

Smittskydd Skåne



Strax före jul hölls housewarming-party i Smittskyddets nya kontorslokaler i Kristianstad. Högst upp i byggnad 19 har vi fått välfungerande och trivsamma lokaler med härlig utsikt över sjukhusparken. Hela staben kunde fångas på samma bild i de väl tilltagna hygienutrymmena.

Tre av våra medarbetare lämnar i dagarna oss för nya spännande utmaningar. Solweig Andersson tillträder en kombinationstjänst som hygiensjuksköterska i Simrishamn, Henrik Elmrud återvänder

till infektionskliniken i Kristianstad och Marguerite Malherbes till barnkliniken i Lund. Hjärtligt tack för goda insatser!

I april börjar Åsa Ståhl som smittskyddssjuksköterska i Kristianstad och ny assistent i Malmö är sedan någon vecka Helene Rosenqvist. Mycket välkomna!

*Hans Bertil Hansson
Smittskyddsläkare*

INNEHÅLL

Årsstatistik 2001	2-3	Länsveterinären i Skåne: Botulism hos djur och människor – ett nygammalt fenomen	8
Tuberkulos i Skåne 2001	4	Impetigo – fusidinresistent <i>Staphylococcus aureus</i> -stam dominerar fortfarande	10-11
Hepatit A-utredning	5	Meticillinresistenta <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) 2001	11
Hepatit B – aktuella synpunkter	6	En avgående smittskyddssjuksköterskas reflektioner	12
Virologiskt: Luftvägsvirus - ständiga följeslagare vintertid	7	Smittskydd Skåne - ring eller maila	12
Vaccinationsrapportering från skolorna i Region Skåne år 2000-2001	7		
Frågeformulär "Hälsosamtal" med nyanlända invandrare	8-9		

Årsstatistik för Skåne 2001

Tarminfektioner:

Campylobacterinfektioner

Denna infektion är den vanligaste rapporterade anmälningspliktiga bakteriella tarminfektionen. Antalet personer som insjuknar stiger stadigt och 2001 rapporterades 1091 skåningar ha drabbats. Ökningen är måttlig vid jämförelse med år 2000 (1057) personer, men för femårsperioden 96-2000 är medelvärdet 877 fall.

Under 2001 uppgavs drygt 40% av per-

sonerna vara smittade i Sverige. Av de utlandssmittade var de flesta (214 personer) smittade i annat EU land därefter var det vanligast att man ådragit sig smittan i Asien (149 personer). Etiologin till de skånska inhemska fallen är i regel oklar.

Enterohemorragisk Escherichia coli (EHEC) infektion

Endast EHEC serotyp O157 är anmälningspliktig enligt smittskyddslagen, men då den fruktade komplikationen hemolytiskt uremiskt syndrom (HUS)

även kan inträffa efter infektion orsakad av andra serotyper, vidtas samma smittskyddsåtgärder oberoende av serotyp. Anmäl alla fall av EHEC oberoende av serotyp till smittskyddet.

Under 2001 har 27 personer konstaterats ha EHEC, 12 av dessa har haft serotyp O 157 och 15 personer andra serotyper. År 2000 drabbades åtta personer av EHEC O157 och åtta personer av någon annan serotyp. Skälen till ökningen 2001 är okänd.

Fyra av personerna med EHEC O157

Anmälningspliktiga sjukdomar i Skåne 1996-2001 (helårsstatistik)

	1996	1997	1998	1999	2000	Mv 96-00	2001
Amöbainf	45	46	35	41	82	50	39
Campylobacterinf	742	814	825	946	1057	877	1091
EHECinf (alla, ej bara O157)	43	11	14	10	16	19	27
Giardiainf	252	224	172	217	217	216	194
Salmonellainf	646	663	697	897	807	742	747
Shigellainf	72	86	80	60	68	73	70
Yersinios	121	131	110	101	106	114	91
Hepatit A	32	27	15	30	34	28	23
Hepatit B akuta	13	22	15	22	10	16	19
Hepatit B kroniska	144	176	146	114	104	137	116
Hepatit C akuta	9	13	14	16	16	14	13
Hepatit C kroniska	468	551	438	370	371	440	364
Gonorré	31	34	28	51	71	43	53
Klamydiainf	1278	1345	1635	1968	2054	1656	2366
Syfilis	6	4	3	2	7	4	9
HIVinf	38	34	33	31	37	35	34
Kikhosta	-	505	250	468	350	-	135
Mässling	14	0	0	1	1	-	1
Legionärsjuka	19	17	11	14	10	14	12
Listerios	5	4	3	4	15	6	12
Malaria	28	33	22	35	21	28	20
Meningokockinf	28	13	8	11	8	14	13
Papegojsjuka	5	15	7	5	3	7	2
PNRP *	539	424	414	254	244	375	214
MRSA **	-	-	-	70	32	-	79
Tuberkulos	89	65	56	80	74	73	40

* = Pneumokocker med MICpenicilin $\geq 0,5$.

** = Meticillinresistent Staphylococcus aureus

bedöms ha smittats utomlands: en i Egypten, en i Turkiet och två personer, mor och dotter i Belgien. Den 6-åriga dottern insjuknade i HUS. Ytterligare en sexårig flicka med EHEC O157 har under året insjuknat med HUS. I hennes fall är det osäkert huruvida hon smittats hemma eller i Danmark. Även från hennes bror, som knappt haft några symptom, kunde denna bakterie isoleras.

Salmonellainfektion

Under 2001 har 747 skåningar drabbats av salmonella varav fem av de allvarligare typerna *Salmonella typhi* och *paratyphi*. Utlandssmitta dominerar som vanligt och utgjorde 77 % av fallen. De flesta utlandssmittade bedöms smittade i annat EU land (257 personer).

Den totalt vanligaste typen *Salmonella enteritidis*, ofta förknippad med ägg och fjäderfä, konstaterades hos 45% (339 personer) och den näst vanligaste typen *Salmonella typhimurium* hos 17% (129 personer). Av de 129 fallen med *S typhimurium* är 103 smittade inhemskt!

Under året har två salmonellautbrott i Skåne orsakats av exotiska produkter som sesampasta (21 fall) och en turkisk sötsak halva (24 fall). Utbrotten är beskrivna i Smittskydd Skåne nr 2 och 3 år 2001. Det första utbrottet orsakades av *S typhimurium* fagtyp 9 och 30 och det andra av *S typhimurium* DT 104.

