

GIUGNO 2004

nadir

# HIV E GRAVIDANZA

SALUTE  
della DONNA  
e del BAMBINO



Introduzione/La salute della madre è importante anche per il bambino/Pianificare la gravidanza/Cura prenatale/Trattamento antiretrovirale/Scelte per il parto/Dopo la nascita del bambino

# INDICE

- .: PREFAZIONE pag 4
- .: INTRODUZIONE pag 5
- .: UNA MADRE IN BUONA SALUTE  
È LA COSA MIGLIORE PER IL BAMBINO pag 10
- .: PIANIFICARE LA GRAVIDANZA pag 11
- .: CURA PRENATALE E TRATTAMENTO ANTI-HIV pag 15
- .: FARMACI ANTI-HIV DURANTE LA GRAVIDANZA pag 17
- .: TEST DI RESISTENZA E ALTRI ESAMI ESSENZIALI IN GRAVIDANZA pag 20
- .: FARMACI ANTIRETROVIRALI E SALUTE DEL BAMBINO pag 22
- .: SCELTE PER IL PARTO pag 23
- .: DOPO LA NASCITA DEL BAMBINO pag 25
- .: CONSIGLI pag 27
- .: STRUMENTI PER IL SUPPORTO DELL'ADERENZA pag 28

## PREFAZIONE

Questa pubblicazione affronta l'importante tema "HIV e Gravidanza - Salute della Donna e del Bambino". Nadir ONLUS ha ritenuto opportuno proporre questo testo divulgativo, ma allo stesso tempo esauriente, in quanto una delle finalità dell'associazione è mettere le persone con HIV nelle condizioni di essere informati e preparati all'impatto e alla complessità della terapia. In particolare, una donna informata e consapevole sarà sicuramente in grado di effettuare le scelte più corrette per la sua vita, nel particolare momento della gravidanza. L'idea è dunque far sì che le persone, in generale, affrontino con più sicurezza e serenità momenti della vita di non facile gestione della propria salute e della propria esistenza.

Nadir ONLUS - HIV Treatment Group - ha tratto la pubblicazione da materiale prodotto dall'associazione no-profit inglese HIV i-Base. Ne ha poi fatto una traduzione, un adattamento ed un aggiornamento, con il criterio di renderla fruibile in Italia. Il testo originale era intitolato: "HIV Pregnancy and Women's Health".

Ringraziamo HIV i-Base per la gentile concessione. La grafica è a cura dell'associazione Nadir ONLUS.

**Per avere accesso a tutte le pubblicazioni di Nadir ONLUS, puoi facilmente collegarti al nostro sito internet <http://www.nadironlus.org> e scaricarle in formato PDF.**

Nel caso tu stia considerando di iniziare una gravidanza, o tu l'abbia già iniziata, questo opuscolo vuole aiutarti a trarre il meglio dal tuo trattamento antiretrovirale. Speriamo che le informazioni che troverai possano aiutarti in ogni fase: prima, durante e dopo il parto. Questo testo potrebbe essere di aiuto anche a chi non è in terapia: ci auguriamo contenga informazioni utili per la tua salute e per la salute del tuo bambino.

## Se hai saputo da poco tempo di essere sieropositiva ...

Ti potrebbe capitare di leggere questo opuscolo mentre stai attraversando un momento molto difficile. Scoprire di aspettare un bambino, e ricevere allo stesso tempo la diagnosi di sieropositività, ti potrebbe infatti gettare nello sconforto. Per quanto tu possa sentirti male ora, le cose, pian piano, con il passare del tempo, miglioreranno. Questa potrebbe essere addirittura la prima volta che ti stai informando sull'HIV: sia la gravidanza, sia l'HIV, richiedono l'apprendimento di nuovi termini e di nuovi concetti. Comprendere quanti passi avanti sono stati compiuti nel trattamento dell'infezione da HIV è certamente rassicurante. Questo è particolarmente vero se si parla di gravidanza e/o di trasmissione materno-fetale.

Ci sono moltissime associazioni, servizi, persone ed altre fonti di informazione, in grado di aiutarti. E' molto probabile che già dai prossimi mesi diventerai sempre più capace di far fronte alla situazione. In seguito troverai alcuni contatti ai quali poter far riferimento nel caso tu ne avessi necessità. Le informazioni che riceverai potrebbero essere diverse da quelle che generalmente si danno alle donne in gravidanza. Riguarderanno l'assunzione di alcuni farmaci, il taglio cesareo e alcune norme relative al periodo dell'allattamento. Queste sono tutte modalità necessarie a prevenire la trasmissione dell'infezione da HIV al tuo bambino. Nella maggior parte dei casi trascorrono molti anni dalla diagnosi di sieropositività al giorno in cui sarà necessario iniziare il trattamento. Ciò non è sempre vero quando l'infezione da HIV viene diagnosticata contemporaneamente alla notizia di gravidanza, e in questo momento potresti essere chiamata a prendere, in tempi molto rapidi, decisioni anche difficili.

**Ricorda che, prima di prendere la decisione finale, qualunque essa sia, è importante comprendere a fondo le informazioni che ricevi, e quindi:**

- ∴ fai tutte le domande necessarie e chiedi che ti vengano date risposte esaurienti, complete e comprensibili;
- ∴ se ti senti insicura e confusa, fatti accompagnare agli

appuntamento dal tuo partner, oppure da un amica/o;

- ∴ cerca di parlare con altre donne che hanno avuto la tua stessa esperienza.

**Le decisioni che prenderai rispetto alla gravidanza sono del tutto personali. Le sole decisioni 'giuste' sono quelle che prendi in piena autonomia e consapevolezza. Avere a disposizione tutte le informazioni necessarie, confrontarti con l'esperienza di altre donne, ti permetterà di fare una scelta informata e consapevole.**

## Le donne sieropositive possono diventare mamme senza mettere a rischio il bambino?

La risposta è sì, e non esiste alcuna ragione per la quale una donna sieropositiva dovrebbe negarsi una gravidanza, qualora la desideri. E' importante ricordare che le persone sieropositive usano combinazioni di tre o più farmaci antiretrovirali (terapia antiretrovirale potente o HAART) dalla fine degli anni '90. La terapia HAART ha avuto un impatto straordinario sulla salute delle donne sieropositive e si è dimostrata estremamente efficace nel ridurre la trasmissione materno-fetale. La vita delle persone sieropositive è cambiata radicalmente: molte donne sieropositive hanno ripreso a fare progetti a lungo termine per il futuro, tra cui quello di avere un bambino.

## Il trattamento antiretrovirale proteggerà il mio bambino?

I vantaggi del trattamento non riguardano solamente la tua salute di donna. Trattare (cioè assumere farmaci) l'infezione da HIV può ridurre in modo significativo la probabilità di trasmettere l'infezione al tuo bambino.

- ∴ Terapia combinata o Terapia Antiretrovirale Altamente Attiva (Highly Active Antiretroviral Treatment, HAART) sono termini che indicano l'uso contemporaneo di almeno tre farmaci antiretrovirali.
- ∴ I farmaci anti-HIV non sono efficaci se usati individualmente (monoterapia), ma sono molto efficaci se usati in associazione tra loro.
- ∴ Potrai trovare maggiori informazioni nell'opuscolo "Introduzione alla Terapia di Combinazione" consultabile al seguente indirizzo internet:  
<http://www.nadironlus.org/download/combo.pdf>

## Come avviene la trasmissione dell'HIV dalla madre al bambino?

In assenza di trattamento antiretrovirale e con l'allattamento al seno, circa il 30% dei bambini nati da madri sieropositive si infetta.

Una probabilità di trasmissione su tre è certamente un dato preoccupante, specialmente se si considera che **i farmaci attualmente a nostra disposizione, il parto cesareo e l'allattamento artificiale possono ridurre in modo significativo il rischio di infezione.**

Come avvenga esattamente la trasmissione tra madre e bambino non è ancora del tutto chiaro, ma molte evidenze indicano che la maggior parte delle trasmissioni avviene durante il travaglio e/o il parto, oppure durante l'allattamento al seno.

Diversi fattori di rischio sembrano rendere più probabile la trasmissione durante il travaglio, ma il fattore maggiormente associato ad un significativo aumento del rischio di trasmissione del virus è la carica virale della madre.

Per tale ragione, come per ogni altra persona sieropositiva in trattamento, l'obiettivo principale della terapia rimane quello della soppressione della carica virale sotto il livello rilevabile.

**Ciò è particolarmente importante al momento del parto.**

**Il periodo che intercorre tra il momento in cui si rompono le acque ed il parto vero e proprio è uno dei periodi a più elevato rischio per la trasmissione.**

**Altri fattori di rischio includono il basso numero di CD4 della madre, la nascita prematura e la mancanza di cure perinatali.**

∴ La salute della madre (ed in particolare la carica virale ed il numero dei CD4) è direttamente associata alla probabilità di trasmettere l'infezione al bambino.

∴ Il fatto che il padre sia sieropositivo non influisce sulla possibile sieropositività del bambino.

∴ Lo stato sierologico del tuo ultimo figlio/a non ha alcuna relazione con la probabilità che il tuo prossimo figlio/a nasca sieropositivo/a, se stai assumendo una terapia antiretrovirale.

## Alle donne in gravidanza viene sempre offerto il test HIV?

A tutte le donne in gravidanza dovrebbe essere offerto il test HIV. Ci sono molte buone ragioni per sottoporsi al test HIV in corso di gravidanza. Il test ti permetterà di avere maggiori informazioni sulla tua salute e, se necessario, iniziare il trattamento.

Ma la cosa più importante è che, sapendo di essere sieropositiva, è possibile proteggere il proprio bambino dall'infezione da HIV.

La **trasmissione del virus** avviene quando il virus HIV passa da una persona ad un'altra. Se la trasmissione avviene tra madre e bambino si parla di trasmissione materno fetale (Mother To Child Transmission, MTCT), trasmissione perinatale oppure trasmissione verticale.

### Il test della carica virale:

∴ Misura la quantità di virus circolante nel sangue e si misura in copie/ml.

∴ E' uno dei modi per misurare il rischio di progressione dell'infezione.

∴ Fornisce anche una misura teorica del rischio di trasmissione del virus.

∴ L'obiettivo del trattamento antiretrovirale è ridurre la carica virale sotto il limite rilevabile, che, solitamente, è di 50 copie/ml.

∴ Se alla nascita del bambino la carica virale della madre non è rilevabile, la probabilità di trasmissione materno-fetale è bassa, anche se non del tutto assente.

### Resistenza

∴ Se utilizzate un solo farmaco (monoterapia), o una combinazione che non è in grado di ridurre la replicazione virale sotto il limite rilevabile, il virus può diventare resistente ad uno o più farmaci.

∴ Se siete resistenti a uno o più farmaci la loro efficacia potrebbe essere ridotta sino a scomparire del tutto.

∴ Per evitare le resistenze è necessario assumere una combinazione di almeno tre farmaci antiretrovirali.

∴ E' particolarmente importante evitare le resistenze in corso di gravidanza.

## In che modo i farmaci anti-HIV proteggono il tuo bambino?

La drastica riduzione della trasmissione materno-fetale è stata uno dei più importanti successi associati al trattamento antiretrovirale.

PACTG 076 è il nome di un famoso studio, condotto in collaborazione tra Stati Uniti e Francia. Si tratta del primo studio che ha dimostrato che l'AZT (zidovudina) assunto in gravidanza è in grado di ridurre il tasso di trasmissione al bambino.

Le donne che hanno partecipato allo studio assumevano AZT durante la gravidanza e durante il travaglio. Il bambino riceveva AZT nelle sei settimane successive al parto. Lo studio dimostrò che ciò riduceva il rischio di trasmissione dal 25% all'8%.

