

## نحوه برخورد با هرپس ژنیتال در حاملگی

دکتر سولماز پیری\*

چکیده :

زمینه و هدف: عفونت ژنیتال هرپس سیمپلکس در حاملگی خطر بالقوه‌ای برای جنین و نوزاد محسوب می‌گردد. خطر انتقال این ویروس از مادر به جنین/ نوزاد یک نگرانی عمده متخصص زنان و نوزادان است. هدف این مقاله مروری روشن کردن دامنه و طیف عفونت مادری و نوزادی، بررسی خطر انتقال ویروسی و بیان راه‌های مفید و اثبات شده درمانی بر اساس مطالعات انجام شده بر پایه شواهد می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: حاملگی، ویروس هرپس سیمپلکس، عفونت مادرزادی هرپس سیمپلکس.

### زمینه و هدف

علامت است ولی گاهی عفونت مکرر علامت‌دار و ضایعات قابل مشاهده پوست رخ می‌دهد. عوامل موثر بر عفونت مکرر عبارتند از: شدت عفونت اولیه، طول مدت سپری شده از زمان عفونت اولیه و نوع ویروس هرپس (HSV). شیوع عفونت مکرر پس از عفونت اولیه شدید و نیز در چند ماه اول پس از آن بیش‌تر است. HSV-2 بیش‌تر از HSV-1 منجر به عفونت نهفته در گانگلیون‌های ساکرال می‌گردد.

به همین علت عفونت مکرر بدون علامت یا علامت‌دار HSV-2 در ناحیه ژنیتال شایع‌تر از HSV-1 است و علت ۷۵-۷۰٪ عفونت اولیه ژنیتال و ۸۸٪ عفونت مکرر ناحیه ژنیتال می‌باشد. ویروس هرپس با درمان آنتی‌ویرال یا مکانیسم‌های دفاعی بدن میزبان از بین نمی‌رود و همیشه به حالت نهفته در بدن فرد باقی می‌ماند. با این حال طول مدت، شدت و فرکانس دوره‌های عود با درمان آنتی‌ویرال کم‌تر می‌شود.

### اپیدمیولوژی

انتقال ویروسی در اثر تماس نزدیک با سطوح مخاطی یا پوست زخمی رخ می‌دهد. ۹۰٪ عفونت اولیه یا مکرر ژنیتال در اثر HSV-2 است و برعکس اکثر موارد عفونت لب‌ها و دهان توسط HSV-1 رخ می‌دهد. بسیاری از افرادی که از نظر آنتی‌بادی HSV-2 مثبت هستند سابقه بالینی ابتلا به بیماری را ندارند. HSV-2 معمولاً از طریق جنسی منتقل می‌شود. شیوع

ویروس هرپس یک ویروس بزرگ، خطی و دارای دو رشته DNA است، پوشش خارجی آن دارای گلیکوپروتئین، لیپید و پلی‌آمین است. گلیکوپروتئین‌های هرپس سیمپلکس نوع ۱ و ۲ مشابهت دارند ولی هر ویروس گلیکوپروتئین‌های اختصاصی نیز دارد که بر اساس آن‌ها می‌توان بین نوع ۱ و ۲ افتراق قایل شد.<sup>۱</sup> در طی فاز حاد عفونت ویروس هرپس نهایتاً سلولی را که در آن تکثیر می‌یابد از بین می‌برد.

در ابتدای عفونت فعال، ویروس هرپس در طول آکسون سلول‌های عصبی حرکت می‌کند و به گانگلیون‌های حسی و اتونومیک آن ناحیه عصبی می‌رود. تکثیر در گانگلیون‌ها و سلول‌های عصبی صورت می‌گیرد. سپس ویروس مجدداً از طریق شاخه‌های اعصاب حسی محیطی همان گانگلیون حسی به سطح پوست بر می‌گردد. ویروس قابلیت تکثیر در پوست و مخاط را نیز دارد و می‌تواند منجر به نکروز موضعی، دژنراسانس حبابی سلولی، سلول‌های ژانت چند هسته‌ای و انکلوژیون‌های ائوزینوفیلیک داخل هسته‌ای گردد. پس از رخ دادن عفونت اولیه، ویروس در بدن باقی می‌ماند و عفونت نهفته ایجاد می‌کند و این مسئله تا زمان حیات میزبان ادامه می‌یابد. در حالت نهفته تکثیر ویروسی متوقف می‌شود، فعالیت طبیعی سلولی از سرگرفته می‌شود و ویروس بدون از بین بردن سلول در داخل آن به زندگی خود ادامه می‌دهد. در طی فعال شدن مجدد، عفونت ویروسی منجر به ترشح علامت‌دار یا بدون علامت ویروس از پوست و مخاط گردد. ترشح ویروسی معمولاً بدون

