

Syfilis, handläggning under graviditet och förlossning

Förändringar sedan föregående version

Enbart förändringar i layout samt justerat statistik.

Innehållsförteckning

Bakgrund och syfte	2
Inledning.....	2
Smittsamhet.....	2
Symtom, stadier och terminologi.....	2
Utförande	4
Screening, diagnostik	4
Läkarbesök BMM (om kompletterande provtagning inger misstanke om sjukdom)	5
Smittöverföring mor-barn, kliniska manifestationer	6
Behandling, uppföljning (handläggs av Hud- och könsmottagningen)	7
Ansvar	9
Arbetsgrupp	9

Bakgrund och syfte

Riktlinjen beskriver provtagning för och handläggning av syfilis under graviditet.

Inledning

Syfilis (lues) orsakas av en bakterie (*Treponema pallidum*) som är mycket svår att odla in vitro men kan ses i mikroskop efter specialfärgning eller med mörkfälts- eller faskontrastmikroskopi. Globalt inträffar sex miljoner fall av syfilis varje år. Under 2024 anmäldes 412 fall av syfilis motsvarande en incidens av 3,9 fall per 100 000 invånare, varav 9% var kvinnor. Ett fall av neonatal syfilis. Det finns inget vaccin. I vissa länder finns sjukdomar som är närbesläktade med syfilis (yaws, pinta). Dessa överförs inte sexuellt, men det finns inget serologiskt test som kan skilja dessa sjukdomar från syfilis och differentialdiagnostiken kan därför bli besvärlig.

Efter adekvat behandlad och kontrollerad syfilisinfektion bedöms en person vara smittfri. **Tidigare syfilisinfektion leder dock inte till immunitet** och en adekvat behandlad person kan bli smittad på nytt, vilket beaktas i anamnesupptagandet.

Smittsamhet

Syfilisbakterien kan överföras vid alla sorts sexuell kontakt, transplacentärt från mor till foster samt via blod, t ex vid förlossningen. Alla gravida och alla blodgivare testas för syfilis. Smittsamheten är störst i tidiga sjukdomsstadier och avtar successivt. Obehandlad syfilis anses kunna smitta via sexuell kontakt upp till ett år efter smittotillfället. Därefter smittar i princip inte syfilis vid sexuell kontakt, men blodsmitta och transplacentär överföring kan ändå ske. Det finns inget som stödjer att amning leder till överföring av syfilis, om inte barnet kommer i kontakt med en infektiös syfilislesion på bröstet.

Symtom, stadier och terminologi

Sjukdomsförloppet hos gravida kvinnor är detsamma som hos icke-gravida. Det är dock viktigt att poängtera att många smittade inte har några symtom alls.

Syfilis delas in i tre stadier:

Primär syfilis

Ett oömt sår (primär schanker), vanligen på könsorgan, uppstår cirka tre veckor efter smittotillfället. Inkubationstiden är 10–90 dagar (vanligen två till tre veckor). En mindre svullnad i motsvarande lymfkörtelområde (oftast ljumsken) förekommer ofta. Såret kan vara så litet att det inte märks, 25% av smittade noterar inget primärsår. Även utan behandling läker såret på sex till åtta veckor.

Sekundär syfilis

Sekundärstadiet börjar fyra till tio veckor efter debut av primärsåret, och består av feber, svullna lymfkörtlar och utslag på kroppen. Sjukdomsbilden är ofta mycket okaraktäristisk och kan likna en mängd olika sjukdomar. Mest typiskt är olika slemhinne- och hudutslag som kan ha varierande utseende och imitera olika hudsjukdomar. Karakteristiskt är lokalisering i handflator och fotsulor. CNS-symtom inklusive påverkan på kranialnerver förekommer, liksom condyloma lata (vårtliknande förändringar anogenitalt).

Symptomen/fyndet varar två till sex veckor och försvinner spontant, men hos 25 % uppträder recidiv under upp till två år. En del får inga symtom alls eller så lindriga att de inte lägger märke till dem.

Tertiär syfilis

Har en mycket varierande sjukdomsbild beroende på vilka organ som angrips. Det uppträder först flera år efter primärinfektionen, ibland först efter 10–20 år, och ger symtom från hud, skelett, hjärta eller CNS.

Icke symtomatisk (latent, påvisas genom positiva serologiska reaktioner) syfilis kan klassas som:

- *Tidig latent syfilis* <1 år sedan smittotillfället
- *Sen latent syfilis* >1 år sedan smittotillfället

Syfilis klassas som

Tidig syfilis (= primär eller sekundär symtomgivande eller tidig latent):

- <1 år sedan smittotillfället **eller** barn som uppvisar symtom före 1 års ålder.

Sen syfilis (tertiär eller sen latent):

- > 1 år sedan smittotillfället eller barn som uppvisar symtom efter 1 års ålder.

