



Herpes

Under graviditet og
fødsel



Revision af national guideline

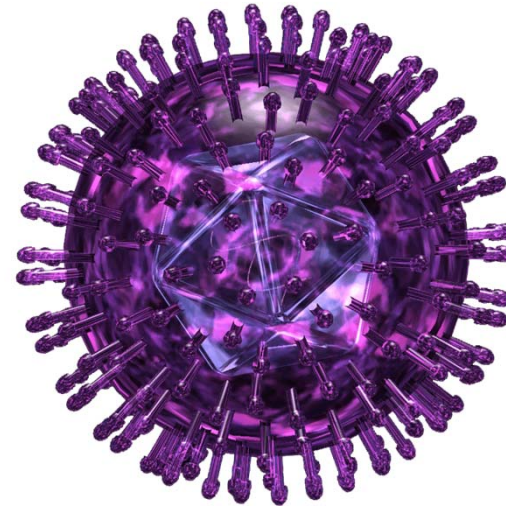
Overvejelser:

- Øget opmærksomhed på anamnesen ved 1. svangreundersøgelse
- Profylaktisk virus-reducerende behandling i tiden op til fødsel?
- Fødemåde



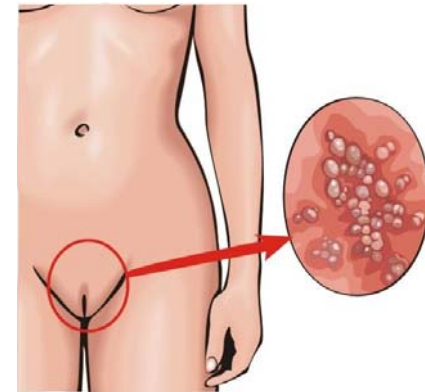
Herpes simplex virus - hyppig infektion

- Infektion med herpes simplex virus (HSV) er hyppigt forekommende.
- Ca. 70-80% af befolkninger har antistoffer mod herpesvirus.



Herpes simplex virus 1 og 2

- ***Herpes labialis***
oftest forårsaget af HSV type 1
- ***Herpes genitalis***
er oftest forårsaget af HSV 2,
- men tiltagende hyppigt af HSV 1 (30-40%).

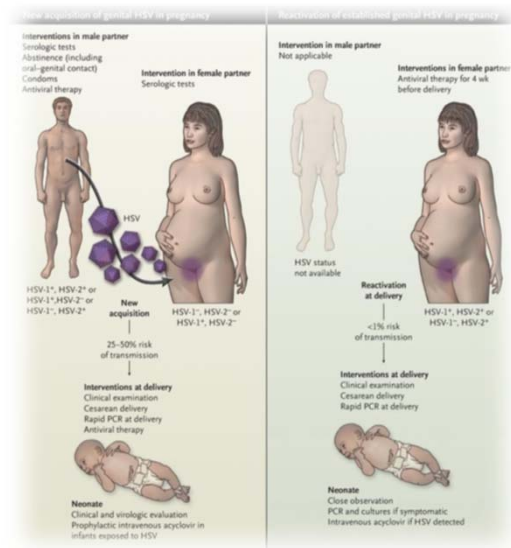


Serologisk prævalens af HSV 2

- Varierende geografisk:
 - 7-40 % worldwide,
 - ca 10-20 % i Europa.
- Herpes er ikke omfattet af den lovbestemte anmeldelsespligt, hvorfor der er begrænsede data om forekomst, men seroprævalensen af både HSV 1 og 2 menes på verdensplan at være stigende.

