
Bør gravide kvinner testes for antistoffer mot hepatitt C-virus?

KRONIKK

ANNE ESKILD

Avdeling for samfunnsmedisin
Statens institutt for folkehelse
Postboks 4404 Torshov
0403 Oslo
og
Kvinnesenteret
Ullevål sykehus
0407 Oslo

HELVI HOLM SAMDAL

Avdeling for virologi
Statens institutt for folkehelse
Postboks 4404 Torshov
0403 Oslo

Effekten av screening av gravide for antistoffer mot hepatitt C-virus vil være avhengig av hvor mange barn som blir syke på grunn av vertikal hepatitt C-virusmitte og hvor mye sykdom som kan forebygges ved screening i graviditeten.

I dag finnes det ikke tilstrekkelig kunnskap verken om størrelsen av helseproblemet knyttet til vertikal hepatitt C-virusmitte eller om effekt av intervensjon for å kunne tilrå testing av alle gravide. Hvis man ikke generelt kan si at testing av gravide har positiv helsegevinst for barnet, har det liten hensikt å teste grupper av gravide med høy risiko for hepatitt C-virus.

Spørsmålet om testing av gravide for antistoffer mot hepatitt C-virus må til enhver tid vurderes ut fra tilgjengelig kunnskap.

Vertikal hepatitt C-virusmitte er godt dokumentert (1). Det finnes også diagnostiske tester med høy sensitivitet og spesifisitet for å påvise hepatitt C-virusinfeksjon hos mor og barn. Et viktig spørsmål er derfor: Skal gravide kvinner testes for å påvise en eventuell hepatitt C-virusinfeksjon?

Screening for en sykdom eller tilstand kan defineres som testing av en befolkningsgruppe for å identifisere personer som sannsynligvis er syke eller har stor sykdomsrisiko. Dette gjøres med tanke på å forebygge alvorlig sykdomsutvikling hos disse. Verdens helseorganisasjon satte i 1968 opp forslag til kriterier som bør oppfylles for å innføre screeningprogrammer (tab 1) (2).

Helseeffekten av screening er knyttet til helseproblemets størrelse i befolkningen og hvor stor andel av dette helseproblemet som er forebyggbart. Den forebyggbare andelen er avhengig av sensitiviteten av screeningstesten, effekten av intervensjon og oppslutningen om screeningprogrammet (fig 1). I det følgende vil vi diskutere i hvilken grad helseproblemet knyttet til vertikal smitte av hepatitt C-virus er kjent og om effektive forebyggende tiltak eksisterer ut fra dagens kunnskap.

Er vertikal smitte av hepatitt C-virus et helseproblem i Norge?

Helseproblemet knyttet til vertikal smitte av hepatitt C-virus kan beregnes på bakgrunn av forekomsten av antistoffer mot hepatitt C-virus blant gravide, transmisjonsraten til fosteret og andelen av smittede barn som utvikler sykdom (fig 1). Hvis beregningene baseres på at forekomsten av antistoffer mot hepatitt C-virus blant norske gravide er 0,2 – 1,3 % (3) og at transmisjonsraten fra antistoffpositive mødre til barnet er 5 – 10 % (1), vil det fødes mellom seks og 78 barn med hepatitt C-virusinfeksjon i Norge per år. Det naturlige forløp av vertikal hepatitt C-smitte er ikke sikkert kjent. Hvis 5 – 15 % utvikler sykdom i løpet av ti år (Ercilla MG, Fortuny C, Roca A, et al. Long term follow-up of infants perinatally infected with hepatitis C virus. 9th triennial international symposium on viral hepatitis and liver disease. Sammendrag nr. B 240. Roma, 1996), vil dette i gjennomsnitt representere 0,3 – 12 barn per år, forutsatt stabil prevalens av hepatitt C-virus blant gravide kvinner.

$$\text{Antall syke barn} = \frac{\text{antall gravide kvinner med antistoffer mot hepatitt C-virus}}{\text{antistoffer mot hepatitt C-virus}} \times \text{transmisjonsraten til barnet} \times \text{andel smittede barn som utvikler sykdom}$$

$$\text{Forebyggbar andel} = \text{sensitivitet av screeningstest} \times \text{effekt av intervensjon} \times \text{andel som testes (etterlevelse)}$$

$$\text{Antall forebyggbare sykdomstilfeller} = \text{antall syke barn} \times \text{forebyggbar andel}$$

Figur 1 Formler for beregning av helsegevinst ved screening av gravide for antistoffer mot hepatitt C-virus

Forekomst av sykdom hos barn i Norge som kan tilskrives hepatitt C-virus er ikke kjent. Overvåkingssystemet for hepatitt C-virus gir liten informasjon om barn som har hepatitt C-virusinfeksjon og om disse er syke. Det har ikke vært økning i insidensen av hepatocellulært karsinom i noen aldersgrupper i Norge i perioden 1981 – 95 (Steinar Hansen, Kreftregisteret, personlig meddelelse). Denne kreftformen kan være relatert til hepatitt C-virusinfeksjon.

Med dagens kunnskap kan verken beregninger eller helseregistre gi gode estimater på størrelsen av helseproblemet knyttet til vertikal smitte av hepatitt C-virus i Norge.

Kan sykdom på grunn av vertikal smitte av hepatitt C-virus forebygges?

