OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Barnmorskemottagning och gynekologi
Innehållsansvar: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare
Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef
Godkänd av: Flera godkännare finns - se eftersättsblad

Giltig från: 2026-07-27
Giltig till: 2028-07-27

Varicella zoster-infektion - handläggning under graviditet

Förändringar sedan föregående version

Giltighetsdatum har förlängts.

Bakgrund och syfte

Syftet med rutinen är att gravida med risk att insjukna i varicella uppmärksammas samt ett korrekt handläggande i de fall sjukdom uppstår i slutet av graviditeten.

Inledning

Primärinfektion med varicella zoster-virus (VZV) leder till vattkoppor. Vattkoppor är en mycket vanlig virussjukdom som oftast drabbar barn, men personer i alla åldrar kan insjukna. Genomgången sjukdom ger i princip livslång immunitet. Reaktivering av en gammal VZV-infektion kan ge bältros (herpes zoster). Detta sker vanligtvis hos äldre eller immuninkompetenta personer.

Primärinfektion med VZV under graviditet har i stort sett samma förlopp som hos vuxna i allmänhet, men kan leda till kongenital eller neonatal varicellainfektion (se nedan).

En mycket stor andel (>90%) av den vuxna befolkningen i Sverige har ett gott antikroppsskydd mot VZV. Många har haft en lindrig sjukdom i barndomen som inte alltid har uppmärksammats, varför många inte kan svara på om de har haft vattkoppor. För personer födda i Sverige är antikroppsskyddet upp mot 99%, men hos personer från tropiska

och subtropiska områden är immuniteten mycket lägre vilket behöver tas i beaktande när det gäller gravida.

Smittspridning, smittsamhet

Virus sprids via sekret från luftvägarna, vid hosta, nysning och snuva samt vid direktkontakt med sekret från blåsbildningar. Smittsamheten är hög och pågår from ca 1–2 dagar innan utslagen kommer tills blåsbildningarna torkat ihop (ca 6–10 dagar efter sjukdomsutbrott). Inkubationstiden är 10–21 dagar.

Symtom vattkoppor

Feber, huvudvärk, trötthet och sjukdomskänsla kan föregå hudförändringarna. Dessa symtom är oftast milda hos barn men mer uttalade hos vuxna. Därefter följer makulopapillära utslag som övergår till blåsbildningar. Efter 6–10 dgr torkar blåsbildningarna och täcks av en skorpa (crusta).

Komplikationer

Den vanligaste komplikationen är sekundär bakteriell infektion i hudlesionerna. Den vanligaste allvarliga komplikationen är varicellapneumonit vilket drabbar rökare och vuxna i högre utsträckning än barn. Meningit, encefalit, cerebellit och hepatit förekommer också men är ovanliga. VZV-infektion hos immuninkompetenta personer kan vara direkt livshotande.

Diagnos

Diagnos på den gravida kvinnan ställs med hjälp av anamnes avseende exposition och symtom samt med blodprov (serologisk undersökning, se ”Handläggning vid misstänkt smitta” nedan). För att ställa diagnos på fostret måste man göra ett fostervattenprov men det blir mycket sällan aktuellt under graviditet.

Fosterinfektion, fosterrisker

Transmissionsrisken av VZV mor→barn varierar med gestationslängd. Före v 28 är transmissionrisken 5–10%, i v 28–36 ca 25% och efter v 36 kan den vara så hög som 50–60%. De fetala riskerna omfattar

kongenitalt varicellasyndrom, intrauterin/neonatal varicella och ökad risk för prematur födsel. Inkubationstiden för transmission anges till 9–15 dagar.

Kongenitalt varicellasyndrom är ett tillstånd med hög mortalitet, specifika hudlesioner, skelettavvikelser, ögon- och neurologiska skador. För att ett sådant skall inträffa krävs infektion med VZV före 20:e graviditetsveckan, men är då ändå ovanlig (<1% av fallen).

Intrauterin/neonatal varicella är ett tillstånd med hög fetal/neonatal mortalitet (>30%). Incidensen är 24–50% av de fall där modern insjuknar de sista tre veckorna av graviditeten. Allra allvarligast är infektion hos barnet orsakad av maternell infektion -5/+2 dagar i förhållande till partus.

Fostret kan bilda specifika IgM-antikroppar från v 18–20. IgG överförs passivt från modern och försvinner vanligen från barnets blod vid 6–9 mån ålder. Fynd av VZV-IgM hos fostret/barnet är diagnostiskt för kongenital infektion.

Utförande

Handläggning vid misstänkt smitta av gravid

Exponerad för smitta men ännu ej sjuk:

1. Begär analys antikroppar varicella zoster virus av sparat, fryst serumprov (rutinprov i första trimestern). Använd **virologi-remiss** och skriv under **annan klinisk upplysning:** *”Finns IgG-antikroppar mot varicellae zoster i sparat serumprov från första trimestern?”* Kryssa för under **serologi**: varicella och IgG.
2. Om man kan påvisa IgG-antikroppar mot varicellae i detta prov är kvinnan immun (>90% av fallen) och kan inte insjukna under graviditet, och fostret kan inte heller bli sjukt. Lugnande besked.
3. Om det saknas IgG-antikroppar mot varicellae i provet är kvinnan mottaglig för infektion. I så fall tas en ny serologi avseende antikroppar för varicella zoster (IgG och IgM).

