

15.03.2023

Informasjon til landets føde- og barselavdelinger

Nye rutiner for å gi postpartum RhD-profylakse basert på resultatet av foster *RHD*-genotyping – avvikling av navlestrengsprøve til rutinemessig RhD-typing av nyfødte

Foster *RHD*-genotyping og screening for blodtypeantistoff i svangerskapsuke 24 hos RhD negative kvinner har vært nasjonal rutine siden 2016. Når fosteret predikeres til å være RhD positivt eller analysen gir et inkonklusivt resultat, anbefales profylakse med anti-D immunglobulin (RhD-profylakse) i svangerskapsuke 28. Profylaksen i svangerskap anbefales i tillegg til postpartum profylaksen. Mor skal få postpartum profylaksen snarest og innen 72 timer etter å ha født et RhD positivt barn. Disse to sammen reduserer immunisering mot RhD betydelig og er anbefalt i Veileder i fødselshjelp 2020 [Alloimmunisering mot erytrocytt-antigener \(legeforeningen.no\)](#) (utgitt av Norsk gynekologisk forening).

Rutineendring fra og med 02.05.2023

Nå har den Nasjonale arbeidsgruppen for foster *RHD*-genotyping og RhD-profylakse i samråd med redaktørene i Veileder i fødselshjelp og det obstetriske fagmiljøet bestemt å avvikle rutinemessig RhD-typing av nyfødte i navlestrengsblod og gi postpartum profylaksen basert på foster *RHD*-genotypen, dvs. når foster *RHD*-genotyping i svangerskap predikerer et RhD positivt barn. Helsedirektoratet er informert om rutineendringen, men har ikke gjort en intern faglig vurdering. Helsedirektoratet har vurdert at den nasjonale arbeidsgruppen og fagmiljøene tar beslutningen. Kun rutinemessig RhD-typing av nyfødte i navlestrengsblod avvikles. **Profylakse i svangerskap og postpartum videreføres.**

Hvorfor avvikles RhD-typing av nyfødte?

Vi har gjort opp fire års data med sammenligning av resultatene på foster *RHD*-genotyping opp mot nyfødtes RhD-type. Vi har vist veldig lav forekomst av feil prøvesvar ved foster *RHD*-genotyping samt svært høy sensitivitet og spesifisitet av analysen. Derfor mener vi at avvikling av rutinemessig RhD-typing av nyfødte vil være trygg og forsvarlig. Dette vil forenkle barselomsorgen i og med at profylaksen vil kunne gis umiddelbart etter fødsel, uten å ta/sendte prøve og vente på resultatet av nyfødtes RhD-typing. Man vil spare tid og ressurser som brukes til

prøvetaking og analysering. Nederland og Danmark avviklet rutinemessig RhD-typing i navlestrengsprøve i henholdsvis 2013 og 2014, to år etter at målrettet antenatal RhD-profylakse var innført. De gir nå postpartum profylaksen basert på foster *RHD*-genotypingen. Stockholmsområdet og Skåne i Sverige sluttet å ta navlestrengsprøve til RhD-typing i 2020.

Postpartum RhD-profylakse til kvinner når foster *RHD*-genotyping er inkonklusiv:

Vi anbefaler at føde- og barselavdelinger gir postpartum profylaksen uten å ta navlestrengsprøve til RhD-typing når foster *RHD*-genotyping er inkonklusiv. Dette for å unngå kompliserte algoritmer/rutiner for føde- og barselavdelinger.

Postpartum RhD-profylakse til kvinner når foster *RHD*-genotyping ikke er utført:

Har kvinnen ikke ønsket å ta testen mens hun var gravid eller kommet til Norge like før forløsning, må den nyfødte RhD-types i navlestrengsblod eller i kapillærprøve og profylakse gis til mor, dersom den nyfødte er RhD positiv. Oppgi mors navn og fødselsnummer ved bestilling av prøve fra den nyfødte.

IT-løsninger

Føde- og barselavdelinger må ha tilgang til resultatet på foster *RHD*-genotypingen i elektronisk pasientjournal, fordi Helsekortet for gravide ikke alltid inneholder nødvendig informasjon.

