

Gebelik ve Jinekolojide AIDS'in Önemi

L. KIVRIKOĞLU^a, T. YARDIM^b, S. KIVRIKOĞLU^c

^a Edirne Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi (Uzm. Dr.) EDİRNE

^b Trakya Tıp Fak. Kadın Hast ve Doğum Anabilim dalı öğretim üyesi (Doç. Dr.) EDİRNE

^c Trakya Tıp Fak. Dermatoloji Anabilimdalı (Arş. Gör.) EDİRNE

ÖZET :

1981 yılından beri yapılan araştırmaların sonucuna göre AIDS'in yayılmasında en büyük rolün cinsel temasta olması, semen ve servikal sekretten HIV izole edilmesi, gebelik sırasında ve perinatal devrede bebeğe bulaşabileceğinin gösterilmesi ile Doğum Hekimleri ciddi problemlerle karşı karşıya kalmışlardır. Anne sütünden virüsün izole edilmesi hastalığın bu yolla da geçebileceğini göstermektedir.

SUMMARY :

Investigations since 1981 have revealed that sexual contact played a major role in transmission, HIV has been isolated from semen and cervical secretion, and transmission might occur during gestation and perinatal period. All of these faced obstetricians with serious problems. Isolation of he HIV from human breas milk suggests that this could be another way for transmission of virus.

GENEL BİLGİLER :

İlk kez 1981'de tanımlanan AIDS; homoseksüeller, bisexsüeller, hayat kadınları, damardan uyuşturucu kullananlar, kan transfüzyonu yapılan kişilerden oluşan yüksek risk grubunda hücresel immünitetenin azalması veya tamamen yok olması ile oluşan fırsatçı enfeksiyonlar ve bazı malign tablolara karakterize bir hastaliktır.. Etkeni T₄ lenfositlerde üreyen bir retrovirüstür (HTLV-III: human T-cell lymphotropic virus type III) (LAV : lymphadenopathy associated virus) (HIV : human immunodeficiency virus)^{1, 2, 3, 5}.

Klinik tablo üç şekilde görülebilir :

- a) Ağır klinik tablonun görüldüğü AIDS,
- b) Daha selim seyreden ARC (AIDS Related Complex).
- c) Asemptomatik taşıyıcılar^{3, 4, 5}

GEBELİK ve JINEKOLOJİDE AIDS'İN ÖNEMİ

En sık görülen fırsatçı enfeksiyonlar; *Pneumocystis carinii*, *Toxoplasmosis*, *Candidiasis*, *Histoplasmosis*, *Cytomegalovirus*, *Herpes Simplex* gibi etkenlere bağlıdır. En sık görülen maligniteler ise *Kaposi sarkomu* ve *non-Hodgkin lenfomalar*^{8, 9}. ARC belirtileri ise;

- a) Halsizlik,
- b) Ateş,
- c) Kronik ishal,
- d) Gece terlemeleri,
- e) Kilo kaybı (sürekli),
- f) Lenfadenopati'dır.

Tanıda klinik, T-helper/T-suppressor oranının düşmesi ve antikor testleri önemlidir. Serolojik testler ELISA, RIA gibi tarama testleri, Westren blot, RIP ve immünofluoresans mikroskopi testleri gibi doğrulama testleri olarak ayrırlırlar. Ayrıca antijen saptama testleri de mevcuttur^{5, 8, 9, 10}.

Virüs; periferik kan, kemik ilgi, lenf bezleri, beyin, serebrospinal sıvı, semen, salya, gözyası, insan sütü ve servikal sekresyonlardan izole edilmiştir. En çok cinsel ilişki, sonra sırası ile uyuşturucu kullananlarda kontamine ignelerin ortak kullanılması, kan transfüzyonu ile bulaşır. Anneden bebeğe geçiş ve suni tohumlama (Artificial insemination) sırasında da bulaşma mümkündür¹. Enfeksiyon bulastıktan sonra semptomlar 6 ay ile 5 yıl arasında ortaya çıkmaktadır³.

Virüs % 0.3 hidrojen peroksit, % 50 etil alkol, % 35 izopropil alkol, % 0.5 paraformaldehit, % 0.5 lizol ve % 0.1 hipoklorür'de 10 dakikada, 60°C ısıda da 30 dakikada yokedilebilir. Ultraviyoleye dirençlidir^{1, 3}.

