

Tuberkulos, smittspårning - Infektionsmottagningen

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	1
2.	Allmänt	1
3.	Ansvar och roller	1
4.	Beskrivning	2
4.1.	Allmänna principer	2
4.2.	Definitioner.....	2
4.2.1.	Närkontakter	2
4.2.2.	Mindre nära kontakter.....	2
4.2.3.	Immunsupprimerade.....	3
4.3.	Indexfall med högsmittsam tuberkulos	3
4.4.	Indexfall med lågsmittsam tuberkulos.....	4
4.5.	Indexfall med icke smittsam tuberkulos	4
4.6.	Indexfall med multiresistent tuberkulos.....	4
5.	Uppföljning av smittspårning och behandling	5
6.	Plan för kommunikation och implementering	5
7.	Dokumentinformation	5
8.	Referenser	5

1. Syfte och omfattning

Smittspårning kring tuberkulospatienter görs i syfte att hitta personer i omgivningen som har smittats och utvecklat aktiv tuberkulos eller utgör smittkälla (indexfall) för att behandla dessa individer och minska sekundärfall. Det syftar också till att förhindra utveckling av aktiv tuberkulos hos smittade kontakter som ännu ej blivit sjuka (LTB) genom LTB-behandling, information och i vissa fall postexpositionsprofylax.

Syftet med dokumentet är att beskriva smittspårningsprocessen och omfattar berörd personal på Infektionsmottagningen Gävle sjukhus.

2. Allmänt

Tuberkulos klassas som en allmänfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen och smittspårning ska göras kring varje nytt fall av tuberkulos och vid varje fall där en patient återinsjuknat i tuberkulos. Utredning och besök vid smittspårning är kostnadsfria för patienter och kontakter enligt Smittskyddslagen.

3. Ansvar och roller

Det är den behandlande läkaren som ansvarar för att smittspårningen görs, och läkaren kan själv utföra smittspårningen eller delegera det till annan personal med särskild kompetens. I region Gävleborg utförs smittspårningen av TB-sjuksköterskor på infektionsmottagningen.

Indexpatienten är skyldig att uppge sina kontakter och kontakterna är skyldiga att låta sig undersökas.

För kontakter som hittas via smittspårning där läkarbesök för bedömning avseende aktiv eller latent tuberkulos är aktuell sker detta, för barn <16 år på barnkliniken, och för övriga på infektionskliniken.

4. Beskrivning

4.1. Allmänna principer

Miljöundersökning ska göras kring alla patienter med aktiv tuberkulos, oavsett smittsamhetsgrad. Man ska efterfråga om personer i omgivningen har symtom som talar för aktiv tbc (hosta, viktnedgång, feber, nattliga svettningar, körtelsvullnad etc.) och ifall det finns småbarn, immunsupprimerade eller gravida.

Indexpatientens familj och kontaktnät ska kartläggas. De närmaste och mest utsatta kontakterna undersöks först, och ifall man hittar smittade där utvidgas smittspårningen till att omfatta även mer sporadiska kontakter ("ringar-på-vattnet-principen"). Det är viktigt att man gör kartläggningen utifrån hela perioden som indexpatienten bedöms ha varit smittsam eftersom familje- eller boendesituationen kan ha förändrats under den tiden. Indexpatienten betraktas som potentiellt smittsam från 3 mån före debut av symtom eller första diagnostiska fynd talande för TB, fram till normalt 2 veckor in i behandlingen vid gott klinisk och labb-mässigt svar (kan variera, kontakta PAL för indexpat vid osäkerhet). Vid avsaknad av symtom hos lågsmittsamma indexpatienter kan perioden förkortas till 4 veckor före första diagnostiska fynd talande för TB.

I indexpatientens journal ska antecknas när smittspårningen påbörjats och avslutats. Kontakternas personuppgifter får ej skrivas in i indexpatientens journal, utan ska antecknas på separata smittspårningskort, som kan kopplas till indexfallet.

