- La somministrazione di nevirapina in singola dose in aggiunta ad un regime antiretrovirale in occasione del travaglio favorisce lo sviluppo di ceppi resistenti nella madre e non riduce il rischio di trasmissione in modo sostanziale. Tuttavia la nevirapina, essendo un farmaco a rapido passaggio placentare e lunga durata di azione, potrebbe essere ancora presa in considerazione in situazioni di presentazione tardiva con parto imminente e carica virale plasmatica significativamente elevata.

Sui farmaci, evidenziamo che:

Didanosina e stavudina (Videx e Zerit): occorre considerare che l'uso di questa combinazione è stato associato a maggior tossicità e insorgenza di acidosi lattica, in alcuni casi fatale, fra donne gravide con HIV.

Efavirenz (Sustiva): il suo uso deve essere evitato nelle donne con

progetto di gravidanza, in quelle a rischio di gravidanza per la mancanza di utilizzo o rifiuto di metodi contraccettivi adeguati, e durante il primo trimestre di gravidanza. Nella prescrizione di efavirenz alle donne in età fertile (quindi in possibile pianificazione di gravidanza), si raccomanda di fornire informazioni sui rischi teratogeni connessi al suo uso. Se la gravidanza viene identificata

precocemente, si raccomanda una tempestiva sostituzione nel primo trimestre con altri farmaci considerati più sicuri.

Inibitori della proteasi: il loro ruolo nel determinare un rischio aggiuntivo in gravidanza di alterata tolleranza al glucosio o diabete è controverso, dal momento che alcuni studi non hanno mostrato differenze fra donne in trattamento con regimi comprendenti o meno inibitori della proteasi. Gli inibitori della proteasi prima proposti sono considerati i più sicuri. Recenti studi su coorti di donne in gravidanza hanno messo in evidenza che atazanavir/r e lopinavir/r non aumentano il rischio di malformazioni sul nascituro e pertanto rappresentano una possibile scelta terapeutica.

Lamivudina: come per la zidovudina, esiste una larga esperienza d'uso in gravidanza con buona tollerabilità e sicurezza in gravidanza.

Nevirapina: nel valutare il rapporto rischio-beneficio dell'inizio della nevirapina in gravidanza, occorre considerare che in donne che iniziano nevirapina a livelli di CD4 superiori

alle 250 cellule/ μ L è stato descritto un aumentato rischio di tossicità epatica, con o senza eruzione cutanea associata, anche pericolosa per la vita. Nelle donne che si trovano in questa condizione immunologica, l'inizio di nevirapina andrebbe quindi evitato tranne i casi in cui i benefici attesi siano chiaramente superiori ai rischi. Le donne già in terapia col farmaco (se ben tollerato) ad inizio di gravidanza, a qualunque livello di CD4, possono continuarlo.

Zidovudina: è stato il primo farmaco con dimostrata efficacia nella prevenzione della trasmissione verticale dell'HIV e la sua inclusione in un regime da iniziare in gravidanza è consigliabile, in quanto è dotata di un elevato grado di passaggio transplacentare e rappresenta il farmaco per il quale vi sono maggiori informazioni relativamente alla sicurezza d'uso. Qualora sia già presente nel regime in atto al concepimento, e non siano presenti significativi fenomeni di tossicità o resistenza, la sua prosecuzione è consigliata.

Farmaci di altre classi terapeutiche: i dati non sono ancora sufficienti per l'utilizzo in gravidanza.

Presenza di coinfezioni da HBV o HCV

In questi casi la definizione del regime terapeutico dovrà tenere conto del rischio aggiuntivo di tossicità al fegato e della indicazione materna al trattamento dell'HIV e delle coinfezioni.

Approfondimenti sulla terapie con coinfezioni epatiche

Interferone alfa e peg-interferone alfa non sono raccomandati in gravidanza e la ribavirina è controindicata. Per le donne con coinfezione da HBV ed indicazione materna al trattamento dell'HIV o necessità di trattamento dell'infezione da HBV si raccomanda la selezione di nucleosidici attivi sia su HIV che su HBV. Per le donne senza indicazione materna al trattamento dell'HIV e dell'HBV per le quali il trattamento dell'HIV andrà sospeso dopo il parto, l'inclusione nel regime antiretrovirale in gravidanza di farmaci attivi anche su HBV deve essere valutata considerando il potenziale rischio di riattivazione dell'HBV dovuto alla sospensione del regime.

