**MALARIA 2005 OG REVIDEREDE FORSLAG TIL PROFYLAKSE** Uge 24, 2006

Fra danske laboratorier blev i 2005 anmeldt i alt 87 tilfælde af importeret malaria, tabel 1. Af de tilfælde, hvor det formodede smitteland blev oplyst, var 81% (56/69) erhvervet under ophold i Afrika syd for Sahara. Hovedparten (77%) af malariatilfælde fra Afrika var forårsaget af Plasmodium falciparum, hvorimod der ikke var tilfælde af P. falciparum fra hverken Asien, Mellem- og Sydamerika eller Oceanien. Alle malariatilfælde importeret fra Asien eller Mellem- og Sydamerika skyldtes P. vivax.

Kommentar

Antallet af importerede malariatilfælde var i 2005 det laveste i over 20 år og bekræfter den faldende tendens observeret i de senere år, EPI-NYT 19/05. Tallene bekræfter også, at risiko for alvorlig malaria forårsaget af P. falciparum, fraset få udvalgte områder i Asien og Sydamerika, alt overvejende er til stede ved ophold i Afrika. Disse forhold taler for en større grad af individualisering af anbefalingerne for profylakse til malariaområder uden for Afrika, se nedenfor. (L.S. Vestergaard, Parasitologisk Laboratorium, ABMP)

REVIDEREDE FORSLAG TIL MALARIAPROFYLAKSE

En arbejdsgruppe med deltagelse af repræsentanter fra relevante videnskabelige selskaber har revideret SSI's vaccinationsforslag ved udlandsrejse, EPI-NYT 21-22/06, herunder anbefalinger for malariaprofylakse. Den rejsendes risiko for at pådrage sig malaria vil afhænge af den konkrete rejserute, rejsens varighed samt rejseformen. Generelt er risikoen for malaria større ved ophold i landområder uden for de større byer, hvilket typisk berører rygsækturister, udsendte udviklingsarbejdere og indvandrede på familiebesøg. Derimod vil kortvarig turist- eller forretningsrejse til større byer i reglen kun være forbundet med mindre risiko for malaria. I områder med lav risiko for malaria vil mange rejsende ofte kunne nøjes med forebyggelse mod myggestik. Dette gælder mange områder i Asien og Mellem- og Sydamerika, hvor risikoen for malaria er yderst begrænset (ofte under 0,1% pr. måneds rejse). En beslutning om at fravælge medikamentel profylakse og nøjes med myggestikprofylakse er en afvejning mellem den faktiske risiko for malaria

Tabel 1. Importerede tilfælde af malaria i Danmark, 2005

	Afrika	Asien	Mellem- og Sydamerika	Oceanien	Ej oplyst *)	I alt 2005	I alt 2004
P. falciparum	43	0	0	0	9	52	81
P. vivax	4	8	5	0	4	21	16
P. ovale	4	0	0	0	3	7	4
P. malariae	2	0	0	0	1	3	4
Blandet	1	0	0	0	1	2	1
Ej oplyst	2	0	0	0	0	2	0
I alt	56	8	5	0	18	87	106

*) Herunder rejsende til mere end ét kontinent

i forhold til risikoen for bivirkninger af malariamedicinen.

Fravælges medikamentel profylakse til fordel for forebyggelse af myggestik alene, er det ekstra vigtigt at informere den rejsende om den vurderede risiko, om symptomer på malaria og om vigtigheden af hurtigt at søge læge lokalt, hvis malaria mistænkes. Uanset medikamentel profylakse eller ej, er det ligeledes vigtigt at informere alle rejsende om, at feber i op til tre måneder efter hjemkomst kan skyldes malaria, og at man i så fald bør undersøges for malaria.