4.2. Definitioner

4.2.1. Närkontakter

Familjemedlemmar, sexualpartners och hushållskontakter där man delat andningsluft i sovrum, badrum och kök. Övriga som haft >8h nära kontakt inomhus med högsmittsamt indexfall eller >40h vid lågsmittsamt indexfall, t.ex. arbets- och klasskamrater. Kort intensiv kontakt räknas också hit, t.ex. personal vid bronkoskopi, obduktion eller sputumprovtagning där man ej haft adekvat skyddsutrustning.

4.2.2. Mindre nära kontakter

Nära vänner, arbetskamrater, klasskamrater, lekkamrater och sjukvårdspersonal som haft upprepade kontakter med den sjuke.

4.2.3. Immunsupprimerade

Ökad risk för att utveckla aktiv tuberkulos vid smitta föreligger bl.a. vid HIV-infektion, hematologisk malignitet, medicinering med immunsupprimerande läkemedel t.ex. efter organtransplantation, TNF-alfa hämmare, cytostatika, kortison motsvarande ≥ 15 mg Prednisolon/dag i > 4 veckor. Personer med dessa riskfaktorer handläggs enligt rutin avseende immunsupprimerade. Andra faktorer som kan öka risken för att smittas är bl.a. undervikt, diabetes mellitus och lungsjukdom och kring dessa kontakter får individuell bedömning göras.

4.3. Indexfall med högsmittsam tuberkulos

Högsmittsam tuberkulos föreligger vid hosta och mikroskopipositivitet i sputumprover. Även mikroskopipositivitet i bronksköljvätska, BAL och ventrikelsköljvätska kan indikera hög smittsamhet. Kavern på lungröntgen talar också för hög smittsamhet.

Alla kontakter med symtom förenliga med aktiv tuberkulos:

Direkt kontakt med barn- alt. infektionsjouren för att boka in besök för läkarbedömning.

Barn <5år, gravida och immunsupprimerade:

Läkarbedömning på barn- alt. infektionsklinik inom en vecka (spädbarn första vardagen efter upptäckt), för klinisk undersökning och ställningstagande till övrig provtagning, lungröntgen och ev. postexpositionsprofylax.

Närkontakter:

PPD/IGRAⁱ inom 2 veckor.

Negativt: Ifall det gått mindre än 8 veckor sedan senaste exponeringen upprepas detta test när dessa 8 veckor har gått (dock minst 4 veckor efter första provtagningen). Om negativt enbart informationⁱⁱ.

Om positivt PPD/IGRA görs lungröntgen. Vid normal lungröntgen ställningstagande till behandling av LTB alt. fortsatta kontrollerⁱⁱⁱ. Om patologisk lungröntgen ska bedömning avseende aktiv tbc göras skyndsamt av läkare på barn- alt. infektionsklinik.

Mindre nära kontakter:

PPD/IGRA efter 2-3 månader.

Om negativt enbart information.

Om positivt görs lungröntgen. Vid normal lungröntgen bokas läkarbesök för ställningstagande till behandling av latent TB alt. fortsatta kontroller. Om patologisk lungröntgen ska bedömning avseende aktiv tbc göras skyndsamt av läkare på barn- alt. infektionsklinik.

4.4. Indexfall med lågsmittsam tuberkulos

Lågsmittsam tuberkulos föreligger vid odlingsverifierad tbc i luftvägar med negativ direktnmikroskopi x3 vid korrekt provtagning. Även påvisat *M.tuberculosis* DNA via PCR innebär låg smittsamhet ifall direktnmikroskopi är negativ och det inte samtidigt föreligger kavern eller utbredda lungförändringar på lungröntgen.

Alla kontakter med symtom förenliga med aktiv tuberkulos:

Direkt kontakt med barn- alt. infektionsjouren för att boka in besök för läkarbedömning.

Barn <5år, gravida och immunsupprimerade:

Läkarbedömning på barn- eller infektionsklinik.

