

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ & ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ



ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΝΑΝΟΥ
ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΔΑ

8. ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV)



ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV)

ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΙΟΥ

1. Περιγεννητικά (12-45%)
2. Κάθετη μετάδοση:
 - Πλακούντα
 - Κατά τον τοκετό
 - Μητρικό γάλα (θηλασμός)

Η κάθετη μετάδοση εμφανίζεται σε λιγότερο από το 50% των παιδιών μητέρων που έχουν προσβληθεί από τον ιό. (1/3)

Η κάθετη μετάδοση είναι υπεύθυνη για το 90% των παιδιών με το σύνδρομο

Ο χρόνος επώασης είναι 4-6 μήνες, σπάνια φτάνει τα 5 χρόνια

ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV)*

HIV μεταδίδεται:

- ακριβώς πριν τον τοκετό ή τις τελευταίες εβδ. πριν από αυτόν: 75%
- Στο 3^ο τρίμηνο: 10%
- Κατά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού: 10-15%
- Η μετάδοση εξαρτάται από το υλικό φορτίο της μητέρας
- Εάν η έγκυος δεν λαμβάνει αγωγή → έναρξη στην αρχή του 2^{ου} τριμήνου
Εάν η έγκυος λαμβάνει ARV, συνεχίζει αλλά τροποποιεί την αγωγή

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΕΓΚΥΟΥΣ*

- **Ο έλεγχος** για HIV λοίμωξη :
- πρέπει να περιλαμβάνεται στον προγεννητικό έλεγχο ρουτίνας των γυναικών μετά από ενημέρωση.
- Ο έλεγχος είναι εθελοντικός και η έγκυος έχει την επιλογή να αρνηθεί την εξέταση
- Οι έγκυες πρέπει να λαμβάνουν προφορική ή γραπτή ενημέρωση πριν την εξέταση για την HIV λοίμωξη.

ΤΕΣΤ ΤΑΧΕΙΑΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ*

- Κάθε γυναίκα με αδιευκρίνιστο προφίλ για την HIV λοίμωξη τη στιγμή του τοκετού θα πρέπει να εξετάζεται για τη λοίμωξη με **ταχεία δοκιμασία (rapid test)**.
- Σε περίπτωση **άρνησης της εξέτασης**:
 - οι λόγοι της άρνησης πρέπει να καταγράφονται και
 - να καταβάλλεται από τους επαγγελματίες υγείας κάθε δυνατή προσπάθεια πλήρους και κατανοητής ενημέρωσης της, → ώστε να κατανοηθούν τα οφέλη της εξέτασης και να επιτευχθεί στο μεγαλύτερο βαθμό η συναίνεση

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΕΓΚΥΩΝ ΜΕ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ*

- Η **πρώτη εξέταση** θα πρέπει να γίνεται **όσο το δυνατόν νωρίτερα μετά τη διαπίστωση της κύησης**. Οι γυναίκες που **αρνούνται** να εξεταστούν **στην πρώτη επίσκεψη** πρέπει να **ενθαρρύνονται να εξεταστούν στην αμέσως επόμενη**.
- **Ένα δεύτερο τεστ** συστήνεται :
 - **στο τρίτο τρίμηνο** της εγκυμοσύνης κατά προτίμηση **πριν από την 36η βδομάδα** της κύησης, καθώς και
 - κατά την **περίοδο του θηλασμού** σε:
 - Γυναίκες που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την HIV λοίμωξη, όπως οι:
 - εκδιδόμενες,
 - οι γυναίκες που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών ή
 - οι γυναίκες που έχουν σεξουαλικούς συντρόφους χρήστες.
 - Γυναίκες που έχουν περισσότερους από ένα σεξουαλικούς συντρόφους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
 - Γυναίκες που διαγιγνώσκονται με ένα ΣΜΝ.
- Κρατούμενες φυλακών/κέντρων κράτησης-υποδοχής μεταναστών.
Γυναίκες που έχουν σημεία ή συμπτώματα όμοια με αυτά της οξείας λοίμωξης από HIV. Στην περίπτωση αυτή προτιμάται **ο έλεγχος HIV-RNA**.
- Γυναίκες που κατάγονται από χώρες με υψηλό επιπολασμό της HIV λοίμωξης.
- Γυναίκες με HIV οροθετικό σύντροφο.

ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV) * * *

Η νόσος είναι συνήθως ασυμπτωματική στη γέννηση & είναι πολύ δύσκολο να γίνει διάκριση μεταξύ προσβεβλημένων και μη νεογνών ακόμα και εργαστηριακά.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ:

- Καθυστέρηση της ανάπτυξης
- Χρόνιο διαρροϊκό σύνδρομο
- Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια
- Ηπατοσπληνομεγαλία
- Ευκαιριακές λοιμώξεις από :
 - μύκητες, μεγαλοκυτταροϊό,
 - μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης,
 - τοξόπλασμα και
 - πνευμοκύστη Carinii

ΝΕΟΓΝΟ HIV (+) ΜΗΤΕΡΑΣ*

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Κάθε νεογέννητο HIV οροθετικής μητέρας, πρέπει να ελέγχεται **σε ηλικία 14-21 ημ., 1-2 μηνών & 4-6 μηνών** με μέτρηση του ιϊκού φορτίου με μοριακές μεθόδους.
- Επιπλέον η μέτρηση ιϊκού φορτίου στη γέννηση, πρέπει να εκτιμάται σε νεογέννητα με αυξημένο κίνδυνο περιγεννητικής μετάδοσης.
- **Πρώτος έλεγχος** → **πρώτες 48 ώρες ζωής**
 - Ανίχνευση προ-ιϊκής μορφής DNA με PCR στα λεμφοκύτταρα του περιφερικού αίματος ή
 - με αναζήτηση του ιϊκού φορτίου RNA φορτίου.
- Η **χορήγηση αντιρετροϊκών & ιδίως συνδυασμού** καθυστερεί την ανίχνευση τόσο του DNA, όσο & του RNA του HIV, γι' αυτό →
- το **2^ο δείγμα** λαμβάνεται σε **ηλικία 6 εβδομάδων** μετά από διακοπή της αγωγής για **2 εβδομάδες**.

ΝΕΟΓΝΟ HIV (+) ΜΗΤΕΡΑΣ* ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- **Αποκλεισμός λοίμωξης:** → επανειλημμένο αρνητικό έλεγχο στον 1^ο & 4^ο μήνα ζωής (1-2 μηνών & 4-6 μηνών) με μέτρηση του ιϊκού φορτίου με μοριακές μεθόδους.
- Η ύπαρξη αντισωμάτων δεν αξιολογείται, →
- διότι τα αντισώματα μητρικής προέλευσης ανιχνεύονται μέχρι την ηλικία των 18 μηνών.
-
- → Πολλοί ειδικοί **επιβεβαιώνουν το αρνητικό HIV προφίλ** του βρέφους με έλεγχο αντισωμάτων σε ηλικία 18 μηνών.

ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΑ ΑΠΟ ΜΗΤΕΡΕΣ ΜΕ ΑΓΝΩΣΤΟ ΟΡΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΓΙΑ ΤΟΝ HIV

- Για νεογέννητα μητέρων με **άγνωστο HIV** ορολογικό προφίλ πρέπει να γίνεται:
 - ταχύς έλεγχος (rapid test) για HIV στη μητέρα ή/& στο παιδί όσο το δυνατόν συντομότερα μετά τον τοκετό με άμεση έναρξη χημειοπροφύλαξης.
- Στην περίπτωση **θετικού αποτελέσματος ταχείας ανίχνευσης αντισωμάτων** στην μητέρα πρέπει να:
 - γίνει **επιβεβαιωτική δοκιμασία &**
 - γίνεται **έλεγχος του νεογέννητου περιγεννητικά με μέτρηση του ιϊκού φορτίου με μοριακές μεθόδους**
- **εάν είναι αρνητική → διακόπτεται η χημειοπροφύλαξη.**

