

انتقال عمودی هپاتیت C از مادران حامله به نوزادانشان

دکتر مریم یزدانی^۱ دکتر سعید شاکری^۲

^۱ استادیار گروه زنان و زایمان، ^۲ استادیار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مجله پزشکی هرمزگان سال دهم شماره دوم تابستان ۸۵ صفحات ۱۴۹-۱۴۵

چکیده

مقدمه: اخیراً یک راه ورود ویروس غیر از انتقال از طریق پوست بدن، خون نیز بعنوان یک راه انتقال عفونت مورد توجه قرار گرفته است و ریسک این انتقال در مطالعات مورد بررسی قرار می‌گیرد. این مطالعه به منظور بررسی نقش‌ها در انتقال بیماری هپاتیت C به نوزاد انجام گرفته است.

روش کار: در طی زمان بیشتر از دو سال بین شهریور ۷۷ تا تیرماه ۷۹، ۲۰۰۰ خانم حامله در کلینیک‌های نازایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز مورد بررسی و آزمایش تست سرولوژی هپاتیت C و سرولوژی هپاتیت B و عفونت HIV قرار گرفتند. آزمایش های سرولوژیک برای نوزادان مادران مبتلا به هپاتیت C در هنگام تولد ۶ ماه بعد و ۱۲ ماه بعد مجدداً ارزیابی می‌گردد.

نتایج: دوازده خانم معادل ۰/۶٪ از ۲۰۰۰ خانم حامله تست سرولوژی مثبت برای هپاتیت C داشتند. دو نفر معادل ۱/۶٪ از دوزاده خانم مبتلا سابقه یرقان داشتند و سه نفر از آنها معادل ۲۵٪ سابقه هپاتیت در فامیل خود داشتند. دو نفر معادل ۱/۶٪ از آنها سابقه تزریق خون داشتند. ۴ نفر معادل ۲۳٪ اعمال دندانپزشکی داشتند. دو نفر معادل ۱/۶٪ سابقه عمل جراحی عمده در سال گذشته داشتند. البته همگی تست هپاتیت B و نیز HIV منفی داشتند. تست عملکرد کبدی همگی در حاملگی و پس از آن طبیعی بود. نوزادان در هنگام تولد ۶ ماه بعد و ۱۲ ماه بعد از تولد نیز بررسی گردید. تست عملکرد کبدی همگی طبیعی بود.

نتیجه‌گیری: با این همه انتقال عمودی یک راه شایع نیست و سرولوژی مثبت نوزادان مادران مبتلا در هنگام تولد عمدتاً به علت ایمنی غیرفعال می‌باشد که معمولاً پس از ۶ ماه نیز منفی می‌شود. در این مطالعه پس از دوازده ماه آنتی‌بادی توسط نوزادان بر علیه عفونت نیز بوجود نیامد.

کلیدواژه‌ها: هپاتیت C - حاملگی - انتقال عمودی - تبادل خون مادر و جنین

نویسنده مسئول:

دکتر مریم یزدانی

بیمارستان شهیدفقیهی - بخش

زنان - دانشگاه علوم پزشکی

شیراز

شیراز - ایران

تلفن: ۰۹۴ ۳۳۰۵۰۹۴ ۷۱۱ ۹۸+

پست الکترونیکی:

myazdani@sums.ac.ir

دریافت مقاله: ۸۳/۱۲/۴ اصلاح نهایی: ۸۴/۸/۱۶ پذیرش مقاله: ۸۵/۴/۱۴

مقدمه:

هپاتیت C از راه تماس با خون، تزریق مواد مخدر، تزریق خون، خالکوبی، اهدای عضو و تماس‌های جنسی منتقل می‌شود. بعد از ابتلا به هپاتیت C آنتی‌بادی یک تا سه ماه بعد به روش ایمنواسی قابل اندازه‌گیری است اما گاهی تا یکسال این آنتی‌بادی قابل اندازه‌گیری نیست (۱).

