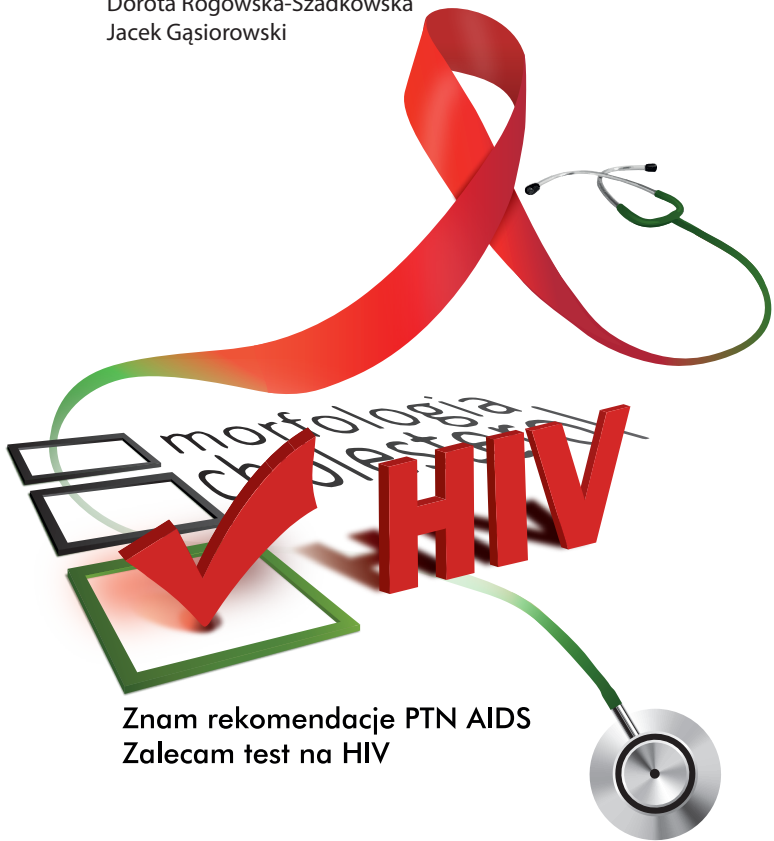


HIV/AIDS dla ginekologów

Dorota Rogowska-Szadkowska
Jacek Gąsiorowski



Znam rekomendacje PTN AIDS
Zalecam test na HIV

HIV/AIDS dla ginekologów

Dorota Rogowska-Szadkowska
Jacek Gąsiorowski



Spis treści

Dlaczego problem zakażeń HIV dotyczy przede wszystkim heteroseksualnych kobiet?	3
Dlaczego warto rozmawiać o HIV z kobietami?	4
Dlaczego test na HIV powinien być proponowany kobietom ciężarnym i ich partnerom?.....	6
Opieka ginekologiczna nad kobietami zakażonymi HIV będącymi w ciąży	7
Problemy ginekologiczne kobiet zakażonych HIV	9
Czy HIV jest bardziej zakaźny niż inne drobnoustroje?.....	9
Jak można zmniejszyć niewielkie ryzyko zakażenia zawodowego?	10
Piśmiennictwo	13

Dlaczego problem zakażeń HIV dotyczy przede wszystkim heteroseksualnych kobiet?

W początkach epidemii, HIV i AIDS dotyczyły przede wszystkim mężczyzn: homoseksualnych i chorych na hemofilię. Później pojawiły się doniesienia o zakażeniach HIV kobiet będących partnerkami seksualnymi chorych na hemofilię mężczyzn, kobiet przyjmujących narkotyki w iniekcjach i kobiet sprzedających usługi seksualne. Zwłaszcza to ostatnie skojarzenie HIV z kobietami przetrwało długo.

Dopiero po kilku latach zauważono, że kobiety łatwiej zakażają się HIV.

Okazało się, że są kobiety, które zostały zakażone przez swojego pierwszego i jedyne w życiu partnera seksualnego. W Polsce jest wiele kobiet zakażonych HIV w ten sposób – niektórzy partnerzy nie byli świadomi własnego zakażenia, inni zataili tę informację przed partnerką.

Od lat 90. zaczęto podkreślać, że nie tylko liczba partnerów seksualnych (promiskuityzm) decyduje o narażeniu kobiet na HIV. Nie każdy rodzaj aktywności seksualnej jest tak samo ryzykowny.

