

Management von Herpes-Infektionen in Schwangerschaft und Wochenbett

Infektionen mit humanen Herpesviren gehören zu den häufigsten viral bedingten Hauterkrankungen. Herpes genitalis zählt zu den häufigsten Ursachen genitaler Ulzerationen. Vor allem in der Schwangerschaft und rund um die Geburt ist eine primäre Infektion eine gefürchtete Komplikation. Simone Prüß hat aktuelle Empfehlungen gesichtet.

Herpes simplex-Viren

Weltweit ist jeder Sechste durch Herpesviren infiziert. (5)

Herpes simplex-Viren (HSV) werden in zwei verschiedene Gruppen unterteilt. HSV-1 Typen sind vorwiegend für nicht-genitale Viruserkrankungen, z. B. Herpes labialis, verantwortlich, HSV-2 Typen verursachen häufiger genitalen Herpes. (2,3) Diese Einteilung auf die Körperregion trifft jedoch nicht auf alle Infektionen zu. Eine genitale Herpesinfektion kann sogar in bis zu 50% durch einen Virus vom Herpes-Typ 1 verursacht werden. Neonatale Infektionen werden jedoch in 80% durch HSV-2 ausgelöst und scheinen somit problematischer für das Neugeborene zu sein. (6)

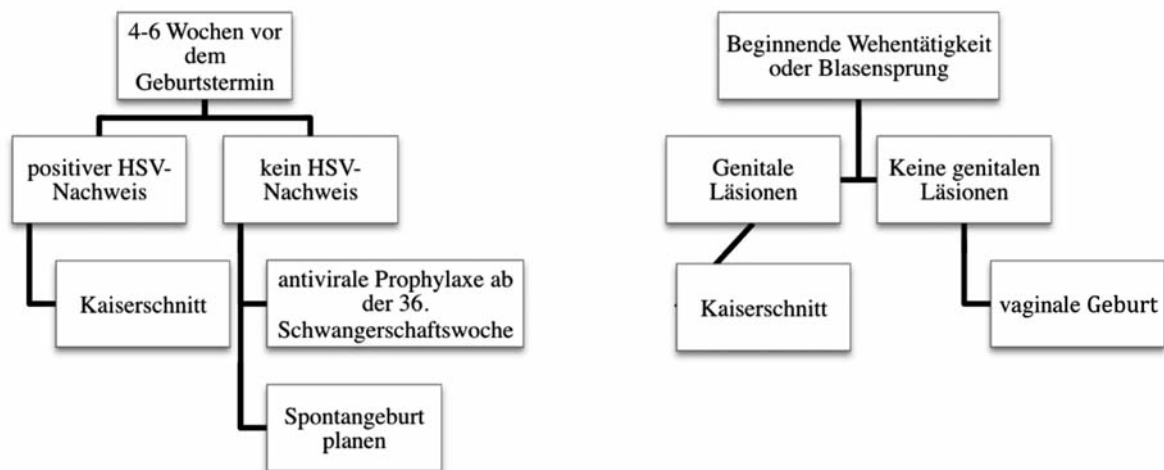
Anders als bei Erwachsenen ist eine Infektion im Neugeborenenalter mit größerer Morbidität und Mortalität verbunden. In 60% der Fälle zeigen sich Symptome später als 5 Tage nach der Geburt. Die mildeste Form (45-50%) zeigt sich im Befall der Haut, Augen und Mund. 30% der Infektionen hat Auswirkungen auf das Nervensystem



mit Lethargie, Krämpfen und mäßigen bis schweren neurologischen Anomalien mit Spätfolgen. In 17-25% kommt es zu einer disseminierten, multiple Organe betreffenden Infektion. Die Letalität dieser schweren Ausprägung der Infektion liegt trotz intravenöser, antiviraler Therapie bei 30%. (5,7)

Symptome und Diagnose

Asymptomatische Verläufe sind häufig und Infektionen bleiben unerkannt. (5) Eine Primärinfektion durch HSV im Genitalbereich äußert sich nach einer Inkubationszeit von 3 bis 14 Tagen durch gruppierte Bläschen, die sich zu großen schmerzhaften Hautläsionen ent-



Algorithmus zur Geburtsplanung (modifiziert) (6)

wickeln. Genitaler Juckreiz, Spannungsgefühl, Dysurie, vaginaler Ausfluss und Allgemeinsymptome wie Kopfschmerzen und Müdigkeit können mit der Infektion einhergehen. (5,6) Noch häufiger bleibt eine primäre Ansteckung allerdings unbemerkt. Ein Übertragungsrisiko über die Schleimhäute bei asymptomatischen Verläufen ist trotzdem gegeben.

