

Gäller för: Barnmorskemottagning och gynekologi

Giltig från: 2024-07-15

Innehållsansvar: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

Giltig till: 2026-07-15

Granskad av: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

Godkänd av: Maria Gjertsen, (marem2), Regionområdeschef

# Riktad screening för tuberkulos under graviditet på barnmorskemottagningar, VGR

## Förändringar sedan föregående version

Länk till uppdaterad Regional medicinsk riktlinje är tillagd.

Förtydligande gällande remiss till infektionsläkare vid tidigare behandlad latent tuberkulos.

## Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version .....	1
Innehållsförteckning .....	1
Bakgrund och syfte .....	1
Utförande .....	2
Ansvar .....	7
Relaterad information .....	7
Arbetsgrupp.....	7

## Bakgrund och syfte

Ungefär en fjärdedel av jordens befolkning bedöms ha latent tuberkulos (TB). Latent TB (när man är smittad med tuberkulosbakterier men inte är sjuk) definieras som en immunreaktion mot tuberkulosantigen utan symtom på aktiv sjukdom, där immunförsvaret kontrollerar eventuellt levande, men inte odlingsbara tuberkulosbakterier. Dessa inkapslade bakterier kan ibland överleva i flera årtionden och därefter orsaka sjukdom. En person med latent TB har inga kliniska symtom och är inte smittsam. Ungefär 90 % av alla med latent TB insjuknar aldrig i aktiv tuberkulos. Av nyligen smittade insjuknar ca 5 % inom 2 år och ytterligare 5 % senare under livet. Risken för en person

med latent TB att insjukna i aktiv TB är förhöjd i postpartumperioden. Profylaxbehandling av latent TB ger 70–90% skydd mot insjuknande i TB senare i livet. Profylaxbehandling ges vanligtvis efter förlossningen, men kan ibland påbörjas under graviditet.

Det är bara aktiv lung-TB som är smittsam. Extrapulmonell TB (till exempel lymfkörtel-TB) smittar inte.

Syftet med rutin är att underlätta omhändertagandet av gravida och nyfödda med risk för, eller med TB.

## Utförande

### Metoder för screening av TB

Lungröntgen kan påvisa **aktiv/smittsam tuberkulos** och indikera tidigare genomgången TB.

**Latent TB** diagnostiseras genom **sammanvägning** av resultat från tuberkulintest (t ex PPD) eller Interferon Gamma Release Assay (IGRA) (t ex QuantiFERON®), lungröntgen, kroppsundersökning och sjukhistoria.

Ett positivt test (IGRA eller tuberkulintest) skiljer inte på utläkt, aktiv eller latent infektion.

**Risken för ett falskt positivt svar** är lägre för QuantiFERON® jämfört med tuberkulintest eftersom IGRA inte påverkas av tidigare BCG-vaccination eller exposition för närbesläktade bakterier.

Tidigare tuberkulintest inom två månader kan däremot leda till ett falskt positivt QuantiFERON®.

Därför ska QuantiFERON® tas senast samtidigt med PPD i de fall där man väljer att utföra båda testerna (gäller ej BMM). Det måste annars gå minst två månader mellan tuberkulintest och QuantiFERON® för att provet skall bli tillförlitligt.

Tidigare QuantiFERON® -test ger inte falskt positivt svar på PPD.

Vid ny smitta med TB kan det dröja upp till åtta veckor innan testerna blir positiva.

### Provtagning QuantiFERON® som screening för latent TB\*

\*enligt ”Rekommendationer för preventiva insatser mot TB” från Socialstyrelsen (2013) och Smittskydd Västra Götaland:

Med QuantiFERON® undersöks om patientens immunsystem har exponerats för tuberkelbakterier. Testet kan dock inte användas som kontroll av

vaccinationsstatus, då aktuella antigen inte förekommer i BCG. Testet är bäst lämpat för att påvisa latent TB, mindre lämpat för aktiv sjukdom.

### **QuantiFERON® tas som screeningprov på gravida:**

- som saknar symtom på aktiv TB.
- med härkomst från länder med hög förekomst/högrisk av TB (>100 fall/100 000 invånare), se länkar sist i dokumentet. Observera att även Eritrea och Somalia betraktas som högincidens för TB.
- som vistats i flyktingläger eller andra liknande förhållanden med högriskmiljö för TB, dvs risk > 40/100 000.
- med närkontakt inomhus med person med känd TB eller stark misstanke på TB.