Modalità del parto

L'espletamento del parto a 38 settimane di gestazione mediante taglio cesareo elettivo, cioè in assenza di attività contrattile e con membrane integre, è raccomandato come misura efficace nel prevenire la trasmissione dell'HIV al nascituro.

Nelle donne con HIV il taglio cesareo comporta, rispetto al parto vaginale, un rischio lievemente aumentato di complicanze principalmente infettive, soprattutto a carico delle donne con malattia più avanzata e maggiore immunodeficienza. Esse, però, sono apparse di frequenza e gravità tali da far mantenere il bilancio rischio/beneficio fortemente a favore del parto cesareo in virtù dei suoi effetti preventivi sulla trasmissione verticale.

Le situazioni cliniche in cui vi è incertezza circa la sua efficacia sono:

- travaglio iniziato o membrane rotte;
- carica virale bassa o non rilevabile: studi osservazionali suggeriscono una riduzione del rischio di tra-

missione con il cesareo elettivo anche in presenza di carica virale bassa. Invece non sono disponibili dati su eventuali differenze di trasmissione fra donne con carica virale non rilevabile (<40 copie/ml) in funzione dello svolgimento o meno del parto con taglio cesareo (vedi il paragrafo "la rivoluzione svizzera").

Il rischio di trasmissione materno-fetale sembra aumentare proporzionalmente alla durata della rottura delle membrane, fino a raddoppiare in caso di rottura da più di 4 ore. In questi casi, è improbabile che il taglio cesareo possa ridurre di per sé il rischio di trasmissione.

In mancanza di informazioni certe, la decisione della modalità del parto andrà valutata caso per caso in base alla durata della rottura delle membrane, la progressione del travaglio, la carica virale, la terapia in corso e gli eventuali rischi legati al taglio cesareo stesso (non ultimo il rischio di infezioni postoperatorie in donne immunodepresse).

Conclusioni

- Conoscere il proprio stato sierologico è prioritario nelle persone che affrontano la gravidanza.
- Esistono misure che in caso di sieropositività di uno o tutti e due i partner si possono adottare per prevenire il rischio di trasmissione verticale.
- Fare il test per l'HIV e l'applicazione delle misure preventive hanno comportato una diminuzione dei casi di trasmissione verticale del virus in Italia, quindi, è accertato che la "pianificazione" di una gravidanza in presenza di HIV è possibile, sotto controllo medico, in sicurezza sia per la donna che per il nascituro.
- La terapia antiretrovirale è consigliabile per la donna in gravidanza per proteggere la propria salute e quella del nascituro.



Domande e risposte

La gravidanza può avere effetti negativi per l'infezione da HIV nella madre?

No, la gravidanza non fa progredire di per sé la malattia. Essa potrebbe causare un calo dei CD4, usualmente di 50 cellule/mm³. Questo parametro è molto variabile da caso a caso e comunque la madre rientrerà nella normalità dei suoi parametri appena dopo la nascita del bambino. Dovrebbe solamente esserci preoccupazione nel caso in cui i CD4 scendano al di sotto dei 200. Questo perché, in tale situazione, aumenta il rischio delle infezioni opportunistiche che potrebbero interessare sia la madre sia il bambino. Per la prevenzione delle infezioni opportunistiche, in generale la donna sieropositiva incinta necessita dello stesso trattamento di una persona non in gravidanza.

Come sapere se il bambino è sieronegativo?

Tutti i bambini nascono con una dote di anticorpi materni. Per questa ragione, il test HIV effettuato sul sangue di un bambino nato da una donna sieropositiva risulta sempre positivo. Anche se il bambino non ha contratto l'HIV, gli anticorpi materni possono rimanere nel sangue fino al diciottesimo mese di vita (al più tardi entro i due anni). Il bambino sarà dunque sottoposto a test supplementari per verificare se è veramente contagiato dal virus o se ha ricevuto solo gli anticorpi materni.

Ci sono esami che la donna con HIV in gravidanza dovrebbe evitare?