Provet kan ibland behöva upprepas enligt rekommendationer från virologiska laboratoriet för säkerställande av diagnos. Det kan också bli aktuellt att utfärda ett intyg till arbetsgivare till stöd för kvinnan i en diskussion om omplacering/avstängning från arbetsplats där smittrisken anses stor.

4. Hänvisa den icke-immuna gravida till infektionsmottagningen för bedömning och ställningstagande till antiviral profylax.

Sjukdomssymtom förenliga med vattkoppor eller serologiska prover som bekräftar VZV-infektion under graviditet:

I tillägg till behandling enligt nedan kan sedvanlig symtomlindrande behandling mot feber, klåda och smärta ges.

1. I första trimestern: låg risk för kongenitalt varicellasyndrom. Ingen behandling på fosterindikation. Maternell behandling med aciklovir endast om komplikationer tillstöter.
2. I andra och tredje trimestern: ökad risk för maternella och fetala komplikationer, behandling enligt nedan bör ske i samråd med infektionsspecialist.
    - Vid mild varicella v 13–35 **kan** aciklovir 800 mg x 5 x VII **erbjudas** till kvinnan.
    - Vid mild varicella efter v 35 **bör** aciklovir 800 mg x 5 x VII ges.
    - Vid allvarlig varicella (pneumonit, encefalit, hög feber) oavsett graviditetslängd skall kvinnan vårdas inneliggande på Infektionskliniken och behandlas med intravenöst aciklovir 10–15 mg/kg x 3 i 7–14 dgr.
3. Om den gravida kvinnan insjuknat med vattkoppor under graviditeten bör en bedömning av obstetriker göras ungefär en månad efter insjuknandet. I samråd med infektionsläkare görs en plan för hur graviditeten skall

följas. Om skälig misstanke finns på fosterinfektion kan diagnosen fastställas genom analys av virusnukleinsyra med PCR i amnionvätska och blod. Eventuell amniocentes bör utföras efter det att vattkopporna hos modern läkt ut. Ett positivt PCR-resultat kan betyda att fostret infekterats men säger inget om risken för att barnet skall skadas. Ultraljud kan visa eventuella förändringar först efter 4–5 veckor efter att den gravida kvinnan insjuknat.

4. När kvinnan tillfrisknat från sin sjukdom kan hon fortsätta sina kontroller på ordinarie BMM, eventuellt i kombination med uppföljande ultraljudsundersökningar enligt ovan.

Förlossning

Gravida med varicella ska förlösas på isoleringsrum avd 308, Obstetriken KK SU/ÖS. Eftervården sker på infektionsklinik. Kejsarsnitt/operation i samråd med operationsenheten avseende lokalitet.

Vid misstänkt/säkerställd inkubation av VZV i anslutning till förlossning, kontakta infektionsläkare för att planera vården.

Behandling och antiviral profylax till barn

Immunprofylax (Varicellon®) ges enligt bedömning av neonatolog och eller infektionsläkare intramuskulärt till

- Barn födda av kvinna som insjuknat i vattkoppor en vecka före / en vecka efter förlossning.
- Barn födda av kvinna som i är exponerad för vattkoppor och som ej är immun.
- Prematura nyfödda barn som exponerats för VZV intrauterint eller postnatalt.

Aciklovir bör ges intravenöst till nyfödda som insjuknar i vattkoppor. Behandlingen skall ges av barnläkare/infektionsläkare.

Herpes zoster (bältros) under graviditet

Herpes zoster hos den gravida kvinnan medför ingen risk för kongenitalt varicellasyndrom eller andra fetala komplikationer. När en gravid kvinna har aktiva blåsor kan hon dock smitta personer som inte haft vattkoppor varför hon bör isoleras från andra gravida, från kvinnor som nyss fött barn och från andra nyfödda. Informera kvinnan om att det inte föreligger risk för fosterskada. Vid okomplicerad bältros är ingen behandling nödvändig. Vid komplicerad herpes zoster (allmänpåverkan, feber, zoster i ansiktsregionen eller andra tecken på kranialnervspåverkan) bör kvinnan hänvisas till infektionsläkare för bedömning och antiviral behandling. Förlossning kan ske på förlossningsavdelning men i isoleringsrum. Blåsorna med täcks över med täckförband. Mor och barn eftervårdas på infektionsklinik. Barnet får ammas. Om blåsorna är äldre än 7 dagar och intorkade kan eftervård ske på vanlig BB-avdelning. Om en gravid kvinna får herpes zoster för första gången under graviditet bedömer MHV-läkare/obstetriker om det finns anledning att misstänka kompromettерat immunförsvar och hur detta då skall utredas.

Ansvar

Mödrahälsovårdsöverläkare ansvarar för innehållet i riktlinjen. Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att riktlinjen implementeras och efterlevs.

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Karin Jerhamre Sundh, mödrahälsovårdsöverläkare, Centralt mödrahälsovårdsteam, Regionhälsan.

Innehållsgranskare

Erica Ginström Ernstad, överläkare, Obstetrikenheten, SU.

Godkännare

Susanne Samuelsson, områdeschef, barnmorskemottagningar och gynekologi, Regionhälsan.

Anneli Falk, verksamhetschef, Obstetrikenheten, SU.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Barnmorskemottagning och gynekologi

Innehållsansvar: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Susanne Samuelsson, (sussa7), Områdeschef, Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Dokument-ID: RHS9927-391389789-113

Version: 4.0

Giltig från: 2026-07-27

Giltig till: 2028-07-27