Dal 1994 questa è stata la strategia raccomandata per tutte le donne sieropositive in gravidanza.

Tuttavia, negli ultimi anni, sono stati fatti ulteriori passi avanti e al giorno d'oggi il rischio di trasmissione materno-fetale è inferiore all'1%, nel caso in cui la terapia antiretrovirale si associ al parto cesareo elettivo e all'allattamento artificiale.

∴ Le **cellule CD4** sono un tipo particolare di globuli bianchi che aiutano il nostro organismo a combattere le infezioni. Sono le cellule che il virus HIV attacca e che quindi utilizza per riprodursi ed infettare altre cellule.

∴ La conta delle cellule CD4 è il numero di cellule presenti in un millimetro cubo (mm<sup>3</sup>) di sangue. La conta delle cellule CD4 è una delle misure che definiscono la progressione verso la malattia.

∴ La conta delle cellule CD4 varia da persona a persona, ma in un adulto HIV negativo è normalmente compresa tra le 400 e le 1400 cellule/mm<sup>3</sup>. Alcuni fattori, come la stanchezza, alcune malattie, o la stessa gravidanza, possono causare una temporanea riduzione delle cellule CD4.

∴ Un numero di cellule CD4 di 200 cellule/mm<sup>3</sup> viene considerato come livello di guardia oltre il quale (verso il basso) è assolutamente necessario iniziare il trattamento antiretrovirale, ma generalmente si raccomanda di iniziare prima di raggiungere questo limite. Con un numero di cellule CD4 inferiore alle 200 cellule/mm<sup>3</sup> l'organismo è molto più esposto alle infezioni.

L'AZT è tuttora l'unico farmaco registrato per l'uso in gravidanza. Per tale ragione alcuni medici preferiscono che l'AZT faccia sempre parte della combinazione di farmaci che la donna assume in gravidanza.

**Se sei resistente all'AZT questo farmaco non dovrebbe essere utilizzato.**

Alcune donne potrebbero avere difficoltà a gestire gli effetti collaterali associati all'AZT, oppure essere già in trattamento con una combinazione che sta funzionando. In questi casi una combinazione senza AZT potrebbe andar bene ugualmente: le percentuali di trasmissione associate alle combinazioni contenenti AZT sono sostanzialmente identiche a quelle associate a qualsiasi altra combinazione efficace. Anche in questo caso vale la regola secondo la quale "ciò che è bene per la mamma, è bene anche per il bambino".

Nonostante gli enormi progressi compiuti negli ultimi anni, l'uso della terapia combinata durante la gravidanza è ancora in corso di valutazione e molte questioni rimangono aperte e non risolte. Esistono alcuni farmaci (ad esempio efavirenz) e/o combinazioni di antiretrovirali (ad esempio stavudina e didanosina) che sono controindicate in gravidanza. Pertanto, se stai assumendo questi farmaci, sarà importante che tu discuta con la tua équipe sanitaria di riferimento se e come modificare la terapia. Tale discussione dovrebbe includere le possibili conseguenze a lungo termine dovute all'impiego di questi farmaci.



## Assumere farmaci antiretrovirali durante la gravidanza è sicuro?

Anche se il consiglio che generalmente viene dato a tutte le donne in gravidanza è di limitare al massimo l'assunzione di farmaci durante il periodo prenatale, assumere o meno il trattamento antiretrovirale in gravidanza è una questione diversa.

Nel corso della visita prenatale, tu e il tuo medico valuterete i pro e i contro associati all'inizio, o alla prosecuzione, del trattamento antiretrovirale, sia per quel che riguarda te, sia per quel che riguarda il tuo bambino.

Nessun farmaco è completamente sicuro in gravidanza e, nel caso degli antiretrovirali, sono stati segnalati rarissimi casi di danno al feto.

Viceversa, sono decine di migliaia le donne sieropositive che hanno già assunto una terapia combinata in corso di gravidanza, senza alcuna conseguenza per i loro bambini.

**L'assunzione della terapia antiretrovirale in gravidanza permette di ridurre il rischio che il bambino nasca sieropositivo dal 25-30% a meno del 2%.**

**Qualunque rischio non è paragonabile al grande vantaggio che fornisce la terapia.**

∴ Con il **termine prenatale** si indica il periodo che precede la nascita del bambino, durante il quale il feto cresce e si sviluppa all'interno dell'utero.

∴ Le **Infezioni Opportunistiche** sono infezioni che generalmente non si osservano nelle persone sane, ma che possono essere molto pericolose per le persone sieropositive con un conteggio delle cellule CD4 molto basso. Esempio: la Pneumocistis Carinii (PCP) e il Citomegalovirus (CMV).

La tua équipe sanitaria ha accesso al registro internazionale delle malformazioni alla nascita (operativo dal 1989) in bambini esposti ai farmaci antiretrovirali:

<http://www.apregistry.com>

Sino ad ora il registro non ha rilevato alcun aumento nella frequenza e nel tipo di malformazioni (ad esempio anche tumori) osservate alla nascita in bambini nati da madri che hanno assunto farmaci antiretrovirali.

## La gravidanza può avere effetti negativi per l'infezione da HIV nella madre?

La gravidanza non è in sé dannosa per l'infezione da HIV nella madre, ossia non fa progredire di per sé la malattia.

La gravidanza potrebbe causare un calo dei CD4, usualmente di 50 cellule/mm<sup>3</sup>.

Questo parametro è molto variabile da caso a caso e comunque la madre rientrerà nella normalità dei suoi parametri appena dopo la nascita del bambino.

Dovrebbe solamente esserci preoccupazione nel caso in cui i CD4 scendano al di sotto dei 200 cellule/mm<sup>3</sup>. Questo perché, in questa situazione, aumenta il rischio delle infezioni opportunistiche che potrebbero interessare sia la madre che il bambino.

Per la prevenzione delle infezioni opportunistiche (vedi in seguito), in generale la madre sieropositiva incinta necessita dello stesso trattamento di una persona non in gravidanza.

## Come sarà il mio bambino quando nasce ?

Come abbiamo già visto la combinazione della terapia antiretrovirale, del taglio cesareo e dell'allattamento artificiale riduce il rischio di avere un bambino con infezione da HIV dal 25-30% a meno del 2%.

A differenza dell'adulto, in cui la presenza degli anticorpi (sieropositività) è indice della presenza dell'HIV e quindi di infezione, tutti i bambini nati da madre sieropositiva sono sieropositivi fino a circa 15-18 mesi pur non essendo, nella maggior parte dei casi, infetti.

Infatti gli anticorpi di origine materna (anticorpi passivi) attraversano la placenta e sono rilevabili anche per molti mesi nel neonato sano.

La presenza degli anticorpi in questo caso non è assolutamente un problema.

Per essere sicuri che il tuo bambino sia negativo è tuttavia necessario rivolgersi ad un centro pediatrico specializzato in grado di effettuare la ricerca del virus nel sangue di tuo figlio nei primi mesi di vita.

Tale esame confermerà se tuo figlio è effettivamente non-infetto.

## Come dovrò comportarmi con mio figlio ?

Il tuo bambino nascerà uguale a tutti gli altri bambini e dovrà essere seguito e accudito come ogni altro bambino.

L'unica importante precauzione riguarda l'allattamento. L'infezione da HIV si può trasmettere facilmente attraverso il latte materno. Pertanto è assolutamente controindicato allattare il bambino al seno.

In Italia esiste una legge che in caso di sieropositività materna permette di ottenere gratuitamente il latte artificiale dal tuo farmacista per i primi sei mesi di vita di tuo figlio.

Come abbiamo già detto è importante che il tuo bambino venga seguito in un centro specializzato per l'HIV pediatrico.

È importante che il tuo bambino sia attentamente monitorato nei primi mesi di vita, per accertare l'eventuale trasmissione del virus HIV (entro il 3° mese di vita è possibile sapere con sicurezza se il bambino non è infetto), l'eventuale trasmissione di altre infezioni (citomegalovirus, toxoplasmosi) e, nel corso dei primi 2 anni di vita, per determinare l'eventuale trasmissione del virus dell'epatite C, nel caso tu sia HCV+.

Inoltre è opportuno fare in modo che il tuo bambino sia seguito sino all'età scolare, e per maggiore sicurezza nei primi 15 anni di vita, per poter valutare e curare eventuali effetti collaterali legati alla terapia antiretrovirale .

È importante che tu sappia che i pediatri con esperienza nella cura di bambini nati da madre HIV+ ti sapranno offrire tutta l'attenzione ed il supporto psicologico necessari per far crescere con serenità il tuo bambino.

## Inoltre...

Questo opuscolo si occupa di HIV e gravidanza. Maggiori informazioni relative al trattamento antiretrovirale sono contenute nella pubblicazione "Guida alla terapia per le persone con HIV" disponibile on line, nelle tre sottosezioni, agli indirizzi:

**Introduzione alla terapia di combinazione:**

<http://www.nadironlus.org/download/combo.pdf>

**Guida al cambiamento di terapia:**

<http://www.nadironlus.org/download/CHANGE.pdf>

**Come evitare e gestire gli effetti collaterali:**

<http://www.nadironlus.org/download/SIDES.pdf>

Questi opuscoli si propongono di fornire le informazioni più importanti relative al trattamento antiretrovirale e ti possono aiutare a trarre il massimo dalla combinazione che stai assumendo. Ti permetteranno inoltre di acquisire familiarità con termini e frasi che potresti altrimenti trovare difficili. Tali informazioni includono CD4, carica virale e resistenze. In questo opuscolo potrai trovare qualche informazione aggiuntiva nei riquadri a bordo pagina, ma faremo riferimento agli opuscoli prima citati abbastanza frequentemente. Auspichiamo perciò che tu possa consultarli contemporaneamente alla lettura di questo opuscolo.

*Se non hai una copia di tali opuscoli, e ne volessi una, chiedi presso il tuo centro clinico, scaricala all'indirizzo web:*

<http://www.nadironlus.org>

*oppure scrivi a:*

Nadir Onlus, Via Panama 88, 00198 Roma

*Puoi anche contattarci all'indirizzo e-mail:*

[nadironlus@libero.it](mailto:nadironlus@libero.it)





# UNA MADRE IN BUONA SALUTE È LA COSA MIGLIORE PER IL BAMBINO

Per il bambino niente è più importante della salute della sua mamma. La tua salute ed il tuo trattamento sono le cose più importanti per proteggere la salute del tuo bambino. È un concetto che non ci stancheremo mai di ripetere.

In alcuni casi la ricerca può non tenere in considerazione il fatto che le donne sieropositive devono assumere cure contro l'infezione da HIV, anche mentre sono in gravidanza. Concentrarsi eccessivamente sulla salute del bambino può far perdere di vista questo semplice concetto. A volte sono gli operatori sanitari a dimenticarselo, altre volte può essere la madre. La cosa da non dimenticare mai è che la tua salute di madre è importante quanto quella del tuo bambino, anche se la preoccupazione che il bambino nasca sieropositivo potrebbe far passare in secondo piano ogni altra cosa.

In realtà il tuo trattamento non dovrebbe essere diverso da quello che utilizzeresti se non fossi in gravidanza. I pochi casi che fanno eccezione verranno affrontati nelle prossime pagine di questo opuscolo.

## **Il counselling prenatale dovrebbe sempre includere:**

- ∴ consigli su come prevenire la trasmissione verticale;
- ∴ informazioni relative ai vantaggi ed agli svantaggi associati all'immediato inizio del trattamento;
- ∴ informazioni relative ai vantaggi ed agli svantaggi associati all'introduzione del trattamento in fase successiva.

Il tuo bambino ti vorrà in buona salute per aiutarlo a crescere.

I medici che hanno già trattato con successo molte donne sieropositive durante la gravidanza seguono alcuni semplici principi, che trovate nel riquadro.

