

Tuberkulos i Somalia med konsekvenser i Sverige



ANDERS WINSTRAND, ST-läkare, infektionskliniken, Uddevalla sjukhus; vid tiden för artikelförfattande institutionen för folkhälsa, divisionen för global hälsa, Karolinska institutet, Stockholm
 anders.winstrand@vgregion.se

ASLI KULANE, med dr
JOHAN VON SCHREEB, med dr, leg läkare; båda institutionen för folkhälsa, divisionen för global hälsa, Karolinska institutet, Stockholm

Denna artikel syftar till att beskriva hur tuberkulosbehandling genomfördes i ett projekt i Somalia 2007 och diskutera tuberkulos i ett globalt, svenskt och somaliskt perspektiv.

Patientfall

Senhösten 2008 sökte en ung kvinna vård på en vårdcentral i södra Sverige. Hon hade nyligen kommit som flykting från Somalia och besvärades sedan länge av subfebrilitet, slemhosta och lättare viktneidgång. I Somalia hade hon besökt en privat klinik och fått tuberkulosläkemedel utskrivna, men de sa att hon troligen led av astma. Efter två månaders behandling kände hon sig bättre men avbröt behandlingen när hon tvingades fly. Hon tillbringade ett par månader i flyktingläger i Etiopien innan hon ensam kom till Sverige. Kvar i Afrika är hennes make och son.

Lungröntgen i Sverige visade misstänkt tuberkulos med ett tätt infiltrat på vänster lunga, och hon remitterades till infektionskliniken. Då anamnes och röntgenfynd tydligt talade för tuberkulos inleddes behandling med rifampicin, isoniazid, etambutol och pyrazinamid. Efter två veckor skrevs hon ut och var då feberfri och utan hosta. Inga bakterier sågs vid direktmikroskopi på upphostningsprov, men odlingarna var positiva för tuberkulos.

Två dagar senare inkom ett PCR-svar, där mutationer förenliga med resistens mot isoniazid och rifampicin påvisats. Ytterligare undersökningar påvisade resistens hos bakteriestammen mot åtta olika tuberkulosläkemedel. Kvinnan lades in och isolerades under två och en halv månad för specialbehandling i samråd med smittskyddsläkare och tuberkulosexperter. Efter vidare utredning av symtom från ryggen misstänktes även infektion i en kota i torakalryggen.

Ett och ett halvt år senare tog hon fortfarande dagligen fyra läkemedel, kända för kraftiga biverkningar. Behandlingen planerades fortsätta i ytterligare minst sex månader. Hela tiden har hon levt under en kraftig psykisk press. Hon har inte kunnat träffa sina släktingar, som är kvar i Etiopien och Somalia. Men hon har lyckats att stå ut med diverse biverkningar, och det finns hopp om att behandlingen trots allt är framgångsrik.

Den senaste tiden har man inte kunnat påvisa några tuber-



Figur 1. Del av Galcayo sedd uppifrån. I flyktingområdet täta, provisoriska bebyggelse, i bildens överkant, finns naturligtvis förutsättningar för spridning av smittsamma sjukdomar som tbc.

kelbakterier i odlingar, lunginfiltraten har minskat i utbredning och ryggkotan har visat tecken till läkning.

Tuberkulos – en aktuell sjukdom

Det beräknas att en tredjedel av världens befolkning är infekterad med tuberkulos (tbc). Även om de flesta som infekteras aldrig blir sjuka så skördar sjukdomen ändå runt två miljoner dödsoffer varje år [1]. Behandling mot tbc är långvarig och kräver tålmod och kunskap hos både patienter och behandlande läkare. Tbc drabbar framför allt människor i låginkomstländer härjade av krig, fattigdom och politisk instabilitet [2-4]. I dessa resursknappa länder är behandlingen svårast att genomföra [4]. Misslyckad eller avbruten behandling ökar risken för uppkomst av resistent bakterier [5, 6].

Somalia och Sverige

I Somalia råder krig och konflikt sedan 1991 [7]. Landet är i botten när det gäller FN:s utvecklings- och välbefindningsindex (Human Development Index) men i toppen när det gäller förekomst av tbc [8, 9]. Av Somalias 8,7 miljoner invånare beräknas runt 31 000 vara sjuka i tbc, och 22 000 insjuknar varje år [10].

I Sverige var tbc nästan utrotad mot slutet av förra århundradet. Men med senare års globalisering, invandring och flyktingmottagande har sjukdomen långsamt börjat öka igen [1]. Man ser även en tydlig ökning av resistensproblematiken. Ökningen av tbc sker främst bland utlandsfödda som smittats före ankomst till Sverige, men begränsad smittspridning ses även i Sverige. År 2007 rapporterades 497 nya fall av tbc i Sverige. Den enskilt största gruppen utgjordes av personer med somaliskt ursprung [11] (Tabell I). Tendensen har hållit i sig i

■ sammanfattat

Smittsamma sjukdomar respektiverar inte nationella gränser!