For å få til endringen og lage rutiner som sikrer administrasjon av profylakse når denne er indisert, er det nødvendig med godt samarbeid mellom blodbanker og føde- og barselavdelinger. Informasjon vil også bli lagt på nettsiden til Nasjonal kompetansetjeneste for blodtypeserologi: [Nasjonal kompetansetjeneste for blodtypeserologi - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://nasjonal.kompetansetjeneste.no)

Vi har erfart at feil har skjedd. Samtidig har det kommet spørsmål til arbeidsgruppen, derfor ønsker vi å minne om følgende:

- Primærhelsetjenesten ved fastlege/jordmor har kun ansvar for å administrere rutine RhD-profylaksen i svangerskapsuke 28.

- Dersom den gravide følges opp (ev. er innlagt) på føde- og barselavdeling ved sykehus i svangerskapsuke 28, må sykehusavdelingen gi antenatal RhD-profylaksen og dokumentere dette samt fosterets *RHD*-genotype både i elektronisk pasientjournal og i kvinnens Helsekort for gravide.
- RhD negative gravide skal gis RhD-profylakse på sykehus etter hendelser som f.eks. abort, amniocentese, trauma mot magen. Se Veileder i fødselshjelp: [Alloimmunisering mot erytrocytt-antigener \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no/alloimmunisering-mot-erytrocytt-antigener).
- Postpartum RhD-profylakse (innen 72 timer) skal gis, selv om kvinnen fremdeles har påvisbar RhD-profylakse (trenger ikke å kontrolleres i en ny prøve) gitt i svangerskap. Dette gjelder også om profylaksen er gitt senere enn svangerskapsuke 28.
- Anbefalingen er foster *RHD*-genotyping i svangerskapsuke 24 og antenatal profylakse i svangerskapsuke 28. Likevel kan foster *RHD*-genotyping utføres helt frem til fødsel og dersom typingen predikerer et *RHD*-positivt foster, skal antenatal RhD-profylaksen gis.
- RhD negative gravide med immunt anti-D, dvs. gravide som allerede er immunisert mot D-antigen: Prøve til foster *RHD*-genotyping anbefales i svangerskapsuke 18.
- RhD-immuniserte kvinner skal ikke få RhD-profylakse hverken i svangerskap eller postpartum. Er man likevel usikker om det påviste anti-D er immunt eller profylakse, skal kvinnen få rutine RhD-profylakse i svangerskapsuke 28, samt etter hendelser som nevnt over og postpartum.
- Når prøve til antistoffscreening sendes, husk å informere blodbanken om hvorvidt kvinnen har fått RhD-profylakse (anti-D immunglobulin) i løpet av de siste 6 månedene.

Med vennlig hilsen

Nasjonal arbeidsgruppe for foster *RHD*-genotyping og RhD-profylakse:

Abid Hussain Llohn, avdelingsoverlege, Immunologisk og transfusjonsmedisinsk avdeling, Akershus universitetssykehus

Aud Norunn Ulvahaug, fagansvarlig bioingeniør, Sentrallaboratoriet/Blodbanken, Sykehuset i Vestfold

Aurora Espinosa, overlege, Avd. for immunologi og transfusjonsmedisin, Oslo universitetssykehus

Barbora Jacobsen, overlege, Avd. for immunologi og transfusjonsmedisin, St. Olavs hospital

Christine Torsvik Steinsvåg, avdelingsoverlege, Avd. for immunologi og transfusjonsmedisin, Sørlandet sykehus

Ingvild Hausberg Sørvoll, overlege, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Kristin Gjerde Hagen, seksjonsoverlege, Avd. for immunologi og transfusjonsmedisin, Haukeland universitetssykehus

Tatjana Sundic, avdelingsoverlege, Immunologi og transfusjonsmedisin, Avd. for laboratoriemedisin, Haugesund sykehus, Helse Fonna

Cigdem Akalin Akkøk, leder av den Nasjonale arbeidsgruppen, overlege, PhD, Avd. for immunologi og transfusjonsmedisin, Oslo universitetssykehus. Ved spørsmål: 22118887 eller 92034747 (e-post: uxciak@ous-hf.no)

Distribueres til:

Helsedirektoratet

Norsk gynekologisk forening

Allmennlegeforeningen

Norsk forening for allmennmedisin

Norsk jordmorforening

Norsk jordmorforbund

Norsk sykepleierforbund

Barnelegeforening

Alle HF (bes å videresendes spesielt til føde- og barselavdelinger og blodbanker)

Norsk forening for immunologi og transfusjonsmedisin