

Inledning gällande alla patienter med planerad eller pågående immunsuppression:

Alla patienter med planerad eller pågående immunsuppression ska screenas för HBV

Om patienten är negativ för HBV bör vaccination mot HBV ges helst innan planerad behandling

Alla HBsAg positiva patienter ska behandlas med antiviralt läkemedel med hög resistensbarriär (ETV, TDF, TAF)*

HBsAg negativa, antiHBc positiva patienter som har hög risk (se nedan) för reaktivering (HBVr) ska ges antiviral profylax, övriga monitoreras enligt nedan

Immunsuppression (organtransplantation se nedan)

Patienter/behandlingar med hög risk (> 10%) för HBVr

HSCT, lymfom, all behandling med Rituximab samt "medelrisk"läkemedel i kombination med steroider

Profylax: LAM (Lamivudine) 12 månader (18 månader vid behandling med Rituximab) alternativt ETV vid längre tids immunsuppression, samt kontroll HBVserologi och HBV DNA var 3e månad. OBS på förlängd immunsuppression vid exv GVHD

Patienter/behandlingar med medelrisk (1 - 10%) för HBVr

antiTNFalfa, IL-inhibitorer, tyrosinkinasinhibitorer, integrinalfa4hämmare vid RA, IBD, MS, psoriasis, cytostatika vid solida tumörer. Pre-emptive strateg: HBVserologi och HBV DNA var 3e månad

Patienter med låg risk (>1%) för HBVr

Astma, artrit, IBD, vasculit, sarkoidos, AIH etc. Behandling med azathioprin, metotrexat, lågdos kortison, intraartikulär kortison

Behöver ej följas som regel. OBS på ökad immunsuppression vid försämring

Dialys och njurtransplantation (NTX):

Screening av alla patienter och **behandling av HBsAg positiva patienter** enligt ovan

Recipient: HbsAg negativa, antiHBc positiva dialys- och NTX patienter ska monitoreras med HBVserologi och HBV DNA var 3e månad fram till 12 månader efter avslutad dialys eller NTX

HBsAg positiv donator: hög risk för primärinfektion HBV. Recipient ska ha HBIG och livslång antiviral behandling (Om negativ HBsAg och HBV DNA under första året ev utsättning av HBIG) Mycket ovanligt i Sverige

antiHBc positiv donator: låg risk (0 - 5%) Om donator är HBV DNA negativ ges ingen profylax

Om HBV DNA positiv (eller okänd) rekommenderas antingen antiviral terapi eller HBIG i minst 12 månader

Levertransplantation (LTX) vid HBsAg positiv recipient:

Start av antiviral behandling med hög resistensbarriär (ETV, TDF, TAF) minst två månader före LTX med målet att uppnå virusfrihet. PegIFN är kontraindicerat. Recipient ska följas var 3e månad med HBVserologi och HBV DNA

Vid LTX: Kombination HBIG och antiviral behandling enligt lokalt PM Karolinska respektive Sahlgrenska

Om högrisk för HBVinfektion i nya levern (HBV DNA pos vid LTX, HBeAg pos, HCC, HDV eller HIV co-inf) ges kombinationsbehandling livslångt. HBVserologi och HBV DNA var 3e månad

Om lågrisk för HBVinfektion i nya levern (HBV DNA neg vid LTX) ges endast antiviral behandling

Levertransplantation (LTX) vid HBsAg negativ, antiHBc positiv recipient:

Peroperativt ges HBIG enligt lokalt PM, därefter ingen ytterligare HBIG eller antiviral profylax. Hepatitserologi och HBV DNA var 3e månad

Levertransplantation (LTX) vid HbsAg negativ, antiHBc positiv donator men HBV negativ recipient:

Ingen HBIG peroperativt. Antiviral behandling ges livslångt. Hepatitserologi och HBV DNA var 3e månad

*ETV – entekavir, TDF – tenofovir, TAF - tenofoviralfenamid

Referenser:

EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection.

[J Hepatol.](#) 2017 Aug;67(2):370-398

Behandling av hepatit B-virusinfektion hos vuxna och barn – Rekommendation 2019. RAV

Perillo et al. Gastroenterology 2015; 148:221-244