

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Giltig från: 2025-04-09

Innehållsansvar: Bo Jacobsson, (boja6), Överläkare/Professor

Giltig till: 2027-04-08

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Herpes simplex under graviditet och förlossning

Förutom SU gäller riktlinjen även för Mödrahälsovård i Göteborg och Södra Bohuslän.

Medicinsk rådgivare

Mårten Alkmark, Medicinskt ledningsansvarig, sektionschef obstetrik SU.

Revideringar i denna version

2023-02-13 Ersätter version ifrån 2014. Ingen revidering, endast uppdatering.

2025-03-27 revidering gjord under rubrik ”Primärinfektion före 35+0 veckor”. Ändring av arbetsgrupp och medicinsk ledningsansvarig.

I. Ingen anamnes på genital herpes

a) Primärinfektion före 35+0 veckor

Utredning: Vid misstanke tas prov för herpes från afficerat område i vulva/vagina/cervix (se Appendix). Serologi för HSV 1 och 2 tas också för att kunna bedöma om det är en primär eller sekundär infektion (se Appendix).

Behandling: Behandla med aciklovir (Zovirax, Geavir) p.o. 400 mg x 4 i 7-10 dagar. Vid uttalad sjukdom (definieras: feber, allmänpåverkan, lymfadenit, utbredda blåsor, svårighet att kasta vatten) remitteras patienten till KK SU/S (graviditetsvecka <18+0) respektive SU/Ö (graviditetsvecka ≥18+0) för ställningstagande till inläggning och i.v. behandling med aciklovir (Aciklovir 7,5-10mg/kg var 8:e timma, ges

långsamt under en timma. Dosen kan behöva justeras vid nedsatt njurfunktion). Infektionskliniken kan konsulteras vid behov.

Alla som haft en primär herpesinfektion under graviditet skall ha 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 (vårdplanering skall vara skriven i Obstetrix av behandlande läkare). Spekulumundersökning utföres av läkare vid inkomst. Vaginal förlossning planeras om inga synliga förändringar finns i förlossningskanalen.

Barnuppföljning: Neonatolog kontaktas och uppföljning sker enligt direktiv från vederbörande.

b) Primärinfektion fr.o.m. 35+0

Utredning: Vid misstanke tas prov för herpes från afficerat område i vulva/vagina/cervix (se Appendix). Serologi för HSV 1 och 2 tas också (se Appendix).

Behandling: Behandla p.o. med aciklovir (Zovirax, Geavir), 400 mg x 4 i 10 dagar och gå sedan ner till 400mg x 3 fram till och med förlossningen. Vid allvarlig sjukdom starta i.v. behandling enligt ovan.

Patienten skall kontakta förlossningen omedelbart vid tecken på begynnande värkarbete eller vattenavgång för att förlösas med sectio (vårdplanering skall vara skriven i Obstetrix). Annars elektivt sectio efter vecka 38+0.

Patienten vårdas på enskilt rum efter förlossningen. Hon skall heller inte vistas i barnrummet eller hantera andras barn på BB avdelningen.

Barnuppföljning: Neonatolog kontaktas och uppföljning sker enligt direktiv från vederbörande.

II. Anamnes på genital herpes

1. Planera vaginal förlossning.
2. Ingen rutinmässig provtagning före partus.
3. Aciklovir (Zovirax, Geavir) profylax (400 mg x 3), kan övervägas vid flera utbrott under graviditetens senare del med början 10 dagar före beräknad partus och till och med förlossningen.
4. Patient med anamnes på genital herpes tillfrågas vid ankomst till förlossningsavdelningen om aktuella symtom. Om patienten anger symtom på herpes görs spekulum undersökning av läkare.

5. Vid avsaknad av symtom eller synliga förändringar handläggs patienten som en normalpatient.
6. Vid akuta herpesförändringar i vagina görs kejsarsnitt.
7. Vid aktuella förändringar utanför förlossningskanalen sker förlossningen vaginalt.
8. Skalpelektrod och skalpprovtagning företas endast på snäva obstetriska indikationer vid akut skov. Om man vidtar sådan åtgärd skall det motiveras i journalen.

