

HIV infeksjon. Føde/Barsel SSHF

Side 1 av 3

Dokument ID:
I.3.9.1.5-12Godkjent dato:
09.04.2024Gyldig til:
09.04.2028Revisjon:
7.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Fellesprosedyrer obstetrikk

SSF og SSA: Henviser til SSK for oppfølging og fødsel

MÅLGRUPPE

Gravide med HIV infeksjon.

HENSIKT

Ivareta mor og barn. Unngå smitte og komplikasjoner.

GENERELT**Forekomst**

Det er ikke påvist tilfelle av perinatalt smittet barn født i Norge i perioden 2000-2012.

Risikofaktorer

Smittemåte er direkte via blod (infiserte sprøyter) eller seksuell kontakt.

Smitterisiko

- Fra mor til foster/barn uten behandling og høye virustall: 30-50 % (amming ca 10-30 %)
- Intrauterin smitte forekommer sjelden
- Med behandling kan smitterisiko reduseres til <0,5%

Diagnostikk

Fritt virus i blod kan påvises med HIV-RNA-PCR og integrert virus i leukocytter (provirus) kan påvises med HIV-DNA-PCR. Kvantitering av virusnivået brukes ved oppfølging av antiviral behandling og for å avgjøre forløsningsmetode.

FREM GANGSMÅTE**Oppfølging i svangerskapet**

- **Uke 12:** viktig med kartlegging av virusstatus, dette skal gjøres i samråd med infeksjonsmedisiner. Det anbefales kvantitering av virus (PCR RNA) hvert trimester av velregulerte kvinner. Planlegge svangerskapet med info om ART (antiRetro terapi) og forløsning. Forsikring om at adekvate blodprøver er tatt → HBV, HCV, Syfilis, Rubella, meslinger og Rh bestemmelse). Vurder indikasjon for GU med cervix prøve for klamydia, Gonorrhea, Bakteriell vaginose og cervix cytologi
- **Uke 17-20:** rutine ultralyd screening
- **Uke 24 og 32:** ultralyd med tilvekstkontroll hos gynekolog, cervixmåling i uke 24. Viktig med oppfølging av anamnese.

Uke 36: Beslutte forløsningsmetode inkludert UL med tilvekstkontroll

- Dersom virustall er ikke-påvisbar: <50 per mL, kan kvinnen føde vaginalt. Se nedenfor vedr tilstander/faktorer hvor det likevel anbefales forløsning med sectio.
- Ved virustall: 50-399: Smitterisiko er svært liten og vaginal forløsning foreslås, men kan diskuteres ut ifra for eksempel kvinnens ønske om å føde eller innkommet i etablert fødsel med rask fremgang. Behandling startes (se lengre nede)
- Virustall over 399: Elektivt sectio i ca uke 38.

Utarbeidet av:

Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHF

Fagansvarlig:

Seksjonsoverlege Føde/Barsel
SSK, Janne Rossen

Godkjent av:

Mikkel Peter Høiberg

		HIV infeksjon. Føde/Barsel SSHF			Side: 2 Av: 3
Dokument-id: I.3.9.1.5-12	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Janne Rossen	Godkjent dato: 09.04.2024	Godkjent av: Mikkel Peter Høiberg	Revisjon: 7.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Fellesprosedyrer obstetrik

- Sectio skal planlegges ved forventet komplisert fødsel → følgende faktorer skal ta tas hensyn til: tidligere sectio, seteleie, LGA liten mor, tidligere problemforløsning. Dette er da uavhengig av virustall hos mor
- Tidlig avnavling hos alle

Innleggelse

- Test for bestemmelse av virusload/virustall bestilles i DIPS på vanlig måte som sendeprøve. Sendes deretter til Folkehelseinstituttet, og tid før prøvesvar må påberegnes til ca 7 dager. Prøven tas ved ukjent smittestatus/virustall.
- Ved ukjent smittestatus hos mor: Behandling må rettes etter vurdering av risikofaktorer.
- Ved kjent HIV status, men ukjent virustall: Forløsningsmetode vurderes ut fra pasientens situasjon/problemstilling.

Nyoppdaget smitte/ virustall >50

- **Ikke i fødsel**: Henvises raskt til infeksjonsmedisiner for ART. Pasienten skal henvises til svangerskapspoliklinikken for forløsnings samtale.
- **Aktiv fødsel**: sectioforløsning anbefales.

