

Epidemiologiske forhold og medisinske fremskritt de siste hundre år har ført til endringer i tuberkulosekontrollen i Norge. Dagens lave forekomst av sykdommen kan true den diagnostiske årvåkenhet

Tiltak mot tuberkulose – alt til sin tid

I 2006 rapporterte WHO globalt 9,2 millioner nye tilfeller og 1,7 millioner dødsfall av tuberkulose (1). Hivsmittede rammes spesielt hardt, og hivepidemien har bidratt til økning av tuberkulose mange steder i verden. I Norge er tuberkulose uvanlig hos personer uten innvandrerbakgrunn. I 2007 ble det meldt totalt 307 tilfeller, hvorav 243 (79%) blant personer født utenfor Norge (2). Hyppigheten av tuberkulose blant innvandrere var 36 ganger høyere enn blant norskfødte, men med store forskjeller avhengig av geografisk bakgrunn. Blant norskafricanere var risikoen nesten 200 ganger større enn hos norskfødte – blant norsksomaliere over 300 ganger større. Innvandrere er stort sett smittet i sine hjemland før ankomst til Norge, og undersøkelser har vist at det er liten smittespredning i vårt land.

Dagens gunstige situasjon i Norge står i sterk kontrast til situasjonen ved inngangen til det forrige århundre, da antallet nye tilfeller nådde toppen. Deretter har insidens blant norskfødte stort sett vært fallende frem mot vår tid. Tre artikler i dette nummer av Tidsskriftet beskriver forskjellige forhold som hadde betydning for forekomst og bekjempelse av sykdommen på 1900-tallet (3–5).

For hundre år siden var det store forskjeller i forekomst av tuberkulose mellom landsdelene. Finnmark var spesielt hardt rammet, og samene i særlig stor grad. Det tok mange år før myndighetene så nødvendigheten av å ta hensyn til samenes kultur og språk i sykdomsbekjempelsen (3). Dette er lærdom som også har overføringsverdi til vår tid, hvor personer med bakgrunn fra andre kulturer utgjør hovedtyngden av tilfellene. Fortsatt ser man store forskjeller i hyppighet av tuberkulose mellom landsdeler og befolkningsgrupper. I 2007 lå Finnmark på bunn og Oslo på topp. Dette gjenspeiler i stor grad bosettingsmønsteret til innvandrere fra land med høy forekomst av tuberkulose.

Tidlig påvisning, isolering og behandling av syke er viktige elementer i bekjempelsen av smittsomme sykdommer. Trangbodhet på båter og mangelfull helseundersøkelse før påmønstring var forhold som gjorde at Marinen ble rammet særlig hardt under krigen (4). Skjermbildeundersøkelsene representerte et fremskritt i påvisningen av smitteførende tuberkulose og ble starten på en ny epoke i tuberkulosekontrollen (5). De landsomfattende undersøkelser med buss og båt ble senere avvirket i takt med fallende forekomst og erstattet av mer målrettede undersøkelser. I dag er det kun innvandrere i alderen 15 år eller eldre fra land med høy forekomst av tuberkulose som screenes med røntgenundersøkelse av lunger. Tidligere tiders skjermbilder på rullefilm er erstattet av digitale røntgenbilder.

Effektive medikamenter mot tuberkulose kom først i slutten av 1940-årene. Det ble fort klart at flere medikamenter måtte gis samtidig for å forebygge resistens. Dessverre forekommer fortsatt feilaktig bruk i stor skala mange steder i verden, og dette er hovedårsaken til resistensproblemet i mange land. Resistente, og spesielt multiresistente bakterier, medfører mer kostbar og mindre effektiv behandling. Dette rammer i særlig grad befolkningen i fattige land, der multiresistens er mest utbredt. I Norge er multiresistens et lite problem; i 2007 ble det kun påvist tre tilfeller (2). I kampen mot tuberkulose og resistens har WHO innført DOTS-strategien, som innbefatter direkte observert behandling under påsyn av helsearbeidere. I Norge har tuberkulosekoordinatorer siden 2002 blant annet

hatt som arbeidsoppgave å se til at denne behandlingen blir gjennomført i samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Etter smitte med tuberkelbasillen får om lag 90% latent infeksjon uten å bli syke (omslagere). Tuberkulintesten har inntil nylig vært vårt viktigste hjelpemiddel til å påvise latent infeksjon. Ved Mantoux-test injiseres tuberkulin intrakutant. Testen er imidlertid beheftet med både falskt positive og falskt negative reaksjoner. De senere år har man tatt i bruk blodprøver, IGRA (interferon-gamma release assay), som gir færre falskt positive reaksjoner, og færre falskt negative reaksjoner hos immunsvekkede. Ca. 10% av smittede utvikler sykdommen tuberkulose i løpet av livet. Dyrking og direkte mikroskopi danner fortsatt hjørnesteinen i bakteriologisk diagnostikk hos disse. Moderne molekylærbiologiske undersøkelser representerer imidlertid et viktig fremskritt som har bidratt til tidligere diagnose og påvisning av visse typer resistens.

Norskfødte tuberkulinnegative personer med lav risiko for tuberkulose har frem til nå blitt tilbudt BCG-vaksine i 12–14 års alder. Hyppighet av tuberkulose i denne gruppen er imidlertid nå så lav at rutinemessig BCG-vaksinasjon av hele ungdomsskolekull er lite effektivt og bidrar i svært liten grad til å forhindre nye tilfeller (6). Norske myndigheter har derfor bestemt at slik rutinemessig BCG-vaksinasjon i ungdomsskolene skal opphøre fra kommende skoleår, dvs. høsten 2009. Personer som tilhører definerte grupper med høy risiko for tuberkulose, vil fortsatt bli anbefalt vaksinasjon.

Både her hjemme og internasjonalt fortsetter kampen mot tuberkulose. I Norge har vi god oversikt over den epidemiologiske situasjonen, vi har et moderne helsevesen og levekår som gjør oss godt rustet mot sykdommen. De fleste norske leger vil imidlertid i dag ikke ha erfaring med diagnostisering av tuberkulose. Det er derfor en utfordring å opprettholde en bevissthet om sykdommen blant klinikere for at diagnosen skal bli stilt tidlig. En norsk undersøkelse har vist at dette ikke alltid er tilfelle (7). Samtidig er det viktig at kommunikasjon om sykdommen og dens behandling tilpasses de befolkningsgrupper som er særlig hardt rammet.

Arne Broch Brantsæter
arbr@uus.no

Arne Broch Brantsæter (f. 1959) er overlege ved infeksjonsmedisinsk avdeling og NBC-senteret ved Ullevål universitetssykehus.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Global tuberculosis control – surveillance, planning, financing. WHO Report 2008. Genève: WHO, 2008.
- Winje BA, Mannsåker T, Heldal E. Tuberkulose i Norge. MSIS-rapport 2008; 36: 17.
- Rymin T. Forebygging av tuberkulose i Finnmark 1900–60. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2864–7.
- Ongre A, Sommerfelt-Petersen J. Tuberkulose i Den Kongelig Norske Marine under krigen. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2868–71.
- Ongre A. Abreografi og starten på skjermbildefotograferingen i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2872–4.
- Utredning om bruk av BCG-vaksine i Norge. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsett etter oppdrag fra Nasjonalt folkehelseinstituttet. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2008. www.fhi.no/dav/c5e44eeefa.pdf [27.11.2008].
- Farah M, Tverdal A, Steen T et al. Treatment outcome of new culture positive pulmonary tuberculosis in Norway. BMC Public Health 2005; 5: 14.