

Ebóla og við

Sigurður Guðmundsson

læknir, sérfræðingur í lyflækningum og smitsjúkdómum, ly Landspítala, prófessor, læknadeild Háskóla Íslands



[siggdum@landspitali.is](mailto:siggudm@landspitali.is)

Ebóla-faraldurinn sem nú geisar í Vestur-Afríku hefur þegar þetta er skrifað um miðjan september sýkt um 4300 manns og lagt um helming þeirra að velli.^{1,2} Líklega eru tilfelli miklu fleiri, kannski tugþúsundir. Ebóla-veiran greindist fyrst árið 1976 í Kongó og Súdan. Hún er af flokki þráðveira (*filoviridae*), einstrengja RNA veira. Veiran hefur valdið fjölda faraldra, nær eingöngu í ríkjum Mið-Afríku. Dánartala er mjög há, 30-90%. Núverandi faraldur er sá mesti hingað til og sá fyrsti sem fram kemur í Vestur-Afríku. Hann hefur að mestu verið bundinn við Gíneu, Sierra Leone og Líberíu. Hann hófst í desember síðastliðinn með andláti tveggja ára barns, en hans varð þó ekki að fullu vart fyrr en í mars í landamærahéruðum Gíneu. Landamærin eru mjög opin, og för fólks mikil þar um, enda hefur faraldurinn farið sem eldur í sinu. Hann barst síðan til Nígeríu og síðar Senegal með flugfarþegum, lýsandi dæmi um hvernig sjúkdómurinn getur og mun berast milli landa.

Ebóla veldur blæðandi hitasótt, einkenni eru svæsin og hröð, sjúklingarnir deyja úr blæðingum og fjólkerfabilun. Forðahýsill veirunnar eru líklega ávaxtaleðurblokur. Menn sýkjast einkum með snertingu við líkamsvessa veiks fólks, við það að sinna líkum eða við að eiga við eða neyta kjöts af dýrum merkurinnar (*bushmeat*). Veiran berst ekki með úðasmiti sem er ákaflega mikilvæg staðreynd, enda er talið að „einungis“ 1-3 smitist út frá hverju tilfelli (*basic reproduction number* (R0)), samanborið við

til dæmis 14-17 fyrir mislinga. Meðgöngu-tími er 2-21 dagar (6-10 dagar að meðaltali) og á þeim tíma er fólk ekki smitandi.

Meðferð er engin þekkt. Innan við tugur sjúklingar (flestir Vesturlandabúar) hafa fengið tilraunalyfið ZMapp, blöndu þriggja einstofna manngerðra mótefna unninna úr tóbakspöntu. Einnig eru bundnar vonir við lyf sem byggja á hömlun mRNA (*RNA interference*), en Nóbelsverðlaunin 2006 voru veitt fyrir rannsóknir á því sviði.³ Bóluefni er heldur ekki til reiðu, en gert ráð fyrir að tilraunir á mönnum verði hafnar nú í október.

Hvers vegna er þessi faraldur öðruvísi en fyrri faraldrar ebóla? Þeir komu upp á afskekktum svæðum. Núverandi faraldur kom hins vegar upp á þéttbýlli svæðum þar sem landamæri eru fjölfarin og breiddist fljótt til borganna. Ef til vill er þó fátæktin og mikill skortur á innviðum sá samnefnari sem helst skýrir vandann.⁴ Síðir og venjur við frágang líka og við útfarir hafa einnig haft áhrif á gang faraldursins. Tortryggni og vantraust er mikið, ástvinir veikra eru hræddir við heilbrigðisstarfsmenn sem mæta í geimbúningum og taka sjúklinga í burtu. Veikt fólk (og lík) eru falin svo unnt sé að veita viðeigandi jarðarför, þar sem öll fjölskyldan kemur saman (rétt eins og hér á landi) en það auðveldar enn frekar útbreiðslu.

Hver hafa viðbrögð alþjóðasamfélagsins verið? Þau hafa verið sein og urðu loks sýnileg í júlí. Athygli vekur og áhyggjur að jafnalvarlegur sjúkdómur og ebóla skuli hafa gengið í endurteknum faröldrum allt frá 1976 án þess að gerðar hafi verið marktækar rannsóknir á lyfjameðferð eða bóluefnum. Skýringin er að öllum líkindum sú að sjúkdómurinn hefur eingöngu lagst á íbúa fátækra landsvæða í Afríku. Ekki þarf mikla spádómsgáfu til að segja til um hvað hefði gerst ef þessi sjúkdómur hefði komið fram á Vesturlöndum. Vonandi er verið að ráða bót á þessu nú.

En hvað með Vesturlönd, eru líkur á að sjúkdómurinn berist þangað? Hann getur vissulega gert það, annaðhvort með veikum

flugfarþegum eða hjálparstarfsfólki sem kemur til baka til heimahaga. Hins vegar er útilokað að ebóla nái að breiðast út sem heimsfaraldur. Til þess er heilbrigðisþjónusta og innviðir á Vesturlöndum of öflug. Óttinn er hins vegar mikill og skiljanlegur. Eins og áður sagði smitast veiran eingöngu við snertingu, ekki með úða. Sjúklingar sem fluttir hafa verið til Vesturlanda eða fólk sem grunað er um sýkingu hefur hins vegar verið sett í hástígs einangrun (*high level isolation units*, HLIUs) þar sem slíks er kostur. Í þessu efni praktíserum við ekki það sem við prédikum, og óttinn er skýringin.

Hvernig stöndum við að vígi hér á Íslandi ef hingað kæmi einstaklingur sem gæti verið verið með ebóla? Íslensk heilbrigðisþjónusta er í reynd ekki undir svona tilvik búin. Áætlun um hvernig við brygðumst við er vissulega tilbúin og byggir á reynslu af fyrri nýlegum faröldrum, HABL og fuglaflensu. Sjúklingum yrði sinnt og fengju viðeigandi meðferð. Hins vegar tæki slíkt mikinn toll, loka yrði heilli sjúkradeild og tilnefna stóran hóp starfsfólks sem gerði lítið annað. Tilvik af þessu tagi myndi setja starfsemi Landspítalans úr skorðum. Líkurnar eru mjög litlar, en komi til þessa verðum við að taka því sem að höndum ber, og bregðast við af raunsærri varkárni, ekki órýmilegum ótta.

Heimildir

1. who.int/csr/disease/ebola/en/ - september 2014.
2. cdc.gov/ - september 2014.
3. Goodman JL. Studying „secret serums“ – toward safe, effective ebola treatments. *N Engl J Med* 2014. DOI: 10.1056/NEJMp1409817
4. Chan M. Ebola virus disease in West Africa – no early end to the outbreak. *N Engl J Med* 2014. DOI: 10.1056/NEJMp1409859

Ebola and us

Sigurður Guðmundsson, MD, PhD
Consultant in Internal Medicine and Infectious Diseases,
Landspítali University Hospital,
Professor, School of Medicine, University of Iceland