

PUBLICAȚIA CURRICULARĂ ÎN VEDEREA SUSȚINERII TEZEI DE DOCTORAT CU TEMA „INFECȚIA HIV LA GRAVIDĂ ȘI MIJLOACE DE PREVENIRE A TRANSMITERII MATERNO-FETALE (TMF)”. NOI PRINCIPII DE TESTARE PENTRU DIAGNOSTICUL INFECȚIEI HIV A GRAVIDELOR

*Curriculum publication for sustaining the doctor thesis
having the subject “HIV infection in pregnant woman and
ways of preventing mother to child transmission (MCT)”.
New testing principles for HIV infection of pregnant women*

Doctorand Dr. Andre Muila

Institutul de Ocrotire a Mamei și Copilului „Alfred Rusescu“

REZUMAT

Riscul de transmitere de la mamă la copil a HIV, fără intervenții, este de 20-45%(1). Dacă mamei i se oferă medicamente antiretrovirale și nu alăptează la sân, riscul poate fi redus semnificativ (la mai puțin de 2%).

Cu opțiunea convențională de testare voluntară și consiliere, o femeie este informată că există un test disponibil, dar că acesta i se va face doar dacă va solicita acest lucru în mod specific.

Un model alternativ este testarea de rutină, în care femeilor li se spune că testul pentru infecția HIV face parte dintre testele standard de îngrijire antenatală, dar că au totuși posibilitatea de a îl refuza.

O a treia posibilitate este aceea a testării obligatorii, în care femeia nu are opțiunea de a alege dacă va fi sau nu testată, ci este obligată prin lege și nu este nevoie de acordul său prealabil.

Numeroase studii au arătat că trecerea de la testarea voluntară la cea de rutină poate îmbunătăți semnificativ numărul de persoane care o acceptă.

Recomandările cele mai recente ale CDC sunt de testare a tuturor femeilor gravide după ce acestea au fost informate că vor face testul ca parte a unui set de teste prenatale, și că acest test nu se va face doar dacă ele refuză în mod specific acest lucru. În plus, pentru efectuarea testării HIV nu sunt necesare alte consimțăminte decât acelea care se practică pentru testele prenatale de rutină.

Introducerea testării de rutină are beneficii evidente, deoarece retragerea statutului special al testării pentru infecția HIV atât în general, cât și în ceea ce privește grupurile speciale cum este cel al gravidelor, ajută semnificativ la creșterea acceptabilității acestuia.

Cuvinte cheie: testare HIV, transmitere materno-fetală, consimțământ

Adresă de corespondență:

Dr. Andre Muila, Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului, Bd. Lacul Tei, Nr. 120, Sector 2, București

email: andremuila@yahoo.com

ABSTRACT

Without any intervention, HIV mother to child transmission rate is 20-45% (1). If the mother is given antiretroviral therapy and doesn't breastfeed, the risk can be reduced significantly (to less than 2%).

With the conventional option of volunteer testing and counselling, a woman is informed that there is a test available, but it will only be performed if she specifically asks for it.

An alternative model is routine testing, in which women are told that the HIV test is part of the standard prenatal testing and that they still have the possibility to refuse it.

A third possibility is that of mandatory testing, where women don't have the possibility to choose whether or not to be tested as they are required by law and there is no need for their previous consent.

A number of studies have shown that switching from volunteer to routine testing can significantly improve the number of people who accept it.

The most recent CDC recommendations favour the testing of all pregnant women after they have been informed that they will have it performed as a part of a prenatal set of tests and that this particular test will not be done only if they specifically refuse to have it. Moreover, for HIV testing there is no additional required consent except those that are used for prenatal routine testing.

Introducing routine testing has obvious benefits because withdrawing the special status of HIV testing both in general and in what the special groups like pregnant women are concerned significantly helps increase its acceptability.

Key words: HIV testing, mother to child transmission, consent

INTRODUCERE

Dintre toate problemele legate de sănătatea globală, puține au avut un impact atât de devastator în vremurile noastre ca HIV/SIDA și puține au fost atât de inegal distribuite în lume.

