Gebelikte HSV

Tanı, Tedavi ve Doğum Yönetimi

Dr. Tuba Sena Karaçeşme
Samsun Gazi Devlet Hastanesi



Plan

01 HSV: virüs ve epidemiyoloji

02 Maternal infeksiyon tipleri ve neonatal herpes

03 Bulaş: horizontal ve vertikal

04 Tarama, antenatal değerlendirme ve tanı

05 Tedavi ve supresyon

06 Doğum yönetimi

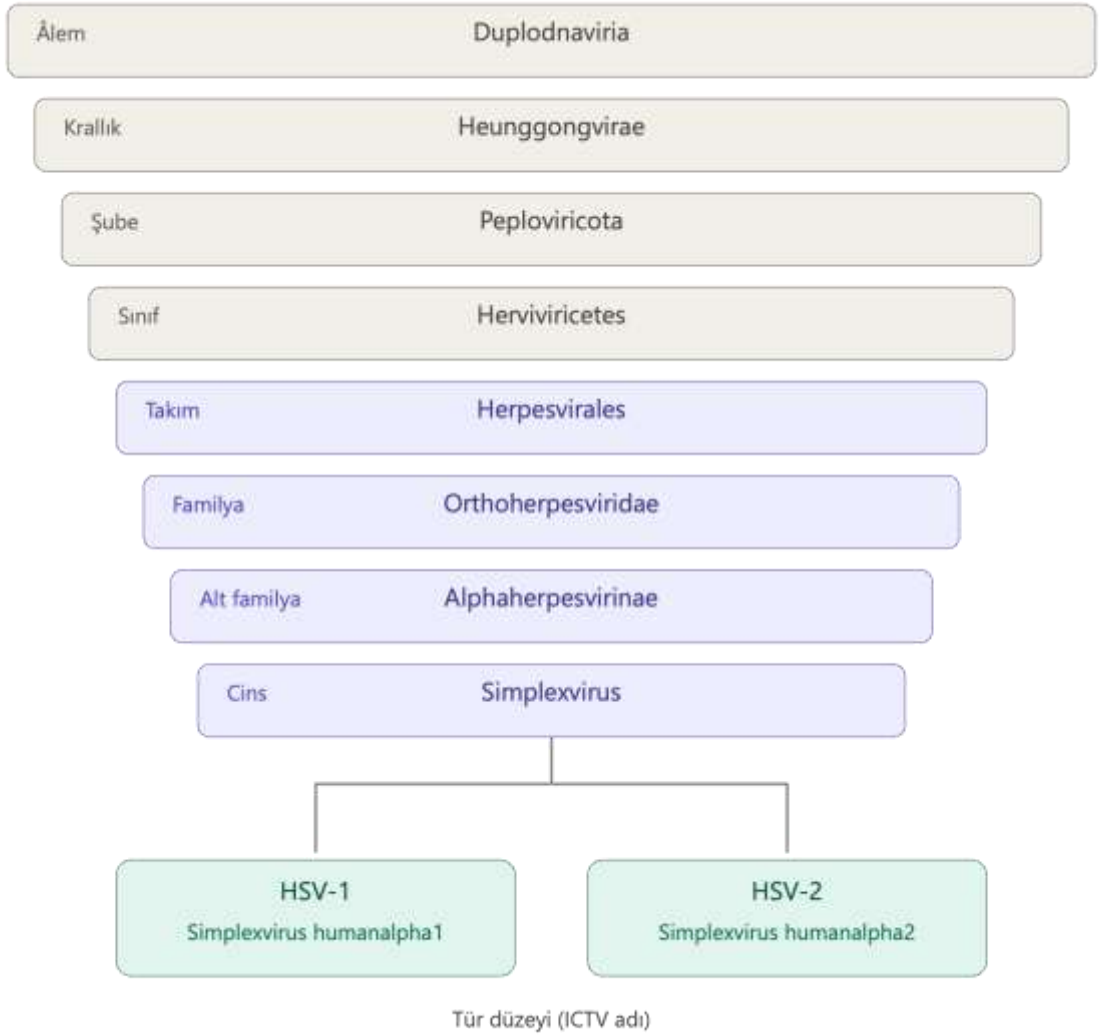
07 Diskordan çiftler