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ HIV ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΝΕΟΓΝΑ ΟΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ

- Τα μητρικά αντισώματα μέσω της εμβρυοπλακουντιακής επικοινωνίας εισέρχονται στη κυκλοφορία του εμβρύου και μπορεί να είναι ανιχνεύσιμα στο βρέφος μέχρι την ηλικία των 18 μηνών.
- Γι' αυτό το λόγο **οι μετρήσεις του τίτλου τους δεν αντικατοπτρίζουν το HIV ορολογικό προφίλ του νεογνού**.
- Οι **δοκιμασίες μοριακού ελέγχου** είναι εκείνες που **ενδείκνυνται** για την **διάγνωση** της HIV λοίμωξης **στα νεογνά**.
- Για τη διάγνωση της HIV λοίμωξης σε ηλικίες <18 μηνών απαιτείται η χρήση μοριακών μεθόδων για τον προσδιορισμό του ιϊκού φορτίου.

ΝΕΟΓΝΟ HIV (+) ΜΗΤΕΡΑΣ*

- Τα νεογέννητα HIV οροθετικών μητέρων **θα λάβουν** βάσει κατευθυντήριων οδηγιών **ART** → Προφυλακτική αγωγή για **6 εβδομάδες**
- Τα έως τώρα δεδομένα δεν δείχνουν καθυστέρηση στη διάγνωση της HIV λοίμωξης με μέτρηση με PCR του ιϊκού φορτίου σε βρέφη που έλαβαν **ζιδοβουδίνη**.
- Σε περίπτωση βρεφών που λαμβάνουν **συνδυασμό αντιρετροϊκών** σκευασμάτων για προφυλακτική αγωγή → η **λήψη ιϊκού φορτίου** πρέπει να **λαμβάνεται 2 ως 4 εβδομάδες μετά τη διακοπή της προφυλακτικής αγωγής, αν η προηγούμενη αρνητική διαγνωστική εξέταση έγινε κατά την περίοδο της προφυλακτικής αγωγής.**

ΝΕΟΓΝΟ HIV (+) ΜΗΤΕΡΑΣ*

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να αποκλείουν καθυστέρηση στη διάγνωση της HIV λοίμωξης σε περίπτωση βρεφών που λαμβάνουν **συνδυασμό αντιρετροϊκών σκευασμάτων** για προφυλακτική αγωγή. Στην περίπτωση αυτή:
 - η λήψη του 2^{ου} ιικού φορτίου
 - σε ηλικία 1-2 μηνών
 - πρέπει να λαμβάνεται 2 έως 4 εβδ μετά τη διακοπή της προφυλακτικής αγωγής.
- **Κάθε θετικό ιολογικό τεστ** πρέπει να επιβεβαιώνεται με δεύτερη μέτρηση ιικού φορτίου από διαφορετικό δείγμα όσο το δυνατόν συντομότερα.

ΝΕΟΓΝΟ HIV (+) ΜΗΤΕΡΑΣ* ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Η HIV λοίμωξη μπορεί **μερικώς να αποκλεισθεί** σε βρέφη που δεν **θηλάζουν**:
 - με δύο ή περισσότερα αρνητικά τεστ,
 - το ένα στην ηλικία \geq των 14 ημερών &
 - το άλλο στην ηλικία \geq του 1 μηνός.
- **Οριστικός αποκλεισμός** της HIV λοίμωξης σε βρέφος που **δε θήλασε** μπορεί να γίνει με:
 - δύο αρνητικά ιολογικά τεστ
 - το ένα σε ηλικία \geq του ενός μηνός &
 - το άλλο σε ηλικία \geq 4 μηνών.
- Πολλοί ειδικοί **επιβεβαιώνουν το αρνητικό HIV προφίλ του βρέφους με έλεγχο αντισωμάτων σε ηλικία 18 μηνών**

ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV) ***

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ: Διαταραχές της

- ✓ **Χυμικής ανοσίας**
 - ✓ αυξημένα επίπεδα ανοσοσφαιρινών, ιδιαίτερα IgG ή
 - ✓ σπανιότερα υποφασμασφαιριναιμία
- ✓ **Κυτταρικής ανοσίας**
 - ✓ αναστροφή του πηλίκου T4/T8, λόγω ελάττωσης των T4 κυττάρων

Η ορολογική διάγνωση τους πρώτους μήνες δεν είναι εύκολη γιατί:

- ✓ Η ανεύρεση ειδικής IgG πιθανώς να είναι μητρικής προέλευσης (ανιχνεύεται μέχρι & 18 μήνες από τη γέννηση)
- ✓ Η ανίχνευση ειδικών IgM αντισωμάτων δεν είναι αξιόπιστη

Πιο ακριβής είναι η απομόνωση του ιού με ειδικές καλλιέργειες & η ανίχνευση του DNA του ιού με την PCR

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Τα νεογνά έχουν **βραδύτερο ρυθμό μεταβολισμού των φαρμάκων** λόγω ανωριμότητας στη γλυκουρονιδίωση & στη νεφρική λειτουργία. Η ανεπάρκεια των μεταβολικών οδών είναι αντιστρόφως ανάλογη με τη διάρκεια κύησης.
- Προτιμώνται φάρμακα των οποίων η φαρμακοκινητική έχει μελετηθεί με βάση τις ιδιαιτερότητες των νεογνών (όπως **ZDV & ATC**)
- Η έναρξη της αγωγής πρέπει να γίνει μέσα στις πρώτες ώρες από τη γέννηση.

HIV

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ZDV (ζυδοβουδίνη):

- Νεογνά μητέρων που λάμβαναν μονοθεραπεία με ZDV κατά την κύηση
- Νεογνά μητέρων υπό συνδυασμένη αγωγή, που κατά τον τοκετό είχαν ιϊκό φορτίο <50 αντίγραφα RNA/ml

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗΣ ΤΡΙΠΛΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:

- Νεογνά οροθετικών μητέρων, που διαγνώστηκαν περιγεννητικά & η αγωγή στο νεογνό ξεκίνησε μέσα σε 48-72 ώρες από τη γέννηση
- Πρόωρος τοκετός πριν από την έναρξη της προγραμματισμένης αγωγής στη μητέρα ή πριν από τον καθορισμό του ιϊκού φορτίου της μητέρας
- Παρατεταμένη ρήξη εμβρυϊκών υμένων
- Νεογνά μητέρων με αντίσταση στα αντιρετροϊκά φάρμακα

ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΝΕΟΓΝΟΥ

Zidovudine (ZDV)

Έναρξη κατά προτίμηση εντός 6-12 ωρών από τη γέννηση
έως <72 ώρες
Διάρκεια 6 εβδομάδες

≥35 εβδ. κύησης:	4mg/kg B.Σ. ανά δόση από το στόμα κάθε 12 ώρες ή 3mg/kg ανά δόση IV κάθε 12 ώρες
<35 εβδ. έως ≥ 30 εβδ. κύησης	2mg/kg B.Σ. από το στόμα κάθε 12 ώρες (ή 1.5mg/kg IV) ↑ σε 3mg/kg B.Σ. από το στόμα κάθε 12 ώρες (ή 2.3mg.kg IV) στις 2 εβδομάδες ζωής
< 30 εβδ. κύησης	2mg/kg B.Σ. από το στόμα κάθε 12 ώρες,(ή 1.5mg/kgIV) ↑ 3mg/kg B.Σ. από το στόμα κάθε 12 ώρες (ή 2.3mg/kg IV) στις 4 εβδομάδες ζωής

ΧΠΦ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

NVP = nevirapine

- είναι ένας μη νουκλεοσιδικός αναστολέας της ανάστροφης μεταγραφάσης (NNRTI) του HIV-1.
- χρησιμοποιείται για τη θεραπεία και την πρόληψη του HIV / AIDS , συγκεκριμένα του HIV-1
- για την πρόληψη της εξάπλωσης από τη μητέρα στο παιδί κατά τη γέννηση