Conform estimărilor din Raportul UNAIDS din 2008 asupra epidemiei globale de SIDA, în jur de 2 milioane de copii trăiau cu infecție HIV în Africa Subsahariană la sfârșitul anului 2007. Ei reprezintă mai mult de 85% din totalitatea copiilor cu infecție HIV din lume. Vasta majoritate a acestora au fost infectați în timpul sarcinii sau prin alăptarea la sân, ca rezultat al faptului că mamele lor erau infectate cu HIV.

Transmiterea de la mamă la copil a HIV nu este inevitabilă. Fără intervenții, riscul este de 20-45% ca o mamă HIV pozitivă să transmită infecția copilului (1). Dacă mamei i se oferă medicamente antiretrovirale și nu alăptează la sân, riscul poate fi redus semnificativ (la mai puțin de 2%). Totuși, înainte de a se putea lua astfel de măsuri, mama trebuie să cunoască statusul său de infectată HIV, astfel că testarea pentru infecția HIV joacă un rol vital în prevenția transmiterii verticale a virusului.

În 1985, când testarea HIV a devenit disponibilă pentru prima dată, scopul principal era de a proteja sursele de sânge pentru transfuzii, în țările dezvoltate. Nu existau tratamente eficiente, iar consilierea se referea și la faptul că un test pozitiv era o dovadă nesigură de infecție. În următorii doi ani, implicațiile unui test serologic pozitiv pentru HIV au devenit evidente, iar în SUA testarea și consilierea au devenit practici de prevenție adresate persoanelor cu comportamente la risc. Testarea de rutină era recomandată tuturor persoanelor care se adresau sistemelor de sănătate (de exemplu, pentru boli cu transmitere sexuală) (2).

În 1993, recomandările de testare voluntară ale CDC (Center for Disease Control) din SUA s-au extins și la pacienții internați și la cei din clinicile de dispensarizare, inclusiv departamentele de urgență (3). În 1995, după ce a fost demonstrat că transmiterea verticală a infecției HIV este substanțial redusă prin administrarea de zidovudină la femeia gravidă și la nou-născut, a apărut și recomandarea ca toate femeile gravide să fie consiliate și încurajate să facă un test voluntar pentru HIV (4, 5). În 2001, aceste recomandări au suferit unele modificări în sensul sublinierii importanței testării screening de rutină ca parte a îngrijirilor prenatale, simplificării procedurii de consiliere pretestare și a flexibilității consimțământului informat (6). În 2003, CDC a introdus o nouă strategie pentru prevenție în care testarea pentru HIV devenea parte a îngrijirilor medicale ca și alte teste de screening și diagnostice voluntare și se recomandă testarea universală a tuturor femeilor gravide și cu ajutorul testelor rapide în timpul travaliului, dacă mama nu a avut un test prenatal (7). Deși această strategie a condus la creșterea substanțială a numărului de gravide testate, consilierea pretestare și obținerea unui consimțământ informat au fost percepute drept nepotrivite și nefezabile în anumite zone.

OPȚIUNI PENTRU TESTARE

Cu opțiunea convențională de testare voluntară și consiliere, o femeie este informată că există un test disponibil, dar că i se va face doar dacă va solicita acest lucru în mod specific. În general, aceasta înseamnă că numai acele femei care sunt îngrijorate cu privire la infecția HIV (eventual pentru că se consideră ca făcând parte dintr-un grup la risc) vor fi de acord să fie testate. Multe dintre

femei consideră că pur și simplu nu au nevoie de un test, sau că a cere un astfel de lucru va determina personalul medical să facă aprecieri asupra nivelului ei de comportament de risc.

Un model alternativ este testarea de rutină, în care femeilor li se spune că testul pentru infecția HIV face parte din testele standard de îngrijire antenatală, dar că au totuși posibilitatea de a îl refuza. Acest lucru înseamnă că toate femeile fac un test pentru HIV, doar dacă nu precizează în mod specific că nu îl doresc. Ele trebuie să fie informate despre ceea ce reprezintă infecția HIV, pentru ce anume este testul și cum se va desfășura. Orice femeie care primește un rezultat pozitiv va trebui consiliată și i se va administra un tratament potrivit. Studiile au arătat că, în țările în curs de dezvoltare, atunci când femeilor gravide li s-a oferit un test HIV de rutină și consiliere, în jur de 85-95% au fost de acord să îl facă (8,9,10).