Najbezpieczniejsze kontakty seksualne, w których kobieta jest stroną aktywną, to kontakty oralne, ale błony śluzowe jamy ustnej są wrażliwe na zakażenie HIV, stąd powinno się unikać ich kontaktu ze spermą i/lub krwią.

W waginalnych kontaktach seksualnych wirus przenosi się znacznie łatwiej z mężczyzn na kobiety, niż z kobiet na mężczyzn¹. U kobiet wrażliwa na zakażenie jest cała powierzchnia błony śluzowej pochwy i wewnątrzpochwowa część szyjki macicy. Ewentualne urazy, stany zapalne, zaburzenia składu flory bakteryjnej dodatkowo zwiększają ryzyko zakażenia.

U mężczyzn wrażliwa na zakażenie jest wąska obwódka błony śluzowej wokół ujścia cewki moczowej, a także

wewnętrzna powierzchnia napletka – dlatego obrzezanym heteroseksualnym mężczyznom jeszcze trudniej zakazić się HIV. Kontakt ze spermą wrażliwych na zakażenie HIV powierzchni błon śluzowych u kobiet trwa znacznie dłużej.

Dla kobiet najbardziej ryzykowne są kontakty analne.

W uwarunkowaniach kulturowych istniejących w Polsce, kobietom bywa trudno domagać się od partnera użycia prezerwatywy, jedyne go środka o udowodnionej skuteczności w zapobieganiu zakażeniu HIV. Szczególnie trudno jest kobietom pozostającym w stałych związkach (formalnych i nieformalnych).

W wielu krajach świata najbardziej narażone na zakażenie HIV są kobiety zameżne, zwłaszcza te, których mężowie często wyjeżdżają w kilkudniowe delegacje albo wyjeżdżają do pracy na wiele miesięcy, pozostając daleko od domu.

W przypadku kobiet homoseksualnych bardzo nieliczne przypadki przeniesienia zakażenia HIV zdarzyły się tylko w sytuacjach, w których naprzemiennie używane akcesoria erotyczne były zanieczyszczone zakażoną HIV krwią.

Dlaczego warto rozmawiać o HIV z kobietami?

Kobiety często nie wiedzą, że:

- są bardziej narażone na zakażenie HIV,
- hormonalne środki antykoncepcyjne zmniejszają znacząco ryzyko zajścia w nieplanowaną ciążę, ale nie chronią przed HIV,
- jedynym środkiem o udowodnionej skuteczności w zapobieganiu zakażeniom HIV jest prezerwatywa,

- pierwszy kontakt seksualny w życiu kobiety zwiększa ryzyko zakażenia, jeśli partner jest zakażony,
- gwałt zwiększa ryzyko zakażenia HIV,
- wszelkie stany zapalne narządów płciowych i choroby przenoszone drogą płciową zwiększają ryzyko zakażenia HIV,
- menopauza nie chroni przed HIV,
- istnieje możliwość zmniejszenia ryzyka zakażenia HIV, jeśli w ciągu 48 godzin (w przypadku ekspozycji wysokiego ryzyka do 72 godzin – PTN AIDS 2013) zostanie rozpoczęte leczenie antyretrowirusowe. W sytuacji, kiedy na przykład partner dopiero po kontakcie seksualnym powie o swoim zakażeniu, warto jak najszybciej zgłosić się do najbliższej placówki, w której leczone są osoby żyjące z HIV, gdzie możliwe jest uzyskanie tych leków przez całą dobę (24h) (aktualna lista placówek znajduje się na stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS – www.aids.gov.pl).

Kandydoza pochwy, przewlekła, nawrotowa lub oporna na leczenie, została zaliczona do stadium klinicznego B zakażenia HIV (stadium objawowego infekcji). Stwierdzenie takiego stanu u kobiety nieznającej własnego statusu serologicznego jest wskazaniem do zlecenia testu na HIV – po uzyskaniu świadomej zgody pacjentki. Ale nawet przewlekła, nawrotowa, oporna na leczenie kandydoza pochwy nie świadczy jeszcze o zakażeniu HIV!

Dlaczego test na HIV powinien być proponowany kobietom ciężarnym i ich partnerom?

