

## Neues aus dem SGGG-Vorstand

### SGGG-Rubrik im FHA wird eingestellt

*Der Vorstand der gynécologie suisse SGGG will für die Mitgliederinformation künftig auf die Onlinekanäle mit Newsletter und Webportal sowie die Mitgliederversammlung setzen. Aus diesem Grund wird die SGGG-Rubrik in der Frauenheilkunde Aktuell (FHA) per sofort eingestellt.*

Die gynécologie suisse SGGG hat die Mitgliederkommunikation bisher auf drei Säulen gestellt: Zum einen wurden Mitteilungen mit der SGGG-Rubrik im Magazin Frauenheilkunde Aktuell (FHA) über eine Printversion kommuniziert. Dazu bestehen seit längerem Onlinekanäle mit einem regelmässigen Newsletter und einer Website respektive einem „Closed User Bereich“. Als dritter Kommunikationsweg besteht eine Mitgliederversammlung. Nun hat der Vorstand an der Sitzung vom 3. Mai 2019 einstimmig beschlossen, die schriftlichen Publikationen aufzugeben. Ausschlaggebend für diesen Entscheid waren die zunehmenden Schwierigkeiten, eine Redaktionskommission zu bilden, der fehlende Feedback der Leser und der finanzielle Aufwand für die Produktion. Künftig sollen sämtliche Mitgliederinformationen über den Online-Newsletter erfolgen, der öfters erscheinen soll und in den zusätzliche Mitteilungen, wie

neue Chefärztinnen und Chefärzte, Preisgewinner am Kongress oder neue Expertenbriefe, ebenfalls aufgenommen werden sollen. Zudem soll künftig der Channel „Patientinnen“ auf der SGGG-Website gestärkt und als Informationsplattform ausgebaut werden. Nach nun mehr viereinhalb Jahren wird diese Ausgabe daher die letzte SGGG-Rubrik im FHA sein. Der SGGG-Vorstand dankt den Herausgebern und dem Redaktionsteam der FHA und der SGGG-Rubrik für das Engagement und die stets gute Zusammenarbeit!



*Thomas Eggimann,*  
Generalsekretär SGGG

## Die SGGG-Arbeitsgruppen stellen sich vor

### SAPGG – die Schweizer Arbeitsgemeinschaft für Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe

*Die SAPGG bearbeitet Themen rund um die psychosomatischen Probleme und Erkrankungen von Patientinnen im Bereich der Frauenheilkunde.*

Die SAPGG vertritt die Anliegen der gynäkologischen und geburtshilflichen Psychosomatik in der Schweiz. Die Arbeitsgemeinschaft bearbeitet Themen rund um die diagnostische, gynäkologische und psychosomatische Abklärung sowie psy-

chologische Beratung und Behandlung von Patientinnen mit körperlichen und psychischen Beschwerden im Bereich der Frauenheilkunde. Die SAPGG ist eine Arbeitsgruppe innerhalb der gynécologie suisse SGGG sowie der Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM). Der Verein gehört der ISPOG (International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology) an.

#### **Zweck der Arbeitsgemeinschaft**

Die Tätigkeit der Arbeitsgemeinschaft zielt auf die Forschung und Lehre im Bereich der psychosomatischen Gynäkologie

und Geburtshilfe. Zudem gestaltet sie die im Katalog zur Erlangung des FMH Gynäkologie und Geburtshilfe erforderlichen psychosomatischen Kompetenzen, erarbeitet Richtlinien im Fachbereich Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe für die Aus-, Weiter- und Fortbildung, setzt Leitplanken zur Qualitätssicherung und organisiert medizinische Tagungen zum Thema. Im Besonderen publiziert die SAPGG auch entsprechende standespolitische Stellungnahmen nach vorheriger Absprache mit den Vorständen der SAPP und SGGG.

