

Antikonception och hiv

Inledning

Med effektiv antiretroviral behandling (ART) av hiv har prognos och livskvalitet förbättrats dramatiskt. Hiv kan idag betraktas som en kronisk sjukdom med en livslängd som närmar sig medellivslängden. Detta har medfört att hivpositiva kvinnor och deras partners (hivpositiva eller hivnegativa) idag har möjlighet att planera och förebygga graviditet på liknande sätt som andra kvinnor och män.

Följande rekommendationer avser att ge vägledning för rådgivare vid diskussioner om antikonception med hivpositiva kvinnor.

Enligt smittskyddslagen i Sverige måste hivpositiva individer informera om sin infektion och använda kondom/femidom/slicklapp i sexuella relationer beroende på sexuell praktik. Kondom ger skydd mot hivinfektion om den används konsekvent vid varje samlag och under hela samlaget men ofta behövs ett säkrare skydd mot oönskad graviditet. Det är särskilt viktigt att graviditeter i denna grupp är planerade med tanke på den antivirala medicinerings, förlossningssätt och omhändertagande av det nyfödda barnet. I övrigt bör man i den individuella rådgivningen göra liknande överväganden som vid rådgivning av oinfekterade kvinnor. De flesta antikonceptionella metoder kan användas med nedanstående inskränkningar ffa hos kvinnor med antiretroviral medicinerings. Inga data talar för att hormonell antikonception påverkar förloppet av en hiv-infektion, däremot interagerar vissa antivirala läkemedel med hormonella antikonceptionsmedel (se FASS). I dessa fall försämras säkerheten av preventivmetoden genom att utsöndringen av hormonet/hormonerna ökar. Man bör då särskilt understryka nödvändigheten av att använda kondom. Ovanstående bekräftas i WHO s senaste expertrevision av riktlinjer som gjordes i februari 2012 med anledning av att en studie visat ökad smittsamhet av hiv hos kvinnor som använder Depot Provera (2). Den ökade smittsamhet som visats i en studie kunde inte bekräftas i andra men viss försiktighet anbefalls vid användning av Depo-Provera i denna grupp. Pessar kan användas om ingen annan metod är möjlig.

Bakgrund

I Sverige lever 6000 personer med hiv, 37 % är kvinnor och av dessa är 2/3 i fertil ålder. Internationellt är hälften av graviditeterna hos hivpositiva kvinnor oplanerade (10). Eftersträvansvärt är att alla graviditeter i denna grupp är välplanerade. I Sverige är de allra flesta graviditeter planerade och uppskattningsvis 60-70 hivpositiva kvinnor föder barn varje år. Fortfarande diagnosticeras dock 15-20 fall av hiv varje år i samband med att alla gravida kvinnor på MVC erbjuds hiv testning inom det nationella screeningprogrammet. Fler hiv positiva kvinnor väljer att bli gravida och föda barn sedan antiretroviral behandling och andra åtgärder i samband med graviditet och förlossning infördes i mitten av 1990-talet. Smittsamheten från mor till barn är enligt svenska data < 1 % (5). Hivpositiva kvinnor får inte amma sina barn.

Generellt är smittsamheten vid hiv infektion större vid primärinfektion, hos person med höga virusnivåer och då annan STI föreligger samtidigt. Största risken för smittöverföring är troligtvis vid sex med person som inte känner till sin hiv-infektion, särskilt nysmittade.

Smittsamheten minskar vid ART. En studie som publicerades 2011 visade att smittsamheten mellan par där den ena har hiv och den andra är osmittad, minskar med 96 % om man har hiv-behandling (9). Hiv-behandlingen är livslång och består av minst tre preparat, två nukleosidanaloger i kombination med antingen en icke-nukleosidanalog, proteashämmare eller integrashämmare. 90 % av hiv patienterna i Sverige har antiviral behandling. Enligt den svenska smittskyddslagen skall hivpositiva personer använda kondom/femidom samt informera sin partner om sin hiv-status.