Herpes og graviditet

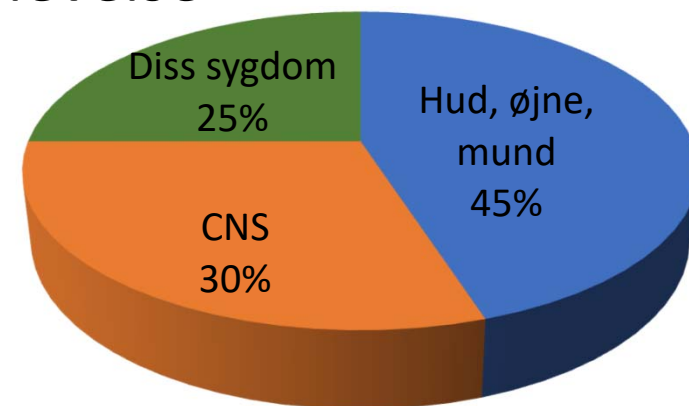
- Største bekymring er risikoen for smitte af barnet,
 - fordi overførsel af virus fra mor til barn under fødslen kan forårsage neonatal herpes infektion.



Neonatal herpes infektion

- Sjælden, (i DK ca.5 tilfælde pr. 100.000 nyfødte).
- men livstruende infektion
- Høj mortalitet,
(30 % ved dissemineret sygdom, trods behandling.
- Høj risiko for permanente handicaps ved overlevelse
(ved spredning til CNS: neurologisk morbiditet: 70%)

Erhvervede antistoffer fra mor nedsætter risikoen for
– men forhindrer ikke – alvorlig sygdom hos barnet





- Neonatal herpes erhverves oftest (85-90 %) under fødslen
- 10-15 % erhverves i nyfødthedsperioden
- Transplacentær intrauterin infektion er ekstrem sjældent, er kasuistisk beskrevet ved alvorlig primær infektion.

Risiko for smitte ved fødsel



- Ved **primær** herpes infektion omkring fødselstidspunktet (3.trim) er der **stor risiko for smitte** af barnet (30-40%)
- Ved **recidiverende** herpes er der **lav risiko for smitte** (0-2%)
- De fleste inficerede børn (2/3) er dog født af kvinder som er uvidende om at de har recidiverende herpes.
- Trods antistoffer overført til barnet kan der opstå lokaliseret infektion hos barnet, og antistofferne forhindrer ikke spredning til CNS.

- Bør gravide med herpes genitalis under graviditeten behandles med supprimerende antiviral medicin i sidste del af graviditeten?

- Fødselsmåde?





Cochrane
Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Third trimester antiviral prophylaxis for preventing maternal genital herpes simplex virus (HSV) recurrences and neonatal infection (Review)

Hollier LM, Wendel GD

Konklusioner

Der er ikke evidens for at forebyggende antiviral terapi sent i graviditeten reducerer antal tilfælde med neonatal herpes - for få cases.

Sekundære outcomes:

- **Reduktion af kliniske herpes genitalis symptomer ved fødslen**

RR 0.28, (95% CI 0.18 to 0.43)

- **Reduktion af asymptomatisk virus udskillelse ved fødslen**

RR 0.14, (95% CI 0,05- 0,39)

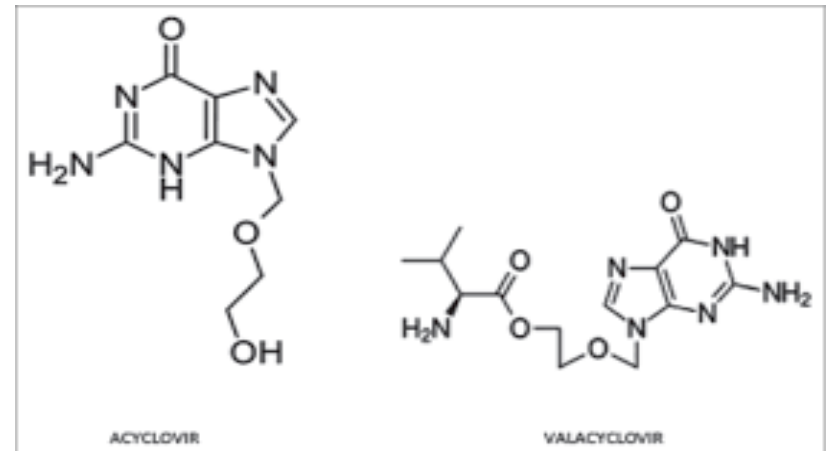
- **Reduktion af antal kejsersnit**

RR 0.30, (95% CI 0.20 to 0.45)

- NNT: For at forebygge ét herpes udbrud ved fødslen, skal man behandle 10 kvinder.

Risici ved forebyggende behandling?

- Aciclovir: ikke påvist teratogenicitet



- Gør man gravide unødigt nervøse??

Anbefales profylaktisk virus-reducerende behandling i sidste del af graviditeten af andre guidelines ?

	+ profylaktisk behandling
RCOG 2014	Anbefales alle kvinder med primær herpes SKAL overvejes for kvinder med recidiverende
Amerikansk - ACOG - 2008	Anbefales til: Alle kvinder med primær og recidiverende
Canadisk - SOGC 2008	Anbefales til: Alle kvinder med primær og recidiverende
Uptodate 2017	Anbefales til: Alle kvinder med primær og recidiverende
Center of disease and infection 2015	Anbefales til: Alle kvinder med primær og recidiverende

Rekommendation

Gravide som har symptomatisk genital herpes i graviditeten, uanset om det er primær, eller recidiverende infektion, anbefales profylaktisk behandling med antiviral medicin fra GA 36 + 0 indtil fødslen.

(Seropositive uden udbrud under graviditet har formentligt ikke gavn af terapi)

Profylaktisk behandling:

Aciclovir 400 mg x 3 dgl, ell.

Valaciclovir 500 mg x 2 dgl.



Herpes genitalis og fødselsmåde



Risiko for neonatal herpes infektion, fødselsmåde

Primær infektion:

- Vaginal fødsel: 41 % (18%-67%)
- Sectio: 11 % (0.3%-48%)

Recidiverende infektion:

- Vaginal fødsel: 2 % (0.3%-7%)
- Sectio: 0/meget lav (0%-6%)

Rekommendationer, fødselsmåde

- Gravide med primær genital herpes i 3. trimester bør forløses ved sectio, særligt ved infektion <6 uger inden fødsel. B
- Gravide med recidiv af herpes genitalis ved fødslen kan anbefales føde vaginalt. C

Fremgangsmåde Anamnese

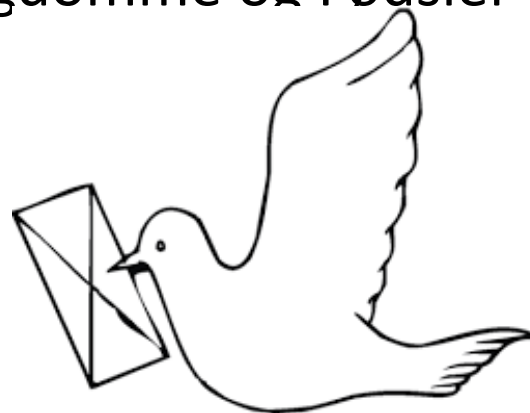
Der bør ved 1.svangreundersøgelse hos e.l. optages anamnese mht. om den gravide eller hendes partner har herpes genitalis.



Svangerskabsjournal										Side 2 af 2
Personnummer		Navn								
Anamnese, fortsat										
Kroniske sygdomme, sæt x	Kredsløb	Luftveje	Thyroidea	Diabetes	Epilepsi	yg.	Harpos genitalis	Inde		
Medicin										
MFR Vaccinationsstatus	<input type="checkbox"/> Vaccineret	<input type="checkbox"/> Ikke vaccineret	<input type="checkbox"/> Ukendt							
Tidligere indlæggelser og behandlinger af relevans for graviditeten										
Tobak	Hyger <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Antal cigaretter pr. dag		Evt. ophørsdato		Ønsker ryggesvænningstilbud <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Alkohol	Forbrug efter ønsket graviditet <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Antal ganstande pr. uge		Flere ganstande ved samme lejlighed <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Evt. bemærkninger under Samlet vurdering			

Hvis herpes genitalis hos den gravide

I forbindelse med visitation sendes der fra Kvindesygdomme og Fødsler et "Herpes-brev"



Hvor der står at den gravide skal henvende sig til egen læge ved udbrud under graviditeten og medbringe brevet, hvor behandlingsforslag også står.

Fremgangsmåde Diagnostik



Diagnosen kan i klassiske tilfælde stilles på baggrund af typiske symptomer og karakteristiske kliniske fund.

Fremgangsmåde Diagnostik



Diagnosen bør hos gravide med udbrud dog sikres ved at:

- 1) Identificere HSV:

podning/skrab -> PCR (foretages dgl på AUH)

- 2) Undersøge antistof status

blodprøve mhp. undersøgelse for typespecifikke antistoffer
(der bestilles P-Herpes simplex virus 1+2-ab(IgG))

- da det kan have indflydelse på behandling og anbefaling om fødselsmåde.

Diagnose

Primær herpes:

- Første udbrud af herpes type 1 eller 2.

Non-primær første episode af herpes:

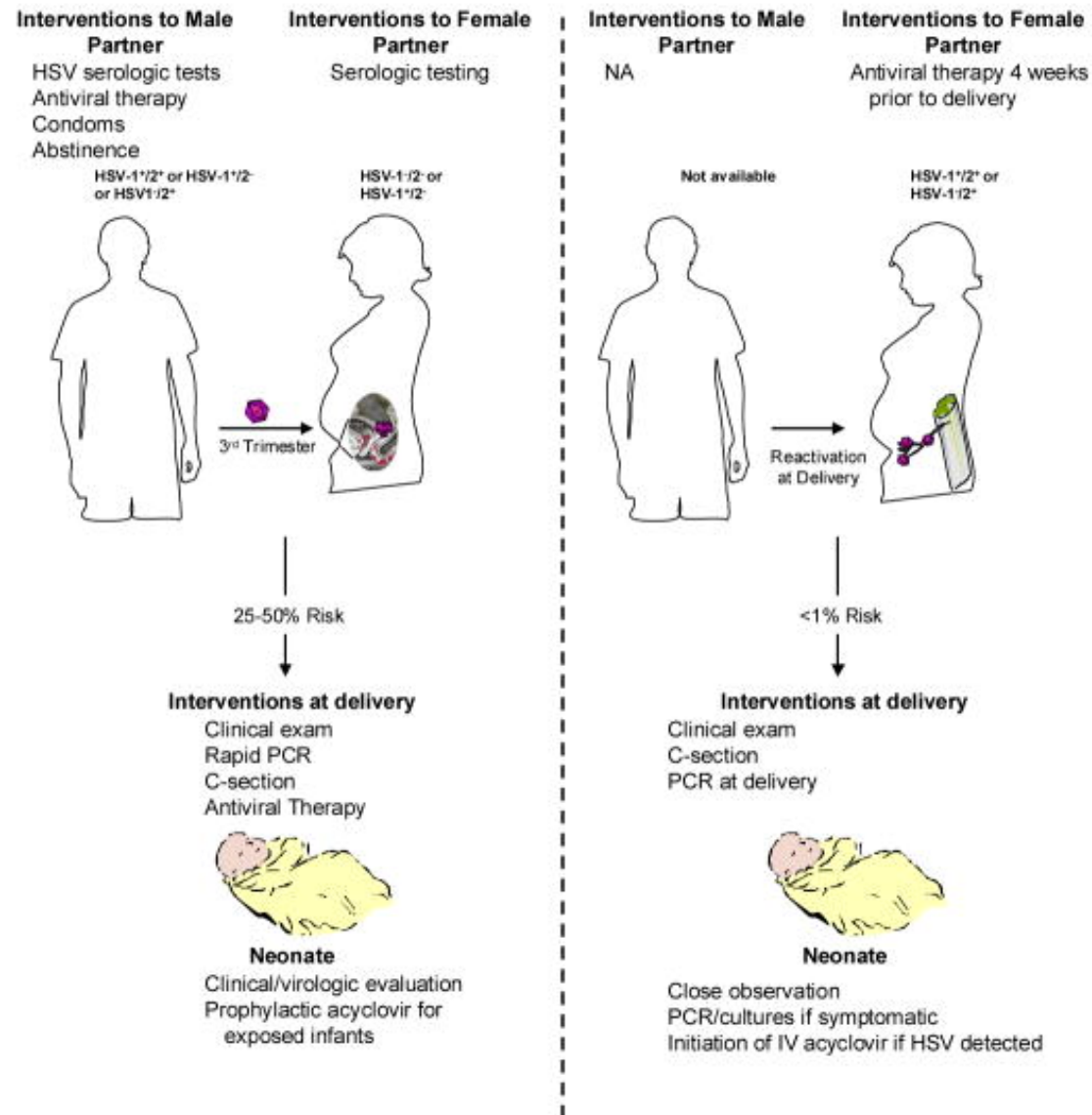
- Første udbrud af herpes 1 eller 2, når der forefindes antistoffer mod den anden type.

Recidiverende herpes:

Udbrud af herpes type 1 eller 2, når der er antistoffer mod den aktuelle herpestype.

- Antistoffer udvikles indenfor de første 12 uger efter infektion, og persisterer derefter.

- Serologisk antistof-status af den gravide og partner kan også være relevant, hvis partner har herpes genitalis, og den gravide er uden anamnese med herpes genitalis.
- Hvis den gravide er seronegative: rådgivning om forebyggelse af smitte under graviditet.



Serokonvertering og udbrud under graviditet

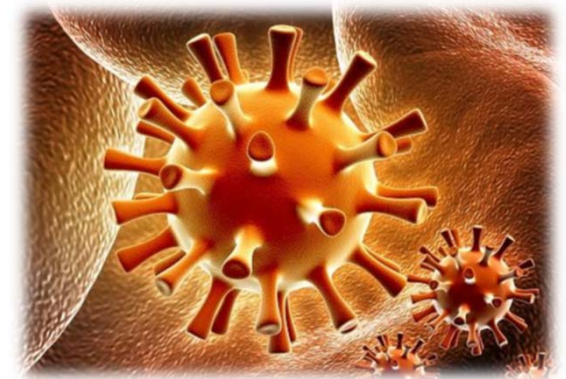
Primær herpes infektion i graviditeten

2% serokonverterer

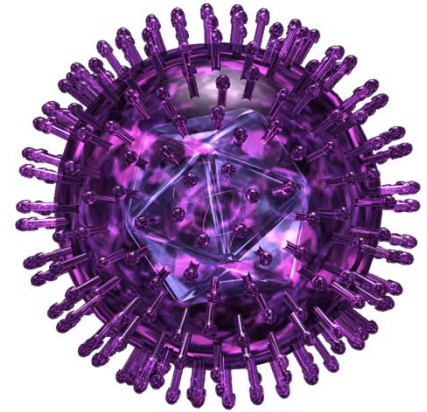
op til 20% hvis partner er seropositiv og den gravide negativ

Gravide med recidiverende herpes

- 13-14% synlige læsioner/prodromal symp ved fødslen
- 24-26% udskiller virus ved fødslen



Resumé



- Grundig anamnese om herpes hos den gravide og hendes partner
- Hvis recidiverende herpes med udbrud i tiden op til/ under graviditet -> profylaktisk behandling fra GA 36 (+herpes brev)
- Ved udbrud under graviditeten:
 - > podning og undersøgelse af antistof status, behandling efter vanlige retningslinjer.
 - > Besked til fødested.
- Hvis partner har herpes og den gravide er uden kendt anamnese med herpes:
 - > undersøgelse af den gravides antistof status
 - Hvis seronegativ: Rådgivning om at undgå smitte

Algoritme for behandling af herpes genitalis i graviditeten – er i e-dok