نورولوژیک طولانی مدت می گردند.<sup>۲</sup>

### ملاحظات بالینی و توصیه‌ها

چگونه می توان تشخیص ویروس هرپس سیمپلکس را تأیید کرد؟

تمام عفونت‌های مشکوک به ویروس هرپس باید با استفاده از تست‌های ویروسی یا سرولوژیک تأیید شوند. این تست‌ها به دو گروه عمده تقسیم می‌شوند: ۱- تست‌های تشخیصی ویروسی. ۲- روش‌های تشخیصی آنتی‌بادی. روش‌های اولیه آزمایش DNA ویروسی عبارتند از کشت ویروسی و تشخیصی آنتی‌ژن HSV به روش PCR. البته تست‌های تشخیصی ویروس منفی عفونت را رد نمی‌کند. احتمال مثبت شدن کشت در ضایعات اولیه بیش تر از ضایعات عود کرده است (۸۰ درصد در مقابل ۴۰ درصد). گذشته از این با گذشت زمان و بهبود ضایعات احتمال مثبت شدن کشت کم تر می‌شود. بدین ترتیب کشت مثبت دلیل قطعی وجود عفونت است ولی کشت منفی آن را رد نمی‌کند. برای کشت باید از مایع داخل وزیکول‌ها استفاده کرد. PCR می‌تواند ویروس را حتی با تعداد بسیار کم تشخیص بدهد و حساسیت آن از کشت بیش تر است. PCR می‌تواند بین HSV-1 و HSV-2 نیز افتراق فایده‌مند شود و ممکن است در آینده جای کشت ویروسی را بگیرد ولی در حال حاضر به تأیید FDA نرسیده است. در بیمارانی که نتایج کشت و PCR منفی است می‌توان تست‌های سرولوژیک اختصاصی برای بررسی آنتی‌بادی‌های HSV-1 و HSV-2 انجام داد. حساسیت این تست‌ها از ۹۳-۱۰۰ درصد و اختصاصی بودن آن‌ها از ۹۸-۹۳ درصد است. از آن‌جا که HSV-2 علت ناشیاع عفونت لب و دهان است، وجود آنتی‌بادی‌های ضد آن تقریباً دلیل قاطع عفونت ژنیتال است ولی این مطلب در مورد HSV-1 صادق نیست و مثبت شدن آنتی‌بادی علیه آن ممکن است موید عفونت لب و دهان یا عفونت ژنیتال باشد و تطبیق نتایج آزمایشات با یافته‌های بالینی در این مورد مهم است.

چگونه می توان عفونت اولیه را از عفونت ثانویه در

طی حاملگی افتراق داد؟

انجام این امر بر پایه یافته‌های بالینی ممکن نیست. تشخیص بر اساس کشت یا PCR مثبت ویروس و آنتی‌بادی منفی یا تبدیل تیتراژ آنتی‌بادی از منفی به مثبت بستگی دارد. عفونت اولیه در سه ماهه اول حاملگی می‌تواند منجر به کوریورینیت، میکروسفالی و ضایعات پوستی در موارد نادر

