

### Buruli-sår frem fra glemselen

Sykdommer som hovedsakelig rammer mennesker i fattige land, blir som regel neglisjert når det gjelder forskning og utvikling av kunnskap og behandling. Buruli-sår (buruli ulcer) er en hudsykdom forårsaket av infeksjon med *Mycobacterium ulcerans*. Sykdommen er vanlig i fuktige, tropiske områder og rammer først og fremst barn. Infeksjonen fører til store kroniske sår, som etterlater arr og eventuelt kontrakturer. Hvis en slik sykdom hadde rammet mange i vestlige land, ville dette ført til omfattende tiltak for å finne en effektiv behandling. Men Buruli-sår rammer stort sett folk i fattige områder av verden, og inntil det siste tiåret har sykdommen fått lite oppmerksomhet.

I 1998 tok Verdens helseorganisasjon initiativ for å rette oppmerksomheten på Buruli-sår som helseproblem. En koordinert virksomhet ble satt i gang for global kontroll og forskning på sykdommen. Forskere fra hele verdens har møttes årlig for å utveksle kunnskap, og i en artikkel som nylig er publisert i *The Lancet*, oppsummeres resultatene så langt (1). Man har identifisert et potent toksin, mykolakton, som sentralt i patogenesen. Smittemåten er fortsatt ukjent, men man har påvist *M. ulcerans* i vandig miljø. Behandlingen har inntil nå vært omfattende kirurgisk eksisjon, men i de siste årene har man sett lovende resultater med antibiotika-behandling.

Buruli-sår belyser problemet med manglende forskning og utvikling av medisiner for fattigdomssykdommer og viser at man kan oppnå mye ved politisk vilje og satsing på ikke-kommersielle forskningsinitiativer. Hver dag dør 35 000 mennesker av malaria, tuberkulose, aids, sovesyke, kala-azar og Chagas' sykdom. Uten et skifte til behovsdrevet forskning og utvikling av nye legemidler vil helsen til millioner av fattige forbli ignorert.

#### Asgeir Johannessen

asgeir.johannessen@ulleval.no  
Leger Uten Grenser – Norge

#### Litteratur

1. Wansbrough-Jones M, Phillips R. Buruli ulcer: emerging from obscurity. *Lancet* 2006; 367: 1849–56.

# Da koleraen kom til Pibor

Koleraen kom til Pibor, en liten og avsidesliggende landsby, med en fullpakket lastebil fra Juba, hovedstaden i Sør-Sudan. Ved ankomsten hadde en tiårig passasjer vandig diaré og oppkast. En toåring var død underveis etter å ha hatt voldsom diaré og oppkast.

Kolera er en svært smittsom diaré sykdom som forårsakes av *Vibrio cholerae*, en ikke-invasiv gramnegativ bakterie som affiserer tynntarmen. Et enterotoksin aktiverer adenylsyklase i tarmepitelet, noe som omgjør cellene til pumper som ekstraherer vann og elektrolytter fra vev og blod til tarmlumen. Dette medfører vanntynne, gråhvite diareer og brekninger med små flak av slim og tarmepitel (risvann). Væsketapet kan være voldsomt. Det finnes knapt noen annen infeksjonssykdom der forløpet fra god helse til død kan skje så fort. En frisk person kan få betydelig blodtrykksfall i løpet av 2–3 timer. Kun 1–2 av 20 smittede får alvorlig sykdom.

Rehydrering er effektivt og er eneste behandling. I milde og moderate tilfeller kan dette skje peroralt med vann tilsatt elektrolyttblandinger og glukose (orale rehydreringssalter; ORS). Antibiotika har liten betydning i behandlingen av kolera, men tetrasykliner kan forkorte forløpet og redusere væske- og elektrolytttap i alvorlige tilfeller. Det finnes heller ingen effektive vaksiner, men Ducoral (drikkbar vaksine) ser ut til å ha en viss beskyttende effekt.

### Basal primærhelsetjeneste

Pibor er en avsidesliggende landsby ved en av de mange sideelvene til den hvite Nilen, langt sør i Sudan. Omkring er det en uendelig savanne som strekker seg mot fjellene i Etiopia i øst og mot Kenya, Kongo og Uganda i sør og vest. Det er langt til nabolandsbyene. Veinettet i området er beregnet for ferdsel til fots og kun i tørketiden farbart med bil. Det har knapt vært moderne helse-tjeneste der før, heller ikke skole eller andre velferdstilbud slik vi kjenner dem. 21 år med en av Afrikas lengste og nylig avsluttede borgerkrig har gjort sitt til å hindre utvikling i området.

I april 2005 etablerte Leger Uten Grenser Belgia en liten klinikk i Pibor, med 18 senger og en poliklinikk. Basal primærhelsetjeneste var ideen. Det var ingen egentlig krise i området. Krig og konflikt hadde ikke rammet like hardt her som mange andre steder i Sudan, som for eksempel i Darfur lenger nord og vest. Den lokale stammen, murlene,



levde som de hadde gjort i årtier, kanskje århundrer. 15–20 % av barna dør før fylte fem år av malaria, luftveisinfeksjoner og diaré (egne data). Helsevikt og død kommer fort når de voksne ikke lenger kan følge vandringene med kvegflokkene. – Det var altså nok av oppgaver. Klinikken var vel etablert, godt kjent og besøkt ved siste årsskifte. Det var bra, for 22. februar 2006 kom lastebilen som brakte koleraen til Pibor.

### Koleraen kommer

Vi kjente til den pågående koleraepidemien i Juba. Mange var døde, og flere var syke. Tiåringen som hadde hatt diaré ved ankomst Pibor, var bedre nå, et par dager etter. Tiåringens mor lurte på om det var grunn til bekymring. Det gjorde vi også og ringte Leger Uten Grenser koordinatorteam i Lokichokio, som sendte bekymringsmeldingen videre til hovedkvarteret i Brussel. Det var ingen tvil i tilbakemeldingen fra Brussel: «Isoler tiåringen. Sjekk om det var eller er andre syke passasjerer fra bilturen. Isoler dem hvis de er syke og gi beskjed om umiddelbar kontakt med klinikken hvis de blir syke. Opprett isolat utenfor leiområdet. Vi sender et kolerateam og utstyr med fly om et par dager.»

Vi følte at reaksjonen var i overkant, og at vi burde ha ventet med å melde vår bekymring. Enn så lenge hadde vi faktisk ikke sett noen riktig syke. Skulle dette vise seg å bli første kapittel i koleraens