اخیراً یک راه ورود ویروس غیر از انتقال از طریق پوست بدن و خون نیز بعنوان یک راه انتقال عفونت مورد

توجه قرار گرفته است. زیرا در ۵۰-۴۰٪ بیماران یک فاکتور خطر مشخص شناسایی نشده است. مطالعات اخیر نشان می‌دهد که انتقال هپاتیت C از مادر به فرزند در حاملگی می‌تواند اتفاق بیافتد و حداقل یک سوم و حداکثر یک دوم موارد ابتلا در داخل رحم اتفاق می‌افتد. هر چند پس از زایمان نیز احتمال زایمان وجود دارد اما بسیار نادر است (۲) و در صورت بیماری نقص اکتسابی سیستم ایمنی شانس انتقال این عفونت بیشتر است (۳، ۴).

است، انجام گردید. آزمایش عملکرد کبدی و سابقه هر نوع بیماری کبدی و وجود بیماری فعال کبدی بررسی گردید. نوزادان مادرانی که تست آنتی‌بادی بر علیه ویروس هپاتیت HCV-Ab C مثبت داشته‌اند، یکبار در بدو تولد مورد بررسی کلینیکی و انجام آزمایشات قرار گرفتند و یکبار در ۶ ماهگی و سپس در ۱۲ ماهگی مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد آنالیز آماری قرار گرفت.

نتایج:

سن خانمهای مورد بررسی بین ۲۸-۱۷ سال و بطور متوسط (25 ± 4) بوده است. تعداد فرزندان آنها بین یک تا شش فرزند بوده است. از بین دوهزار خانم مورد مطالعه، دوازده نفر (0.6%) و سترن بلات مثبت برای آنتی‌بادی علیه هپاتیت C داشته‌اند. هیچکدام از بیماران قبل از حاملگی، در این زمینه آزمایش انجام نداده و از چگونگی آن اطلاعی نداشتند. از این ۱۲ بیمار ۳ نفر (25%) بعنوان معلم و کارمند بدون هیچگونه سابقه‌ای از فاکتورهای خطر بوده‌اند. دو نفر از دوازده نفر (16%) سابقه یرقان داشته‌اند ($P < 0.001$) و سه نفر (25%) از خانمها سابقه هپاتیت در افراد فامیل داشته‌اند ($P < 0.001$) و دو نفر از دوازده نفر (16%) سابقه تزریق خون داشته‌اند. ۴ نفر (33%) از دوازده خانم با تست مثبت سابقه خدمات جراحی دندانپزشکی داشته‌اند. بر روی دو نفر از دوازده نفر (16%) عمل جراحی بزرگ در سال گذشته انجام گردیده بود (جدول شماره ۱).

سایر فاکتورهای خطر مثل انجام کولپوسکوپی و یا سابقه اعتیاد تزریقی در این ۱۲ مادر باردار وجود نداشته است. غربالگی سرولوژی برای آنتی‌بادی بر علیه ویروس نقص اکتسابی سیستم ایمنی و آنتی‌ژن سطحی هپاتیت B در این خانمها منفی بوده است. کلیه آنها تست عملکرد کبدی طبیعی در حاملگی و پس از زایمان داشته‌اند. تست آنتی‌بادی بر علیه ویروس هپاتیت C در نوزادان این مادران با تست مثبت هنگام تولد همراه بوده است، شش

تقریباً تمام نوزادان که از مادران مبتلا به هپاتیت C به دنیا می‌آیند، آنتی‌بادی را که از مادر بصورت غیرفعال دریافت کرده‌اند پس از چند ماه از دست می‌دهند. در مادرانی که ویرمی دارند دیرتر و در مادران مبتلا به عفونت HIV زودتر این ایمنی از دست می‌رود (۵). انتقال عمودی عفونت در نوزادان دختر دو برابر بیشتر دیده شده است که شاید بدلیل تفاوت بیولوژیکی بیشتر مستعد به ابتلا به هپاتیت C می‌باشد. سابقه مصرف تزریقی مواد مخدر، نارس بودن نوزاد و شیردهی بصورت جدی بر افزایش انتقال عمودی تأثیر ندارد (۶). یکی از فاکتورهای خطری که انتقال ویروس از مادر مبتلا، به جنین افزایش می‌دهد، زایمان طبیعی است. از آنجا که بعضی از این فاکتورها قابل تغییر نیستند، لذا انجام سزارین به منظور پیشگیری از آلودگی نوزاد و ممانعت از شیردهی به این مادران توصیه نمی‌گردد (۷). مطالعه حاضر یک مطالعه آینده‌نگر در مورد نقش مادر در انتقال بیماری هپاتیت C به نوزاد می‌باشد.