08 Öneriler

01

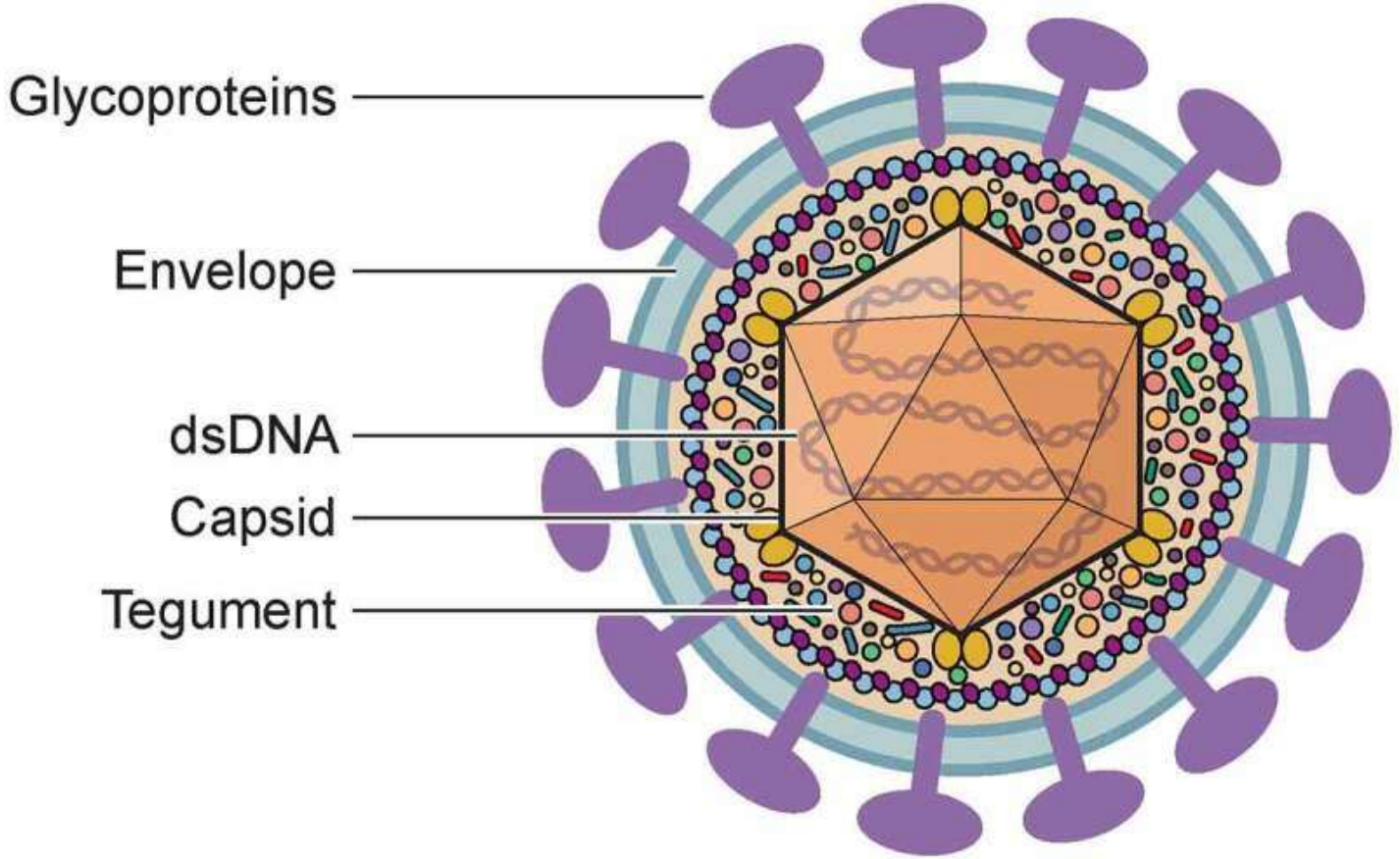
HSV: virüs ve epidemiyoloji

Taksonomi



https://ictv.global/report/chapter/orthoherpesviridae/orthoherpesviridae

Herpes Simpleks Virüs



Zhu S, Viejo-Borbolla A. Pathogenesis and virulence of herpes simplex virus. Virulence. 2021 Dec;12(1):2670-2702. doi: 10.1080/21505594.2021.1982373. PMID: 34676800; PMCID: PMC8923070.