Alle Herpestypen bleiben lebenslang im Organismus und können zu symptomatischen oder asymptomatischen Rezidiven im Genitalbereich führen. Diese unterscheiden sich je nach PatientIn in Schwere und Häufigkeit. Vor allem äußere Einflüsse wie Stress, Sonneneinstrahlung oder andere, das Immunsystem belastende Infektionen, können das Virus reaktivieren. Einer solchen Infektion gehen in vielen Fällen prodromale Schmerzen und Juckreiz voran. (1,5,6)

Herpes-Infektion der Schwangeren

Herpes neonatorum ist die schwerwiegendste Komplikation einer maternalen Infektion. (5)

Auch in der Schwangerschaft kommt es zu dem Problem, dass 70% der Schwangeren keine oder unspezifische Symptome zeigen. (4,7) Wenn der Verdacht einer HSV-Infektion der Schwangeren besteht, kann eine Viruskultur und PCR-Diagnostik Aufschluss über das Infektionsrisiko geben. (6) Ein generelles Screening auf HSV in der Schwangerschaft wird von den führenden geburtshilflichen und gynäkologischen Gesellschaften nicht empfohlen,

da der Nutzen der Tests begrenzt ist und ein zuverlässiges Erfassen aller Neugeborenen, die erkranken könnten, nicht möglich ist. (1,6,11)

In Einzelfällen wird von diaplazentaren Übertragungen auf den Fötus in der 12.-14. Schwangerschaftswoche berichtet, die multiple Fehlbildungen zur Folge haben können. Primäre Infektionen im zweiten und dritten Trimenon erhöhen das Risiko einer Frühgeburt. Die größte Gefahr der Herpesinfektion in der Schwangerschaft stellt die peripartale Infektion des Ungeborenen bzw. Neugeborenen dar. Das Risiko der Infektion richtet sich nach der Viruslast im Vaginalsekret der Mutter. Diese ist bei Primärinfektionen nach der 32. Schwangerschaftswoche ohne adäquate Therapie am größten. Erkrankung des Neugeborenen mit schwerem klinischen Verlauf sind die Folge. (1,6)

Therapie und Geburtsmodus

Ohne Wehen und Blasensprung vor dem Termin ist ein Herpes genitalis keine Sectioindikation. (1)

Primäre Erkrankungen in der Schwangerschaft können in erster Linie durch eine antivirale Therapie mit Acyclovir oder Valacyclovir in den entsprechenden Dosierungen behandelt werden. Studien rechtfertigen den Einsatz der Präparate in der Schwangerschaft, es zeigt sich durch die Einnahme keine erhöhte Fehlbildungsrate. (1,8,9)

Um eine intrapartale Übertragung zu vermeiden, ist bei einer aktiven Infektion mit genitalen Herpesläsionen oder prodromalen Symptomen ein Kaiserschnitt erforderlich.

Ein prophylaktischer Kaiserschnitt bei Frauen mit Herpes genitalis in der Anamnese ist durch den vorhandenen Antikörper-Schutz des Neugeborenen nicht indiziert. Auch bei einer rezidivierenden asymptomatischen Infektion liegt das Risiko der Übertragung bei nur 1-5%. Die Wahrscheinlichkeit einer peripartalen Infektion erhöht sich jedoch durch eine Amniotomie, das Legen einer Sklap-elektrode und vaginal-operative Entbindungen. Diese Maßnahmen sollten dann vermieden werden. (1,4,6)

Frauen, die regelmäßig an Rezidiven erkranken, wird eine medikamentöse antivirale Prophylaxe ab der 36. Schwangerschaftswoche empfohlen. Untersuchungen zeigten weniger klinische Manifestationen und eine verminderte Virusausscheidung am Geburtstermin mit einer daraus resultierenden Senkung der Kaiserschnitttrate. (1,2,6,8) Im Falle eines Blasensprungs bei gesicherter Infektion sollte ein Kaiserschnitt spätestens innerhalb von 4-6 Stunden vorgenommen werden. Beim frühen vorzeitigen Blasensprung muss das Gestationsalter und die fetale Lungenreife dem Risiko einer Infektion gegenüber gestellt werden. Ein abwartendes Management kann in Erwägung gezogen werden. (5,10)

Herpes-Infektionen im Wochenbett

Herpesläsionen an Lippen und anderen Körperregionen können zur neonatalen Infektion führen. (5)

Auch Herpes labialis sowie Herpesläsionen an den Brustwarzen und Fingern

können eine neonatale Erkrankung zur Folge haben. Um das Risiko der nosokomialen Infektion durch Mutter, Angehörige, Besucher und Personal zu verringern, ist Aufklärung notwendig. Dichtes Abdecken der Läsionen, das Tragen eines Mundschutzes, Händehygiene und Vermeidung des direkten Körperkontakts sind notwendige präventive Maßnahmen. Das Stillen des Kindes ist möglich, insofern keine Läsionen im direkten Bereich der Brust bzw. Brustwarze auftreten. (5,6)