- ∴ La madre dovrebbe essere in grado di fare le proprie scelte e dovrebbe essere in grado di poter scegliere il trattamento che preferisce utilizzare durante la gravidanza.
- ∴ Gli operatori sanitari dovrebbero fornire informazioni imparziali ed evitare di giudicare le scelte della madre.
- ∴ Durante la gravidanza l'infezione da HIV dovrebbe essere monitorata in modo molto accurato. Ciò è particolarmente importante nel periodo che precede il parto.
- ∴ Le eventuali infezioni opportunistiche dovrebbero essere trattate con attenzione.
- ∴ Dovrebbe essere utilizzata una terapia di combinazione (di almeno tre farmaci) in grado di sopprimere la replicazione virale sotto i livelli rilevabili.
- ∴ Una combinazione potente permette di prevenire l'emergenza di ceppi resistenti.
- ∴ La madre dovrebbe essere in grado di fare una scelta consapevole su come e quando far nascere il bambino.



# PIANIFICARE LA GRAVIDANZA

## Planificazione della gravidanza e diritto alla maternità

Molte donne sieropositive iniziano una gravidanza quando già sanno di essere sieropositive. Molte di loro sono già in terapia quando iniziano la gravidanza.

### Se stai programmando una gravidanza, devi sapere che:

- ∴ è importante aver cura della propria salute;
- ∴ è importante sottoporsi a controlli frequenti;
- ∴ è importante curare qualsiasi infezione sessualmente trasmessa.

Dovresti anche assicurarti di ricevere un trattamento appropriato contro l'infezione da HIV.

### Esistono ancora discriminazioni contro le donne sieropositive che decidono di avere un bambino, anche se rispetto ad alcuni anni fa la situazione è molto migliorata.

- ∴ Fatti seguire da un'equipe che rispetti e sostenga la tua decisione di avere un bambino.
- ∴ Se non ti senti sufficientemente sostenuta nella tua decisione, chiedi di essere seguita da un medico che abbia una maggior esperienza nel campo di HIV e gravidanza.

## Opzioni disponibili nel caso uno dei due partner sia sieronegativo e l'altro sieropositivo

Esistono ancora controversie rispetto a quale sia il consiglio da dare alle coppie sierodiscordanti, un termine utilizzato quando uno dei due partner è sieropositivo mentre l'altro è sieronegativo.

Visto il rischio di trasmissione del virus, non è sensato consigliare alle coppie sierodiscordanti di avere rapporti sessuali non protetti, anche nel caso in cui la coppia decida di avere figli.

Ad esempio, per una donna sieronegativa il rischio di contrarre il virus HIV durante un rapporto sessuale dipende da molti fattori. Questi fattori includono la quantità di virus contenuta nello sperma del partner.

Va tuttavia sottolineato che una carica virale non rilevabile nel sangue non implica necessariamente che la carica virale nel seme sia altrettanto bassa. Infatti nel 20% degli uomini i livelli plasmatici e seminali di virus

non sono collegati. Per un maschio sieronegativo la probabilità di infezione dipenderà dalla quantità di virus presente nelle secrezioni vaginali della partner femminile. Anche in questo caso una carica virale non rilevabile a livello plasmatico può non avere una relazione diretta con la quantità di virus presente nelle secrezioni vaginali.

Altri fattori sono altrettanto importanti. Se il maschio non è circonciso, ciò potrebbe rappresentare un fattore di rischio in più, visto che le cellule del prepuzio sono più vulnerabili alle infezioni.

Qualsiasi infezione del tratto genitale aumenta significativamente il rischio di trasmissione sessuale del virus HIV.

Indipendentemente dal metodo che si decide di utilizzare per la procreazione, entrambi i partners della coppia sierodiscordante dovrebbero controllare l'eventuale presenza di infezioni sessualmente trasmesse, e trattarle/curarle al più presto.

Il maschio dovrebbe sottoporsi ad un'analisi del seme. Ciò serve ad escludere la presenza di infezioni genitali, soprattutto quelle da agenti come clamidia e ureoplasma, che, oltre ad aumentare il rischio di trasmissione, possono compromettere anche la fertilità.

In realtà non è così facile trasmettere il virus. Statisticamente è assai più difficile contrarre l'infezione da HIV di quanto non lo sia rimanere incinte. Per tale ragione, se i tentativi sono pochi, circoscritti al periodo dell'ovulazione, e se il partner sieropositivo ha una carica virale non rilevabile, il rischio potrebbe essere in realtà assai modesto (recenti pubblicazioni hanno stabilito che, nelle coppie eterosessuali stabili, il rischio di trasmissione sessuale del virus è di 1-2 infezioni per 1.000 rapporti sessuali non protetti).

Va tuttavia sottolineato che il rischio per il partner sieronegativo non è mai assente, e, se è vero che è possibile rimanere gravide dopo un solo tentativo, è anche vero che è possibile infettarsi dopo un solo rapporto non protetto. Infatti uno studio francese che ha seguito 96 coppie sierodiscordanti che hanno tentato di concepire mediante rapporti non protetti limitati al giorno dell'ovulazione ha rivelato quattro casi di infezione su un totale di 102 gravidanze ottenute.

Esiste un ulteriore aspetto di cui tenere conto. Sebbene un numero ridotto di tentativi è considerato relativamente sicuro, questi tentativi potrebbero ridurre la soglia di attenzione di alcune coppie, che potreb-

bero decidere di sospendere definitivamente ogni precauzione. Il risultato di una simile decisione è potenzialmente catastrofico.

Infine, se è vero che le coppie che tentano il concepimento spontaneo corrono un rischio significativo per la salute della donna, tale rischio risulta assolutamente sproporzionato se si considera che non tutte le coppie sono fertili. Una coppia infertile che tenta di avere figli può esporre la donna al rischio di infezione senza riuscire mai a concepire.

Per questo motivo è molto importante, per coppie che desiderano avere figli, rivolgersi ad uno dei centri che offrono questi servizi a coppie sierodiscordanti. In questi centri viene valutato il profilo di fertilità della coppia, e vengono corrette le cause rimovibili che possono impedire il concepimento, quali i livelli alti di prolattina, alcune infezioni genitali, la presenza di fibromi uterini ecc... . Alle coppie che presentano fattori irrimovibili di infertilità viene offerta la possibilità di ricorrere alle tecniche di fecondazione in provetta, sempre utilizzando il seme lavato del partner maschile. Diversi studi hanno dimostrato che la percentuale di infertilità in uomini sieropositivi è più alta rispetto alla popolazione generale. Questo fatto può essere dovuto alla presenza di infezioni concomitanti, alla situazione clinica, e anche ai farmaci antiretrovirali, alcuni dei quali riducono la motilità degli spermatozoi.

Le tecniche utilizzate sono diverse in base al tipo e alla gravità di infertilità. In alcuni casi, come in donne con tube chiuse, o per maschi con pochi spermatozoi mobili, vengono prelevati gli ovociti dalla donna e messi in provetta vicino al seme del partner. La fecondazione e la creazione degli embrioni avviene così nella provetta, e gli embrioni sono poi trasferiti nel corpo della donna. Questa tecnica si chiama FIVET.

In casi di infertilità grave maschile, con un numero bassissimo di spermatozoi, o con spermatozoi immobili o addirittura morti, viene effettuata la tecnica chiamata ICSI. In questo caso viene scelto un solo spermatozoo che viene poi iniettato all'interno dell'ovocita mediante un ago microscopico.

**L'infezione da HIV è ancora una condizione che potrebbe cambiare per sempre la tua vita. Se sino ad ora uno dei due partner è riuscito a rimanere negativo, non vale la pena di correre rischi per dare inizio ad una gravidanza. Soprattutto perché esistono tecniche in grado di ridurre notevolmente tale rischio.**

## Cosa fare quando l'uomo è HIV+ e la donna è HIV- ?

Quando l'uomo è sieropositivo e la donna è sieronegativa è possibile utilizzare una tecnica chiamata "lavaggio dello sperma".

Per utilizzare tale tecnica è necessario che il maschio fornisca un campione di sperma al centro clinico. Grazie ad una tecnica particolare gli spermatozoi verranno separati dal liquido seminale.

Il virus HIV si trova infatti in forma libera nel liquido seminale e all'interno dei globuli bianchi contenuti nello sperma. Solo queste componenti sono in grado di trasmettere il virus HIV, mentre gli spermatozoi non contengono il virus.

Una volta "lavato" lo sperma, si controlla che il virus HIV non sia presente con un test di carica virale sensibile, utilizzato su una parte del campione seminale lavato. Alla fine lo sperma viene iniettato all'interno dell'utero tramite un catetere.

Questa tecnica è stata sviluppata per la prima volta in Italia. E' già stata utilizzata su almeno 3000 campioni di sperma, senza che vi sia mai stato un solo caso documentato di trasmissione da partner sieropositivo a partner sieronegativa.

Tale tecnica ha portato inoltre alla nascita di oltre 350 bambini sieronegativi.

Si tratta perciò della più sicura tecnica attualmente disponibile per intraprendere una gravidanza qualora il maschio sia sieropositivo e la femmina sieronegativa.

Il centro pubblico con la maggiore esperienza sul lavaggio dello sperma è l'Ospedale "Sacco" di Milano, Largo GB Grassi, 8, Tel: 02-38203413

E-mail: [riproduzione.assistita@hsacco.it](mailto:riproduzione.assistita@hsacco.it)  
(servizi disponibili: inseminazioni, FIVET)

A Milano si trova anche una clinica privata che offre, oltre alle due tecniche precedenti, anche la microiniezione intraovocitaria dello spermatozoo (ICSI).

Si tratta dello Studio Semprini, Via Carlo Crivelli, 20, 20122 Milano, tel: 02-58320182;

E-mail: [semprini@esman.it](mailto:semprini@esman.it)  
(referente: Dr.ssa Alessandra Vucetich)

Inoltre sono disponibili centri di assistenza riproduttiva a coppie HIV discordanti presso gli ospedali di:

.: **VERONA** (servizi disponibili: inseminazione)

. **Servizio Diagnostica Terapia della Sterilità e Procreazione Assistita**

Via Camozzini, 10 - Verona

Tel. 045-8301724

. **Centro Diagnosi e Terapia della Sterilità Policlinico Borgo Roma**

Piazzale L.A. Scuro, 10, Borgo Roma, Verona

Tel. 045-8071111 (centr.), ginecologia 045-8074408

.: **BARI** (servizi disponibili: inseminazione, FIVET)

. **Malattie Infettive**

(080-5592771/5592134)

. **Ambulatorio per la fertilità della II Clinica Ostetrica e Ginecologica**

(080-5592248).

Sanitari referenti: dott.ssa Raffaella De Palo (Cl. Ostetrica e Ginecol.) e dott. Josè R. Fiore (Clin. Malattie Infettive)

.: **BOLOGNA** (servizi disponibili: inseminazioni, FIVET)

. **Centro Sterilità e Fecondazione Assistita Un. di Bologna - AO S.Orsola-Malpighi**

Via Massarenti, 13, Bologna

Tel. 051-6363111 (centr), sterilità 051-6363368

Sito web: [www.med.unibo.it](http://www.med.unibo.it)

Per una lista completa dei Centri italiani di infertilità e procreazione assistita, consultare il sito: <http://www.cercounbimbo.net/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=117>

## Cosa fare quando la donna è HIV+ e l'uomo è HIV- ?

Quando è la donna ad essere sieropositiva la situazione è molto meno complicata. Si tratta semplicemente di prelevare lo sperma del partner e di posizionarlo in vagina.

La procedura può essere addirittura eseguita in casa mediante l'auto-inseminazione. In questo modo si evita semplicemente il contatto sessuale ed il rischio di infezione all'uomo sieronegativo.

