



## NY STATUS FOR RÆVENS DVÆRG-BÆNDELORM I DANMARK

Rævens dværgbændelorm, *Echinococcus multilocularis*, er for nyligt blevet fundet i en sønderjysk ræv af DTU Veterinærinstituttet. Parasitten blev påvist første gang hos tre ræve i Københavnsområdet for 12 år siden, EPI-NYT 5/00, men er ikke blevet løbende overvåget i den mellemliggende periode.

Der er i de senere år set en øget forekomst af *E. multilocularis* blandt ræve i store dele af Europa, bl.a. i Tyskland og Sverige. Det kan på baggrund af det nye fund ikke udelukkes, at parasitten har etableret sig permanent i Danmark, om end forekomsten formodes at være lav.

Parasitten har carnivorer (køddedere), herunder ræve, mårhunde og hunde, som slutvært, mens mus og andre små gnavere er mellemværter. Overvågning af forekomsten blandt vilde carnivorer i Danmark blev indledt i 2011, finansieret af Fødevarestyrelsen. Foreløbig er blevet undersøgt mere end 350 ræve og mårhunde, og kun én er fundet positiv. *E. multilocularis* kan give anledning til alveolær ekinokokkose hos mennesker. Forekomsten af humane tilfælde er korreleret med prævalensen blandt vilde ræve samt med rævepopulationens tæthed. Især hundeejere, hvor hunden færdes frit i naturen, men også landmænd, jægere og andre, der hyppigt færdes i skov og markområder, har en øget risiko for at blive inficerede.

Smitte sker via kontakt med afføring fra inficerede dyr. Det er derfor vigtigt at iagttage god hygiejne - både i håndteringen af dyr, og hvis man arbejder med jord eller spiser grønt, frugt eller bær, der kan have været i berøring med afføring fra dyr.

Inkubationstiden er lang, i de fleste tilfælde mellem 5 og 15 år, hvorfor klinisk infektion optræder hyppigst blandt ældre mennesker, om end tilfælde hos børn ned til 7 år er beskrevet. Der er endnu ikke set tilfælde i Danmark, som med sikkerhed kan tilskrives smitte her i landet, men én person er død som følge af denne bændelorm, EPI-NYT 18/04.

Ekinokokkose hos mennesker forårsages af enten *E. multilocularis* eller *E. granulosus*, der begge kan give anledning til cystedannelse, primært i leveren. Ved alveolær ekinokokkose ses cyster med en diameter op til 15-20 cm. Væksten er proliferativ med dannelse af metastaser i infekti-

onens sene stadier. Dødeligheden er høj, såfremt infektionen ikke diagnosticeres og behandles i tide. I ca. 1/3 af tilfældene ses metastaser i et eller flere ekstrahepatiske organer på det tidspunkt, hvor patienten diagnosticeres første gang. Infektionens initiale fase er symptomløs. I den progressive fase kan ses træthed, mavesmerter, hepatomegali, samt i nogle tilfælde gulsot, feber og anæmi.

Tidlig diagnostik af subkliniske tilfælde er en forudsætning for effektiv behandling. Den kliniske diagnose af alveolær ekinokokkose baseres på en kombination af 1) anamnese og kliniske fund, 2) billeddiagnostik (ultralyd, computertomografi (CT), magnetisk resonans skanning (MR), 18F-Fluoro-Deoxyglucose-Positron-Emission-Tomografi skanning (FDG-PET)), 3) serologi, og såfremt disse ikke fører til en entydig diagnose: 4) histopatologi og PCR-analyse af cystemateriale. Leverbiopsi indebærer dog en risiko for metastasering og bør om muligt undgås.

Et positivt antistofsvær er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at patienten udvikler klinisk ekinokokkose. Billeddiagnostik kan i de fleste tilfælde indikere hvilken af de to ekinokokk-arter, der primært må mistænkes, sammenholdt med antistofundersøgelse for en eller begge parasitter, samt information omkring rejseaktivitet og ophold udenfor landets grænser, idet *E. granulosus* ikke findes i Danmark. Antistoffer rettet mod disse parasitter krydsreagerer kun i nogen grad med hinanden, og det anbefales at undersøge for begge arter ved tvivlsom billeddiagnostik og klinisk mistanke. Mistanke om alveolær ekinokokkose kan være relevant også uden kendt udlands-eksposition.

(H.L. Enemark, Veterinærinstituttet, DTU, H.V. Nielsen, AMDIA)

## ORNITOSE 2011

I 2011 blev syv personer anmeldt med ornitose, som forårsages af den zoonotiske bakterie *Chlamydia psittaci*. Antallet var på samme niveau som tidligere år. Blandt tilfældene var tre kvinder og fire mænd, og medianalder var 61 år (spændvidde 53-75 år). For klinik og smitteveje, se EPI-NYT 5/08 og 19-20/10. Seks var smittede i Danmark, tre i forbindelse med private fuglehold, én ved anden fuglekontakt og for to var smittekilde og smitemåde uvis. Én var formodet smittet under turistrejse

til et europæisk land med uvis smitemåde. Alle syv patienter var indlagt med pneumoni, for én var det oplyst, at der var CNS-påvirkning, én modtog respiratorbehandling og én døde. Alle syv tilfælde blev diagnosticeret ved PCR på sekret fra de nedre luftveje. Fund af *C. psittaci* ved PCR betragtes som en sikker diagnose.

