

جنبه‌های پزشکی، بهداشتی و اجتماعی HIV/AIDS

ایدز ، ازدواج ، حاملگی

فهرست مطالب گفتار هفتم / دکتر فریبا الماسی

۱۱۳	..... مقدمه
۱۱۴	..... تاثیر حاملگی روی سیر بیماری :
۱۱۴	..... تاثیر ایدز روی سیر حاملگی :
۱۱۵	..... آیا سونوگرافی وضعیت HIV مثبت بودن جنین را می‌تواند پیش‌گویی کند ؟
۱۱۵	..... انتقال از مادر به کودک :
۱۱۵	..... راههای انتقال ورتیکال :
۱۱۵	..... نحوه اداره (management) خانم حامله HIV مثبت در طی حاملگی :
۱۱۶	..... درمان پروفیلاکتیک با زیدوودین :
۱۱۷	..... پروفیلاکسی عفونت‌های فرصت طلب در خانم‌های باردار HIV+
۱۱۷	..... پنوموسیستیس کارینی
۱۱۷	..... توکسوپلاسموز
۱۱۷	..... عفونت سلی (PPD+)
۱۱۷	..... مجموعه مایکوباکتریوم آویوم (MAC)
۱۱۷	..... عفونت پنوموکوکی
۱۱۷	..... عفونت سالمونلایی
۱۱۷	..... هرپس تناسلی
۱۱۸	..... عفونت وریسلایی
۱۱۸	..... منابع :

ایدز ، ازدواج ، حاملگی

دکتر فریبا الماسی

گروه آموزشی زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

مقدمه

اولین مورد ایدز در دنیا در سال ۱۹۸۱ شرح داده شد و کشف بیماری ایدز بدنبال ظهور موارد زیادی از بیماری پنوموسیستیس کارینی و بیماری‌های نقص ایمنی، حاصل گردید . ویروس ایدز یک RNA ویروس است که ترجیحا T helper های دارای CD۴Ag و ماکروفاژها و سلول‌های CNS و جفت را آلوده می‌کند.

در آمریکای شمالی در سال ۲۰۰۱ نسبت عفونت مرد به زن ، ۵ به ۱ گزارش شده است و به عبارت دیگر فقط ۲۰٪ موارد HIV/AIDS در جنس مونث رخ داده است در حالیکه این رقم در شرق آسیا ۲۴٪ در غرب اروپا ۲۵٪ در شرق اروپا و آسیای میانه ۲۷٪ در جنوب و جنوب شرقی آسیا ۳۶٪ در کارائیب ۵۰٪ در شمال آفریقا و خاورمیانه ۵۵٪ و در منطقه زیر صحرای آفریقا ۵۸٪ بوده است و سازمان جهانی بهداشت، میانگین جهانی نسبت آلودگی در دو جنس را ۵۰٪ ذکر کرده است . اکثر موارد ایدز در زنان در سنین ۲۹-۲۰ سال دیده می‌شود و این افراد احتمالا عفونت را در نوجوانی یا زودتر کسب کرده اند .

براساس گزارش اخیر معاونت بهداشتی وزارت بهداشت در حال حاضر ۴۲۰۰ مورد شناخته شده ایدز در ایران وجود دارد و برآورد می‌شود که این تعداد بیشتر و حدود ۳۵ هزار نفر باشد. براساس آمار وزارت بهداشت ۹۵٪ مبتلایان، مرد هستند . راه انتقال در ۶۵٪ موارد از طریق اعتیاد و مصرف سرنگ‌های آلوده ، ۸/۵٪ انتقال جنسی ، ۴/۸٪ از طریق فرآورده‌های خونی ، ۰/۲٪ انتقال از مادر به کودک بوده است و در موارد دیگر راه انتقال نامشخص است . سه استان پرخطر کشور از نظر ایدز سیستان و بلوچستان (بخصوص شهر سراوان)، گیلان (بخصوص شهر آستارا) و کرمانشاه (بخصوص شهر کرمانشاه) است .

