

INFECȚIA HIV/SIDA LA COPIL – O PROBLEMĂ SPECIALĂ

HIV/AIDS in childhood – a special case

**Miorița Toader¹, Daniela Neacșu², Alina Oprea¹, Andreea Șerbănică¹,
Mircea Drăghici³, Viorel Mitrea⁴, Corneliu Toader⁵**

¹*Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu”, București*

²*Institutul Național de Geriatrie și Gerontologie „Ana Aslan”, București*

³*Dentirad Hospital Ploiești*

⁴*CMI ORL Galați*

⁵*Institutul Național de Neurologie și Boli Neurovasculare București*

REZUMAT

Infecția HIV pediatrică reprezintă o patologie cu care se confruntă în prezent un număr mare de medici specialiști precum: neonatologi, pediatri, medici de familie, oncologi, otorinolaringologi, farmaciști, pediatri infecționiști etc.

Implicarea epidemiologilor, a asistentelor medicale, a asistenților sociali, a sociologilor, a grupurilor de suport, implicându-i chiar și pe politicieni, este imperios necesară, esențială, pentru că diagnosticul, managementul și prevenția infecției HIV impun concentrarea atât asupra mamelor, cât și asupra familiilor în cadrul disfuncțiilor sociale și a sărăciei.

Problemele sociale cu care un copil infectat cu HIV se confruntă sunt aproape întotdeauna covârșitoare: consumul de droguri, discriminarea minorității persoanelor infectate HIV, sărăcia, accesul dificil la serviciile medicale corespunzătoare, dezbinarea familiei atunci când statusul HIV al unui membru al familiei este aflat de către ceilalți, precum și violența domestică, sunt importante de luat în calcul.

Țări precum România trebuie să învețe ceea ce este bun și ceea ce este rău despre epidemia SIDA din SUA și din Europa de Vest pentru a nu mai repeta greșelile acestora și în același timp să redescopere principiile general valabile și astăzi.

Cuvinte cheie: SIDA, HIV, copil, problemă specială

ABSTRACT

HIV pediatric pathology is currently facing a large number of specialists such as neonatologists, pediatricians, family physicians, oncologists, otorhinolaryngologists, pharmacists, pediatric infectious disease, etc.

The involvement of epidemiologists, nurses, social workers, sociologists, support groups together not by politicians is imperative, essential for the diagnosis, management and prevention of HIV infection require focusing on mothers of children and families within dysfunctions social and poverty.

Social problems that a child infected with HIV face are almost always overwhelming: drug abuse, discrimination against minority people living with HIV, poverty, poor access to adequate medical services, family breaking when the HIV status of a family member is learned by and other domestic violence, are important to consider.

Countries like Romania must learn what is good and what is bad about the AIDS epidemic in the US and Western Europe not to repeat their mistakes and at the same time to rediscover principles generally available today.

Keywords: AIDS, HIV, child, special problem

INTRODUCERE

HIV produce una dintre bolile cronice ce afectează mai mulți membri ai unei singure familii. Este necesară o cooperare fără precedent între diverse discipline medicale pentru a putea furniza servicii medicale persoanelor cu HIV. O bună colaborare între specialiști, între organizații guvernamentale și organizații neguvernamentale este imperios necesară pentru a face să funcționeze în condiții bune sistemul de asistare a persoanelor care sunt diagnosticate cu HIV/SIDA (1).

Educația și instruirea sunt imperative pentru personalul medical în ceea ce privește teama neîntemeiată de a se infecta cu HIV în urma contactului cu acești pacienți în timpul exercitării profesiei. Informarea în scop educativ este imperios necesară adulților și adolescenților activi din punct de vedere sexual (2). Aceștia trebuie să fie responsabilizați, să conștientizeze pericolul atât de a se infecta, cât și de a deveni transmițători ai virusului HIV, să poată lua decizii înțelepte ca urmare a informațiilor corecte, precise despre epidemiologia infecției cu HIV și să apeleze la toate mijloacele de protecție necesare (1,2).