B.Σ. στη γέννηση 1.5-2 kg: 8 mg ανά δόση από το στόμα

B.Σ. στη γέννηση: >2 Kg: 12 mg ανά δόση από το στόμα

3 δόσεις την 1^η εβδομάδα ζωής

- 1^η δόσης στις πρώτες 48 ώρες από τη γέννηση
- 2^η δόση 48 ώρες μετά την 1^η δόση
- 3^η δόση 96 ώρες μετά τη 2^η δόση

NICHD-HPTN 040/PACTG 1043 study 1,746 infants born to HIV-infected women who did not receive any ARV drugs during pregnancy were randomized to 3 infant prophylaxis regimens: The risk of intrapartum transmission was significantly lower compared with 6 weeks of zidovudine alone in the 2- and 3- drug arms (2.2% and 2.5%, respectively, vs. 4.9% for zidovudine alone)

ΣΥΓΓΡΕΙΣ - ΠΕΡΙΕΧΜΕΝΟΙ ΚΟΙΝΩΝΕΙΣ - HIV - ΝΑΝΟΥ Χ

ΓΝΩΜΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΖΗΤΗΤΑΙ ΑΜΕΣΑ

- Βρέφη που γεννήθηκαν από μητέρες που λαμβάνουν αντιρετροϊκά κατά τη διάρκεια της κύησης & του τοκετού, αλλά έχουν μερική ιική καταστολή κατά τη διάρκεια του τοκετού ιδιαίτερα εάν το παιδί γεννιέται με φυσιολογικό τοκετό
- Βρέφη που γεννιούνται από μητέρες που λαμβάνουν αγωγή μόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού
- Βρέφη που γεννιούνται από μητέρες που δεν έλαβαν αγωγή ούτε στην κύηση ούτε στον τοκετό
- Βρέφη που γεννιούνται από μητέρες με γνωστή γονοτυπική αντοχή.

- Η **αντιρετροϊκή αγωγή** κατά τη νεογνική ηλικία μπορεί να προκαλέσει **ανεπιθύμητες ενέργειες**.
- Αναφέρεται **τοξικότητα μιτοχονδρίων** από τα νουκλεοσιδικά ανάλογα, τα οποία προκαλούν **καταστροφή του μιτοχονδριακού DNA, πολυοργανική ανεπάρκεια και αναιμία**.
- Υπόνοια **μιτοχονδριακής δυσλειτουργίας** πρέπει να τίθεται σε μη προσβεβλημένα νεογνά με περιγεννητική έκθεση σε ART, τα οποία:
 - παρουσιάζουν **νευρολογική σημειολογία ακαθόριστης αιτιολογίας**.
 - επισημαίνεται η **ανάγκη μακροχρόνιου follow-up** σε κάθε παιδί με ιστορικό ενδομήτριας έκθεσης σε ART.
 - **Καταστολή του μυελού των οστών** με εκδηλώσεις **αναιμίας και ουδετεροπενίας** είναι εντονότερες μετά από συνδυασμένη ή παρατεταμένη θεραπεία και είναι αναστρέψιμη. Σπανίως αναφέρονται διαταραχές στην αιμοποίηση, που παρατείνονται μέχρι την ηλικία των 18 μηνών.
 - Καρκινογένεση ως συνέπεια των αντιρετροϊκών φαρμάκων δεν έχει αναφερθεί.
-
- Το πρόγραμμα βασικού εμβολιασμού ακολουθείται κανονικά στο διάστημα αυτό, με εξαίρεση τα εμβόλια ζώντων εξασθενημένων ιών

