

Forandringer i det vanlige infeksjonspanoramaet i Norge skyldes en globalisert verden

Sjeldne infeksjoner gir nye utfordringer

Interessen for infeksjonssykdommer har vært økende de siste 20 årene. Årsakene er mange. Nye, ukjente sykdommer vekker umiddelbart vår interesse. Listen over nybeskrevne mikrober etter 1980 omfatter over 25 nye mikroorganismer som forårsaker slike infeksjoner (1). Trusselen om biologisk terror gjør at infeksjonssykdommer som få har kunnskap om, har fått fornyet aktualitet, for eksempel miltbrannsmitte i USA i 2001. Andre sjeldnere infeksjoner som kan settes i sammenheng med biologiske våpen er kopper, pest, botulisme, tularemi og brucellose. Mange for oss hittil ukjente sykdommer spres med økt reisevirksomhet, blant annet afrikansk flåttfyfus, tilbakefallsfeber, Q-feber, melioidose og virusykdommer som japansk encefalitt og denguefeber.

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Bård Reiakvam Kittang og medarbeidere en interessant kasuistikk og en sjelden infeksjonssykdom, brucellose, som alle norske leger har hørt om, men som nesten ingen selv har sett eller diagnostisert (2). I Norge ble det i tiden 1983 til 2003 meldt 12 pasienter med brucellose til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) (3, 4). Alle var av utenlandsk opprinnelse. I Danmark har det vært omtrent ett tilfelle årlig de siste ti årene (5). I USA anses sykdommen å være underrapportert, det er bare 100 tilfeller årlig (6). Vi kan ikke se bort fra at brucellose forekommer hyppigere enn rapportert også i Norge.

Pasienten som omtales av Kittang og medarbeidere, ble syk forholdsvis kort tid etter at hun kom til Norge fra Midtøsten (2). Symptomene var subakutte, med febrilia og nokså uspesifikke plager og funn, slik det er typisk med brucellose. Diagnosen ble stilt ut fra blodkulturer og serologiske metoder. Behandlingen var langvarig og fulgte generelt aksepterte prinsipper, med en antibiotikakombinasjon som har effekt på den intracellulært voksende brucellabakterien.

Brucellose er en «gammel» infeksjonssykdom som ikke viser noen økende insidens globalt sett, men som kan spres til nye områder med økende reisevirksomhet. Bakterien var tidligere mest vanlig i Middelhavsområdet og Nord-Afrika, hvor den på 1800-tallet forårsaket maltafeber, eller middelhavsfeber, som skyldtes inntak av infisert geitemelk. Human brucellose ble første gang beskrevet i 1861 av den britiske kirurgen Marston, som var stasjonert på Malta (derav navnet maltafeber). Bakterien ble i 1887 identifisert som «*Micrococcus melitensis*» av den britiske militærlegen D. Bruce. Sykdommen ble anerkjent som en zoonose i 1918. Den danske legen B. Bang beskrev i 1897 en ny bakterie, «*Bacillus abortus*», som viste seg å være årsaken til abort hos storfe. I 1920 ble begge disse bakteriene plassert i genus *Brucella*.

Human brucellose er en potensielt livstruende multiorgansykdom som kan forårsake et bredt spektrum av symptomer og funn. Alle organer kan være involvert i sykdomsprosessen. Den beskrevne pasienten hadde en forholdsvis akutt sykdom, diagnosen ble stilt raskt, og behandlingsforløpet var relativt ukomplisert (2). I mange tilfeller kan sykdomsforløpet være et helt annet. Enkelte pasienter utvikler et kronisk sykdomsbilde som kan vedvare i flere år, med slapphet og nevropsykiatriske symptomer som depresjon. Sykdommen kan også blusse opp igjen etter adekvat gjennomført antibiotikabehandling.

Et annet publisert tilfelle fra Norge dreier seg om en ung kurder, asylsøker fra Tyrkia, som utviklet neurologiske symptomer kort tid etter ankomst til Norge (7). Diagnosen neurobrucellose ble stilt med dyrking av spinalvæske, men adekvat behandling ble først satt i gang etter at pasienten allerede hadde utviklet alvorlige neurologiske symptomer med paraplegi. Til tross for antibiotikabehandling i flere måneder var tilstanden ikke reversibel.

Brucellose er ikke beskrevet hos turister i Norden. Bortsett fra muligheten for laboratoriesmitte kan brucellose primært oppfattes som en sykdom som forekommer hos innvandrere. Sykdommen synes også å kunne opptre hos innvandrere som har bodd i Norden i flere år. I en fersk artikkel fra Danmark beskrives fire pasienter diagnostisert med *Brucella abortus*-infeksjoner i tiden 1999–2000 (5). Alle fire var innvandrere fra Midtøsten. Anamneseopptak var vanskelig i alle disse tilfellene, og årsakssammenhengen ble først klar etter at den bakteriologiske diagnosen var stilt. Tre pasienter hadde oppsøkt hjemlandet én til fem måneder i forveien. Én pasient ble smittet av å innta upasteuriserte meieriprodukter som en slektning hadde tatt med seg fra hjemlandet. Ingen andre i denne familien var blitt syke.

Artikkelen i dette nummer av Tidsskriftet og andre rapporter fra Norge og andre deler av verden understreker viktigheten av å være årvåken når man vurderer pasienter som har hatt direkte kontakt med endemiske områder eller muligens inntatt egenimporterte matvarer, og som blir syke med feber og uspesifikke symptomer. Det er ønskelig at mistanken om brucellose kommer tidlig i utredningsprosessen, slik at nødvendige prøver kan bli tatt. Mikrobiologisk laboratorium bør underrettes om mulig diagnose, slik at undersøkelser kan bli gjort mest mulig målrettet og spesifikt.

I tidligere innlegg i Tidsskriftet har man diskutert utfordringene som nye og ukjente importsykdommer stiller til legene (8). Brucellose er en sykdom hvor noe av det viktigste er relevant anamneseopptak og klinisk undersøkelse for å kunne gjøre tilfredsstillende differensialdiagnostiske overveielser. Vurderingen må omfatte muligheten for sjeldne sykdommer som ikke tilhører det vanlige infeksjonspanoramaet hos oss. Dette er en utfordring for alle leger som arbeider med praktisk klinisk medisin.

Aira Bucher
abucher@chello.no

Aira Bucher (f. 1949) er seksjonsoverlege for infeksjonssykdommer ved medisinsk avdeling, Diakonhjemmets sykehus, Oslo, og smittevernansvarlig lege for sykehuset.

Litteratur

1. Desselberger U. Emerging and re-emerging infectious diseases. *J Infect* 2000; 40: 3–15.
2. Kittang BR, Chelsom J, Jenum PA, Vie WS, Wendelbo Ø. Brucellose – en sjelden zoonose. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2705–7.
3. www.fhi.no/tema/smittevern/haandbok/brucellose.html (6.9.2003).
4. MSIS-rapport 2003; 31: 27.
5. Eriksen N, Lemming L, Højlyng N, Bruun B. Brucellosis in immigrants in Denmark. *Scand J Infect Dis* 2002; 34: 540–2.
6. Sauret JM, Vilissova N. Human brucellosis. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 401–6.
7. Bucher A, Gaustad P, Pape E. Chronic neurobrucellosis due to *Brucella melitensis*. *Scand J Infect Dis* 1990; 22: 223–6.
8. Jensenius M. Nye tider, nye sykdommer! *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1770.