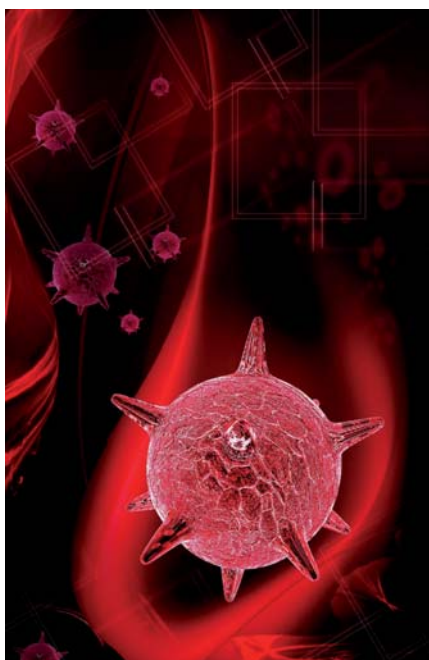
Handlungsempfehlung

Trotz der weiten Verbreitung der HSV-Viren ist eine Infektion des Neugeborenen selten. Das größte Transmissionsrisiko besteht bei einer primären Infektion, die in der Schwangerschaft per se in wenigen Fällen vorkommt, mit aktiven Läsionen am Geburtstermin.

Kommt es dennoch zu dieser Situation, ist ein konsequentes Management erforderlich. Ein zeitnahes Beenden der Schwangerschaft bei Wehentätigkeit bzw. Blasensprung innerhalb von 4 Stunden durch eine Sectio caesarea und antivirale Therapie der Mutter sowie eine engmaschige Kontrolle des Neugeborenen zählt hier zu den Empfehlungen.

Quellen:

- 1) ACOG (2000): Management of herpes in pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 68; 165-174.
- 2) Andrews AW, Kimberlin DF, Whitely R, Cliver S, Ramsey PS, Deeter R (2005): Vacyclovir therapy to reduce recurrent genital herpes in pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 194, 774-81.
- 3) Allstaff S, Wilson J (2012): The management of sexually transmitted infections in pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2012;14:25-32.
- 4) Brown ZA, Gardella C, Wald A, Morrow RA, Corey L (2005): Genital herpes complication pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 106;4;845-856.
- 5) Büchner S (2005): Schweizer Empfehlungen für das Management des Herpes genitalis und der Herpes-simplex-Virus-Infektion des Neugeborenen. *Schweizerische Ärztezeitung* 86;13; 780-792.
- 6) Friese K, Mylonas I, Schulze A (2013): Infektions-erkrankungen der Schwangeren und des Neugeborenen. Springer Verlag; Berlin, Heidelberg.
- 7) Gadella C, Brown Z (2010): Prevention of neonatal herpes. *BJOG* 2011;118:187-192.



- 8) Hollier LM, Wendel GD (2008): Third trimester antiviral prophylaxis for preventing maternal genital herpes simplex virus (HSV) recurrences and neonatal infection (Review). *The Cochrane Library*; 8. <http://www.thecochranelibrary.com> (22.10.2014)
- 9) Kang SH, Chua-Gocheco A, Bozzo P, Einarson A (2011). Safety of antiviral medication for treatment of herpes during pregnancy. *Can Fam Physician* 57(4); 427-428.
- 10) Major CA, Towers CV, Lewis DF, Garite TJ (2003): Expectant management of preterm premature rupture of membranes complicated by active recurrent genital herpes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 188; 6;1551-1555.
- 11) Urato AC (2006): Universal prenatal herpes screening is a bad idea in pregnancy-Comment. *The Lancet* Vol 368. www.thelancet.com (25.10.2014)
- 12) Riley LE, Wald A, Hirsch MS, Lockwood CJ, Bloom A, Barss VA (2014): Genital herpes simplex virus infection and pregnancy. <http://www.uptodate.com/> (04.11.2014)

Simone Prüß, BSc

ist Hebamme im Krankenhaus St. Veit/Glan und Mitglied im Redaktionsteam der ÖHZ.
Kontakt:
simone.pruess@icloud.com



Bahnhof-Apotheke
Kempten^{Allgäu}

Pulsatilla

Homöopathische Taschenapotheken, speziell für Hebammen und Therapeuten

Ausbildungen

von und mit
Ingeborg Stadelmann

»Homöopathie rund um die Geburtshilfe«

Grundlagen und Methodik,
150 Arzneimittelbilder,
praktische Repertorisation,
Fallbeispiele und Miasmenlehre.
10 Module a'2 Tage 1325,00 €
+250,00 € für Bio-Voll-Verpflegung

**Mit 75 Punkten lt. § 37
österr. HebG anerkannt.**

»Aromatherapie in der Geburtshilfe«

Ätherische Öle, fette Pflanzenöle,
Hydrolate und Anwendung der
Original IS Aromamischungen
in der Hebammenpraxis.
2 Module a'3 Tage 378,00 €
+92,00 € für Bio-Voll-Verpflegung

**Mit 60 Punkten lt. § 37
österr. HebG anerkannt.**

**Gerne erhalten Sie unseren
Produktkatalog, das Seminar-
programm und spezielle
Hebammenkonditionen.**

**www.bahnhof-apotheke.de
oder rufen Sie uns an:
Tel. 0049 (0)831 - 5 22 66 11**

Bahnhof-Apotheke • Apotheker D. Wolz
Bahnhofstraße 12 • D - 87435 Kempten
Tel. 0049 (0)831 - 5 22 66 11 • Fax 5 22 66 26
info@bahnhof-apotheke.de