

Afrikansk trypanosomiasis – en sjelden importsykdom

I 2001 ble minst ni europeere smittet av afrikansk trypanosomiasis (sovesyke) i Serengeti-parken i Tanzania. En av dem var en norsk kvinne som ble bitt av en tsetseflue i ansiktet, og deretter utviklet feber, kvalme og andre symptomer. Hun hadde trombocytopeni og patologiske biokjemiske leverprøver, og trypanosomparasitter ble påvist i blodet hennes. Fordi det aktuelle medikament, suramin, ikke var å få tak i, ble hun transportert til Oslo, hvor diagnosen ble bekreftet. Hun hadde ingen tegn til affeksjon av sentralnervesystemet og ble derfor vellykket behandlet kun med suramin.

Økende turisttrafikk til eksotiske reisemål kan føre til at vi hyppigere ser denne sykdommen hos europeere, og suramin og andre medikamenter må derfor være tilgjengelig.

Afrikansk trypanosomiasis, som har meningoencefalitt som endestadium, er en parasittsykdom som overføres fra dyr til mennesker med tsetsefluer. I Vest-Afrika, hvor sykdommen skyldes parasitten *Trypanosoma brucei gambiense*, har sykdommen ofte et langsomt progredierende forløp, mens sykdommen gjerne har et akutt forløp i østlige deler av Afrika, hvor *Trypanosoma brucei rhodesiense* er årsaken. Figur 1 viser utbredelsen av trypanosomiasis i Afrika. Selv om det i de senere år av flere grunner har vært økende forekomst av sovesyke i en rekke afrikanske land (1–3), har det vært få rapporter om at turister og andre ikke-innfødte er blitt rammet av sykdommen. I 2001 har det imidlertid vært minst ti godt dokumenterte tilfeller av afrikansk trypanosomiasis blant turister og andre som har besøkt nasjonalparken Serengeti i Tanzania (T. Jelenik, TropNet-Europ, personlig meddelelse). En av de ni europeerne som er rapportert smittet, var en norsk kvinne, og vi refererer her hovedpunktene i hennes sykehistorie og benytter anledningen til å poengtere hvordan vi diagnostiserer og behandler sykdommen.

Pasienten. En 26 år gammel norsk kvinne som var i Tanzania på forskningsoppdrag, fikk under opphold i Serengeti-parken 10.3. 2001 et smertefullt insektbitt på venstre kinn. Noen dager senere fikk hun feber, kvalme og kastet opp, samtidig som hun merket hevelse på halsen. All-

Bjørn Myrvang

bjorn.myrvang@ulleval.no

Bent von der Lippe

Infeksjonsmedisinsk avdeling
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Myrvang B, von der Lippe B.

African trypanosomiasis – a rare imported disease.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 33–4.

This year at least nine cases of African trypanosomiasis have occurred among Europeans visiting the Serengeti Park in Tanzania. One of them was a 26-year-old Norwegian woman who was bitten by a tsetse fly in her face. She developed fever, nausea and other symptoms, and had thrombocytopenia and pathological liver values; trypanosoma parasites were demonstrated in her blood. The recommended drug, suramin, was not readily available in Tanzania and she was transported to Oslo. The diagnosis was confirmed. She had no affection of the central nervous system and was treated successfully with suramin only.

Increased tourist traffic to exotic destinations may lead to more frequent import of trypanosomiasis to European countries. Drugs to treat the disease must be readily available.

mennsymptomene førte til at hun ble innlagt i sykehus i Arusha i Tanzania, hvor man først oppfattet tilstanden som malaria og gav henne malariabehandling. Det ble imidlertid ikke påvist malariaparasitter mikroskopisk, derimot påviste man trypanosomparasitter. Dette funnet gjorde at pasienten ble overflyttet til Kilimanjaro Medical Center, som ligger noen mil fra Arusha. Der hadde man imidlertid ikke medikamenter mot afrikansk trypanosomiasis, og da man heller ikke ved andre sykehus i området hadde det aktuelle medikamentet, ble pasienten transportert med fly via Dar-es-Salaam og Amsterdam til Oslo.