آنتی‌بادی ضد آن در کودکان زیر ۱۵ سال کم است و سطوح آنتی‌بادی ضد HSV-2 پس از شروع فعالیت جنسی افزایش می‌یابد. تفاوتی بین شیوع ابتلا زن و مرد وجود ندارد. شیوع آنتی‌بادی در صورت وجود سابقه ابتلا به گنوره یا سیفیلیس یا HIV افزایش می‌یابد. شیوع عفونت HSV-1 بر خلاف HSV-2 در ابتدای زندگی در میان کودکانی که دچار ژنئوپرواستوماتیت HSV-1 می‌شوند، بالاست. مثبت بودن آنتی‌بادی در بین افراد با وضعیت اجتماعی، اقتصادی پایین تر بیش تر است. در زنانیکه سابقه ابتلا به HSV-1 دارند، عفونت اولیه با HSV-2 معمولاً بدون علامت است و این امر علت عدم سابقه بالینی ابتلا به HSV-2 علامت‌دار علی‌رغم وجود آنتی‌بادی HSV-2 را توجیه می‌کند. آنتی‌بادی‌های اختصاصی علیه پروتئین‌ها (گلیکوپروتئین‌های) پوشش ویروس ظرف چند هفته اول پس از عفونت در خون ظاهر می‌شوند و باقی می‌مانند. این آنتی‌بادی‌ها از طریق بیش تر روش‌های اندازه‌گیری در ۲-۳ هفته اول پس از عفونت در خون قابل کشف هستند.<sup>۲</sup> زمانی عفونت ژنیتال با HSV-1 یا HSV-2 اولیه تلقی می‌شود که آنتی‌بادی در سرم وجود نداشته باشد ولی ویروس در بدن این افراد قابل کشف باشد.<sup>۲</sup>

### شیوع

عفونت مجاری ژنیتال با ویروس هرپس سیمپلکس شایع‌ترین بیماری مقاربتی است. بیش تر افرادی که در بدنشان ویروس دارند از این امر بی‌خبر هستند و تنها ۱۵-۵ درصد آن‌ها از وجود عفونت مطلع هستند. در بین زنان حساس به عفونت HSV بر اساس نتایج تست آنتی‌بادی، شیوع عفونت HSV-1 یا HSV-2 در طی حاملگی تقریباً ۲٪ است. همانند بیماران غیرباردار بیش تر عفونت‌های جدید در خانم‌های حامله نیز بدون علامت هستند. شیوع عفونت در سه ماهه‌های مختلف بارداری یکسان است.

عفونت نوزاد معمولاً حین زایمان از طریق تماس با ویروس در مجاری ژنیتال رخ می‌دهد. عفونت داخل رحمی یا پس از تولد نیز به ندرت گزارش شده است. ۸۰٪ نوزادان آلوده از مادرانی متولد می‌شوند که سابقه ثبت شده عفونت HSV ندارند. عفونت‌های HSV نوزادی با تابلوهای زیر بروز می‌کند، بیماری منتشر (۲۵ درصد) بیماری سیستم عصبی مرکزی (CNS) (۳۰ درصد) و بیماری محدود به پوست، چشم یا دهان (۴۵ درصد). مرگ و میر نوزادی طی دو دهه گذشته کاهش چشمگیری داشته و در بیماری منتشر ۳۰٪ و در بیماری CNS ۴٪ گزارش شده است. ۲۰٪ نوزادانی که زنده می‌مانند دچار عوارض

می‌شود و به طور اختصاصی تیمیدین کیناز ویروسی و در نتیجه نسخه برداری از DNA را مهار می‌کند.

Bioavailability آسیکلوویر تنها ۲۰٪ است و به همین دلیل فواصل کوتاه‌تری بین مصرف دوزهای دارو لازم است. مزیت اصلی والاسیکلوویر و فام سیکلوویر، bioavailability بالاتر است (به ترتیب ۵۴٪ و ۷۷٪) که فواصل بیش‌تر بین دوزها را ممکن می‌سازد و سطح سرمی دارو را پس از مصرف مقدار کم‌تر بالاتر می‌برد.

مقاومت به دارو در صورت سیستم ایمنی سالم چندان شایع نیست ولی در بیماران دارای ضعف ایمنی شایع‌تر است. هیچ افزایش مبتنی بر شواهدی در میزان ناهنجاری‌های جنینی به دنبال مصرف آسیکلوویر گزارش نشده است. شواهد در مورد دو داروی دیگر هنوز کافی نیست، درمان فایده کمی دارد و توصیه نمی‌شود.

## آیا غربالگری روتین برای هرپس ژنیتال در حاملگی یا هنگام زایمان اندیکاسیون دارد؟

ریزش بدون علامت ویروس در دوران قبل از زایمان پیشگویی کننده ریزش بدون علامت در هنگام زایمان نیست بنابراین کشت روتین HSV ژنیتال در بیماران بدون علامت با بیماری عود کننده توصیه نمی‌شود.