HSV-1

- <50 yaş, 3,8 milyar ya da nüfusun %64'ü (Harfouche, 2025), HSV-1 seropozitif
- Çoğu çocukluk çağında oral herpes, %10'u 15–49 yaşta; genital infeksiyon ile(WHO)

- HSV-1: oral infeksiyonların %96'sı (Löwhagen, 2002), primer genital herpeste HSV-1 oranı eski çalışmalarda %15 civarındayken(Reeves, 1981), güncel çalışmalarda %57–64'e ulaşmaktadır (Löwhagen, 2000; Bernstein, 2013)

HSV-2

- 520 milyon (%13) kişi, 15–49 yaş arası genital infeksiyon ile(WHO)
- Kadınlarda 2 kat daha fazla(McQuillan, 2018)
- Prevalans yaşla artsa da yeni infeksiyonlar adolesan ve genç erişkinlerde(Harfouche, 2025)

- HSV-2: genital %71'i, rekürren genitalin %98'i, orofasiyalin %4'ü (Löwhagen, 2002; Reeves, 1981)
- Yenidoğan infeksiyonlarının etken dağılımı;
  - Global meta-analiz: %53 HSV-2 / %47 HSV-1(Aldien, 2026)
  - İngiltere: %52 HSV-1 / %48 HSV-2(Clarke, 2024)

02

Maternal infeksiyon tipleri ve neonatal herpes

HSV infeksiyonu

1

Primer

seronegatif gebe, ilk klinik infeksiyon

2

Nonprimer ilk epizod

Bir tip seropozitif ama diğeriyle ilk infeksiyon

3

Rekürren infeksiyon

seropozitif, reaktivasyon

Neonatal infeksiyon

%32

Cilt-göz-ağız hastalığı

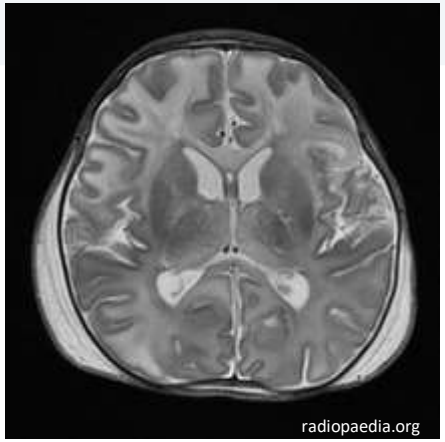
nadir fatalite, tedavisiz %38 sekel(Whitley, 1980)



%35

SSS hastalığı

mortalite %15–50, %40–70 sekel(Whitley, 1980; Kimberlin, 2001)



%33

Yaygın hastalık

mortalite %66–85, yüksek doz asiklovirle %29, sekel %41
(Whitley, 1980; Kimberlin, 2001)



Görülme sıklığı yüzdeleri Clarke, 2024 verisi

Gebelikte HSV

- İntrauterin infeksiyon ağır fakat nadir, <%5

03

Bulaş: horizontal ve vertikal

Horizontal bulaş

- HSV-1 orofasiyal lezyonlar, tükürük ve deri teması(WHO)
- HSV-2 ana bulaş cinsel temas ile(WHO)
- Lezyon veya semptom yokken de bulaşabilir (HSV-2>HSV-1), hatta çoğu bulaş bu dönemde(Mertz, 1992)
- Kaynak erkek partner ise bulaş daha fazla(Mertz, 1992)
- Supresif antiviral tedavi bulaşı azaltır(Corey, 2004)
- HIV-HSV-2 birlikteliği HIV bulaşını artırır(WHO)

Vertikal bulaş

- Yenidoğan herpes infeksiyonu >%85 doğum sırasında genital kanaldan[(Looker, 2017)], intrauterin bulaş vakaların %5'inden azında
- Annenin infeksiyon durumu temel belirleyici[(Pinninti, 2014; Clarke, 2024)];

%41–57	%25	%0–3
Primer ilk atak	**Nonprimer ilk atak**	**Rekürren infeksiyonda**

- Sezaryen vajinal doğuma göre bulaşı azaltıyor, %1,2 vs %7,7[(Brown, 2003)]