Det er ikke dokumentert at behandling eller spesielle forholdsregler under graviditet eller forløsning kan redusere smitterisikoen for barnet (4). Amming ser ikke ut til å ha betydning (5). I hvilken grad sykdomsforløpet hos smittede barn kan påvirkes med behandling, er foreløpig ikke godt dokumentert. Interferonbehandling av barn med leversvikt har vist lovende resultater, men er ennå på forsøksstadiet (6). En forutsetning for innføring av screening er at det er sannsynliggjort at behandlingen av barn med hepatitt C-virus er mest effektiv hvis den starter tidlig i sykdomsforløpet og at screeningen bidrar til at barna får tidligere behandling enn de ellers ville gjort (2) (tab 1). Slik dokumentasjon finnes ikke i dag.

Tabell 1

WHO-kriterier for innføring av screeningprogram (2). (Oversettelse fra engelsk er gjort av forfatterne)

Sykdommen/tilstanden man ønsker å forebygge, må utgjøre et helseproblem
Sykdommens naturlige forløp må være kjent
Sykdommen må ha et tidlig stadium, og det må gi større helseeffekt å behandle i et tidlig stadium enn senere i sykdomsforløpet
Det må finnes en diagnostisk test
Testen som brukes må være akseptabel for befolkningen
Det må finnes gode diagnostiske og behandlingsmessige fasiliteter for sykdommen/skadene som oppdages ved screeningen
Den samlede nytte av screening må være større enn ulempene

Siden vi i dag ikke kjenner størrelsen av helseproblemet knyttet til vertikal hepatitt C-virus-smitte eller effekten av screening for antistoffer, kan ikke screening av alle gravide tilrås.

Testing av gravide med økt risiko for hepatitt C virus-infeksjon?

Hvilke gravide har økt risiko for hepatitt C-virusinfeksjon?

Testing av stoffmisbrukere?

Testing av utlendinger?

Testing av blodmottakere?

I 1990 begynte man å teste blodgivere i Norge for antistoffer mot hepatitt C-virus. Forekomsten av antistoffer blant blodgivere var da 0,1 %. Hvor mange av dagens gravide kvinner mottok blod før 1990? La oss si én av 5 000. Antall gravide kvinner som kan ha mottatt blod fra antistoffpositiv giver er da én av 5 000 000 ($1/5\ 000$ (andel blodmottakere) \cdot $1/1\ 000$ (hepatitt C-virusprevalens blant blodgivere) = $1/5\ 000\ 000$). Det utgjør omtrent én hepatitt C-virusmittet gravid kvinne hvert 84. år. Det er derfor lite kostnadseffektivt å bruke tid under svangerskapskontrollen til å spørre om eventuell blodtransfusjon og å teste blodmottakere for hepatitt C-virusinfeksjon.

Hensyn til den gravide kvinnes prognose?

Hensyn til helsepersonellens smitterisiko?

Hensyn til overvåking?

Konklusjon

Det finnes foreløpig liten grunn til å teste alle gravide kvinner eller enkelte grupper av gravide for antistoffer mot hepatitt C-virus. Kunnskapen om helseeffekten av slik screening er foreløpig mangelfull. I tillegg er negative konsekvenser av screening, som kostnader, stigmatisering og redsel for sykdom mangelfullt belyst (10).

Det er viktig at vi i Norge kan bidra og følge med på den internasjonale forskningen om hepatitt C-virus. Bare på den måten kan spørsmål om strategier for å forebygge hepatitt C-virusrelatert sykdom vurderes ut fra oppdatert kunnskap. I Norge har vi, med vår velorganiserte omsorg for gravide og barn, et spesielt fortrinn når det dreier seg om forskning om risikofaktorer for og forløp av vertikal hepatitt C-virusmitte.

LITTERATUR

1. Ohto H, Terazawa S, Sasaki N, Sasaki N, Hino K, Ishiwata C et al. Transmission of hepatitis C virus from mothers to infants. *N Engl J Med* 1994; 330: 744 – 50.
2. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. WHO Public Health Papers No 34. Genève: WHO, 1968.
3. Eskild A, Samdal HH, Skaug K, Jeansson S, Stray-Pedersen B, Jenum PA. H Hepatitt C-virus blant gravide kvinner i Norge – forekomst av antistoffer og svangerskapsutfall *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1006 – 8.
4. EASL international Consensus Conference on hepatitis C. *J Hepatol* 1999; 30: 956 – 61.

5. Lin HH, Karo HJ, Hsu HY, Ni YH, Chang MH, Huang SC. Absence of infection in breast-fed infants born to hepatitis C virus-infected mothers. *J Pediatr* 1995; 126: 91.
 6. Jonas MM, Ott MJ, Nelson SP, Badizadegan K, Perez-Atayde AR. Interferon-alpha treatment of chronic hepatitis C virus infection in children. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17: 241 – 6.
 7. Stray-Pedersen B, Carlsen J, Aronsen H, Salvesen T. Serologisk screening av gravide. I: Veileder i fødselshjelp. Oslo: Den norske lægeforening, 1998: 50.
 8. Alter M. Epidemiology of Hepatitis C in the West. *Semin Liver Dis* 1995; 15: 5 – 11.
 9. Samdal HH, Blystad H, Eskild A, Fjærli H-O, Nordbø SA, Stray-Pedersen B et al. H Hepatitt C-virusinfeksjon hos gravide og barn i Norge *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1047 – 50.
 10. Stewart-Brown S, Farmer A, Screening could seriously damage your health. *BMJ* 1997; 314: 533.
-

Publisert: 10. april 2000. *Tidsskr Nor Legeforen*.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.