Konsekvenserna av fattigdomssjukdomar som tuberkulos hotar att i stigande grad drabba det svenska samhället, vilket kräver beredskap, kunskap och resurser.

Även i politiskt instabila länder går det att genomföra tu-

berkulosprojekt framgångsrikt, vilket är viktigt för både befolkningen där och oss här hemma.

Utbudet av tuberkulosläkemedel och behandlingsregimer som inte följer internationella rekommendationer i resursknappa länder förstärker behovet av välorganiserade tuberkulosprojekt.

TABELL 1. Tuberkulos i Sverige år 2007 [11]. Siffrorna är från 2007 eftersom studien från Somalia pågick detta år. Som jämförelse behandlades 370 patienter i projektet i Somalia under första halvåret 2007, ett projekt med en uppskattad målbefolkning på knappt 350 000. År 2008 och 2009 har incidensen ökat med 13 respektive 16 procent i Sverige med liknande fördelning som i tabellen [12, 13]. Multiresistens innebär resistens mot både isoniazid och rifampicin.

	Totalt	Svenskfödda	Utlandsfödda, ej somaliskt ursprung	Utlandsfödda, somaliskt ursprung
Incidens, antal (procent)	497	109 (22)	295 (59)	93 (19)
Isoniazidresistens, procent	12,6	5	12	21
Multiresistens, procent	4,1	1,3	4	7

Sverige efter detta med en ökning till 554 fall år 2008 och 643 fall år 2009 (2009 inkluderades även tio fall som diagnostiserats i Sverige och som inte inkluderats i statistiken under tidigare år). Ökningen har fortsatt att bestå av utlandsfödda, speciellt från länder på Afrikas horn [12, 13]. En mängd orsaker, som stigmatiseringen kring tuberkulos och rädsla för utvisning, gör svensk-somalierna mindre benägna att söka sjukvård och påverkar hur de informerar sin behandlande läkare [14].

MSF:s tuberkulosprojekt i Somalia

Under ett halvår 2007 arbetade förste författaren som läkare i Läkare utan gränser (MSF) tuberkulosprojekt i Galcayo i Somalia (Figur 1). Inne i staden finns det gott om privata kliniker och apotek där tuberkulosläkemedel kan köpas utan recept. Läkemedelskvaliteten är osäker och behandlingsregimerna ofta felaktiga. För landsbygdsbefolkningen krävs långa och farofyllda resor för att få tuberkulosbehandling. Fattigdom, brist på säkerhet och avsaknad av reglering och kontroll av sjukvården gör tbc-behandlingen bristfällig, och många avbryter den i förtid. Ett alternativ är den vård MSF:s tuberkulosprojekt i regionen erbjuder. Men även för en så erfaren organisation som MSF är det en stor utmaning att bedriva tbc-vård i denna krigshärjade del av världen.

I MSF:s tbc-projekt lyckades man ganska väl att följa DOTS-strategin (directly observed treatment, short-course), det internationellt accepterade tillvägagångssättet för ett tbc-projekt (Fakta 1). Delar av strategin var dock svåra att följa. Formellt politiskt engagemang för projektet saknades i Somalia även om MSF samarbetade med informella beslutsfattare i södra delen av landet. MSF stod även för all finansiering av projektet.

Sputumpositiv lungtuberkulos diagnostiserades via mikroskopi (Figur 2) och sputumnegativ lungtuberkulos med hjälp av algoritmer innefattande provbehandling med två olika typer av antibiotika efter varandra för att utesluta annan bakteriell lunginflammation. Behandlingsregimen mot tbc liknade den svenska, med sex månaders behandling i normalfallet och med användning av samma läkemedel som här hemma. Om bakterier inte längre kunde påträffas vid mikroskopi av sputum minskades efter två månader de inledande fyra läkemedlen till två. Vid återfall eller andra komplicerade fall justerades behandlingen upp enligt ett särskilt schema till fler medel och ytterligare ett par månaders behandlingstid.