براساس آمار آمریکا راه بروز ایدز در خانمها در ۵۰٪ موارد اعتیاد ، ۳۰٪ هتروسکسوئل و در بقیه موارد از طریق فرآورده‌های خونی یا به علت نامشخص است . از آنجایی که در کشورهای اروپایی و آمریکا انتقال جنسی یکی از راه‌های شایع انتقال بیماری است در سال‌های اخیر برای پیشگیری از ایدز رعایت شعار No sex before marriage و No sex out of marriage و رعایت منوگامی و پای بندی به اصول اخلاقی و خانوادگی توصیه می‌شود .

ابتلاء کودکان به ایدز از طریق ورتیکال یعنی از مادر به جنین است. انتقال می‌تواند در طی حاملگی از طریق جفت یا در طی زایمان، از طریق تماس نوزاد با ترشحات و خون آلوده و پس از زایمان، از طریق شیر مادر باشد.

تعریفی که CDC در ۱۹۹۳ برای بیماری ایدز کرده است به شرح زیر است: تمام زنان HIV مثبت که CD۴ آنها به کمتر از ۲۰۰ در ml رسیده یا کانسر پیشرونده سرویکس دارند یا سل ریوی یا پنومونی راجعه دارند، مبتلا به بیماری ایدز، فرض می‌شوند.

تاثیر حاملگی روی سیر بیماری:

مشخص نیست که آیا حاملگی روی سیر بیماری در افراد HIV مثبت و تبدیل عفونت HIV به بیماری ایدز تاثیری دارد یا نه؟ پیشرفت بیماری در خانم‌های غیر حامله، کُندتر از افراد غیرحامله است. اما در فرد سروپوزیتو در حاملگی، مورتالیتی و موربیدیتی مادر افزایش نمی‌یابد. وجود آنتی ژن HIV P۲۴ احتمال پیشرفت فرد HIV مثبت به طرف ایدز را پس شروع حاملگی افزایش می‌دهد.

اگر CD۴ کمتر از ۳۰۰ در میلی لیتر باشد احتمال موربیدیتی عفونی پس از زایمان مثل پنومونی، عفونت فرصت طلب یا آبسه شکمی متعاقب سزارین افزایش می‌یابد و بنابراین بر میزان موربیدیتی مادر افزوده می‌شود. در یک بررسی، ۱۲ نفر از ۱۶ بیمار در عرض ۶ سال پس از حاملگی دچار بیماری ایدز شدند. کلا بقای زنان پس از تشخیص ایدز (۸/۶ ماه) کمتر از مردان (۱۱/۷ ماه) است.

تاثیر ایدز روی سیر حاملگی:

در یک بررسی روی ۳۴ خانم حامله ۱۲/۵٪ عوارضی نظیر زایمان پره ترم، وزن کم موقع تولد، پارگی زودرس کیسه آب، مرگ داخل رحمی، سپتیک موربیدیتی و عفونت پس از زایمان حادث گردید. اما آپگار اسکور یا عوارض نئوناتال در دو گروه تفاوتی نداشت.

در ۱۹۹۶ غربالگری مادر و نوزاد برای HIV اجباری شد و HIV Ab جزو آزمایشات معمول حاملگی قرار گرفت.

در حال حاضر تشخیص فرد HIV مثبت حامله با غربالگری افراد پر خطر از نظر عفونت با HIV در کلینیک پره ناتال انجام می‌شود. ساده ترین تست تشخیص فرد HIV مثبت تست ELISA است که دارای حساسیت ۹۹/۵٪ است اما دارای موارد مثبت کاذب است و لذا در مواردی که ELISA مثبت است به علت احتمال وجود مثبت کاذب باید از تست Western blot استفاده کرد. حساسیت این تست کمتر است ولی موارد مثبت

کاذب با آن بسیار نادر است .

آیا سونوگرافی وضعیت HIV مثبت بودن جنین را می تواند پیش گویی کند ؟

خیر . یافته های سونوگرافیک در جنین هایی که بدنیا آمدند و HIV مثبت بودند با آنهایی که HIV منفی بودند تفاوتی نداشت .

