

Gäller för: Kvinnoklinik

Giltig från: 2025-02-07

Innehållsansvar: Stina Berver, (stibe5), Specialistläkare

Giltig till: 2027-02-05

Granskad av: Anette Kristensson, (anekr2), Vårdadministrativ sekreterare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Herpesinfektion (HSV) vid graviditet, förlossning och postpartum

Sammanfattning

Diagnostik och handläggning av infektioner med herpes simplexvirus (HSV) under graviditet, förlossning och barnsängstid.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	1
Bakgrund	2
Förutsättningar.....	2
Genomförande	2
Diagnos av kvinnas infektion	2
Smittrisk och val av förlossningssätt.....	2
Behandling under graviditet	3
Primär infektion tom graviditetsvecka 34+6	3
Primär infektion fr om graviditetsvecka 35+0	3
Sekundär infektion/anamnes på genital herpes	4
Oral herpes under graviditet och puerperium.....	4
Oral herpes herpes eller handinfektioner hos personal på BB-avdelning eller anhöriga	5
Appendix:	5
Provtagning för både PCR och odling:.....	5
Diagnoskod.....	6
Dokumentinformation	6

Länkförteckning6

Bakgrund

Herpes simplex virus (HSV) hör till gruppen humana herpesvirus, som ger upphov till latenta infektioner. Herpes simplex virus finns av två typer – typ 1 och 2 (HSV-1, HSV-2). Bägge HSV-typerna kan infektera centrala nervsystemet (CNS) framför allt hos nyfödda barn och ge meningit/encefalit. Trots att de flesta gravida kvinnor har antikroppar mot HSV-1 eller HSV-2 är neonatal HSV-infektion sällsynt, c:a 1:13 000.

Förutsättningar

Inkubationstiden vid genital eller oral herpesmitta anges från 1 - 7 dagar. Smittsamheten är störst vid en förstagsängsinfektion och kvarstår då t.ex. vid samlag/förlossning många veckor efter klinisk utläkning av herpeslesionerna. En primärfektion kan vara asymtomatisk och senare följas av ett symptomgivande recidiv. Vid recidivinfektion är en immunkompetent individ smittsam endast några dagar; smittsamheten kvarstår som regel inte när blåsorna/ulcerationerna torkat in. En tyst utsöndring förekommer av och till däremellan.

Genomförande

Diagnos av kvinnas infektion

- PCR-teknik för påvisande och typning av virus, från blåsor/sår eller från andra kroppsvätskor t.ex. liquor, amnionvätska.
- Serologiska metoder för att bedöma om det är primärfektion eller recidivinfektion. Om det finns IgG-antikroppar mot den HSV-typ som detekterats med PCR är det en recidivinfektion.
- Om det inte finns IgG-antikroppar mot den HSV-typ som detekterats med PCR är det en primärfektion. IgM-antikroppar kan detekteras cirka en vecka efter insjuknandet, och byts successivt ut mot IgG-antikroppar inom någon till några månader.
- För laboratoriemetoder – Se Appendix.

Smittrisk och val av förlossningsätt

Vid en pågående genital primärfektion är smittrisen för barnet mycket hög (30 - 50%). Sectio före vattenavgång och även flera timmar efter är i ett sådant fall ett odiskutabelt led i preventionen och har en skyddande effekt mot överföring från pågående herpesinfektion i förlossningskanalen.

Vid pågående genital herpesinfektion av recidivkaraktär är risken för överföring låg (sannolikt i storleksordningen 1 - 3%). En del data talar för att sectio bör övervägas men på mycket snäva indikationer: pågående herpesrecidiv i akut skede i den direkta förlossningskanalen.

Om tveksamhet gällande om iakttagna förändringar är herpes eller inte rekommenderas provtagning, vaginal förlossning och information till barnläkaren om ev. virologisk och klinisk uppföljning av barnet.

Under inga förhållanden får ett barn som exponerats för herpes vid förlossningen släppas utan barnläkarens observation och virologisk provtagning.