Shigellainfektion

Ungefär samma antal (70 personer) anmälda som tidigare år. Av dessa betraktas tio personer som inhemskt smittade, vilket är relativt många för denna typ av infektion. Någon är sekundärfall till ett annat fall, som varit utomlands och de flesta har invandrarbakgrund (tre fall i

samma familj), men två personer utan utlandsanknytning på samma företag insjuknade i shigellainfektion efter en företagsfest med picnic i den skånska naturen. Detta är ovanligt och något importerat födoämne misstänks, men vilket har ej kunnat påvisas.

De flesta personer, som ådragit sig en shigellainfektion har varit i mer exotiska länder som Asien (många olika länder) (25 personer) och Afrika (Egypten dominerar) (27 personer).

Shigella sonnei är den helt dominerande arten (79%) och inga personer har drabbats av *Shigella dysenteriae*.

Hepatit A

Under 2001 har i Skåne totalt 23 fall av hepatit A konstaterats. Detta är något färre än vi oftast haft de senaste åren. Andelen inhemskt smittade är dock stor, nästan 80% (18 personer). En del av de inhemska fallen ingick i ett utbrott sannolikt orsakat av ruccolasallad, vilket redogjordes för i Smittskydd Skåne nr 3 år 2001. Ytterligare en ansamling av hepatit A fall redogörs för på sidan 5 i denna tidning.

Diverse infektioner:

Kikhosta

Effekten av den allmänna vaccination som infördes 1996 mot kikhosta ses nu. En ordentlig minskning av antalet fall av kikhosta (135 fall 2001) jämfört med de tidigare fyra åren då sjukdomen varit anmälningspliktig har ägt rum (se tabell). Dessutom är 70% av de som insjuknat under 2001 över 6 år.

Meningokockinfektion

Under året har 13 personer insjuknat i meningokockinfektion. Deras ålder har varit från någon månad upp till 75 år,

varav tre barn under 5 år och fem ungdomar mellan 15 och 20 år dvs kända riskåldrar.

Det har varit möjligt att odla fram och serogruppera tio meningokockstammar, sex av dessa tillhörde serogrupp B, tre serogrupp C och en serogrupp Y (75-åringen). Som bekant finns ännu ej vaccin mot den vanligaste serogruppen B.

Malaria

20 fall av malaria har rapporterats, 10 av dessa har haft *Plasmodium falciparum*. Personerna har varit i följande världsdelar Afrika (12 personer), Asien (7 personer) och för en person saknas uppgift om land.

Resistent pneumokocker

Vi har under 2001 sett en fortsatt långsam minskning av antalet fall av penicillinresistent pneumokocker med MIC $\geq 0,5$ mg/l, nu till 214 fall, se tabell. En fortsatt tendens är också att MIC-värdena successivt sjunker, 123 fall hade MIC 0,5, endast en hade MIC = 2.

Fortfarande dominerar serotyp 9 vilken samtidigt är Trimetoprim-sulfa-resistent, 63% av alla stammar. 67% av fallen är < 5 år. Medianbärartid 18 dagar. Malmö har haft 66 fall, Helsingborg 51, Lund 25 och Eslöv 23. Övriga fall spridda i olika kommuner.

Säsongsvariationen har under året inte följt det gamla mönstret med en topp under vinterhalvåret utan två toppar förekom i april-maj respektive oktober.

Kristina Persson
Biträdande smittskyddsläkare
(Resistent pneumokocker skrivet av
Håkan Ringberg)

Tuberkulos i Skåne 2001

Ovanligt få fall av tuberkulos har registrerats i länet under 2001, närmare bestämt 40 personer. Detta ska jämföras med 74 fall året innan och de genomsnittliga 73 fall per år under 1995-1999. Någon enkel förklaring till denna låga siffra finns inte men även nationellt har man sett en tydlig minskning under 2001.

Av de 40 fallen är 13 inhemska och 27 fall anses vara smittade utomlands. Kvoten blir 0,48 vilken är exakt densamma som år 2000 medan kvoten inhemska/importerade fall för 1997-1999 var 0,59. En knapp tredjedel av tbc-fallen, 32,5%, utgörs av svenskar där medelåldern är 68 år. Medelåldern bland invandrarna med tbc var 43 år.

De 40 tbc-fallen fördelar sig så att fem fall rapporterats från nord- och sydöstra sjukvårdsdistrikten, 15 från Malmö stad och övriga 20 fall från resten av länet.

Under 2001 färdigställdes broschyren "Tuberkulos – Rekommendationer för

Region Skåne". Den är resultatet av ett digert arbete av en expertgrupp, oprentiöst kallad Referensgruppen för tuberkulos i Skåne. Skånes lungmedicinska mottagningar har varit representerade liksom infektionsmottagningar, Klinisk Mikrobiologi i Lund och Malmö, barnkliniken i Malmö och Smittskydd Skåne. Broschyren är tänkt att vara ett verktyg för fr. a. primärvården att tidigt upptäcka misstänkta fall vilka sedan ska remitteras vidare för specialistvård.

Efter tolv år som Smittskydd Skånes medarbetare med speciellt intresse för tuberkulos, lämnade Lasse Hellström posten i september för nya arbetsuppgifter inom Vårdhygien i Ystad och Malmö. Den första december tillträdde jag denna tjänst. Jag har närmast arbetat på infektionskliniken mottagning i Malmö där jag bl. a. ansvarade för miljöundersökningar runt tbc-fall. Jag har tidigare också arbetat inom ett tbc-projekt i Guinea Bissau i Västafrika vilket omsider ledde fram till min Master of Public Health-examen vid Nordiska

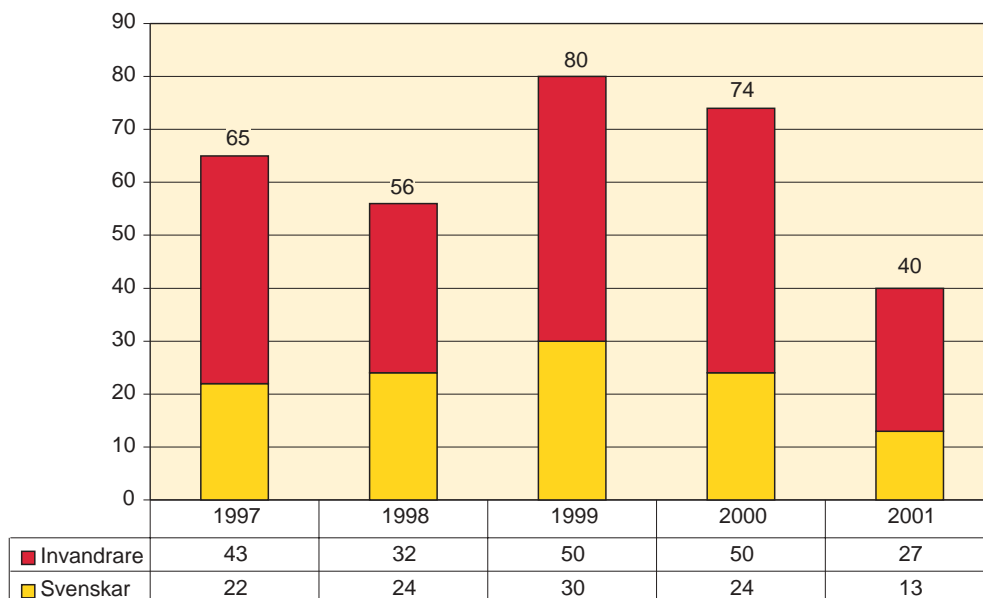


Broschyren "Tuberkulos – Rekommendationer för Region Skåne", framtagen av Referensgruppen för Tuberkulos i Skåne. (Kan även hämtas på www.smittskydd.skane.se).