انتقال از مادر به کودک :

۸۳٪ کودکان زیر ۱۳ سال مبتلا به ایدز از مادران مبتلا به ایدز متولد شده اند . انتقال از مادر به کودک ورتیکال است .

راههای انتقال ورتیکال :

الف) انتقال داخل رحمی (in utero transmission) علت ۳۰٪ موارد ابتلا در کودک است و برای کاهش احتمال بروز آن باید از داروی زیدوودین به عنوان پروفیلاکسی استفاده کرد .

ب) انتقال حین زایمان (intra partum transmission) ایدز می تواند مانند هپاتیت B در حین زایمان، انتقال یابد . استفاده از زیدوودین پروفیلاکتیک در طی حاملگی و زایمان و استفاده از سزارین الکتیو این احتمال را کاهش می دهد .

ج) انتقال پس از زایمان (post partum transmission) تغذیه با شیرمادر، احتمال انتقال عفونت را ۲۰-۱۰٪ افزایش می دهد .

نحوه اداره (management) خانم حامله HIV مثبت در طی حاملگی :

۱) **سقط درمانی** - هر مادر HIV مثبت ۵۰٪ احتمال دارد که یک نوزاد HIV مثبت داشته باشد و بنابراین بهتر است زایمان نکند و حاملگی ختم شود . اگر قرار شد که حاملگی ادامه یابد باید پشتیبانی روانی کافی برای مادر فراهم کرد . HIV مثبت بودن مادر باعث ایجاد نقایص جنینی نمی شود اما حاملگی می تواند باعث پیشرفت سیر بیماری و هم چنین تولد یک نوزاد HIV مثبت گردد .

۲) **چک CD۴ سه ماه یکبار** - اگر CD۴ کمتر از ۲۰۰ باشد باید پروفیلاکسی بر ضد پنوموسیستیس کاربونی نیز انجام شود . CD۴ count مهمترین شاخص آزمایشگاهی پیشرفت عفونت است و تصمیم گیری برای درمان براساس شمارش CD۴ است .

۳) **پیشگیری از انتقال عمودی در طی حاملگی، زایمان و پس از زایمان** . با تجویز زیدوودین پروفیلاکتیک می توان انتقال ورتیکال رابه حداقل رساند . زیدوودین Zidovudine یک آنالوگ تیمیدین

است و با مهار تکثیر HIV تاثیر خود را به عنوان یک ترکیب ضد ویروسی، اعمال می کند.

درمان پروفیلاکتیک با زیدوودین :

الف) زیدوودین ۱۰۰ mg خوراکی ۵ بار در روز از هفته ۳۴-۱۴.

ب) در طی زایمان، ۲ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن زیدوودین وریدی در عرض یک ساعت تجویز میشود و سپس یک میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن در ساعت در طی وضع حمل، انفوزیون مداوم انجام می گیرد .

شایعترین اثر سمّی زیدوودین هماتولوژیک است و در کسی که زیدوودین دریافت می کند باید CBC هر ماه چک شود و اگر هموگلوبین کمتر از ۸ یا گرانولوسیت کمتر از ۸۵۰ در میلی لیتر باشد باید مقدار آن را کاهش دهیم .

ج) سزارین الکتیو احتمال انتقال ورتیکال را ۵۰٪ کاهش می دهد .

- در صورتی که بیش از ۴ ساعت از پارگی کیسه آب گذشته احتمال انتقال ورتیکال افزایش می یابد .

- بهتر است سزارین در ۳۸ هفته انجام شود تا احتمال پارگی زودرس کیسه آب به حداقل برسد .

- وقتی سزارین همراه درمان ضد ویروس در پره ناتال و در طی زایمان و دوره نئوناتال صورت گیرد احتمال انتقال عمودی ۸۷٪ کاهش می یابد .

- در صورتی که نتوانیم سزارین انجام دهیم باید قبل از زایمان vaginal cleaning را به خوبی انجام داد .

