

”Tuberkulos kan bli lika dödlig i Sverige som i tredje världen”

Smittsjukdomsexperter: Blott ett par decennier innan vi står utan vapen mot tuberkulos och andra bakteriella infektioner.

För första gången på flera decennier har antalet fall av tuberkulos plötsligt börjat skjuta fart igen. Tbc ökar globalt bland annat på grund av hiv- och aidsepidemin och den ökande läkemedelsresistensen. Men också i Sverige insjuknar allt fler i tbc till följd av invandringen av människor från krigs- och katastrofdrabbade länder – före detta Jugoslavien, det forna Sovjetunionen och Irak. Allvarligaste problemet är att vi inte har något effektivt vaccin mot nya, extremt multiresistenta former av tbc och att ingen vill finansiera utvecklingen av ett sådant vaccin. Det skriver professorerna Anders Björkman, Gunnar Boman, Göran Tomson, Hans Wigzell samt generaldirektören vid Smittskyddsinstitutet Ragnar Norrby.

BAKGRUND

Tuberkulos

Tuberkulos, tbc, är en mycket smittsam infektionssjukdom som främst drabbar lungorna och orsakas av en bakterie som sprids med hosta genom luften.

Årligen insjuknar mellan 500 och 600 personer i tbc i Sverige, vara cirka 40 avlider. Ungefär två av tre som får sjukdomen är födda utanför Sverige. Så sent som 1940 avled nästan 5 000 svenskar årligen av sjukdomen.

I världen som helhet är i dag ungefär en tredjedel av alla människor infekterade med tbc. Av dem insjuknar varje år minst nio miljoner i tbc, av vilka två miljoner avlider. I tredje världen återfinns cirka 80 procent av fallen.

Tuberkulos är en av världens värsta farsoter. En tredjedel av jordens befolkning bär på bakterien. Varje år insjuknar nio miljoner människor och närmare två miljoner dör.

Vi som lever i Sverige är än så länge relativt förskonade från sjukdomen, men så har det inte alltid varit. De flesta svenskar behöver inte gå mer än en eller två generationer tillbaka för att hitta tbc i slakten, men tack vare vaccin (i Sverige sedan 1927), den 1939 lagstadgade pastöriseringen av mjölk, men framför allt nya läkemedel, sociala, hygieniska och ekonomiska framsteg har tuberkulosen successivt minskat i betydelse.

Fram till häromåret. Då, för första gången på flera decennier, började antalet tuberkulosfall plötsligt öka igen. Denna utveckling är både tragisk och oroande, men knappast något att förundras över. Tbc ökar globalt bland annat på grund av hiv/aids-epidemin – tbc och hiv går hand i hand – och den ökande läkemedelsresistensen. (EU:s hälsokommisionär Markos Kypriano utnämnde häromdagen läkemedelsresistent tbc till ett av EU:s allvarligaste hälsoproblem.) Dessutom har globaliseringen gett upphov till fler och snabbare smittvägar samtidigt som nya läkemedel och vacciner lyser med sin frånvaro.

Prognosen för Sverige är dock knappast alarmerande, inte ännu. Som så ofta annars när det gäller infektionssjukdomar är det världens fattiga som drabbas mest, 98 procent av alla dödsfall i tbc inträffar i fattiga länder.

Emellertid visar de senaste årens fall, varav Bromma, Tensta och nu senast Norsborg hör till de mer uppmärksammade, att tuberkulosen aldrig har försvunnit. Och risken för att liknande fall ska inträffa blir knappast mindre. Visserligen är antalet insjuknade personer födda i Sverige fortsatt lågt och rent av sjunkande, men denna minskning har hela tiden balanserats av en ökning hos utlandsfödda personer. Sverige har alltjämt en tillströmning av människor från platser som drabbats av krig och där de sociala strukturerna trasats sönder – sådant som ofelbart leder till att tbc börjar frodas. (Före detta Jugoslavien, forna Sovjetunionen och Irak är några exempel.)

Att tuberkulosen, som en gång smittkopporna, skulle kunna utrotas är föga sannolikt. Däremot skulle smittspridningen kunna kontrolleras så att sjukdomen så småningom blir en tämligen marginell,



Utan ett effektivt vaccin är det knappast möjligt att hejda tuberkulosens spridning, skriver bland andra Hans Wigzell.

FOTO: ROGER TURESSON

rent av sällsynt förekomst. Vi skulle kunna komma en bra bit på den vägen redan med befintlig kunskap och teknologi, även om såväl behandling som vaccin lämnar mycket övrigt att önska:

Det enda vaccinet, BCG, är med sina över 80 år det äldsta vaccin som fortfarande är i bruk. I Sverige vaccinerades alla spädbarn till och med 1975 då man bedömde att biverkningarna utgjorde ett större problem än den alltmer sällsynta tuberkulosen.

