Flygtninge og familiesammenførte fra højrisikoområder bør screenes for tuberkulose

LEDER

Christian Wejse & Frauke Rudolf

Ugeskr Læger 2018;180:V69795

Kristensen et al behandler i en statusartikel forekomsten af tuberkulose (tb) blandt asylansøgere og beskriver gældende praksis for tuberkulosescreening blandt disse [1].

Der er forskellige tilgange til tb-screening af asylansøgere i Europa, som også beskrevet i en nyligt publiceret undersøgelse fra 36 europæiske lande [2]. Danmark havnede i undersøgelsen blandt den lidet ærefulde gruppe af fem lande uden en screeningsindsats, og det er derfor glædeligt, at der nu sættes ind.

De nuværende retningslinjer er implementeret i 2017, og det er derfor væsentlig at være opmærksom på, at der indtil for nylig ikke har været samme systematiske screening for tb. Flygtninge, som er ankommet før 2016, har derfor ikke gennemgået nogen egentlig screening for tb, om end de har haft adgang til udredning og behandling, hvis de har ønsket det. Der er endnu ikke tal på, hvor stor en andel af asylansøgerne, der gennemgår den nyligt indførte tb-screening, men som beskrevet af *Kristensen et al* er det langt under halvdelen af asylansøgerne, der får foretaget de kommunale helbredsundersøgelser; de er jo desværre ikke længere er obligatoriske.

Risikoen for at udvikle aktiv tb er størst i de første år efter ankomsten til Danmark, og den er væsentligt højere blandt flygtninge end blandt etnisk danske patienter [3]. Det er derfor væsentligt at holde sig det for øje, når vi møder migranter fra højincidenslande.

Data fra Australien viser, at dem, der pga. forskellige risikofaktorer og fund gennemgik fuld screening for aktiv tb, men ikke blev diagnosticeret med tb, havde en væsentlig øget risiko for få aktiv tb i de efterfølgende år [4]. Det ses især i de første to år efter ankomsten, hvor man fandt en incidens på 436/100.000 personår, hvilket svarer til risikoen for tb i nogle af verdens højincidenslande. Det er en risiko, der er 100 gange højere end i den danske baggrundsbefolkning. Det understreger, at der er et behov for at følge migranter, der ved ankomsten vurderes at have risiko for tb, men ikke får påvist aktiv tb i modtagecenteret. Dette er, som også fremhævet af *Kristensen et al*, besværliggjort i det nuværende system, da migranter får tildelt skiftende CPR-numre, hver gang de er i kontakt med sundhedsvæsenet, og et nyt fast CPR-nummer, når de får opholdstilladelse.

Det er samtidig vigtigt at påpege, at der i gruppen af flygtninge fra lande med lav forekomst af tb pga. borgerkrig m.m. kan være en højere incidens af tb end baggrundsincidensen i deres oprindelsesland grundet smitte under flugten og under ophold i flygtningelejre m.m. Konsekvensen af den nuværende fokuserede screening udelukkende af personer fra højincidenslande kan således være, at en betydende gruppe af muligt smittede overses.

Der er efterhånden en righoldig litteratur, der beskriver den indsats, der gøres i landene omkring os for at opspore tb blandt asylansøgere [5]. Den viser, at selv om der er stor variation i screeningsprocedurer, og det er uafklaret, hvad der er det mest omkostningseffektive, så findes der ved screeningsprogrammer adskillige patienter med tb. Omkostningsniveauet bør dog tænkes med, idet tb er en sjælden tilstand, og *number needed to screen* er højt pr. fundet tilfælde med aktiv tb. Det er imidlertid velkendt, at en patient med aktiv tb kan nå at smitte 10-15 tætte kontakter, inden der iværksættes behandling. I gruppen af migranter med tb kan det medføre smitte af familie og andre tætte kontakter blandt personer, der ofte er i samme situation. Smitten foregår således i en i forvejen sårbar gruppe med begrænset forståelse for det danske sundhedssystem, hvilket kan medføre forsinkelse af diagnose og dermed yderligere spredning af sygdommen. Det er især væsentligt at tænke på i forbindelse med de helbredsundersøgelser, der heldigvis stadig gennemføres i en del kommuner, af flygtninge og familiesammenførte. Her bør den praktiserende læge, der udfører undersøgelsen, tænke tb ind som en mulighed og henvise til en infektionsmedicinsk eller lungemedicinsk afdeling. Ligeså ved førstegangskontakter med sundhedssektoren samt ved tb-symptomer – især de første år efter ankomsten til Danmark. Quantiferontesten er ikke et ideelt screeningsværktøj, men den er anvendelig sammen med en klinisk vurdering, og det bør vi anvende mere, end vi gør nu!

KORRESPONDANCE:
Christian Wejse, Infektionssygdomme, Aarhus Universitetshospital. E-mail: wejse@skejby.rm.dk

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Kristensen KL, Nørredam M, Lillebæk T et al. Tuberkulose blandt asylansøgere. Ugeskr Læger 2018;180:V11170828.
2. D'Ambrosio L, Centis R, Dara M et al. European policies in the management of tuberculosis among migrants. Int J Infect Dis 2017;56:85-9.
3. Lillebæk T, Andersen AB, Dirksen A et al. Persistent high incidence of tuberculosis in immigrants in a low-incidence country. Emerg Infect Dis 2002;8:679-84.
4. Kaushik N, Lowbridge C, Scandurra G et al. Post-migration follow-up programme for migrants at increased risk of developing tuberculosis: an Australian cohort study. ERJ Open Res 2018 (i trykken).
5. van de Berg S, Erkens C, van Rest J et al. Evaluation of tuberculosis screening of immigrants in the Netherlands. Eur Respir J 2017;12:50.