Utförande

Screening, diagnostik

Under tidig graviditet screenas för syfilis. Screeningprovet, förekomst av antikropp mot *Treponema*-antigen, analyseras på Virologen. Vid **negativt** prov görs ingen mer analys och patienten betraktas som **frisk**.

Om screeningprovet utfaller **positivt** görs **automatiskt** kompletterande analyser som alla undersöker förekomsten/halten av antikroppar, på Serologiska avdelningen, Bakteriologen. (Det förekommer att screeningprovet är falskt positivt, varför kompletterande analyser är nödvändiga). Man kör alltid samtliga analyser om screeningtestet är positivt. Analyserna innefattar:

- *Treponema* screentest: (CLIA =chemiluminescence immunoassay). Mäter antikropps-förekomst. Svaret presenteras som ett "index" där <1,1 räknas som negativt och >70 är högsta möjliga värde.
- TPPA – antikropps-förekomst (både IgG och IgM) mäts via titrering på plattor, varför svaret presenteras som divisionstal, i titreringssteg. Skalan går från "negativ" till 1/80, 1/160, 1/320, och så vidare upp till 1/20 480 som påvisar "högst antikropps-förekomst".

- Treponema IgM test med ELISA-metod. Här presenteras resultatet som något av tre kategorier: negativt, gränsvärde, positivt.
- VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) -mäter IgG-förekomst genom en spädningsmetod, varför svaren presenteras som divisionstal. Skalan går från ”negativ” till 1/1, 1/2, 1/4 och så vidare. VDRL anses särskilt viktig för att följa behandlingseffekt.

Screeningprovet signeras inte, och kvinnan får ingen information, förrän svar på de kompletterande proverna föreligger. **Alla kompletterande provsvar signeras av läkare.**

Kompletterande provsvaren inger misstanke om sjukdom

MHV-läkartid bokas inom en vecka. I frånvaro av MHV-läkartid kontaktas MÖL eller specialist-MVC för läkartid inom en vecka. Se vidare nedan.

Kompletterande provsvaren visar att sjukdom inte föreligger

Ärendet läggs på administrationslistan till MHV-läkaren, som signerar. Patienten informeras därefter av barnmorska att hon inte har syfilis men att det behövdes ett extraprov för att bekräfta detta. Inga fler prover, såvida inte misstanke uppstår om nysmitta.

Läkarbesök BMM (om kompletterande provtagning inger misstanke om sjukdom)

- Information om laboratoriefynd och om att remiss kommer att skickas, se nedan.
- Anamnes: känd syfilis? Tidigare behandlad? Genitalt sår? När? Hudmanifestationer? Svullna lymfkörtlar? Allmänt hälsotillstånd?
- Härkomst? (Viktigt pga tolkningssvårigheter laboratoriefynd om härkomst från land med förekomst av yaws, pinta eller endemisk syfilis).

- Erbjud provtagning för övrig STI.
- Remiss till Hud- och Könsmottagningen, **som ansvarar för fortsatt handläggning**. Vid oklar bild (svårigheter att tyda provsvar: gammal utläkt infektion eller aktiv infektion?) kan frågeremiss skickas, ange ev tolkbehov, ev PC-allergi och gärna provnummer.
- Eventuell smittspårning och smittskyddsanmälan görs av Hud- och Könsmottagningen. Det är bara vid smitta för mindre än ett år sedan (dvs tidig syfilis/tidig latent syfilis) som syfilis lyder under Smittskyddslagen och smittspårning utförs.
- Remiss till specialist-MVC, SU, för kännedom, ev. inläggning (se nedan) och ultraljudsövervakning
- Remiss till Neonatologen, SU, för kännedom och uppföljning av barnet.
- Om patienten blir behandlad för syfilis efter graviditetsvecka 20 ska fostret följas upp med ultraljudskontroller där man letar efter tecken på fosterinfektion (ascites, svullen mjälte, hydrops). Om behandlingen startar före graviditetsvecka 20 anses inte ultraljudskontroller nödvändiga. MHV-läkare eller obstetriker som informerar kvinnan om infektionen skriver ultraljudsremiss.

Smittöverföring mor-barn, kliniska manifestationer

Smittan kan ske under hela graviditeten, men sällan före andra trimestern. Man räknar därför med att behandling före graviditetsvecka 16–20 förhindrar kongenital syfilis i nästan alla fall. Obehandlad tidig (se ovan) syfilis under graviditet överförs i 70–100% till barnet medan tidig latent syfilis överförs i 40%. Smittorisken vid obehandlad sen eller sen latent syfilis rapporteras till högst 10 %.

Fostret smittas främst genom transplacentär överföring av syfilisbakterier. Smittan kan ske under hela graviditeten, men kan också överföras under förlossningen.