Hälsövårdshögskolan i Göteborg. Jag har således ett genuint intresse för tbc vilket jag hoppas och tror kan komma till nytta inom smittskyddsområdet.

Niclas Winqvist
Smittskyddssjukköterska

Antalet tuberkulosfall i Skåne län 1997 - 2001 efter ursprung



Hepatit A-utredning

Torsdag den 11 oktober meddelade barnkliniken i Malmö att man diagnosticerat en akut hepatit A, hos en 9 årig pojke *Primus*, som blivit inlagd dagen innan, efter 4 dagars feber och illamående. Vid inkomsten noterades begynnande ikterus. Familjen hade inte varit utomlands och det fanns inga kända hepatitfall i omgivningen. Föräldrar och syskon fick gammaglobulin.

Den 7 november konstateras akut hepatit A-infektion hos *Primus* mormor *Secunda* och moster *Tertia*. De hade insjuknat sista dagarna i oktober, tre veckor efter *Primus*. Enda kontakten med *Primus* och hans familj efter sommaren var ett födelsedagskalas den 26 september.

En knapp vecka senare visar det sig att *Primus* mamma *Quarta* och storebror *Quintus* efter lindriga eller inga symptom serokonverterat trots att de fått gammaglobulinprofylax den 11/10.

Det föreföll som att *Primus* var smittkälla till de övriga. Men hur hade det gått till? Vid födelsedagsfesten serverades hemlagad ugnsvarm grönsakspaj med sallad och köpta konditorikakor. *Primus* deltog inte i matlagning eller servering. Mormor och moster fick en snabb kram vid ankomsten. I övrigt ingen närkontakt.

Gammaglobulinprofylax har god effekt om den ges inom 7-10 dagar efter smittotillfället. (Enligt Fass kan man inte räkna med någon effekt efter 14 dagar). *Quarta* & *Quintus* serokonversion talar för att de smittats ≥ 14 dagar före den 11/10 då de fick gammaglobulinprofylax. Hade alla fem smittats samtidigt vid kalaset den 26 september?

Kalasdeltagare 26/9	Insjuknandedag	Inkubationstid
Primus	011006	10 d
Secunda	011025	30 d
Tertia	011029	34 d
Quarta	011102	37 d
Quintus	Inga symtom	37 ? d

Inkubationstiden för hepatit A är 2 till 6 veckor. Det anses också föreligga visst samband mellan infektionsdosis storlek och inkubationstidens längd. I så fall vad hade *Primus* ätit i större mängd än någon annan? Kalas-smitta skulle ju kunna stämma med att pappa i familjen förblivit osmittad. Han var bortest och inte med på födelsedagskalaset.

Mamma *Quarta* fick fylla i kostenkät och svara på fråga efter fråga! *Primus* har andra intressen än mat. Grönsakspajen rörde han nog inte alls! Kakan med syltfyllning frestade honom inte. Det kändes som om vi var vid vägs ände, när *Quarta* ringde tillbaka. – ”Det är egentligen bara en sak som *Primus* är riktigt förtjust i - gröna oliver! Jag köpte en 400 g burk gröna grekiska oliver och använde hela burken till salladen. *Primus* plockade nog i sig de flesta....”

Skåne är välförsett med livsmedelsföretag. Vid ett av de större fick vi kontakt med en olivolog som kunde komplettera våra kunskapsluckor angående olivens väg från lunden till det svenska salladsbordet.

De nyplockade oliverna placeras i jäskar för naturlig fermentation före eventuell urkärning och förpackning i

1,5%-ig saltlake. Italienska och spanska oliver är oftast pastöriserade men sällan de grekiska. En litteratursökning gav besked om att såväl salmonella som shigella och EHEC överförts med oliver, – så varför inte hepatit A?

Samtliga fem hepatit A-stammar har sekvenserats av Lars Magnus och medarbetare på SMI. De var genotyp 1 A och som förväntat inbördes identiska. Denna stam har hitintills inte setts någon annanstans i Sverige.

Fortsatt utredning visade att en kamrat till *Primus*, *Sixten*, som varit trött och hängig under månadskiftet oktober/november hade tecken på nyss genomgången hepatit A infektion, (HAV IgM+).

I början av december konstaterades hepatit A i samma stadsdel hos två småflickor och deras mamma. Även deras stammar har nu sekvenserats på SMI, och visat sig vara identiska med ”oliv?”-stammen 1 A.

Fortsättning följer, förhoppningsvis.

Ulla Stamer
Smittskyddssjuksköterska
HB Hansson
Smittskyddsläkare

Hepatit B

– aktuella synpunkter

År 2001 smittskyddsanmäldes 135 fall av hepatit B i Skåne, 19 av dessa var nysmittade, resten kroniska bärare. Det är ungefär lika många som tidigare år. Flera fall av nysmitta i narkomankretsar noteras.

I Information från Läke-medelsverket 4:2001 finns en omfattande och utmärkt genomgång av handläggningen av kronisk hepatit B infektion hos vuxna och barn. Bland mycket annat diskuteras lämpligt kontrollintervall.

För kontrollbehov ur klinisk synpunkt kan bärarna delas in i följande grupper:

- 1/ **HBsAg-bärare med e-ag:** om transaminaserna är normala är patienten sannolikt i så kallad immuntoleransfas, har oftast mycket höga virusnivåer och bör följas 1-2 ggr per år.
- 2/ **HBsAg-bärare med eller utan e-ag men med förhöjda transaminaser:** patienten är i regel i så kallad immunaktiveringsfas, har höga eller måttligt höga virusnivåer och bör kontrolleras 2-3 ggr per år. En långdragen sådan fas ökar risken för progressiv lever-sjukdom och antiviral behandling kan bli aktuell.
- 3/ **HBsAg-bärare utan e-ag:** om upprepat normala transaminaser är patienten i en fas som benämns immunologisk övervakningsfas. Även denna grupp bör följas regelbundet. Om fortsatt normala transaminaser, låga HBV-DNA-nivåer och avsaknad av cirrhostecken kliniskt och laboriemässigt normalt s-alb, trombocyter och PK (INR), behöver dessa patienter inte kontrolleras efter några år (se dock nedan). Vilken nivå av HBV-DNA som innebär låg risk för smittsamhet kan diskuteras. I ovan nämnda skrift anges att HBV-DNA nivåer på < än 10^5 kopior/ml inne-

bär lägre risk för smittsamhet (kvantitativ PCR, Amplicor Roche).

