

Waldemar Narożny¹,
Tomasz Smiatacz²,
Janusz Siebert³

¹Katedra i Klinika Chorób Uszu, Nosa,
Gardła i Krtani AM w Gdańsku

²Klinika Chorób Zakaźnych AM
w Gdańsku

³Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
AM w Gdańsku

Rola lekarza rodzinnego na wczesnym etapie dochodzenia epidemiologicznego zakażenia HIV

STRESZCZENIE

Autorzy przedstawiają opis dwojga dzieci zakażonych HIV, obserwowanych i leczonych w Klinice Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej w Gdańsku w okresie od 1991 roku do 2006 roku, a urodzonych przez matki nieświadome swojego zakażenia HIV. Przez pierwszych kilkanaście miesięcy życia dzieci były intensywnie leczone z powodu uporczywych, nawracających kandydoz jamy ustnej i bardzo częstych infekcji górnych dróg oddechowych. Intensywność tych objawów zwróciła uwagę lekarzy, w tym lekarzy rodzinnych, na możliwość zakażenia dzieci HIV. Badania potwierdziły ich podejrzenia, a wsteczne dochodzenie epidemiologiczne wykazało zakażenie HIV u matek.

Autorzy dochodzą do wniosku, że zmiany w obrębie jamy ustnej mogą być pierwszym objawem zakażenia HIV u dziecka, a w diagnostyce różnicowej nawracających kandydoz jamy ustnej należy uwzględnić możliwość zakażenia HIV. Ponadto podkreślają oni rolę lekarza rodzinnego we wczesnym etapie dochodzenia epidemiologicznego zakażenia HIV u dziecka, a następnie jego matki.

Forum Medycyny Rodzinnej 2008, tom 2, nr 1, 84–88

słowa kluczowe: HIV/AIDS, dzieci zakażone HIV, lekarz rodzinny

W 1983 roku w Stanach Zjednoczonych opisano pierwsze przypadki dzieci zakażonych ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV, *human immunodeficiency virus*). Według szacunkowych danych Światowej Organizacji Zdrowia, liczba dzieci z HIV/AIDS (zespół nabytego braku odporności, *acquired immunodeficiency syndrome*) na świecie stale wzrasta [1–3]. Do 2004 roku na świecie zakażeniu HIV uległo 2,2 mln dzieci w wieku do 15 roku życia, z czego aż 510 000 zmarło

z powodu AIDS. W 2004 roku zakażeniu uległo kolejnych 640 000 dzieci [4].

Według informacji Państwowego Zakładu Higieny, do końca sierpnia 2007 roku w Polsce stwierdzono 11 131 zakażeń HIV, z czego u 1970 osób rozpoznano AIDS. Wśród zakażonych HIV było około 130 dzieci, z czego prawie połowa (46) zmarła w przebiegu AIDS [5].

Do zakażenia HIV u dzieci dochodzi najczęściej (80–90%) drogą wertykalną, od zakażonej matki. Zakażenie może się rozwinąć również po przetoczeniu zakażonej krwi lub

Adres do korespondencji:

dr hab. med. Waldemar Narożny
Katedra i Klinika Otolaryngologii AM
w Gdańsku
ul. Dębinki 7, bud. 16, 80–211 Gdańsk
e-mail: naroznyw@wp.pl

jej produktów, a u dzieci starszych — drogą kontaktów seksualnych z zakażoną osobą oraz przez zakażone igły i strzykawki przy podawaniu narkotyków dożylnych [1, 4, 6, 7].

Zakażenie HIV u dziecka w okresie początkowym ma bardzo gwałtowny przebieg, postępuje szybciej niż u osoby dorosłej; u 10–20% dzieci w ciągu 1. roku życia rozwija się AIDS, u większości pozostałych choroba przechodzi w stadium schyłkowe do końca 7. roku życia [1, 3, 4].