روش کار:

بین شهریور ۱۳۷۷ تا تیرماه ۱۳۷۹، تعداد ۲۰۰۰ خانم باردار که به مراکز پرینیتال بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز مراجعه نموده‌اند، مورد مطالعه قرار گرفتند.

در مصاحبه با این مادران، سابقه هر گونه تزریق خون، استفاده از مواد مخدر بصورت تزریقی (سابقه این نوع اعتیاد در همسرانشان)، جراحی‌های بزرگ یا سرپایی و کوچک، کولپوسکوپی، تماس جنسی و زندگی با فردی که بیماری کبدی داشته است، بررسی گردید.

آنتی‌بادی این مادران بر علیه ویروس هپاتیت C به روش وسترن بلات اندازه‌گیری شد، (Genelabs, Singapore) آزمایشات غربالگری جهت بیماری نقص ایمنی ویروس تیپ ۱، (RAD, Genescreen, France- Bio) و آنتی‌ژن سطحی هپاتیت (Hepanostika, HBSAG) B (Organon, France) در بیمارانی که آنتی‌بادی بر علیه ویروس هپاتیت C آنها مثبت بوده

ماه و دوازده ماه پس از تولد تست آنتی‌بادی بر علیه ویروس هیپاتیت C در این نوزادان منفی بوده است.

جدول شماره ۱- توزیع مادران بر حسب آنتی‌بادی مثبت و منفی هیپاتیت C

شغل	سابقه یرقان، اعمال جراحی		سابقه هیپاتیت در افراد فامیل		سابقه تزریق خون		سابقه خدمات دندانپزشکی		آنتی هیپاتیت C +	
	شاغل	غیر شاغل	داشته	نداشته	داشته	نداشته	داشته	نداشته		
	۳ (٪۲۵)	۹ (٪۷۵)	۲ (٪۱۶)	۱۰ (٪۸۴)	۳ (٪۲۵)	۹ (٪۷۵)	۲ (٪۱۶)	۱۰ (٪۸۴)	۴ (٪۳۳)	۸ (٪۶۷)
	۴۰۰ (٪۲۰)	۱۵۸۸ (٪۸۰)	۵۰ (٪۲/۵)	(٪۹۷/۵)	(٪۶/۱)	(٪۹۳/۹)	۴ (٪۰/۲)	۱۹۸۴ (٪۹۹/۸)	۳۶۰ (٪۱۸)	۱۶۲۸ (٪۸۲)
				۱۹۳۸	۱۲۰	۱۸۶۸				

بحث و نتیجه‌گیری:

هیپاتیت C یکی از علل اصلی و اساسی موربیدیتی در تمام دنیاست که با یک شیوع یکنواخت ۱/۵-۰/۳٪ در تمام دنیا دیده می‌شود (۸،۹،۱۰،۱۱). انتقال از راه خون تنها در نیمی از بیماران شناخته شده است و در تعداد زیادی از ناقلین سالم نحوه انتقال آن اصولاً شناخته نشده است (۸).

در این مطالعه شیوع مثبت سرمی هیپاتیت C در خانمهای حامله ۰/۶٪ محاسبه گردید و فاکتورهای خطر نیز بررسی شد. همچنین احتمال انتقال عمودی هیپاتیت C در افرادی که مثبت سرمی شناخته شدند، با پیگیری نوزادان آنها در تولد و تا ۱۲ ماه پس از تولد بررسی گردید.