امروزه با استفاده از تست‌های سرولوژیک دقیق می‌توان افراد سرپوزیتیو از نظر هرپس ژنیتال را تشخیص داد و نزدیک‌ترم به آن‌ها درمان ساپرسیو پیشنهاد کرد نیز می‌توان افراد سرونگاتیو را تشخیص داد و با انجام تست روی همسرانشان آن‌ها را در جریان اقدامات پیشگیرانه لازم برای جلوگیری از ابتلا قرار داد البته این غربالگری هنوز به طور روتین توصیه نمی‌شود ولی در برخی زوجها مفید است.

## چه زمانی باید سزارین را برای جلوگیری از انتقال پری‌ناتال ویروس هرپس سیمپلکس انجام داد؟

انجام سزارین در زنان دارای ضایعات فعال با علائم پیش‌درآمد ضایعات فعال مثل درد و سوزش ناحیه وولو درست قبل از زایمان، اندیکاسیون دارد. هرچند در بیماری عود کننده مادر احتمال آلودگی نوزاد اندک است ولی به دلیل طبیعت شدید بیماری در نوزاد در این موارد نیز انجام سزارین توصیه می‌گردد.

انجام سزارین میزان بیماری نوزادی را کاهش می‌دهد ولی بروز آن را منتفی نمی‌کند. انتقال ویروس به نوزاد حتی در عدم

گردد. خطر سقط افزایش نمی‌یابد.

## چگونه باید عفونت اولیه را در حاملگی درمان کرد؟

داروهای ضد ویروسی خوراکی را باید برای کم کردن مدت و شدت علائم و نیز کاهش طول ترشح و دفع ویروس از بدن تجویز نمود (جدول ۱). در بیماری شدید باید دارو پیش از ۱۰ روز ادامه یابد اگر ضایعات تا این زمان بهبود نیافته باشند. در موارد عفونت HSV شدید ژنیتال یا بیماری منتشر، پنومونی هرپسی، هپاتیت هرپسی و انسفالیت هرپسی باید آسیکلوویر وریدی برای خانم‌های حامله تجویز شود. احتمال انتقال پری‌ناتال در عفونت اولیه بیش‌تر از عفونت مکرر است و خطر انتقال عمودی به جنین ۶۰-۳۰ درصد گزارش شده است هنوز شواهد قطعی دال بر اثر سزارین قبل از شروع لیبر برای پیشگیری از انتقال عمودی وجود ندارد.

## چگونه باید عفونت مکرر هرپس سیمپلکس را در حاملگی درمان کرد؟

باید در اوایل حاملگی از تمام خانم‌ها راجع به علائم هرپس ژنیتال شرح حال گرفت. تمام خانم‌های دارای چنین سابقه‌ای باید قبل از زایمان از نظر ضایعات خارجی هرپس ژنیتال معاینه شوند. در صورتی که چنین ضایعاتی وجود داشته باشد خطر انتقال ویروسی به نوزاد ۳٪ است. اگر ضایعات قابل مشاهده وجود نداشته باشد خطر انتقال ویروس به نوزاد ۲ در ۱۰۰۰۰ است. این خطرات اندک احتمالاً تا حدی به عبور آنتی‌بادی‌های ضد هرپس از جفت و حضور آن‌ها در بدن نوزاد ارتباط دارد. در صورتی که ضایعات فعال ژنیتال وجود نداشته باشد انجام سزارین اندیکاسیون ندارد. باید به خانم‌هایی که دارای ضایعات فعال هرپس ژنیتال عود کننده هستند توصیه کرد که پس از ۳۶ هفته حاملگی درمان ساپرسیو ضدویروسی دریافت کنند. دوز دارو بر اساس مطالعات مختلف بالاتر از بیماران غیرحامله است. نوتروپنی که یک عارضه شایع درمان با آسیکلوویر در نوزادان مبتلا به HSV است خوشبختانه در موارد درمان مادر به دلیل فوق گزارش نشده است.