W Polsce obserwuje się stopniową stabilizację liczby nowych zakażeń HIV na poziomie 700–800 przypadków rocznie. Jest to wynikiem skuteczności systemu edukacji całego społeczeństwa na temat epidemiologii zakażenia HIV, sprawności działania instytucji rządowych i pozarządowych sprawujących opiekę nad osobami zakażonymi HIV oraz determinacji placówek ochrony zdrowia zaangażowanych w profilaktykę i terapię antyretrowirusową [5].

Ponieważ dzieci w Polsce ulegają zakażeniu prawie wyłącznie drogą wertykalną, w naszym kraju w drugiej połowie lat 90. XX wieku wdrożono istniejący na świecie od 1994 roku program profilaktyki zakażenia HIV w czasie ciąży, porodu oraz po urodzeniu dziecka. Jego główne zasady to: podawanie kobiecie ciężarnej drogą doustną od 14. tygodnia ciąży leków antyretrowirusowych, podanie ciężarnej podczas porodu Retroviru® drogą dożylną, zlecenie nowo narodzonemu dziecku leku antyretrowirusowego, który należy podawać przez pierwszych 6 tygodni życia. Ponadto zalecenia programu obejmują ograniczenie kontaktu noworodka z krwią podczas porodu przez preferowanie cięcia cesarskiego jako optymalnej drogi przeprowadzenia porodu i możliwie jak najszybsze dokonywanie zabiegów poporodowego oczyszczania ciała dziecka z krwi i innych poporodowych substancji i płynów ustrojowych. Obowiązuje również zakaz karmienia dziecka piersią [4, 6, 8].

Po wprowadzeniu w życie programu profilaktyki zakażenia HIV zanotowano spadek zakażeń HIV wśród dzieci urodzonych przez

matki zakażone HIV z 25–30% do poniżej 2% [1, 3, 4]. Warunkiem skuteczności programu profilaktyki zakażeń HIV jest świadomość zakażenia HIV u ciężarnej i/lub obowiązkowe oferowanie testów HIV każdej kobiecie w ciąży [6].

Brak świadomości zakażenia HIV u matki pozbawia ją możliwości skorzystania z dobrodziejstw związanych z profilaktyką zakażeń HIV, a w efekcie końcowym znacznie zwiększa prawdopodobieństwo urodzenia dziecka zakażonego HIV.

Lekarz położnik, lekarz rodzinny i pediatra są pierwszymi, którzy stykają się z nowo narodzonym dzieckiem. Od poziomu ich wiedzy o wczesnych, często mało charakterystycznych, objawach zakażenia HIV u dzieci zależą dalsze losy nie tylko dziecka, ale nierzadko również ich nieświadomych zakażenia matek.

Celem pracy jest przedstawienie na przykładzie losów dwojga dzieci zakażonych HIV, diagnozowanych i leczonych w Klinice Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej w Gdańsku, roli lekarza rodzinnego we wstępnym etapie dochodzenia epidemiologicznego infekcji HIV.

Materiał stanowiły dzieci w wieku 0–18 lat zakażone HIV, urodzone przez nieświadome swojego zakażenia matki. Dzieci te były obserwowane i leczone w Klinice Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 1991–2006. W czasie pobytu w klinice znajdowały się one pod opieką konsultanta — otolaryngologa. Retrospektywnie przeanalizowano dokumentację medyczną tych chorych pod kątem: drogi zakażenia HIV, ewentualnego zastosowania zaleceń profilaktyki antyretrowirusowej u matki i dziecka, zmian stanu immunologicznego w okresie obserwacji i leczenia oraz obrazu ewentualnych zmian chorobowych w obrębie narządów głowy i szyi. Stadium kliniczne zakażenia HIV oceniono za pomocą kryteriów określonych przez *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) z 1994 roku [9].