#### Vorstand der SAPGG

- Dr. med. Manuella Epiney, Präsidentin
- Dr. med. Caroline D'Andres, Sekretärin
- Dr. med. Simone Göttler, Kassier
- Dr. med. Anja Gairing, Beisitzerin
- Dr. med. Monika Müller Sapin, Beisitzerin
- Dr. med. Dorothea Hefti, Beisitzerin
- Dr. med. Sandra Fornage
- Dr. med. Anna Raggi Nüssli

## Leitlinienprogramm DGGG, SGGG und OeGGG

### Neue Leitlinie: Prävention und Therapie der Frühgeburt

*Die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) arbeitet im Rahmen eines länderübergreifenden Leitlinienprogramms eng mit ihren deutschen und österreichischen Partnerorganisationen zusammen. Im März ist die neueste Leitlinie zum Thema Frühgeburt erschienen.*

Seit dem Jahr 2015 entwickeln SGGG, DGGG und OeGGG gemeinsame Behandlungsempfehlungen für den Fachbereich Gynäkologie und Geburtshilfe. Die fertigen Leitlinien werden mit der SGGG-Website verlinkt ([www.sggg.ch](http://www.sggg.ch)). Die neueste Leitlinie betrifft die Prävention und Therapie der Frühgeburt. Die Frühgeburt ist nicht nur ein Krankheitsbild von hoher klinischer Relevanz, sie ist auch ein wesentlicher Faktor der perinatalen Morbidität und Mortalität. Die psychomotorische Entwicklung frühgeborener Kinder bleibt signifikant hinter derjenigen der Reifgeborenen zurück. Die Frühgeburt ist somit einer der Hauptrisikofaktoren für „disability-adjusted life years“ (verlorene Jahre aufgrund von Krankheit, Behinderung oder frühem Tod). Ziel der Leitlinie ist es, eine optimierte

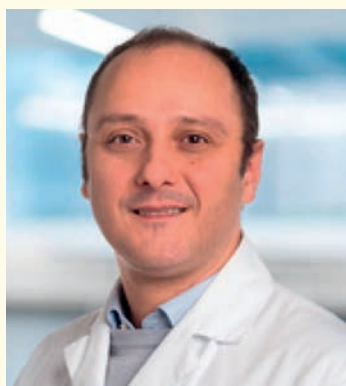
Betreuung von Patientinnen mit drohender Frühgeburt im ambulanten wie im stationären Versorgungssektor zu erreichen und damit eine Senkung der Frühgeburtenrate. Bei nicht mehr aufzuhaltender Frühgeburt wird eine Reduktion der perinatalen bzw. neonatalen Morbidität und Mortalität angestrebt. Dadurch soll auch die psychomotorische und kognitive Entwicklung frühgeborener Kinder verbessert werden.



**Prof. Dr. med. Daniel Surbek,**  
Co-Klinikdirektor und Chefarzt  
Universitätsklinik für Frauen-  
heilkunde  
Inselspital Bern und  
Präsident der Kommission  
Qualitätssicherung SGGG

## Neue Chefärztinnen und Chefarzte

---



**Prof. Dr. Andrea Papadia**

**Neuer Chefarzt Frauenklinik am Ospedale Regionale di Lugano**  
Prof. Dr. Andrea Papadia wurde per 1. April 2019 zum Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Ospedale Regionale in Lugano ernannt. Nach dem Abschluss des Medizinstudiums 1999 in Genua, erwarb Professor Papadia 2004 seinen Facharzttitel in Gynäkologie und Geburtshilfe. Nach mehreren Jahren der Tätigkeit in den Vereinigten Staaten kehrte er 2012 nach Italien zurück und arbeitete als Assistenzprofessor in Genua und als Leitender Arzt am Istituto Nazionale Tumori in Mailand. Im Jahr 2015 übersiedelte Andrea Papadia in die Schweiz, wo er zuerst am Inselspital Bern tätig war und nun ans Ospedale Regionale in Lugano berufen wurde.