Kondom och Femidom

Enligt svensk smittskyddslagstiftning skall hivpositiva personer använda t.ex. kondom/femidom samt informera sin partner om sin hiv-status. Femidom är en kondom som är framtagen för kvinnor. Den är tillverkad i transparent polyurethane och har två flexibla ringar, en i varje ände. Den är 17 cm lång vilket är samma längd som de flesta kondomer. I samband med preventivmedelsrådgivning finns en unik möjlighet till fördjupat samtal kring detta. Hur fungerar kondom/femidom användningen och behövs stöd eller ökad kunskap? Om kvinnan så önskar är det ofta värdefullt att partner kan delta i ett sådant samtal. Vid kondomanvändning skall alltid ett vatten- eller silikonbaserat glidmedel användas. För mer information om kondomer och kondomanvändning se: www.kondomsamtalet.nu. och för Femidom och dess användning se: www.rfsu.se/sv/Sex--relationer/Preventivmedel/Femidom-ett-slags-kondom/

Spiral, hormon respektive koppar

Både hormonspiral och kopparspiral kan användas av hivpositiva kvinnor och kvinnor med hög risk för att bli smittade t.ex. med hivpositiv partner. Kopparspiral ökar inte risken att bli smittad med hiv och inte heller ökar risken för överföring av smitta till frisk partner. Man har inte heller kunnat se ökad risk för komplikationer av kopparspiral hos hivpositiva kvinnor vid jämförelse med hiv-negativa. Hormonspiral (Mirena®) har visat samma positiva effekter hos hivpositiva kvinnor som hos hiv negativa. T.ex. minskad blödningsmängd med medföljande minskad risk för järnbristanemi, Mirena® har minimal/ingen effekt på ovarialfunktion och perifert Levonorgestrel (LNG) påverkas inte av antiretroviral behandling (ART). Mirena® är ett bra förstahandsval hos hivpositiva kvinnor (8).

Kombinerade metoder (P-piller, P-ring, P-plåster)

Kombinerade metoder kan användas av såväl hivpositiva kvinnor som kvinnor med hög risk att smittas av hiv. För hivpositiva kvinnor med antiretroviral behandling finns risk för interaktioner och detta bör noggrant beaktas.

Kivexa och Truvada (Nukleosidanaloger), Edurant®, Eviplera® och Intelence® (Icke-nukleosidanaloger), Isentress® (integrashämmaren) och Celcentri® (CCR 5 hämmare) interagerar inte med kombinerade metoder och kvinnor som behandlas med dessa kan använda kombinerade metoder som antikonception.

Vid behandling med Reyataz®/Norvir® (proteashämmare) i lågdoskombination (boostat) kan behandling med kombinerade p-piller med minst 30µg etinylestradiol ges. För övriga proteashämmare, Prezista®/Norvir® och Kaletra® anses inte säkerheten bli tillräcklig hög och man bör hos dessa kvinnor rekommendera annan antikonnptionsmetod.

Vid behandling med icke-nukleosidanalogen: Stocrin®, Atripla® och Viramune® interagerar dessa med kombinerade metoder och dessa kvinnor bör använda annan antikonnptionsmetod i första hand, då säkerheten vid behandling med kombinerade metoder inte är tillräcklig.

Gestagena metoder

Gestagena metoder såsom mini-piller, mellandoserade-piller och p-stav, kan användas utan restriktioner men med beaktande av eventuella interaktioner med ART, se kombinerade metoder. Depo-Provera har i flera studier visat hög säkerhet även vid ART(13, 14).

Enstaka studier har visat att kvinnor som använder gestagen injektionsmetod (Depo-provera) löper ökad risk att överföra smitta (2, 15), varför det är av särskild vikt att betona kondomanvändningens betydelse. Angående hormonspiral, se under rubriken: Spiraler.

Pessar/Cervixpessar

Användning (upprepad och högdos) av det spermiedödande medlet Nonoxynol-9 är associerat med ökat risk för genitala lesioner, vilket kan öka risken för smittöverföring. WHO anser därför inte att det skall användas av hivpositiva kvinnor eller av kvinnor med hög risk för hivsmitta. Pessar/Cervixpessar kan användas efter klinisk bedömning och om ingen annan metod är möjlig.