## چه داروهایی برای درمان عفونت هرپس سیمپلکس در حاملگی وجود دارد؟

امروزه سه داروی تأیید شده توسط FDA که در گروه B داروهای مربوط به حاملگی قرار دارند استفاده می‌شود که عبارتند از: آسیکلوویر (Acyclovir) فام سیکلوویر (Famcyclovir) و والاسیکلوویر (Valacyclovir) آسیکلوویر یک آنالوگ نوکلئوزیدی است که وارد سلول‌های آلوده به ویروس

**Table- 1: recommended doses of antiviral medications for herpes in pregnancy**

Indication	Acyclovir	valacyclovir
Primary or first- episode infection	400 mg orally, three times daily, for 7-10* days	1 g orally, twice daily, for 7-10* days
Symptomatic recurrent episode	400 mg orally, three times daily, for 5 days or 800 mg orally, twice daily, for 5 days	500 mg orally, twice daily, for 3 days or 1 g orally, daily, for 5 days
Daily suppression	400 mg orally, three times daily, from 36 weeks estimated gestational	500 mg orally, twice daily, from 36 weeks estimated gestational age until delivery
Severe or disseminated disease	5-10 mg/kg, intravenously, every 8 hours for 2-7 days, then oral therapy for primary infection to complete 10 days	

\*treatment may be extended if healing is incomplete after 10 days.

Adapted from sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006 [published erratum appears in MMWR recomm rep 2006; 55: 997]. Centers for disease control and prevention. MMWR Recomm rep 2006;55(RR-11):1-94.

در زنان آلوده به ویروس انجام اقدامات تهاجمی از راه شکم مثل نمونه برداری از پرزهای جفتی (CVS)، آمینوسنتز و ترانسفوزیون داخل رحمی یا کوردوسنتز حتی در حضور ضایعات فعال هرپس ژنیتال منعی ندارد. انجام اقدامات از طریق سرویکس باید تا بهبود کامل ضایعات به تعویق بیافتد.

مونیتورینگ تهاجمی جنین مثل الکترودهای اسکالپ یک عامل خطر برای انتقال عفونت HSV محسوب می شود و خطر را تا شش برابر افزایش می دهد. ولی در صورت وجود اندیکاسیون برای این کار در خانمی با سابقه هرپس سیمپلکس عود کننده و بدون ضایعات فعال می توان این نوع مونیتورینگ را انجام داد.

آیا زنان دارای ضایعات فعال هرپس می توانند شیردهی داشته باشند و از نوزاد خود پرستاری کنند؟

شیردهی مگر در صورت وجود ضایعات فعال روی پستان، منعی ندارد. اگر مادر دارای ضایعات فعال در هر جای بدن باشد باید حتما دستانش را مرتب بشوید. اگر نوزاد پس از تولد آلوده شود و به بیماری مبتلا گردد خطر آن به اندازه ابتلا حین زایمان است. از آن جا که انتقال ویروسی از طریق تماس مستقیم (مثلا دست با دهان) است، عفونت نوزادی در اثر تماس با سایر اعضای خانواده نیز می تواند رخ بدهد.

### انواع عفونت نوزادی

بیماری در نوزادان به سه زیر گروه تقسیم بندی می شود:

- ۱- بیماری موضعی محدود به پوست، چشم و یا دهان
  - ۲- بیماری موضعی سیستم عصبی مرکزی (انسفالیت به تنهایی)
  - ۳- بیماری منتشر با درگیری چند عضو مختلف<sup>۲</sup>
- گروه اول بهترین پروگنوز را دارند. مرگ و میر در این گروه نادر است و با درمان موثر ضد ویروسی موربیدیتی نورولوژیک

PROM و انجام سزارین مشاهده و اثبات شده است. انجام سزارین در زنان دارای سابقه عفونت HSV و بدون ضایعات فعال در حین لیبر توصیه نمی شود. آیا انجام سزارین برای زنان دارای ضایعات هرپس سیمپلکس فعال و عود کننده روی پشت ران ها یا باسن اندیکاسیون دارد؟

انجام سزارین در زنان دارای ضایعات غیرژنیتال توصیه نمی شود. این ضایعات را می توان با پانسمان پوشاند و بعد بیمار می توان زایمان طبیعی داشته باشد. ولی باید به خاطر داشت که زنان با ضایعات مناطق دیگر ممکن است ضایعات روی سرویکس هم داشته باشند و حتما باید از این نظر معاینه شوند. آیا در خانمی با ضایعات هرپس سیمپلکس ژنیتال فعال و پارگی کیسه آب انجام سزارین از انتقال ویروس به نوزاد جلوگیری می کند؟

در چنین حالتی باید سزارین هر چه زودتر انجام شود. هیچ مدت زمانی که پس از آن سزارین اثری در انتقال ویروس نخواهد داشت ذکر نشده است.