Korunma önlemleri olarak partner değişiminin azaltılması, prezervatif kullanımı kan ve organ nakillerinde donörlerde HIV antikor arama testleri yapılması sayılabilir^{1, 3, 5}.

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM YÖNÜNDEN AIDS :

Yukarıda bahsedildiği gibi HIV'in anneden bebeğe gebelik ve suni tohumlama yöntemi esnasında da geçebileceği saptanmıştır. Anneden çocuğa geçişin 3 yolla olduğu kabul edilmektedir: Transplasental, İntrapartum (enfekte anne kanıyla temas), Postnatal (anne sütü veya yakın temasla)^{11, 12, 13, 14, 15}. Anneden bebeğe HIV geçiş oranı çeşitli araştırmalarda % 22 - % 91 arasında değişmektedir^{16, 17, 18}.

HIV semen ve servikal sekretter izole edilmiş ve hastalığın bulaşmasında en büyük oranı seksüel teması oluşturduğu saptanmıştır. Etkinliği tam olarak doğrulanmamasına rağmen temas sırasında prezervatif kullanılması tavsiye edilmektedir. Yüksek riskli kadın ve erkek gruplarda taramalar yapılmalı, HIV antikoru pozitif olanlara hem eşlerine hem de bebeklerine hastalığı bulaştıracabilecekleri anlatılmalıdır. Ayrıca gebelikte immün sisteme oluşan değişiklikler nedeniyle HIV enfeksiyonunun AIDS veya ARC'e dönüşmesi ilerlemesi söz konusudur. Epidemiyolojik çalışmalar asemptomatik annelerden bebeklerine HIV geçebileceğini ve bu çocukların ileride AIDS olabileceğini göstermiştir. Pediatric bir AIDS olgusu saptandığında annesinin enfekte ancak asemptomatik olabileceği gözönünde tutularak araştırılmalıdır. Bununla birlikte halen semptomatik veya asemptomatik annelerin enfeksiyonu bebeklerine ne oranda geçirebilecekleri tam olarak bilinmemektedir. İşveçte gebelerin HIV antikor testlerinin istege bağlı olarak yapılacağını bildirmiş ve gebelerin yaklaşık hepsi buna uymuşlardır. Bazı ülkelerde de AIDS'lı gebelerin abortion yaptırımları önerilmiştir. Genelde HIV enfeksiyonuna ait klinik bulguları olan, damardan uyuşturucu kullanan, heteroseksüel bulaşmanın etkin olduğu ülkelerde doğan, hayat kadını olan, hemofili, bisexUEL veya HIV belirtileri bulunan partnerleri olan gebelerde HIV antikor taramaları yapılması önerilir^{1, 3}.

Suni tohumlama sırasında da HIV'in bulaşıldığı bildirilmiştir. Bu sebepten dolayı tüm sperm donörleri taramaya tabi tutulmalıdır. Enfekte kişilerin 2-4 aylık seronegatif bir devreleri olabileceği için spermleri saklamalı veya 3-6 aydır sürekli kontrola gelen donörler kullanılmalıdır. Yüksek riskten olanlar seronegatif bile olsalar donör olarak kullanılmamalıdır. Anne sütü ile geçiş olabileceği için yüksek risk grubunda olanların emzirmemesi, diğer annelerin de HIV antikor taramalarına tabi tutulmaları önerilebilir¹.

AIDS'in nosocomial bulaşma riski azdır. Tüm spesyalist ve cerrahi aletler yukarıda bahsedilen uygun yöntemlerle sterilize veya dezenfekte edilmelidir. Temasla HIV bulaşıldığı konusunda bir bulgu yoktur. Enfekte kandan iğne batması vs. gibi kazalarla HIV bulaşması çok nadirdir. Yine de kan ve kan ürünleri ile temas ederken çok dikkatli olmalıdır¹.