Do zakażenia HIV u dzieci dochodzi najczęściej (80–90%) drogą wertykalną, od zakażonej matki



Zakażenie HIV u dziecka w okresie początkowym ma bardzo gwałtowny przebieg



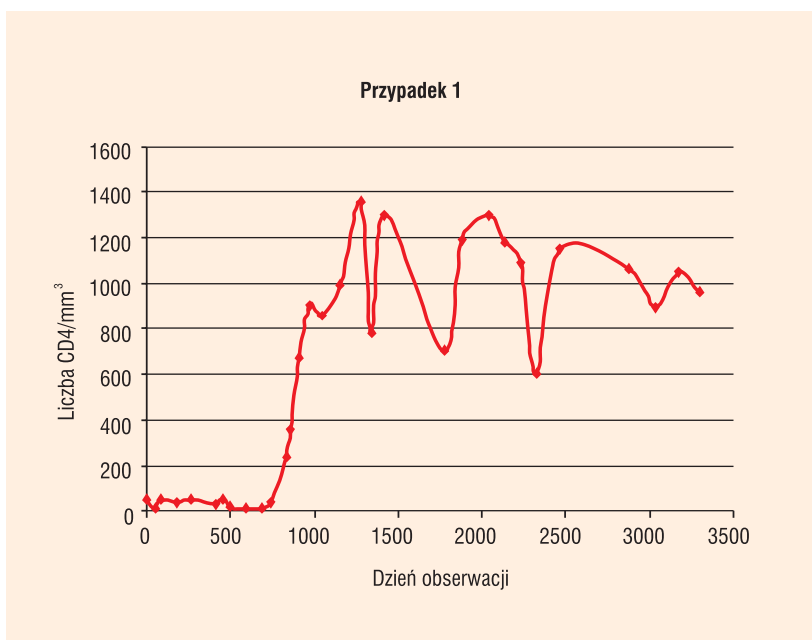
Warunkiem skuteczności programu profilaktyki zakażeń HIV jest świadomość zakażenia HIV u ciężarnej i/lub obowiązkowe oferowanie testów HIV każdej kobiecie w ciąży

WYNIKI

W Klinice Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 1991–2006 obserwowano i leczono 12 dzieci zakażonych HIV. Dwoje z nich urodziły nieświadome swojego zakażenia matki. Poniżej przedstawiono opisy tych przypadków.

Przypadek 1.

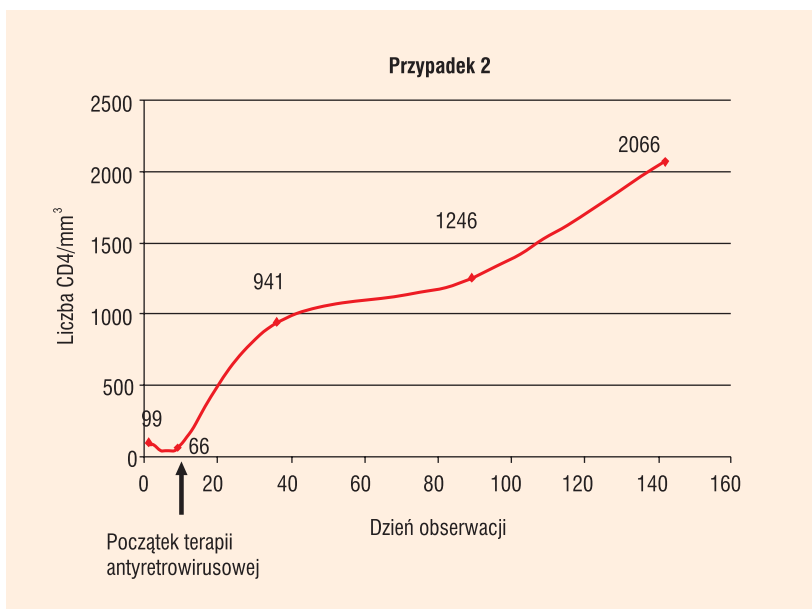
Dziewczynka w wieku 14 lat, zakażona HIV drogą wertykalną. Matka dziecka nie była świadoma swojego zakażenia. W okresie ciąży i porodu nie stosowano profilaktyki antyretrowirusowej (1993 r.). Rok po urodzeniu w jamie ustnej i gardle dziecka zaczęły się pojawiać nawracające, uporczywe naloty drożdżakowe. Po roku intensywnej terapii przeciwgrzybiczej wykonano u dziecka badania w kierunku HIV, stwierdzając jego zakażenie. Początkowa liczba limfocytów CD4 była wyjątkowo niska — $10/\text{mm}^3$, a stadium zakażenia według klasyfikacji CDC z 1994 roku oceniono na C3. Wykonano wówczas również badania u matki, stwierdzając jej zakażenie. Mąż kobiety nie był zakażony HIV. Mimo początkowych trudności, ostatecznie udało się dobrać prawidłowe leczenie antyretrowirusowe, które jest nadal kontynuowane i pozostaje skuteczne do dziś (ryc. 1). Mimo to w badaniu otolaryngologicznym stwierdza się nawracające naloty drożdżakowe jamy ustnej i gardła.