Jedną z trzech dróg transmisji zakażenia, poza przeniesieniem wirusa przez seks i krew, jest możliwość przeniesienia go na dziecko zakażonej kobiety ciężarnej, do czego dochodzi najczęściej w czasie porodu.

Przed wprowadzeniem profilaktyki zmniejszającej ryzyko transmisji wertykalnej, odsetek takich zakażeń wynosił w Europie 15–20%, w USA 16–30%, w Afryce 25–40% i 13–48% w Azji Południowo-Wschodniej². Te różnice mogły wynikać z innej metodologii prowadzonych badań, ale także różnej częstości występowania czynników ryzyka, szczególnie karmienia piersią w badanych populacjach.

Obecnie szansa na urodzenie zdrowego dziecka przez kobietę zakażoną HIV wynosi ponad 98%.

Jednak pierwszym, niezbędnym warunkiem takiego sukcesu, jest świadomość kobiety, że jest zakażona HIV. Jest to więc wystarczający powód, by kobiety planujące zajście w ciążę lub kobiety ciężarne, wykonywały testy w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV. W Polsce ciągle jeszcze zbyt często zdarza się, że zakażenie HIV u matki rozpoznawane jest dopiero po wykryciu go u jej dziecka. Taka kolejność zdarza się znacznie rzadziej w krajach, gdzie więcej mówi się o HIV, bezpieczniejszym seksie, sposobach zmniejszania ryzyka zakażenia. W Polsce testy w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV jeszcze niedawno wykonywało około 3% kobiet będących w ciąży, w innych krajach Unii Europejskiej średnio ponad 60%, a w niektórych nawet powyżej 95%.

Drugim niezbędnym warunkiem, który kobieta zakażona HIV

musi spełnić, by urodzić zdrowe dziecko, jest stosowanie leków antyretrowirusowych w czasie ciąży, porodu oraz podawanie ich noworodkowi przez pierwsze 4 tygodnie życia (PTN AIDS 2013). Rozwiązanie ciąży poprzez elektywne cesarskie cięcie również zmniejsza ryzyko przeniesienia zakażenia z matki na dziecko (więcej na ten temat dalej).

Trzecim warunkiem, od którego zależy zdrowie nowo narodzonego dziecka jest zakaz karmienia piersią przez zakażoną HIV matkę.

Tak jak zajście w ciążę, tak i zakażenie HIV wymaga współdziałania partnera (męża) kobiety, dlatego w dobrze pojętym interesie dziecka wskazane jest, by test na HIV wykonywali oboje rodzice oczekujący przyjścia na świat dziecka.

Kobiety lub ich partnerzy, których wynik testu okaże się dodatni, powinni zostać skierowani do dalszej opieki specjalistycznej, w celu zapobieżenia transmisji wertykalnej HIV, a także na leczenie antyretrowirusowe w jednym z ośrodków zajmujących się terapią HIV (aktualna lista i adresy tych ośrodków dostępne są na stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS – www.aids.gov.pl).

Opieka ginekologiczna nad kobietami zakażonymi HIV będącymi w ciąży

Opieka nad zakażoną HIV kobietą ciężarną jest generalnie podobna do opieki nad kobietami niezakażonymi, choć istnieją wątpliwości, czy w takiej sytuacji wykonywana powinna być na przykład amniocenteza³, a jeśli tak, to czy powinna być przeprowadzana wyłącznie pod ochroną leków antyretrowirusowych.

Na początku epidemii HIV/AIDS, kiedy dopiero poznawano przebieg zakażenia HIV, odradzano kobietom zakażonym HIV zachodzenie w ciążę. Niektórzy eksperci zachodzenie w ciążę uważali za niemoralne ze względu na ryzyko przeniesienia zakażenia HIV na dziecko. Oficjalne zalecenia amerykańskie mówiły o „opóźnieniu” decyzji o posiadaniu dziecka⁴. W tamtych czasach niewiele wiedziano także o wpływie ciąży na przebieg zakażenia HIV kobiety. Ta kwestia dość długo czekała na wyjaśnienie – w pierwszej kolejności skupiano się wyłącznie na stanie zdrowia dzieci urodzonych przez zakażone kobiety.