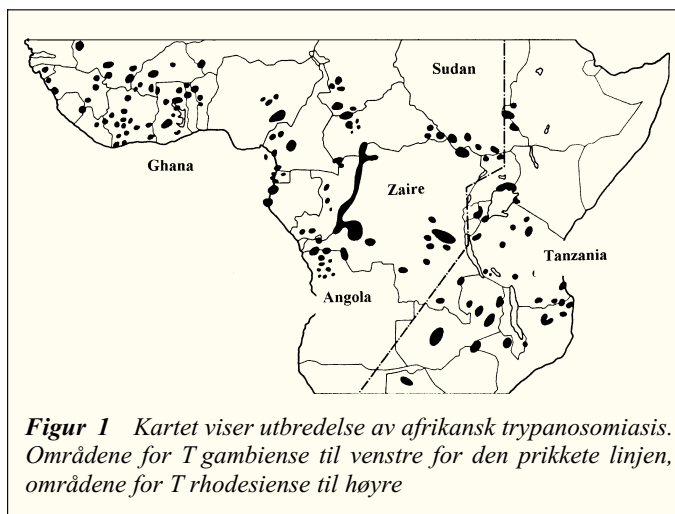
Ved innleggelsen i Ullevål sykehus 21.3. 2001 var pasienten slapp, men klar og orientert og i god

allmenntilstand. Hun var ikke nakkestiv, hadde ingen hodepine, men var tydelig ikterisk. Hun var afebril, men hadde temperatur 38,0 °C neste dag. På venstre kinn, hvor hun hadde fått insektsticket 11 dager tidligere, hadde hun et mindre sår med rubor omkring (fig 2). Det var palpable moderat forstørrede lymfeknuter foran m. sternocleidomastoideus bilateralt. Laboratorieprøver ved innkomst: SR 32 mm, leukocytter $3,2 \cdot 10^9/l$, Hb 13,0 g/100 ml, trombocytter $29 \cdot 10^9/l$, bilirubin 122 µmol/l, ALAT 305 U/l ASAT 293 U/l, CK 570 U/l, LD 1240 U/l, ALP 530 U/l, blodsukker 5,2 mmol/l. Bevegelige trypanosomer ble sett ved direkte mikroskopi av blod, og parasittene kunne også lett påvises i tykk og tynn dråpe (fig 3). Spinalpunksjon viste normale verdier for protein (230 mg/l) og spinalsukker (2,7 mmol/l), og vi kunne ikke påvise celler eller trypanosomer i spinalvæsken. Pasienten ble behandlet med suramin, som er et gammelt middel mot afrikansk trypanosomiasis (4, 5). Etter en testdose fikk hun 1 g på dag 1, 3, 7, 14 og 21. Subjektivt ble pasienten raskt bedre og blodprøvene, innbattet trombocytter og biokjemiske leverprøver, normaliserte seg i løpet 1–2 uker. Hun hadde ingen vesentlige bivirkninger av behandlingen.

Diskusjon

Pasienten hadde afrikansk trypanosomiasis uten meningoencefalitt. Hun var smittet i Øst-Afrika, og vi regner med at hun hadde infeksjon med *T rhodesiense*, som ofte gir mer dramatisk forløpende infeksjon hos turister enn hos innfødte. Så vidt vi kjenner til, er dette den første pasienten som er behandlet for denne sykdommen i Norge. Diagnosen kunne klinisk mistenkes ut fra bittmerket, allmennsymptomene og det forhold at det i forveien hadde vært flere tilfeller av sykdommen i det området pasienten hadde oppholdt seg, men påvisning av parasitter i blod var nøkkelen til diagnosen. Selv om man alltid skal tenke på malaria hos pasienter som får feber og hodepine under opphold i Afrika, blir vi minnet om at man også skal overveie andre muligheter. I dette tilfellet var diagnosen stilt i Tanzania, og for oss var det lett å bekrefte den.