Durante il periodo dell'ovulazione dovrete mettere lo sperma del vostro partner in una siringa di plastica a cui sia stato rimosso l'ago, e con la quale posizionerete lo sperma in vagina.

L'ovulazione avviene a metà del ciclo e indicativamente precede di 14 giorni le mestruazioni.

Il vostro centro clinico dovrebbe essere in grado di fornirvi il contenitore, la siringa e darvi maggiori informazioni sul modo migliore per eseguire l'operazione.

Un metodo "fai da te" per avere maggiori informazioni sul periodo di ovulazione, specialmente se il ciclo non è molto regolare, è rappresentato dallo strumento "persona".

Questo piccolo strumento, acquistabile in farmacia, funziona sullo stesso principio del test di gravidanza. È dotato di diversi stick sui quali la donna dovrebbe depositare una goccia di urina al mattino, e segnala con luce verde, gialla o rossa il periodo di fertilità.

Se vuoi fare uso di questo strumento ricordati che i giorni "rossi" sono quelli di maggiore fertilità. In questi giorni il trasferimento di seme in vagina ha maggiori probabilità di determinare una gravidanza.



## Cosa fare quando entrambi i partner sono sieropositivi?

Anche nel caso in cui entrambi i partner siano sieropositivi alcuni medici potrebbero continuare a consigliare il sesso protetto. Questa misura servirebbe a prevenire possibili re-infezioni con un ceppo di virus diverso da quello originale.

Molto probabilmente si tratta di un rischio bassissimo, ma la possibilità effettivamente esiste. Questa possibilità può acquistare un significato medico nel caso in cui uno dei due partner sia portatore di un ceppo virale resistente ad uno dei farmaci che l'altro partner sta assumendo.

**Il rischio di re-infezione** è ovviamente molto ridotto nel caso in cui i contatti (che includono anche l'inseminazione "casalinga") si limitino a quelli necessari per avere un bambino.

∴ I rischi sono minori nel caso in cui entrambi i partner siano sieropositivi e la loro carica virale non sia rilevabile.

∴ Il rischio potrebbe essere più alto nel caso in cui uno dei due stia rispondendo bene al trattamento e l'altro non sia in trattamento oppure abbia una carica virale molto alta.

∴ Il rischio è ancora maggiore se uno dei due è resistente al trattamento anti-HIV.

Se fate abitualmente sesso protetto, potreste limitare il sesso non protetto al periodo fertile. Il consiglio potrebbe essere identico per le coppie sierodiscordanti. Per le coppie che non fanno sesso sicuro le cose cambiano. Continuare a farlo per concepire un bambino non comporterà alcun rischio aggiuntivo.

**Tutte queste opzioni implicano decisioni personali.**

**Se stai pianificando una gravidanza, prenditi tutto il tempo necessario per discuterne con il tuo partner. Ciò servirà ad essere certi che entrambi i membri della coppia siano consapevoli delle possibili implicazioni e soddisfatti della scelta.**

## Posso chiedere aiuto se dovessi avere delle difficoltà a concepire il bambino?

Vanno considerati tre possibili tipi di coppia:

- ∴ donna sieropositiva e uomo sieropositivo
- ∴ donna sieropositiva e uomo sieronegativo
- ∴ donna sieronegativa e uomo sieropositivo

Ognuna di queste coppie potrebbe avere alcune difficoltà legate alla fertilità.

## Posso chiedere aiuto se il mio partner è sieronegativo e io non lo sono?

Non esiste ragione per negare la riproduzione assistita alle coppie sierodiscordanti. In questo caso dovrebbero essere messi in atto tutti gli interventi utili ad evitare la trasmissione dell'infezione.

Se hai problemi di fertilità chiedi al tuo medico come accedere alla riproduzione assistita e considera la possibilità di fare riferimento ad una buona clinica per la fertilità.

## La riproduzione assistita è accessibile anche alle persone sieropositive?

La riproduzione assistita dovrebbe essere accessibile anche per le persone sieropositive. Indipendentemente dallo stato sierologico, le considerazioni relative alla fertilità sono particolarmente importanti se stai pensando di avere un bambino.

Le persone sieropositive dovrebbero avere accesso agli stessi servizi offerti a tutte le altre persone. Potresti incontrare qualche resistenza per il fatto di essere HIV+.

Potresti decidere di cambiare clinica e cercarne una più solidale con le tue scelte. Oppure sceglierne una che abbia una maggiore esperienza con i genitori sieropositivi.



La cura prenatale si occupa di tutte le cure aggiuntive che la donna riceve in corso di gravidanza per preparare la nascita del bambino.

La cura prenatale non si occupa solo di farmaci ed esami. Comprende anche il counselling e si preoccupa di fornire informazioni simili a quelle contenute in questo opuscolo. Riguarda anche consigli relativi alla tua salute, come ad esempio quello di fare molto esercizio fisico e/o smettere di fumare.

Per quel che riguarda il trattamento antiretrovirale è molto importante che l'equipe che ti segue abbia esperienza con donne sieropositive. Ciò riguarda il ginecologo, l'ostetrica, il pediatra ed altre figure di supporto.

E' importante che le persone responsabili della tua salute conoscano gli ultimi sviluppi relativi alla prevenzione della trasmissione materno-fetale ed al trattamento dell'infezione da HIV.

## Tutte le donne devono usare antiretrovirali in gravidanza?

Ogni donna in gravidanza deve considerare il trattamento antiretrovirale, anche nel caso in cui si dovesse trattare di un breve periodo.

Anche se si dovesse iniziare il trattamento alla fine della gravidanza per poi interromperlo subito dopo il parto. Tale decisione non ha nulla a che fare con la carica virale o con i CD4 della madre, **ma è essenziale per ridurre il rischio di trasmissione al bambino.**

Molte persone credono che una volta iniziato il trattamento si debba proseguire per tutta la vita. Questo non è vero. E' possibile usare gli antiretrovirali solo per un periodo e poi interromperne l'assunzione. Ciò succede frequentemente in gravidanza.

Le linee guida internazionali raccomandano di iniziare il trattamento quando i CD4 sono superiori alle 200 cellule/mm<sup>3</sup>.

Il trattamento non è viceversa indicato quando il numero di cellule CD4 è molto alto, purché non siano presenti altre condizioni associate all'infezione da HIV.

Tuttavia, anche nel caso in cui la madre, prima di iniziare il trattamento, abbia una carica virale molto bassa (sotto le 1000 copie/ml), la terapia combinata riduce il rischio di trasmissione.

La percentuale di trasmissione è passata dal 25%,

nelle donne che non assumono terapia, a meno dell'1% nelle donne che assumono il trattamento.

## Le linee guida internazionali raccomandano due opzioni per le donne con un numero elevato di CD4:

.: di usare una terapia antiretrovirale a breve termine (START). La START prevede l'inizio del trattamento dopo il secondo trimestre, alla 24a o alla 28a settimana;

.: di usare AZT in monoterapia dopo il secondo o terzo trimestre, e durante il travaglio (come nello studio ACTG 076), e sottoporsi ad un taglio cesareo elettivo.

In realtà la seconda opzione viene raccomandata di rado, in quanto meno efficace nel ridurre la trasmissione verticale e soprattutto per il rischio di sviluppare resistenza all'AZT, compromettendo in tal modo le future opzioni terapeutiche della madre.

Si tratta di un'opzione che può essere comunque presa in considerazione, purché la donna non abbia mai ricevuto in precedenza una terapia antiretrovirale, e la carica virale sia inferiore alle 1000 copie /ml.

Parlane comunque con l'equipe medica e con le persone di cui ti fidi sino a che non sei del tutto convinta della decisione finale.

### “Trattare come si tratterebbe qualsiasi altra persona adulta”

.: E' una frase comunemente usata quando si parla di HIV e gravidanza. Vuol dire che l'infezione da HIV viene trattata, cioè curata con farmaci, come se la gravidanza non fosse in corso.

.: Esistono alcune eccezioni, in particolare nel caso in cui non vi sia un'indicazione al trattamento per la madre e relativamente ad alcuni farmaci antiretrovirali specifici.

Usare tre farmaci ridurrà la carica virale sotto i livelli rilevabili: una condizione associata alle più basse percentuali di trasmissione del virus sino ad ora osservate. Il tuo bambino verrà tuttavia esposto ad un gran numero di farmaci, anche se, sino ad ora, non è mai stato riportato un aumento del rischio associato all'uso di tre farmaci invece di uno, sia per la madre e sia per il bambino.

Usare una combinazione di tre farmaci eviterà l'emergenza di ceppi resistenti, mantenendo intatte le vostre

opzioni future. Il rischio di sviluppare resistenze è molto maggiore nel caso in cui venga utilizzato AZT in monoterapia (e anche nel caso in cui si assuma una combinazione di due farmaci).

Il taglio cesareo è una vera e propria operazione e potrebbe essere associato ad un aumento del rischio per la madre. La sezione specifica sul parto approfondirà ulteriormente questo concetto.

### **Cosa succede se sono sieropositiva e non ho bisogno del trattamento?**

Potresti scoprire di essere sieropositiva al momento della comunicazione della gravidanza. Come già detto in precedenza si può trattare di una situazione assai difficile da gestire. Nel caso tu ne avessi bisogno non esitare a chiedere aiuto.

Le linee guida raccomandano di trattare qualsiasi donna con un numero di CD4 inferiore a 200, senza tenere in alcun conto della situazione di gravidanza. Trattare o meno dipende ovviamente dal periodo della gravidanza in cui è stata diagnostica l'infezione da HIV.

Se la diagnosi è avvenuta nel primo periodo della gravidanza, potresti decidere di rimandare l'inizio del trattamento fino alla fine del terzo trimestre, ossia fino alla 12ma o 14ma settimana dall'ultima mestruazione. Potresti decidere di rimandare l'inizio del trattamento anche nel caso in cui già sai di essere sieropositiva, ma non hai ancora iniziato la cura. Esistono almeno due ragioni per decidere di rimandare l'inizio del trattamento. La prima è che gli organi interni del bambino si sviluppano nel corso delle prime 12 settimane. Un processo chiamato organogenesi. Nel corso delle prime 12 settimane il bambino potrebbe essere particolarmente vulnerabile a qualsiasi farmaco assunto dalla madre.

Sino ad ora gli studi non hanno mostrato alcun aumento del rischio per il bambino, nel caso in cui la madre assuma il trattamento nel primo trimestre, rispetto al caso in cui il trattamento non venga assunto. Ma alcune donne, ed alcuni medici, potrebbero scegliere di ritardare l'inizio del trattamento per evitare qualsiasi rischio. Una seconda ragione per ritardare l'inizio del trattamento è che la maggior parte delle donne prova nausea e malessere nelle prime fasi della gravidanza. Si tratta di sintomi del tutto normali, ma molto simili agli effetti collaterali associati al trattamento antiretrovirale, e si potrebbe voler evitare di avere a che fare con i due sintomi allo stesso tempo, anche perché ciò potrebbe ostacolare l'aderenza al

trattamento. Se ti senti male e provi nausea a causa della gravidanza, molto probabilmente non avrai voglia di assumere un trattamento che rischia di peggiorare tali sintomi. Se stai veramente male, ciò potrebbe portarti addirittura a saltare una o più dosi e, nel caso peggiore, a sviluppare resistenza ai farmaci.

Se il malessere continua anche dopo il primo trimestre, sarà importante capirne le ragioni ed escludere qualsiasi complicazione.

Se vuoi iniziare immediatamente, o devi iniziare a curarti subito perché hai un numero di CD4 molto basso, sarà lo stesso medico a raccomandarti l'inizio del trattamento.