Patient med känd pågående herpesinfektion vårdas på enskilt rum efter förlossningen. Hon skall heller inte vistas i barnrummet eller hantera andras barn på BB avdelningen.

Barnuppföljning: Neonatolog kontaktas och uppföljning sker enligt direktiv från vederbörande.

III. Oklara herpesuspekta förändringar under graviditet och förlossning.

Utredning: Ta prov från förändringen samt serologi (se Appendix). Om provtagningen sker i samband med förlossning märk provet som akutanalys.

Behandling: Under graviditet avvakta provsvar för ställningstagande till handläggning. Vid stark misstanke på herpes behandla med aciklovir (Zovirax, Geavir) 400 mg x 4 p.o. om förlossningen är nära förestående. Vaginal förlossning planeras.

Barnuppföljning: Neonatolog kontaktas om det är oklara förhållanden vid förlossningen och uppföljning sker enligt direktiv från vederbörande.

IV. Oral herpes under graviditet och puerperium

- a) Anamnes på oral herpes – ingen åtgärd under graviditeten. Under puerperium hygienska åtgärder, skärpt handhygien, pussa inte barnet. Skall ej handha andras barn och försiktighet bör iakttas vid kontakt med andra nyförlösta. Får amma.
- b) Vid blåsor och ingen anamnes på oral herpes – tag herpesprov och serologi, se Appendix. Om antikroppspositiv mot isolerad typ, endast hygienåtgärder enligt ovan.
- c) Primärinfektion gingivostomatit. Behandla med aciklovir (Zovirax, Geavir) per os, 400 mg x 4 i 7-10 dagar om modern är besvär 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 primärinfektion sista hälften av graviditeten.

Patient med känd pågående herpesinfektion vårdas på enskilt rum efter förlossningen. Hon skall heller inte vistas i barnrummet eller hantera andras barn på BB avdelningen.

V. Oral 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 med munsår eller herpesförändringar på fingrarna i barnets familj, ges instruktion om noggrann handhygien och att utvika pussar och nära beröring med barnet. Vänner och släktingar med dessa symtom skall inte besöka nyfödda.

Appendix

Laboratoriemetoder

- I. Viruspåvisning – HSV-DNA analys med PCR-teknik, odling eller antigendetektion 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 till HSV- 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 spec-förlossningen. 0.5-1.0 ml fysiologisk NaCl i sterilt rör går även bra.

- 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 virusprovtagningmaterial inte finns tillhands, använd i nödfall bomullsarmerad pinne (ej kolad!), transportera i sterilt skruvlocksror med ett par droppar steril 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 antikropps-aktivitet (IgG och IgM) och för typspecifik IgG-aktivitet mot HSV-1 och HSV-2.
- Blodprov 5-10 ml i för utan tillsats.
 - På barn kan undantagsvis kapillärprov användas (minimum c:a 400-500 ml blod) om venprov ej kan tagas.
 - Analytid 1-2 dygn.
 - Snabbanalyser med svar efter 2-5 timmar utförs på flera laboratorier.

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Obstetrix/Melior, om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

Granskare/arbetsgrupp

Anna Hagman, MÖL (Centralt mödrahälsovårdsteam), Erica Ginström Ernstad ÖL (obstetrik SU), Marie Studahl ÖL (infektionskliniken), Tomas Bergström ÖL (virologen), Ingemar Tessin ÖL (neonatal).

Ansvar

Gäller för personal inom de enheter/verksamheter som berörs av rutinen.

Ansvar för spridning och implementering har VEC/EC.

Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvar: Bo Jacobsson, (boja6), Överläkare/Professor

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef,
Mårten Alkmark, (marst98), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-188

Version: 6.0

Giltig från: 2025-04-09

Giltig till: 2027-04-08