04

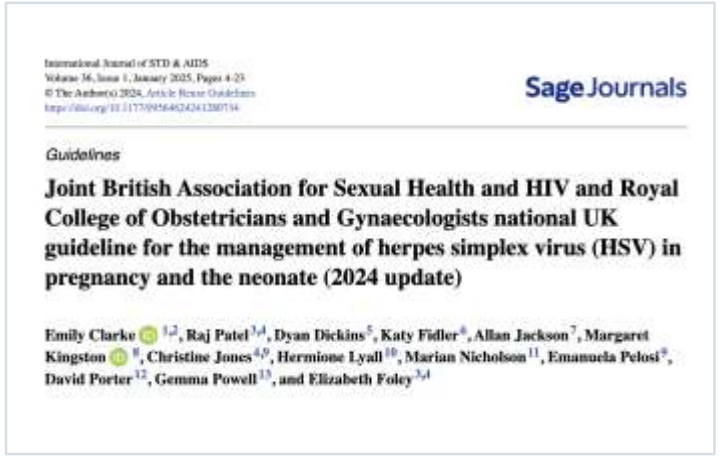
Tarama, antenatal değerlendirme ve tanı

Kılavuzlar

ACOG, 2020
CDC, 2021
BASHH/RCOG, 2024
IUSTI, 2024









Tarama

Hiçbir rehberde rutin HSV taraması önerilmez.

- **ACOG** rutin antepartum kültürü de önermez

- Testlerin PPV'si düşüktür ve yanlış pozitif oranı yüksektir(USPSTF, 2023), tarama maliyet-etkin değildir(IUSTI)
- Partnerinde genital herpes öyküsü olan gebeye tipe özgü seroloji yapılabilir

- **HSGM-DÖBY Rehberi (2026):** Rutin tetkikler arasında HSV yok

Antenatal muayene

Her gebede öykü sorgulanmalı

- **CDC** genital herpes öyküsü sorulmasını öneriyor
- **IUSTI** partnerin oral herpes öyküsünü de sorguluyor
- **BASHH/RCOG** bilgilendirme ve diskordans değerlendirilmesi öneriyor*

- **HSGM-DÖBY Rehberi 2026:** CYBİ öyküsü sorgulanması ve muayene ile değerlendirme öneriliyor

Tanı

Genital herpes şüphesi olan gebede tiplendirme yapılmalı

- Doğrulanmış HSV tiplendirmesi olanda gerekmez
- Üçüncü trimesterde yönetimi* değiştireceği için tiplendirme daha önemli

Tanıda PCR tercih edilen yöntemdir

- Kültürün duyarlılığı düşük, primer lezyonda %80, rekürrende %40

Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.
Clarke E, Patel R, Dickins D, Fidler K, Jackson A, Kingston M, et al. Joint British Association for Sexual Health and HIV and Royal College of Obstetricians and Gynaecologists national UK guideline for the management of herpes simplex virus (HSV) in pregnancy and the neonate (2024 update). Int J STD AIDS. 2025;36(1):4-23. doi:10.1177/09564624241280734

Evre tayini

Lezyondan PCR ve serum tipe özgü IgG testleri yapılarak;

Lezyon PCR	Serumda HSV-1 IgG	Serumda HSV-2 IgG	Sınıflama	Anlamı
HSV-2	–	–	**Primer**	Hiçbir HSV tipiyle daha önce karşılaşmamış. İlk kez infekte oluyor.
HSV-2	+	–	**Nonprimer ilk atak**	Daha önce HSV-1 geçirmiş (çoğu zaman uçuk). HSV-2 ile ilk kez karşılaşıyor.
HSV-2	±	+	**Rekürren**	HSV-2'yi daha önce almış. Bu atak bir reaktivasyon.