Infecția cu *Pneumocystis carinii* este o infecție oportunistă în SIDA, fatală pentru copiii aflați în primul an de viață. Beneficiază de chimioprofilaxie, care este foarte eficientă și foarte ieftină (1,3). Dar pentru obținerea unor astfel de rezultate trebuie făcută identificarea corectă și precoce a copiilor infectați. Anamneza foarte amănunțită, precum și examinarea foarte atentă a persoanelor născute în perioada 1987-1990 ne aduc informații prețioase.

Majoritatea persoanelor cu HIV/SIDA din țara noastră au fost născute în acea perioadă și provin din mame ce nu erau infectate. Riscul de infecție cu HIV prin transmitere materno-fetală este astăzi o realitate. Cei mai mulți copii au fost, se pare, infectați în perioada anilor 1980 în spitale prin intermediul transfuziilor cu sânge netestat HIV, prin reutilizarea acelor de seringă

sau datorită sterilizării defectuoase a acestora (3,4). Practicarea în acea perioadă a transfuziilor la copii cu această indicație explică incidența mare a infecției HIV, mai ales în rândul copiilor abandonati la naștere sau al celor proveniți dintr-un mediu familial cu posibilități materiale foarte scăzute (4).

La începutul anului 1990 peste 50% din copiii seropozitivi din Europa trăiau în România. Ulterior, după anumite statistici, cele mai multe persoane care trăiesc în România cu HIV/SIDA sunt adulte. România are un program național operațional de luptă anti-SIDA fiind reorganizat sistemul de supraveghere, raportare, prevenire și monitorizare de către Comisia de specialitate a Ministerului Sănătății (3,4).

Organizația Națiunilor Unite a recunoscut eficiența strategiei naționale prin programul de prevenire a infecției HIV, de tratare și monitorizare a persoanelor infectate și în același timp și eforturile financiare cu scopul oferirii unui acces egal, fără discriminare la un tratament specific și adecvat (5).

America de Nord și Europa de Vest au avut conducerea în „primul val“ al epidemiei HIV (6). România a avut ocazia să învețe din experiența țărilor implicate în „primul val“ și a putut să dezvolte direcții de acțiune ce au fost ulterior aplicate și de către alte țări aflate în tranziție și de cele în curs de dezvoltare în care HIV afectează starea de sănătate, dar și bunăstarea oamenilor (4).

Atunci când resursele unei țări sunt limitate, prevenția are o maximă importanță.

Pentru o țară în curs de dezvoltare, resursele trebuie folosite cu multă înțelepciune și, în funcție de priorități, ele să fie alocate acolo unde valorificarea are loc la maximum (7).

Eforturi suplimentare vor trebui făcute întotdeauna pentru a limita infecția cu HIV. Acestea sunt totuși foarte costisitoare și au efect pe termen lung de cele mai multe ori (7).

Problemele cu care s-a confruntat România au fost și sunt semnificativ diferite de cele cu care s-au confruntat țările din „primul val“ al

epidemiei. Aceasta a fost o ocazie unică de a caracteriza mai bine epidemia SIDA prin cercetări epidemiologice și clinice atent conduse cu scopul de a caracteriza mai bine epidemia SIDA (8).

Caracterizarea complicațiilor medicale, psihologice și socio-economice a fost posibilă numai prin investigarea atentă a fenomenului HIV, a manifestărilor sale în rândul populației. De experiența României pot beneficia și alte țări în curs de dezvoltare, dar și generațiile viitoare din țara noastră (8,9).

Primele cazuri de SIDA la copii au fost raportate în 1982 în SUA (10). În România, primul caz de SIDA la adult a fost raportat în anul 1985 și după 2 ani a fost raportat primul caz de infecție HIV la copil (8,9).

ETIOLOGIE

Agentul etiologic este un Retrovirus descoperit în anul 1983 de către Luc Montagnier, de la Institutul Pasteur din Paris și confirmat peste un an în SUA de către Robert Gallo (11). Numele de retrovirus se datorează replicării virale în sens invers, de la ARN (acid ribonucleic) la ADN (acid dezoxiribonucleic), datorită unei enzime RT (revers-transcriptază) ce are rolul de a transmite în sensul „retro” informația genetică (2,3,11). HIV face parte dintr-o subfamilie a Retrovirus numită Lentivirus deoarece determină o boală cronică (5).

