

Redaktør: Tove Rønne

Statens Serum Institut • Artillerivej 5 • 2300 København S

Tel.: 3268 3268 • Fax.: 3268 3868 • E-mail: serum@ssi.dk

ISSN 1396-8599

Epidemiologisk afd.: Telefонтid 8.30 - 11.00 og 14.00 - 15.00



Uge 1, 1999

EPI-NYT udkommer før planlagt, da der har været konstateret difteri i en familie i København.

En 18-årig mand med ondt i halsen siden den 20. december blev den 23. december 1998 indlagt med voldsomt halsødem, nekrotiserende tonsillitis samt grålige membraner i hypopharynx og larynx. På mistanke om difteri eller nekrotiserende pharyngitis forårsaget af hæmolytiske streptokokker blev han sat i behandling med antibiotika og difteriantitoxin. Den 27. december påvist toksinproducerende *Corynebacterium diphtheriae*. Patientens 23-årige søster var død den 7. december. Hendes sygdomsforløb var startet et par uger inden med, at hun fik ondt i halsen. Hun var af praktiserende læge sat i behandling med antibiotika, efter at der ved en hurtigstest var fundet gruppe A hæmolytiske streptokokker. Hun blev indlagt den 6. december og døde den 7. december i et sygdomsbillede præget af multiorgansvigt, herunder hjertesvigt forårsaget af myocarditis. I en serumprøve taget den 7. december blev efterfølgende påvist et højt indhold af difteri-antitoxin. Efter moderens oplysninger var søsteren aldrig blevet vaccineret på grund af hjerneskade efter meningitis i 3-måneders alderen, hvilket er bekræftet ved måling af tetanus-antitoxin. Broderen formodes at have fulgt det normale børnevaccinationsprogram omfattende tre Di-Te-Pol-vaccinationer, men dokumentation har ikke kunnet fremskaffes. Ingen af patienterne eller deres pårørende har været i udlandet fornylig.

#### Forholdsregler

Den 28. og 29. december blev følgende iværksat:

Familiemedlemmer og nære kontakter blev informeret om sygdomstegn, fik foretaget halspodning, fik antibiotika (Zitromax® 500 mg x 1 i 3 dage til voksne), og de blev vaccineret, hvis de ikke var revaccineret inden for det sidste år. Desuden blev landets mikrobiologiske afd., infektionsmedicinske afd., afd. for øre-næse-halssygdomme samt embedslægeinstitutioner og vagtlægeberedskabet i Københavns-området informeret. Generelle forholdsregler er ikke iværksat.

#### Smitte

Difteri smitter ved dråbeinfektion, og

## DIFTERI I KØBENHAVN

smitte kræver tæt kontakt. Smitte f.eks. via spiseredskaber kan ses. Et difteriudbrud i Sverige, der begyndte i Göteborg i 1984, omfattede 17 tilfælde af klinisk difteri med tre dødsfald samt 65 bærere, som blev rapporteret blandt ca. 10.000 personer. Både raske smittebærere og rekonvalescenter kan smitte i mange måneder. Inkubationstiden anses for at være 2-5 dage, men kan være længere.

#### Sygdomstegn

Klassisk difteri er karakteriseret ved pludseligt indsættende symptomer på halsbetændelse med belægninger, ledsaget af let feber. Belægningerne kan være en lille plet på en tonsil eller kan involvere begge tonsiller, uvula, den bløde gane og pharynxvæggen. De er gråhvide, fastsiddende og membranøse, og ved forsøg på fjernelse bløder slimhinden. Halskuglerne er ofte hævede, og i alvorlige tilfælde kommer ødem på halsen. Larynx kan inddrages. Ved nasal difteri kommer blodtilblandet sekret. Endelig kan difteri være ikke-respiratorisk og inddrage sår, conjunctivae, øjne og genitalia. I 2. uge kan tilkomme myocarditis og i 2.-6. uge symptomer fra en række andre organer. Typisk ses neuritis, der bl.a. kan medføre parese af den bløde gane. Dødeligheden er 5-10% afhængig af, hvor hurtigt behandling indsættes.

#### Undersøgelse

Til undersøgelse for difteribakterier podes fra nasopharynx, tonsiller, larynx eller fra eventuelle belægninger med kuldodepind, der sendes i Stuart's medium til den lokale klinisk mikrobiologiske afdeling. På den ledsagende prøveseddel skrives tydeligt, at prøven ønskes undersøgt for difteribakterier.

