



## NY VEJLEDNING OM FOREBYGGELSE MOD VIRAL HEPATITIS

Uge 35, 2002

Sundhedsstyrelsen udsendte i juli i år: "Vejledning om forebyggelse mod viral hepatitis", der er en revision af vejledningen fra 1996. I den ny vejledning findes opdateret viden om hepatitis A (HAV) og B (HBV), beskrivelsen af hepatitis C (HCV) er udvidet, og såvel hepatitis D som E omtales. Endvidere er der skrevet selvstændige afsnit om lovmæssige forhold, betaling og om gravide med HBV infektion. Endelig er der henvisninger til patientforeninger og oplysningsmateriale. Nogle af de vigtigste forhold uddybes nedenfor:

### Hepatitis A

Vurderet ud fra antal anmeldelser er forekomsten af akut HAV lav i Danmark. Den mest betydende eksposition får danskere under udlandsrejse samt via indvandrere, der smittes under besøg i deres oprindelsesland. HAV infektion forløber oftest asymptomatisk hos små børn, og blandt børn i førskolealderen er infektionen subklinisk hos ca. 90%. I dag findes to muligheder for immunprofylakse: vaccination og humant normalt immunglobulin. Immunglobulin giver kortvarig beskyttelse og er velegnet til udbrudskontrol. Vaccination med to doser giver mangeårig beskyttelse og kan bruges til børn >1 år. Børn, der er født i Danmark af forældre fra endemiske områder, anbefales vaccineret, inden de tager på besøg i oprindelseslandet. Immunglobulin kan gives til såvel børn <1 år som til gravide, og dosis er altid 0,02 ml/kg legemsvægt.

### Hvor lang tid må der gå mellem den 1. og 2. vaccination mod hepatitis A?

Allerede kort efter 1. vaccination kan der påvises antistoffer. Da inkubationstiden for sygdommen er 2-6 uger, vil selv én vaccination umiddelbart før afrejse give beskyttelse i mange måneder. Det anbefales generelt, at 2. dosis gives 6-12 mdr. efter den 1. dosis, hvorefter man kan forvente beskyttelse i mindst 20 år. Undersøgelser har dog vist, at der kan opnås tilstrækkelig serologisk respons, selv om 2. dosis gives 3-4 år efter 1. dosis. Endelig tyder flere undersøgelser på, at hvis der er opnået god serologisk respons på den primære vaccinationsserie, kan der påregnes livslang beskyttelse mod hepatitis A sygdom. Dette er dog ikke endeligt afklaret.

### Hepatitis B

På grund af de seneste 25 års indvandring til Danmark skønnes prevalensen af kronisk HBV infektion at være steget fra ca. 5.000 til måske det tredobbelte. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at flygtninge og indvandrere fra højendemiske områder undersøges for HBV infektion for derved at sikre forebyggelse via rådgivning, vaccination mv. Endvidere anbefales det, at børn og personale i daginstitutioner, hvor der går et barn med kronisk HBV, vaccineres mod HBV, om end smitterisikoen i børneinstitutioner er meget lille.

Gravide spiller en central rolle for spredning af HBV, da > 90% af nyfødte, der smittes ved fødslen, ubehandlet vil udvikle kronisk HBV infektion. Til sammenligning udvikler <1% af yngre voksne kronisk HBV efter akut HBV og 5-10%, hvis forløbet er subklinisk. Forekomsten af kronisk HBV infektion er således afhængig af omfanget af perinatal smitte. Det er derfor afgørende at identificere gravide med kronisk infektion. Aktuelt anbefales selektiv screening ved 1. graviditetsundersøgelse af kvinder med særlig risiko. Sundhedsstyrelsen overvejer p.t. et forslag fra SSI om generel screening af alle gravide for HBV. Diagnosen HBV infektion stilles ved påvisning af HBsAg i en blodprøve.

Det er afgørende, at børn født af gravide med kronisk HBV bliver vaccineret. Til nyfødte anbefales et fire dosis-program: 1. dosis gives inden for 48 timer efter fødslen, de næste tre efter 1 md., 2 mdr. og 12 mdr. Sammen med 1. vaccination skal gives hepatitis B immunglobulin.

