



Update Leitlinie HIV-Therapie in der Schwangerschaft

Die Empfehlungen zur ART in der Schwangerschaft weichen von den unlängst ebenfalls aktualisierten Empfehlungen zur allgemeinen ART kaum ab, doch es gibt einige wenige, aber relevante Unterschiede.

Bei den Empfehlungen zur Behandlung von Schwangeren mit HIV spielt die klinische Erfahrung, d.h. die Daten von Schwangeren unter antiretroviraler Therapie eine entscheidende Rolle. Besondere Bedeutung kommt hier dem in den USA verorteten internationalen Schwangerschaftsregister zu (Antiretroviral Pregnancy Registry/apregriсты.com). Hinzu kommen Ergebnisse aus randomisierten Studien zur ART in der Schwangerschaft, die vor allem in HIV-Hochprävalenzländern durchgeführt werden.

WAS IST NEU?

Für die Erstlinientherapie in der Schwangerschaft wird nach wie vor ein 3er-Regime empfohlen. Hier wurde Biktarvy neu in die empfohlenen Therapieregime aufgenommen. Die duale Therapie mit Dolutegravir/Lamivudin kann – bei engmaschiger Kontrolle der Viruslast – als Alternative eingesetzt werden. Bei den NRTI wurde neben TDF jetzt auch TAF in die Liste der empfohlenen Substanzen aufgenommen. Als Kombinationspartner können neben den INSTI Bictegravir und Dolutegravir, der Proteasehemmer Darunavir geboostert mit Ritonavir und der NNRTI Rilpivirin eingesetzt werden. Zu Doravirin liegen derzeit noch nicht genügend Daten zum Einsatz in der Schwangerschaft vor und somit bleibt es hier im Unterschied zur allgemeinen ART-Leitlinie bei einer individuellen Entscheidungsfindung (Tab. 1).

NRTI + INSTI
Tenofovir DF/Emtricitabin (300 mg/200 mg Fixkombination) 1x tgl. + Dolutegravir (50 mg) 1x tgl.
Tenofovirafenamid/Emtricitabin/Bictegravir (200 mg/25 mg/50 mg Fixkombination) 1x tgl.
NRTI + PI/r
Tenofovir DF/Emtricitabin (300 mg/200 mg Fixkombination) 1 x tgl. + Darunavir/Ritonavir (600 mg/100 mg) 2x tgl. <i>oder</i>
Tenofovirafenamid Emtricitabin (200 mg/25 mg/ Fixkombination) 1 x tgl. + Darunavir/Ritonavir (600 mg/100 mg) 2x tgl.
NRTI + NNRTI
Tenofovir DF/Emtricitabin/Rilpivirin (300 mg/200 mg/25 mg Fixkombination) 1x tgl. Tenofovirafenamid/Emtricitabin/Rilpivirin (200 mg/25 mg/25 mg Fixkombination) 1x tgl.
Alternative Regime
NRTI + INSTI
Abacavir ¹ /Lamivudin/Dolutegravir (600 mg/300 mg/50 mg Fixkombination) 1x tgl. Lamivudin/Dolutegravir (300 mg/50 mg Fixkombination) 1x tgl.
Tenofovir DF/Emtricitabin (300 mg/200 mg Fixkombination) 1x tgl. + Raltegravir (400 mg) 2x tgl.
NRTI + PI/r
Abacavir ¹ /Lamivudin (600 mg/300 mg Fixkombination) 1x tgl. + Darunavir/Ritonavir (600 mg/100 mg) 2x tgl.

¹ Abacavir nur, wenn Patientin HLA-B*57:01 negativ und Ausgangsviruslast <100.000 Kopien/ml

Tab. 1 **Empfohlene ART-Regime für die HIV-Erstlinientherapie in der Schwangerschaft**

INDIVIDUELLE ENTSCHEIDUNG BEIM WEITERFÜHREN NEUER SUBSTANZEN

Antiretrovirale Regime werden bei jungen Frauen zumeist auch im Hinblick auf eine mögliche ungeplante Konzeption ausgewählt, um Therapiewechsel in der Schwangerschaft zu vermeiden. Gemäß der neuen Empfehlungen sollte auch eine mütterliche ART mit nicht primär empfohlenen Substanzen – sofern sie effektiv und verträglich ist – möglichst weitergeführt werden. Eine tabellarische Übersicht zum Einsatz antiretroviraler Substanzen in der Schwangerschaft bietet eine gute Hilfestellung bei der

Entscheidungsfindung (Tab. 2). Die Tabelle wurde aktualisiert, wobei auch die Anzahl der im internationalen Schwangerschaftsregister erfassten Ersttrimesterexpositionen mit der entsprechenden Fehlbildungsrate angegeben werden. Ebenfalls neu in der Tabelle ist die Unterscheidung zwischen „Empfehlung bei Therapiebeginn“ und „Empfehlung beim Weiterführen“ mit Begründung.