**Dr. Katharina Goppel**

**Neue Frauenärztin im Spital Thuis**

Die Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe im Spital Thuis bekommt Verstärkung. Seit dem 1. Juni 2019 unterstützt Frau Dr. Katharina Goppel den Chefarzt Kurt Weber und das Hebammenteam in der konservativen und operativen Gynäkologie und in der Geburtshilfe als Leitende Ärztin. Sie hat ihre Ausbildung an der Frauenklinik und Poliklinik der Technischen Universität München erhalten, war dort anschließend als Fachärztin tätig und arbeitete zuletzt in gynäkologischen Sprechstunden in München und im Allgäu.

**Expertenbrief No 60 (ersetzt No 20)**

**Kommission Qualitätssicherung**

Präsident Prof. Dr. Daniel Surbek

**Schwangerschaft und HIV: Prävention der vertikalen HIV-Transmission**

**Autoren:** B. Martinez de Tejada, M. Baumann, J. Hösli, C. Grave, C. Rudin, N. Wagner, A. Calmy, C. Kahlert

Evidenzlevel	Inhalt
III, B	<p><b>1. Einführung</b> Dank antiretroviraler Therapie hat sich die Lebenserwartung HIV-infizierter Personen, jener der Gesamtbevölkerung angeglichen und das Risiko einer materno-fetalen Transmission (MFT) auf unter 1 % gesenkt. Ohne spezifische Therapie während der Schwangerschaft erhöht sich dieses Risiko jedoch auf 20-30%.</p> <p>Die folgenden Empfehlungen basieren auf dem Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) von 2018 sowie der Publikation bezüglich des Stillens bei HIV-positiven Frauen im Swiss Medical Weekly von 2018. Diese Empfehlungen können als Diskussionsgrundlage und Entscheidungshilfe dienen, aber ersetzen nicht eine individuelle interdisziplinäre Entscheidungsfindung von Infektiologen, Geburtshelfern, Pädiatern und allenfalls weiteren involvierten Spezialisten. Diese Empfehlungen basieren auf Resultaten wissenschaftlicher Arbeiten oder auf Expertenmeinungen im Falle fehlender entsprechender Studien.</p>
IIa, B	<p><b>2. Screening auf HIV</b> Ein serologisches Screening auf eine HIV-Infektion soll systematisch jeder schwangeren Frau im Rahmen der ersten Schwangerschaftskontrolle angeboten werden. Es handelt sich dabei um eine Routineuntersuchung, welche gleichzeitig mit den üblichen Laboruntersuchungen durchgeführt wird, ausser die Untersuchung wird von der Patientin explizit verweigert (Opt-Out). Es ist wichtig, dass die Frau über die Durchführung einer HIV-Screeninguntersuchung vorgängig informiert wird (pre-test counseling). Falls während des 1. Trimenons der Schwangerschaft kein HIV-Test durchgeführt worden ist, soll eine Testung so rasch wie möglich erfolgen. Bei Risikosituationen (Drogenabusus, Partner mit HIV-Infektion oder hohem Infektions-Risiko, sexuell übertragene Krankheiten mit Diagnosestellung während der Schwangerschaft etc.) muss das HIV-Screening im 3. Trimenon der Schwangerschaft wiederholt werden, und es sollte angestrebt werden, dass sich der Partner ebenfalls einer Testung unterzieht.</p>
IIa, B	<p><b>3. Betreuung während der Schwangerschaft</b></p> <p><b>3.1 Betreuung schwangerer Frauen mit HIV-Infektion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Betreuung soll individualisiert und durch ein interdisziplinäres Team von HIV-Spezialisten, bestehend aus Infektiologen, Geburtshelfern und Pädiatern, erfolgen.</li> <li>Die Anzahl der Kontrollen ist abhängig von der klinischen Situation, der Komplexität der antiretroviralen Therapie (ART), sowie der Notwendigkeit zusätzlicher Kontrollen bedingt durch eine Risikoschwangerschaft.</li> <li>Besonders zu empfehlen sind:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Screening bezüglich einer zervikalen Dysplasie mittels eines PAP-Tests oder primären HPV-Tests (siehe Expertenbrief No. 50) im Rahmen der ersten Schwangerschaftskontrolle (sofern nicht kürzlich erfolgt).</li> <li>Entnahme eines mikrobiologischen Abstriches im 1. Trimenon zwecks Ausschlusses einer Chlamydien-Infektion, Gonorrhoe oder einer bakteriellen Vaginose. Ist eine Spontangeburt geplant, sollen diese Test inklusiv Suche nach Streptokokken der</li> </ul> </li> </ul>

Gruppe B mittels rektovaginalen Abstrich mit 35-36 Schwangerschaftswochen wiederholt werden.

