

20.08.2024

Til primærhelsetjeneste og landets føde- og barselavdelinger

Påminnelse om anbefalt administrasjonsmåte for antenatal og postpartum RhD-profylakse (anti-D immunglobulin) hos kvinner med BMI \geq 30, når fosteret er typet til RHD-positivt

Bakgrunn for administrasjon av RhD-profylakse

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 inkonklusivt resultat, anbefales profylakse med anti-D immunglobulin (RhD-profylakse) i svangerskapsuke 28. I tillegg anbefales postpartum profylakse som skal gis snarest og innen 72 timer. Disse to sammen reduserer immunisering mot RhD betydelig og er anbefalt i Veileder i fødselshjelp 2020, revidert 2023 [Alloimmunisering mot erytrocytt-antigener \(legeforeningen.no\)](#) (utgitt av Norsk gynekologisk forening).

Profylakse i svangerskap og postpartum videreføres.

1. Administrasjon av antenatal og postpartum RhD-profylakse til kvinner med BMI \geq 30

Den Nasjonale arbeidsgruppen for foster RHD-genotyping og RhD-profylakse ønsker å minne om administrasjonsmåte hos kvinner med høy BMI, dvs. BMI \geq 30. Ifølge produsenten av det anbefalte preparatet:

«...Bør (sprøyten) ha romtemperatur (25°C) før bruk. Pasienten bør observeres i minst 20 minutter etter administrering. Kan gis i.v. eller i.m. Gis som langsom injeksjon ved i.v. eller i.m. bruk. Ved BMI \geq 30 bør i.v. administrering vurderes. Ved blødningsforstyrrelser hvor i.m. injeksjon er kontraindisert, skal preparatet administreres i.v.».

Der det er vanskelig eller ikke ønskelig å gi profylaksen IV, oppfordres dere å bruke lang nok sprøytespiss, slik at man kommer forbi fettlaget og inn i muskelen. Dette for ikke å risikere redusert effekt av profylaksen.

2. Andre påminnelser

På bakgrunn av erfaringer og tilbakemeldinger ønsker arbeidsgruppen å minne om følgende:

- Primærhelsetjenesten ved fastlege/jordmor har kun ansvar for å administrere og dokumentere 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 bl.a. abort, amniocentese, traume mot magen. Se Veileder i fødselshjelp: [Alloimmunisering mot erytrocytt-antigener \(legeforeningen.no\)](#).

- Postpartum RhD-profylakse (snarest 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.
- Dersom 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.
- 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. Postpartum RhD-profylakse skal også gis som vanlig.
- 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 bl.a. abort, amniocentese, traume mot magen og postpartum.
- Når prøve til antistofscreening sendes, husk å informere blodbanken om hvorvidt kvinnen har fått RhD-profylakse 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

Eveline Benedicte Nilsen, 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

Mette Silihagen Bævre, spesialbioingeniør, Avd. for immunologi og transfusjonsmedisin, Oslo universitetssykehus

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

Cigdem Akalin Akkök, leder av den Nasjonale arbeidsgruppen, overlege, PhD, Avd. for immunologi og transfusjonsmedisin, Oslo universitetssykehus. Ved spørsmål: 221 18887 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