

Therapieoptionen stark eingeschränkt

Schwangere HIV-Patientin: Was tun?

Eine Schwangerschaft schränkt die Auswahlmöglichkeiten bei der ART deutlich ein. Für viele Substanzen liegen noch keine ausreichenden Erfahrungen vor. Neben möglichen Toxizitäten wird vor allem auch die Gefahr zu niedriger Plasmaspiegel diskutiert.

— Für den Fall, dass eine HIV-Patientin unter der ART schwanger wird, ist das aktuelle Therapieregime zu hinterfragen, wobei für viele Regime noch keine ausreichenden Erfahrungen zum Einsatz in der Schwangerschaft vorliegen. Dr. Ivanka Krznic vom Zentrum für Infektiologie Berlin/Prenzlauer Berg verwies auf die Empfehlungen der deutsch-österreichischen Leitlinie*. Demnach kommen in der Schwangerschaft vor allem folgende Kombinationen infrage:

- Tenofovir/Emtricitabin,
- Abacavir/Lamivudin,
- Atazanavir, geboostert mit Ritonavir oder
- Darunavir, geboostert mit Ritonavir, wobei diese Kombination als einzige zweimal täglich gegeben werden soll.

Gewarnt wird bei Schwangeren vor der Kombination Darunavir/Cobicistat: Hierzu wurde im Juni 2018 ein Rote-Hand-Brief herausgegeben, der auf das erhöhte Risiko für ein Therapieversagen bzw. für die Übertragung der HIV-Infektion auf das Kind infolge von zu geringen Plasmaspiegeln im 2. und 3. Trimenon hinweist.

Wie sicher sind Integrasehemmer?

Auch die erst seit einigen Jahren verfügbaren Integraseinhibitoren (INI) scheinen laut Krznic für Schwangere nicht unbedenklich zu sein. Für Dolutegravir wurde vergangenes Jahr in einer Studie in Botswana ein erhöhtes Risiko für Neuralrohrdefekte nachgewiesen.

Aktuelle Studien fanden allerdings keine entsprechenden Signale, wie Dr. Pavel Khaykin, Frankfurt/M., berichtete: In der randomisierten Multicenter-Studie P1018 wurde Raltegravir mit Efavirenz bei 408 Frauen verglichen; in der

randomisierten Open-label-Studie DOLPHIN-2 (n = 268) war das Vergleichspaar Dolutegravir vs. Efavirenz. Die Therapie erfolgte jeweils in der späten Schwangerschaft (20. bis 38. SSW bzw. > 28. SSW). In beiden Fällen war der INI den Autoren zufolge sicher. Die Viruslast fiel darunter jeweils deutlich schneller ab als unter der Vergleichssubstanz.

Sectio oder nicht?

Die Frage, ob eine HIV-infizierte Mutter ihr Kind auf natürlichem Weg zur Welt bringen kann, entscheidet sich nach Krznic um die 36. SSW. Zu diesem Zeitpunkt muss die Viruslast unter der Nachweisgrenze liegen (≤ 50 Kopien/ml) und es dürfen keine Komplikationen bestehen. Wie die Expertin betonte, stellt bei Frauen, die zum zweiten Mal gebären, eine frühere Sectio ein Komplikationsrisiko dar. HIV-infizierten Frauen,

die nach einem Kaiserschnitt nun beim zweiten Kind auf eine natürliche Geburt hoffen, sollte man davon abraten.

Besser nicht stillen

Zurückhaltend ist Krznic auch im Hinblick auf das Stillen: „Es gibt zwar viele Vorteile, aber eben auch das Risiko einer postnatalen HIV-Infektion.“ Auch in den deutsch-österreichischen Leitlinien wird das Stillen derzeit nicht empfohlen. Nach Krznic gibt es hierzu einfach noch „zu viele offene Fragen“, z. B. nach der Frequenz der Viruslastmessungen oder dem Transmissionsrisiko. „Da kommt vieles auf uns zu, was wir erst mal diskutieren müssen“, so die Expertin.

Dr. Elke Oberhofer

▪ 8. Münchner AIDS- und Hepatitis-Werkstatt, 29./30. 3. 2019

* AWMF-Leitlinie „HIV in der Schwangerschaft und bei HIV-exponierten Neugeborenen“ (Registernummer 055-002); <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/055-002.html>



Ist die natürliche Geburt bei ihr kontraindiziert?