Durchführen einer Hepatitis B- (HBsAg und HBeAg) und C-Serologie sowie einer Lues-Serologie.

Systematische perikonzeptionelle Folsäure-Prophylaxe mit 0.4-0.8 mg täglich. Diese Empfehlung ist besonders wichtig für Frauen unter Therapie mit Efavirenz.

Bei Dolutegravir-Exposition perikonzeptionell oder im 1. Trimenon sollten engmaschige sonographische Kontrollen während der ersten Hälfte der Schwangerschaft durchgeführt werden, weil möglicherweise ein erhöhtes Risiko bezüglich Neuralrohrdefekte besteht.

Empfehlung eines Aneuploidie-Screenings im 1. Trimenon. Bei fehlender Virämie kann eine invasive Diagnostik aufgrund eines erhöhten Aneuploidierisikos durchgeführt werden, ohne dass sich das MFT-Risiko erhöht. Aufgrund der Datenlage soll einer Amniozentese gegenüber einer Chorionzottenbiopsie den Vorzug gegeben werden.

Eine transplazentare Punktion soll vermieden werden. Bei nachweisbarer Virämie müsste mit den betreuenden Infektiologen gegebenenfalls eine antiretrovirale oder eine intensivierte antiretrovirale Therapie (z.B. eine Dosis à 200mg Nevirapin) vor dem Eingriff diskutiert werden.

Zusätzlich zu den üblichen sonographischen Verlaufskontrollen soll eine sonographische Wachstumskontrolle inklusive Doppler-Untersuchung im 3. Trimester durchgeführt werden. Diese Kontrolle ist bei maternalen Risikofaktoren wie z.B. Mangelernährung, Drogen- und Nikotinabusus zu wiederholen.

Durchführen einer HIV-Resistenzprüfung vor Beginn einer retroviralen Therapie.  
Regelmässige Bestimmung der Viruslast während der Schwangerschaft, wobei die Kontrollfrequenz abhängig von der Virämie zu Beginn der Schwangerschaft und vom Zeitpunkt des Therapiebeginns ist, und auf jeden Fall zu Beginn der 36. Schwangerschaftswoche. Anpassung der Therapie in Abhängigkeit der Viruslast, um möglichst rasch eine nicht-nachweisbare Virämie zu erzielen.

Evaluation der Therapieadhärenz und der Notwendigkeit der Bestimmung der Serumkonzentrationen der antiretroviralen Medikamente im Falle einer Persistenz der Viruslast (durch den Infektiologen oder Geburtshelfer).

Regelmässige Kontrollen von Hämoglobin, Thrombozytenzahl und Glukose-Serumspiegel (nüchtern und nach 75g-Glukose-Belastung) sowie der Leberenzyme (vor allem im 3. Trimester). Präeklampsie, Cholestase und andere hepatische Störungen sind assoziiert mit einer antiretroviralen Therapie (z.B. Nevirapin).

Bei Frühgeburtsbestrebungen oder vorzeitigem spontanem Blasensprung vor 34 Schwangerschaftswochen sollen über eine Tokolyse, eine fetale Lungenreifung und einer möglichen Antibiotikatherapie auf individueller Basis von einem interdisziplinären Team unter Berücksichtigung des Gestationsalters sowie der Viruslast diskutiert werden, um den optimalen Zeitpunkt der Entbindung sowie den Geburtsmodus zu bestimmen.

