

Małgorzata Pawłowska, Małgorzata Sobolewska-Pilarczyk

REKOMENDACJE POSTĘPOWANIA W PROFILAKTYCE WERTYKALNYCH ZAKAŻEŃ HBV I HCV

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Collegium Medicum w Bydgoszczy, Wydział Lekarski
Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii Wieku Rozwojowego

Ryzyko transmisji wertykalnej zakażenia HBV wynosi 5-15%. Do większości zakażeń wertykalnych dochodzi w okresie okołoporodowym. Głównym czynnikiem ryzyka transmisji jest wielkość replikacji HBV.

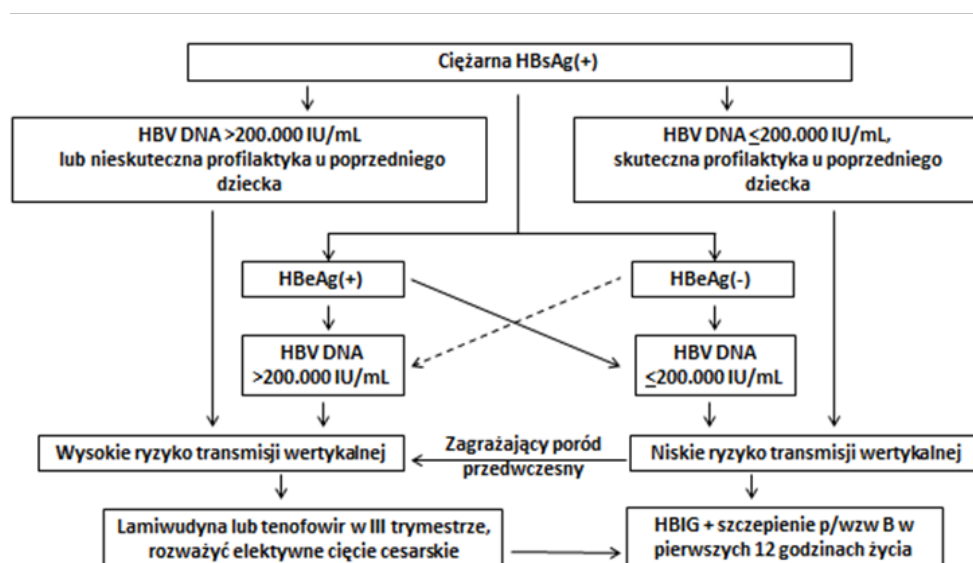
Za ciążę wysokiego ryzyka transmisji wertykalnej zakażenia HBV uważa się ciążę u kobiety z HBV DNA powyżej 200 000 IU/mL i/lub nieskuteczną profilaktyką transmisji wertykalnej HBV w poprzedniej ciąży.

U każdej kobiety zakażonej HBV należy na przełomie drugiego i trzeciego trymestru ciąży oznaczyć stężenie HBV DNA. W przypadku wysokiej wirēmii (>200.000 IU/mL) sugeruje się podawanie analogów nukleozydowych /nukleotydomowych w trzecim trymestrze ciąży celem obniżenia wirēmii HBV. Najwięcej doniesień opisujących chemioprowfilaktykę wertykalnych zakażeń HBV dotyczy lamiwudyny, ostatnio wskazuje się na możliwość zastosowania tenofowiru. Tenofowir należy do grupy B, natomiast lamiwudyna do grupy C w klasyfikacji FDA dotyczącej stosowania leków u kobiet ciężarnych.

Kolejną metodą profilaktyki wertykalnego zakażenia HBV jest rekomendowanie rozwiązania ciąży drogą elektywnego cięcia cesarskiego. Udowodniono, że u matek z wysoką wirēmią elektywne cięcie cesarskie istotnie obniża ryzyko transmisji wertykalnej.

Niezależnie od stężenia HBV DNA u kobiety ciężarnej, każdy noworodek matki zakażonej HBV powinien w pierwszych dwunastu godzinach życia otrzymać immunoglobulinę anti-HBV oraz pierwszą dawkę szczepionki p/HBV. Dla noworodków urodzonych z masą ciała poniżej 2000g rekomenduje się 4 dawki szczepionki.