Läkemedel för behandling av resistent tbc fanns inte att tillgå. Tbc-odlingar utfördes inte utan man var tvungen att använda behandlingsresultat och andra indirekta tecken för att få en uppfattning om resistensläget. Diagnostiseringen försvårades av att många patienter redan inlett behandling på privata kliniker innan de kom till MSF. Möjligheten att bedöma differentialdiagnoser och komplicerande sjukdomar var begränsad. Somalia är tex ett av få länder där MSF inte tillät HIV-testning av rädsla för konsekvenser i form av ökade hot

■ fakta 1

DOTS-strategins fem punkter (se WHO:s webbplats <<http://www.who.int/tb/dots/en>>)

1. Politiskt engagemang med ökad och bestående finansiering.
2. Diagnostik genom kvalitetskontrollerade bakteriologiska undersökningar.
3. Standardiserad behandling med övervakning och patientstöd.
4. Effektiv läkemedelstillgång och -hantering.
5. Monitorerings- och utvärderingssystem samt mätning av konsekvenser.



Figur 2. Undersökning av patienter och upphostningsprov gjordes i ett luftigt och gärna solbelyst rum för att minska risken för smittspridning. Munskydd eller andra skyddskläder än rockar fanns inte att tillgå.

mot säkerheten eller förbud mot all MSF:s verksamhet i området. Orsaken är den omfattande stigmatiseringen kring HIV i Somalia. Dessutom fanns ingen HIV-behandling tillgänglig.

Projektets behandlingsresultat

MSF uppskattade målbefolkningen för tuberkulosprogrammet till 250 000–350 000, varav ca 80 000 i staden Galcayo. Prevalensen av tbc-sjuka i området uppskattas till 900–1 200 år 2007. Under det halvår under 2007 som studien pågick behandlades 370 patienter i projektet, varav endast ca 35 procent var kvinnor och omkring hälften av alla patienter hade sputumnegativ eller extrapulmonell tuberkulos.

Behandlingsresultaten från 2005 och 2006 visade på 81–85 procents bot eller framgångsrik behandling. (Sputumpositiva patienter som blivit och förblivit sputumnegativa under hela behandlingstiden betraktas som botade. För sputumnegativa och patienter med extrapulmonell tbc betraktas genomgången och avslutad behandling som framgångsrik.) I utvärdering-

arna ser man betydligt sämre resultat hos de patienter som tidigare fått någon form av tbc-behandling (72 procent år 2005). Endast enstaka patienter avvek från pågående behandling under projektet, och även tidigare är var andelen som avbröt i förtid under 3 procent.

Acceptabelt resultat – med möjliga felkällor

Behandlingsresultaten i projektet var acceptabla (WHO förespråkar 85 procent framgångsrik behandling för att bedriva tuberkulosjukvård). Projektet verkar ha haft ganska god täckning, men det finns många möjliga felkällor. Diagnostiken var osäker, speciellt beträffande sputumnegativ och extrapulmonell tuberkulos, som båda hade hög prevalens i projektet. Den höga andelen män tyder på att många sjuka kvinnor inte nåddes av behandlingen. Oroligheterna i landet och den rörliga befolkningen i form av nomader och flyktingar gör befolkningsstatistiken osäker.

Det är tydligt att tuberkulos är en vanlig sjukdom i Somalia. Cirka 300 patienter med pågående tuberkulosbehandling under projektets gång kan jämföras med de tolv som för närvarande behandlas i NU-sjukvården i Västra Götaland, en region med liknande invånarantal som i regionen runt Galcayo. Intressant är att bland dessa tolv tuberkulospatienter i NU-sjukvården är nio från Somalia.

Snar hälsokontroll av nyanlända från Somalia

Incidensen i Somalia och exemplen från Sverige visar att patienter med somaliskt ursprung bör betraktas som exponerade för tuberkelbakterien när de söker vård i Sverige och vid hälsokontroller. Detta är viktigt att ta hänsyn till när man överväger att utreda eller behandla latent tuberkulos.

En snar hälsokontroll av nyanlända från Somalia är extra viktig för att informera om symtom på aktiv tbc och vikten av att söka läkare om sådana symtom uppträder. Hos en patient med somaliskt ursprung måste alltid aktiv tuberkulos övervägas vid symtom som skulle kunna tyda på detta. Frågor kring tidigare behandling bör innefatta information om vem som stod för behandlingen, hur den gavs och hur länge den pågick. I många områden i Somalia finns inte tillgång till kontrollerade behandlingsprojekt, och även i den region där MSF bedrev sjukvård var det svårt att nå ut till alla patienter. Svårigheten att behandla tuberkulos i Somalia är även av intresse vid kontakter med Migrationsverket. Drygt 50 procent av tuberkulospatienter med somaliskt ursprung i NU-sjukvården saknar för närvarande uppehållstillstånd.

Stigmatiseringen och associationen med HIV

Att kvinnan i fallpresentationen fick information om astma trots att man uppenbarligen misstänkte tbc är bara ett av många exempel på stigmatiseringen kring sjukdomen. Även i Sverige är det viktigt att ha kunskap om somaliers uppfatt-

ning om tuberkulos när de söker vård och att ha tillräcklig tid avsatt till anamnes och information. Stigmatiseringen kan bidra till undvikande att söka sjukvård och därmed risk för ökat lidande och smittspridning inom inte bara den somaliska populationen i Sverige.