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass bei Schwangeren unter kombinierter antiretroviraler Therapie (cART), welche Proteaseinhibitoren enthalten, das Frühgeburtsrisiko erhöht ist. Unter einer solchen Therapie sollen Zeichen und Symptome einer drohenden Frühgeburt besonders aufmerksam kontrolliert werden.

**3.2 Antiretrovirale Therapie während der Schwangerschaft**

Eine antiretrovirale Therapie muss systematisch mit dem Ziel begonnen werden, eine nicht-nachweisbare Viruslast (< 50 Kopien/ml) so rasch wie möglich, spätestens aber in der 36. Schwangerschaftswoche, zu erreichen. Zidovudine (Retrovir®/AZT®) hat in der antiretroviralen Therapie während der Schwangerschaft keinen Platz mehr.

Nach Diagnosestellung muss eine antiretrovirale Therapie rasch eingeleitet werden, und eine Therapie mit optimaler Wirksamkeit muss während der gesamten Schwangerschaft beibehalten werden.

Das Fehlbildungsrisiko bei Feten, welche im 1. Trimester antiretroviralen Medikamenten ausgesetzt sind, ist nicht höher als jenes in der normalen Population. Auf die Einnahme von

<p>Dolutegravir perikonzeptionell oder im 1. Trimenon ist zu verzichten, weil dies mit einer erhöhten Rate an Neuralrohrdefekte assoziiert sein könnte.</p>	IIa, B
<p><b>4. Geburtsmodus</b> Der protektive Effekt einer elektiven Sectio caesarea wurde vor der Ära der cART nachgewiesen. Das Risiko einer Transmission bei Schwangeren mit einer Viruslast unter 50 Kopien/ml (trifft für die meisten betroffenen Frauen in der Schweiz zu) ist unabhängig vom Geburtsmodus. Das Sectio-assoziierte maternale Komplikationsrisiko ist bei seropositiven Frauen höher. Bei wirksamer Therapie und nicht-nachweisbarer Viruslast sind keine speziellen Vorkehrungen während der Geburt notwendig.</p>	IIa, B
<p><b>4.1 Vaginalgeburt</b> <b>Eine Vaginalgeburt ist indiziert:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sofern die Viruslast in der 36. Schwangerschaftswoche nicht nachweisbar ist.</li> <li>• sofern keine geburtschirurgische Kontraindikation besteht.</li> </ul> <p>*Die Indikationen vaginal-operativer Entbindungen mittels Vakuum oder Forzepps sind dieselben wie bei seronegativen Frauen. Die späte Abnabelung ist ebenfalls indiziert.</p>	IIa, B
<p><b>4.2 Sectio caesarea</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Sectio caesarea wird empfohlen bei unbekannter Viruslast oder bei einer Viruslast höher als 50 Kopien/ml.</li> <li>• Falls eine elektive Sectio indiziert ist, soll diese nach Möglichkeit zwischen 38 und 39 Schwangerschaftswochen geplant werden, um neonatale Komplikationen sowie Geburtswehen zu vermeiden.</li> </ul>	C
<p><b>4.3 Antiretrovirale Therapie unter der Geburt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Frauen unter retroviraler Therapie ist bei einer Viruslast &lt; 1000 Kopien/ml keine zusätzliche antiretrovirale Therapie während der Spontangeburt/Sectio notwendig. Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass die antiretroviralen Medikamente auch am Entbindungstag eingenommen werden.</li> <li>• Falls am Entbindungstag die Viruslast höher als 1000 Kopien/ml beträgt, soll während der Sectio caesarea Zidovudine (oder Nevirapin) intravenös verabreicht werden. (N.B.: Einen Benefit der perinatalen Zidovudine-Verabreichung konnte <u>nur</u> gezeigt werden, wenn beim Neugeborenen nicht unmittelbar nach der Geburt mit einer kombinierten antiretroviralen Behandlung begonnen werden konnte.)</li> <li>• Bei unbehandelter HIV-Infektion oder bei Erstdiagnose am Tage der Geburt ist eine intensivierte antiretrovirale Therapie notwendig (siehe Punkt 5.2).</li> </ul>	IIa, B
<p><b>5. HIV-Schnelltest</b></p>	IIa, B
<p><b>5.1 Indikationen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Geburtsbeginn (einschliesslich Latenzphase und Blasensprung) ohne Vorliegen eines HIV-Tests während der Schwangerschaft.</li> <li>• Bei Geburtsbeginn (einschliesslich Latenzphase und Blasensprung) in Risikosituationen und einem HIV-Test, welcher älter als zwei Monate ist.</li> </ul> <p>N.B. Die Bestätigungstests müssen <i>notfallmässig durchgeführt werden</i>.</p>	C
<p><b>5.2 Vorgehen bei erstmalig positivem Schnelltest</b> Eine antiretrovirale Therapie mit Nevirapin (aufgrund des schnellen Wirkungseintrittes und der hohen fetalen Serumkonzentration), Raltegravir und 2 Nukleosid Reverse Transkriptase Inhibitoren (NRTI), z.B. 3TC/AZT, müssen so schnell wie möglich begonnen werden, und eine Sectio caesarea ist grundsätzlich indiziert (ausser bei unmittelbar bevorstehender Geburt oder vorzeitigem Blasensprung vor längerer Zeit). Eine Therapie mit Zidovudine i.v. muss vor und während der Entbindung durchgeführt werden.</p>	C