O a treia posibilitate este aceea a testării obligatorii, în care femeia nu are opțiunea de a alege dacă va fi sau nu testată, ci este obligată prin lege și nu este nevoie de acordul său prealabil. Singura țară care în prezent caută să facă testarea HIV obligatorie este Singapore. Testarea obligatorie are avantajul că poate preveni transmiterea verticală a infecției HIV prin identificarea tuturor femeilor infectate, dar, pe de altă parte, anulează dreptul femeii de a-și da un acord informat. Acest lucru ar putea avea implicații pentru femeile care nu doresc să cunoască statusul lor HIV (și deci să fie puse în situația de a informa și partenerul) deoarece se tem de repercusiunile asupra lor sau asupra copiilor lor. De asemenea, femeile pot fi descurajate să mai apeleze la sistemele de sănătate, deoarece se tem că statusul lor HIV le va fi adus la cunoștință în mod forțat.

Numeroase studii au arătat că trecerea de la testarea voluntară la cea de rutină poate îmbunătăți semnificativ numărul de persoane care o acceptă. De exemplu, un studiu efectuat în Uganda, într-o clinică rurală, a demonstrat că proporția de femei gravide cu status HIV documentat la externare a crescut de la 39% la 88% după ce a fost introdusă testarea de rutină (11). De asemenea, un studiu similar efectuat în Botswana, după ce în țară a fost introdusă această procedură, a determinat creșterea ratelor de testare de la 75% la 90% (12).

Totuși, în ciuda beneficiilor testării de rutină, există și problema pacientelor care nu se mai întorc în clinică pentru a afla rezultatele, motiv pentru care unele programe includ testarea rapidă. Spre deosebire de testele convenționale, care pot dura

zile sau săptămâni, testele rapide pot da un rezultat în aproximativ 20 de minute, iar acest lucru înseamnă că mai multe femei pot afla statusul lor HIV (13, 14,15). Dar înseamnă și că pacientele au mai puțin timp pentru a lua în considerație implicațiile pe care le poate avea un test pozitiv (16).

Deoarece intervențiile pentru prevenția transmiterii verticale a infecției HIV se pot adresa și trimestrului al treilea de sarcină, travaliului și perioadei postnatale, femeile ar trebui testate în orice moment al prezentării, și, în plus, ar trebui să li se facă o retestare dacă anterior au fost negative pentru cazul în care au contractat infecția mai târziu (17).

Recomandările cele mai recente ale CDC sunt de testare a tuturor femeilor gravide după ce acestea au fost informate că vor face testul ca parte a unui set de teste prenatale și că acest test nu se va face doar dacă ele refuză în mod specific acest lucru. De asemenea, testarea nu se va face fără cunoștința pacientei și numai după ce acesteia i s-au furnizat informații scrise sau orale care să explice infecția HIV, să includă intervențiile care pot reduce riscul de transmitere verticală și înțelesul și implicațiile unui test pozitiv, și numai după ce femeii i s-a oferit posibilitatea de a refuza testarea.

În plus, pentru efectuarea testării HIV, nu sunt necesare alte consimțăminte decât acelea care se practică pentru testele prenatale de rutină.

Aceeași sursă mai recomandă și ca oricărei femei cu status HIV necunoscut în timpul travaliului să i se facă un test rapid, doar dacă nu refuză, iar inițierea terapiei antiretrovirale să fie imediată, fără a mai aștepta rezultatele unui test de confirmare (18).

În situația în care statusul mamei este necunoscut în perioada postpartum, se recomandă efectuarea testului rapid, doar dacă pacienta nu refuză, iar dacă aceasta refuză, testul rapid se va face nou-născutului pentru a se putea institui profilaxia transmiterii verticale a infecției HIV. În plus, pacienta va fi informată că prezența anticorpilor la copil înseamnă că mama este infectată.

Testul HIV se va repeta în trimestrul al treilea în acele zone cu incidență ridicată a infecției HIV/SIDA și la femeile care primesc îngrijiri medicale în unități sanitare cu cel puțin un caz de infecție HIV diagnosticat la 1.000 de femei gravide pe an.

Importanța testărilor la gravidă în cadrul programelor de prevenție a transmiterii materno-fetale rezidă și în faptul că nou-născutul din mamă cu status HIV cunoscut poate fi tratat în consecință, în raport cu existența sau lipsa infecției.