Smittskydd Skåne rekommenderar av smittskyddsskäl regelbunden förslagsvis årlig kontroll av **barn och ungdomar** med provsvar enligt grupp 3 ovan även om de har gynnsamma markörer. Detta för att få möjlighet att upprepat informera om smittskyddsaspekterna. När ungdomarna börjar komma upp i sexuellt aktiv ålder måste frågan om skydd av sexualpartner (kondom, vaccination av fast partner) diskuteras och repeteras. Inte för-rän familjeförhållandena stabiliserats ska de regelbundna kontakterna avslutas.

Hur ofta kontrolleras kroniska bärare i realiteten?

I samband med genomgång av smittskyddets hepatit B-register för nord- och sydöstra sjukvårdsdistrikten har vi gjort ett försök att se hur ofta och var patienter med kronisk hepatit B kontrolleras. Via smittskyddsanmälningarna och våra bakteriologiska laboratorier har vi gått igenom 240 kroniska hepatit B bärare. 42 av dessa är e-ag positiva och resten e-ag negativa. Det framkommer att inte ens den mest lättidentifierade gruppen HBsAg bärare med e-ag kontrolleras enligt ovanstående intentioner. 14 av de e-ag positiva (1/3) är inte provtagna senaste året och åtta personer verkar vara helt borttappade med provtagning senast på 90-talet. De flesta av dessa provtogs senast på vårdcentral. Några av dessa är dessutom unga och kanske utan stabila familjeförhållanden ännu. Även i grupp 2 ovan finns många individer som inte följs på sätt

som ur både smittskyddsynpunkt och inte minst klinisk synpunkt är motiverat.

Vaccinera missbrukare mot hepatit B och A

När en intravenös missbrukare söker av en eller annan anledning bör sjukvården passa på att erbjuda vaccination mot hepatit B och hepatit A (orsak till utbrott i Skåne senast 93-95) om personen inte är känt immun redan. Tag vid besöket HBsAg, men fråga även efter immunitet mot hepatit B och hepatit A (dessutom är det ju ofta aktuellt att ta HIV och hepatit C serologi). Ge vid samma besök en dos Twinrix (vaccin mot både hepatit A och B) och planera för vidare vaccinationer en och sex månader senare. Om personen sedan visar sig vara immun mot hepatit A ges vaccin mot enbart hepatit B vid uppföljande vaccinationer och tvärtom om han/hon är immun mot hepatit B. Ofta kommer ju inte en aktiv missbrukare på några planerade kontroller, men har då ändå fått en dos. Nästa dos får i så fall ges vid eventuell senare kontakt, oavsett hur långt det gått sedan föregående dos.

Glöm ej vaccinera familjemedlemmar till kroniska bärare

Även icke-immuna familjemedlemmar i familjer där någon har kronisk hepatit B skall vaccineras mot hepatit B. Vaccination i dessa sammanhang är kostnadsfri och debiteras smittskyddet.

För hjälp vid placering av kronisk bärare i barnomsorgen kontakta Smittskydd Skåne!

Vid placering av barn med kronisk hepatit B i barnomsorgen krävs lång framförhållning och mycket information. Det är något man tidigt bör påminna föräldrarna om.

*Henrik Elmrud
Läkare, Smittskydd Skåne*

Luftvägsvirus

– ständiga följeslagare vintertid

Influensa har nu påvisats runt om i landet. De första fallen inträffade kring nyår men aktiviteten är fortfarande låg, vilket kan hänga samman med att mycket lika stammar cirkulerat de senaste åren. Denna säsong har i England en ny stam upptäckts, som är en kombination av H₃N₂ och H₁N₁, vilka förekommit under de senaste säsongerna. Den nya stammen har antigenuppsättningen H₁N₂ men täcks av det kombinationsvaccin som använts inför den aktuella influensaperioden.

Nästan samtidigt med att influensa observerats kunde även **respiratoriskt syncytievirus (RSV)** påvisas. RSV brukar dyka upp under november och sedan cirkulera fram till mars-april. Detta virus tillhör gruppen paramyxovirus tillsammans med parainfluensa-, påssjuka- och mässlingvirus. RSV finns i två subtyper, A och B som kan cirkulera samtidigt. Dessutom förekommer olika genotyper av dessa subtyper. Någon skillnad i klinisk bild som kan knytas till subtyp har inte med säkerhet kunnat påvisas. Subtypningen bygger på skillnader i ett ytprotein, G-proteinet, som fungerar som fästmolekyl för virus på cellens yta. Ytterligare ett virusprotein, F-proteinet eller fusionsproteinet, finns på virusytan. Detta protein är konserverat i subgrupperna. RSV-infektioner är vanliga och praktiskt taget alla har haft sin primärinfektion före tre-fyrs års ålder. Reinfektion uppträder hos både barn och vuxna

men uppmärksammas kliniskt främst hos små barn och äldre personer. Bronkiolit med ibland allvarlig andningspåverkan uppträder hos små barn under första levnadsåret där prematurfödda löper särskild risk liksom barn med vissa tillstånd som medfödd kombinerad immunbrist eller cystisk fibros. Hos immunokomprometterade patienter och då främst bennärgstransplanterade har allvarliga RSV-infektioner påvisats. HIV-patienter kan utsöndra virus under lång tid men har oftast en mindre allvarlig sjukdomsbild än transplanterade.

Smittsamheten är stor och såväl samhällsförvärd som nosokomial smitta förekommer. Maternella, neutraliserande antikroppar anses fördröja insjuknandet och dessutom mildra symptomen. Primär- och reinfektion hos barn studerades i USA under en 10-årsperiod. Förstagångsinfektion observerades hos 98% under epidemiperiod. Andragångsinsjuknande noterades hos 75% och tredjegångsinfektion hos 65%. Symptombilden mildrades först vid tredje infektionen.

