

Smittevernet mot tuberkulose målrettes mer, og allmennlegene får en nøkkelrolle

Ny strategi mot tuberkulose

Mycobacterium tuberculosis smitter fra personer med lungetuberkulose gjennom dråper i luften til husstandsmedlemmer og andre langvarige nærkontakter (1). Bare en av ti smittede får noen gang tuberkulose. De andre dør med sin latente infeksjon. Nedsatt immunforsvar, HIV-infeksjon, underernæring og diabetes øker risikoen for at latent tuberkulose reaktiveres til smittsom lunge-tuberkulose.

Kampen mot tuberkulose dreier seg om å redusere prevalensen av smitekilder ved å redusere risikoen for at eksponering gir smitte, ved å redusere risikoen for at latent tuberkulose reaktiveres og ved å finne og helbrede smitteførende pasienter. Forbedrede boforhold og ernæring i Norge de siste 90 år har bidratt til de to første punktene; diagnostikk og behandling de siste 45 år har bidratt til det siste punktet. På tre indikasjoner har helsetjenesten undersøkt personer for å finne dem som har lungetuberkulose:

- Klinisk indikasjon: Pasienter med symptomer forenlig med tuberkulose har fått røntgenfotografert lungene. Terskelen har vært lav slik at lungerøntgen har vært nesten obligatorisk ved innleggelse i sykehus.
- Smitteoppsporing: Rundt nysmittede personer har helsetjenesten lett intenst etter en eventuell smitekilde.
- Screening: Store deler av den voksne befolkningen er blitt skjerm-bildefotografert.

I dag kan vi glede oss over at tuberkulose ikke lenger er et folkehelseproblem i Norge. Nesten ingen land har lavere hyppighet av tuberkulose (2), det skjer svært lite innenlands smitte (3) og multi-resistens forekommer knapt (4). Nedgangen de siste tiårene skyldes at antallet potensielle smitekilder synker i takt med at førkrigs-generasjonens personer med latent tuberkulose dør (1). Derfor ble det i 2001 oppdaget bare 77 tilfeller av tuberkulose blant personer født i Norge, og deres medianalder var 73 år (5). Totaltallet av nye tuberkulosestilfeller diagnostisert i Norge opprettholdes imidlertid av et økende antall tilfeller blant tidligere smittede utlendinger som utvikler tuberkulose etter innvandring til Norge (1, 6). I 2001 var tre av fire nye tuberkulosestilfeller i denne gruppen (5). Denne utviklingen stiller helsetjenesten på mange prøver, som illustrert av Iversen og medarbeidere i en av temaartiklene om tuberkulose i dette nummer av Tidsskriftet (7). Forskjeller i språk og kultur gjør det vanskelig å gjennomføre effektiv behandling og smitteoppsporing. Heldigvis gir innvandrere med tuberkulose opphav til få sekundærtstilfeller (8).

Endringene i tuberkulosens epidemiologi i Norge er bakgrunnen for den nye strategien for vern mot tuberkulose i Norge slik den kommer til uttrykk i Forskrift om tuberkulosekontroll, som trådte i kraft 1. januar 2003, og den tilhørende faglige veilederen (1). Den viktigste endringen er en sterkere målretting av tuberkuloseundersøkelsene. Borte er masseundersøkelsene av visse arbeidstaker-grupper og utvalg av befolkningen. Klinisk oppmerksomhet blant allmennlegene blir desto viktigere. Symptomene på lungetuberkulose kan være hoste i mer enn tre uker med oppspytt, feber, vekttap, nedsatt matlyst, brystsmertor og nattesvette. Pasienter med slike symptomer, særlig hoste, må tilbys utredning med røntgenbilde av lungene. Særlige risikogrupper er eldre nordmenn (obs. sykehjems-pasienter), stoffmisbrukere, alkoholikere og innvandrere fra land med høy tuberkuloseforekomst. Langfeldt og medarbeidere

peker på at alkoholikere burde ha blitt undersøkt tidligere under en langtrukken tuberkuloseepidemi i Nordkapp (9).

Screening av nyankomne utlendinger intensiveres. Personer som blir funnet å ha latent tuberkulose, kan bli tilbudt behandling for å hindre at sykdommen reaktiveres. Som vist av Steen og medarbeidere har somaliere i Norge 330 ganger så høy insidens av tuberkulose som norskfødte (6).

Heretter skal all behandling av tuberkulose skje under direkte observasjon av helsepersonell. Tuberkulosekoordinatorene knyttet til helseforetakene skal følge opp kommunehelsetjenestens håndtering av pasientene. Tilbudet om BCG-vaksinasjon i ungdomsskolen fortsetter inntil videre. Nøye overvåking av tuberkulose opprettholdes, og Tuberkuloseregisteret er nå blitt integrert i det infeksjonsepidemiologiske miljøet ved Folkehelseinstituttet. Kompetanse i tuberkulosebekjempelse, inkludert diagnostikk og behandling, søkes bevart gjennom internasjonalt samarbeid. Dette er nødvendig også fordi tuberkulose er ute av kontroll i store deler av verden, inkludert Russland, Estland, Latvia og Litauen (10).

Utviklingen i den globale tuberkuloseepidemien gir liten grunn til optimisme (2, 10). Nær to milliarder mennesker er allerede smittet. Dårlig ernæring, HIV-infeksjon og andre forhold vil føre til at mange av dem utvikler tuberkulose og smitter sine nærmeste. Den medisinske tuberkulosebekjempelsen hviler på femti år gamle metoder. Det er vanskelig å håpe på global utrydding av tuberkulosen i dette århundret uten avgjørende fremskritt i diagnostikk, behandling eller vaksinasjon mot tuberkulose.

Preben Aavitsland

preben.aavitsland@fhi.no
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo

Preben Aavitsland (f. 1963) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet og leder Avdeling for infeksjonsovervåking ved Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Litteratur

1. Nasjonalt folkehelseinstitutt i samarbeid med Nasjonalt tuberkuloseutvalg. Forebygging og kontroll av tuberkulose. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2002. (www.fhi.no/filer/pdf/smittevern7-veileder.pdf (10.2.2003).)
2. WHO Report 2002. Global Tuberculosis Control. WHO/CDS/TB/2002.295. Geneva: Verdens helseorganisasjon, 2002. (www.who.int/gtb/publications/globrep02/index.html (10.2.2003).)
3. Heldal E, Döcker H, Caugant DA, Tverdal A. Pulmonary tuberculosis in Norwegian patients. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4: 300–7.
4. Heldal E. Resistente tuberkelbasiller 2001. MSIS-rapport 2002; 30: 27.
5. Heldal E. Tuberkuløs sykdom i Norge 2001. MSIS-rapport 2002; 30: 20.
6. Steen TV, Farah MG, Johnsen NL, Johnsen H, Johnsen ULH. Tuberkulose utenfor lungene blant somaliske innvandrere i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 818–21.
7. Iversen PO, Melby KK, Erikstad TE. Behandling av tuberkulose i tre av Oslos sentrale og østlige bydeler i 1994–2000. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 815–7.
8. Dahle UR, Sandven P, Heldal E, Caugant DA. Genetiske analyser av *Mycobacterium tuberculosis*-isolater i Norge 1994–98. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 697–700.
9. Langfeldt E, Bjoru H, Holtedah KA. Tuberkuloseepidemien i Nordkapp kommune 1989–95. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 811–4.
10. Espinal MA, Laszlo A, Simonsen L, Boulahbal F, Kim SJ, Reniero A et al. Global trends in resistance to antituberculosis drugs. *N Engl J Med* 2001; 344: 1294–303.