Sì, in quanto alcuni esami e procedure comunemente utilizzate per tenere sotto controllo la donna ed il feto sono teoricamente associate ad un aumento della trasmissione dell'HIV. Tuttavia, tale rischio non è stato sino ad ora dimostrato da nessuno studio che coinvolgesse donne

in terapia. In generale alle donne sieropositive si consiglia di evitare i seguenti test (se non assolutamente necessari):

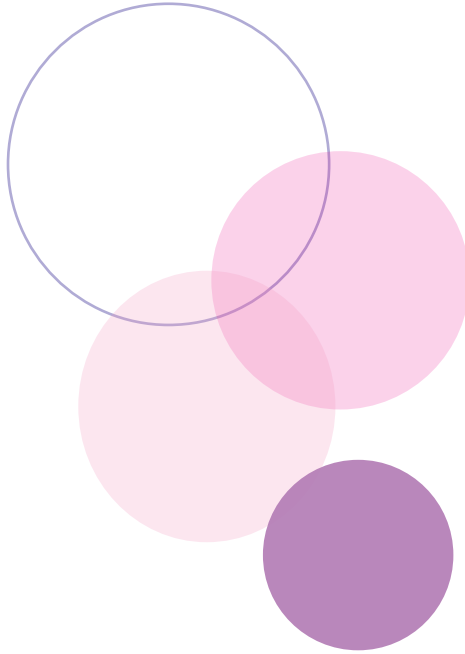
- Amniocentesi;
- Prelievo dei villi coriali;
- Prelievo dallo scalpo fetale;
- Cordocentesi;
- Prelievo di sangue fetale mediante cordocentesi percutanea;
- Monitoraggio fetale interno.

Come eseguire la diagnosi prenatale precoce?

Si consiglia l'uso di test altamente sensibili non invasivi per la diagnosi di anomalie cromosomiche (esame combinato di translucenza nucale e analiti placentari) da effettuarsi tra le 11 e le 13 settimane di gravidanza, al fine di ricorrere a procedure invasive solo per condizioni di alto rischio accertato. Sebbene il rischio di malformazioni del feto per esposizione ai farmaci antiretrovirali in utero sia basso, molti esperti raccomandano l'esecuzione di almeno un'ecografia morfologica per la valutazione dell'anatomia del nascituro a venti settimane, oltre alla comune routine ecografica.

Durante la gravidanza è bene trattare un herpes genitale ricorrente?

Sì. Circa il 75% delle donne sieropositive ha un herpes genitale. Durante la gravidanza una donna sieropositiva corre maggiori rischi che l'herpes si manifesti di quanto non avvenga solitamente. Per ridurlo, è frequentemente raccomandata una profilassi con aciclovir. L'herpes si trasmette dalla madre al bambino con estrema facilità. Anche se una persona è in trattamento e la carica virale è soppressa, le lesioni che compaiono quando l'herpes si manifesta contengono grandi quantità di virus. Il virus dell'herpes può essere trasmesso al bambino durante un parto vaginale e determinare una grave forma morbosa chiamata herpes neonatale.



Fonti

Per la redazione di questa pubblicazione, Nadir ha utilizzato le seguenti fonti, rielaborando, aggiornando, sintetizzando e contestualizzando alla realtà italiana.

- 1) Perinatal HIV Guidelines Working Group. Public Health Service Task Force Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. April 29, 2009; pp 1-90. <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/PerinatalGL.pdf>
- 2) Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. December 1, 2009; 1-161. <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/AdultandAdolescentGL.pdf>
- 3) Aggiornamento delle conoscenze sulla terapia dell'infezione da HIV - Documento complementare su specifiche materie (2008). http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_800_allegato.pdf
- 4) EACS Guidelines, Novembre 2009, versione 5. <http://www.europeanaidscinicalsociety.org/guidelines.asp>
- 5) HIV, Gravidanza e Salute della donna (2009). <http://www.i-base.info/guides/pregnancy/index.html>

Autori

Il testo è stato redatto da Nadir.

Supervisione scientifica: Dr.ssa Gabriella d'Ettorre - Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali, Azienda ospedaliera Policlinico Umberto I - Roma e Prof. Vincenzo Vullo - Ordinario di Malattie Infettive, dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali, Università di Roma "La Sapienza".

hiv e ...

GRAVIDANZA

nadir 

<http://www.nadironlus.org>
Associazione Nadir Onlus
Via Panama n. 88 - 00198 Roma
C.F.: 96361480583 - P. IVA: 07478531002
redazione@nadironlus.org

Data pubblicazione: MAGGIO/2010

Progetto grafico e supervisione: David Osorio

Disegno grafico: Simona Reniè

Illustrazioni originali: Arianna Amato

Stampa: Tipografia Messere Giordana - Via Enrico Bondi, 154/a – Roma

Questo progetto è stato realizzato grazie al contributo di:



Bristol-Myers Squibb