

Verdens helseorganisasjons globale overvåking er avgjørende for beredskapen mot nye infeksjonssykdommer

SARS, globalisering og Internett

15. mars 2003 ble verden oppmerksom på en ny sykdom. SARS er den engelske forkorting for alvorlig akutt luftveissyndrom (severe acute respiratory syndrome). Sykdommen ble oppdaget i Hanoi i Vietnam 26. februar da en forretningsmann som reiste mye i Sørøst-Asia, ble innlagt med høy feber, tørrhoste, muskelsmerter og sår hals (1). Han utviklet snart akutt lungesviktsyndrom og alvorlig trombocytopeni og døde 13. mars etter overflytting til Hongkong.

Omtrent samtidig oppstod tilsvarende tilfeller blant helsepersonell som hadde pleiet ham i Hanoi. Men også andre personer i Hongkong, Singapore og Toronto og helsepersonell ved andre sykehus i Hongkong ble syke, tilsynelatende uavhengig av den første pasienten. Etterforskningen viste at flere av pasientene hadde bodd samtidig på hotell Metropole i Hongkong, der de trolig var utsatt for hoste fra samme pasient, en professor fra Kina. Nesten alle pasientene har enten stelt en annen pasient eller har vært på dette hotellet i den aktuelle perioden.

Mindre enn to uker senere vet vi at SARS-sykdommen sannsynligvis forårsakes av et nytt virus i coronaovirusfamilien eller paramyxovirusfamilien. Smitteskilder er pasienter i den symptomatiske fasen som følger inkubasjonsfasen på 2–7 dager (1). Smitten skjer trolig med dråper fra luftveiene hos de syke til luftveiene hos andre. Kanskje er også andre kroppsvæsker og inngangsporter aktuelle. Nær kontakt med en syk person er nødvendig for å bli smittet, og luftbåren spredning på avstand er så langt ikke dokumentert. Vi vet ikke om noen er helt eller delvis immune mot viruset.

Dersom denne beskrivelsen av smittetekjeden er riktig, er eneste tilgjengelige smitteverntiltak tidlig oppdagelse etterfulgt av adekvat isolering av pasienter ved mistanke (2).

Feber og luftveissymptomer hos en person som i løpet av de siste ti dagene har vært i et område der slik smitte er påvist, gir grunnlag for å mistenke SARS-sykdom (1). Vanlige debutsymptomer har vært feber, følelse av å være uvel, frysninger, hodepine, muskelsmerter, svimmelhet, stivhet og hoste.

Røntgenbilde av lungene tidlig i forløpet viser gjerne ensidige, flekkelige skygger. I løpet av et par dager progredierer disse til bilaterale, sammenflytende infiltrater. Noen pasienter utvikler akutt lungesviktsyndrom.

SARS-sykdommen er den siste i en lang rekke av nye eller nyoppdagede sykdommer de siste tiårene, bl.a. AIDS, ebolafeber, hantaviruslungesyndrom, nipahvirus sykdom og vestnilfeber (3). Smittestoffenes adaptasjon til endrede miljøer, klimaendringer, endrede økosystemer, økt befolkning av tidligere urørte områder, demografiske endringer og internasjonal handel og reiser har vært trukket frem som mulige årsaker til slike nye sykdommer (3). Dette understreker at smittestoffene ikke respekterer grensene. Grensekontroll av mennesker er lite effektive smitteverntiltak. Klinisk årvåkenhet før og etter reiser og gode overvåkingssystemer er desto viktigere.

Aller viktigst blir det å bekjempe et infeksjonsproblem der det er, før det får spredd seg til andre land (4). Nettopp dette er tanken bak samarbeidet i Verdens helseorganisasjons nettverk Global Outbreak Alert and Response Network.

Forskergrupper i Hongkong, Tyskland, Canada, USA og andre land samarbeider nå og utveksler informasjon om SARS. Flere ekspertgrupper er sendt til Kina og Vietnam for å bistå i håndteringen av SARS-utbruddet. Nettverket har på få dager lyktes i å beskrive sykdommen og epidemien, finne smittestoffet og bestemme smittetekjeden (1).

Det er for tidlig å evaluere Gro Harlem Brundtlands periode som direktør for Verdens helseorganisasjon (WHO). Hennes styrking av organisasjonens rolle i global overvåking og kontroll av utbrudd av smittsomme sykdommer fremstår som en viktig avskjedspresang til medlemslandene. Innflytelsesrike krefter i USA mener at Centers for Disease Control and Prevention (CDC), som har betydelig flere ressurser, skal ta over internasjonal overvåking av smittsomme sykdommer (3). Men Norge og de fleste andre land vil antakelig være bedre tjent med at Verdens helseorganisasjon fortsetter sitt arbeid, og at CDC heller jobber som en partner til WHO.

Internett har nok en gang vist seg som et svært godt medium for spredning av kunnskap. WHO oppdaterer sine hjemmesider om SARS-sykdommen minst daglig (5) og Folkehelseinstituttet gjør det samme (6). Altfor få norske leger benytter Internett i sitt daglige arbeid og kan dermed gå glipp av viktig informasjon.

Det globale utbruddet av SARS-sykdommen understreker betydningen av et velfungerende internasjonalt samarbeid og et nasjonalt smitteverninstitutt som kan støtte helsetjenesten (7).

Preben Aavitsland

preben.aavitsland@fhi.no
Avdeling for infeksjonsovervåking
Nasjonalt folkehelseinstitutt
0403 Oslo

Preben Aavitsland (f. 1963) er avdelingsdirektør ved Nasjonalt folkehelseinstitutt med ansvar for overvåking av infeksjonssykdommer og smittevernberedskap. Han er medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Litteratur

1. World Health Organization. Severe acute respiratory syndrome (SARS). Wkly Epidemiol Rec 2003; 78: 81–3. (www.who.int/wer/pdf/2003/wer7812.pdf (27.3.2003).)
2. Aavitsland P. Oppdaterte, foreløpige vurderinger om SARS. MSIS-rapport 2003; 31: 12. (www.fhi.no/nyhetsbrev/msis/2003/12/ (27.3.2003).)
3. Smolinski MS, Hamburg MA, Lederberg J, red. Microbial threats to health: emergence, detection and response. Washington, D.C.: Intitute of Medicine, National Academies Press, 2003. (www.nap.edu/catalog/10636.html (27.3.2003).)
4. Aavitsland P. En plass for karantene? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3582. (www.tidsskriftet.no/tsweb/199823/leder2.html (27.3.2003).)
5. www.who.int/csr/sars/en/ (27.3.2003.)
6. www.fhi.no/tema/smittevern/sars/ (27.3.2003.)
7. Zambon M, Nicholson KG. Sudden acute respiratory syndrome. BMJ 2003; 326: 669–70.