(C. Kjelsø, Afd. for Infektionsepidemiologi, S. Uldum, AMOF)

## SUNDHEDSSTYRELSENS VEJLEDNING OM SMITSOMME SYGDOMME HOS BØRN OG UNGE

De praktiserende læger spiller en vigtig rolle i forbindelse med smitsomme sygdomme hos børn, og ved behov for fraværsmeldinger. Fx er øjenbetændelse en tilstand, der ofte giver anledning til drøftelser forældre og pædagoger imellem, hvilket kan skyldes, at nogle læger ikke kender det nye regelsæt. Sundhedsstyrelsen skal derfor igen gøre lægerne opmærksomme på den nye udgave af "Smitsomme sygdomme hos børn og unge. Vejledning om forebyggelse i daginstitutioner, skoler mv.", der udkom i januar 2011.

Vejledningen er 5. udgave af den hidtidige publikation på området og er gennemgribende revideret. I forhold til den tidligere udgave er der kommet nye kapitler om de grundlæggende regler på området om, hvem der gør hvad, og om forebyggelse af smittespredning. Der er tilføjet afsnit om hiv-infektion, tuberkulose og MRSA. I reglerne for hvornår et barn igen må komme i institution, er der mindre ændringer, og de nye regler er tydeligt beskrevet på side 8-9. Andre væsentlige ændringer:

- For øjenbetændelse er det kun de sværere former, der kræver antibiotisk behandling, og barnet må da først komme i institution efter mindst 2 døgn behandling. Hvis børn med de mildere former for øjenbetændelse sættes i behandling, kan dette bl.a. give problemer i forbindelse med fremmøde i institutionerne og tolkning af reglerne.

- For kighoste gælder ikke længere, at børn under 1 år, der ikke har haft kighoste eller ikke tidligere mindst har fået to kighostevaccinationer, skal hjemsendes, hvis der optræder kighoste i institutionen.

Den reviderede vejledning kan læses på [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

(Sundhedsstyrelsen)

## Individuelt anmeldelsespligtige sygdomme

Antal anmeldelser modtaget i Afdeling for Infektions-epidemiologi, Statens Serum Institut. Tallene for 2012 er foreløbige.

Tabel 1	Uge 18 2012	Kum. 2012 <sup>1)</sup>	Kum. 2011 <sup>1)</sup>
AIDS	0	8	22
Anthrax	0	0	0
Botulisme	0	0	0
Creutzfeldt-Jakob	0	3	1
Difteri	0	0	0
Fåresyge	0	7	2
Gonoré	4	192	121
Hepatitis A	0	11	5
heraf smittet i udlandet	0	0	0
Hepatitis B (akut)	0	10	2
Hepatitis B (kronisk)	1	115	76
Hepatitis C (akut)	0	1	4
Hepatitis C (kronisk)	0	149	79
HIV	1	61	99
Hæmorrhagisk feber	0	0	0
Kighoste (børn < 2 år)	1	36	21
Kolera	0	0	0
Legionella pneumoni	1	31	27
heraf smittet i udlandet	1	7	3
Lepra	0	0	1
Leptospirose	0	1	1
Levnedsmiddelbåren sygdom	1	73	50
heraf smittet i udlandet	1	18	12
Meningitis, purulent			
Haemophilus influenzae	0	0	1
Listeria monocytogenes	0	3	2
Streptococcus pneumoniae	0	24	38
Anden ætiologi	0	6	6
Ukendt ætiologi	0	3	3
Under registrering	1	2	0
Meningokokksygdom	1	28	51
heraf gruppe B	0	7	13
heraf gruppe C	0	16	28
heraf uspec.+ andre	1	5	10
Mæslinger	0	2	46
Neuroborreliose	0	26	5
Ornitose	1	4	3
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	0	16	27
heraf smittet i udlandet	0	12	21
Syfilis	4	111	170
Tetanus	0	0	0
Tuberkulose	4	162	113
Tyfus/paratyfus	1	5	7
heraf smittet i udlandet	1	5	7
VTEC/HUS	1	50	35
heraf smittet i udlandet	1	20	12

<sup>1)</sup> Kumulativt antal modtaget i 2012 og i samme periode 2011

## Udvalgte laboratoriepåviste infektioner

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

Tabel 2	Uge 18 2012	Kum. 2012 <sup>2)</sup>	Kum. 2011 <sup>2)</sup>
Bordetella pertussis (alle aldre)	16	171	28
Gonokokker	12	166	81
heraf kvinder	5	50	17
heraf mænd	7	116	64
Listeria monocytogenes	0	15	10
Mycoplasma pneumoniae			
Luftvejsprøver <sup>3)</sup> PCR	2	281	199
Serumprøver <sup>4)</sup> MPT	4	169	168
Streptokokker <sup>5)</sup>			
Gruppe A streptokokker	0	71	98
Gruppe B streptokokker	0	39	54
Gruppe C streptokokker	0	22	22
Gruppe G streptokokker	0	53	52
S. pneumoniae	6	387	454
Tabel 3	Uge 16 2012	Kum. 2012 <sup>2)</sup>	Kum. 2011 <sup>2)</sup>
MRSA	22	372	356
Tarmpatogene bakterier <sup>6)</sup>			
Campylobacter	19	639	568
S. Enteritidis	5	54	62
S. Typhimurium	5	64	61
Andre zoon. salmonella	16	223	164
Yersinia enterocolitica	6	143	70
Verocytotoksin- producerende E. coli	2	38	36
Enteropatogene E. coli	4	38	43
Enterotoksogene E. coli	4	64	76

<sup>2)</sup> Kumulativt antal i 2012 og i samme periode 2011

<sup>3)</sup> Luftvejsprøver med positiv PCR

<sup>4)</sup> Serumprøver med positiv komplementbindingstest, MPT

<sup>5)</sup> Isoleret i blod eller spinalvæske

<sup>6)</sup> Se også [www.mave-tarm.dk](http://www.mave-tarm.dk)