

## 24. HERPES GENITALIS V GRAVIDITĚ – MANAGEMENT – DOPORUČENÝ POSTUP

### Autoři

Záhumenský J., Mašata J.

### Oponenti

Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP

Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP

### Souhrn doporučení

Na začátku těhotenství cíleně pátrat po anamnéze genitálního herpesu.

Screening na přítomnost specifických protilátek, nebo průkaz asymptomatického vylučování viru není rutinně doporučován (sérologie, přímá diagnostika).

Při přítomnosti akutního primárního výsevu genitálního herpesu v těhotenství a před porodem provést přímou diagnostiku přítomnosti viru HSV1 nebo HSV2 (PCR) a odběr vzorku krve na průkaz přítomnosti specifických protilátek (pouze, má-li pracoviště k dispozici).

Ženy s primárním genitálním herpesem ve III. trimestru by měly родit císařským řezem, protože je vysoké riziko přenosu HSV na novorozence.

Při výskytu primárního herpesu ve III. trimestru je nutné informovat pediatra – je potřebná léčba novorozence.

Císařský řez není indikován u žen s anamnézou rekurentní HSV nemoci bez klinických příznaků při porodu – rutinní antepartální vyšetřování vylučování HSV (PCR, kultivace, ELISA) u asymptomatických žen s rekurentní nemocí není rutinně doporučováno.

Při aktivním výsevu nebo prodromech v době porodu je vhodné vést porod císařským řezem nejlépe do 4 hodin od odtoku plodové vody.

Není jasně prokázán protektivní efekt císařského řezu při odtoké plodové vodě déle než 4 hodiny.

Supresní terapie acyklovirem nebo valcyklovirem od 36. týdne až do porodu u žen s anamnézou rekurentního herpes genitalis snižuje riziko výsevu v době porodu a snižuje potřebu porodu císařským řezem.

V případě, že není k dispozici odpovídající diagnostika (PCR, sérodiagnostika), je vhodné každou herpetickou lézi ve III. trimestru považovat za primární herpes.

### Literatura

- Braig, S., Chanzy, B.** Management of genital herpes during pregnancy: the French experience. *Herpes*, 2004, 11(2), p. 45–47.
- Brown, ZA., Gardella, C., Wald, A., et al.** Genital herpes complicating pregnancy. *Obstet Gynecol*, 2005, 106(4), p. 845–856.
- Hollier, LM., Wendel, GD.** Third trimester antiviral prophylaxis for preventing maternal genital herpes simplex virus (HSV) recurrences and neonatal infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD004946.
- Keller, DL.** Maternal and neonatal herpes simplex virus infections. *N Engl J Med*, 2009, 361(27), p. 2678–2679.
- Langenberg, AG., Corey, L., Ashley, RL., et al.** A prospective study of new infections with herpes simplex virus type 1 and type 2. Chiron HSV Vaccine Study Group. *N Engl J Med*, 1999, 341(19), p. 1432–1438.
- Meylan, P.** [Swiss recommendations for the management of genital herpes and herpes simplex virus infection of the neonate]. *Rev Med Suisse*, 2005, 1(36), p. 2315–2322, 2324.
- Money, D., Steben, M.** Guidelines for the management of herpes simplex virus in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*, 2008, 30(6), p. 514–526.
- Sauerbrei, A., Wutzler, P.** Herpes simplex and varicella-zoster virus infections during pregnancy: current concepts of prevention, diagnosis and therapy. Part 1: Herpes simplex virus infections. *Med Microbiol Immunol*, 2007, 196(2), p. 89–94.