### **Cosa devo fare se scopro di essere sieropositiva quando la gravidanza è già avanzata?**

Anche se la gravidanza è avanzata, esistono comunque vantaggi associati al trattamento. Anche dopo la 36ma settimana il trattamento sarà in grado di ridurre la carica virale sotto i livelli rilevabili.

Una buona terapia di combinazione è in grado di ridurre significativamente la carica virale anche in una sola settimana. Vedi, in seguito, la parte intitolata: "Quali farmaci dovrei usare ? "

Cosa devo fare se, quando scopro di essere incinta, sono già in trattamento?

Molte donne decidono di avere un bambino quando già sono in terapia. E ciò la dice lunga su quanti progressi si siano fatti nel trattamento dell'infezione da HIV. Le donne si sentono meglio. Sono più sane. Pensano a relazioni a lungo termine e a crearsi una famiglia. Alcune donne potrebbero decidere di interrompere il trattamento durante il primo trimestre, e alcuni medici potrebbero essere d'accordo. Potrebbe trattarsi di una buona decisione, anche se sarà necessario un attento monitoraggio. Potrebbe essere una buona soluzione se la vostra carica virale è stabile sotto le 50 copie e i CD4 sono abbastanza alti. Ma non è certamente un'opzione da consigliare a tutti. Non sempre è facile sopprimere nuovamente la carica virale dopo un'interruzione, ed esiste sempre il rischio di sviluppare resistenze.

Per le donne è sempre più comune decidere di proseguire la gravidanza in corso di trattamento e sino ad ora gli studi disponibili non hanno dimostrato un aumento del rischio.

## Quali farmaci dovrai usare?

Come per tutte le decisioni relative al trattamento anti-retrovirale, non esistono regole valide per tutti. Ogni trattamento deve essere individualizzato sulla base delle tue condizioni di salute e deve tener conto della salute del nascituro.

## Utilizzare una combinazione con tre farmaci

Il tuo medico raccomanderà una combinazione di tre farmaci contenente AZT (zidovudina). Questo perché l'AZT è tuttora l'unico farmaco registrato per l'uso in gravidanza. Prima di iniziare il trattamento dovrebbe esserti proposto di fare un test di resistenza per verificare se l'AZT sia ancora attivo. Tale esame ti aiuterà inoltre a decidere quali altri farmaci utilizzare.

Se non hai bisogno del trattamento potresti decidere di utilizzare la tecnica START, come precedentemente esposto. Trattandosi dei due farmaci su cui esistono maggiori informazioni rispetto all'utilizzo in gravidanza, verrà probabilmente raccomandato l'uso di AZT e 3TC (lamivudina).

Tuttavia, visto che la resistenza al 3TC si sviluppa molto rapidamente, questo potrebbe comportare dei rischi, ed è preferibile assumere i due farmaci all'interno di una combinazione di tre farmaci (preferibilmente associati ad un inibitore della proteasi o un inibitore della trascrittasi inversa non nucleosidico). Anche in questo caso il test di resistenza ti aiuterà a selezionare il farmaco migliore.

L'inibitore della proteasi nelfinavir è facile da assumere durante la gravidanza; per tale ragione è uno dei farmaci che vengono generalmente raccomandati. Visto che si tratta di un farmaco che viene metabolizzato velocemente, nelfinavir è particolarmente indicato nel caso in cui tu pensi di interrompere il trattamento subito dopo il parto. Se nelfinavir viene assunto in combinazione con AZT/3TC, puoi interrompere i tre farmaci contemporaneamente, riducendo il rischio di sviluppare resistenza.

Un altro farmaco che viene frequentemente utilizzato in gravidanza è la nevirapina, un inibitore non nucleosidico della trascrittasi inversa.

E' stato recentemente rilasciato un avvertimento che sconsiglia l'uso di nevirapina nel caso in cui la donna (sia essa in gravidanza oppure no) abbia un numero di

CD4 superiore alle 250 copie. Tale avvertimento è dovuto ad un significativo aumento della tossicità epatica associata a nevirapina in tale popolazione. Le persone che corrono i maggiori rischi sono donne con CD4 molto alti. In questo caso l'uso di nevirapina non è raccomandato, purché esistano alternative disponibili. Viceversa il farmaco sembra essere sicuro quando il numero dei CD4 è inferiore a 250.

La nevirapina raggiunge rapidamente tutti i luoghi del corpo dove si trova il virus HIV. Tuttavia il farmaco ha un'emivita molto lunga. Vale a dire che dopo l'assunzione rimane in circolo per molto tempo.

Nel caso in cui tu debba interrompere l'assunzione di una combinazione contenente nevirapina dovrai perciò smettere l'uso di nevirapina prima degli altri farmaci. Ciò ridurrà il rischio di sviluppare resistenza al farmaco.

Se stai già utilizzando una terapia di combinazione, molto probabilmente continuerai ad assumerla. Se usi efavirenz, oppure ddl/d4T, dovrai probabilmente sostituire tali farmaci. Ciò ovviamente dipende dalla disponibilità di alternative che garantiscano la stessa efficacia. Vedi, in seguito, la sezione: "In gravidanza sono raccomandati tutti i farmaci ?"

Se hai effetti collaterali, oppure se la tua carica virale è rilevabile, il tuo medico consiglierà di sostituire il trattamento.

Esistono donne (raramente) che hanno partorito mentre assumevano combinazioni di 5 o più farmaci anti-retrovirali (mega-HAART).

Per concludere, se scopri di essere sieropositiva in corso di gravidanza, oppure durante il travaglio, avrai bisogno di un trattamento particolare. Purché il numero dei tuoi CD4 lo permetta, ti verrà probabilmente offerta nevirapina. Tale farmaco viene assorbito molto rapidamente ed è considerata una buona opzione in questa circostanza.

Poiché la resistenza a nevirapina si sviluppa molto facilmente, sarà necessario utilizzare almeno due farmaci aggiuntivi. Generalmente si tratterà di AZT/3TC.

E' opportuno continuare ad utilizzare tale combinazione finché la carica virale diventi inferiore alle 50 copie/ml. Ciò ridurrà al minimo il rischio di sviluppare resistenza.

Se dopo aver raggiunto tale obiettivo deciderai di interrompere il trattamento, dovrai interrompere la nevirapina.



pina prima degli altri farmaci. Tuttavia, potrebbe essere opportuno continuare ad assumere il trattamento fino a che tu ed il tuo medico deciderete diversamente, anche in considerazione di ragioni di aderenza.

In tutti i casi (donne che iniziano la terapia antiretrovirale in gravidanza, donne già in terapia antiretrovirale, e donne riscontrate sieropositive al parto) ti verrà proposto di assumere AZT per via endovenosa durante il travaglio.

### **Le ragioni di questa proposta sono le seguenti:**

- ∴ l'AZT presenta un ottimo passaggio transplacentare;
- ∴ i meccanismi attraverso i quali l'AZT riduce la trasmissione verticale dell'infezione non sono completamente noti;
- ∴ la somministrazione di AZT durante il parto è una componente essenziale della profilassi post-esposizione del neonato.

### **In gravidanza tutti i farmaci sono raccomandati?**

Per ragioni 'storiche' l'AZT è tuttora l'unico farmaco registrato per l'uso in gravidanza. Ciò è dovuto al fatto che nessun altro farmaco è stato studiato così a fondo come l'AZT. Tuttavia l'AZT dovrebbe sempre essere utilizzato in associazione con almeno altri due farmaci antiretrovirali.

Il solo farmaco controindicato durante la gravidanza è efavirenz. Sulla base di uno studio condotto su animali efavirenz potrebbe infatti causare danni cerebrali al feto. Ciò non significa che efavirenz sia certamente associato agli stessi danni su feti umani. Ma purché siano disponibili altre opzioni, è bene usare il farmaco con estrema cautela. Ciò è particolarmente importante durante le prime 12 settimane, quando il sistema nervoso inizia a svilupparsi.

Se durante le prime 12 settimane hai assunto efavirenz, dovrai sottoporsi a due esami. Prima di tutto sarà necessaria un'ecografia. Inoltre, un esame chiamato "alfa fetoproteina materna" è particolarmente indicato: si tratta infatti di un esame che permette di rilevare eventuali difetti del sistema nervoso.

Dopo il primo trimestre non esistono ragioni per sospendere l'uso di efavirenz. Anche la formulazione liquida di amprenavir non è rac-

comandata in gravidanza (o per qualsiasi bambino sotto i quattro anni).

Ciò perché le donne in gravidanza ed i bambini piccoli non sono in grado di metabolizzare una sostanza (chiamata glicopropilene) contenuta in tale formulazione.

L'idrossiurea viene utilizzata raramente, ma non dovrebbe essere mai utilizzata in gravidanza, né dovrebbe essere utilizzata dall'uomo qualora la coppia stia cercando di concepire un bambino. Sebbene non si tratti di un farmaco attivo contro l'HIV, l'idrossiurea viene talvolta utilizzata per aumentare la potenza di altri farmaci come ddI o d4T. Tale strategia può peggiorare gli effetti collaterali associati a questi farmaci.

Anche la ribavirina (un nucleosidico utilizzato per il trattamento dell'epatite C) è considerata altamente teratogena (cioè che può causare malformazioni al feto). Per tale ragione è consigliato l'uso del profilattico, sia per la donna sia per l'uomo in trattamento con ribavirina, fino a sei mesi dopo l'interruzione del trattamento.

L'uso di una combinazione contenente ddI/d4T non è raccomandato in gravidanza. Esistono diversi casi di effetti collaterali gravi (con esito anche fatale) su donne in gravidanza che utilizzavano i due farmaci assieme.

**Dati di sicurezza** - indicano che il farmaco è stato utilizzato su un certo numero di persone senza che venissero rilevati effetti collaterali gravi o fatali. Generalmente, maggiore è il numero delle persone che hanno utilizzato il farmaco, maggiore è l'attendibilità di tali dati.

**Analoghi nucleosidici (NRTIs)** - si tratta di una classe di farmaci che comprende AZT, ddI, 3TC, d4T, ABC, FTC e tenofovir (nucleotidico). Generalmente una combinazione di prima linea include due analoghi nucleosidici, associati ad un inibitore della proteasi (IP) o un inibitore non-nucleosidico della trascrittasi inversa (NNRTI).

**Inibitori non-nucleosidici della trascrittasi inversa (NNRTIs) e Inibitori della Proteasi (IPs)** - sono classi di farmaci che interferiscono nella replicazione virale in modo diverso tra loro, e in modo diverso rispetto agli analoghi nucleosidici. Per tale ragione, una terapia di combinazione, oltre agli NRTIs, dovrebbe contenere almeno un IP oppure un NNRTI.

## Devo aspettarmi più effetti collaterali se sono in gravidanza?

Circa l'80% delle donne in gravidanza che usano una terapia HAART avranno qualche effetto collaterale associato al trattamento.

Si tratta di una percentuale analoga a quella osservata nella popolazione generale delle persone sieropositive in trattamento.

La maggior parte degli effetti collaterali saranno di lieve intensità, ed includono nausea, stanchezza e diarrea. In alcuni rari casi gli effetti collaterali possono essere più gravi. Nadir ha pubblicato una guida particolarmente utile per le persone in trattamento, intitolata "Come evitare e gestire gli effetti collaterali", che puoi scaricare all'indirizzo:

<http://www.nadironlus.org/download/SIDES.pdf>

Alcuni effetti collaterali associati alla terapia antiretrovirale sono molto simili a quelli associati ai cambiamenti che avvengono nel tuo organismo durante la gravidanza, come la stanchezza mattutina. Ciò potrebbe rendere più difficile stabilire gli effetti collaterali associati ai farmaci oppure la gravidanza.