Viss immunitet tycks således utvecklas efter naturliga infektioner även om skyddet är ofullständigt. Detta har gjort att man försökt utveckla ett vaccin. Tidiga vaccinationsförsök under 60-talet med formalinavdödat virus gav nedslående resultat. Vaccinet förvärrade sjukdomsbilden vid efterföljande naturlig infektion. Liknande erfarenheter har även gjorts vid

Aktuellt från
VIROLOGEN
Malmö

andra vaccinförsök. Problemet anses bestå i att en partiell immunitet mot delvis förändrat antigen utlöser en 'paradoxal' immunreaktion vid efterföljande exposition av naturligt virus med försvårad symtombild som följd. Försvagat virus liksom isolerade F och G-komponenter har istället blivit vaccinkandidater. Ännu finns dock inte något vaccin tillgängligt på marknaden. Däremot har hyperimmunserum liksom monoklonala antikroppar kommit till användning som profylax i särskilda fall. Behandling med ribavirin som aerosol har visats påverka inflammationsmarkörer men den kliniska effekten är fortfarande osäker.

Diagnostik sker hos barn som regel lätt med immunofluorescensmetodik på nasofarynxsekret. Även snabbtest baserade på Elisateknik finns tillgängliga. Utsöndringen av virus hos barn är som regel kraftig och pågår omkring en vecka. Hos vuxna är virusutsöndringen mindre och varar endast ett par dagar. Serologi kan då vara till diagnostisk hjälp där även reinfektion med klinisk sjukdom ger ett antikroppssvar. Hos barn och patienter under immunosuppression kan det serologiska svaret utebli eller vara svårtolkat pga maternella antikroppar.

Malmö den 15/2-02

Kenneth Persson, öf

Klinisk Mikrobiologi, UMAS

Vaccinationsrapportering från skolorna i Region Skåne läsåret 2000 – 2001

Rapporteringen är baserad på elever i grundskolans årskurs 6. Det totala antalet elever i årskurs 6 i Skåne är enligt statistiska centralbyrån 7 309 flickor och 7 707 pojkar d v s 15 016. Uppgifterna till rapporten har erhållits från 13 076 elever vilket utgör 87,1% av totalantalet eleverna. Rapporter har kommit från alla Skånes 33 kommuner.

Uppgifterna är en del i ett nationellt vaccinationsövervakningssystem, där sammanställningen för landet

görs på Smittskyddsinstitutet i Stockholm. Det är andra gången, som Smittskydd Skåne deltar i denna typ av sammanställning.

BCG ingår inte i det obligatoriska vaccinationsprogrammet, men Region Skåne har valt att inrapportera antalet vaccinerade. Andelen BCG-vaccinerade har minskat från 1999/2000 till 2000/2001 från 19,5% till 16%. Inte har väl i regionen andelen

barn, som rekommenderas att vaccinerats minskat? Rekommendationer för Region Skåne om tuberkulos om bla vaccinationer har nyligen utsänts. Rekommendationerna hittar Du också på Smittskydd Skånes hemsida www.smittskydd.skane.se!

Tack alla skolsköterskor för era insatser!

Solweig Andersson
Smittskyddssjuksköterska

Andelen vaccinerade elever i årskurs 6 av antalet inrapporterade elever

		1999/2000	2000/2001
Difteri/tetanus	4 injektioner;	97,3%	97,1%
Polio	4 injektioner;	97,3%	97,4%
Mässling/Påssjuka/Röda hund	2 injektioner;	92,7%	93,1%
BCG	1 injektion;	19,5%	16,0%

Frågeformuläret klart till "Hälsosamtal" med nyanlända invandrare



I Smittskydd Skåne nr 2 2001 presenterades en grupp i Malmö som arbetade med frågor angående hälsoundersökningar av nyanlända invandrare. Denna grupp vill verka för hela Skåne och har fått fler medlemmar nämligen Nirván Johnsson-Lindström, sjuksköterska, Vårdcentralen, Åstorp, Ann-Charlotte Lindell-Jakobsson, Asylvården, Landskrona och Katharina Ornstein, läkare, Infektionskliniken, Lund. Om någon ytterligare som arbetar med denna typ av frågor är intresserad så hör av Dig till undertecknad.

I samma tidningsnummer presenterades de prover som rekommenderas att tas vid hälsoundersökning. Frågeformuläret påannonserades och är nu klart. Komplettering av vaccinationer är det som gruppen arbetar med nu.

Kontaktpersoner på vårdcentraler efterlyses!

Från Migrationsverket efterlyses kontaktpersoner på vårdcentralerna för hälsoundersökning av nyanlända asylsökande.

de. På vissa orter faxar Migrationsverket efter godkännande från den asylsökande namnet till sjukvården, som sedan kallar personen till undersökning. Detta fungerar väl. Om Migrationsverket inte vet var namnen ska faxas ber de den asylsökande själv att ta kontakt med vårdcentralen. Detta fungerar enligt vår uppfattning ej väl! Rapporter har kommit om hur få nyanlända invandrare som blir hälsoundersökta. Därför:

Du sköterska/läkare som har, eller kommer att ha, hand om hälsoundersökningar! Bli kontaktperson till Migrationsverket! Meddela Ditt namn och faxnummer till undertecknad! Om Du har frågor om gruppen eller dess medlemmar kan hjälpa Dig med – välkommen att höra av Dig.

*Kristina Persson
Bitr smittskyddsläkare
Tel 040-33 71 84*

e-mail: Kristina.Persson@pop.skane.se

Länsveterinären i Skåne har ordet:

Botulism hos djur och människor – ett nygamalt fenomen

Intoxikation med botulinum-toxin hos djur har under de senaste 15 - 20 åren fått förnyad aktualitet genom ändrade utfodningsrutiner och ny teknik att bereda djurfoder. Speciellt har detta haft betydelse för hästar som är mycket känsliga för detta toxin.

Tidigare var det typiska utbrottet av botulism ånder som dog i stora mängder under sommarmånaderna i stadsparkens vattendamm. Orsaken var oftast att botulinum-toxin bildats i ruttnande vegetation i dammen kombinerat med att det inte fanns pumpputrustning för att cirkulera och därmed syresätta vattnet. Eller så var det nötkreatur som insjuknat och som stod vid ett foderbord med hängande tunga och med en tuss foder i mungipan.

I det riktigt typiska fallet, det så kallade skolexemplet, var det nötkreatur som stod uppbounda mitt emot varandra vid foderbordet, och som alltså ätit av samma parti hö, som var sjuka. Källan till intoxicationen var då som regel ett parti fuktigt hö i vilket det också funnits ett djurkadaver från vilket toxinet spridits. För att vara skolexempel krävdes att djurkadavret skulle vara en katt!