05

Tedavi ve supresyon

İlk atak yönetimi

Primer veya primer olmayan ilk atakta;

- Her trimesterde tedavi;

BASHH	Asiklovir 3×400 mg / Valasiklovir 2×500 mg, 5 gün
IUSTI	Asiklovir 3×400 mg / Valasiklovir 2×500 mg, 5–10 gün
ACOG&CDC	Asiklovir 3×400 mg / Valasiklovir 2×1 g, 7–10 gün

İlk atak yönetimi

Primer veya primer olmayan ilk atakta;

- 1. ve 2. trimester, tedavi sonrasında supresyon;

BASHH/RCOG	32. haftadan itibaren
ACOG-CDC-IUSTI	36. haftadan itibaren

  - Vajinal doğum beklenir
  - Prematürite riski; 22. hf, düşük doz (**BASHH/RCOG**, **IUSTI**)

İlk atak yönetimi

Primer veya primer olmayan ilk atakta;

- 3. trimesterde;

BASHH/RCOG	her olguya **sezaryen önerilir** (öz. <6 hf kala), tedavi doğuma kadar sürdürülebilir, rekürrense göre karar değişebilir
IUSTI	**sezaryen 'düşünülmeli'**
ACOG	**sezaryen teklif edilebilir**, tedavi doğuma kadar sürdürülebilir
CDC	Maternal-fetal tıp ve İH uzmanlarıyla birlikte yönetim.

Rekürren herpes

- Genital herpes öyküsü olan tüm gebelere **supresyon**;

Asiklovir 3×400 mg/gün veya **Valasiklovir 2×500 mg/gün**

ACOG-CDC-IUSTI	36. haftadan itibaren
BASHH/RCOG	32. haftadan itibaren (yüksek preterm riski, 22. hf, doz farklı)

  - Doğumdaki lezyonları ve sezaryen ihtiyacını azaltır
  - Yenidoğan herpesini önlediği kanıtlanmamış

06

Doğum yönetimi

Doğum başlangıcında

CDC	Prodrom dahil herpes semptomları sorgulanmalı ve **tüm kadınlar** lezyon açısından dikkatle muayene edilmeli
IUSTI	Herpes öyküsü olup olmamasına bakılmaksızın **tüm kadınlarda** vulva dikkatle incelenmeli

