

Tuberkulos och graviditet

(Anvisning utgiven av Smittskydd Värmland)

Bakgrund

Spädbarn är särskilt mottagliga för tuberkulosmitta. Det är viktigt att upptäcka och behandla tuberkulos hos gravida kvinnor och deras familjer. Tuberkulos ger ofta inga symtom och därför görs riktad screening på MVC med anamnes, lungröntgen och PPD

Följande grupper skall undersökas

1. Kvinnor med symtom på tuberkulos. Vid långvarig hosta skall tuberkulos uteslutas. Var frikostig med lungröntgen i dessa fall! Andra anamnestiska symtom att uppmärksamma är feberperioder, avmagring, nattliga svettningar, bröstsmärtor, oklara hud- och mjukdelsabscesser samt lokal lymfkörtelsvullnad.
2. Kvinnor som haft kontakt med person med tuberkulos - även om det var längesedan. Tänk på att blivande far- och morföräldrar kan ha eller ha haft tuberkulos. Vid misstanke om tuberkulos hos annan medlem i samma hushåll bör vederbörande uppmanas att låta undersöka sig med avseende på tuberkulos, med tanke på det väntade barnet. Även annan nära kontakt som inte delar hushåll kan vara riskabel som smittkälla och detta bör diskuteras med modern.
3. Kvinnor som vuxit upp eller vistats länge i Afrika, Asien, Latinamerika, Syd- och Östeuropa. Beträffande finska kvinnor anamnesgenomgång enligt punkt 2.

Lungröntgen skall göras med en frontalbild i fullformat i graviditetsvecka 28-29 avseende grupperna 2 och 3, genast vid grupp 1.

Fortsatt handläggning

- Kvinnor med röntgenfynd som ger misstanke om tuberkulos:
Remiss till lungkliniken, Centralsjukhuset, Karlstad.
- Kvinnor med klinisk misstänkt eller säker tuberkulos:
Remiss till lungkliniken, Centralsjukhuset, Karlstad.
- Kvinnor som haft tuberkulos innan de kom till Sverige. (Gäller alltså inte kvinnor som redan behandlats för sin tuberkulos i Sverige.):
Remiss till lungkliniken, Centralsjukhuset, Karlstad.

- Kvinnor med negativ lungröntgen men positiv PPD:
Remiss till infektionskliniken, Centralsjukhuset, Karlstad

Handläggning i samband med förlossningen

- Vid misstänkt smittsamhet vid förlossningen:
Förlossning på CSK med eftervård på Infektionskliniken.

Man strävar efter smittfrihet hos modern vid förlossningen och därför bör behandlingen ha pågått minst två veckor vid partus. Misslyckas detta kan det bli nödvändigt att skilja mor och barn och ge barnet behandling med INH-profylax i tre månader. Därefter tuberkulinprovning enligt Mantoux. Om utfallet är mindre än 6 mm, BCG-vaccineras barnet då.

Obehandlad miliartuberkulos vid partus medför risk för transplacentär smitta och vid grundad misstanke om sådan skall barnet ha full antituberkulös behandling.

Om tuberkulos föreligger men smittsamheten är låg (pågående behandling sedan minst två veckor), BCG-vaccineras barnet på BB före hemgång. I tveksamma fall individuell handläggning.

Familjer som är asylsökande och därför ej fast bosatta i landet, bör erbjudas BCG-vaccination för det nyfödda barnet på BB före hemgång, ifall familjen riskerar avvisning före barnets 6-månaders dag.

Vaccination vid 6 mån ålder

Vid generellt ökad risk för tuberkulos men där aktuell sjukdom ej konstaterats hos modern eller i hushållet, BCG-vaccineras barnet vid 6 mån ålder.

Meddelande till förlossningsavdelningen och till barnvårdscentralen

MVC skall - med kvinnans samtycke - informera förlossningsavdelningen och BVC om ökad risk för tuberkulos, alternativt att tuberkulos föreligger, vilken planering som i så fall gjorts beträffande ev. behandling och vaccination av barnet samt vilken läkare som är ansvarig för moderns behandling.

Efter en promemoria utarbetad 1995 av mödrahälsovården, infektionskliniken, barnmedicin, lungdivisionen och smittskydd i Göteborg.