

Poliomyelitt fortsatt endemisk i Pakistan

■ Pakistan et av fire land i verden der poliomyelitt fortsatt er endemisk. Ustabile forhold i de aktuelle områdene i landet og mangelen på kompetanse og styring hos lokale myndigheter gjør det vanskelig å utrydde sykdommen [1].

Antallet poliomyelitttilfeller i verden har gått ned med over 99 % siden 1988. Det ble da antatt at det var ca. 350 000 tilfeller spredt på flere enn 125 land. I 2005 var det under 2 000 rapporterte tilfeller, det laveste antall i historien. De andre tre landene med endemisk polio er India, Afghanistan og Nigeria. Tilbakegangen skyldes en verdensomspennende innsats [2]. Det vil likevel gå mange år før lidelsen er helt utryddet, og vaksinasjon må fortsatt pågå i mange år [3].

I fjor ble det rapportert 40 tilfeller av poliomyelitt i Pakistan, en økning fra 28 tilfeller året før. 16 av tilfellene ble rapportert fra to nordlige provinser, som i stor grad har vært utrygge etter den USA-ledede invasjonen i nabolandet Afghanistan i 2001. I 2002 inntok den pakistanske hæren stammeområdene i en av provinsene på anmodning fra USA for å forhindre Taliban- og al-Qaida-aktivitet langs grensen til Afghanistan. Dette har ført til flere konfrontasjoner med lokale etniske grupper.

Pakistanske helsemyndigheter rapporterer at vaksinasjonskampanjer vanskeliggjøres av sikkerhetssituasjonen i området. I februar ble lederen for en aksjon mot poliomyelitt i Bajaur drept da bilen hans ble truffet av en bombe. Ifølge FN-representanter i området er det ikke engang mulig å monitorere vaksinasjonskampanjene.

Øyunn Holen

oeyhole@ononline.no

Leger Uten Grenser – Norge

Litteratur

1. Ahmad K. Pakistan struggles to eradicate polio. *Lancet Infect Dis* 2007; 7: 247.
2. World Health Organization. Poliomyelitis. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/en/ (9.5.2007).
3. Rekand T, Strand I, Langeland N et al. Kan poliomyelitt utryddes i nær fremtid? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2516–7.

Meningitt, hiv og skepsis mot spinalpunksjon

Spinalpunksjon er ei viktig diagnostisk undersøkning ved mistanke om meningitt. I Botswana er mange svært skeptiske til denne prosedyren, og mange pasientar samtykkjer ikkje til spinalpunksjon.

Då eg begynte som lege ved Mahalapye Hospital i Central District i Botswana i oktober 2005, var det ei overraskning for meg at så mange pasientar og pårørende ikkje samtykte til diagnostisk spinalpunksjon. Kor stor del som ikkje samtykkjer, varierer litt frå sjukehus til sjukehus, men her reknar vi med at 30–40 % av pasientane med klar indikasjon seier nei. Det er mange og samansette grunnar til dette.

Tebogo

Klokka er 10 laurdag føremiddag på Mahalapye Hospital. Ein pasient, la oss kalle ho Tebogo, blir henta inn på behandlingsrommet på bære. Slektningane har frakta ho på lastep Janet frå ein landsby ti mil unna. Ho ligg med attlatne auge, ser ut til å puste normalt, har normal ernæringsstatus og verkar febril når eg tek på ho. Slektningane fortel at ho har hatt sterk hovudverk i ei veke og at ho dei siste dagane har vore forvirra og kasta opp mange gonger.

På poliklinikkortet ser eg at 25 år gamle Tebogo har testa positivt på hivtest for tre veke sidan. Etter ei veke med sterk hovudverk hadde ho då vore på ein klinikk i hovudstaden Gaborone, der ho jobbar som hushjelp. For ei veke sidan var ho på same klinikken fordi hovudverken ikkje hadde vorte noko betre og ho hadde begynt å kaste opp. Legen mistenkte ei form for subakutt meningitt, til dømes kryptokokkmeningitt eller tuberkuløs meningitt, og foreslo spinalpunk-

sjon. Dette hadde ho ikkje samtykt i, og ho vart sendt heim att. Slektningane hadde så henta ho heim til landsbyen der ho kjem frå.

