

Aldersdepresjon i ulike kulturer

Alvorlig depresjon er vanlig blant eldre i Nigeria. Dette viser en studie basert på intervjuer med flere enn 2 100 eldre personer fra et representativt utvalg familier i et område i Nigeria. Studien er nylig publisert i *The Lancet* (1).

Over en firedel av dem som ble intervjuet, rapporterte å ha hatt depressive symptomer i løpet av livet, og over 7 % av dem det siste året. Kjønn (dvs. kvinne) og grad av urbanisering var assosiert med alvorlig depresjon (oddsratio henholdsvis 1,9 og 1,4). De som rapporterte om depressive symptomer, hadde redusert livskvalitet og redusert funksjonsnivå i hjemmet, på arbeid og med hensyn til sosiale relasjoner. Bare en tredel av dem som hadde hatt depresjon, hadde fått behandling, særlig de med lav inntekt og som bodde på landsbygda.

Denne og andre studier om mental helse i Afrika er basert på en antakelse om at beskrivelser av psykisk sykdom utarbeidet i én kultur kan overføres og anvendes i andre og helt ulike kulturer, påpeker tre kommentatorer i samme nummer av tidsskriftet (2). En slik antakelse er sannsynligvis ikke korrekt. Ikke desto mindre kan «vestlige» begreper være nyttige i andre kulturer enn vår, som et første skritt for å utvikle bedre metoder for påvisning og registrering av psykisk sykdom. Forfatterne viser til flere slike eksempler, blant annet fra Vietnam og Uganda og blant innfødte i Nord-Amerika (2).

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

- Gureje O, Kola L, Afolabi E. Epidemiology of major depressive disorder in elderly Nigerians in the Ibadan Study of Aging: a community-based survey. *Lancet* 2007; 370: 957–64.
- Bass KJ, Bolton PA, Murray LK. Do not forget culture when studying mental health. *Lancet* 2007; 370: 918–9.

Tuberkulose – den glemte delen av hivepidemien

Mens man de siste årene har sett store fremskritt i behandlingen av hivinfeksjon, har det vært liten utvikling i diagnostikk og behandling av tuberkulose i utviklingsland. Tuberkulose er den hyppigste dødsårsaken hos hivpositive personer, likevel får kun en liten andel av dem nødvendig tuberkulosebehandling. Organisasjonen Leger Uten Grenser har erfart at effektiv tuberkulosebehandling er mulig også i utviklingsland.

Rundt 40 millioner mennesker lever i dag med hiv, og av disse dør omtrent tre millioner hvert år. Omtrent ni millioner mennesker utvikler tuberkulose årlig, og to millioner dør av sykdommen. 11 millioner mennesker er syke av både hiv og tuberkulose, og slik koinfeksjon er den hyppigste dødsårsak hos hivpositive (1).

Omtrent en tredel av verdens befolkning er smittet av tuberkulosebakterien, men hos de fleste hindrer immunforsvaret at de får tuberkulosesykdom. Hivpositive personer er i gjennomsnitt 20 ganger mer utsatt for å bli syke av tuberkulose enn hivnegative (2). Høyaktiv antiretroviral terapi (HAART) reduserer denne risikoen betraktelig, men HAART-behandlede pasienter er likevel 4–8 ganger mer utsatt for tuberkulose enn hivnegative (3). Rask diagnose og riktig behandling av tuberkulose er helt nødvendig for denne store gruppen, men kun en liten andel av koinfiserte personer i Afrika får nødvendig behandling (4). Grunnene til dette er sammensatte.

Diagnostikk – en utfordring

Diagnostikk av tuberkulose hos personer med hivinfeksjon er vanskelig av flere grunner. Mer enn halvparten av koinfiserte pasienter har sputumnegativ tuberkulose (5). CD4-tallet samvarierer med tettheten av mikrober i sputum, og pasienter med lavt CD4-tall har oftere sputumnegativ tuberkulose (6). Pasienter med CD4-tall < 200 celler/mm³ har dessuten oftere få eller ingen forandringer på røntgen thorax enn pasienter med et høyere CD4-tall (7). Det er med andre ord vanskeligst å stille en sikker diagnose hos de sykeste.

De diagnostiske utfordringene er enda større hos barn. Barn med tuberkulose produserer ofte mindre sputum og mangler oftere typiske forandringer på røntgen thorax (8). Hos de minste barna er det dessuten ofte vanskelig å stille en sikker hivdiagnose med de antistofftester som er til-

gjengelige i utviklingsland. Barn født av hivpositive vil ha maternelle antistoffer helt frem til 18 måneders alder (9).

Opptil en firedel av pasientene med både hiv- og tuberkuloseinfeksjon utvikler ekstrapulmonal tuberkulose, med affeksjon av eksempelvis columna, lymfeknuter, urinveier og sentralnervesystem (10). Det er ofte ikke mulig å påvise tuberkelbasiller ved direkte mikroskopi av lymfeknuteaspirat, urin og spinalvæske hos disse.

Dyrking er ofte nødvendig for å stille en sikker diagnose. En studie utført i samarbeid med Leger Uten Grenser i Sør-Afrika viste at nesten halvparten av sputumnegative pasienter hadde dyrkingspositiv lunge-tuberkulose (8). Dyrking er imidlertid ressurskrevende og tidkrevende og er ikke tilgjengelig for svært mange pasienter. I praksis blir man ofte nødt til å behandle ut fra det kliniske bildet alene. Dessverre er vår erfaring er at de sykeste pasientene, de med sputumnegativ tuberkulose, uklare røntgenfunn og usikker diagnose, ofte ikke blir inkludert i de nasjonale behandlingsprogrammene for tuberkulose.

Behandling – vanskelig, men viktig

Behandling av pasienter med både hiv og tuberkulose er krevende, og det er store faglige, ressursmessige og logistiske utfordringer. Medisinsk sett kompliseres behandlingen ytterligere av blant annet overlappende og til dels alvorlige bivirkninger, interaksjonsproblemer, polyfarmasi samt økte problemer med immunrekonstitusjon eller paradokse reaksjoner (11). Spesielt er interaksjonsproblemer med rifampicin et problem pga. induksjon av cytokrom P450-systemet. Rifabutin er et effektivt alternativ som gir mindre interaksjonsproblemer, men midlet er ikke tilgjengelig for svært mange pasienter pga. høye kostnader (11). I de fleste utviklingsland er det ikke mulig å skreddersy HAART-behandlingen, slik vi er vant til i vår del av verden. Verdens