درمان یک خانم با ضایعات هرپس سیمپلکس فعال ژنیتال و پارگی زودرس کیسه آب (PROM) چگونه باید باشد؟

در چنین مواردی باید خطر نارس بودن نوزاد در برابر خطر انتقال HSV به نوزاد در صورت نیاز به درمان انتظاری سنجیده شود. هیچ سن حاملگی خاصی برای انتخاب یکی از دور روش درمانی ذکر نشده است. در موارد دور از ترم گاه اجازه دادن تا تأثیر کورتیکواستروئیدها برای Motarity رسید عاقلانه به نظر می رسد. در صورت تصمیم به درمان انتظاری باید داروهای ضد ویروسی برای مادر آغاز شود.

آیا انجام اقدامات تهاجمی در زنان مبتلا به ویروس هرپس سیمپلکس منعی دارد؟

خانم‌های دارای علائم شدید توصیه می‌شود. عفونت منتشر HSV اندیکاسیونی برای درمان وریدی می‌باشد.

اگر نتیجه تست PCR و آنتی‌بادی نشان دهد که ویروس جدا شده از ضایعات و آنتی‌بادی اختصاصی موجود در سرم مادر از یک نوع هستند، عفونت از نوع مکرر است و سزارین اندیکاسیون ندارد.

با زنان مبتلا به اپیزود اولیه هرپس در زمان زایمان چگونه باید برخورد کرد؟

در تمام خانم‌هایی که با اپیزود اولیه هرپس ژنیتال در زمان زایمان یا شش هفته مانده به تاریخ زایمان مراجعه می‌کنند انجام سزارین اندیکاسیون دارد. در خانم‌هایی که در فاصله زمانی مذکور مراجعه می‌کنند و تمایل به زایمان طبیعی دارند باید از پارگی کیسه آب و مونیتورینگ تهاجمی جنین اجتناب کرد. درمان وریدی آسیکلوویر برای مادر و جنین در چنین ممکن است شروع شود. باید متخصص نوزادان از این امر اطلاع داشته باشد.

خانم‌های حامله با اپیزودهای مکرر هرپس ژنیتال را چگونه باید درمان کرد؟

در چنین مواردی درمان ضد ویروسی به ندرت اندیکاسیون دارد. کشت ویروسی نیز لازم نیست. انجام سزارین در صورت وجود اپیزود مکرر هرپس در طی حاملگی ضرورتی ندارد.

اگر ضایعات فعال هرپس در زمان زایمان وجود داشته باشند می‌توان سزارین انجام داد. نیز می‌توان در صورت سابقه هرپس مکرر ژنیتال از ۳۶ هفته برای این خانم‌ها درمان ساپرسیو آسیکلوویر آغاز کرد که احتمال ضایعات HSV را در ترم کم می‌کند و امکان زایمان طبیعی را فراهم می‌نماید.

چگونه باید خانم‌های باردار دارای ضایعات فعال هرپس ژنیتال غیر اولیه را در زایمان درمان کرد؟

باید به این خانم‌ها گفت که خطر هرپس نوزادی در چنین مواردی بسیار اندک است. سزارین به طور روتین در این بیماران توصیه نمی‌شود ولی باید بر اساس وضعیت بالینی و ترجیح بیمار راجع به آن تصمیم گرفته شود. استفاده از مونیتورینگ و اقدامات تهاجمی در این خانم‌ها حین لیبر توصیه نمی‌شود. باید متخصص نوزادان در جریان امر قرار گیرد.

چگونه می‌توان از ابتلا به هرپس ژنیتال در طی حاملگی پیشگیری کرد؟

باید شرح حال کامل راجع به هرپس در خانم باردار و همسر وی در اولین ویزیت پره‌ناتال گرفته شود. اگر خانمی دوره ابتلا نداشته باشد ولی در همسر وی این سابقه مثبت باشد باید

کم‌تر از ۲٪ است. در دو گروه بعدی بیماری می‌تواند با یا بدون تظاهرات پوستی باشد. بیماری منتشر بدترین پروگنوز را دارد مورتالیته آن حدود ۳۰٪ و عوارض طولانی‌مدت نورولوژیک آن حدود ۱۷٪ خواهد بود. بیماری محدود به CNS معمولاً دیرتر ظاهر می‌کند (بین ۱۰ روز تا چهار هفته پس از زایمان) با درمان مورتالیته حدود ۶٪ و موربیدیته نورولوژیک حدود ۷۰٪ است. احتمالاً عواقب نامطلوب بیماری در گروه اخیر به تأخیر بین زمان شروع علائم و شروع درمان مربوط است.<sup>۲</sup>