Epidemiyolojik araştırmalar ilerledikçe şu anda bir sorun olan anneden bebeğe bulaşma sıklığı, fetusun, yeniden doğan ve sonraki gebeliklerin kaderi hakkında daha geniş bilgilere sahip olup, bunlara daha kolay çözüm bulunabileceğini umuyoruz. Bu arada tüm kadın hastalıkları ve Doğum uzmanları klinik çalışmaları sırasında enfekte ancak asemptomatik veya ARC'lı veya AIDS'lı hastalarla karşılaşabileceklerini düşünerek HIV ve klinik tabloları hakkında kapsamlı bir şekilde bilgi edinmelidirler¹.

GEBELİK ve JİNEKOLOJİDE AIDS'in ÖNEMİ

KAYNAKLAR :

1. **Weber DJ, Redfield RR, Lemon SM, Acquired immunodeficiency syndrome : Epidemiology and significance for the obstetrician and gynecologist.** Am J Obstet Gynecol 1986; 155 : 235 — 40.
2. **International Conference on Acquired Immunodeficiency Syndrome : 14 — 17 April 1985.** Atlanta Georgia, Ann Intern Med 1985; 103 : 653 — 781.
3. **Oguzan M.** AIDS ve AIDS'in önlenmesi için alınan karar ve önlemler konusundaki son bilgiler, İzmir : 1. Ulusal İnfeksiyon Hast. Kongresi, 20 — 23 Nisan 1987.
4. **Redfield RR, Wright DC, Tramont EC.** The Walter Reed staging classification for HTLV — III/LAV infection. N Engl J Med 1986; 314 : 131 — 32.
5. **Blattner Wa, Bigger RJ, Weiss SH, et al.** Epidemiology of human T — lymphotropic virus type III and the risk of acquired immunodeficiency syndrome. Ann Intern Med Intern Med 1985 ; 103 : 665 — 70.
6. **Jaffe HW, Breiman DJ, Selik RM, Acquired immune deficiency syndrome in the United States. The first 1000 cases.** J Infect Dis 1985; 148 : 340
7. **Centers for Disease Control.** Revision of the case definition of acquired immune deficiency syndrome for national reporting-United States. MMWR 1985; 34 : 373 — 5.
8. **Allain JP, Paul DA, Laurian Y, Senn D.** Serological markers in early stages of human immunodeficiency virus infection in hemophiliacs. Lancet 29 Nov 1986 : 1233.
9. **Paul JMA, Paul DA, Huisman HG et al.** Persistent HIV antigenemia and decline of HIV core antibodies associated with transition to AIDS. Brit Med J 1986; 293 : 1459.
10. **Gottlieb MS, Schroff R, Schruber HM et al.** Pneumocystis Carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men : evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. N Engl J Med 1981; 305 : 1425 — 31.
11. **Jovaasis E, Koch MA, Schafer A et al.** LAV/HTLV — III in 20 week fetus. Lancet 1985 : 2 : 1129.
12. **Cowan MJ, Hellman D, Chudwin D, et al.** Maternal transmission of acquired immune deficiency syndrome. Pediatrics 1984; 73 : 382 — 6.
13. **Lapointe N, Michaud J, Pekovic D, et al.** Transplacental transmission of HTLV — III virus. N Engl J Med 1985; 312 : 1325 — 6.
14. **Thirty L, Sprecher - Goldberger S, Jonckheer T, et al.** Isolation of AIDS virus from cell - free breast milk of three healthy virus carriers. Lancet 1985; 2 : 891 — 2.
15. **Ziegler JB, Cooper DA, Johnson RO, et al.** Postnatal transmission of AIDS - associated retrovirus from mother to infant. Lancet 1985 ; 1 : 896 — 8.
16. **Scott GB, Fischl MA, Klimas N, et al.** Mothers of the infants with the AIDS : outcome of subsequent pregnancies. Atlanta, Georgia : International Conference on AIDS, April 14 — 17, 1985.
17. **Thomas PA, Lubin K, Enlow RW, et al.** Comparison of HTLV — II serology, T — cell levels, and general health status of children whose mothers have AIDS with children of healthy innercity mothers in New York. Atlanta Georgia : International conference on AIDS. April 14 — 17, 1985.
18. **LuziG, Ensoli B, Turbessi G e al.** Transmission of HTLV — III Infection by heterosexual contact. Lancet 1985; 2 : 1018.