Behandling under graviditet

Primär infektion t.o.m. graviditetsvecka 34+6

Behandla med aciklovir (Zovirax, Geavir) p.o. 400 mg x 4 i 10 dagar. Vid uttalad sjukdom (definieras: feber, allmänpåverkan, lymfadenit, utbredda blåsor, svårighet att kasta vatten), remitteras patienten till gynnottagningen (före v. 22+0) respektive specMVC/förlossning (fr.o.m. v. 22+0) för ställningstagande till inläggning och i.v. behandling med aciklovir (Geavir 10 mg/kg var 8:e timma, ges långsamt under en timma). Infektionskliniken konsulteras vid behov. Vid mindre allvarlig infektion är oral aciklovirmedicinering tillräcklig (200 mg x 5 eller 400 mg x 4) alternativt valaciklovir 500 mg x 2. Behandlingstid 7 - 10 dagar.

Alla som haft en primär herpesinfektion under graviditet skall ha oral aciklovirprofylax (Geavir, Zovirax), 400 mg x 3 fr.o.m. 10 dagar före beräknad förlossning tills barnet är fött. Kvinnan uppmanas inkomma till förlossningsavdelningen tidigt vid misstänkt vattenavgång eller förlossningsvärkar. Spekulumundersökning utförs av läkare vid inkomst. Vaginal förlossning planeras om inga synliga förändringar finns i förlossningskanalen.

Primär infektion fr.o.m. graviditetsvecka 35+0

- Behandla enligt ovan (som vid primärinfektion före v. 35+0), alltså behandla med aciklovir (Zovirax, Geavir) 400 mg x 4 p.o. i 10 dagar och gå sedan ner till 400 mg x 3 fram till förlossningen. Vid allvarlig sjukdom starta i.v. behandling enligt ovan.
- Elektivt sectio efter v. 38+0. Patienten skall komma in snabbt vid vattenavgång eller begynnande värkarbete och det planerade snittet ska utföras akut.
- Patienten vårdas på enskilt rum efter förlossningen. Hon skall heller inte vistas i dagrum, barnundersökningsrum eller hantera andras barn

på BB-avdelningen. Barnuppföljning: Neonatolog kontaktas och uppföljning sker enligt direktiv från vederbörande.

Sekundär infektion/anamnes på genital herpes

- Planera vaginal förlossning.
- Ingen rutinmässig provtagning före partus.
- Aciklovir (Zovirax, Geavir) profylax (400 mg x 3 eller 200 mg x 4) alt. Valaciclovir 500 mg x 2 kan övervägas vid flera utbrott under graviditetens senare del med början 10 dagar före beräknad partus och till och med förlossningen.
- Patient med anamnes på genital herpes tillfrågas vid ankomst till förlossningsavdelningen om aktuella symtom. Om patienten anger symtom på herpes ska läkare göra spekulumundersökning.
- Vid avsaknad av symtom eller synliga förändringar handläggs patienten som en normalpatient.
- Vid akuta herpesförändringar i vagina görs kejsarsnitt.
- Vid aktuella förändringar utanför förlossningskanalen sker förlossningen vaginalt.
- Skalpelektrod och skalpprovtagning görs endast på snäva obstetriska indikationer vid akut skov. Om man vidtar sådan åtgärd ska det motiveras i journalen.
- Rutiner för BB-vården: se punkt 3 i föregående stycke.

Oral herpes under graviditet och puerperium

- Aktuell oral herpes – ingen åtgärd under graviditet. Under puerperium hygieniska åtgärder, skärpt handhygien, pussa inte barnet. Ska ej handha andras barn och försiktighet bör iakttas vid kontakt med andra nyförlösta. Får amma.
- Vid blåsor och ingen anamnes på oral herpes – ta herpesprov och serologi, se Appendix. Om antikroppspositiv mot isolerad typ, endast hygienåtgärder enligt ovan.
- Primärinfektion gingivostomatit. Behandla med aciklovir (Zovirax, Geavir) p.o. 400 mg x 4 i 7 - 10 dagar om modern är besvärad av sin herpesinfektion. Vid allvarlig sjukdom (allmänpåverkan, feber) remittera till infektionskliniken för ställningstagande till inläggning och intravenös behandling. Informera neonatolog vid förlossningen om mamman har haft sin orala primärinfektion sista hälften av graviditeten.