Determinarea statusului HIV al copiilor expuși în timpul sarcinii, travaliului sau prin alăptare la sân este un aspect foarte important al prevenției transmiterii materno-fetale a HIV.

Conform recomandărilor OMS, testarea pentru infecția HIV ar trebui recomandată tuturor pacienților născuți din mame HIV-pozitive ca o componentă de rutină a îngrijirii acestora.

Deoarece progresia este rapidă la copiii cu imunodeficiență, iar semnele clinice sunt nespecifice, testarea ar trebui recomandată și pentru copiii care se prezintă cu deficit ponderal sau cu malnutriție refractară la terapia nutrițională.

CONCLUZII

Eradicarea HIV/SIDA în Africa este o sarcină pe termen lung care necesită eforturi susținute și planificare – atât în interiorul țărilor africane, cât și din partea comunității internaționale, iar unul dintre elementele cele mai importante este prevenția noilor infecții. În acest sens, introducerea testării de rutină are beneficii evidente, deoarece retragerea statutului special al testării pentru infecția HIV atât în general, cât și în ceea ce privește grupurile speciale cum este cel al gravidelor, ajută semnificativ la creșterea acceptabilității acestuia.

BIBLIOGRAFIE

1. **De Cock K.M. et al** (March 2000), "Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice", *JAMA* 283(9)
2. **CDC**. Public Health Service guidelines for counseling and antibody testing to prevent HIV infection and AIDS. *MMWR* 1987;36:509–15.
3. **CDC**. Recommendations for HIV testing services for inpatients and outpatients in acute-care hospital settings. *MMWR* 1993;42(No. RR-2): 1–10.
4. **Connor EM, Sealing RS, Gelber R, et al**. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994;221:1173–80.
5. **CDC**. U.S. Public Health Service recommendations for human immunodeficiency virus counseling and voluntary testing for pregnant women. *MMWR* 1995;44(No. RR-7).
6. **CDC**. Revised recommendations for HIV screening of pregnant women. *MMWR* 2001;50(No. RR-19):63–85.
7. **CDC**. HIV testing among pregnant women—United States and Canada, 1998–2001. *MMWR* 2002;51:1013–6.
8. **Schuman, Paula et al**. "Voluntary HIV Counseling and Testing of Pregnant Women -- An Assessment of Compliance With Michigan Public Health Statutes", *Medscape General Medicine*, 16 June 2004, Vol. 6 No. 2
9. **Simpson, Wendy M**. "Antinatal HIV Testing: Assessment of a routine voluntary approach", *BMJ*, 19 June 1999, Vol. 318 No. 7199
10. **Bitnun, Ari et al**. "Failure to prevent perinatal HIV infection", *Canadian Medical Association Journal*, 02 April 2002; Vol. 166 No. 7
11. **Homsy et al** (June 2006), "Routine intrapartum HIV counseling and testing for prevention of mother-to-child transmission of HIV in a rural Ugandan hospital", *JAIDS* 42(2)
12. **CDC** (26 November 2004), "Introduction of Routine HIV Testing in Prenatal Care --- Botswana, 2004", *MMWR* 53(46)
13. **Malonza I.M. et al** (3 January 2003), "The effect of rapid HIV-1 testing on uptake of perinatal HIV-1 interventions: a randomized clinical trial", *AIDS* 17(1)
14. **Bulterys M. et al** (28 February 2002), "Advances in the prevention of mother-to-child HIV-1 transmission: current issues, future challenges", *AIDS Science* 2(4)
15. **Wilfert C.** (13 August 2006), "Site Specific Factors Influencing Access to PMTCT Services, Trends with Time, and Suggestions for Improvement", XVI International AIDS Conference
16. **USAID** (2 April 2003), "Women's Experiences with HIV Serodisclosure in Africa: Implications for VCT and PMTCT" [PDF]
17. **Lu L et al** (2009), "HIV incidence in pregnancy and in the first postpartum year and implications for PMTCT programs: Francistown, Botswana", CDC
18. **Public Health Service Task Force**. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. Available at <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/PerinatalGL.pdf>.
19. **Bernard M. Branson, H. Hunter Handsfield, Margaret A. Lampe, Robert S. Janssen, Allan W. Taylor, Sheryl B. Lyss, Jill E. Clark**. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings, *CDC* 2009.