بیش‌ترین احتمال عفونت نوزادی زمانی است که عفونت اولیه ژنیتال در مادر در سه ماهه سوم و کم‌تر از شش هفته تا زمان زایمان رخ بدهد. در این صورت ترشح ویروس احتمالاً تا قبل از ایجاد آنتی‌بادی‌های محافظت‌کننده و در زمان زایمان ادامه می‌یابد.

عفونت مادرزادی در اثر انتقال از جفت بسیار نادر است ولی می‌تواند رخ دهد و منجر به درگیری پوست، چشم، CNS، IUGR یا Stillbirth شود. بیماری منتشر در نوزادان نارس شایع‌تر است و تقریباً تنها به دنبال عفونت اولیه مادر رخ می‌دهد.

عفونت منتشر هرپس در مادر نادر است مگر این که ضعف ایمنی وجود داشته باشد و در این صورت مرگ و میر مادر بالا خواهد بود. به همین علت توجه کافی به این مسئله در خانم‌های HIV مثبت مهم است. این بیماران در معرض اپیزودهای شدیدتر و مکرر هرپس ژنیتال در حاملگی و نیز ترشح بدون علامت HSV در ترم قرار دارند. عفونت هم‌زمان HSV و HIV تکثیر هر دو ویروس را تشدید می‌کند و ممکن است خطر انتقال هر دو ویروس را به نوزاد افزایش دهد.

چگونه باید خانم‌های حامله مبتلا به اپیزود اولیه بیماری در زمان زایمان را مدیریت کرد؟

باید برای این بیماران درمان آسیکلوویر خوراکی یا وریدی (بر حسب شدت بیماری) شروع شود. اگر خانم حامله با تظاهرات اپیزود اولیه بیماری در سه ماهه سوم بارداری مراجعه نماید باید حتماً تست‌های آنتی‌بادی اختصاصی HSV انجام شود تا بتوان بین عفونت اولیه و مکرر افتراق قائل شد. باید به این خانم‌ها راجع به مزایا و مضرات درمان آسیکلوویر توضیح کافی داد. برای مصرف آسیکلوویر زیر ۲۰ هفته باید احتیاط کرد.

آسیکلوویر طول مدت، شدت علائم و دوره ترشح ویروس را از بدن کاهش می‌دهد. تحمل آن در حاملگی خوب است و نیازی به تصحیح دوز دارو نیست. درمان به مدت پنج روز با دوز ۲۰۰ میلی‌گرم پنج بار در روز یا ۴۰۰ میلی‌گرم سه بار در روز در

آگاهی کافی راجع به استفاده از روش‌های Barrier و جلوگیری از ایجاد عفونت به آن‌ها داده شود.

تشخیص زنان در معرض ابتلا به هرپس ژنیتال با استفاده از تست‌های آنتی‌بادی اختصاصی در طی حاملگی توصیه نمی‌شود.

**Abstract:**

## Herpes Simplex Infection in Pregnancy

Piri S. MD\*

**Introduction & Objective:** Genital herpes simplex virus (HSV) infection during pregnancy poses a serious risk to the developing fetus and newborn. The risk of maternal transmission of this virus to the fetus or newborn is a major health concern. The purpose of this review is to outline the spectrum of maternal and neonatal infection including risks of transmission and provide management guidelines supported by appropriately conducted outcome based research.

***Key Words: Pregnancy, herpes simplex virus, congenital herpes simplex infection.***

\* *Obstetrician and Gynecologist, Prenatologist from KCL, London.*

## References:

1. Infections diseases in pregnancy. Herpes, varicella, and rubella. Kim A Bogges et al. the Global library of women's health. Updated 2011.
2. Management of herpes in pregnancy. ACOG practice bulletin. Clinical management Guidelines for obstetrician- Gynecologists. Number 82, June 2007. Reaffirmed 2009.
3. Management of genital herpes in pregnancy RCOG Green- top Guideline No. 30. September 2007.