



# Hepatitt A er nå endemisk blant norske stoffmisbrukere

---

REDAKSJONELT

JENSENIUS M

RINGERTZSH

---

*Preeksposisjonell massevaksinasjon i miljøet må til*

For første gang i moderne norsk historie opplever vi nå, like før tusenårsskiftet, at en tilnærmet utryddet smittsom sykdom på ny blusser opp og fester sitt grep om deler av den norske befolkning.

Hepatitt A, som i en årrekke var et begrenset helseproblem i Norge og hovedsakelig relatert til utenlandsreisende, har siden 1995 spredt seg til store deler av det norske stoffmisbrukermiljøet. Epidemien, som trolig hadde sitt utspring i Sør-Sverige, begynte på Østlandet (1), men spredte seg snart videre, og ved utgangen av 1998 var det til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) meldt totalt 930 tilfeller av hepatitt A assosiert med stoffmisbruk (2). Siden årsskiftet 1998/99, da epidemien nådde Bergen, Trondheim og Tromsø, har antall meldte tilfeller økt ytterligere (3), og 1999 tegner til å bli et nytt toppår. Men epidemien rammer ikke bare stoffmisbrukere. Også deres nærkontakter smittes, og i 1996 og 1998 ble det påvist spredning til to norske helseinstitusjoner, hvor flere ansatte og medpasienter ble syke (4).

At hepatitt A nå er blitt endemisk i norske stoffmisbrukermiljøer, synes derfor klart. Og at nettopp denne gruppen skulle rammes, er egentlig ikke overraskende. Hepatitt A-virus utskilles i store mengder i avføringen fra syke individer, og kan derfor raskt spres fekalt-oralt i miljøer med asosial livsførsel og dårlig personlig hygiene (5). I tillegg har hepatitt A en viremisk fase, og parenteral smitteoverføring mellom misbrukere som deler sprøyter kan trolig også finne sted (6). Sykdommen er ikke ufarlig, og særlig hos misbrukere med samtidig hepatitt C sees ofte et alvorlig sykdomsforløp, av og til med dødelig utgang (1, 7).

Hvordan kan en slik omfattende epidemi kartlegges? Hepatitt A er i Norge en nominativt meldepliktig sykdom, og MSIS-systemet gir oss derfor viktig epidemiologisk informasjon. Likevel er overvåking basert på opplysninger fra behandlende leger et forholdsvis grovt verktøy. Som Stene-Johansen og medarbeidere viser i dette nummer av Tidsskriftet (8), er epidemiologisk kartlegging av hepatitt A med hjelp av genotyping en ny og elegant metode. Leserne anbefales særlig å nyte synet av det fylogenetiske treet i artikkelen! Takket være genotyping kan man nå følge en bestemt virusstamme fra bygd til bygd, fra kommune til kommune. Av stor epidemiologisk betydning er forfatterens funn at 40% av de undersøkte som i den aktuelle perioden var blitt meldt til MSIS som "ikke assosiert med stoffmisbruk",

likevel viste seg å være smittet av stoffmisbrukerstammen. Med andre ord - epidemien var trolig enda mer omfattende enn først antatt.

Hvordan kan så den pågående epidemien stoppes? Her finnes det ingen enkel løsning. Smittevernarbeid blant stoffmisbrukere byr på store utfordringer, og bør alltid skje i tett samarbeid med den lokale rusmiddelomsorgen. Bedret botilbud, tilgang på rene sprøyter og rådgivning om personlig hygiene er viktige tiltak, men vil neppe ha noen umiddelbar effekt på smittespredningen. Preeksposisjonell profylakse med humant gammaglobulin har pga. den kortvarige effekten, maksimalt to måneder, ingen plass under epidemier som pågår over lengre tid.

Det viktigste smitteforebyggende tiltaket i den nåværende situasjon er derfor preeksposisjonell massevaksinasjon av stoffmisbrukere. Havrix 1440, som er den foreløpig mest brukte hepatitt A-vaksinen til voksne i Norge, gir etter en dose beskyttelse i minst 12 måneder, og etter to doser trolig livslang immunitet. En nylig registrert kombinasjonsvaksine, Twinrix, har fordelene at den også immuniserer mot hepatitt B, en annen alvorlig sykdom hvor vaksinasjonsdekningen er meget lav blant norske stoffmisbrukere. Ulempen med Twinrix er at innholdet av hepatitt A-antigen er halvert sammenliknet med Havrix 1440. Dette fører til at færre vaksiner vil serokonvertere etter én dose og at langvarig immunitet mot hepatitt A (og hepatitt B) først kan forventes etter tre doser. Twinrix anbefales derfor kun brukt når man tror at misbrukeren klarer å følge opp hele vaksinasjonsprogrammet, mens man i øvrige situasjoner bør velge Havrix 1440, ev. i kombinasjon med en ren hepatitt B-vaksine (3).