- Έλεγχος (baseline) γενικής αίματος, ηπατικής & νεφρικής λειτουργίας.
- Ειδικοί συνιστούν πιο εντατική παρακολούθηση των αιματολογικών δεικτών, της νεφρικής & ηπατικής λειτουργίας σε βρέφη που εκτέθηκαν ενδομητρίως & κατά τη νεογνική περίοδο σε αντιρετροϊκά.
- Εάν υπάρχουν αιματολογικές διαταραχές σε βρέφος που λαμβάνει χημειοπροφύλαξη τότε η απόφαση για συνέχιση της αγωγής εξατομικεύεται
- Μέτρηση ρουτίνας του γαλακτικού οξέος δεν συνιστάται. Παρόλα αυτά η μέτρηση συζητείται σε βρέφη που αναπτύσσουν βαριά κλινικά συμπτώματα αγνώστου αιτιολογίας ιδιαίτερα νευρολογικά συμπτώματα
- Για την πρόληψη της λοίμωξης από *pneumocystis jirovecii* όλα τα παιδιά που γεννιούνται από HIV οροθετικές γυναίκες λαμβάνουν προφύλαξη στην ηλικία 4-6 εβδομάδων μετά την ολοκλήρωση της αντιρετροϊκής προφυλακτικής αγωγής
 - εκτός εάν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες για τον πιθανό αποκλεισμό της λοίμωξης με δύο ιικά φορτία σε ηλικία 14-21 ημερών, 1-2 μηνών.
 - Επιφυλάσσεται κυρίως για τα παιδιά των οροθετικών μητέρων που δεν υπάρχουν τα δύο ιικά φορτία για τον πιθανό αποκλεισμό της HIV λοίμωξης.

ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV) * ΠΡΟΛΗΨΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Θεραπεία κατά του ρετροϊού (Zidovudine-AZT-, nevirapine)

- ✓ Στη μητέρα κατά τη διάρκεια της κύησης & κατά τον τοκετό καθώς
 - ✓ & στο νεογέννητο
 - ✓ Ελαττώνει σημαντικά τη συχνότητα προσβολής του παιδιού περίπου από 33% σε 8%.
 - ✓ Ο συνδυασμός :
 - ✓ αντιρετροϊκής θεραπείας & ΚΤ
 - ✓ Αποφυγή μητρικού θηλασμού
- Χορήγηση προφυλακτικής ART αγωγής στο νεογέννητο → έχει μειώσει τον κίνδυνο μετάδοσης <2% στις αναπτυγμένες χώρες

Τα βρέφη με AIDS πρέπει να εμβολιάζονται κανονικά, όπως τα υπόλοιπα βρέφη, αλλά οι εμβολιασμοί κατά των ιογενών λοιμώξεων πρέπει να γίνονται **με αδρανοποιημένους ιούς**.

Ο θηλασμός δε συστήνεται στα νεογνά μητέρων φορέων του ιού ή πασχόντων, **εκτός αν** οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες καθιστούν απαγορευτική τη διατροφή με ξένο γάλα.

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΟ FOLLOW-UP ΒΡΕΦΩΝ ΠΟΥ ΕΚΤΕΘΗΚΑΝ ΣΕ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗ ΑΓΩΓΗ

- Παιδιά με ενδομήτρια ή κατά τη νεογνική ηλικία έκθεση σε αντιρετροϊκή αγωγή (ARV) που παρουσιάζουν αγνώστου αιτιολογίας ανωμαλίες σε κύρια όργανα (καρδιά, ΚΝΣ) → να εξετασθούν για **μιτοχονδριακές βλάβες**
- Η παρακολούθηση των παιδιών πρέπει να συνεχίζεται **μέχρι την ενηλικίωση** λόγω του θεωρητικού κινδύνου καρκινογένεσης εξαιτίας των νουκλεοσιδικών αναλόγων

ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV) *

ΠΡΟΓΝΩΣΗ: Είναι κακή.

- Ο θάνατος επέρχεται μέσα στα 2 πρώτα χρόνια ζωής.
- Η εμφάνιση πνευμονίας από πνευμονοκύστη *Carinii* επιβαρύνει σημαντικά την πρόγνωση.
- Τα βρέφη με AIDS πρέπει να εμβολιάζονται όπως τα φυσιολογικά βρέφη, αλλά οι εμβολιασμοί κατά των ιογενών λοιμώξεων πρέπει να γίνονται με αδρανοποιημένους ιούς

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ

