

 ULLEVÅL universitetssykehus	Prosedyre Herpes simplex virus I og II-infeksjoner		
	Nyfødtintensivpost U (2510)		
Dagens dato: 28.10.2010	Utarbeidet av: Lisa Bjarkø	Godkjent av: Sverre Medbø Dato: 04.03.2009	Gyldig fra: 04.03.2009 Gyldig til: 04.03.2011
Dokument-ID: 2409 Versjon: 3 Gyldig Dokumentstatus: Gyldig			

1. Endringer siden siste versjon

2. Definisjoner

3. Formål

Prosedyre for behandling av herpes simplex type I og II-infeksjoner

4. Omfang

Veiledende for utredning og behandling

5. Ansvar

Avd. overlegen

6. Fremgangsmåte

HERPES SIMPLEX TYPE I OG II

Incidens neonatal HSV: 1:2.000 - 1:10.000 fødsler

Genital herpes er hos unge mest HSV-1, eldre HSV-2

Inkubasjonstid: 5-21 dager.

Inndeling HSV-infeksjon hos mor:

1. **Primærinfeksjon.** Høy virusutskillelse gjennomsnittlig i 3 uker.
 - >50% smitteoverføring intrapartum
 - Primær genitalinfeksjon rundt forløsning kan gi alvorlig generalisert sykdom hos barnet. Aciklovir til mor og barn ved fødsel. Sectio vurderes, helst innen 4 timer fra vannavgang. Økt risiko for smitteoverføring ved PROM > 6 timer.

- OBS mange asymptomatiske mødre.
- Primærinfeksjon av mor siste 6 uker av svangerskapet: Acyklovir til mor.

2. **Ikke-primærinfeksjon** = primærsmitte med den andre typen HSV enn den man er smittet med tidligere.

- 30% smitteoverføring intrapartum.
- Vaginal forløsning.

3. **Residiv**: Lav virusutskillelse i 2-5 dager

- 0,5 – 3% smitteoverføring intrapartum.
- Vaginal forløsning.
- Ved ofte utbrudd eller første residiv i 1. eller 2. trimester, vurderer valaciklovir 500mg x 2 til mor.
- Residiv siste 10 dager før fødsel: Acyklovir til mor.
(L.Corey i Mandell anbefaler sectio ved sikkert synlig utbrudd)

Smitte:

Intrauterint: Sjelden. Antas ved debut før 48 timer

Intrapartum (85-90%)

Postnalt.

OBS! Opptil 70% av mødrene er asymptomatiske.

Inndeling infeksjon hos nyfødte:

(30% HSV-1, 70% HSV-2, som har dårligst prognose)

1. **Disseminert systemisk infeksjon** hos nyfødte første 2 leveuker (sannsynligvis ved akutt viremi): Lever, lunger, CNS, RDS, sepsis, kramper. De fleste uten mukokutane lesjoner ved debut. Mortalitet ubehandlet: 80%.

2. **Lokalisert infeksjon** i CNS, 2.-3.(-6.) leveuke (retrograd aksonal transport av virus). Stor risiko for sekveler i form av CP og epilepsi (>50% av overlevende). Ca 40% mangler helt mukokutane lesjoner. Mortalitet ubehandlet: 50%.

3. **Infeksjon lokalisert til munn, øyne, hud**. Debut mellom 1 og 3 uker post partum. Sjelden som gingivostomatitt lik den større barn får. 30% får ubehandlet noe nevrologisk sekvele. 70% progredierer ubehandlet til CNS-/ disseminert form.

Diagnostikk

1) Virus ved PCR i både serum (0.5ml blod i glass med gul kork) spinalvæske. Evt gjentas etter 4-5 dager om negativ første gang. Obs! kan være falskt negativ hvis CSF svært blodig.

2) Serologi hos mor og barn for dårlig. IgM evt etter 10 døgn.

3) Avskrap fra lesjoner på virus transportmedium til PCR.

4) Annet: a. Ved disseminert sykdom gjerne forhøyet ASAT og ALAT og konjugert bilirubin, trombo- og nøytropeni.

b. EEG kan gi typiske funn temporalt.

- c. CT/MR kan gi typiske funn temporalt, men er ofte negativ initialt..
- d. Spinalvæske: Protein forhøyet, økende. Ofte blodig spinalvæske. Moderat lavt spinalsukker. Celler moderat forhøyet.

Dersom mor har aktivt utbrudd, skal mor og barn isoleres med kontaktsmitteregime.. Prøver tas av barn (overflateprøver samt munn/nasopharynx) til viruspåvisning. Evt også spinalvæske. Kontrollprøver fra blod, samt evt spinalvæske etter 5 dager. Tett observasjon 1. måned , først sykehus, deretter hjemme.

Behandling

Alle nyfødte med infeksjon: Aciklovir 20mg/kg x 3 i 21 dager (x 2 for premature under gestasjonsuke 34 og ved nyresvikt). Aciklovir også lokalt ved øye-lesjoner. Negativ PCR før avslutning av beh.(Whitley et al, Lancet, 2002; 359). Evt 14 dager i.v. behandling ved sikker lokalisert mukokutan form.

Alltid god hydrering ved aciklovirbehandling!

Nytte av langtids suppresjonsbeh etter HSV-2 i nyfødtp perioden uavklart.

Oppfølging: Øyelege, hørselstest og barnenevrolog.

Profylakse: Vannavgang > 6 timer og herpesutbrudd hos mor: Aciklovir mxt 30mg/kgx5 i 7 dager kan vurderes, men er ikke rutine. God håndhygiene. Personell med munnsår, bruke munnbind. (OBS! Aldri påvist neonatal HSV som nosokomial smitte) Lesjon på brystet: Kaste melka så lenge aktiv lesjon.

Tor Einar Calisch, mai-08

7. Handling ved dissens eller feilsituasjoner

8. Referanser

Kilder:

- Neofax 2008
- Mandell 5. utgave s 1564-75
- A.Nilsen, venerologen, Haukeland 1998
- Arvin A, Whitley R et al, "herpes Simplex virus Infections" i Remington & Kleins Infectious Disease of the Fetus and Newborn Infant, 2006
- Johnson, Karen, "Overview of TORCH infections" UpToDate, 31.01.08
- Riley L, "Genital Herpes Simplex Virus Infections and Preganacy, UpToDate, 31.01.08

Relaterte dokumenter

Hepatitt B og C

CMV-infeksjon, medfødt og neonatal

Varicella-zoster infeksjon, medfødt og neonatal

Toxoplasma infeksjon, medfødt