Rycina 1. Stan immunologiczny dziecka (przyp. 1.) od chwili urodzenia do 10. rż.

Przypadek 2.

Chłopiec w wieku 2 lat, zakażony drogą wertykalną. Matka nie była świadoma swojego zakażenia HIV. W okresie ciąży i porodu nie stosowano profilaktyki antyretrowirusowej. Ciąża była bliźniacza. Po porodzie u jednego z dzieci pojawiły się nawracające zakażenia bakteryjne górnych dróg oddechowych. Podczas trzeciej hospitalizacji w 5. miesiącu życia dziecka wykonano u niego badania w kierunku HIV. Wykazały one zakażenie HIV w schyłkowym stadium; liczba limfocytów CD4 wynosiła $99/\text{mm}^3$. Stadium zakażenia według klasyfikacji CDC z 1994 roku oceniono na C3. Wykonano wówczas również badania u matki, stwierdzając jej zakażenie. Nie wykazano zakażenia HIV u brata bliźniaka. Mąż kobiety nie był zakażony HIV. Zastosowana niezwłocznie terapia antyretrowirusowa doprowadziła do szybkiej regeneracji układu odpornościowego i poprawy stanu klinicznego dziecka (ryc. 2).



Rycina 2. Stan immunologiczny dziecka (przyp. 2.) w pierwszym okresie obserwacji

OMÓWIENIE

Jedną z ważniejszych tendencji obserwowanych w epidemiologii zakażenia HIV/AIDS na świecie jest wzrost liczby tych zakażeń wśród kobiet [1, 4, 10]. Obecnie na świecie zakażenia HIV u kobiet stanowią ponad 40% [4]. Konsekwencją tej sytuacji jest wzrastająca liczba zakażeń HIV u dzieci, wynikająca z dominującej wertykalnej drogi przekazywania zakażenia dziecku przez matkę.

Metodą zmniejszenia liczby zakażeń typu matka–dziecko i zwiększenia skuteczności leczenia dzieci zakażonych HIV stało się wprowadzenie w 1994 roku w Stanach Zjednoczonych, a następnie rozpowszechnienie prawie na całym świecie profilaktyki zakażeń okołoporodowych z użyciem zydowudyny. Niechlubnym wyjątkiem pozostaje Afryka. Obecnie w tym kraju żyje aż 2,5 mln dzieci zakażonych HIV, co jest wynikiem wysokiego odsetka zakażonych kobiet, prawie całkowitego braku okołoporodowej profilaktyki zakażeń HIV oraz złych warunków zdrowotnych, uniemożliwiających przestrzeganie zakazu karmienia piersią dzieci urodzonych przez zakażone matki [3, 4].

Szacuje się, że w Polsce każdego roku w ciążę zachodzi 100–200 kobiet zakażonych HIV. Ocenia się, że liczba ta będzie wzrastać. Jednak wraz ze wzrostem świadomości znaczenia wcześniejszego poznania statusu serologicznego kobiety ciężarnej oraz rozwoju profilaktyki zakażeń okołoporodowych płodu i noworodka rosną szanse na posiadanie przez te kobiety zdrowego potomstwa [4].

U dzieci zakażonych HIV częściej niż u dorosłych występują zakażenia bakteryjne, częściej występują zapalenie ślinianek i limfoidalne zapalenie płuc oraz zaburzenia czynności ośrodkowego układu nerwowego. Rzadziej niż u dorosłych występują u nich

nowotwory (jedynie u 2%) oraz limfopenia [1–3, 7, 10–12].