<p>Bei vorzeitigem spontanem Blasensprung ohne Geburtswehen am Termin muss die Geburt so rasch wie möglich erfolgen und vorzugsweise per Sectio caesarea (ausser bei unmittelbar bevorstehender Spontangeburt). Bei vorzeitigem spontanem Blasensprung vor dem Termin (&lt; 37 07 SSW) muss das Vorgehen interdisziplinär besprochen werden. Stillen ist kontraindiziert; zumindest bis ein negativer Bestätigungstest vorliegt. Eine gute Kommunikation zwischen Geburtshelfern, Infektiologen und Pädiatern ist notwendig.</p>	III C
<p><b>6. Betreuung im Wochenbett</b></p>	III, B
<p><b>6.1 Mutter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die postpartale Morbidität bei Wöchnerinnen mit HIV-Infektion ist höher als in der nicht-infizierten Population (Anämie, Harnwegsinfekte, Endometritis, Wundheilungsstörung).</li> <li>• Bei künstlicher neonataler Ernährung ist ein primäres medikamentöses Abstillen zu empfehlen.</li> </ul>	III, B
<p><b>6.2 Neugeborenes</b> Bei stabiler suppressiver antiretroviraler Therapie der Schwangeren (<b>Viruslast &lt; 50 Kopien/ml</b>) zweimal nachgewiesen in einem Intervall von 4 Wochen und letztmalig in der 36. SSW) ist eine neonatale Postexpositionsprophylaxe (PEP) <b>nicht</b> notwendig und wird nicht mehr empfohlen. Eine neonatale PEP mit einer kombinierten antiretroviralen Therapie für mindestens 4 Wochen wird für <b>Neugeborene von Müttern mit nachgewiesener Viruslast (&gt; 50 Kopien/ml)</b> nach 36 SSW und/oder unter der Geburt <b>grundsätzlich empfohlen</b>. Eine kombinierte antiretrovirale Therapie, welche mindestens 2 verschiedene Klassen antiretroviraler Medikamente enthält, soll <b>so rasch wie möglich</b> innert den ersten 24 Stunden begonnen werden. In diesen Fällen muss die Wahl der Prophylaxe auch zusammen mit dem pädiatrischen Infektiologen diskutiert werden. Der Entscheid soll vor der Geburt gefällt werden, so dass die notwendigen Medikamente bereitgestellt werden und postnatal unverzüglich verabreicht werden können.</p>	IIa, B
<p><b>7. Stillen</b> Das Stillen ist grundsätzlich kontraindiziert bei HIV-positiven Frauen mit einer nachgewiesenen Viruslast aber auch bei fehlendem Virusnachweis, wenn die Aufrechterhaltung der Virussuppression oder eine gute Medikamentenadhärenz nicht zu erwarten ist. Neueste Studien konnten zeigen, dass das Transmissionsrisiko via Muttermilch bei Frauen unter kombinierter antiretroviraler Therapie sehr tief ist. Kein einziger Fall einer Transmission wurde bei behandelten Frauen mit nicht-nachgewiesener Virämie (&lt; 50 Kopien/ml) beschrieben. Derzeit wird das Risiko in diesen Umständen als sehr klein bis inexistenz beurteilt. Deshalb gilt es, die bekanntlich positiven Effekte des Stillens gegenüber potentiellen schädlichen Einflüssen für den Säugling abzuwägen. Auch wenn die Muttermilch-Spiegel der antiretroviralen Medikamente sehr tief sind, kann ein toxisches Risiko nicht mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden. Bei Fällen mit langzeitlich nicht-nachgewiesener Viruslast und guter Therapieadhärenz empfehlen wir, über die Risiken und Vorteile des Stillens aufzuklären, damit die Patientin mit der Unterstützung der Spezialisten eine informierte Entscheidung fällen kann. Diese Diskussion soll vor der Geburt stattfinden; wenn möglich mit interdisziplinärem Ansatz (HIV-Spezialisten, pädiatrische Infektiologen, Geburtshelfer).</p>	III, B
<p>Voraussetzung für das Stillen ist, neben der persistierend supprimierten Viruslast, dass die Mutter regelmässigen virologischen Verlaufskontrollen (alle 2-3 Monate) während der gesamten Stillzeit nachkommt und eine sehr gute Therapieadhärenz zeigt. Das Neugeborene muss postnatal ebenfalls regelmässig untersucht werden, um eine intrapartale Infektion auszuschliessen.</p>	
<p>Falls Stillen gewünscht wird, muss die Viruslast im Nabelschnurblut (EDTA-Röhrchen) bestimmt werden, damit die rare Situation einer intrauterinen Infektion ausgeschlossen werden kann.</p>	