Även i minkgårdar och rävfarmar har tidvis stora problem med botulism upp-

stått till följd av att det högpotenta toxinet bildats i tunnor med slaktavfall som använts som foder.

Under årets första månader har några fall av botulism påvisats hos hästar i Skåne. Som tidigare nämnts är häst det djurslag som är mest känsligt för botulinum-toxin. I ett av fallen var det fem hästar på en gård i norra Skåne som dog eller fick avlivas efter att ha insjuknat i typiska symtom för botulism. Symtomen var svalgförlamning med slapp hängande tunga, muskeldarrningar och svettningar. Senare tillkom allmänna förlamningsymtom och av djurskyddsskäl fick djuren avlivas. Någon dag före insjuknandet hade man påbörjat utfodring av hästarna med ensilage från en ny bal.

Ensilage är en form av gräskonserv. Ensilaget lagras under anaeroba förhållanden i silos eller i de vita inplastade balar man kan se ute på fälten. Om gräset vid skörden förorenas med jord, gödsel eller kadaver från något djur kan botulinumbakterier växa till och bilda toxin. Den starkt ökade förekomsten av vildsvin lär spela en viss roll eftersom vildsvin med förkärlek vänder upp och ner på en gräsvall och att därmed jordförening kan uppkomma av gräset som

skördas till ensilage. För att minska risken för botulism rekommenderas att ensilage till hästar har minst en torrsbstanshalt på 50%.

Från att tidigare ha varit mycket ovanligt har under de senaste åren utfodring av ensilage till hästar blivit betydligt vanligare och därmed har också risken för botulism ökat. Främsta anledningen till att man utfodrar sina hästar med ensilage är att detta foder är dammfritt och inte ger upphov till de dammallergier och andra luftvägslidande som annars är vanliga hos hästar. Hästägare känner alltför ofta inte till de risker som är förknippade med ensilage-utfodring och vet inte alltid heller att det finns möjlighet att vaccinera sin häst mot botulism.

I fallet med de fem hästarna som insjuknade i norra Skåne kom också zoonospekten in vid diskussion med smittskyddsläkaren. Några ungdomar hade varit i närkontakt med dels de sjuka hästarna dels det smittade ensilaget. Risken för ungdomarna bedömdes som mycket liten och ingen av dem blev heller sjuk. Men fallet genererade denna notis. Allt om slarvigt tillverkade fisk-, kött- och grönsakskonserver och den därmed förknippade risken för botulism hos människor är fortfarande relevant.

*Lennart Sjöland
Länsveterinär*

Tillägg: Botulism hos människa är mycket ovanligt. Endast två tillfällen har rapporterats i Skåne under 1990-talets.



Hälsosamtal vid ankomst till Sverige

Samtal genomfört vid (enhet, adress, tel.):	Födelsedatum: _____ <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
	Namn: _____
	Adress: _____ _____
	Telefon: _____

Hemland: _____ Språk: _____

Ankomst till Sverige: _____ Vistelseland före Sverige: _____

Civilstånd: ogift gift skild änka/änkling Anhöriga: _____

Skolgång/utbildning/yrke: _____

Tidigare hälsoundersökt (var, när)? _____

Tidigare sjukdomar/sjukhusvård: _____

Nuvarande hälsa/aktuella mediciner: _____

Har du eller någon i din familj (haft) någon smittsam sjukdom t.ex. tuberkulos (tbc)? ja nej vet ej

Om ja: Vem?/Vilken/vilka sjukdom(ar): _____

Är du vaccinerad mot tbc (BCG)? ja nej vet ej Om ja: När/var?: _____

Andra vaccinationer (endast <18 år)? ja nej vet ej Om ja: Kryssa i mot vilken sjukdom:

Difteri Stelkramp Kikhosta Polio Hib (Haem. infl. b)

Mässling Påssjuka Röda hund Hepatit B

Är du gravid? ja nej Senaste menstruationens första dag: _____

Har du fått blodtransfusion? ja nej Om ja: När/var?: _____

Har du någon allergi eller överkänslighet? ja nej Om ja: Vilka är dina besvär och vad är du överkänslig mot? _____

Härmed medger jag att lämnade uppgifter och provtagningsresultat får delges hälso- och sjukvården.

Datum _____

Underskrift _____

IMPETIGO

– fusidinresistent *Staphylococcus aureus*-stam dominerar fortfarande

Sommaren 1999 noterades en kraftig ökning av fusidin-resistenta *Staphylococcus aureus* på Kliniska Bakteriologiska Avdelningen i Kristianstad. Dessa isolat härrörde praktiskt taget uteslutande från prov där remissupplysningarna tydde på impetigo. På Smittskyddsdagen i Malmö den 12/11 2001 diskuterades klinik och handläggning av impetigo.

Överläkare Tony Edén, Bakteriologiska laboratoriet i Kristianstad, redovisade de senaste två årens statistik. Sedan augusti 1999 har laboratoriets beställare uppmanats att odla på samtliga impetigofall. Bakteriologin vid positiva sådana odlingar redovisas i bifogade figurer. Sammanfattningsvis:

- Antalet impetigo-odlingar har stadigt ökat vid kvartalsvis jämförelser år från år. Hög- och sensomaren 2001 var situationen uppenbarligen osedvanligt besvärlig.
- Fusidin-resistenta *Staphylococcus aureus* i renkultur är det klart dominerande fyndet i impetigoodlingarna, ca

40% under vinterhalvåret och ca 60% under sommarhalvåret.

- *Streptococcus pyogenes* (betastreptokocker grupp A) påvisas sällan, tvärtom vad gängse, ofta amerikansk-inspirerad översiktslitteratur hävdar.

Fusidinresistensen för *Staphylococcus aureus* härrörande från andra infektioner än impetigo ligger än så länge kvar på en stabil och låg nivå. Även sista kvartalet 2001 visar således samma tendens.