Följande kliniska bilder är beskrivna:

- Sen abort p.g.a. massiv fosterinfektion.
- Dödfött fullgånget barn med tecken på generell syfilis.
- Tidig syfilis (sjukdomssymtom före ett års ålder).
Symtomen liknar delvis de vid sekundär syfilis hos vuxna. Vid partus har hälften av barnen inga symtom, uppträder vanligen 3:e-8:e levnadsveckan. Placenta är stor. Barnet är ofta underviktigt och prematurbörd är vanlig. Hud- och slemhinneförändringar som vid sekundär syfilis, även bullösa. Syfilitisk snuva. Osteokondrit, hydrops, ikterus, hepatosplenomegali, och anemi är vanligt förekommande.
- Sen syfilis (sjukdomssymtom efter ett års ålder). I allmänhet ett barn som smittats under graviditet av en låginfektös moder. Föds med latent syfilis och utvecklar senare (ofta efter 5 års ålder) syfilitiska symtom som vid tertiär syfilis. Några av de mest klassiska symtomen är interstitiell keratit, Hutchinson tänder (övre incisiver breda vid basen och urgröpta i mitten av distala randen) och dövhet (Hutchinsons triad). Andra manifestationer är periostit, sadelnäsa och symtom från nervsystemet.

Behandling, uppföljning (handläggs av Hud- och könsmottagningen)

Man ger samma behandling till gravida och icke-gravida med motsvarande stadium/serologiskt status.

Vid tidiga former av syfilis ges två injektioner långverkande penicillin (Tardocillin®), vid sena former ges tre injektioner. Vid PC-allergi kan andra preparat övervägas.

Vid antibiotikabehandling av vissa bakterier kan toxiner frigöras när bakterierna går under. Detta kan framkalla en "Herxheimer-reaktion", en akut inflammatorisk reaktion. Herxheimer-reaktion kan medföra prematurt värkarbete. Risken är störst vid tidig syfilis. Det ingår därför alltid i behandlande läkares ansvar att bedöma var patienten skall få sina injektioner-polikliniskt eller inneliggande på kvinnoklinik.

Vid låga titrar och sen syfilis bör man kunna inleda behandlingen polikliniskt efter noggrann information.

Behandlingen följs upp med serologiska kontroller enligt ordination från Hud- och Könsmottagningen, vanligtvis 1–2 månader efter behandling samt om möjligt också några veckor före beräknad förlossning. Beroende på graviditetslängd förekommer det att dessa uppföljande kontroller får tas på BMM, enligt ordination från behandlande läkare på Hud- och Könsmottagningen.

Efter avslutad behandling på Hud- och Könsmottagningen utfärdas därifrån en remiss som **skickas** till specialist-MVC vid SU, för förlossningsplanering.

Remissen ska innehålla uppgifter om:

- Patientens serologi samt given behandling.
- Patienten inte är smittsam, inga speciella hygien/infektionsrutiner.
- Blodprov (VDRL, syfilis IgM, TPPA, Treponema screen) ska tas på patienten och på barnet i samband med partus. På barnets remiss skall anges att kopia på svaret skall till Barnmedicin (fd Infektionspediatriska mottagningen), Östra sjukhuset.
- **Barnläkare** som undersöker barnet vid utskrivningen från KK **utfärdar remiss** till specialistmottagningen Barnmedicin för uppföljning. I remissen måste moderns personnummer anges då det är viktigt att ha tillgång till hennes serologi för att bedöma om eventuella påvisade syfilisantikroppar hos barnet avspeglar en aktuell infektion eller är passivt.

Ansvar

Mödrahälsovårdsöverläkare ansvarar för innehållet i riktlinjen.

Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att riktlinjen implementeras och efterlevs.

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Anna Hagman, mödrahälsovårdöverläkare, Centralt mödrahälsovårdsteam, Regionhälsan.

Innehållsgranskare

Erica Ginström Ernstad, överläkare, Obstetrik och gynekologi, SU.

Godkännare

Petra Tunbäck, överläkare, Hud och könsvård, SU.

Anneli Falk, verksamhetschef, Obstetriken, SU.

Kristina Elfving, verksamhetsöverläkare, Neonatalogi, SU.

Susanne Samuelsson, områdeschef, barnmorskemottagningar och gynekologi, Regionhälsan.

Maria Gjertsen, regionområdeschef, barnmorskemottagningar och gynekologi, Regionhälsan.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Obstetrik, Barnmorskemottagning och gynekologi

Innehållsansvar: Anna Hagman, (annha67), Överläkare

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Petra Tunbäck, (pettu),
Universitetssjukhusöverläkare, Anneli Falk, (annfa17),
Verksamhetschef, Kristina Elfving, (kriel1), Överläkare, Susanne
Samuelsson, (sussa7), Områdeschef, Maria Gjertsen, (marem2),
Regionområdeschef

Dokument-ID: RHS9927-391389789-104

Version: 3.0

Giltig från: 2025-10-22

Giltig till: 2027-10-22