Provet kan tas när som helst under graviditet och amning, men av praktiska skäl (så att man hinner åtgärda eventuella fynd) bör testet göras innan/vid vecka 20. Om kvinnan skrivs in sent under graviditeten eller uteblir från planerad provtagning innan/vid v 20 kan testet göras senare.

### **QuantiFERON® tas inte vid:**

- härkomst från länder med lägre förekomst av TB än 100/100 000 invånare. Undantag vistelse i högriskmiljö och förekomst 40–100/100 000. Riskländer avseende tuberkulos — Folkhälsomyndigheten (folkalsomyndigheten.se)
- härkomst från länder med hög förekomst av TB (>100 fall/100 000 invånare), men testats med IGRA eller tuberkulintest med negativt resultat efter ankomst till Sverige, och därefter inte vistats i högriskland mer än en månad eller haft närkontakt inomhus med person med känd aktiv TB.
- tidigare positivt tuberkulintest eller IGRA där förebyggande behandling inte givits. **Remiss till infektionsläkare.**
- tidigare behandlad för aktiv TB. **Remiss till infektionsläkare.**
- tidigare behandlad för latent TB och känd re-exponering eller oklarhet kring behandlingen. **Remiss till infektionsläkare.**
- misstanke aktiv TB (se nedan) – **Omgående remiss till infektionsläkare.**

### **Provtagningsanvisning QuantiFERON®**

SkAS: provet skickas via UniLabs enligt anvisningen i [Tuberkulos-specifikt antigen, QuantiFERON TB - Unilabs \(anvisningar.se\)](#)

SU, NÄL och SÄS: Provet tas enligt laboratoriets anvisningar:

<https://sahlgrenska-klinkem-analyser.vgregion.se/KMIKAD107784.pdf>



- Provkittet innehåller 4 provrör med olika färg som alla fylls med 1 ml venöst blod.
- Varje rör skakas försiktigt 10 gånger\*. Viktigt för att lösa upp antigener på provrörets insida.
- \*Obs: häftig skakning kan medföra falskt positivt prov. Se gärna på instruktionsfilmen från tillverkaren vad som avses med ”försiktig skakning” kontra ”häftig skakning”  
<https://www.youtube.com/watch?v=TOXF6CzPJYA>, avsnittet börjar 5.44 in i filmen och pågår till 6.30
- Provet måste förvaras stående, i rumstemperatur.
- Det finns två olika sätt att hantera provet:
- Transport direkt till laboratoriet, ocentrifugerat i rumstemperatur, måste nå laboratoriet inom 16 timmar. Rören måste förvaras stående, ej liggande.
- Inkuberas i rumstemperatur i 16-24 h. Därefter centrifugering 2000-3000 rpm i 15 minuter. Därefter transport till laboratorium. Märk etiketten med ”inkuberat prov”.
- Provet kan endast tas emot på laboratoriet under kontorstid vardagar.

### Tolkning och handläggning av svar QuantiFERON®

- Ett positivt test innebär inte att patienten har aktiv tuberkulos.
  - Ett negativt test utesluter inte smitta.
  - Provet kan besvaras av laboratoriet på något av följande sätt:
    - Positiv
    - Positiv nära gränsvärde
    - Negativ
    - Negativ nära gränsvärde
    - Ej bedömbär
- a) Positiv – är exponerad för tuberkelbakterier. Betyder inte att patienten är sjuk eller smittsam. Signeras av PAB som remitterar till Infektionsklinik.
- b) Positiv nära gränsvärde – är sannolikt exponerad för tuberkelbakterier men reaktionen är svag. Betyder inte att patienten är sjuk eller smittsam. Signeras av PAB som remitterar till Infektionsklinik.

- c) Negativ – patientens immunförsvar har inte reagerat på tuberkelbakterier. Signeras av PAB, ingen mer provtagning planeras.
- d) Negativ nära gränsvärde – patientens immunförsvar har sannolikt inte reagerat på tuberkelbakterier men resultatet ligger nära ett positivt utslag. Betraktas som ett negativt svar, förutsatt att patienten är frisk och saknar symtom på aktiv TB. Signeras och hanteras av PAB.
- e) Ej bedömbart – kan antingen bero på felaktig hantering av provet (ej nått laboratorium inom 16 h, provet ej vänt 10 gånger), men kan också bero på nedsatt immunförsvar. Som första åtgärd tas provet om. Signeras av PAB. Om även nästa prov är ej bedömbart remitteras kvinnan till Infektionsklinik.