Wczesne badania sugerowały przyspieszenie postępu infekcji⁵ lub nie wykazywały żadnego wpływu ciąży na przebieg zakażenia HIV u kobiet⁶. Te obserwacje pochodziły z czasów przed wprowadzeniem do powszechnego stosowania w krajach rozwiniętych skutecznego, skojarzonego leczenia antyretrowirusowego.

Badania prowadzone później nie wykazywały niekorzystnego wpływu ciąży na przebieg zakażenia HIV⁷. Kolejne ciążę kobiet zakażonych HIV, leczonych lekami antyretrowirusowymi, również nie wpływały niekorzystnie na przebieg ich zakażenia⁸. Także sposób rozwiązania nie wpływa na przebieg zakażenia HIV u kobiet: elektywne cesarskie cięcie lub cięcie po pęknięciu błon płodowych nie wiązało się ani z szybszym obniżeniem liczby komórek CD4, ani ze wzrostem poziomu wirerii w czasie 18 miesięcy od porodu, ani z szybszym postępowaniem klinicznym do AIDS w czasie obserwacji wydłużonej do prawie 3 lat⁹.

Problemy ginekologiczne kobiet zakażonych HIV

Kobiety zakażone HIV mają większe ryzyko wystąpienia dysplazji i raka szyjki macicy niż kobiety niezakażone, dlatego badania profilaktyczne wykonywane przez ginekologa, powinny być przeprowadzane przynajmniej raz w roku.

Kobiety zakażone HIV, skutecznie leczone lekami antyretrowirusowymi, mają takie same problemy ginekologiczne, jak kobiety niezakażone.

Kobiety w wieku rozrodczym powinny być informowane o właściwej dla nich antykoncepcji. W przypadku kobiet zakażonych HIV wskazane jest stosowanie podwójnej metody antykoncepcyjnej – prezerwatyw i doustnych preparatów antykoncepcyjnych, których dobór powinien uwzględniać interakcje z przyjmowanymi lekami antyretrowirusowymi (szczególnie nienukleozydowymi inhibitorami odwrotnej transkryptazy i inhibitorami proteazy HIV), mogącymi zmniejszać skuteczność zapobiegania niechcianej ciąży.

Czy HIV jest bardziej zakaźny niż inne drobnooustroje?

Po początkowym strachu pracowników opieki medycznej, szczególnie lekarzy zabiegowców, że będą zakażać się HIV od swoich pacjentów, szybko okazało się, że HIV jest wirusem mniej zakaźnym niż wiele innych drobnoustrojów chorobotwórczych.

Zakażenie HCV przenosi się przez krew prawie 10 razy łatwiej niż HIV, HBV – 100 razy łatwiej. Nie ma szczepionki, która byłaby w stanie zapobiegać zakażeniu HCV.

Wiedza pracownika ochrony zdrowia o pozytywnym statusie serologicznym pacjenta nie zmniejsza częstości

ekspozycji zawodowej na jego krew, co przemawia przeciwko wykonywaniu testów w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV przed zabiegami operacyjnymi lub inwazyjnymi procedurami diagnostycznymi (np. przed koronarografią). Wykazano, że częstość zakażeń i skaleczeń podczas operacji zwiększa się u lekarzy starających się bardziej niż zwykle, by się nie skaleczyć¹⁰.

Jak można zmniejszyć niewielkie ryzyko zakażenia zawodowego?

W pracy ginekologa jedyne substancje zakaźne, z którymi może się zetknąć, to wydzieliny narządów płciowych i krew kobiet zakażonych HIV.

Jeśli płyny te zetkną się ze skórą, która nie jest uszkodzona w sposób widoczny gołym okiem, ryzyko zakażenia HIV praktycznie nie istnieje. Wskazane jest możliwie szybkie umycie zabrudzonej skóry wodą i mydłem.

Prawdopodobieństwo zakażenia HIV zależy od wielu czynników. Tak jak w przypadku innych chorób zakaźnych, jednym z ważniejszych jest ilość wirusa: niebezpieczeństwo zakażenia jest tym większe, im więcej było zakaźnych cząstek wirusa. Najwięcej jest ich krótko po zakażeniu, jeszcze przed pojawieniem się przeciwciał anti-HIV, a później w stadium AIDS. Znacznie mniej jest ich w bezobjawowym stadium zakażenia, zwłaszcza u pacjentów skutecznie leczonych lekami antyretrowirusowymi. Innymi istotnymi czynnikami są zakaźność (wirulencja) szczepu wirusa, przeniesienie nie tylko wolnego wirusa, ale także komórek zakażonych HIV oraz stan układu immunologicznego osoby narażonej na zakażenie. Niekiedy wystarczy pojedynczy kontakt z HIV, czasem zaś liczne ekspozycje mogą nie mieć żadnych następstw.