### Hvad gør man, hvis en person er seronegativ efter en fuld vaccinationsserie mod HBV?

Ca. 90-95% af immunkompetente personer, der grundvaccineres mod HBV, vil danne beskyttende antistoffer efter endt vaccination. Yngre responderer generelt bedre end ældre på vaccinen. Personer uden målelige antistoffer er dog ikke nødvendigvis ubeskyttet mod klinisk hepatitis. Vaccinen er en rekombinant vaccine, og den cellulære immunitet spiller en stor rolle. Generelt anbefales ikke at måle antistoffer efter endt vaccinationsserie. Undtaget er dialysepatienter, der bør

undersøges en gang årligt. Hvis der er få eller ingen antistoffer, anbefales det at give yderligere én vaccination, og fire uger senere måle antistoffer på ny. Hvis der stadig ikke er respons, gives yderligere to vaccinationer efter 1 og 6 mdr., svarende til en ny vaccinationsserie. Uanset antistofniveau skal der ikke vaccineres yderligere.

Visse forhold disponerer for nedsat respons, herunder dialyse, HIV, rygning og alder >50 år. Der bør anvendes dobbelt vaccinedosis til personer >10 år med Down's syndrom.

### Hepatitis C

I Danmark er omkring 15.000 personer smittet med HCV, heraf er op mod 80% intravenøse stofmisbrugere. Øvrige smittede er især personer, der har modtaget mange transfusioner med blod/blodprodukter før screening af blod blev obligatorisk i 1991. Det er relevant at undersøge intravenøse stofmisbrugere samt indvandrere, der i hjemlandet har været udsat for invasive procedurer og blodtransfusion, for kronisk HCV infektion.

### Behandling af HBV og HCV

Behandling af både kronisk HBV og HCV er en specialopgave. Gennem de senere år er der sket en betydelig udvikling i muligheder for behandling med antivirale midler. Vedrørende HCV vil der for nogle patienter være tale om kurativ behandling.

### Betalingsforhold

Visse befolkningsgrupper har adgang til gratis vaccination: 1) nyfødte og børn <2 år født af kvinder med kronisk HBV infektion, 2) børn og ansatte i daginstitution, hvor embedslæge har kendskab til et barn med kronisk HBV infektion og 3) intravenøse stofmisbrugere indsat i fængsler. Andre persongrupper, der anbefales vaccination, kan opnå tilskud til HBV vaccinen efter ansøgning på særlig blanket til Lægemiddelstyrelsen.

Humant normalt immunglobulin kan rekvireres gratis fra SSI på anbefaling af embedslægen i forbindelse med udbrud af hepatitis A. (E. Smith, Epidemiologisk afdeling)

## Patienter med udvalgte individuelt anmeldelsespligtige sygdomme

Anmeldelser modtaget i januar-marts 2002 sammenlignet med tilsvarende periode i 2001

Amt	AIDS		Hepatitis A		Meningokoksygdom		Tuberkulose	
	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001
Kbh.'s Kom.	7	6	7	2	3	5	26	43
Frb. Kom.	1	3	-	-	-	-	4	-
Københavns	2	2	2	-	2	5	19	22
Frederiksborg	-	1	-	1	4	2	6	4
Roskilde	-	-	-	-	1	1	-	2
Vestsjællands	2	1	1	-	4	-	3	3
Storstrøms	-	-	-	1	1	1	2	5
Bornholms	-	-	-	-	-	-	-	-
Fyns	-	1	-	-	3	9	11	16
Sønderjyllands	-	-	-	-	1	2	1	2
Ribe	-	-	-	-	3	5	3	-
Vejle	1	1	1	-	2	5	3	5
Ringkøbing	-	1	-	-	6	3	2	1
Århus	-	1	6	1	6	2	12	14
Viborg	-	-	-	1	1	11	4	4
Nordjyllands	-	1	1	-	3	12	12	11
Andet	1	1	-	1	-	1	5	-
I alt	14	19	18	7	40	64	113	132

## Patienter med øvrige individuelt anmeldelsespligtige sygdomme

Anmeldelser modtaget i januar-marts 2002 og 2001, hele landet

	2002	2001
Fåresyge	2	3
Hepatitis B - akut	11	13
Hepatitis B - kronisk*	28	44
Hepatitis C - akut	-	1
Hepatitis C - kronisk*	57	62
Kighoste < 2 år	87	33
Legionellapneumoni	15	18
Meningitis purulenta	46	49
Mæslinger	24	1
Ornitose	3	6
Paratyfus	1	1
Shigella	19	44
Tyfus	-	4

\* Kronisk hepatitis B og C blev anmeldelsespligtige 1. maj 2000

## Patienter med laboratoriepåvist kighoste

2. kvartal 2002

	April	Maj	Juni	I alt
< 2 år	30	23	28	81
2-17 år	60	71	134	265
≥ 18 år	16	23	35	74
I alt	106	117	197	420

(ALMOS)

(Epidemiologisk afdeling)