

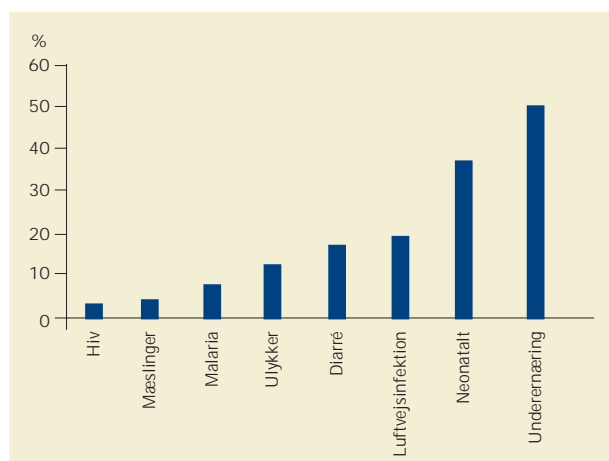
# Pneumokokinfektion – en usynlig dræber i udviklingslande

Dansk Selskab for Tropemedicin og International Sundhed

Professor Freddy Karup Pedersen & læge Lise Jensen

I udviklingslandene dør hvert år mellem 10 og 11 millioner børn under fem år af sygdomme, der for hovedpartens vedkommende kan forebygges eller er relativt lette at behandle (Figur 1). Cirka 20% af dødsfaldene skyldes pneumoni, og mere end en tredjedel af pneumonierne er forårsaget af *Streptococcus pneumoniae* [1]. Ud over pneumoni er *Streptococcus pneumoniae* også årsag til meningitis, sepsis og otitis media, og det skønnes, at mindst 800.000 børn under fem år dør af pneumokokinfektion årligt. Patienter, som overlever invasiv pneumokokinfektion, har ofte sequelae i form af høretab, neurologisk handicap, indlæringsvanskeligheder og retarderet udvikling.

Trods den betydelige sociale, kliniske og økonomiske byrde pneumokokinfektion – og specielt pneumokokpneumoni – giver anledning til i den 3. verden, har den opmærksomhed, den har givet anledning til, været ringe. Årsagerne hertil er flere: Sikker ætiologisk diagnostik af pneumoni kræver relativt sofistikerede metoder til prøvetagning og adgang til mikrobiologisk laboratorium, der sædvanligvis ikke er til rådighed til rutinediagnostik. Det seneste årtis fokus på hiv/aids, tuberkulose og malaria har ført til en nedprioritering af andre infektionssygdomme, og endelig er det først for nylig, at der er opstået mulighed for forebyggelse af pneumokoksygdom i større stil. En syvvalent proteinkonjugeret pneumokokvaccine, der er immunogen også hos børn under toårsalderen, har været markedsført siden 2000 og udgør nu en del af de fleste industrialiserede landes børnevaccinationsprogrammer inklusive det danske. *World Health Organization* har for nylig anbefalet, at pneumokokvaccinen inkluderes også i udviklingslandes vaccinationsprogrammer, når det er muligt, skønt vaccinen nuværende pris gør det umuligt i de fleste udviklingslande. De syv pneumokokserotyper, der indgår i vaccinen, udgør 60-70% af de sygdomsfremkaldende pneumokoktyper hos børn under to år i den industrialiserede verden. Da fordelingen af sygdomsfremkaldende pneumokokserotyper varierer over tid og fra region til region, er det muligt, at vaccinen dækning i udviklingslande vil være noget mindre afhængig af den lokale serotypefordeling, som de fleste steder er lidet kendt. En ny tivalent og en ny 13-valent vaccine med bredere dækning er imidlertid under udvikling. Store kontrollerede undersøgelser af en niva-



Figur 1. Fordeling af årsager til ca. 10 mio. årlige dødsfald blandt børn under fem år.

lent vaccine i henholdsvis Gambia [2] og Sydafrika [3] reducerede antallet af røntgenologisk dokumenterede pneumonier hos hospitalsindlagte børn med 25-37%, dødelighed uafhængig af årsag med 16% og hospitalsindlæggelse uafhængig af årsag med 15% [2].

At en væsentlig del af pneumokokinfektionerne nu kan forebygges ved inklusion af pneumokokvaccine i børnevaccinationsprogrammet bør give anledning til, at dette prioriteres højt, og at denne skjulte dræber får langt mere opmærksomhed, end det hidtil har været tilfældet.

Korrespondance: Freddy Karup Pedersen, Pædiatrisk Klinik II, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: freddy.karup.pedersen@rh.regionh.dk  
Interessekonflikter: Ingen

## Litteratur

1. Improving global health by preventing pneumococcal disease. Storbritannien: The all party parliamentary group of pneumococcal disease prevention in the developing world, 2008.
2. Cutts FT, Zaman SM, Enwere G et al. Efficacy on 9-valent pneumoconjugate vaccine against pneumonia and evasive pneumococcal disease in the Gambia: Randomised, double blind placebo controlled trial. *Lancet* 2005;365:1139-46.
3. Klugman KP, Madhi SA, Huebner RE et al. A trial of a 9-valent pneumococcal conjugate vaccine in children with and those without HIV infection. *N Engl J Med* 2003;349:1341-8.