W czasie zabiegów operacyjnych możliwe jest skaleczenie się ostrym narzędziem medycznym zanieczyszczonym krwią zakażoną HIV. Ale w przypadku zakłucia igłą chirurgiczną, igła przekuwając rękawiczkę lateksową obetrze się z zewnątrz, pozostawiając większość krwi (nawet do 86%¹¹) na rękawiczce. Bardziej niebezpieczne jest zakłucie igłą do iniekcji, szczególnie świeżo używaną u pacjenta zakażonego HIV. Może się wprawdzie obetrzeć o rękawiczkę, ale w swoim świetle zawiera zakażoną krew, która może się dostać do skaleczonego miejsca.

Średnie ryzyko zakażenia w następstwie skaleczenia (zakłucia) narzędziem zanieczyszczonym zakażoną HIV krwią wynosi 0,32%, a wskutek kontaktu błon śluzowych z zakażoną krwią 0,09%.

Znacznie łatwiej (około 10-krotnie) zakazić się HCV, jeszcze łatwiej (około 100-krotnie) – HBV.

Lekarz szczepiony przeciwko zakażeniu HBV, jeśli pracuje tak, by nie zakazić się HCV, na pewno nie zakazi się HIV!

Bezpośrednio po wypadku przy pracy, który mógł spowodować kontakt parenteralny lub błon śluzowych z materiałem zakaźnym wskazane jest, by:

- miejsce zakłucia igłą do iniekcji lub skaleczenia ostrym narzędziem umyć dużą ilością wody z mydłem,
- krew, która dostała się do nosa lub jamy ustnej wypłukać wodą (ale nie alkoholem), a skórę zabrudzoną krwią umyć wodą,
- oko przepłukać czystą wodą lub roztworem fizjologicznym soli.

Nie udowodniono dotąd, by używanie środków antyseptycznych zmniejszyło ryzyko zakażenia drobnoustrojami

przenoszonymi przez krew, ale ich stosowanie nie jest przeciwwskazane¹².

Jeśli istnieje ryzyko zakażenia HIV, wówczas wskazane jest jak najszybsze zgłoszenie się do ośrodka specjalistycznego (ich lista znajduje się na stronie Krajowego Centrum ds. AIDS) w celu wykonania badań i kwalifikacji do profilaktyki poekspozycyjnej z użyciem leków antyretrowirusowych.

W rejestrze zakażeń związanych z wykonywaniem pracy zawodowej w opiece zdrowotnej, prowadzonym przez pierwsze 20 lat trwania epidemii wykazano, że największe ryzyko zakażeń związanych z wykonywaniem obowiązków zawodowych mają osoby najczęściej używające igieł do iniekcji (pielęgniarki, ratownicy medyczni, a w niektórych krajach – pracownicy laboratoriów). Nie ma potwierdzonych zakażeń dotyczących lekarzy wykonujących specjalności zawodowe – chirurgów, ortopedów, ginekologów.

W sytuacji, kiedy istnieje prawdopodobieństwo zakażenia HIV, można zmniejszyć ryzyko jego wystąpienia praktycznie do zera przez przyjmowanie leków antyretrowirusowych (profilaktyka poekspozycyjna), które znacząco zmniejszają ryzyko zakażenia, pod warunkiem, że zaczną być przyjmowane nie później, niż po 48 godzinach od wypadku przy pracy (w przypadku ekspozycji wysokiego ryzyka do 72 godzin – PTN AIDS 2013). Więcej informacji o profilaktyce poekspozycyjnej w przypadku ryzyka zakażenia HIV znaleźć można na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS – www.ptnaids.pl.

Amerykańscy autorzy podkreślają, że pracownikowi opieki medycznej znacznie łatwiej jest nabyć zakażenie HIV w życiu prywatnym, niż podczas wykonywania pracy zawodowej.