د) مادر HIV مثبت شیر ندهد . شیردهی در افراد HIV مثبت توصیه نمی شود مگر اینکه شیر خشک در دسترس نباشد ، در نوزادی که از مادر HIV مثبت متولد شده در ۶ هفته اول پس از تولد شربت زیدوودین تجویز می شود .

هشدارهای مربوط به مراقبت قبل از زایمان ، حین زایمان و پس از زایمان و مراقبت از اطفال و مادران و نوزادان آلوده مشابه هشدارهای مربوط به هپاتیت B است .

باید فکر کرد که تمام بیماران HIV مثبت هستند و برای همه این اقدامات را بکار برد و اگر فقط در مورد افراد HIV مثبت این نکات رعایت شود تعداد زیادی از خانمهای مبتلا به عفونت زهفته ، پرسنل پزشکی را در معرض خطر قرار می دهند .

پروفیلاکسی عفونت های فرصت طلب در خانم های باردار HIV+

پنوموسیستیس کارینی

در صورتی که تعداد لنفوسیت های CD4+ در زنان باردار به کمتر از ۲۰۰ برسد لازم است پیشگیری دارویی علیه پنومونی ناشی از پنوموسیستیس کارینی (PCP) صورت گیرد. در اینگونه موارد، نیز می توان از کوتریموکسازول یا داپسون استفاده کرد. بعضی از مولفین، تجویز افشانه (آئروسول) پنتامیدین را در سه ماهه اول بارداری، سالم تر از داروهای دیگر دانسته اند.

توکسوپلاسموز

به منظور پروفیلاکسی آنسفالیت توکسوپلاسمائی نیز همان تدابیر رایج در دوران غیر بارداری را باید اعمال نموده نظیر PCP به تجویز کوتریموکسازول، اقدام کنیم.

عفونت سلی (PPD+)

علیرغم اینکه مثبت بودن تست PPD در خانم های باردار HIV منفی نیاز به شروع پروفیلاکسی ندارد ولی در زنان HIV مثبت لازم است پروفیلاکسی با INH شروع شود.

مجموعه مایکوباکتریوم آویوم (MAC)

پروفیلاکسی MAC نیز طبق ضوابط کلی باید صورت گیرد. ضمناً در اینگونه موارد Azithromycin را به عنوان داروی انتخابی، معرفی کرده اند.

عفونت پنوموکوکی

واکسیناسیون علیه پنوموکوک در زنان باردار HIV مثبتی که طی پنج سال گذشته علیه پنوموکوک، واکسینه نشده اند توصیه شده است. ضمناً پیشنهاد شده است واکسیناسیون مزبور تا بعد از شروع HAART به تعویق انداخته شود.

عفونت سالمونلایی

از آنجا که انتشار خارج روده ای عفونت سالمونلایی در دوران بارداری ممکن است باعث عفونت جفت و مایع آمنیوتیک شود لازم است به عنوان یک اقدام پیشگیرنده، سالمونلوز را در دوران بارداری با آنتی بیوتیک های مناسبی نظیر آمپی سیلین، سفوتاکسیم، سفتریاکسون یا کوتریموکسازول، درمان کنیم.

هرپس تناسلی

در بیمارانی که دچار عفونت هرپسی شدید و عودکننده دستگاه تناسلی هستند لازم است آسیکلوویر خوراکی تجویز شود.