Trebuie să facem diferența între infecția cu HIV, care poate fi o perioadă mare asimptomatică, și boala propriu-zisă care are un debut polymorf: digestiv, cu poliadenopatii, debut pseudogripal etc., ulterior cu manifestări datorate suprainfectării masive cu microbi oportuniști și cu un sfârșit letal, ceea ce reprezintă evoluția naturală a bolii (12).

CĂILE DE TRANSMITERE A INFECȚIEI

La copil căile de transmitere a infecției sunt în număr de două:

1. *Calea verticală* – transmiterea virusului de la mamă infectată la copil ante-, intra- și postpartum prin laptele matern, mai ales prin colostru. Reprezintă aproximativ 12-30% din totalul cazurilor, cu risc de aproximativ 25% dintre cazuri pentru produsul de concepție. Unele studii arată că numai 10% dintre infecțiile „verticale” au loc intrauterin și 60% se produc intranatal (13).
2. *Calea orizontală* – prin transfuzii de sânge infectat, mai ales la cei cu hemofilie sau la alte categorii de copii care fac transfuzii repetate sau prin instrumentarul nesterilizat folosit pentru diferite manevre medico-chirurgicale. Anterior anului 1990, această cale de transmitere a avut un rol covârșitor în România, marcând o remarcabilă scădere ca urmare a măsurilor extrem de severe luate la momentul respectiv și menținute în continuare (9,12); sau pe *cale sexuală* – rară la adolescenți și la adolescente, dar care are totuși o tendință de ușoară creștere.

Virusul este extrem de fragil în mediul ambiant, iar pentru a se reproduce este obligatoriu să pătrundă în interiorul sistemului imunitar, acest lucru întâmplându-se cel mai frecvent pe cale sanguină. Din punct de vedere epidemiologic, HIV nu se transmite prin simpla conviețuire cu persoane infectate, în relațiile școlare, la joacă, prin folosirea în comun a jucăriilor, strânsul mâinii, îmbrățișări, alimente, veselă, băuturi, tacâmuri, sala de baie, înțepături de insecte, produse biologice, expunere la urină, fecale, vărsături, cu excepția celor care au un conținut sanghinolent (12, 14, 15).

Riscul de infectare profesională există, dar el nu trebuie supraestimat (15).

Pe viitor, prin creșterea calității asistenței materno-infantile, se impune să se realizeze în paralel o descreștere a numărului de cazuri transmise pe cale verticală.

TRANSMITEREA VERTICALĂ

În România nu se cunoaște cu exactitate cât de extinsă este transmiterea materno-fetală a infecției cu HIV. Din cauza posibilităților limitate de diagnosticare a infecției la nou-născut în anii '90, cât și a lipsei unui program de identificare a femeilor infectate în aceeași perioadă, au limitat foarte mult statisticile în acest domeniu (3,5).

Creșterea cazurilor de HIV în rândul adulților și al tinerilor a făcut să se întrevadă creșterea riscului de transmitere verticală (12). Momentul transmiterii HIV la copil este variabil. Studiile efectuate asupra placentei și a țesuturilor embrionare arată că HIV la copil poate fi transmis în timpul gestației în procent de 10.

Prezența HIV în cordonul ombilical al nou-născutului sugerează că transmiterea poate avea loc înainte de naștere. Dar, cel mai probabil, în majoritatea cazurilor transmiterea are loc în timpul travaliului, în procent de 70-80% după unele statistici. Transmiterea HIV la copil are loc în timpul travaliului și al nașterii prin contactul cu secrețiile genitale și cu sângele matern ce conține HIV (11,12).

În majoritatea cazurilor, infecția cu HIV la copil poate fi detectată la 2-3 luni de la naștere, fapt ce sugerează că transmiterea are loc în timpul travaliului și al nașterii.

HIV a fost identificat în laptele matern și în colostru. Alăptarea este asociată cu un risc de infecție a copilului în procent de 4-12 (9).