Oral herpes herpes eller handinfektioner hos personal på BB-avdelning eller anhöriga

Munsår hos personal föranleder vanligen ingen åtgärd utöver sedvanlig noggrann handhygien. Personal med vätskande eller stora förändringar i ansikte eller på händer skall inte arbeta i direkt kontakt med de nyfödda. Personer i barnets familj med munsår eller herpesförändringar på fingrarna ges instruktion om noggrann handhygien och att undvika pussar och nära beröring med barnet. Vänner och släktingar med dessa symtom skall inte besöka nyfödda.

Appendix

Laboratoriemetoder (Analyser utförs på SU/virologen).

I. Viruspåvisning – HSV-DNA analys med PCR-teknik, odling eller antigen-detektion med immunofluorescens.

a) Påvisning av herpes simplex virus (HSV) DNA med PCR teknik är en mycket känslig teknik med hög specificitet, som numera används som förstahandsmetod. Påvisningen innefattar säker typning av HSV-1 och HSV-2.

b) Viruspåvisning genom odling i vävnadskultur fångar upp infektiöst virus. Metoden används främst vid misstanke om resistens mot antivirala medel samt vid virulensundersökning. Efter intypning (HSV-1 eller HSV-2) kan stammen karakteriseras och känslighetsbestämning utföras mot antivirala medel.

Provtagning för både PCR och odling

Transportmedium = Trpm-rör + pinne; finns i kylskåp och frys på mikrobiologen. (0,5 ml fysiologisk NaCl i sterilt rör går också).

- Välj alltid färskast möjliga blåsa/sår.
- Tag gärna material från flera förändringar, för att öka utbytet vid provtagningen.
- Sug upp rikligt med sekret på av viruslaboratoriet angiven provtagningspinne.
- Gnugga samtidigt blåsans/sårets botten eller exempelvis cervix, så att även celler som innehåller stor mängd virus fångas upp.
- Pinnen transporteras i laboratoriets transportmedium.
- Om virusprovtagningsmaterial inte finns till hands, använd i nödfall bomullsarmerad pinne (ej kolad!), transportera i sterilt skruvlocks rör med ett par droppar sterilt koksalt.
- Förvara provet i kylskåp i avvaktan på första möjliga transport.
- Tidsåtgång: Positivt svar erhålls inom en till ett par dagar.

- Resistensbestämning tar minst 1 vecka.

II. Serologiska metoder: Bestämningsmetoder finns för både typ-gemensam antikroppsaktivitet (IgG ochIgM) och för typspecifik IgG-aktivitet mot HSV-1 och HSV-2.

- Blodprov 5 - 10 ml i rör utan tillsats.
- Analystid 1 - 2 dygn.
- Snabbanalyser med svar efter 2 - 5 timmar kan ev. göras – hör med laboratoriet i brådskande fall.

Diagnoskod

O98.3 Herpes simplex under graviditet, förlossning, barnsängstid

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Stina Berver, specialistläkare, förlossningen, kvinna och barn

Fastställt av

Karolina Andersson, verksamhetschef, kvinna och barn

Nyckelord

Herpesinfektion, HSV, graviditet, herpes, herpes simplex

Länkförteckning

infpreg.se

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Stina Berver, (stibe5), Specialistläkare

Granskad av: Anette Kristensson, (anekr2), Vårdadministrativ sekreterare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9641-1173499273-73

Version: 6.0

Giltig från: 2025-02-07

Giltig till: 2027-02-05