Närkontakter:

PPD/IGRA efter 2-3 månader. Om negativt enbart information. Om positivt görs lungröntgen. Vid normal lungröntgen ställningstagande till behandling av latent TB. Om patologisk lungröntgen ska bedömning avseende aktiv tbc göras skyndsamt av läkare på barn- alt. infektionsklinik.

4.5. Indexfall med icke smittsam tuberkulos

Tbc i andra organ än luftvägarna är i regel inte smittsamt. Ofta ligger smittotillfället långt tillbaka i tiden och det är inte möjligt att hitta den bakomliggande smittkällan. Om det finns skäl att tro att patienten är smittad nyligen är det dock indicerat att smittspåra även kring indexfall utan smittsamhet för att hitta eventuell smittkälla i omgivningen. Ökad sannolikhet för aktuell smitta föreligger vid tbc hos barn, immunsupprimerade och tidiga tbc manifestationer (primär tbc, miliär tbc, meningit och pleurit). Vid dessa fall görs en individuell bedömning tillsammans med indexpatientens PAL avseende hur omfattande smittspårning som ska göras. Det går inte heller att helt säkert utesluta att patienter med icke-smittsam tbc tidigare har varit smittsamma och man bör därför undersöka känsliga nära kontakter.

Alla kontakter med symtom förenliga med aktiv tuberkulos:

Direkt kontakt med barn- alt. infektionsjouren för att boka in besök för läkarbedömning.

Barn <5år, gravida eller immunsupprimerade som räknas som närkontakter:

Läkarbedömning på barn- alt. infektionsklinik.

4.6. Indexfall med multiresistent tuberkulos

Individuell bedömning avseende smittspårning tillsammans med PAL för indexpatienten. Ev. LTB- behandling hos dessa kontakter utifrån indexstammens

resistensmönster och vid behov kontakt med nationella referensgruppen för frågor om multiresistens tuberkulos.

5. Uppföljning av smittspårning och behandling

Genomgång och bedömning av smittspårning genomförs i samråd med Smittskyddsläkaren 4-8 gånger per år.

Behandlade tuberkulosfall anmäls till Smittskydd efter avslutad behandling och genomförd uppföljning.

6. Plan för kommunikation och implementering

VEC på berörd enhet ansvarar för implementeringen. Dokumentet länkas till favoritlista "Infektionsläkare" som finns i Dokumentsök och på Plexus.

7. Dokumentinformation

Dokumentet är upprättat av Lena-Maria Johansson Söder, läkare Infektion Gävle Sjukhus. Granskning har utförts av Signar Mäkitalo, smittskyddsläkare Region Gävleborg.

8. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Smittskyddslagen (2004:168)	www.riksdagen.se
Rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos – hälsokontroll, smittspårning och vaccination. 2012. Artikelnummer 2012-3-16. Socialstyrelsen.	www.folkhälsomyndigheten.se
Guidelines for the Investigation of Contacts of Persons with Infectious Tuberculosis - Recommendations from the National Tuberculosis Controllers Association and CDC. MMWR 2005; 54 (No. RR-15, 1-37).	www.cdc.gov/tb/publications/guidelines
Latent tuberkulos, remisshantering – Hälso-och sjukvård Region Gävleborg	Platina

ⁱ Vid val av PPD eller IGRA är IGRA (Quantiferon) första handsval för kontakter ≥ 2 år

ⁱⁱ Dessa kontakter ska få muntlig och skriftlig information via standardiserat brev om att vara uppmärksamma på symtom på tuberkulos och då höra av sig direkt.

ⁱⁱⁱ För bedömning avseende latent TB-behandling bokas läkarbesök på barn- alt. infektionskliniken. De som då inte är aktuella för LTB-behandling efter bedömning av läkare bör normalt följas med sjuksköterskebesök och lungröntgen efter 3, 6 och 12 mån (tätare och under längre tid vid multiresistent TB hos indexfallet). Se även lokalt PM för LTB-behandling.