Molti farmaci antiretrovirali sono associati a nausea e vomito. Tali effetti collaterali sono particolarmente comuni all'inizio del trattamento. Se sei incinta ciò potrebbe rappresentare un problema, visto che gli effetti collaterali potrebbero sommarsi ai sintomi associati alla gravidanza, rendendo più difficile l'aderenza. Alcuni trucchi per ridurre la nausea, e facilitare l'aderenza, sono riassunti in seguito.

Potresti sentirti più stanca del solito. Anche in questo caso non c'è niente di strano, specialmente se stai iniziando ad assumere il trattamento in gravidanza. L'anemia può causare stanchezza, ed è uno degli effetti collaterali comunemente associati sia all'uso di AZT sia alla gravidanza.

Un semplice esame del sangue sarà sufficiente per verificare se si tratti di questo, e nel caso l'esame lo confermasse, potrebbe essere necessario assumere supplementi di ferro.

Tutte le donne in gravidanza corrono un maggior rischio di sviluppare il diabete. In teoria le donne che assumono inibitori della proteasi durante la gravidanza potrebbero correre un rischio anche maggiore.

Perciò è opportuno assicurarsi che i livelli di glucosio siano monitorati attentamente per prevenire la com-

parsa del diabete durante la gravidanza. Si tratta in ogni caso di un esame di routine.

A prescindere dalla gravidanza, gli inibitori della proteasi sono stati associati ad un aumento dei livelli di bilirubina, un indicatore della salute del tuo fegato.

Indinavir è l'inibitore della proteasi maggiormente associato all'aumento della bilirubina. Un aumento della bilirubina indiretta è probabilmente associato anche all'assunzione del nuovo inibitore della proteasi atazanavir. La tua équipe sanitaria terrà sotto controllo sia i tuoi livelli di bilirubina sia quelli del bambino e il fenomeno non dovrebbe arrecare danni al bambino.

Tuttavia non è stato sino ad ora segnalato nessun caso del genere su donne in gravidanza che assumevano inibitori della proteasi.

La gravidanza potrebbe incrementare il rischio di aumento dell'acido lattico, il cui livello viene generalmente regolato dal fegato.

L'acidosi lattica è un effetto collaterale raro, ma potenzialmente fatale, associato agli analoghi nucleosidici.

Usare assieme d4T e ddI sembra essere particolarmente rischioso e tale combinazione non è assolutamente raccomandata in gravidanza.

**Fai riferimento agli altri opuscoli pubblicati da Nadir per avere maggiori informazioni:**

**Introduzione alla terapia di combinazione**

<http://www.nadironlus.org/download/combo.pdf>

**Guida al cambiamento di terapia**

<http://www.nadironlus.org/download/CHANGE.pdf>

**Come evitare e gestire gli effetti collaterali**

<http://www.nadironlus.org/download/SIDES.pdf>

**Ricerca pre-clinica** - prima che un farmaco venga sperimentato sull'uomo (ricerca clinica) è testato in laboratorio e sugli animali (ricerca pre-clinica).

Questo non sempre rende possibile stabilire cosa succederà quando inizierà la ricerca clinica, ma permette ai ricercatori di farsi un'idea su quello che potrebbe accadere.

## A proposito di resistenza ...

La resistenza ai farmaci è un elemento di cui bisogna tener conto in gravidanza, anche perchè alcune strategie per la prevenzione della trasmissione materno-fetale potrebbero aumentare il rischio di sviluppare resistenza.

Usare solo un farmaco (monoterapia) o una biterapia (due farmaci soltanto) potrebbe non essere una buona scelta, visto che le linee guida internazionali raccomandano di utilizzare almeno tre farmaci per il trattamento dell'infezione da HIV. Ciò vale anche per le donne sieropositive in gravidanza. Tra le varie opzioni, la monoterapia con AZT è meno associata allo sviluppo di resistenze di quanto non lo sia l'uso di AZT/3TC oppure di solo nevirapina.

Se sei già in trattamento e la tua carica virale è rilevabile, dovrai parlare con il tuo medico per capire quale sia la ragione. Questo è molto importante per proteggere sia la tua salute sia quella del tuo bambino.

La resistenza ai farmaci si sviluppa quando la carica virale è rilevabile. Ciò avrà un effetto diretto sulla durata del trattamento e sulla tua salute.

La carica virale, al momento del parto, è inoltre associata ad un maggior rischio di trasmissione verticale.

Ogni interruzione del trattamento può portare all'emergenza di ceppi resistenti; lo stesso vale nel caso in cui tu non assuma il trattamento all'ora giusta, o senza rispettare le prescrizioni alimentari.

E' anche possibile la trasmissione di ceppi resistenti ai farmaci dalla mamma al bambino.

Nel caso in cui il bambino si infetti con virus resistente ad uno o più farmaci, il trattamento risulterà assai più difficile e le speranze di risposta si ridurranno significativamente.

Troverai maggiori informazioni sul meccanismo attraverso il quale si sviluppa la resistenza ai farmaci nell'opuscolo "Introduzione alla Terapia di Combinazione", che puoi scaricare all'indirizzo: <http://www.nadironlus.org/download/combo.pdf>

## Dovrei sottopormi ad un test di resistenza?

Le linee guida internazionali raccomandano il test di resistenza all'inizio del trattamento, ed ogni volta che uno o più farmaci vengono sostituiti. Ciò serve ad essere certi che tutti i farmaci della combinazione siano attivi e che il virus con il quale ci si è infettati non sia già resistente ad uno o più farmaci. Controllate che il vostro medico aggiunga questo test alla lista degli esami richiesti.

La **monoterapia** prevede l'utilizzo di un solo farmaco alla volta, mentre la **biterapia** ne prevede due. Nessuna delle due strategie è efficace, e non si avvicinano minimamente all'effetto di una combinazione di tre farmaci antiretrovirali. In alcuni casi specifici potrebbe essere tuttavia raccomandata una delle due opzioni per la riduzione della trasmissione materno-fetale.

## Avrò bisogno di altri esami o di essere seguita in modo particolare?

Sia la gravidanza sia l'infezione da HIV richiedono un attento monitoraggio. Per l'HIV dovrai tenere sotto controllo la tua carica virale e la conta delle cellule CD4. Potresti anche avere bisogno di sottoporsi ad un test di resistenza. Alcuni medici potrebbero raccomandare anche il monitoraggio dei livelli plasmatici (TDM). Si tratta di sottoporsi ad alcuni prelievi di sangue per controllare che i farmaci vengano assorbiti correttamente dall'organismo. Tali livelli potrebbero variare durante la gravidanza. Oltre ad essere seguita per l'infezione da HIV, il medico si assicurerà che non siano presenti epatiti, sifilide, altre malattie sessualmente trasmissibili, anemia e tubercolosi. E' importante ricordare che ogni malattia sessualmente trasmessa e tutte le infezioni vaginali possono favorire la trasmissione dell'HIV. Potrebbe essere inoltre necessario controllare che non siano presenti toxoplasmosi o citomegalovirus. Si tratta di due microrganismi abbastanza comuni. L'infezione con questi organismi in corso di gravidanza potrebbe recare dei danni al feto, causando malformazioni o ritardo mentale. Allo scopo di iniziare al più presto il trattamento, qualora ciò fosse necessario, gli esami dovrebbero essere eseguiti il



prima possibile. In alcuni casi queste infezioni potrebbero causare la necessità di un aborto terapeutico.

Anche la presenza di infezione da HCV (epatite C) deve essere accertata. Al momento attuale non esistono strategie per prevenire la trasmissione verticale, che avviene più facilmente nel caso in cui la mamma sia positiva ad entrambi i virus (HIV e HCV).

Il tuo centro clinico ti prescriverà un check-up ginecologico completo che includerà un tampone cervicale. Ciò è molto importante qualora i vostri CD4 fossero inferiori a 200. In caso contrario si tratta semplicemente di un esame consigliato, e alcuni medici potrebbero avere pareri differenti in materia. I test di routine includono il controllo della pressione sanguigna, del peso corporeo ed esami completi del sangue e delle urine. Se non hai bisogno di cure particolari ti verrà fissata una visita di controllo mensile fino all'ottavo mese. Dopo l'ottavo mese le visite di controllo avranno frequenza bisettimanale.

## Ci sono esami che dovrei evitare?

Alcuni esami e procedure comunemente utilizzate per tenere sotto controllo la madre ed il feto sono teoricamente associate ad aumento della trasmissione dell'HIV. Tuttavia, tale rischio non è stato sino ad ora dimostrato da nessuno studio che coinvolgesse donne in trattamento. In generale alle donne sieropositive si consiglia di evitare i seguenti test (purché non siano assolutamente necessari):

- .: Amniocentesi;
- .: Prelievo dei villi coriali;
- .: Prelievo dallo scalpo fetale;
- .: Cordocentesi;
- .: Prelievo di sangue fetale mediante cordocentesi per cutanea;
- .: Monitoraggio fetale interno.

La tua équipe sanitaria sarà in grado di spiegarti di che esami si tratta e per quale ragione sono controindicati in gravidanza.

## Posso usare trattamenti contro le infezioni opportunistiche durante la gravidanza?

Il trattamento e la profilassi delle più diffuse infezioni opportunistiche durante la gravidanza è molto simile a quello che si usa per qualsiasi altro adulto. Solo pochi farmaci non sono raccomandati.

Quando si tratta un'infezione da HIV, la profilassi con-

tro le infezioni opportunistiche rientra tra le possibili opzioni, specialmente nel caso in cui l'infezione da HIV sia stata diagnosticata a seguito della gravidanza, e potrebbe essere necessario trattare altre infezioni in corso. Il trattamento e la profilassi per la pneumocisti carinii (PCP), per il mycobacterium avium complex (MAC), e per la tubercolosi, sono fortemente raccomandati in gravidanza.

Le profilassi contro il citomegalovirus (CMV), la candida, e le infezioni micobatteriche, non sono generalmente raccomandate a causa della loro tossicità. Tuttavia non si dovrebbe mai evitare di trattare una infezione grave a causa della gravidanza.

**Profilassi:** è quando si assume un farmaco per prevenire un'infezione o una re-infezione, prima che essa avvenga.

## Posso usare vaccini?

I vaccini contro epatite B, influenza e pneumococco possono essere utilizzati in gravidanza. Questi vaccini dovrebbero tuttavia essere utilizzati solo quando la carica virale è scesa sotto i livelli rilevabili.

I vaccini vivi attenuati (come quelli contro morbillo, orecchioni, e rosolia) non dovrebbero essere mai utilizzati in gravidanza.

## Durante la gravidanza è bene trattare un herpes genitale ricorrente?

Circa il 75% delle donne sieropositive ha un herpes genitale. Durante la gravidanza una donna sieropositiva corre maggiori rischi che l'herpes si manifesti di quanto non avvenga al di fuori della gravidanza. Per ridurre tale rischio viene frequentemente raccomandata una profilassi con aciclovir.

L'herpes si trasmette dalla madre al bambino con estrema facilità. Anche se una persona è in trattamento e la carica virale è soppressa, le lesioni che compaiono quando l'herpes si manifesta contengono grandi quantità di virus.

Il virus dell'herpes può essere trasmesso al bambino durante un parto vaginale e determinare una grave forma morbosa chiamata herpes neonatale.

Il trattamento e la profilassi con aciclovir possono essere tranquillamente utilizzati in gravidanza.

Alcuni medici sono ancora riluttanti a prescrivere il trattamento contro l'HIV durante la gravidanza. Questo perché esistono preoccupazioni sugli effetti a lungo termine dei farmaci antiretrovirali assorbiti dal feto.

I bambini che sono stati esposti alle prime monoterapie con AZT non hanno più di 14 anni, mentre quelli che sono stati esposti per primi alla terapia di combinazione hanno circa sei anni.