Piśmiennictwo:

¹ Niemiec T, Rogowska-Szadkowska D, Wilczyńska A, El Midaoui-Niemiec A. Patogeneza i ryzyko zakażenia HIV u kobiet – przegląd aktualnego piśmiennictwa. *Ginekol Pol* 2009;80:41-46.

² Thorne C, Newell M-L. Mother-to-child transmission of HIV infection and its prevention. *Curr HIV Res* 2003;1:447-62.

³ Mandelbrot L, Le Chenadec J, Berrebi A, et al. Perinatal HIV-1 transmission: interaction between zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the French Perinatal Cohort. *JAMA* 1998;353:1035-9.

⁴ CDC. Recommendations for assisting in the prevention of the perinatal transmission of human T-lymphotropic virus type III/ lymphadenopathy-associated virus and acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR* 1985;34:721-6,731-2.

⁵ Biggar RJ, Pahwa S, Minkoff H, et al. Immunosuppression in pregnant women infected with human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol* 1989;161:1239-44.

⁶ Allegro MB, Dorucci M, Philips AN, et al. Incidence and consequences of pregnancy in women with known duration of HIV infection. Italian Seroconversion Study Group. *Arch Intern Med* 1997;157:2585-90.

⁷ Saada M, Le Chenadec J, Berrebi A, et al., for the SEROGEST and SEROCO Study Groups. Pregnancy and progression to AIDS: results of the French prospective cohorts. *AIDS* 2000;14:2355-60.

⁸ Minkoff H, Hershov R, Watts DH, et al. The relationship of pregnancy to human immunodeficiency virus disease progression. *Am J Obstet Gynecol* 2003;18:552-9.

⁹ Navas-Nacher EL, Read JS, Leighty RM, et al for the Women and Infants Transmission Study Group. Mode of delivery and postpartum HIV-1 disease progression: the Women and Infants Transmission Study. *AIDS* 2006;20:429-36.

¹⁰ Gerberding JL. Does knowledge of human immunodeficiency virus infection decrease the frequency of occupational exposure to blood? *Am J Med* 1991 91(3B):308S-311S.

¹¹ Mast ST, Woolwine JD, Gerberding JL. Efficacy of gloves in reducing blood volumes transferred during stimulated needlestick injury. *J Infect Dis* 1993;168:1589-92.

¹² CDC. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR* 2001;50(RR-11):1-42.

Teksty:**Dorota Rogowska-Szadkowska**

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jacek Gąsiorowski

Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza Wrocławskiego Centrum Zdrowia, Katedra Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Redakcja językowa: Iwona Gąsior, Anna Kaczmarek

Opracowanie graficzne i skład: Dorota Petryk-Niebalska

„(...) uważam broszury: HIV/AIDS dla lekarzy rodzinnych, HIV/AIDS dla pielęgniarek i położnych, HIV/AIDS dla ginekologów oraz ulotkę HIV/AIDS dla lekarzy rodzinnych za bardzo cenne pozycje, które poleciłabym wielu specjalistom, nie tylko bezpośrednim adresatom tych opracowań”.

*Brygida Knysz, dr hab. n. med. prof. nadzw.
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych,
Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych*

„Analizując szereg problemów związanych z zakażeniem HIV można wyróżnić te szczególnie ważne (...): wczesne rozpoznanie infekcji, skierowanie osoby zakażonej do specjalistycznego ośrodka medycznego oraz dochowanie tajemnicy lekarskiej/pielęgniarskiej. Tutaj, najważniejszą rolę odgrywają lekarze pierwszego kontaktu, lekarze ginekolodzy oraz pielęgniarki i położne. (...) Te bardzo potrzebne poradniki powinny znaleźć się w bibliotece każdego pracownika medycznego”.

*Anna Boroń-Kaczmarek, prof. dr hab. n. med.
Śląski Uniwersytet Medyczny
Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Zakaźnych w Bytomiu*



Agenda Ministra Zdrowia

ISBN: 978-83-87068-48-6

**Egzemplarz bezpłatny sfinansowany przez
Krajowe Centrum ds. AIDS ze środków Ministerstwa Zdrowia**

www.aids.gov.pl

Portal edukacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS

www.hiv-aids.edu.pl

Telefon Zaufania HIV/AIDS 22 692 82 26 lub 801 888 448*

*połączenie płatne tylko za pierwszą minutę