

Tuberkulosscreening inför insättande av immunmodulerande behandling

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 verksamhet Hud- och könssjukvård Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Det finns även regionala medicinska riktlinjer **RMR Tuberkulos - handläggning latent tuberkulos (LTBI)** [länk](#) 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 immunmodulerande behandling inklusive biologiska läkemedel rekommenderas en värdering om tuberkulosmitta föreligger.

Åtgärder

Utredning för latent tuberkulos innehåller:

1. **Anamnes**
2. **Lungröntgen**
3. **IGRA-test** (Quantiferon) - Är patienten redan immunsupprimerad görs även tuberkulintest/**PPD**

1. Anamnes (nedanstående punkter finns med i hälsodeklaration)

- Känd TB-exponering d.v.s. närkontakt med lungtuberkulos/kontakt med person med långvarig hosta, någon gång under livet.
- Hög TB-exponeringsrisk d.v.s. 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) v.g. se [Folkhälsomyndigheten: Riskländer för tuberkulos](#)
- Närkontakt med lokalbefolkning/boende under enkla förhållanden i land med hög TB incidens (>3 mån)
- Födelseland utanför Norden.
- Tidigare tuberkulossjukdom eller behandling (TB el. LTBI)
- Symtom på aktiv TB, som nattliga svettningar, hosta, lymfkörtelsvullnad, viktnedgång, feber. Observera att andel extrapulmonell TB ökar vid immunsuppression, t.ex. tarm, skelett/rygg, urogenitalt, CNS.

[Hälsodeklaration med avseende på tuberkulos](#) på alla patienter rekommenderas, v.g. se dokument!

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 (v.g. 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 icke konklusivt eller gränsvärde - ta om! Om patienten haft TB eller behandlats för LTBI tas ej Quantiferon. Detta kommer att vara positivt och ger ingen ytterligare information. Vid immunosuppression 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 immunosupprimerad > 6 mm. Quantiferon tas före PPD-sättning men inte efter PPD då det kan bli falskt positivt.

Quantiferon tas senast på avläsningsdagen för 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 immunosupprimerad 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.

Om inget utfall i TB-anamnesen, normal lungröntgen och negativ Quantiferontest behöver patienten inte remitteras till TB-specialist utan planerad behandling kan påbörjas. Vid negativt IGRA hos patient med immunbrist ska PPD utföras.

Läkemedelsbehandlingen sker med antingen:

1. Isoniazid (T. Tibinide) 300 mg x1 under 9 månader. Samtidigt ges pyridoxin. T. Pyridoxin 40 mg x1 för att minska risk för neuropati.
- eller
2. Isoniazid 300 mg x1 + Rifampicin 450–600 mg x1 i 3–4 månader (beroende på INH resistens i smittoland) Infektionskliniken sköter latentbehandlingen med kontroller och återbesök.

Ansvar

Verksamhetens läkare ansvarar för att rutinen följs.

Uppföljning, utvärdering och revision

Ansvarig läkare för biologisk behandling av psoriasis ansvarar för uppföljning/revision av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior. Avsteg från denna rutin som medför inträffade negativa händelser, vilka påverkat patientsäkerheten, ska rapporteras i avvikelssystemet MedControl Pro. Utvärdering och revidering av rutindokumentet ska ske vid behov, dock senast ett år efter godkännande.

Relaterad information

Regional medicinsk riktlinje: Tuberkulos - handläggning latent tuberkulos (LTBI), pdf [länk](#)

Riskländer avseende tuberkulos, Folkhälsomyndigheten.se (Källa: WHO) [länk](#)

Blankett VGR, Hälsodeklaration med avseende på tuberkulos, pdf [länk](#)

Arbetsgrupp

Regionalt processteam Psoriasis