Si tratta di un limite oggettivo che ci impedisce di affermare con certezza che il trattamento in gravidanza non è associato ad effetti significativi a lungo termine. Va tuttavia sottolineato che le osservazioni condotte su bambini esposti ad AZT non hanno messo in evidenza differenze significative rispetto agli altri bambini.

Tutti i bambini nati da una madre sieropositiva vengono attentamente monitorati.

Ma anche se tale monitoraggio fornirà informazioni significative solo in futuro, il maggior rischio oggettivo ad oggi noto per il bambino rimane quello di infettarsi con il virus della mamma. La terapia di combinazione è in grado di prevenire la trasmissione.

## **I farmaci faranno male al mio bambino?**

Anche se si tratta di una preoccupazione comprensibile, non esiste purtroppo una risposta definitiva, sebbene la maggior parte dei farmaci sembrino sicuri. La maggior parte degli studi cercano di capire se vi sia una relazione tra l'uso dei farmaci ed il rischio che il bambino nasca prematuro o malformato. Si indaga anche la tossicità mitocondriale.

## **La terapia antiretrovirale aumenta il rischio di nascite premature?**

Nei primi anni gli inibitori della proteasi venivano usati con estrema cautela. Ciò perché si temeva che gli inibitori della proteasi potessero essere associati a nascite premature (prima della 37ma settimana) o ad una riduzione del tasso di natalità. A sei anni dalla loro introduzione possiamo dire che con gli inibitori della proteasi non sembra esserci rischio superiore a quello associato alla monoterapia con AZT.

L'assunzione di una monoterapia con AZT non è associata ad un aumento del rischio che il bambino nasca prematuro. Questo rischio è di circa 2.5-2 volte superiore se, durante la gravidanza, si assume una combi-

nazione di farmaci includenti o escludenti rispettivamente un inibitore delle proteasi.

All'opposto è stato dimostrato che il tasso di natalità rimane inalterato sia nel caso in cui la combinazione contenga un inibitore della proteasi sia nel caso opposto (che non lo contenga).

## **I farmaci antiretrovirali possono causare malformazioni?**

Sino ad ora non è stata osservata alcuna associazione tra i farmaci antiretrovirali e malformazioni specifiche. Non esistono inoltre differenze significative tra le donne che iniziano il trattamento nel primo trimestre di gravidanza e quelle che lo iniziano più tardi, sebbene il numero dei casi presi in esame sia piuttosto ridotto. Inoltre non sono stati sino ad ora segnalati effetti particolari sulla crescita del bambino.



## E a proposito della tossicità mitocondriale?

Esistono pochissimi casi di tossicità mitocondriale su bambini nati da madri in trattamento con 3TC e AZT durante la gravidanza. I mitocondri possono essere paragonati a delle piccole "fabbriche di energia" che vivono nelle nostre cellule.

In un grosso studio condotto in nordamerica sono stati presi in esame le cartelle cliniche di 20.000 bambini sieronegativi nati da madri sieropositive cercando eventuali anomalie associate ad un danno mitocondriale.

Lo studio è stato disegnato dopo che la morte di due bambini esposti a AZT/3TC era stata segnalata in Francia e dopo sei segnalazioni successive di tossicità mitocondriale.

Lo studio non è riuscito ad individuare alcuna evidenza di danno mitocondriale fatale in bambini esposti a tali farmaci durante il periodo di gestazione. Un dato rassicurante. In rarissimi casi la tossicità mitocondriale a breve termine può essere tuttavia motivo di preoccupazione nei neonati.

Sono stati sino ad ora riportati pochissimi casi di acidosi lattica grave o di anemia potenzialmente associati al trattamento antiretrovirale. Dopo le cure appropriate tutti i casi si sono risolti positivamente.

## E a proposito dell'anemia?

Sono stati riportati alcuni casi di anemia su bambini nati da madri in trattamento antiretrovirale.

L'anemia è generalmente lieve e passeggera nei bambini nati da madri che hanno ricevuto monoterapia con AZT.

Un rischio di anemia leggermente superiore è associato all'impiego di terapie di combinazione durante la gravidanza. In ogni caso è rara la necessità di trasfusioni, e l'anemia viene generalmente corretta con supplementi di ferro e vitamina B. In alcuni casi potrebbe essere necessario l'impiego della eritropoietina (un farmaco che stimola la produzione dei globuli rossi).

## Il mio bambino verrà tenuto sotto controllo adeguatamente?

La risposta è sì.

I bambini nati da madri sieropositive in trattamento vengono tenuti attentamente sotto controllo.

Scegliere se avere un parto vaginale o il taglio cesareo è un argomento controverso per molte donne sieropositive.

Moltissimi studi hanno ormai dimostrato da tempo che il taglio cesareo, paragonato al parto vaginale, riduce in modo significativo la trasmissione materno-fetale. Studi osservazionali recenti hanno inoltre confermato l'efficacia specifica del taglio cesareo elettivo nel dimezzare il rischio di trasmissione, anche nelle donne con carica virale molto bassa, ed in terapia antiretrovirale di combinazione.

Il problema aperto è se il taglio cesareo elettivo sia indicato anche nel caso in cui il bambino nasca da una madre sieropositiva in trattamento con una terapia di combinazione e con carica virale < 50 copie/ml. Non esistono dati sufficienti per definire se in questo caso il taglio cesareo elettivo possa offrire un beneficio ulteriore nel ridurre la trasmissione verticale dell'infezione.

Il taglio cesareo va eseguito prima che inizi il travaglio e prima che si rompano le acque. Se eseguito in questo modo il taglio cesareo si chiama taglio cesareo elettivo.

Non esiste viceversa alcun vantaggio associato ad un taglio cesareo d'emergenza, eseguito durante il travaglio e dopo la rottura delle acque.

## Dovrei sottopormi ad un taglio cesareo elettivo?

Come già detto in precedenza il risultato degli studi che hanno dimostrato i vantaggi associati al taglio cesareo elettivo non possono essere risolutivi, dal punto di vista decisionale, per le mamme in terapia di combinazione, e con carica virale inferiore alle 50 copie/ml.

Se la carica virale della madre non è rilevabile il rischio di trasmissione per un parto vaginale o tramite taglio cesareo elettivo è così basso da rendere impossibile stabilire se vi sia un vantaggio associato ad uno dei due modi di partorire.

## Qual è la strategia più raccomandata?

Le linee guida internazionali dicono che la madre potrebbe "considerare il parto vaginale" (vale a dire non sottoporsi al taglio cesareo) qualora sia in trattamento con una terapia di combinazione e la carica virale non sia rilevabile.

Alcuni documenti internazionali raccomandano ancora il taglio cesareo elettivo (approssimativamente alla 38ma settimana), "indipendentemente dal trattamento e dalla carica virale".

Le linee guida statunitensi non raccomandano il ricorso automatico al taglio cesareo se la donna sta assumendo una terapia di combinazione e la carica virale sia inferiore alle 1000 copie/ml.

Le linee guida americane sottolineano inoltre i rischi che il taglio cesareo può comunque comportare.

## Quante sono le probabilità di complicazioni?

In generale, le complicazioni, ed in particolare le infezioni, sono più comuni nelle donne che si sottopongono al taglio cesareo di quanto non lo siano nelle donne che decidono per il parto vaginale.

Il taglio cesareo sembra associato ad un maggior rischio di complicazioni nelle donne sieropositive rispetto alle donne sieronegative. La differenza tra donne sieropositive e donne sieronegative aumenta in funzione della progressione della malattia.

Tuttavia è importante sapere che l'aumento di rischio è associato alla tipologia del parto cesareo. Se il parto cesareo è elettivo questo rischio è di 1.8 volte superiore, mentre è di 4 volte superiore se il parto cesareo è d'urgenza (praticato per complicanze ostetriche o fetali). I bambini nati da taglio cesareo eseguito tra la 37ma e la 39ma settimana hanno una probabilità lievemente maggiore di ricevere supporto respiratorio di quanto non avvenga per i bambini nati in modo naturale tra la 39ma e la 41ma settimana.

**Taglio Cesareo:** è la procedura attraverso la quale si partorisce eseguendo un taglio sulla parete addominale attraverso il quale rimuovere chirurgicamente il bambino dall'utero. Secondo le linee guida internazionali si tratta di una pratica quasi sempre raccomandata per le donne sieropositive e comporta comunque alcuni rischi. Per tale ragione è particolarmente importante capire che, qualora tu sia in trattamento con una terapia di combinazione e la tua carica virale non sia rilevabile, il rischio di trasmissione associato al parto naturale non è probabilmente maggiore di quello associato al taglio cesareo.

Il parto cesareo non offrirà alcun vantaggio se il travaglio inizia prima di quanto previsto. Lo stesso vale se le acque si rompono prima del taglio cesareo.

## Il taglio cesareo mi impedirà di avere in futuro un parto naturale?

Si tratta di un aspetto da tenere particolarmente in considerazione.

Sottoporsi ad un taglio cesareo renderà più difficile avere in futuro un parto naturale. Generalmente si raccomanda alle donne che hanno avuto un taglio cesareo di usare la stessa tecnica anche per le successive gravidanze.

Si tratta di un'informazione importante qualora tu abbia in programma altre gravidanze. Va tuttavia sottolineato che il limite di tagli cesarei che una volta si poneva alla donna (non più di due, a distanza di almeno tre anni l'uno dall'altro) non è più così rigido, grazie alle nuove tecniche chirurgiche e al ricorso all'anestesia peridurale invece di quella generale.

## Come faccio a prendere questa decisione?

È importante che tu sia consapevole di tutti i rischi associati al parto cesareo. Prenditi tutto il tempo necessario per discutere con il tuo medico le tue preoccupazioni rispetto ad ognuna delle due soluzioni. È importante che tu e il tuo medico collaboriate nel tenere sotto controllo l'infezione da HIV e sopprimere la carica virale sotto le 50 copie/ml. Ciò non è importante solo per il tuo bambino, ma per la tua stessa salute.

Decidere come partorire il tuo bambino rimane comunque un tuo diritto esclusivo. Il modo in cui partorirai deve essere una tua decisione autonoma, e il tuo medico deve rispettarla.

## C'è nient'altro che dovrei sapere rispetto al parto?

Ricordati di preparare i farmaci da portare in ospedale. È importante non dimenticare mai che sei in trattamento antiretrovirale, indipendentemente da quello che ti succede attorno. Molti libri sulla gravidanza raccomandano di preparare la valigia in anticipo. Ciò è particolarmente importante qualora tu decida per il parto naturale.

Assicurati di mettere nella valigia un pigiama, o qualsiasi altra cosa da indossare in ospedale, lo spazzolino da denti, il set da bagno. Assicurati che chi ti assiste e la tua équipe sanitaria conoscano gli orari di assunzione dei farmaci, sappiano dove tieni le medicine e ti aiutino a ricordare di prenderle.

## Di cosa dovrei tener conto per la mia salute?

Aderenza! Significa prendere tutti i farmaci all'ora giusta, come prescritto.

Dopo che è nato il bambino la tua aderenza è un fattore cruciale. Molte madri tendono a mettere la propria salute in secondo piano rispetto al bambino. Molte donne sono incredibilmente aderenti alla terapia durante la gravidanza, ma dopo che è nato il bambino tendono a dimenticarsi della propria salute.

Ciò non sorprende affatto. Avere un bambino è un'esperienza totalizzante. Cambiano tutte le abitudini, e dormire diventa un'autentica impresa. In casi assai più gravi le donne possono avere una depressione post-partum.

Avrai bisogno di sostegno aggiuntivo da parte della tua famiglia, da parte degli amici e da parte della tua équipe sanitaria. In alcuni casi potresti decidere di unirti ad un gruppo di auto-aiuto.