Medikamentell behandling ved ukjent virustall/ virustall >50

- Preparat bestilles fra apoteket i god tid før fødsel.
- ART med zidovudin (Retrovir®) iv startes umiddelbart ved begynnende fødsel eller vannavgang. Ved sectio 2 timer før forløsning. Behandlingen skal kontinuieres frem til navlesnor er avklemmt.
- Doseres etter følgende regime: 2 mg/kg /time den første timen, deretter 1mg/kg/time (halvering av infusjonshastighet).
- **Ved rask fødsel**: Nevirapin (200 mg engangsdose per os) har raskest overgang til placenta. Bør også vurderes ved prematur fødsel. Ved prematuritet gis betametason (Celeston®) på vanlig måte.

Virustall hiv-RNA <50 kopier/ml (ikke påvisbar virus):

I utgangspunktet kan vanlig obstetriske retningslinjer følges med tanke på fosterovervåking og forløsning. Skalpelektrode og skalplaktat/-ph på meget streng indikasjon (foreslås) Amniotomi, episiotomi og operativ forløsning på vanlig indikasjon.

Vaginal forløsning (hiv-RNA 50-399 kopier/ml):

- Forsiktighet ved amniotomi, unngå å skrape fosterhodebunn
- Unngå skalpelektrode og blodprøver fra fosteret for laktat/ph-målinger (21)
- Operativ vaginal forløsning på streng indikasjon

Preterm vannavgang

- Etter uke 34: Snarlig igangsetting vurderes
- Før uke 34: Gi Betametason og avvei fordel risiko ved prematuritet

Viktige tiltak ved vaginal forløsning:

- Doble hansker, egnet fottøy, munnbind, smittefrakk og briller/visir
- Ikke munnsug av barnet
- Husk: placenta, fostervann, renselse kan være smitteførende

 SØRLANDET SYKEHU		HIV infeksjon. Føde/Barsel SSHF			Side: 3 Av: 3
Dokument-id: I.3.9.1.5-12	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetrik SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Janne Rossen	Godkjent dato: 09.04.2024	Godkjent av: Mikkel Peter Høiberg	Revisjon: 7.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrik/Fellesprosedyrer obstetrik

Før sectio:

Virustall<50:

Kvinnen tar morgendose ART (senest 6 t før el sectio) som vanlig.

Virustall>50:

Se over.

Ingen intimbarbering / klipping.

Medikamentell behandling/profylakse til barnet: skal ordineres av barnelege

Oversikt over medikamentell behandling av barnet finne i [Metodebok i nyfødmedisin, UNN, 6. utgave, oktober 2019](#), kapittel 4.16 Hiv, perinatal og postnatal smitte/infeksjon (s 79).

Behandling skal startes så raskt som mulig og senest innen fire timer etter fødsel.

Barsel:

Kabergolin (Dostinex®) føres på kurven. Amming anbefales ikke i Norge.

Kontroller at mor har time til kontroll ved infeksjonsmedisinsk poliklinikk.

Barnet:

K-vitamin: Se [prosedyre](#)

Hepatitt B vaksine gis ved behov etter vanlig prosedyre.

Kryssreferanser

[I.4.1-13](#)

[Fødselsomsorg ved SSHF](#)

[I.4.1-16](#)

[Hepatitt B virus - Oppfølging gravide og barn av hepatitt B-positive mødre SSHF](#)

[I.4.1.3-10](#)

[K-vitamin profylakse til nyfødte. Føde/Barsel SSHF](#)

Eksterne referanser

Norsk gynekologisk fødselshjelp: Veileder i fødselshjelp (2020): [Virale infeksjoner hos gravide: HIV](#). Hentet fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/virale-infeksjoner-hos-gravide/> (12.05.21)

[Metodebok i nyfødmedisin, UNN, 6. utgave, oktober 2019](#) Hentet fra: <https://unn.no/fag-og-forskning/metodeboker/metodebok-i-nyfodtmedisin> (12.05.21)

Norsk forening for infeksjonsmedisin. Den norske legeforening: [Faglige retningslinjer for oppfølging og behandling av hiv, 2021](#). Hentet fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-infeksjonsmedisin/aktuelt/2020/faglige-retningslinjer-for-oppfolging-og-behandling-av-hiv-2021/> (12.05.21)