Postkoital antikonnption

Akut-p-piller (ellaOne®, Norlevo®,) kan enligt läkemedelsföretaget inte rekommenderas till hivpositiva kvinnor som står på antiretroviral behandling pga. att kombinationen inte har studerats.

Vid behov av postcoital antikonnption hos hiv positiva kvinnor med ART rekommenderas i första hand kopparspiral.

Referenser:

1. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use WHO, Fourth Edition, 2009, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf
2. Heffron R, Donnell D, Rees H, et al. Use of hormonal contraceptives and risk of HIV-1 transmission: a prospective cohort study. *Lancet Infectious Diseases*, 2012, 12:19-26
3. Hormonal contraception and HIV Technical statement. WHO, 2012 http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/Hormonal_contraception_and_HIV.pdf
4. Update to CDC's U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010: revised recommendations for the use of **hormonal contraception** among women at high risk for **HIV** infection or infected with **HIV**. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012 Jun 22;61(24):449-52.
5. Naver L, Albert J, Belfrage E, Flamholc L, Gisslen M, Gyllensten K, et al. Prophylaxis and treatment of HIV-1 infection in pregnancy: Swedish Recommendations 2010. *Scand J Infect Dis* 2011; 43:411-23.
6. Robinson JA, Jamshidi R, Burke AE. Contraception for the HIV-positive woman: a review of interactions between hormonal contraception and antiretroviral therapy [Infect Dis Obstet Gynecol](http://www.infectdisobstetgynecol.com). 2012;2012:890160. doi: 10.1155/2012/890160. Epub 2012 Aug 14.
7. Morrison et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition among women in South Africa. *AIDS*: 20 February 2012 - Volume 26 - Issue 4 - p 497–504
8. Nordic Meeting on women living with HIV, Köpenhamn 24 maj 2012. Oscar Heikinheimo, Dept Ob & Gyn Helsinki University Hospital. Contraception in HIV infected women. <http://hivandwomen.com/webcast/player.html>
9. Cohen et al. Prevention of HIV-1 infection with Early Antiretroviral Therapy. *New Engl J Med* 2011; 365:493-505
10. Wanyenze RK, Tumwesigye NM, Kindyomunda R, Beyeza-Kashesya J, Atuyambe L, Kansiime A, Neema S, Ssali F, Akol Z, Mirembe Uptake of family planning methods and unplanned pregnancies among HIV-infected individuals: a cross-sectional survey among clients at HIV clinics in Uganda. *F.J Int AIDS Soc*. 2011 Jun 30;14:35. doi: 10.1186/1758-2652-14-35.

11. Loutfy M, Raboud J, Wong J, Yudin M, Diong C, Blitz S, Margolese S, Hart T, Ogilvie G, Masinde K, Tharao W, Linklater G, Salam K, Ongoiba F, Angel J, Smaill F, Rachlis A, Ralph E, Walmsley S; Ontario HIV Fertility Research Team. High prevalence of unintended pregnancies in HIV-positive women of reproductive age in Ontario, Canada: a retrospective study. *HIV Med.* 2012 Feb;13(2):107-17.
12. <http://www.smittskyddsinstitutet.se/rav/rekommendationer/hiv-virus/antiretroviral-behandling-av-hiv-infektion/>
13. S. E. Cohn, J. G. Park, D. H. Watts et al., “Depo-medroxyprogesterone in women on antiretroviral therapy: Effective contraception and lack of clinically significant interactions,” *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, vol. 81, no. 2, pp.222–227, 2007.
14. D. H. Watts, J. G. Park, S. E. Cohn et al., “Safety and tolerability of depot medroxyprogesterone acetate among HIV-infected women on antiretroviral therapy: ACTG A5093,” *Contraception*, vol. 77, no. 2, pp. 84–90, 2008.
15. Polis CB, Phillips SJ, Curtis KM. Hormonal contraceptive use and female-to-male HIV transmission: a systematic review of the epidemiologic evidence *AIDS.* 2013 Feb 20;27(4):493-505.