IV	<p>Bei Frauen mit Mastitis und nachweisbarer Viraämie wurde eine erhöhte Viruslast in der Muttermilch gefunden, und das Transmissionsrisiko bei Frauen mit starker Viraämie ist erhöht. Das Transmissionsrisiko bei Mastitiden bei Frauen mit komplett supprimierter Viraämie ist wahrscheinlich sehr klein bis inexistent; bislang wurde dies jedoch noch nicht untersucht. Falls eine Mastitis auftreten sollte, muss die Wöchnerin ihre Gynäkologin informieren. Das Fortführen des Stillens muss individuell in Abhängigkeit des Schweregrades, der antibiotischen Therapie und des Wunsches der Mutter diskutiert werden.</p> <p><b>8. Systematisches Erfassen klinischer Erfahrung</b> Der Einschluss der Mütter mit HIV-Infektion sowie ihren Kindern in die Schweizerische HIV-Kohortenstudie (SHCS), und in die Studie der Mutter-Kind-Kohorte (MoCHIV) wird dringend empfohlen. Kontaktadressen finden sich auf der Webseite unter <a href="http://www.shcs.ch/180-health-care-providers">http://www.shcs.ch/180-health-care-providers</a>.</p> <p><b>Zusammenfassung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein serologisches Screening auf eine HIV-Infektion soll bei jeder schwangeren Frau im Rahmen der ersten Schwangerschaftskontrolle durchgeführt werden.</li> <li>• Bei Risikosituation ist das HIV-Screening im 3. Trimester zu wiederholen.</li> <li>• Die Betreuung soll individualisiert sein und von einem multidisziplinären Team von HIV-Spezialisten geleitet werden.</li> <li>• Eine antiretrovirale Therapie ist grundsätzlich immer indiziert.</li> <li>• Gewisse antiretrovirale Medikamente sind mit Schwangerschaftskomplikationen vergesellschaftet.</li> <li>• Bei wirksamer Therapie und nicht-nachweisbarer Viruslast sind keine speziellen Vorkehrungen während der Geburt oder postpartal notwendig. Stillen kann unter gewissen Umständen von Fall zu Fall diskutiert werden.</li> <li>• Bei nachweisbarer Viraämie im 3. Trimester ist eine Sectio caesarea als Geburtsmodus und eine Therapie intrapartal (falls Viraämie &gt;1000 Kopien/ml oder Erstdiagnose unter Geburt) sowie beim Neugeborenen angezeigt.</li> <li>• Mütter mit HIV-Infektion sowie ihre Kinder sollen in die Schweizerische HIV-Kohortenstudie (SHCS), und in die Studie der Mutter-Kind-Kohorte (MoCHIV) eingeschlossen werden.</li> </ul>
----	--

