

Tuberkulos – screening för latent tuberkulos inför insättande av biologiska läkemedel, DMARDs samt inför transplantation

Förändringar sedan föregående version
Förändring under stycke Läkemedelsbehandling.

Bakgrund

Om en person med obehandlad latent tuberkulos (LTBI) får behandling med biologiska läkemedel ökar risken kraftigt att insjukna i aktiv tuberkulos (TB). Denna rutin är beslutsunderlag för läkare på infektionskliniken och remitterande enheter inom NU-sjukvården. Det finns även [regionala medicinska riktlinjer \(RMR\) för handläggning av latent tuberkulos](#). Dokumenten är samstämmiga men olika omfattande.

Sammanfattning/syfte

Aktiv TB är en kontraindikation mot insättning av biologiska läkemedel och liknande. Både aktiv TB och LTBI måste uteslutas innan behandlingen kan börja. På alla patienter som ska insättas på högdossteroider (Prednisolon > 15 mg i \geq 1 månad) under längre tid, biologiska läkemedel, DMARD (disease modifying anti rheumatic drugs) eller transplanteras, rekommenderas en värdering om tuberkulossmita föreligger.

Åtgärder

Utredning för latent tuberkulos innehåller:

1. Anamnes

2. Lungröntgen

3. IGRA-test (Quantiferon) - Om patienten redan är immunosupprimerad görs även PPD.

1. Anamnes (nedanstående punkter finns med i hälsodeklaration)

- Känd TB-exponering, det vill säga närkontakt med lungtuberkulos/kontakt med person med långvarig hosta, någon gång under livet.
- Hög TB-exponeringsrisk, det vill säga riskyrke (lung-/infektionssjukvård), fängelsevistelse, flyktingläger/exposition under flykt.
- Vistelse/ursprung i land med hög TB-incidens: >25 fall/100 000/år (obs gäller även svenskar födda före 1960), var god se [Folkhälsomyndigheten: Riskländer för tuberkulos](#)
- Närkontakt med lokalbefolkning/boende under enkla förhållanden i land med hög TB-incidens (>3 månader)
- Födelseland utanför Norden.
- Tidigare tuberkulossjukdom eller behandling (TB eller LTBI)
- Symtom på aktiv TB, som nattliga svettningar, hosta, lymfkörtelsvullnad, viktnedgång, feber. Observera att andel exptrapulmonell TB ökar vid immunosuppression, till exempel tarm, skelett/rygg, urogenitalt, CNS.

[Hälsodeklaration](#) på alla patienter rekommenderas.

2. Lungröntgen

Alla förändringar kan vara tuberkulos. Fynd som oftast ses är: primärkomplex, apikala förändringar eller andra ospecifika restinfiltrat. Röntgenbild ska inte vara äldre än 3 månader. Normal röntgen utesluter inte TB.

3. TB-tester, IGRA (Quantiferon) och PPD

Quantiferon tas på alla patienter och ordineras på hemmakliniken. I utvalda fall, hos patienter födda efter 1970, utan utfall i TB-anamnesen (var god se 1. anamnes) och med normal lungröntgen, kan man avstå Quantiferontest. Testet kan vara falskt negativt och utesluter inte latent eller aktiv TB. Testresultaten måste därför bedömas tillsammans med anamnes och röntgenfynd. Om inte konklusivt eller gränsvärde - ta om! Om patienten haft TB eller behandlats för LTBI tas inte Quantiferon. Detta kommer att vara positivt och ger ingen ytterligare information.

Vid immunsuppression rekommenderas enligt nationella riktlinjer, både IGRA – (Quantiferon) och PPD då de täcker upp olika populationer av TB-smittade. PPD-gräns för immunokompetent >10 mm, om immunsupprimerad > 6 mm. Quantiferon tas före PPD-sättning men inte efter PPD då det kan bli falskt positivt.

Quantiferon tas senast på avläsningsdagen för PPD. Om IGRA är (tydligt) positivt behövs inget PPD.

Remiss

Vid positivt Quantiferon/PPD, TB-misstankar i anamnes eller patologisk röntgen skickas remiss till läkare vid infektionskliniken för bedömning av latent/aktiv TB och ställningstagande till insättande av behandling, (1 månads behandling rekommenderas innan DMARD). På remissen anges anamnes, statusfynd, lungröntgen, IGRA-utslag, BCG-vaccination, läkemedel, andra sjukdomar; framför allt njursvikt, diabetes, silikos, gastrektomi, hepatit, missbruk?

Om immunsupprimerad patient, då både Quantiferon och PPD rekommenderas, skickas remiss till sköterskebesök för PPD.

Quantiferon ska då vara taget innan besöket! Hälsodeklaration fylls i av patient på infektionsmottagningen i samband med besök.

Svar skickas till inremitterande läkare för bedömning.

Läkemedelsbehandling

I första hand:

Vid immunsuppression eller snabbt insättande av immunsuppressiva läkemedel.

1. Tibinide 300 mg 1 x 1 tillsammans med Pyridoxin (vitamin B6) för att förhindra biverkningar i form av polyneuropati.

1 månads behandling krävs innan immunmodulerande terapi.

Om tid finns innan patienten ska sättas in på immunnedsättande läkemedel kan behandling ske med antingen:

2. Isoniazid 300 mg x 1 + Rifampicin 600 mg x 1 i 3–4 månader (beroende på INH-resistens i smittoland), med Pyridoxin 40 mg 1 x 1.

eller

3. Rimactan 600 mg 1 x 1 i 4 månader (1–2 timmar före frukost) i 4 månader.

Tibinide och Rimactan tas alltid på fastande mage 1–2 timmar före frukost.

Infektionskliniken sköter latentbehandlingen med kontroller och återbesök.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Hematologi-hud-infektionssjukvård

Innehållsansvar: Katrin Olming Franc, (katol5), Överläkare

Godkänd av: Erika Axelsson, (eriox), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10071-1782031320-205

Version: 5.0

Giltig från: 2026-02-06

Giltig till: 2028-02-06