Att så många med somaliskt ursprung är drabbade av tuberkulos riskerar också att leda till utpekande av somalier och öka stigmatiseringen inom gruppen. Trots detta är det viktigt att känna till utbredningen av tuberkulos i Somalia och bekämpa stigmatiseringen med information. Stigmatiseringen kring tuberkulos förstärks även av associationen med HIV. Även om Somalia är drabbat av HIV i mindre utsträckning än många andra afrikanska länder [10] är det fortfarande så gott som förbjudet att tala om HIV i Somalia.

Resistensproblemet

Indirekta tecken tyder på en begränsad resistensproblematik i Galcayo, men då inga odlingar eller resistensbestämningar utfördes kan man inte veta säkert. Ökande isoniazidresistens hos somaliska patienter i Sverige och även den högradigt multiresistenta stammen hos kvinnan i patientfallet kan vara tecken på ökat resistensproblem i Somalia. Med ett behandlingsresultat strax under 85 procent kan man fråga sig om projektet i Galcayo bidrar till att förvärra resistensläget.

Om kvinnan i fallpresentationen flytt till Galcayo i stället för till Sverige skulle hon mycket väl kunna vara en av de flyktingar från Mogadishu som behandlades i projektet. Men läkemedel hade inte hjälpt henne utan bara selekterat fram fler resistenta bakterier, som skulle kunna spridas vidare. Riskerna för spridning och utveckling av resistens utgörs dock sannolikt främst av de många tvivelaktiga behandlingsregimerna vid privata kliniker och av avbrutna behandlingar på grund av flykt från krig och våldsamheter.

Följdverkningar i länder långt bort

Hur tuberkulosbehandling bedrivs i Somalia är av högsta vikt för landets befolkning men har även betydelse för Sverige, Europa och globalt. Sjukdomsfrekvens, resistensmönster, uppfattningar om sjukdomen och behandlingar i Somalia fortsätter att påverka patienterna efter deras ankomst till Sverige. Det är viktigt att förstå att vad som görs i områden med hög förekomst av tuberkulos kommer att få följdverkningar i länder långt bort.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Studien har finansierats av Socialstyrelsen via stöd till projektet Kunskapscentrum för katastrofmedicin, IHCAR, Karolinska institutet.*

REFERENSER

- Smittskyddsinstitutet. Sjukdomsinformation om tuberkulos (TBC) [citerat 30 juli 2010]. <http://www.smi.se/sjukdomar/tuberkulos/>
- Coninx R. Tuberculosis in complex emergencies. *Bull World Health Organ.* 2007;85(8):637-40.
- Martins N, Kelly PM, Grace JA, Zwi AB. Reconstructing tuberculosis services after major conflict: experiences and lessons learned in East Timor. *PLoS Med.* 2006;3(10):e383.
- Frontières MS. Refugee health: an approach to emergency situations. Oxford: Macmillan Education; 1997.
- Sharma SK, Mohan A. Multidrug-resistant tuberculosis. *Indian J Med Res.* 2004;120(4):354-76.
- Kimerling ME. The Russian equation: an evolving paradigm in tuberculosis control. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2000;4(12 Suppl 2):S160-7.
- Stevenson J. Risks and opportunities in Somalia. *Survival: Global Politics and Strategy.* 2007;49:5-20.
- Wakabi W. Health and humanitarian situation worsens in Somalia. *Lancet.* 2007;370(9594):1201-2.
- Hagmann T. From state collapse to duty-free shop: Somalia's path to modernity. *African Affairs.* 2005;104(416):525-35.
- WHO. Tb country profile. Somalia [citerat 30 juli 2009]. http://www.who.int/GlobalAtlas/predefinedReports/TB/PDF_Files/som.pdf
- Smittskyddsinstitutet. Statistik för tuberkulos. 2007 [citerat 30 juli 2010]. <http://www.smi.se/statistik/tuberkulos/?t=com&p=1898#statistics-nav>
- Smittskyddsinstitutet. Statistik för tuberkulos. 2008 [citerat 30 juli 2010]. <http://www.smi.se/statistik/tuberkulos/?t=com&p=13768#statistics-nav>
- Smittskyddsinstitutet. Statistik för tuberkulos. 2009 [citerat 30 juli 2010]. <http://www.smi.se/statistik/tuberkulos/?t=com&p=15140#statistics-nav>
- Kulane A, Ahlberg BM, Berggren I. »It is more than the issue of taking tablets«: The interplay between migration policies and TB control in Sweden. *Health Policy.* 2010;97:26-31.