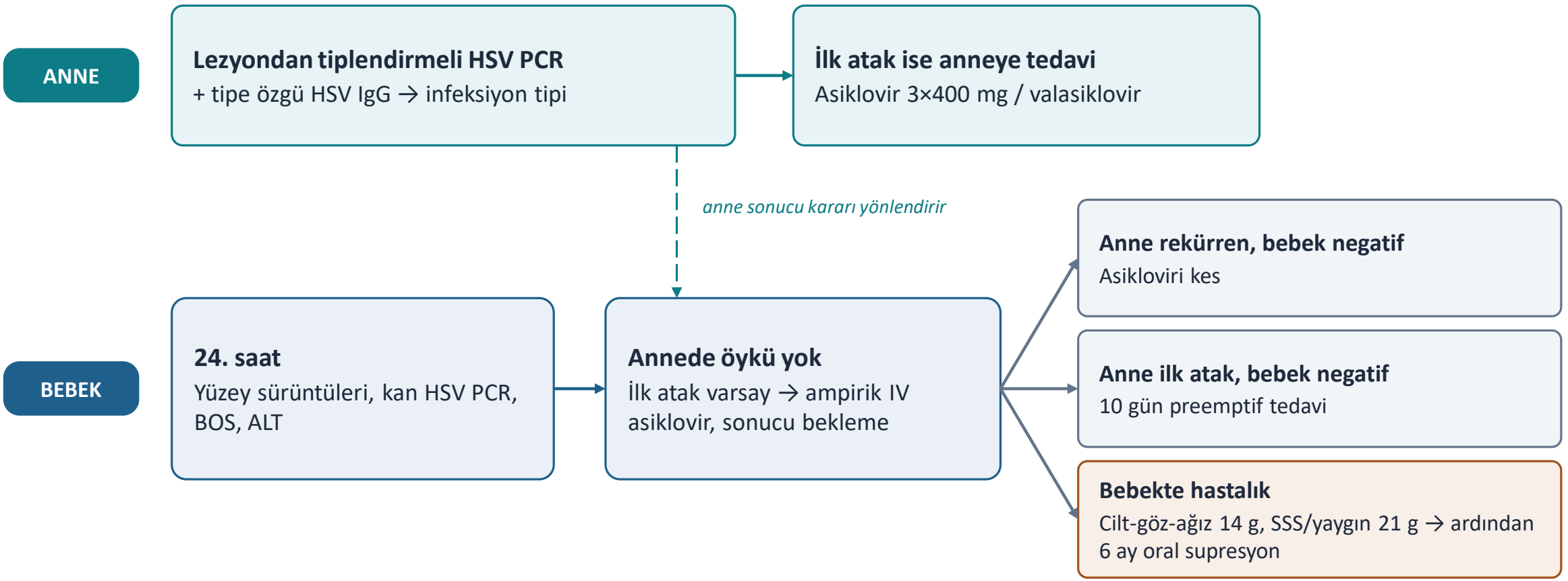
Doğum şekli

- Doğum sırasında lezyon/semptom varsa; **sezaryen önerilir** (**CDC**)
- Herpes öyküsü var ama doğum sırasında lezyon/semptom yok; sezaryen önerilmez (**ACOG**)
- **IUSTI**; doğumda rekürren lezyon varsa sezaryen düşünülebilir; vajinal doğum da kabul edilebilir*
- **BASHH/RCOG** farkı; doğum sırasında lezyon var ama rekürren infeksiyon ise; **rutin sezaryen önermiyor**
- Doğumda primer atak varsa tüm kılavuzların önerisi sezaryen

Tedavi ve supresyonda özetle…

	ACOG/CDC	Avrupa (IUSTI) 2024	BASHH/RCOG 2024
İlk atak tedavisi	Asiklovir 3×400 mg veya valasiklovir 2×1 g, 7–10 gün	Asiklovir 3×400 mg veya valasiklovir 2×500 mg, 5–10 gün	Asiklovir 3×400 mg veya valasiklovir 2×500 mg, genellikle 5 gün
Supresyon başlangıcı	36. hafta	36. hafta (riskliyse 32 ya da 22)	32. hafta (riskliyse 22)
3. trimesterde ilk atak	Sezaryen teklif edilebilir (ACOG)	Sezaryen düşünülmeli	Sezaryen önerilir
Doğumda rekürren lezyon	Sezaryen	Sezaryen düşünülebilir, vajinal doğum da kabul edilebilir	Sezaryen önerilmez, vajinal doğum önerilir

Sezaryene yetişilemezse…



Kimberlin DW, Baley J. Pediatrics. 2013;131(2):e635-46 (AAP)

07

Diskordan çiftler

Diskordan partner yönetimi – CDC

Genital/oral herpes öyküsü olmayan gebe, öykü olan partner

- 3. trimesterde vajinal/oral ilişkiden kaçınılmalı

- Öyküsü olmayan ama partneri infekte olanda serolojik test ***önerilebilir***
- Partnere verilen supresif tedavinin gebeye bulaşı azalttığının gösterilmediği not edilmiş

Diskordan partner yönetimi – IUSTI

Genital/oral herpes öyküsü olmayan gebe, öykü olan partner

- Partnerinde genital herpes öyküsü olan asemptomatik gebeye rutin test ***önerilir***
- HSV-1 ve/veya HSV-2 seronegatif kadınlara gebelikte infeksiyonun önlenmesi ile ilgili danışmanlık verilmeli
- 26. hf itibarıyla tam cinsel perhiz önermiş, partnere supresyon?

Diskordan çift yönetimi – BASHH/RCOG

Genital/oral herpes öyküsü olmayan gebe, öykü olan partner

- Serolojik değil **‘klinik diskordans’** çift
- Partnere supresif tedaviyi net şekilde ***öneriyor***
- Diğer kılavuzlar gebeyi test ederken, ek olarak partnere de serolojik değerlendirme öneriyor
- Gebede genital herpes **varsa bile** her iki tip pozitif değilse, 3. trimesterde cinsel temastan kaçınmanın **‘konuşulması gerektiği’** belirtiliyor