#### Kommentar

Det må regnes for overvejende sandsynligt, at søsteren er død af difteri, som har fået et særligt voldsomt forløb, fordi hun aldrig har været vaccineret. Broderen har været delvist beskyttet af sine børnevaccinationer, men har formentlig været massivt eksponeret. Det er bemærkelsesværdigt, at ingen familiemedlemmer eller nære kontakter har været ude at rejse. Det vides ikke, hvorledes søsteren er blevet smittet og således heller ikke, hvornår smitten er blevet bragt ind i landet. Mellem de to søskendes

sygdom forløb ca. 3 uger; en inkubationstid af denne varighed er længere end den normalt angivne, men kan enten skyldes delvis beskyttelse efter vaccination, eller at smitten er gået via tredje person.

Det sidste enkelttilfælde af difteri i Danmark var i 1985 hos en kun delvist vaccineret 8-årig pige, der døde (EPI-NYT 4/85). Det blev aldrig opklaret, hvorledes hun var blevet smittet, men på nogenlunde samme tid fandt det større udbrud af difteri sted i Göteborg (EPI-NYT 45/84).

Difteri-vaccination blev iværksat i Danmark i 40'erne og blev en del af børnevaccinationsprogrammet fra 1950. Programmet har stort set holdt befolkningen fri for difteri.

I forbindelse med difteriudbrud i det tidligere Sovjetunionen blev følgende forholdsregler iværksat i Danmark i 1996:

- Di-Te-revaccination i 5-års alderen.
- Anvendelse af en kombineret Di-Te-vaccine efter sårskade.
- Revaccination med Di-Te-vaccine ved udlandsrejse.

I de senere år er den specifikke immunitet mod difteri i danske befolkningsundersøgelser fundet relativ lav, især blandt midaldrende kvinder. I andre vestlige lande har man fundet lignende lave antistofniveauer som i Danmark i de ældre aldersgrupper, uden at dette har givet anledning til epidemier, dog er enkelttilfælde set. Det må formodes, at befolkningsimmuniteten, der skal sikre mod en egentlig epidemiudvikling i landet, er tilstrækkelig høj, ikke mindst på grund af revaccinationsanbefalingerne. Siden 1996 har årligt været udleveret omkring 300.000 Di-Te-revaccinationsdoser.

De to aktuelle tilfælde illustrerer vigtigheden af, at de gældende vaccinationsanbefalinger overholdes, samt at der udvises agtpågenhed, så eventuelle nye tilfælde hurtigt diagnostiseres og behandles.

Mistanke om difteri er anmeldelsespligtig, både telefonisk og på blanket 1507. Meldepligten gælder også, hvis man kun har klinisk mistanke, og i dette tilfælde er det den karakteristiske membranøse belægning i halsen, der bør føre til anmeldelse.

(T. Rønne, epid. afd., C. Lundstedt, Stadslægen, B. K. Pedersen, epidemioaf., N. Høiby, klin. mikrobiol. afd., RH, B. Bruun, klin. mikrobiol. afd.)

5. januar 1999

## Patienter med påvist infektion med *Listeria monocytogenes*

3. kvartal 1998 sammenlignet med hele 1997

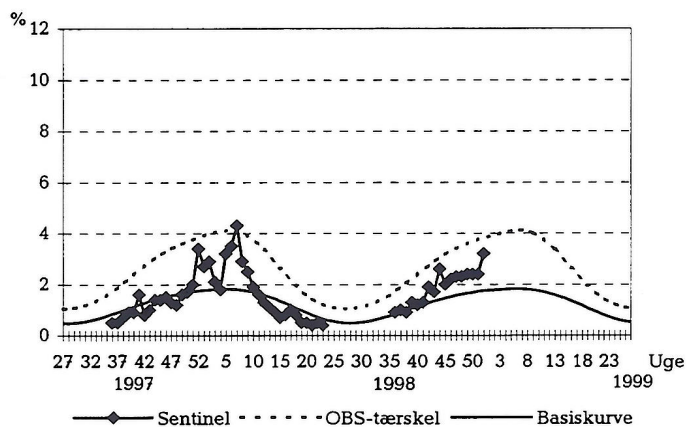
|                       | 3. kvartal<br>1998 | Kumuleret<br>1998 | Hele året<br>1997 |
|-----------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| Mor/barn<br>infektion | 1                  | 2                 | 3                 |
| Sepsis                | 5                  | 21                | 17                |
| Meningitis            | -                  | 6                 | 5                 |
| Andet                 | 1*                 | 1                 | 1                 |
| I alt                 | 7                  | 30                | 26                |

\* Analabsces

(klinisk mikrobiologisk afd.)

## Influenzaaktivitet i sentinelovervågning

Konsultationsprocent pr. uge 1997/98/99



**Sentinel:** Influenzakonsultationer i % af det samlede antal konsultationer

**Basiskurve:** Forventet frekvens influenza-konsultationer under ikke-epidemi

**Obs-tærskel:** Mulig, begyndende epidemi

(epidemiologisk afd.)