

RhD-profylax under graviditet samt postpartum

Revideringar i denna version

2025-10-15: Förlängt utan justeringar.

Utförande

RhD-profylax i första trimestern (t o m v 11+6) (låg evidens för nytta)

- RhD profylax bör endast erbjudas till de kvinnor vars graviditet avslutats med kirurgisk åtgärd (exeres eller operation pga extrauterin graviditet).
- 250E (50 µg) RhD profylax är tillräckligt i första trimestern.
- RhD profylax skall ges inom 72 timmar.
- Given profylax skall alltid dokumenteras i journal och Batchnummer skall anges för spårbarhet.

RhD profylax i andra och tredje trimestern (v 12+0 tills partus).

Alla RhD-negativa kvinnor provtas för fetalt *RHD* i

graviditetsvecka 10+0–12+6 (se [Mödrahälsovårdens riktlinje](#)).

- **RhD-negativ kvinna med *RHD* negativt foster:**
RhD profylax ej indicerat.
- **RhD-negativ kvinna med RhD positivt foster:**
RhD profylax, 1500 E, ges på barnmorskemottagningen i graviditetsvecka 28–32 samt efter förlossningen.
- **RhD-negativ kvinna med RhD-immunisering:**
Pat som redan är RhD-immuniserade skall *inte* ges RhD profylax, då hon inte har någon nytta av det. Om profylax ändå givits av misstag är detta ofarligt för mor och barn och föranleder ingen åtgärd.

Övriga situationer där RhD-profylax (1500IE) ges till RhD-negativa kvinnor om fostrets genotyp är okänd eller RhD-positiv

- Amniocentes/chorionbiopsi.
- Cordocentes.
- Intrauterina ingrepp.
- Yttre vändningsförsök.
- Kraftigt abdominellt trauma.
- Blödning till följd av placentakomplikation. (Innefattar blödning som fyller minst en stor binda per dygn med fortsatt viabel graviditet där bakomliggande gynekologisk patologi, ex polyp/dysplasi är mindre trolig. RhD-profylax vid missfall/avstannad graviditet eller VEX vg. se aktuella PM) Vid riklig blödning pre- eller peripartalt, överväg kvantifiering av fetomaternell blödning, se ARG-rapport nr 74 2015 sid 31 och diskutera med ultraljudsspecialist dagtid.
- Intrauterin fosterdöd (*Obs! vänta inte med att ge profylax till efter förlossningen i dessa fall*).

Halveringstiden för anti-D IgG är ungefär 3 veckor, detta innebär att profylax inte behöver upprepas om kvinnan redan fått denna för mindre än 4 veckor sedan.

Om prov och remiss för BAS-test skickas till transfusionsmedicin i samband med förlossning skall information om given antenatal RhD profylax, inklusive graviditetsvecka då detta skett, anges på remissen.

På remissen ska **"BAS-test profylax"** anges som önskad analys. Detta är viktigt för transfusionsmedicin för att kunna välja rätt typ av analys och rätt tolka resultatet.

RhD profylax under förlossningen eller postpartum

- Profylax ges med fördel innan patienten lämnar förlossningen.
- Alla RhD negativa kvinnor som ej är immuniserade mot RhD och som fött RhD-positivt barn skall erhålla profylax med 1500 IE im inom 72 timmar. Det innebär att gravida som fått RhD-profylax enligt ovan i graviditetsvecka 28–32 kommer att få en ny dos vid förlossningen.
- Om man av någon anledning missat att ge profylax inom 72 timmar skall profylax ändå ges eftersom viss effekt kan förväntas upp till 2 veckor postpartum.
- Given profylax skall alltid dokumenteras i journal och Batchnummer skall anges för spårbarhet.

- Rutinmässig blodgruppskontroll av spädbarn till RhD neg kvinnor är inte indicerat utom i särskilda fall. Sk Spädbarnsgruppering skall utföras om:
 - Fetalt RhD typ ej är känd eller ej bedömbär under aktuell graviditet.
 - Ifall kvinnan har haft reservnummer eller bytt ID under aktuell graviditet.
 - Ifall kvinnan är immuniserad oavsett antikropps typ eller titer.
 - Om det föreligger transfusionsbehov hos nyfödd.
 - Vid klinisk misstanke på hemolys (spädbarnsgruppering och DAT beställs)
 - Annan medicinsk orsak enligt behandlande läkare.

Information om barnets blodgrupp finns i Interinfo under samlade utlåtanden fetalt Rh.

Länkar

- [Erytrocytimmunisering under graviditet, handläggning på barnmorskemottagning](#)

Uppföljning, utvärdering och revision

Ansvarig för revision: Heléne Sangskär, Överläkare.

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Obstetrix/Melior, om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

Granskare/arbetsgrupp

Anna Hagman, Mödrahälsovårdsöverläkare & Cecilia Pardi Överläkare
Transfusionsmedicin, Linda Rilby BM, Karin Larsson BM, Lisbeth Rölfeldt BM

Referenser och relaterade dokument

Arg rapport nr 82, 2023 Graviditetsimmunisering. Svensk förening för obstetrik och gynekologi.

Ansvar

Gäller för personal inom de enheter/verksamheter som berörs av rutinen. Ansvar för spridning och implementering har VEC/EC.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvar: Heléne Sangskär, (helkj2), Överläkare

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-236

Version: 12.0

Giltig från: 2025-10-21

Giltig till: 2027-10-21