

Hepatit B vid graviditet och förlossning

Innehåll

Hepatit B vid graviditet och förlossning	1
Bakgrund	1
Diagnos	1
Handläggning	2
Barnmorska på Barnmorskemottagning (BMM)	2
Handläggning – läkare BMM	2
Handläggning läkare planeringsrund	2
Smittrisk	3
Handläggning vid förlossningen	3
Dokumenthistorik	4

Bakgrund

Hepatit B är en blodsmitta med hög smittsamhet. Globalt är 220 miljoner människor bärare av kronisk hepatit B, framför allt i delar av Asien, Afrika och Sydamerika (Infpreg). Vanligaste smittspridningsvägen är sexuella kontakter, men i Asien är mor-barnsmitta det dominerande. I enstaka fall kan smitta överföras till barnet under graviditeten, detta beroende på virusmängd. I Europa är även intravenöst missbruk en vanlig smittväg. Risken för smitta i en graviditet är beroende av moderns virusmängd. Profylax med tidig vaccinering - det vill säga direkt efter födelsen - minskar risken för att barnet utvecklar hepatit från mellan 30–90 % (beroende av moderns smittsamhetsgrad) till mindre än fem procent.

Diagnos

Hepatit B ingår i infektionsscreeningen som ska erbjudas alla kvinnor som skrivs in i mödravården. Undantag är de kvinnor som har en känd hepatit B. Alla som är smittbärare är positiva för HbsAg i screening.

[Infektionsscreening av gravida \(SOFS 2004:13\) \(pdf\).](#)

Handläggning

Barnmorska på Barnmorskemottagning (BMM)

Handläggning sker enligt följande:

- Kvinna som i screening visar pågående eller kronisk hepatit som inte är känd sedan tidigare bokas till ansvarig läkare på BMM för information, samt sätts upp på planeringsrond.
- Kvinna med känd hepatit B sätter barnmorskan upp på planeringsrond.
- Barnmorskan skapar ett ÖD Foster som senare ska fyllas i av läkare via Konsultationstidboken (KTB) eller planeringsrond när fullständig information finns, till exempel att remissvar kommit.

Handläggning – läkare BMM

Hepatit är en anmälningspliktig sjukdom. Om det i screening framkommer att kvinnan har en pågående eller kronisk hepatit som inte är känd sedan tidigare bokas hon till läkare på BMM.

Handläggning sker enligt följande:

- Läkare på BMM gör Smittskyddsanmälan samt ger smittskyddsråd enligt gällande rutin, Smittskyddslagen. Ställ även fråga om vilka som finns i hushållet och informera om skyddsplikt.
- Observera att resterande handläggning med remittering sköts enligt nedan.

Handläggning läkare planeringsrond

- Vid nyupptäckt hepatit ska läkare på planeringsrond skicka remiss till SMVC för besök och information gällande graviditeten. Remiss skickas också till infektionsmottagningen för fortsatt handläggning gällande hepatiten. Remissen ska skrivas av läkare obstetrik för att vederbörande ska kunna handlägga svaret inom ramen för den delen av graviditetsövervakningen, se nedan.
- Vid känd hepatit skickar läkare remiss till infektionsmottagningen för bedömning och fortsatt handläggning.

När remissvar kommit dokumenteras smittsamhet samt handläggning vid förlossning i ÖD foster.

Handläggningen är beroende av smittsamheten vilket kommer att framgå av kompletterande prover med HBV-DNA som tas av infektionsmottagningen.

[Riktlinjer för användande av översiktdokument foster, Region Uppsala.se \(pdf\).](#)

Smittrisk

Smittrisen delas in i följande:

Hög smittsamhet:

- HbsAg positiv och HbeAg positiv.
- HbsAg positiv, HbeAg negativ men HBV-DNA över eller lika med 200 000 IU/ml vecka 26–28.
- Prematura barn under 2000 gram och eller före vecka 34.
- Mödrar med akut hepatit.
- Immunosupprimerade kvinnor med hepatit B.

Låg smittsamhet:

- HbsAg positiv och HbeAg negativ och HBV-DNA under 200 000 IU/ml vecka 26–28.
- Fullgånget barn.

Kvinnor med en kronisk infektion har inga symtom men det kan leda till levercirrhos på sikt, det är därför inte bara för hennes barn som det är viktigt att kontrollera under graviditet.

Vid hög smittsamhet bör man undvika rutinmässig amniocentes, framför allt transplacentär, liksom andra ingrepp som innebär risk för feto-maternell blodöverföring.

Handläggning vid förlossningen

Barnmorska informerar barnläkaren om att modern har en hepatit B. Barnläkare ordinerar enligt nedanstående.

Vid hög smittsamhet bör man undvika långvarig vattenavgång, samt i möjligaste mån undvika invasiva åtgärder under förlossningen. Dock får man inte kompromissa med god CTG-övervakning.

Om kvinnan har hög smittsamhet får barnet följande:

- Injektion Engerix-B 10 µg/0,5 ml intramuskulärt.
- Injektion Umanbig 180 IU/ml intramuskulärt.
- Ges anterolateralt i låret och en injektion i vardera extremiteten.

Om kvinnan har låg smittsamhet får barnet följande:

- Injektion Engerix-B 10 µg/0,5 ml intramuskulärt snarast efter förlossningen.

Om prematurt barn och eller under 2000 gram:

- Injektion Engerix-B 10 µg/0,5 ml intramuskulärt.
- Injektion Umanbig 180 IU/ml intramuskulärt.
- Ges anterolateralt i låret och en injektion i vardera extremiteten snarast efter förlossningen.

Denna bedömning och ordination görs av barnläkare, eventuellt i samråd med infektionsläkare.

Vaccindos två, vid en månads ålder ordinerar i Cosmic av barnläkaren. Båda doser ordinerar vid första tillfället, så att dos två inte glöms bort.

Planering för uppföljning på neonatalmottagningen och infektionsmottagningen utförs vid första tillfället på förlossningsavdelningen:

- Barnläkare skickar remiss till infektionsmottagningen för uppföljning vid tolv månaders ålder.
- Barnläkare ansvarar för att neonatalmottagningen informeras om att vaccinationsdos två är ordinerad och ska utföras vid en månads ålder. Kan göras med hjälp av barnmorska, lathund för detta finns på förlossning och BB.
- Överrapportering till neonatalmottagningen via messenger i Cosmic skickas av läkare.

BVC tar över fortsatt vaccinationsprogram efter dos två.

Det finns inget hinder för amning även om antiviral terapi ges.

Dokumenthistorik

Författare:

Birgitta Segeblad.

Granskare:

Maria Nelander.

2024-06-05 Birgitta Segeblad för Linda Wallström barnkliniken ändring av rutin för de två första doserna av vaccin till nyfött barn. Bedömning av dokumentet i sin helhet.

2025-02-25: Förändring av handläggning på BMM. Justering av bakgrund.