Översiktlig resistens-statistik från mikrobiologiska laboratorerna i Lund, Malmö, Karlskrona, Växjö och Borås tyder på att situationen är densamma vad

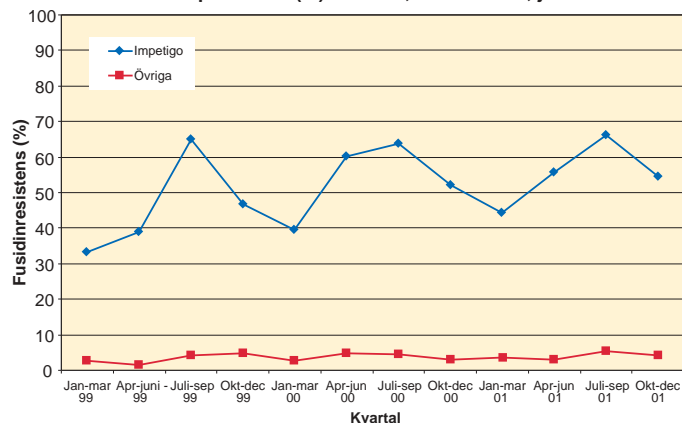
impetigo beträffar i större delen av södra sjukvårdsregionen. Typning av ett antal fusidinresistenta impetigo-stammar från Kristianstad, Växjö och Malmö under hösten –99 gav vid handen att isolaten var genetiskt identiska. Det rör sig således om snabb och utbredd spridning av en speciell klon, f.ö. av fagtyp 3A/55/71, den vanligaste fagtypen vid epidemisk, bullös impetigo. Fusidinbruket de senaste åren gör sannolikt varken till eller från vad spridningen beträffar. Stammen är uppenbarligen höggradigt smittsam ”av egen kraft”. Nya molekylärbiologiska typningar hösten 2001 talar för att det är samma klon som envist bitit sig kvar under mer än två års tid.

Överläkare Gunnel Bojs, Hudkliniken i Kristianstad, beskrev på smittskyddsdagen några fall av svår utbredd bullös impetigo och visade några förskräckliga diabler. Förvisso är inte alltid impetigo en banal sjuka, utan kan ibland ha ett snabbt och dramatiskt förlopp. Sommaren 2001 vårdades tre barn med SSSS, *Staphylococcal scalded skin syndrome*, på barnkliniken i Kristianstad. ”Impetigo-stammen” odlades fram och den bildade SSSS-toxin. I oktober –01 vårdades ett barn på grund av bakteriemi med denna stam.

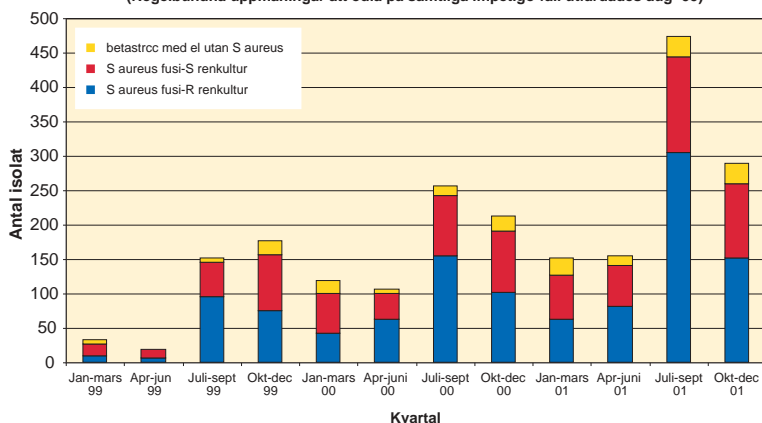
För egen del blev jag medveten om skillnaden mellan ”vanlig” impetigo och bullös impetigo först sommaren 1999. Då dök det upp en hel mängd barn på distriktsläkarmottagningen med vätskefyllda blåsor, ibland mycket stora enstaka blåsor på exempelvis buken eller låren. Det spekulerades bland annat i om det kunde röra sig om någon form av fototoxisk reaktion. I själva verket var det således bullös impetigo med växt av den aktuella stammen i odlingar. Fortfarande ser man dock då och då den ”klassiska” formen av impetigo med smetiga sår runt näsan. I dessa fall växer det ofta streptokocker, så som man kan tycka det ”ska göra”.

Det är vanligt med spridning mellan familjemedlemmar även av den bullösa formen av impetigo. Hygienrådgivning till familjen (och kanske till distriktsköterskorna?) är därför väsentlig!

Resistenta Staph aureus (%) Bakt lab, Kristianstad, jan -99 - dec -01



Positiva Impetigo-odlingar Bakt lab, Kristianstad, jan -99 - dec -01
(Regelbundna uppmaningar att odla på samtliga impetigo-fall utfärdades aug -99)



Basbehandling är tvål och vatten, ibland Microcid-kräm och vid utbredd impetigo systemisk antibiotikabehandling **efter odling**. I den nuvarande epidemiska situationen finns det gott om erfarenheter som tyder på att fusidin har ingen eller dålig effekt, även om in vitro-data skulle kunna tolkas som att lokalbehandling ger koncentrationer på huden som överstiger MIC-värdet för de resistenta stafylokokerna. När det gäller den allvarliga (men ovanliga) SSSS spelar det sannolikt ingen roll för utvecklingen av sjukdomsbilden vilket lokalantibiotikum man eventuellt smetar i såren, eftersom förloppet är så snabbt. Vid bullös impetigo måste stafylokokker misstänkas och täckas in om man anser att ett antibiotikum måste ges (Cefadroxil eller Heracillin t.ex.). Eventuella kompresser eller bomullstussar som använts ska inte ligga och drälla på köksbordet utan förslutas i plastpåse och sedan slängas. Flergångspincett bör kokas i fem minuter. Hand-

desinfektionssprit bör användas flitigt, kan köpas över disk på apoteket, t.ex. Alcolgel DAX 70%. Tidigare var våtservetter hyggliga i dessa sammanhang med hög sprithalt, men numera innehåller de mest parfym. Uppmana familjemedlemmarna att använda personbundna handdukar, tvätta dem ofta och byta örnogott (dock inte med varandra).

Sammanfattningsvis:

- Odlas på samtliga fall av impetigo, oavsett planerad behandling
- Behandla inte impetigo "blint" med penicillin V eller fusidin. Avvakta om möjligt odlings svar
- Vid bullös impetigo: välj Cefadroxil eller Heracillin om systemisk behandling behövs, smalna av behandlingen om det visar sig vara möjligt när odlingsresultatet är klart
- Beakta smittrisker vid lokalbehandling. Koka pincetter, spritdesinficera händerna

- Dagis- och lågstadiesbarn hålls hemma och äldre barn befrias från skolgymnastik och idrottsträning tills såren är torra.
- Vid andra hud- och mjukdelsinfektioner kan fusidin användas "som vanligt", men odla först
- Bactrobansalva reserveras för bärare av meticillinresistenta *Staphylococcus aureus*, MRSA!

Antalet fall av MRSA-bärarskap ökar, se årsstatistik i detta nummer. Bactroban (mupirocin) är ett av mycket få medel att ta till vid behandling av patienter och personal med MRSA-bärarskap och måste reserveras för dessa tillfällen. Om preparatet används för mycket i andra sammanhang kommer det att förlora sin effekt. Se gärna även LäkemedelsBulletinen Nr 10 December 2001.