Pasienten blir undersøkt: Tebogo opnar auga ved tiltale og svarar enkelte gonger med einstavingsord når ho blir spurt mange gonger med høg stemme. Ho rører alle ekstremitetane. Ho har feber og lett nakkestivleik. Den mest sannsynlege diagnosen er kryptokokkmeningitt. Vi tek blodprøver samtidig som vi begynner samtalen med pårørende om spinalpunksjon. Dette har dei allereie diskutert, og dei eldste i familien har gitt løyve til å ta prøve frå «the back bone». Nokre av tantene og onklane var svært skeptiske, men systera til pasienten klarte å overtyde resten av familien om at dette var heilt naudsynt.

I Europa og USA og andre rike land blir det utført CT av hjernen for å utelukke auka intrakranielt trykk ved mistanke om fokal lesjon. I Botswana er det to CT-maskinar, og for denne pasienten er det ikkje aktuelt med CT før spinalpunksjon. Oftalmoskopi viser greie papillgrenser, og spinalpunksjon blir utført. Cerebrospinalvæska er klar, men trykket er høgare enn normalt. Etter eit par timar kjem svaret frå laboratoriet. Mikroskopi av cerebrospinalvæska viser sopp-celler positive for *India Ink*.

Tebogo hadde altså kryptokokkmeningitt. I Botswana er dette ein vanleg aidsdefinerande sjukdom, ein opportunistisk infeksjon med ein type sopp som ein ser ved låge CD4-tal. Behandlinga er langvarig og dyr og kan ha alvorlege biverknader. Difor er det viktig med spinalpunksjon for å få stilt rett diagnose. Denne pasienten har ingen kvite blodceller i spinalvæska trass i at ho har kryptokokkmeningitt, noko som indikerer langt komen immunsvikt. Behandlinga som blir brukt mest i Botswana ved denne sjukdommen, er amfotericin B i minst to veke, deretter flukonazol. Flukonazol skal brukast heilt til CD4-talet har vore over 200 i minst seks månader og pasienten er asymptomatisk. Prognosen er relativt dårleg sjølv med optimal behandling, og mange pasientar døyr i løpet av dei fyrste vekene etter at diagnosen blir stilt. Negative pro-

Brev frå Botswana



gnostiske faktorar er endra mental status, høgt cerebros spinalt trykk, positiv India Ink-test, få kvite celler i cerebros spinalvæska og at ein isolerer kryptokokkar frå andre stader enn nervesystemet (1).

Pasienten fekk behandling med amfotericin B i eit par dagar, til det ikkje var meir amfotericin B på sjukehuset. Deretter var ho utan behandling i eitt døgn til legen fekk vite at det ikkje var meir av legemidlet på lager. Han rekvirerte då flukonazol i staden. Det vart utført ein terapeutisk spinalpunksjon to dagar etter den fyrste spinalpunksjonen for å senke trykket. Tebogo hadde fleire negative prognostiske faktorar, men kom seg mykje og vart skriven ut etter eit par veker. Ho starta rett etter utskrivinga med høgaktiv antiretroviral behandling, såkalla HAART-behandling, for å betre immunforsvaret. Med denne behandlinga kan ein vente ein auke i CD4-talet i løpet av nokre månader.

Mpho

Neste søndag hadde eg vakt igjen, og det kom fleire pasientar med infeksjon i hjerne/hjernerhinne. Mpho er tilsett i ein lokal statleg institusjon. Han er nygift, har brukt antiretrovirale medisinar i nokre veker og kom til meg fulgt av sjukepleiar og kollegaer fordi han låg heime aleine med sterk hovudverk og vart sjukare og sjukare. Han hadde vanskeleg for å gjere greie for seg og hadde høg feber og nakkestivleik. Han hadde vore innlagt på sjukehuset ei veke før og blitt tilbydd spinalpunksjon, men av slo og skreiv seg ut mot legen sitt råd.