۱۲ نوزادی که از مادران مثبت سرمی هیپاتیت C بدنیا آمدند همگی در بدو تولد آنتی‌بادی ضد هیپاتیت C در سرم آنها اندازه‌گیری شد که در زمان بدو تولد تست آنتی‌بادی آنها مثبت و در ۶ ماهگی و در ۱۲ ماهگی آزمایش سرمی منفی داشته‌اند و روشن است که ایمنی غیرفعال از مادر به آنها منتقل گردیده است.

اطلاعات مطالعه حاضر مانند نتایج بسیاری از مطالعات دیگر بوده است. در مطالعه Remus و همکاران که ۶۴۸ مادر و نوزادان آنها به مدت یکسال مورد بررسی قرار گرفتند، کلیه نوزادان آنتی‌بادی بر علیه هیپاتیت C در خون بدنناف داشتند اما همه آنها ۶ ماه بعد یا آنتی‌بادی نداشتند یا میزان آن بسیار ناچیز بود و نتیجه گرفته شد که

آنتی‌بادی نوزادان از مادر به آنها منتقل شده و انتقال عمودی هیپاتیت C بسیار ناچیز است (۱۲،۱۳،۱۴،۱۵،۱۶).

در مطالعه‌ای که توسط Matsubura و همکاران که بر روی ۲۳۸۰ خانم باردار انجام گرفته، ۲۹ نفر معادل ۱/۲٪ آنتی‌بادی بر علیه هیپاتیت C داشتند. در هنگام تولد ۲۶ نفر از نوزادان آنتی‌بادی بر علیه HCV داشتند اما فقط در ۳ نفر از نوزادان ویروس‌های RNA هیپاتیت C یافت شد که پس از تولد نیز باقی ماند. ارزیابی مجدد این نوزادان در ده ماه نشان داد که آنتی‌بادی بر علیه ویروس هیپاتیت C در این ۳ نوزاد بطور فعال ساخته شده است. حتی متوسط میزان RNA ویروس هیپاتیت در نوزادان آلوده در سه ماهگی بیشتر از مادران نوزادان غیرآلوده بوده است.

در مطالعه Lassey در غنا ۲/۵٪ از خانمهای باردار تست سرولوژی مثبت هیپاتیت C داشتند (۱۷).

این یافته‌ها نشان می‌دهد که انتقال عفونت هیپاتیت C اکثراً از مادران به نوزادان در زمان زایمان اتفاق می‌افتد و این پدیده یک وضعیت ناقل مزمن هیپاتیت C را ایجاد می‌کند (۱۸،۱۹). بعضی از مطالعات انجام سزارین را برای پیشگیری از انتقال بیماری به نوزادان توصیه می‌نماید (۲۰،۲۱).

اصولاً هر چند بعضی از مطالعات انتقال هیپاتیت C از مادران به نوزادان را یک راه انتقال قابل توجه می‌دانند (۹،۲۲) اما مطالعه حاضر نتیجه می‌گیرد که انتقال عمودی هیپاتیت C از مادران به نوزادان یک راه اساسی و اصلی نمی‌باشد به آن اندازه که Pemberly و همکاران انجام

تعداد بیشتری مادران باردار با روشهای آزمایشگاهی دقیقتر در مدت‌های طولانی‌تر با پیگیری بیشتر مخصوصاً با در نظر گرفتن مناطق جغرافیایی و شرایط اجتماعی متفاوت انجام گیرد.

غربالگری برای هپاتیت C را بعنوان یکی از آزمایشات معمول پرنیتال توصیه نمی‌کنند (۲۳).
اما برای نتیجه‌گیری بهتر بخاطر تفاوت‌هایی که در دقت آزمایشگاهی وجود دارد و استفاده از روشهای مختلف جهت انجام آزمایشات، بهتر است مطالعات آینده بر روی