Men selv om vaksinasjon nå er et gratis tilbud til misbrukere i alle landets kommuner, er masseimmunisering av denne gruppen vanskelig. Hovedproblemet er: Hvordan skal aktive sprøytemisbrukere nås og motiveres? Hvis ikke store deler av et gitt miljø vaksineres omtrent samtidig, er trolig mye av vitsen borte. I begynnelsen av hepatitt A-epidemien ble det i Oslo gitt totalt ca. 200 vaksinedoser i et miljø som den gang telte minst 6000 individer (1). Tiltaket hadde initialt tilsynelatende god effekt, men allerede et halvt år senere blusset epidemien opp på ny, og i Oslo har man siden, som eneste kommune i landet, registrert en nærmest kontinuerlig smittespredning.

Tall fra Avdeling for vaksiner ved Statens institutt for folkehelse har i løpet av 1999 vist en gledelig økning i antall bestilte hepatitt A-vaksinedoser til misbrukere (3). I august 1999 startet et lavterskeltilbud i Oslo hvor misbrukere som oppsøker Sprøytebussen, får tilbud om bl.a. gratis vaksinasjon (9). Allerede i løpet av den første uken ble mer enn 600 misbrukere vaksinert med Twinrix (T. Hoel, personlig meddelelse). Tiltaket, som er et samarbeidsprosjekt mellom Vaksinasjonskontoret ved Ullevål sykehus, Rusmiddeletaten, Diagnosestasjonen i Oslo og Akershus og Statens helseundersøkelser, er på mange måter et nybrottsarbeid, og vil forhåpentligvis resultere i minsket smittespredning av hepatitt A og andre infeksjonssykdommer i hovedstadsområdet.

Vi krysser fingrene.

*Mogens Jensenius*

*Signe Holta Ringertz*

*Mogens Jensenius (f. 1955) er spesialist i infeksjonssykdommer.*

*Signe Holta Ringertz (f. 1943) er spesialist i mikrobiologi. Hun er avdelingsoverlege ved Aker sykehus og professor ved Universitetet i Tromsø.*

---

#### LITTERATUR:

1. Jensenius M, Espinoza R, Hoel T, Øktedalen O, Heger B, Skar AG et al. Hepatitt A-epidemi blant intravenøse stoffmisbrukere i Oslo 1995-96. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 935-40.
2. Blystad H, Nøkleby H. Hepatitt A-utbrudd i stoffmisbrukermiljøer er blitt landsomfattende. MSIS-rapport 1999; 27:2.

3. Ny, kombinert hepatitt A 1 B-vaksine. MSIS-rapport 1999; 27: 18.
  4. Jensenius M, Ringertz SH, Berild D, Bell H, Espinosa R, Grinde B. Prolonged nosocomial outbreak of hepatitis A arising from an alcoholic with pneumonia. *Scand J Infect Dis* 1998; 10: 119-23.
  5. Koff RS. Hepatitis A. *Lancet* 1998; 351: 1643-9.
  6. Grinde B, Stene-Johansen K, Sharma B, Hoel T, Jensenius M, Skaug K. Characterisation of an epidemic of hepatitis A virus involving intravenous drug abusers - infection by needle sharing? *J Med Virol* 1997; 53: 69-75.
  7. Vento S, Garofano T, Renzini C, Cainelli F, Casali F, Ghirozini G et al. Fulminant hepatitis associated with hepatitis A superinfection in patients with chronic hepatitis C. *N Engl J Med* 1998; 338: 286-90.
  8. Stene-Johansen K, Skaug K, Blystad H. Overvåking av hepatitt A ved molekylærepidemiologiske undersøkelser. *TidsskrNor Lægeforen* 1999; 119: 3725-8.
  9. Muri B. Helsesjekk blant Oslos narkomane. *Aftenposten* (aftenutgave) 25.8.1999.
- 

Publisert: 17. oktober 2018. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra [tidsskriftet.no](http://tidsskriftet.no)