Diskordan çift yönetiminde özetle…

Konu	CDC 2021	Avrupa (IUSTI) 2024	BASHH/RCOG 2024
Kaçınma dönemi	3. trimester	26. haftadan itibaren	3. trimester + öncesindeki 2 hafta
Kaçınmanın kapsamı	Vajinal ilişki; partnerde oral herpes varsa oral seks	Tam perhiz	Vajinal, anal, oral seks ve karşılıklı mastürbasyon
Partnere supresif tedavi	Gebeye bulaşı azalttığı çalışılmamış, öneri yok	Çekinceyle önerilebilir	Tüm çiftlere önerilmeli
Seroloji kime?	Partneri HSV'li olan gebeye önerilebilir	Partnerinde öykü olan gebeye rutin olarak önerilmeli	Hem gebeye hem partnere
Gebe HSV-2 pozitif çıkarsa	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	Rekürren hastalık gibi yönet

BONUS

Yeni ajan: Pritelivir (Hovilpri®)

Endikasyon: Sadece immünkompromize, standart tedaviye dirençli erişkin hasta

- **Mekanizma:** Helikaz-primaz inhibitörü
- **Onay:** FDA, Ekim 2026
- **Doz:** 1x400 mg yükleme, 1x100 mg idame, per oral, 28-42 gün
- ***Kanıt:*** **PRIOH-1** (n=101), pritelivir kolu %63, vs. %34 (foscarnet, sidofovir, imikimod)
- **Gebelik: Veri yok**

Sonuç olarak

1. HSV-1 artık genitalde de sık
2. En büyük risk: 3. trimesterde primer infeksiyon
3. Rutin tarama yok, öykü şart
4. Gebede ilk atakta PCR ve tipe özgü seroloji
5. Öyküsü olana supresyon (32–36. hafta)
6. Doğumda lezyon varsa sezaryen
7. Diskordan çiftte 3. trimesterde perhiz

Kaynaklar

1. ACOG. Management of genital herpes in pregnancy. Practice Bulletin No. 220. Obstet Gynecol. 2020;135(5):e193-202.

2. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.

3. Clarke E, Patel R, Dickins D, et al. BASHH/RCOG national UK guideline for the management of HSV in pregnancy and the neonate (2024 update). Int J STD AIDS. 2025;36(1):4-23.

4. Patel R, Moran B, Clarke E, et al. 2024 European guidelines for the management of genital herpes. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2025;39(4):742-58.

5. Kimberlin DW, Baley J. Guidance on management of asymptomatic neonates born to women with active genital herpes lesions. Pediatrics. 2013;131(2):e635-46.

6. US Preventive Services Task Force. Serologic screening for genital herpes infection: reaffirmation recommendation statement. JAMA. 2023;329(6):502-7.

7. Aldien AS, Harfouche M, Alareeki A, et al. Global epidemiology of neonatal herpes: systematic review, meta-analyses, and meta-regressions. J Glob Health. 2026;16:04104.

8. Brown ZA, Wald A, Morrow RA, et al. Effect of serologic status and cesarean delivery on transmission rates of HSV from mother to infant. JAMA. 2003;289(2):203-9.

9. Corey L, Wald A, Patel R, et al. Once-daily valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes. N Engl J Med. 2004;350(1):11-20.

10. Harfouche M, AlMukdad S, Alareeki A, et al. Estimated global and regional incidence and prevalence of HSV infections and genital ulcer disease in 2020: mathematical modelling analyses. Sex Transm Infect. 2025;101(4):214-23.

11. Kimberlin DW, Lin CY, Jacobs RF, et al. Safety and efficacy of high-dose intravenous acyclovir in the management of neonatal HSV infections. Pediatrics. 2001;108(2):230-8.

12. Looker KJ, Magaret AS, May MT, et al. First estimates of the global and regional incidence of neonatal herpes infection. Lancet Glob Health. 2017;5(3):e300-9.

13. Mertz GJ, Benedetti J, Ashley R, et al. Risk factors for the sexual transmission of genital herpes. Ann Intern Med. 1992;116(3):197-202.

14. Pinninti SG, Kimberlin DW. Preventing herpes simplex virus in the newborn. Clin Perinatol. 2014;41(4):945-55.

15. Whitley RJ, Nahmias AJ, Soong SJ, et al. Vidarabine therapy of neonatal herpes simplex virus infection. Pediatrics. 1980;66(4):495-501.

16. Zhu S, Viejo-Borbolla A. Pathogenesis and virulence of herpes simplex virus. Virulence. 2021;12(1):2670-702.

17. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Yayın No: 1402. Ankara, 2026

Teşekkür ederim...