Ved rejser >2-3 uger uden medikamentel profylakse til områder med lav malariarisiko og dårlig adgang til kvalitetssikrede lægemidler kan der eventuelt medgives et godkendt, effektivt og kvalitetssikret malariamiddel til behandling. Dette kan anvendes, hvis det ved kompetent lægelig undersøgelse påvises eller findes overvejende sandsynligt, at der er tale om malaria. I de fleste tilfælde vil Malarone være hensigtsmæssig. Der bør medgives en skriftlig instruks om anvendelsen. Egentlig selvbehandling kan ikke i almindelighed erstatte medikamentel profylakse og bør kun anbefales de få rejsende, som ikke har adgang til lokal undersøgelse og behandling inden for 24-48 timer. For en nærmere omtale af myggestikprofylakse samt særlige risikogrupper, se EPI-NYT 19/05.

Niveauer for profylakse

Malariaprofylakse har fortsat fire niveauer, svarende til WHO's inddeling: I) Myggestikprofylakse alene II) Klorokin III) Klorokin + proguanil (Paludrine) IV) Atovaquon/proguanil (Malarone), meflokin (Lariam) eller doxycyclin. Præparaterne i niveau IV anses for ligeverdige med hensyn til effektivitet. Anvendelse af medikamentel profylakse overflødig gør ikke myggestikprofylakse.

Geografiske forslag til profylakse

Anbefalinger vanskeliggøres af lokal variation og mangel på præcise data om malariaforekomst. WHO arbejder i disse år på at forbedre rapporteringen af malariaforekomst i de enkelte lande.

Som hovedregel anbefales medikamentel malariaprofylakse til samtlige rejsende til Afrika syd for Sahara, hvor forekomsten af P. falciparum generelt er høj. Udvalgte områder, som fx byerne Nairobi i Kenya og Harare i Zimbabwe, er dog fri for malaria. Malariaforekomsten er generelt lav i Sydafrika med undtagelse af Krüger National Park, hvortil fortsat anbefales medikamentel profylakse ved ophold med overnatning.

I modsætning til Afrika er malariarisikoen i Asien samt i Mellem- og Sydamerika generelt lav (og mange steder er der hovedsagelig tale om vivax-malaria), hvorfor myggestikprofylakse alene ofte vil være tilstrækkelig. På gængse turistmål i Thailand, ved Goa i Indien, Ankor Wat og Phnom Pen i Cambodja samt Vientiane i Laos anses malariarisikoen for lav.

Det er dog vigtigt at være opmærksom på en række lande og områder også på disse kontinenter, hvor risikoen for malaria (inkl. falciparum malaria) er høj, fx Amazonas i Sydamerika, Assam og Orissa i det nordøstlige Indien, dele af Laos, Cambodja og Vietnam samt Papua Ny Guinea, Irian Jaya, Salomonøerne og Vanuatu. Ved rejse til disse områder anbefales medikamentel profylakse, også til korttidsrejsende.

For landespecifikke anbefalinger for medikamentel profylakse og en nærmere beskrivelse af risikoområder, se EPI-NYT 23/06 og www.ssi.dk/rejser. (Arbejdsgruppen til revision af SSI's vaccinationsforslag ved udlandsrejse, EPI-NYT 21-22/06)

Individuelt anmeldelsespligtige sygdomme

Antal anmeldelser modtaget i Epidemiologisk afdeling, Statens Serum Institut. Tallene for 2006 er foreløbige.