Infektionsläkare konsulteras vid tolkning av resultat annat än ”negativt” om kvinnan behandlas med immunsupprimerande läkemedel (transplantationsläkemedel, viss reumatologisk behandling, humanbiologiska läkemedel, kortison) eller går i dialys. Hanteras av läkare inom MHV eller kvinnoklinik.

### Remiss till Infektionsklinik skall innehålla uppgifter om:

- Patient ID
- Status: asylsökande, turist, uppehållstillstånd, utan tillstånd
- Tolksbehov/språk
- Ursprungsland, ev vistelse i flyktingläger
- Vistelsetid i Sverige, ankomst månad. Ev nya vistelser i högriskland därefter.
- Eventuell förekomst av aktuella symtom på aktiv TB (hosta, svullna körtlar, feber, viktne­dgång)
- Känd TB-exposition, framför allt de sista 12 månaderna
- Ev tidigare TB-behandling (aktiv eller latent)
- Ev tidigare screening för latent TB, gärna med info om var och när
- Om möjligt: känd BCG vaccination eller synligt ärr. Ej nödvändigt.
- Beräknad förlossning
- Paritet
- Övrig hälsa, allmäntillstånd, HIV-test
- Mediciner
- Allergier

Enligt lokal rutin kan lung-röntgen behöva göras innan remiss skrivs till infektionsklinik (SkaS [Remissmall lungröntgen.pdf \(vgregion.se\)](https://vgregion.se/Remissmall_lungrontgen.pdf)).

## Aktiv tuberkulos, symtom och handläggning

Aktiv TB skall omgående uteslutas hos gravid eller nyförlöst kvinna:

Hosta, avmagring, svullna lymfkörtlar och/eller nattliga svettningar är symtom misstänkta för aktiv tuberkulos.

Särskild uppmärksamhet vid härkomst från högriskländer, vistelse i flyktingläger eller känd exposition för TB (nära kontakt inomhus).

Även kvinnor som inte kommer från högriskländer kan ha aktiv TB.

Obs: under senare del av graviditeten kan en kvinna med aktiv TB ha ganska milda symtom, beroende på att graviditeten påverkar T-cellsimmuniteten.

Därför är det viktigt att vara lyhörd för TB-misstänkta symtom och liberal med MHV-läkarkontakt för lungröntgen och ev bedömning av infektionsläkare vid oklar hosta hos gravida, särskilt från högendemiska länder.

Läkare inom MHV eller kvinnoklinik avgör om patienten hänvisas direkt till infektionsklinik alternativt först lungröntgas vid oklara/vaga symtom och därefter remitteras.

Vid stark misstanke aktiv TB kontaktar läkare inom MHV eller kvinnoklinik infektionsklinikens jourläkare.

Ovanstående gäller även kvinnor som nyligen anlant till Sverige och som vistas tillfälligt inom Barnmorskemottagningens område i väntan på placering någon annanstans i Sverige.

## Ansvar

Mödrahälsovårdsöverläkare ansvarar för innehållet i riktlinjen.

Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att riktlinjen implementeras och efterlevs.

## Relaterad information

### Regional medicinsk riktlinje:

[Tuberkulos – handläggning latent tuberkulos \(LTBI\).pdf \(vgregion.se\)](#)

### Lista över länder med hög incidens TB:

[Riskländer avseende tuberkulos — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#)

### Karta över länder med hög incidens TB:

[global\\_tb\\_incidence\\_2017.png \(1755×1241\) \(who.int\)](#)

## Arbetsgrupp

### Innehållsansvarig

Anna Hagman, mödrahälsovårdsöverläkare, Centralt mödrahälsovårdsteam (CMHV), M4, Regionhälsan.

Antje Johannsmeyer, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, M3, Regionhälsan.

Karin Jerhamre Sundh, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, M4, Regionhälsan.

Anna Trollstad, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, M5, Regionhälsan.

### Innehållsgranskare

Anna-Karin Broman, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, M1, Regionhälsan.

### Godkännare

Maria Gjertsen, regionområdeschef, barnmorskemottagningar och gynekologi, Regionhälsan.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Riktlinje verkställighet

**Gäller för:** Barnmorskemottagning och gynekologi

**Innehållsansvar:** Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

**Granskad av:** Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

**Godkänd av:** Maria Gjertsen, (marem2), Regionområdeschef

**Dokument-ID:** RHS9927-391389789-162

**Version:** 7.0

**Giltig från:** 2024-07-15

**Giltig till:** 2026-07-15