*Henrik Elmrud
Läkare, Smittskydd Skåne*

Meticillinresistenta *Staphylococcus aureus* (MRSA) 2001

Fakta angående MRSA, se Smittskydd Skåne Nr 3 2001.

MRSA, har under 2001 uppmärksamats i media med anledning av en total ökning i landet. Sverige har hittills varit förskonat från okontrollerad spridning av MRSA med vissa undantag, enligt nedan. I flertalet länder utanför Norden, även inom Europa, har man på senare år fått en mycket snabb spridning av MRSA inom sjukvården. I t.ex. England, Irland, Portugal, Spanien och Bulgarien har man de senaste åren funnit att närmare 40% av alla blodisolerat med *Staphylococcus aureus* är meticillinresistenta. I Sverige har motsvarande siffra legat på < 1%.

MRSA har bara varit anmälningspliktigt i Sverige sedan 000101 varför det inte finns säkra siffror tidigare. Från år 2000 till 2001 har det skett en ökning från 327 fall till 429. Vid närmare granskning av siffrorna finner man att Västra Götaland tidigare stod för en stor andel fall då man hade en pågående spridning med en epidemisk stam, men

man har sedan dess med krafttag pressat tillbaka antalet fall till årets ca 56. Samtidigt har man fått en ökad spridning inom sjukvården i Stockholm (97 till 166 fall 2000-2001) och ett ökat antal fall förekommer i flera andra delar av Sverige. Detta speglar sannolikt ett ökat tryck av importerade stammar och kanske också en ökad spridning inom svensk sjukvård och en ökad provtagning för MRSA.

Även Skåne har under 2001 ett relativt högt antal fall av MRSA, 79 (70 fall 1999, 32 fall 2000) varav dock bara 12 fall säkert kan härledas till smittspridning inom vården. Många fall är resultat av en fungerande riktad screening av personer som haft kontakt med sjukvård utomlands (19 personer) och resultat av omfattande smittspårning kring de nyupptäckta fallen (33 personer). 26 fall har hittats vid utredning utan känt samband med tidigare MRSA. Drygt hälften av dessa har varit i eller haft kontakter med andra länder där MRSA är vanligt men det återstår ett tiotal där vi inte kän-

ner någon smittkälla. Cirka 40% av fallen i Skåne har upptäckts i öppenvården.

Den viktigaste åtgärden är fortfarande att minimera risken för smittspridning till och inom den slutna vården!

En grupp med representanter från Skånes fyra Infektionskliniker, tre Sjukhushygienområden och Smittskydd har under hösten 2001 bildats för att finna vägar att bemöta MRSA-hotet.

Ett uppenbart problem i Skåne är bristen på hygiensköterskor i kommunal/privat sjukvård utanför sjukhusen och en otillfredsställande hygienisk standard sedan Ädelreformen genomfördes 1992. En hög hygienisk standard är grundförutsättningen att kunna undvika framtida utbrott av MRSA!

Ett annat problem är det minskade antalet platser på Infektionsklinikerna med åtföljande svårigheter att omhänderta MRSA-patienter i behov av inneliggande vård.

Gällande PM med Metodik för kontroll av MRSA finns på Vårdhygien i Skånes hemsida www.labmedicin.org under rubriken "Vårdhygien". En uppdatering av innehållet pågår och kommer att läggas ut under våren.

*Håkan Ringberg
Bitr. smittskyddsläkare*



En avgående smittskyddssjuksköterskas reflektioner

Jaha!! Var blir tiden av? Det är minsann tur att man som smittskyddssjuksköterska inte behöver umgås med de små organismer och kryp som man jobbar med i registret.

Tack och lov så har jag under året fått jobba med helt vanliga underbara människor. Tack för en intressant och spännande tid. Visst lär man sig något nytt var man än drar fram. Spännande händelser som när kollegan Ulla jagade

tag på salmonellan i sesampastan. Detta gav eko i hela världen.

Eller när jag fick i uppgift att begära odling på igelkottspilling. Härmed tillkännagives; igelkottarna gick fria och behövde inte avstängas från sin ordinarie sysselsättning.

Antraxhotet mullrade över världen och allvaret varmed detta bemöttes. En person smakade och sniffade djupt i pulvret, kallt konstaterande att: ”de ä

vanlit vaniljsocker!” medan andra stod i full mundering som för att bege sig av till månen.

En fredagseftermiddag, strax före farsdag, organiserade och stoppade vi snabbt som vinden fortsatt spridning av calicivirus från frysta hallon. Mången fader slapp därmed magpina av en föräddisk prinsessstårta med calicimittade hallon i.

Tack alla på Smittskyddet i Region Skåne! Till min efterträdare, Åsa Ståhl - varmt välkommen, och lycka till!

Solweig Andersson
Februari 2002

Smittskydd Skåne – Ring eller maila!

www.smittskydd.skane.se

Smittskydd Skåne, 205 02 Malmö
Fax: 040-33 71 88

		Telefon:	E-post:
Hans Bertil Hansson	Smittskyddsläkare	040-33 71 81	HB.Hansson@pop.skane.se
Kristina Persson	Bitr. smittskyddsläkare	040-33 71 84	Kristina.Persson@pop.skane.se
Håkan Ringberg	Bitr. smittskyddsläkare	040-33 71 85	Hakan.Ringberg@pop.skane.se
Rosmarie Fält	Smittskyddssjuksköterska	040-33 71 83	Rosmarie.Falt@pop.skane.se
Niclas Winqvist	Smittskyddssjuksköterska	040-33 71 86	Niclas.Winqvist@pop.skane.se
Ulla Stamer	Smittskyddssjuksköterska	040-33 71 87	Ulla.Stamer@pop.skane.se
Taisto Vierimaa	Smittskyddskonsulent	040-33 71 82	Taisto.Vierimaa@pop.skane.se
Helene Rosenqvist	Assistent	040-33 71 80	Helene.Rosenqvist@pop.skane.se

Smittskydd Skåne, 291 85 Kristianstad
Fax: 044-13 16 77 OBS! Nytt faxnummer

Rolf Alsterlund	Bitr. smittskyddsläkare	044-13 16 08	rolf.alsterlund@skane.se
Åsa Ståhl (börjar 11/4 -02)	Smittskyddssjuksköterska	044-13 16 18	Asa.Stahl@pop.skane.se
Marie Steen	Assistent	044-13 16 16	Marie.Steen@pop.skane.se

Smittskydd Skåne

Ansvarig utgivare: Hans Bertil Hansson
Redaktör: Kristina Persson, tel 040-33 71 84
Layout: Ann-Christine Jönsson
Tryckeri: Wallin & Dalholm Boktryckeri AB
Upplaga: 2.000 ex
Papper: G-Print, miljömärkt med Svanen