Tabel 1	Uge 23 2006	Kum. 2006 ¹⁾	Kum. 2005 ¹⁾
AIDS	4	22	33
Anthrax	0	0	0
Botulisme	0	0	0
Creutzfeldt-Jakob	0	7	2
Difteri	0	0	0
Fåresyge	0	8	4
Gonoré	11	202	251
Hepatitis A	1	8	38
heraf smittet i udlandet	0	1	9
Hepatitis B (akut)	0	10	21
Hepatitis B (kronisk)	3	187	64
Hepatitis C (akut)	0	5	1
Hepatitis C (kronisk)	9	293	152
HIV	8	93	147
Hæmorrhagisk feber	0	0	0
Kighoste (børn < 2 år)	0	25	83
Kolera	0	0	0
Legionella pneumoni	3	36	35
heraf smittet i udlandet	1	7	8
Lepra	0	0	0
Leptospirose	0	4	10
Levnedsmiddelbåren sygdom	4	152	151
heraf smittet i udlandet	0	37	36
Meningitis, purulent			
Haemophilus influenzae	0	1	1
Listeria monocytogenes	0	4	1
Streptococcus pneumoniae	0	35	74
Anden ætiologi	0	1	9
Ukendt ætiologi	0	7	10
Under registrering	4	29	-
Meningokoksygdom	0	33	54
heraf gruppe B	0	16	29
heraf gruppe C	0	4	10
heraf uspec.+ andre	0	13	14
Mæslinger	4	24	2
Neuroborreliose	0	17	18
Ornitose	0	7	9
Pest	0	0	0
Plettyfus	0	0	0
Polio	0	0	0
Rabies	0	0	0
Røde hunde (i graviditeten)	0	0	0
Røde hunde (medfødt)	0	0	0
Shigellose	1	23	39
heraf smittet i udlandet	0	20	36
Syfilis	1	29	51
Tetanus	0	0	2
Tuberkulose	11	174	183
Tyfus/paratyfus	0	13	13
heraf smittet i udlandet	0	13	12
VTEC/HUS	2	50	73
heraf smittet i udlandet	0	11	27

¹⁾ Kumulativt antal modtaget i 2006 og i samme periode 2005

Udvalgte laboratoriepåviste infektioner

Antal prøver, isolater og/eller anmeldelser modtaget i laboratorier, Statens Serum Institut.

Tabel 2	Uge 23 2006	Kum. 2006 ²⁾	Kum. 2005 ²⁾
Bordetella pertussis (alle aldre)	4	110	279
Gonokokker	7	199	197
heraf kvinder	2	40	25
heraf mænd	5	159	172
Listeria monocytogenes	1	13	14
Mycoplasma pneumoniae			
Luftvejsprøver ³⁾ PCR	3	224	582
Serumprøver ⁴⁾ MPT	2	202	491
Streptokokker ⁵⁾			
Gruppe A streptokokker	2	87	69
Gruppe B streptokokker	0	44	24
Gruppe C streptokokker	1	11	10
Gruppe G streptokokker	1	62	60
S. pneumoniae	26	589	675
Tabel 3	Uge 21 2006	Kum. 2006 ²⁾	Kum. 2005 ²⁾
Tarmpatogene bakterier ⁶⁾			
Campylobacter	42	658	863
S. Enteritidis	6	122	146
S. Typhimurium	3	102	153
Andre zoon. salmonella	8	177	195
Yersinia enterocolitica	6	65	96
Verocytotoksin- producerende E. coli	1	46	55
Enteropatogene E. coli	1	77	91
Enterotoksogene E. coli	1	77	102

²⁾ Kumulativt antal i 2006 og i samme periode 2005

³⁾ Luftvejsprøver med positiv PCR

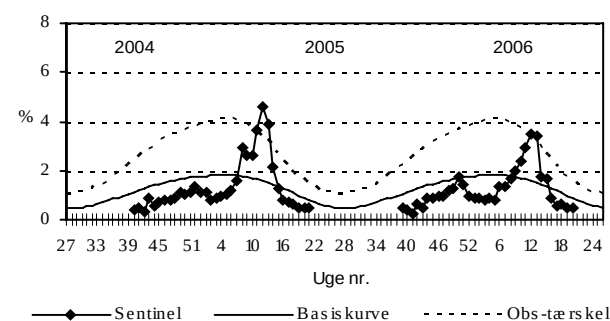
⁴⁾ Serumprøver med positiv komplementbindingstest, MPT

⁵⁾ Isolaret i blod eller spinalvæske

⁶⁾ Se også www.mave-tarm.dk

Sentinelovervågning af influenzaaktiviteten

Konsultationsprocent pr. uge, 2004/2005/2006



Sentinel: Influenzakonsultationer i procent af det samlede antal konsultationer.

Basis kurve: Forventet andel influenzakonsultationer under ikke-epidemi.

Obs-tærskel: Mulig, begyndende epidemi.

Supplerende information kan ses i Influenza-Nyt på www.ssi.dk/sw2796.asp

14. juni 2006