No kom han att, i enda dårlegare forfatning. Sidan vi vurderte at han ikkje hadde samtykkjekompetanse, prøvde vi å få tak i kona for å få samtykke til spinalpunksjon. Etter eit par timar fekk eg snakke med ho på mobiltelefon frå Gaborone. Ho følte at ho måtte konsultere søskena til pasienten og ville gi tilbakemelding når ho kom på besøk neste dag. Pasienten måtte difor få empirisk behandling med cefotaksim mot bakteriell meningitt. Å gi empirisk behandling mot andre infeksjonar i sentralnervesystemet er ikkje mogleg innanfor botswanske retningslinjer. Kona kom ikkje på besøk neste dag, men pasienten vart faktisk betre i løpet av nokre dagar. Etter eit par dagar snakka eg med Mpho og kona. Då kunne han gå utan hjelp og var ikkje forvirra. Det vart ingen spinalpunksjon. Diagnosen kan ein berre spekulere i kva var.

Precious

Så var det Precious, 19 år gammal, som hadde fått HAART-behandling i nokre månader og som hadde starta behandling mot lungetuberkulose tre veker før. CD4-talet var under 100. Ho vart innlagt etter tre dagar med feber og til saman seks generaliserte krampeanfoll. Dette hadde ho aldri hatt før. Vi mistenkte romoppfyllande prosess, for eksempel tuberkulom som kan gi



På veg inn på Mahalapye Hospital. Begge foto Morten Hovdet

auka intrakranielt trykk. Spinalpunksjon er då kontraindisert.

Oftalmoskopi viste mogleg papillødem, som gir mistanke om auka intrakranielt trykk. Pasienten vart difor henvist til CT-undersøking neste dag. I Botswana må ein vere 21 år for å kunne samtykke til medisinske prosedyrar (for hivtest kan ein samtykke viss ein er 16 år). Før avreise snakka eg med mor til Precious. Eg nemnde at dersom CT-undersøkinga ikkje viste noko gale, ville dei nok gjere diagnostisk spinalpunksjon. Høfleg, men bestemt, sa mora at det nok ikkje vart aktuelt, då to av søskenbarna til Precious hadde døydd fordi dei gjorde spinalpunksjon. Ein av kollegaene

mine såg denne pasienten i ettertid og fortalte at CT-undersøkinga hadde vist normale funn. Om det vart gjort spinalpunksjon, veit eg ikkje.

Mothusi

Den siste pasienten eg vil fortelje om, var frå same landsbyen som Tebogo. Han var 25 år, arbeidsledig som mange andre menn på hans alder, og budde saman med foreldra. Han hadde i ei veke hatt hovudverk, feber og aukande forvirring og hadde testa hivpositivt på klinikken to dagar før. Mothusi kom saman med tanta si. Han snakka usamanhengande, svarta ikkje relevant på spørsmåla våre og var ikkje orientert for tid



Klar for neste pasient i akuttmottaket

og stad, men var vaken, rørde alle ekstremitetane og opna auga spontant. Han hadde i tillegg feber og soppinfeksjon i munnen og var lyssky, men ikkje stiv i nakken.

Pga. sin mentale status hadde han ikkje samtykkjekompetanse, og tanta meinte at vi måtte snakke med foreldra før vi gjorde spinalpunksjon. Vi bad ho om å prøve å få foreldra til sjukehuset så snart som råd. Dei kom same kvelden, og faren sa at vi kunne gjere alle dei undersøkingane vi ville, berre ikkje spinalpunksjon. Dei sa spontant at vi får aldri gjere spinalpunksjon på sønnen deira, då fekk han heller døy. Pasienten fekk empirisk behandling med cefotaksim, men døydde etter nokre dagar.

Skepsis til spinalpunksjon

Botswana er hardt råka av aidsepidemien, ca. 17 % av befolkninga er hivpositive (2). Sidan tidleg på 1990-talet har det vore ein stor auke i førekomsten av hivrelatert meningitt og encefalitt, og det er ofte indikasjon for spinalpunksjon. Mange pasientar kjem fyrst til legen når dei er veldig sjuke, og prognosen er då ofte dårleg. Sjølv om pasientane med meningitt kjem til legen tidleg i sjukdomsforløpet, går det ofte fleire veker før dei endeleg går med på spinalpunksjon. Mange pasientar dør kort tid etter spinalpunksjon, og sannsynlegvis trur difor mange pårørande at denne undersøkinga er årsak til både dødsfall og forverringar som eigentleg skuldast aids. Det blir dermed ofte ei aktuell problemstilling om det er rett å gjere spinalpunksjon på svært sjuke aidspasientar med eit uklart klinisk bilete, men der det likevel er mistanke om meningitt.