Datum: 22. Dezember 2018

Evidenzlevel	Empfehlungsgrad
<b>Ia</b> Evidenz durch die Meta-Analyse von randomisierten, kontrollierten Untersuchungen	<b>A</b> Es ist in der Literatur, die gesamthaft von guter Qualität und Konsistenz sein muss, mindestens eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung vorhanden, die sich auf die konkrete Empfehlung bezieht (Evidenzlevel Ia, Ib)
<b>Ib</b> Evidenz durch mindestens eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung	<b>B</b> Es sind zum Thema der Empfehlung gut kontrollierte, klinische Studien vorhanden, aber keine randomisierten klinischen Untersuchungen (Evidenzlevel Iia, Iib, II)
<b>Ila</b> Evidenz durch mindestens eine gut angelegte, kontrollierte Studie ohne Randomisierung	<b>C</b> Es ist Evidenz vorhanden, die auf Berichten oder Meinungen von Expertenkreisen basiert und / oder auf der klinischen Erfahrung von anerkannten Fachleuten. Es sind keine qualitativ guten, klinischen Studien vorhanden, die direkt anwendbar sind (Evidenzlevel IV)
<b>Ilb</b> Evidenz durch mindestens eine gut angelegte andere, quasi-experimentelle Studie	<b>Good Practice Punkt</b> Empfohlene Best Practice, die auf der klinischen Erfahrung der Expertengruppe beruht, die den Expertenbrief / Leitlinie herausgab.
<b>III</b> Evidenz durch gut angelegte, beschreibende Studien, die nicht experimentell sind, wie Vergleichsstudien, Korrelationsstudien oder Fallstudien	
<b>IV</b> Evidenz durch Expertenberichte oder Meinungen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Fachleute	

Übersetzt aus dem Englischen (Quelle: RCOG Guidelines Nr. 44, 2006)

**Referenzen bei den Autoren**

**Deklaration von Interessenkonflikten:**  
A. Calmy: - Unrestricted education grants MSD, AbbVie, BMS, Viiv  
- Sponsorship Gilead  
The grants are for the HIV Unit (HUG)

Dieser Expertenbrief wurde validiert durch folgende Mitglieder der MoCHIV (Mother to Child transmission HIV)-Studiengruppe:  
B. Martinez de Tejada, M. Baumann, I. Hosi, C. Grawe, C. Rudin, N. Wagner, C. Kahlert, P.A. Chânel, M. Lecompte, K. Aebi-Popp, J. Böni, T. Fisher, C. Poli, J. Furrer, L. Kottanatu, E. Bernasconi, J. McDougall, P. Paloni

Für die deutsche Übersetzung: PD Dr. med. Marc Baumann

Die Kommission Qualitätssicherung der gynécologie suisse / SCGG empfiehlt Leitlinien und Expertenbriefe mit der größtmöglichen Sorgfalt, dennoch kann die Kommission nicht für die Qualität der Inhalte, die Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen, die Angaben der Hersteller und stets zu beachten, dass gilt insbesondere bei Dosierungsangaben, Aus Sicht der Kommission entsprochen Leitlines und Expertenbriefe dem aktuellen Stand der Wissenschaft zur Zeit der Redaktion. Zwischenzeitliche Änderungen sind von den Anwendern zu berücksichtigen.