W tej grupie dzieci wskazana jest kontrola skuteczności szczepień. U dziecka matki zakażonej HBV należy pomiędzy 9 a 18 miesiącem życia oznaczyć obecność HBsAg, anti-HBs oraz anti-HBc w klasie IgG. U niezakażonych niemowląt, nieodpowiadających na szczepienie rekomenduje się dodatkową serię szczepień i ponowne badanie anti-HBs.



Algorytm oceny ryzyka i profilaktyki transmisji wertykalnej zakażenia HBV

PROFILAKTYKA WERTYKALNYCH ZAKAŻEŃ HCV

U każdej kobiety ciężarnej wskazane jest wykonanie badania w kierunku obecności przeciwciał anty-HCV. Ryzyko transmisji wertykalnej zakażenia HCV wynosi 3-5%, głównym czynnikiem ryzyka jest wysokość replikacji mierzona stężeniem HCV RNA.

U kobiet zakażonych HCV należy pod koniec drugiego trymestru ciąży oznaczyć stężenie HCV RNA.

W przypadku wysokiej wirēmii ($>10^5$ IU/ml) należy zaproponować rozwiązanie ciąży elektywnym cięciem cesarskim.

Dotychczas nie opisano chemioprophylaktyki wertykalnych zakażeń HCV, natomiast niektóre leki stosowane w terapii bezinterferonowej przewlekłych zakażeń HCV (ombitaswir, parytaprewir i dasabuwir- terapia 3D oraz sofosbuwir) znajdują się w grupie B w klasyfikacji FDA dotyczącej stosowania leków u kobiet ciężarnych.

Przeciwciała anty-HCV przechodzą przez łożysko, dlatego są obecne u każdego noworodka matki zakażonej HCV. U zdrowego dziecka przeciwciała anty-HCV najczęściej zanikają w pierwszym roku życia, ale mogą utrzymywać się do 18. miesiąca życia.

Diagnostyka wertykalnego zakażenia HCV wymaga przeprowadzenia w pierwszym roku życia minimum dwóch badań HCV RNA w odstępie co najmniej trzech miesięcy. Dwukrotne stwierdzenie niewykrywalnej wirēmii wyklucza wertykalne zakażenie HCV, dwukrotny wynik pozytywny potwierdza to zakażenie.

PIŚMIENNICTWO

1. Pan CQ, Zou HB, Chen Y, et al. Cesarean section reduces perinatal transmission of hepatitis B virus infection from

- hepatitis B surface antigen-positive women to their infants. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013;11(10):1349-55.
2. Greenup AJ, Tan PK, Nguyen V, et al. Efficacy and safety of tenofovir disoproxil fumarate in pregnancy to prevent perinatal transmission of hepatitis B virus. *J Hepatol* 2014;61(3):502-7.
3. Pan CQ, Zou HB, Chen Y, et al. Cesarean section reduces perinatal transmission of hepatitis B virus infection from hepatitis B surface antigen-positive women to their infants. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013;11(10):1349-55.
4. Current recommendations of managing HBV infection in preconception or pregnancy. *Front Med.* 2014;8(2):158-65.
5. Visvanathan K, Dusheiko G, Giles M, et al. Managing HBV in pregnancy. Prevention, prophylaxis, treatment and follow-up: position paper produced by Australian, UK and New Zealand key opinion leaders. *Gut* 2016;65(2):340-50.
6. Tovo PA, Calitri C, Scolfaro C, Gabiano C, Garazzino S. _Vertically acquired hepatitis C virus infection: Correlates of transmission and disease progression._ *World J Gastroenterol* 2016;22(4):1382-92.
7. Kanninen TT¹, Dieterich D², Ascitti S HCV vertical transmission in pregnancy: New horizons in the era of DAAs. *Hepatology* 2015, 62(6):1656-8.

Otrzymano: 16.02.2016 r.

Zaakceptowano do publikacji: 25.02.2016 r.

Adres do korespondencji:

Prof.dr hab.med. Małgorzata Pawłowska
Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii Wieku
Rozwojowego CM UMK
ul. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz
tel. 52 325-56-05, fax 52 345-56-50
e-mail: mpawłowska@cm.umk.pl