

## 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/](http://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 overrasking 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 lastepalan 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