Behandlingen med suramin, som er et medikament beheftet med bivirkninger (4, 5), forløp uten problemer. Pasienten ble raskt afebril, allmennsymptomene gikk gradvis tilbake og blodverdiene normaliserte seg. Hadde hun hatt tegn til affeksjon av sentralnervesystemet, ville behandlingen også måttet omfatte langvarig behandling med melarsoprol (4, 5). Det er bemerkelsesverdig at sykehus i Tanzania ikke hadde suramin tilgjengelig. Ved Ullevål sykehus hadde vi heller ikke suramin på lager, men fikk det raskt tilsendt fra Huddinge



Figur 1 Kartet viser utbredelse av afrikansk trypanosomiasis. Områdene for *T gambiense* til venstre for den prikkete linjen, områdene for *T rhodesiense* til høyre



Figur 2 Stikkmerke (sjanker) på pasientens venstre kinn. Bildet er tatt 13 dager etter at hun ble stukket av tsetseflue

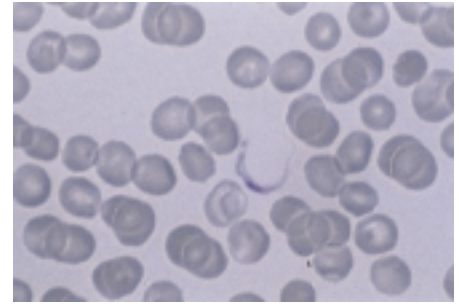
sjukhus i Stockholm, hvor man like i forveien hadde hatt en pasient med samme diagnose. Vi drøfter nå hvordan vi i fremtiden skal være sikret at medikamenter man sjelden har bruk for, ved behov raskt kan skaffes.

Turister jakter stadig på nye, spennende opplevelser, og antall nordmenn som vil reise til områder med afrikansk trypanosomiasis, vil antakelig øke i årene fremover. Hvorvidt det vil medføre at flere nordmenn smittes, vil avhenge av den epidemiske situasjon

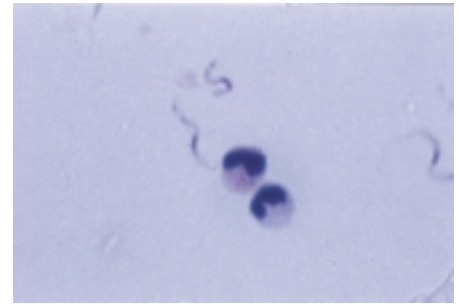
i de aktuelle områder. Men risikoen for at afrikansk trypanosomiasis kan bli en vanligere importsykdom, er klart til stede. Hittil er erfaringen at risikoen for at turister, jegere og ikke-innfødte pådrar seg trypanosomiasis, er liten, selv om ikke så få blir stukket av tsetsefluer under opphold i Afrika. Erfaringer hos vår pasient tilsier kanskje at personer som får diagnosen sikker eller sannsynlig afrikansk trypanosomiasis, raskest mulig bør komme seg til Europa for behandling, da mange sykehus i Afrika i dag mangler medikamenter til behandling av sykdommen.

Litteratur

1. Control and surveillance of African trypanosomiasis. World Health Tech Rep Ser 1998; 888: I-VI, 1-114.
2. Smith DH, Pepin J, Stich AH. Human African trypanosomiasis: an emerging public health crisis. Br Med Bull 1998; 54: 341-55.
3. Van Nieuwenhove S, Betu-Ku-Mesu VK, Diabakana PM, Declercq J, Bilenge CM. Sleeping sickness resurgence in the DRC: the past decade. Trop Med Int Health 2001; 6: 335-41.
4. Smith DH. African trypanosomiasis. Treatment and general management. I: Gilles HM, red. Protozoal diseases. London: Arnold, 1999: 277-81.
5. Aden Abdi Y, Gustavsson LL, Ericsson Ø, Helligren U. Handbook of drugs for tropical parasitic infections. London: Taylor & Francis, 1995. ○



a



b

Figur 3 a) En trypanosom mellom erythrocytter i tynn dråpe (blodutstryk). b) Tre trypanosomer (og to granulo-cytter) i tykk dråpe. Erythrocyttene er hemolysert