Zmiany chorobowe narządów głowy i szyi stwierdza się równie często u zakażonych HIV dzieci i dorosłych, bo u 40–70% badanych [2, 4, 11, 12]. U dzieci zakażonych HIV polegają one na powiększeniu węzłów chłonnych szyi, przewlekłym zapaleniu ślinianek przyusznych, drożdżycy (kandydozie) jamy ustnej i gardła, ropnych stanach chorobowych nosa, zatok przynosowych i ucha środkowego [1, 7].

Doświadczenia autorów pracy wskazują na ważną rolę wszelkich przedłużających się, uporczywych zmian chorobowych narządów głowy i szyi, z którymi może się spotykać na wstępnym etapie lekarz rodzinny, a następnie otolaryngolog. U dwojga leczonych przez autorów pracy dzieci długotrwała, oporna na leczenie kandydoza jamy ustnej (przyp. 1.) i infekcje górnych dróg oddechowych (przyp. 2.) stanowiły impuls do wykonania u nich badań w kierunku zakażenia HIV, a po uzyskaniu pozytywnego wyniku również u ich nieświadomych zakażenia matek.

WNIOSKI

1. Zmiany w obrębie jamy ustnej mogą być pierwszym objawem zakażenia HIV u dziecka, dlatego powinno ono być brane pod uwagę w diagnostyce różnicowej nawracających kandydoz.
2. Obserwacje kliniczne lekarza rodzinnego mogą być początkiem dochodzenia epidemiologicznego zakażenia HIV u dziecka i jego rodziny.
3. Zakażenie HIV jest wprawdzie nadal chorobą nieuleczalną, jednak wcześniej rozpoznane i prawidłowo leczone może być skutecznie kontrolowane przez wiele lat, nie prowadząc do zgonu.



**Zmiany w obrębie jamy
ustnej mogą być
pierwszym objawem
zakażenia HIV u dziecka**

PIŚMIENNICTWO

1. Goulder P.J.R., Jeena P., Tudor-Williams G. Paediatric HIV infection: correlates of protective immunity and global perspectives in prevention and management. *Br. Med. Bull.* 2001; 58: 89–108.
2. Narożny W., Trocha H., Stankiewicz C. i wsp. Zmiany w obrębie głowy i szyi u chorych zakażonych HIV. *Otolaryngol. Pol.* 1997; 51 (supl. 24): 468–471.
3. Yoger R., Chadwich E.G. Acquired immunodeficiency syndrome (human immunodeficiency virus). W: Behrman R.E., Kliegman R.M., Jenson H.B. (red.). *Nelson textbook of pediatrics*. 17th ed. Saunders, Philadelphia 2004; 1109–1121.
4. Halota W., Juszczak J. HIV/AIDS. Termedia, Poznań 2006.
5. www.pzh.gov.pl
6. Gładysz A. Współczesne leczenie HIV i AIDS. Volumed, Wrocław 2000.
7. Trocha H., Narożny W., Stankiewicz C. Problemy otolaryngologiczne u dziecka zakażonego HIV. *Otolaryngol. Pol.* 1997; 51 (supl. 22): 633–636.
8. Juszczak J. Leczenie chorób wirusowych. Volumed, Wrocław 2000.
9. Centers for Disease Control and Prevention. 1994 revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age. *MMWR* 1994; 43: 1–10.
10. Goździk-Żołnierkiewicz T. Zakażenia HIV i problem AIDS w otolaryngologii. W: Janczewski G. (red.). *Otolaryngologia praktyczna. Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Tom II. Via Medica, Gdańsk 2005; 616–622.
11. Lucente F.E., Prager D.A. Acquired immunodeficiency syndrome in otolaryngology — head and neck surgery. W: Cummings C.W., Fredricson J.M., Harker L.A., Krause C.J., Schuller D.E. (red.). *Otolaryngology — head and neck surgery*. Wyd. 2. Mosby, St. Louis 1993; 277–283.
12. Morawska A., Wiatr M. Objawy zakażenia wirusem HIV w laryngologii. *Terapia* 2007; 1 (188): 32–35.