Ut frå samtalar med pasientar og pårørande verkar det ikkje som redsel for smerte i samband med spinalpunksjon er ein dominerande årsak til at pasientar ikkje samtyk-

kjer. Ein del er redde for å bli lamme, og nokon er rett og slett redde for resultatet, for eksempel at ein kan finne dødeleg sjukdom. Mange pasientar ynskjer å snakke med andre familiemedlemmer før dei samtykjer. Desse familiemedlemmene har ofte ei negativ haldning til spinalpunksjon. Ifølge kollegaer er det fyrst i løpet av dei siste 5–6 åra at spinalpunksjon har vorte så omstridt. Det har mellom anna vore ein del negativ medieomtale. Spinalpunksjon har fått eit spesielt dårleg rykte blant botswanarar.

Mange pasientar – lite ressursar

Jobben i Botswana fekk eg gjennom rekrutteringsprosjektet som Helse Bergen har med helsedepartementet i Botswana. Det er åtte legar og tre andre helsepersonell rekrutterte frå Noreg i dette prosjektet, alle med 2- og 3-årskontraktar. På Mahalapye Hospital er vi for tida sju legar, ingen er spesialistar, alle er utanlandske og kun ein av oss snakkar rimeleg bra setswana. 110 000 personar soknar til sjukehuset vårt. Det er 95 sengeplassar fordelt på egne kvinne-, manns-, barne- og fødeavdelingar. Vi ser 150–200 pasientar dagleg på poliklinikken, som er ein kombinasjon av sjukehuspoliklinikk og allmennpraksis. Dei fleste pasientane legane møter der, har vorte sett av sjukepleiar fyrst. Det er ca. 3 500 pasientar på HAART-behandling som blir fulgt opp på sjukehuset. Då blir det viktig å hjelpe mange på kort tid.

Det er lite tid til å setje seg ned og snakke med pasientane og dei pårørande. Mange pasientar og pårørande har lite utdanning, dei stiller få spørsmål og verkar å ha lite forventningar om å få informasjon om tilstanden sin. Det ser ut til at mange ikkje trur det er så mykje ein kan gjere frå eller til ved ein del sjukdommar. Samtidig har mange stor tru på folkemedisin og har ofte eit anna

syn på helse og andre forklaringar på sjukdom enn dei skulemedisinske. I konsultasjonar og samtalar er det alltid med minst ein botswansk sjukepleiar eller omsetjar. Trass i dette er det vanskeleg å gi informasjon på eit nivå som pasienten kan nyttiggjere seg. Dersom ein verkeleg trur at spinalpunksjon drep, er det ikkje så rart at ein ikkje vil igjennom undersøkinga.

Det er likevel mange som får medisinsk hjelp og behandling som verkar, og relativt små ressursar hjelper mange. I afrikansk målestokk har Botswana kome langt når det gjeld utbygging av primærhelsetenesta og bruk av antiretroviral behandling mot hivinfeksjon. Alle som tek kontakt med helsevesenet, skal få tilbod om å teste seg for hiv. Dei fleste som tek hivtest og som startar antiretroviral behandling, gjer dette før dei blir så sjuke som dei eg har omtala her. Det blir jobba mykje med å førebyggje nye infeksjonar, og botswanske pasientar har like god eller betre etterleving enn mange europeiske og amerikanske pasientar som bruker antiretrovirale medisinar (3).

Morten Hovdet

mortenhovdet@hotmail.com
Mahalapye Hospital
P.O. Box 49
Central District
Botswana

Ingen av namna brukte i artikkelen er autentiske.

Litteratur

1. Abraham OC. HIV and the nervous system. *Vellore: Christian Medical College*, 2005: 52–4.
2. Botswana AIDS Impact Study II. Gaborone: Central Statistics Office, 2005.
3. Hardon A, Davey S, Gerrits T et al. From access to adherence: the challenges of antiretroviral treatment. *Studies from Botswana, Tanzania and Uganda*. Genève: World Health Organisation, 2006.