References

منابع

1. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. McGraw-Hill professional; 2001.
2. Mok J, Pembrey L, Tovo PA, Newell ML. When does mother to child transmission of hepatitis C virus occur? *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2005;90(2):156-160.
3. Spencer JD, Latt N, Beeby PJ. Transmission of hepatitis C virus to infants of human immunodeficiency virus-negative intravenous drug-using mothers: rate of infection and assessment of risk factors for transmission. *J Viral Hepatol*. 1997;4(6):395-409.
4. Resti M. Mother-to-infant transmission of hepatitis C virus. *Ital J Gastroenterol Hepatol*. 1999;31(6):489-493.
5. England K, Pembrey L, Tovo PA, Newell ML. European paediatric HCV network. Excluding hepatitis C virus (HCV) infection by serology in young infants of HCV-infected mothers. *Acta Paediatr*. 2005;94(4):444-450.
6. European paediatric hepatitis C virus network. A significant sex—but elective cesarean section—effect on mother-to-child transmission of hepatitis C virus infection. *J Infect Dis*. 2005;192(11):1872-1879.
7. Pembrey L, Newell ML, Tovo PA, EPHN collaborators. The management of HCV infected pregnant women and their children, European paediatric HCV network. *J Hepatol*. 2005;43(3):515-525.
8. Koseki S, Taga M, Aoyama M, et al. Mother-to infant transmission of hepatitis C virus in human immunodeficiency virus-coinfected mother: a case report. *J Obstet Gynecol Res*. 1996;22(2):139-142.
9. Zanetti AR, Tanzi E, Newell ML. Mother-to-infant transmission of hepatitis C virus. *J Hepatol*. 1999;31(1):96-100.
10. Kudo T, Yanase Y, Ohshiro M, et al. Analysis of mother to infant transmission of hepatitis C virus. *J Med Virol*. 1997;51(3):255-230.
11. Hutchinson SJ, Goldberg DJ, King M, et al. Hepatitis C virus among childbearing women in Scotland: prevalence, deprivation, and diagnosis. *Gut*. 2004;53(4):593-598.
12. Reinus JF, Leikin EL, Alter HJ, et al. Failure to detect vertical transmission of hepatitis C virus. *Ann Int Med*. 1992;117(11):881-886.
13. Dinsmoor MJ. Hepatitis C in pregnancy. *Curr Womens Health Rep*. 2001;1(1):27-30.
14. Ceci O, Margiotta M, Mareello F et al. Vertical transmission of hepatitis C virus in a cohort of 2, 447 HIV-seronegative pregnant: a 24-month prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2001;33(5):570-575.
15. Lima MP, Pedro RJ, Rocha MD. Mother-to-infant transmission of hepatitis C virus (HCV) in Brazil. *J Trop Pediatr*. 2004;50(4):236-238.
16. Saez A, Losa M, Lo Iacono O, et al. Diagnostic and prognostic value of virologic tests in vertical transmission of hepatitis C virus infection: results of a large prospective study in pregnant women. *Hepato gastroenterology*. 2004;51(58):1104-1108.

17. Lassey AT, Damale NK, Bekoe V, Lufio CA. Hepatitis C virus seroprevalence among mothers delivering at the Korle-Bu teaching hospital Ghana. *East Afr Med J*. 2004;81(4):198-201.
18. Matsubara T, Sumazaki R, Takita H. Mother-to-infant transmission of hepatitis C virus: a prospective study. *Eur J Pediatr*. 1995;154(12):973-978.
19. Inui A, Fujisawa T, Sogo T, Komatsu H, Isozaki A, Sekine I., et al. Different outcomes of vertical transmission of hepatitis C virus in a twin pregnancy. *J Gastroenterol Hepatol*. 2002;17(5):617-619.
20. Schackman BR, Oneda K, Goldie SJ. The cost-effectiveness of elective Cesarean delivery to prevent hepatitis C transmission in HIV-coinfected women. *Aids*. 2004;18(13):1827-1834.
21. Plunkett BA, Grobman WA. Elective cesarean delivery to prevent perinatal transmission of hepatitis C virus: a cost-effectiveness analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(3):998-1003.
22. Alter MJ. Epidemiology of hepatitis C in the West. *Semin Liver Dis*. 1995;15(1):5-14.
23. Pembrey L, Newell ML, Peckham C. Is there a case for hepatitis C infection screening in the antenatal period. *J Med Screen*. 2003;10(4):161-168.