Nu när tuberkulosfallen ökar i Sverige för första gången på flera decennier är ett återinförande av BCG inget alternativ; skyddseffekten är mycket begränsad och vad gäller lungtuberkulos rent av obefintlig. Ett nytt och effektivt vaccin vore således synnerligen önskvärt.

Den i dag förhärskande behandlingsmodellen, directly observed treatment, short-course (Dots), är bevisat effektiv. Den bygger på billiga, beprövade läkemedel och är jämförelsevis enkel att ge, men den kräver stora resurser då den ska ske under direkt observation av vårdpersonal. Dessutom tar en vanlig Dots-kur minst sex månader, vilket kan vara svårt att genomföra i fattiga länder där närmaste vårdinrättning kan ligga på flera mils avstånd och ”vägarna” ofta är oframkomliga

Föga förvånande leder detta inte sällan till att behandlingar avbryts i förtid. Resul-

tatet blir att läkemedelsresistenta bakterier kan ta över och föröka sig. ”Det som inte dödar härdar” är ett högst relevant talesätt tillämpat på smittämnen.

Redan i dag är multiresistent tuberkulos, som är okänslig för de vanligaste läkemedlen, ett stort och växande problem på flera håll i världen. Som om inte det vore nog illa har XDR-TB (extremely eller extensively drug resistant TB) nu också börjat spridas, bland annat på andra sidan Östersjön i Baltikum och Ryssland. På XDR-TB biter inte heller andra linjens läkemedel – i vissa fall hjälper ingen behandling alls. De läkemedel som används inom ramen för Dots kostar någon hundralapp för hela behandlingen, men om dessa förlorar sin effekt till följd av resistensutveckling måste de bytas ut mot nya, ofta hundra gånger dyrare mediciner.

I teorin skulle nog tbc kunna strykas från listan över globala folkhälsoproblem, men utan ett effektivt vaccin är det knappast möjligt. Men vem ska ta fram ett sådant? Vacciner är med några få undantag (till exempel influensavaccin som måste förnyas varje år och kan säljas om och om igen) tämligen olönsamma produkter som står för mindre än två procent av läkemedelsförsäljningen.

Att utveckla ett nytt vaccin är svårt och dyrt, men flera forskargrupper, däribland en svensk, har redan kommit långt. Problemet är att finansiera det fortsatta arbetet.

Lösningen kanske är inom räckhåll, men det lär vi aldrig få reda på så länge det är omöjligt att få fram de (i sammanhanget) ynka 3–5 miljonerna som det skulle kosta att testa den svenska kandidaten i inledande kliniska studier.

I Sverige är läget fortfarande under kontroll; vi har kunskapen och resurserna att utöva effektiv smittspårning och andelen fall av resistent tbc är fortsatt låg. Socialstyrelsen utfärdade i januari i år en rekommendation om att nyanställd personal inom barnomsorg och skola ska lämna in en särskild hälsodeklaration och vid behov även göra ett så kallat tuberkulintest. Barn och vissa vuxna i riskgrupper erbjuds än i dag det begränsade skydd som BCG-vaccinet ger. Emellertid torde det faktum att förskolläraren i Bromma som fick tbc både var testad och vaccinerad kunna tjäna som exempel på svagheter som finns också hos våra verktyg och strategier.

Vi har på senare år blivit smärtsamt medvetna om läkemedlens, inte minst olika antibiotikas, begränsade livslängd. Det kan vara fråga om ett par decennier innan vi återigen står utan vapen mot flera bakteriella infektioner. Då är vi tillbaka på den ruta vi befann oss på innan den brittiske bakteriologen Alexander Fleming 1928 tog fram penicillinet. Och då kan tuberkulosen bli lika dödlig här som i Afrika eller Asien. Eller för all del, i Sverige vid förra sekelskiftet.

Vi i Världsinfectionsfonden menar att vi inte kan vänta med att sätta in forskningsresurser i kampen mot fattigdomens sjukdomar. Av samma skäl som det är mindre begåvat att vänta och se om radhusbranden verkligen kommer att nå just mitt radhus, är det ansvarslost och politiskt kortsynt att passivt hoppas på det bästa i fråga om tuberkulos. Även om man bor i ett än så länge välmående Sverige. Tuberkelbakterier – också extremt resistent – känner inga geografiska gränser och behöver inga pass.

ANDERS BJÖRKMAN

Professor Karolinska universitetssjukhuset

GUNNAR BOMAN

Professor Uppsala universitet

RAGNAR NORRBY

Generaldirektör Smittskyddsinstitutet

GÖRAN TOMSON

Professor Karolinska institutet

HANS WIGZELL

Professor Karolinska institutet