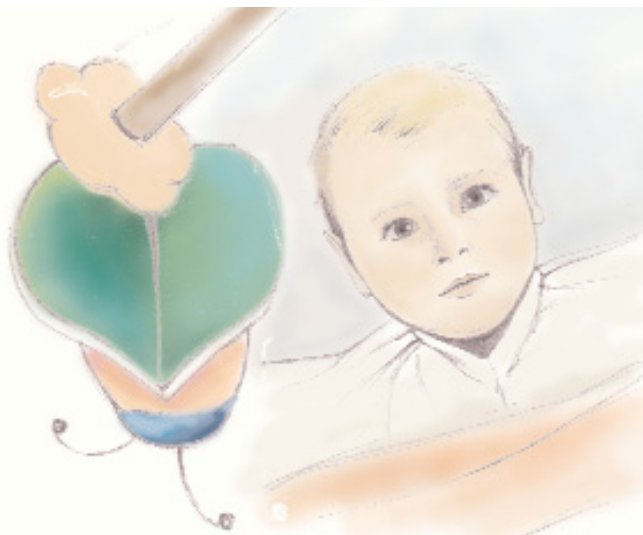
Alcune donne pensano che il modo migliore per non dimenticare di prendere i farmaci sia fare in modo che gli orari di assunzione corrispondano a quelli del bambino. Vale a dire che se il bambino deve prendere i farmaci due volte al giorno, fare in modo che gli orari corrispondano tra madre e figlio/a.

In seguito troverai due moduli che potrebbero aiutare te e il tuo bambino nelle prime sei settimane.

L'opuscolo "Introduzione alla terapia di combinazione", pubblicato da Nadir ONLUS - HIV Treatment Group - disponibile all'indirizzo:

<http://www.nadironlus.org/download/combo.pdf>

contiene altri trucchi per migliorare la tua aderenza.



## Come e quando saprò se il mio bambino è sieronegativo?

Nelle prime settimane tutti i bambini nati da madri sieropositive risultano positivi al test HIV.

Ciò perché hanno il sistema immunitario della madre e ne condividono gli anticorpi. Se il bambino non è sieropositivo, gli anticorpi scompariranno gradualmente. Tale processo può a volte richiedere anche 18 mesi.

Per testare l'HIV nei bambini si usa un test simile a quello della carica virale, l'HIV PCR DNA. In sostanza si cerca il virus integrato nelle cellule (linfomonociti) del sangue del bambino. E' buona pratica eseguire il test HIV al momento della nascita e poi dopo un mese e tre mesi. Se tutti i test sono negativi, e non state allattando al seno, allora il vostro bambino non è sieropositivo.

### Per controllare se il vostro bambino è sieronegativo: **Test HIV PCR DNA.**

E' basato sulla reazione a catena della polimerasi (PCR), è un test estremamente sensibile, in grado di rilevare anche la più piccola traccia di HIV DNA nel circolo sanguigno. Il test "amplificherà" o moltiplicherà il DNA virale che sarà in tal modo più facilmente visibile.



## Anche il mio bambino dovrà prendere farmaci dopo la nascita?

Il tuo bambino dovrà assumere i farmaci antiretrovirali per circa sei settimane dopo la nascita.

Si tratterà molto probabilmente di AZT, da assumere nel biberon due o quattro volte al giorno. Purché la madre non sia resistente all'AZT, è raro che al bambino venga prescritto più di un farmaco.

Come già suggerito in precedenza, cerca di fare in modo che gli orari di assunzione dei farmaci del tuo bambino corrispondano ai tuoi.

## Perché non posso allattare al seno?

Il rischio di trasmissione materno-fetale associato all'allattamento al seno è del 28%. Le donne sieropositive che vivono nei paesi industrializzati possono facilmente evitarlo usando il biberon.

## Allattamento artificiale

L'uso del latte artificiale e del biberon è fortemente consigliato a tutte le donne sieropositive.

Dopo aver fatto tutto il possibile durante la gravidanza ed il parto, non vorrai certamente mettere in pericolo il bambino allattandolo al seno!

Se per qualsiasi ragione non sei in grado di acquistare il latte artificiale, il biberon, e/o l'apparecchiatura per la sterilizzazione, sarà l'ospedale a fornirti il necessario, anche se la situazione varia nei centri clinici.

La tua ostetrica dovrebbe chiederti, di routine, se hai bisogno di tale supporto al momento della dimissione dall'ospedale. Nel caso tu non sia cittadina italiana, è importante sapere che nessuna delle persone che lavora in ospedale, incluso il personale di supporto, ha connessioni di qualsiasi genere con l'ufficio immigrazione.

## Posso allattare al seno di tanto in tanto?

**Allattare di tanto in tanto è fortemente sconsigliato**

∴ In realtà uno studio ha dimostrato che l'allattamento "misto" potrebbe essere associato ad un

rischio addirittura maggiore a quello associato al solo allattamento al seno.

## E se qualcuno mi chiede perché non allatto al seno?

∴ A volte le mamme temono che se non allattano al seno qualcuno potrebbe pensarle HIV+.

∴ Dire o non dire di essere sieropositive è una decisione che spetta esclusivamente a te.

∴ Se non vuoi dire a nessuno che non stai allattando al seno perché sei sieropositiva, il tuo medico o la tua ostetrica ti forniranno molte spiegazioni alternative per giustificare l'uso del biberon. Per esempio, che hai i capezzoli fragili oppure che il latte non viene, due condizioni assai comuni. Non sei una cattiva mamma se non allatti al seno.

## Perché dovrei usare contraccettivi dopo che è nato il bambino?

Ti verrà consigliato di utilizzare il contraccettivo, anche dopo che è nato il bambino.

Se hai iniziato ad usare i farmaci antiretrovirali durante la gravidanza e vuoi riprendere ad usare la pillola, potresti sentirti dire che in corso di trattamento antiretrovirale non tutti gli anticoncezionali orali garantiscono una protezione totale contro la gravidanza.

Ciò è dovuto al fatto che alcuni farmaci anti-HIV riducono il livello di alcuni contraccettivi orali.

Fai in modo che il medico sappia che sei in trattamento antiretrovirale e chiedi il suo consiglio.



## Consigli per l'aderenza ...

### Scelta del trattamento (terapia)

Raccogli tutte le informazioni relative a quello che dovrai fare prima di iniziare ad assumere il trattamento:

- . Quante compresse dovrai prendere tutti i giorni?
- . Con quale frequenza?
- . Qual' è il margine di errore?
- . Esistono restrizioni alimentari?
- . Dovrai tenere i farmaci in frigo?
- . Esistono opzioni migliori?

∴ Usa la scheda che trovi nelle pagine seguenti per pianificare le assunzioni giornaliere, per abituarti ad assumere correttamente il trattamento. Nelle prime settimane annota tutte le assunzioni e l'orario esatto in cui prendi i farmaci.

∴ Se hai problemi con gli effetti collaterali, mettiti in contatto con il tuo centro clinico. Il tuo medico potrebbe consigliarti altri farmaci che ti potrebbero aiutare a gestire gli effetti collaterali, o potrebbe decidere se sostituire il trattamento antiretrovirale.

∴ Al mattino prepara tutte le dosi che dovrai assumere nel corso della giornata e riponile in un porta-pillole. Così facendo potrai essere in grado di verificare se hai saltato o meno una dose.

∴ Usa una sveglia (o uno di quegli orologi con l'allarme incorporato) per ricordarti di prendere i farmaci.

∴ Quando ti allontani da casa, assicurati di portare con te una scorta di farmaci sufficiente.

∴ Conserva una piccola scorta di farmaci dove pensi potrebbe essere più utile averli a disposizione - in macchina, al lavoro, ecc... .

∴ Se hai degli amici che sono in trattamento, potresti chiedergli come si regolano. Alcuni centri clinici potrebbero essere in grado di metterti in contatto con qualcuno che già sta assumendo con successo i tuoi stessi farmaci. Considera anche di rivolgerti ad un'associazione di lotta all'AIDS.

∴ Chiedi al tuo medico un consiglio sui migliori farmaci per controllare nausea e diarrea. Nausea e diarrea sono tra gli effetti collaterali più comuni all'inizio del trattamento, ma generalmente scompaiono dopo le prime settimane.

∴ La maggior parte delle combinazioni comprendono farmaci da assumere due volte al giorno. Esistono tuttavia farmaci che si possono assumere una sola volta al giorno. Vale a dire che, nel caso tu avessi problemi ad assumere i farmaci due volte al giorno, puoi chiedere al tuo medico ti cambiarti la terapia.

(\*) Tratti dalla guida "Introduzione alla terapia di combinazione" e da "Come evitare e gestire gli effetti collaterali". Potete scaricare entrambi gli opuscoli collegandovi al sito: <http://www.nadironlus.org>

## Suggerimenti contro la nausea:

- ∴ Invece di fare due o tre pasti al giorno, mangia di meno ma con maggior frequenza.
- ∴ Cerca di mangiare alimenti leggeri evitando cibi speziati, unti o con odori forti.
- ∴ Lascia qualche biscotto secco accanto al letto, mangiane due o tre prima di alzarti la mattina.
- ∴ Lo zenzero è molto utile: può essere usato sotto forma di capsule, in polvere, oppure come radice fresca sbucciata e bollita in acqua calda.
- ∴ Nel caso in cui ti desse fastidio l'odore del cibo, apri le finestre e mantieni la stanza ventilata. Con il forno a microonde puoi preparare i pasti più rapidamente riducendo gli odori. Ciò ti permetterà di mangiare appena hai fame. Se possibile, chiedi a qualcun'altro di cucinare.
- ∴ Evita di mangiare in ambienti in cui l'aria sia viziata e/o in cui vi siano forti odori di cucina.
- ∴ Evita di mangiare in posizione distesa e non ti sdraiare subito dopo mangiato.
- ∴ Evita di bere durante i pasti, o immediatamente dopo: è meglio aspettare un'ora o due e poi bere lentamente.
- ∴ Cerca di mangiare pasti freddi e lascia raffreddare i cibi caldi prima di ingerirli.
- ∴ La menta è molto utile e può essere assunta in forma di tisana o di chewing gum.
- ∴ Agopressione ed agopuntura possono essere molto utili; puoi acquistare in farmacia dei cerotti contro la nausea.
- ∴ Cerca di evitare sostanze irritanti per lo stomaco come alcol, aspirina e/o tabacco.

## Programma giornaliero

Usa questa tabella per pianificare (assieme al tuo medico) le assunzioni giornaliere dei farmaci della tua combinazione. Colora le caselle corrispondenti se devi evitare il cibo (se ad esempio usi ddl o indinavir) ed usa un colore differente nel caso tu debba mangiare prima di assumere un farmaco (ad esempio lopinavir/r, nelfinavir, ritonavir, saquinavir).

	AM												PM								AM			
FARMACO ↓	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4

## Controllo dell'aderenza

Una volta che hai costruito il programma giornaliero, usa la tabella successiva per annotare ognuna delle dosi assunte nel corso della giornata (nelle prime due settimane). Nelle caselle superiori annota il nome del farmaco e l'orario in cui devi assumerlo. Usa un riquadro differente per ogni farmaco. Quindi fai un segno "di spunta" per ogni dose assunta e annota l'orario di assunzione nella sezione sottostante. Fotocopia la pagina, oppure disegnalala da sola per la seconda e la terza settimana. Ciò ti aiuterà a capire se stai assumendo correttamente il trattamento e faciliterà la visita successiva con il tuo medico.

SETTIMANA DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

	NOME del FARMACO e ORARIO di ASSUNZIONE (Mattino, AM)			NOME del FARMACO e ORARIO di ASSUNZIONE (Pomeriggio, PM)		
Lunedì						
Martedì						
Mercoledì						
Giovedì						
Venerdì						
Sabato						
Domenica						