Transmiterea materno-fetală asociază următorii factori de risc:

- stadiul afecțiunii materne;
- încărcătura virală mare a femeii gravide;
- absența anticorpilor neutralizanți;
- infecția placentară sau infecția membranelor;
- timpul scurs de la ruperea membranelor și până la naștere;
- travaliul prelungit;
- modalitatea în care are loc nașterea;
- expunerea la sângele matern;
- procedurile invazive din timpul travaliului și din timpul nașterii;
- alăptarea la sân (9,15).

Strategii pentru prevenirea transmiterii materno-fetale a HIV

Dezideratul politicii sanitare a oricărui stat este prevenirea infecției materno-fetale din dorința de a avea o populație tânără, sănătoasă. Suportul din partea statului pentru familiile cu copil bolnav este foarte important, incluziunea socială a persoanelor infectate fiind încă o problemă (2).

Prevenirea transmiterii materno-fetale presupune identificarea cât mai precoce a copilului expus riscului de infecție, prin identificarea femeii HIV pozitive înaintea concepției fătului sau în timpul sarcinii (12,14).

Este obligatorie testarea și consilierea femeilor cu HIV pentru asigurarea propriei sănătăți, dar și pentru a avea succes deplin în îngrijirile acordate nou-născutului expus la riscul de infecție (9,16).

BIBLIOGRAFIE

1. **Zeichner S.L., Read J.S.**, Handbook of Pediatric HIV Care, Lippincott, Williams & Wilkins, London, 1999
2. **Bartlett J.G., Gallant J.E.**, Medical Management of HIV infection, 2001
3. **Bulucea D., Cupsa A., Gheonea C.**, Sindromul imunodeficienței dobândite (SIDA) la copil. Tratat de Pediatrie, Editura Medicală, București 2001
4. **Ciofu E., Ciofu C.**, Pediatrie – tratat, Ediția I, Editura Medicală, București, 2001
5. **Wilfert C.M., Wilson C., Luzuriaga K., Epstein L.**, Pathogenesis of pediatric human immunodeficiency virus type 1 infection, *J. Infect. Dis.*, 1994
6. **Tovo P., de Martino M., Gabiano C., et al.** Prognostic factors and survival in children with perinatal HIV infection, *Lancet*, 1992
7. **Langston C., Cooper E.R., Goldfarb J., et al.** Human Immunodeficiency Virus-Related Mortality in Infants and Children: Data From the Pediatric Pulmonary and Cardiovascular Complications of Vertically Transmitted HIV (P2C2) Study. *Pediatrics*. 2001;107(2):328-338

8. **Benea E.O., Streinu Cercel A.**, Managementul bolnavului cu infecție HIV, Institutul de Boli Infecțioase, Prof. Dr. Matei Balș, București, 2001
9. **Petrea S., Chirilă O.**, Ghid de consiliere în infecția HIV/SIDA. Practici și proceduri, 2001
10. **Temple M.E., Koranyi K.I., Nahata M.C.**, Lipodystrophy in HIV-infected pediatric patient receiving protease inhibitors, 2003
11. **Loubeyre U., Gautier A., Vauzelle Gautier C., Champart A.M.**, Antiretroviral agents and pregnancy, 2001
12. Ghid de prevenire a transmiterii HIV în practica medicală, București, 2002
13. **Thomas S.L., Newel M.L., Pechman C.S., Ades A.E., Hall A.J.**, A review vertical transmission, risks of transmission to infants born to mothers with and without HCV viraemia or human immunodeficiency virus infection, *Int. J. Epidemiol.*, 1998
14. **Lambert J.S., Nogueira S.A.**, Manual for the Care of HIV Infected Children, Rio de Janeiro, 2001
15. **Giaquinto C., Rampon O., Perea S.**, Childcare and Pediatrics CME, MED_KEIK&RAA, Padova, 2001
16. **Culnane M., Fowler M., Lee S.S., McSherry G., Brady M., et al**, Lack of long term effects of in utero exposure to zidovudine among uninfected children born to HIV-infected women, *JAMA*, 1999