ENTBINDUNG UND NEO-PEP

Im Hinblick auf den Entbindungsmodus, die intra- und postpartale Expositionsprophylaxe gibt es keine

HIV-RNA der schwangeren Person bei Entbindung (Kopien/ml)	Maßnahme
<ul style="list-style-type: none"> >50 	 Sectio & Intrapartale AZT-Gabe
<ul style="list-style-type: none"> 50-1.000 >1.000 	 Neo-PEP Erweiterte Neo-PEP

Abb. 1 Maßnahmen zur Reduktion der vertikalen HIV-Übertragung bei schwangeren Personen mit einer nachweisbaren Viruslast bei Entbindung. Neben der stets empfohlenen antiretroviralen Therapie in der Schwangerschaft orientieren sich diese eskalierenden Prophylaxemaßnahmen an der Höhe der HIV-RNA der schwangeren Person

Änderungen. Frauen mit einer nicht nachweisbaren Viruslast (<50 Kopien/ml) können vaginal entbinden. Die intrapartale Expositionsprophylaxe soll in diesem Fall nicht erfolgen. Die Neo-PEP für das Neugeborene kann bei supprimierter maternaler Viruslast ebenfalls entfallen.

Bei nachweisbarer mütterlicher Viruslast wird weiterhin eine elektive Sectio, eine intrapartale AZT-Gabe sowie eine risikoadaptierte Postexpositionsprophylaxe empfohlen (Abb. 1).

STILLEN

Zum Stillen hat sich die neue Leitlinie eindeutig positioniert. Frauen mit supprimierter Viruslast können stillen, bei nachweisbarer Viruslast soll weiterhin vom Stillen abgeraten werden. Kontrollen der mütterlichen Viruslast sollten im ersten Monat nach der Entbindung und dann alle zwei Monate erfolgen. Die Inhalte der Beratung zum Stillen wurden überarbeitet und ergänzt und es gibt jetzt auch Empfehlungen zum Vorgehen bei einem Anstieg der Viruslast auf >50 Kopien bei der stillenden Person. Unabhängig von der Stilldauer, bei der die Leitlinie keine zeitliche Begrenzung vorsieht, ist es unablässig, nach dem Abstillen eine vertikale HIV-Transmission beim

ART Komponente	Therapiebeginn in der Schwangerschaft	Weiterführen in der Schwangerschaft (VL<50 Kopien & ART wird gut vertragen)	Anzahl Ersttrimesterexpositionen Stand 31.1.2024 www.apregistry.com
Bictegravir	empfohlen	kann weitergeführt werden	539
Cabotegravir long acting	nicht empfohlen	kann individuell erwogen werden	20
Dolutegravir	empfohlen	empfohlen	1.052
Elvitegravir/cobicistat	nicht empfohlen	nicht empfohlen (Risiko unzureichender Medikamentenspiegel in der Spätschwangerschaft)	455
Dolutegravir/Lamivudin (Fixkombination)	als Alternative empfohlen	kann weitergeführt werden (engmaschige Viruslastkontrollen v.a. in der Spätschwangerschaft)	1.052 / 5.684
Atazanavir/cobicistat	nicht empfohlen	nicht empfohlen (Risiko unzureichender Medikamentenspiegel in der Spätschwangerschaft)	Atazanavir insgesamt 1.485
Atazanavir/ritonavir	nicht empfohlen	individuelle Entscheidung	
Darunavir/ritonavir	empfohlen	empfohlen	Darunavir insgesamt 766
Darunavir/cobicistat	nicht empfohlen	nicht empfohlen (Risiko unzureichender Medikamentenspiegel in der Spätschwangerschaft)	
Lopinavir/ritonavir	nicht empfohlen	kann weitergeführt werden	1.452
Efavirenz	nicht empfohlen	kann weitergeführt werden	1.198
Doravirin	nicht empfohlen	individuelle Entscheidung	14
Etravirin	nicht empfohlen	individuelle Entscheidung	73
Nevirapin	nicht empfohlen	kann weitergeführt werden	1.180
Rilpivirin/oral	empfohlen	empfohlen	Rilpivirin insgesamt 738
Rilpivirin/long acting	nicht empfohlen	individuelle Entscheidung (engmaschige Viruslastkontrollen v.a. in der Spätschwangerschaft)	
Abacavir	alternativ	kann weitergeführt werden	1.481
Emtricitabin	empfohlen	empfohlen	5.030
Lamivudin	alternativ	kann weitergeführt werden	5.684
Tenofoviridisoproxil	empfohlen	empfohlen	5.014
Tenofovirafenamid	empfohlen	empfohlen	1.242
Zidovudin	nicht empfohlen	kann weitergeführt werden	4.256
Enfuvirtid	nicht empfohlen	kann weitergeführt werden	24
Fostemsavir	nicht empfohlen	individuelle Entscheidung	2
Ibalizumab	nicht empfohlen	individuelle Entscheidung	20
Lenacapavir	nicht empfohlen	individuelle Entscheidung	0
Maraviroc	nicht empfohlen	individuelle Entscheidung	32

Tab. 2 Übersicht zum Einsatz antiretroviraler Substanzen in der Schwangerschaft

Säugling sicher auszuschließen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die aktualisierte Leitlinie mehr Normalität für Schwangere mit HIV und ihre exponierten Kinder ermöglicht. Die Leitliniengruppe wird ergän-

zend zu den aktualisierten Empfehlungen noch Informationsmaterial erarbeiten, dass über die Homepage der DAIG zur Verfügung gestellt wird.

Dr. Annette Haberl, Frankfurt
Dr. Ramona Pauli, München