

Et utbrudd av SARS i en helseinstitusjon kan til å begynne med forveksles med et influensautbrudd

Influenza eller SARS?

SARS (severe acute respiratory syndrome) oppstod i Guangdong-provinsen i Sør-Kina for ett år siden (1). Siden sykdommen ble oppdaget og fikk et navn i mars 2002, har kunnskapene om sykdommen eksplodert (2). Vi vet nå at SARS skyldes et gammelt, men nyopptaget coronavirus. Selv om viruset er funnet i minst sju dyrearter i Kina, vet vi ikke hvor SARS kom fra opprinnelig og om sykdommen vil komme tilbake, for eksempel etter et sesongmønster som influensa.

Dersom SARS kommer tilbake blant mennesker i vinter, har vi, som sist, verken vaksine (3), spesifikk behandling eller en god test for å påvise den. Nøkkelen til en god håndtering ligger i tidlig oppdaging. Jo raskere et utbrudd oppdages, jo raskere kan vi sette inn smitteverntiltak og forhåpentligvis kvele utbruddet i starten. Erfaringen fra utbruddet i Canada var at det å overse SARS-tilfeller kunne ha enorme samfunnsmessige konsekvenser (2).

Et godt smittevern mot SARS er dermed avhengig av årvåkne leger. Deres hovedproblem er at det ikke finnes noen fullgod test som i tidlig fase sikkert kan skille SARS fra andre infeksjoner. SARS kan være en aktuell diagnose hos alle personer med følgende sykdomsbilde dersom det ikke kan forklares med en annen diagnose:

- Feber lik eller over 38 °C
- Ett eller flere symptomer på nedre luftveissykdom (hoste, tungpustethet, pustevansker)
- Røntgenologisk holdepunkt for lungeinfiltrater som ved lungebetennelse eller lungesviktsyndrom

Dette sykdomsbildet er svært lite spesifikt for SARS. En rekke luftveisinfeksjoner er mer sannsynlige diagnoser hos disse pasientene, kanskje først og fremst influensa. Verdens helseorganisasjon har derfor anbefalt medlemslandene et opplegg for overvåking for mulig tilbakevending av SARS i vinter. Norske helsemyndigheter har fulgt anbefalingen. Landets leger er bedt om umiddelbart å varsle Smittevernvakta (telefon 22 04 23 48) når to eller flere helsearbeidere i samme helseinstitusjon eller tre eller flere ansatte, pasienter eller besøkende i samme helseinstitusjon i samme tidagersperiode får symptomer og funn som kan gi mistanke om SARS (4). Et slikt varsel skal føre til nærmere utredning for muligheten av denne sykdommen.

Hvert år sprer et nytt influensavirus seg fra dyr til mennesker i Sør-Kina og deretter til hele verden. 5–15 % av verdens befolkning smittes og opptil en halv million mennesker, hovedsakelig eldre og syke, dør av komplikasjoner til infeksjonen (5). Alvorlig influensa kan passe med sykdomsbildet beskrevet ovenfor. Dermed kan vi forvente flere SARS-varslere når vinterens influensa herjer i landets sykehjem og sykehus. Dette er en grunn til at Verdens helseorgani-

sasjon har forsterket sin anbefaling om å vaksinere helsepersonell mot influensa (5). Jo færre blant helsepersonell som får influensa, desto mindre blir risikoen for SARS-varslere som må utredes for å utelukke eller bekrefte SARS. Nå har helsepersonell og eierne av helseinstitusjoner enda en grunn til å sørge for influensavaksinering av landets helsepersonell (6).

Ekstra årvåkenhet med henblikk på SARS i helseinstitusjoner er logisk fordi så mange av pasientene under SARS-epidemien ble smittet i sykehus. Den smittsomme perioden startet etter en gjennomsnittlig inkubasjonstid på 4–7 dager (2) og varte over ti dager etter at feberen var borte. SARS smittet dermed hovedsakelig fra personer som selv var syke. Mest utsatt var personer som uten beskyttelsesutstyr stelte alvorlig syke i hjemmet eller i sykehus. De syke skilte ut virus i luftveissekreter og avføring. Ved nærdråpe-smitte og indirekte kontaktsmitte kunne så viruset spre seg til øyne, nese og munn hos andre personer.

Letaliteten for SARS var sterkt avhengig av alder, varierende fra nær 0 % hos barn og ungdom, rundt 5 % hos personer mellom 30 og 50 år og godt over 20 % hos personer over 60 år (2). Til sammen døde 774 (10 %) av de 8 098 personene som ble rammet. Epidemien ble brakt under kontroll ved hjelp av tidlig oppdaging og rask isolering av pasienter med mistenkt SARS, rask varsling til helsemyndighetene og effektiv oppsporing og oppfølging av pasientenes smittekontakter, om nødvendig under karantene (7). Samarbeidet mellom årvåkne klinikere, nøyaktige mikrobiologer og nidkjære samfunnsmedisinere er vårt beste våpen mot neste angrep av SARS.

Preben Aavitsland

preben.aavitsland@fhi.no

Preben Aavitsland (f. 1963) er avdelingsdirektør ved Nasjonalt folkehelseinstitutt og leder instituttets beredskapsarbeid mot SARS. Han er dessuten medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). Unmasking a new disease. Genève: WHO, 2003. www.who.int/csr/media/sars_wha.pdf (3.11.2003).
2. Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS). Genève: WHO, 2003. www.who.int/csr/sars/en/WHOconsensus.pdf (3.11.2003).
3. Nøkleby H. Vil en vaksine redde oss fra SARS? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1818.
4. Sæther AR, Pettersen FO. Sarsvarsel. MSIS-rapport 2003; 31: 34. www.fhi.no/tema/sars/sarsvarsel.html (3.11.2003).
5. Influenza vaccination for the 2003–04 season: recommendations in the context of concern about SARS. Genève: WHO, 2003. www.who.int/csr/disease/influenza/sars/en/print.html (3.11.2003).
6. Influenzavaksine til risikogrupperne. MSIS-rapport 2003; 31: 35. www.fhi.no/nyhetsbrev/msis/2003/35/msis0335b.html (3.11.2003).
7. Aavitsland P. En plass for karantene? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3582.