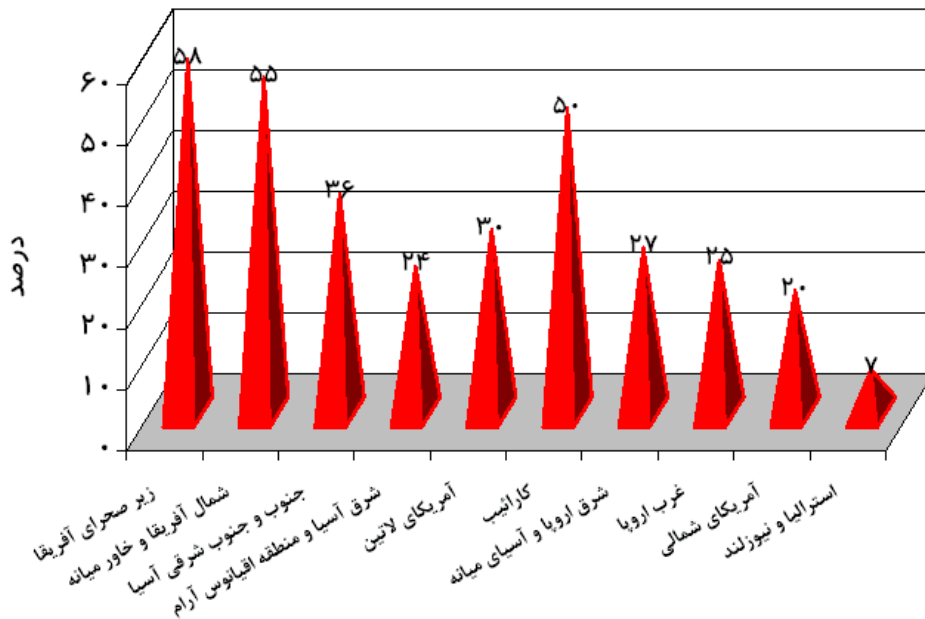
عفونت وریسلاتی

در صورتی که زنان باردار HIV+ با افراد مبتلا به آبله مرغان یا زونا (ویروس وریسلا زوستر) تماس داشته باشند لازم است در عرض کمتر از پنج روز پس از تماس، تحت پوشش ایمونوگلوبولین اختصاصی (VZIG) قرار گیرند و اگر آسیکلوویر خوراکی برای آنان آغاز شده است باید از نظر وجود آنتی بادی VZV مورد بررسی قرار گیرند و هرگاه با جواب مثبت، مواجه شدند از ادامه آسیکلوویر، خودداری کنند.

منابع :

- 1) Howard. L. Minkoff Human Immunodeficiency virus and other perinatal infections James R. Scott, Philip I. Di Saia 1999 Danforth's obstetrics and gynecology Chapter 25 page 393-398.
- 2) D, Jay Gloeb Human Immunodeficiency virus infection and pregnancy Stleldon H. Cherry ، Irwin R. Merkatz Complications of pregnancy: Medical, Surgical , Gynecologic , Psychosocial and perinatal 1991, fourth edition , page 361-376.
- 3) Norman F. Gant Sexually transmitted diseases F. Garry cunningham , larry. C. Gilstrap Williams obstetrics 2001, 21th edition, page 1498-1504.
- 4) Guidelines for Preventing Opportunistic Infections Among HIV-Infected Persons — 2002, Recommendations of the U.S. Public Health Service and the Infectious Diseases Society of America, Recommendations and Reports June 14, 2002 / Vol. 51 / No. RR-8, pp. 1-60
- 5) AIDS Epidemic Update, UNAIDS, WHO, December 2002, pp. 1-37

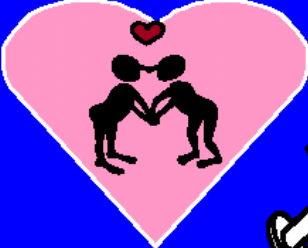
به منظور جلوگیری از تبدیل عفونت سلی به بیماری سل در خانم‌های باردار
HIV+ لازم است از INH به عنوان پیشگیری داروئی استفاده شود



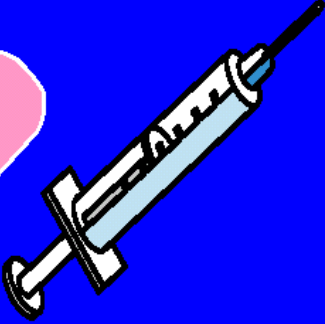
نسبت موارد HIV/AIDS در جنس مونث در نقاط مختلف جهان (میانگین جهانی = ۵۰٪)

راه های اصلی انتقال HIV


HIV Transmission



Sharing body fluids (sex)



Sharing needles



Mother to Baby