
Verdens 37. utbrudd av ebolasykdom

INVITERT KOMMENTAR

GUNNSTEIN NORHEIM

gunnstein.norheim@fhi.no

Gunnstein Norheim er ph.d., farmasøyt og seniorrådgiver i EU-prosjektet European Vaccine Hub ved Folkehelseinstituttet. Han var involvert i WHO's ebola-ringvaksinasjonsstudie i 2014 og i etableringen av CEPI.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er medopppinner av ulike patenter hos Nykode Therapeutics, men uten økonomiske fordeler, og er ubetalt eksternt styremedlem ved Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo.

MARTE PETRIKKE GRENERSEN

Marte Petrikke Grenersen er spesialist i indremedisin og i infeksjonssykdommer og overlege ved Område for smittevern og beredskap, Folkehelseinstituttet, der hun leder utbruddsgruppen for Bundibugyo-virus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Det pågående utbruddet i DR Kongo er ikke av den vanlige Zaïre-varianten, men det mer ukjente Bundibugyo-viruset. Hvordan kan dette ebolaviruset stoppes?



Helsepersonell desinfiserer en ambulanse i Ituri-provinsen i det nordøstlige DR Kongo. Foto: Dieudonne Dirole / NTB

Bundibugyo-virus (*Orthoebolavirus bundibugyoense*) er i familien *Filoviridae* (filovirus) (1). Dets mer kjente brødre Zaire-ebolavirus og Sudan-ebolavirus har til nå tatt langt flere liv, og kun to tidligere utbrudd av Bundibugyo-virus er rapportert. Det første i Bundibugyo (vest i Uganda) i 2007–08 medførte 149 laboratoriebekreftede tilfeller og 25 % mortalitet. I 2012 kom det neste i Den demokratiske republikken Kongo, med 57 tilfeller og 51 % mortalitet.

5. mai 2026 mottok WHO et varsel om ukjent sykdom med høy dødelighet i Ituri-provinsen, bekreftet som Bundibugyo-sykdom ti dager senere. Allerede 17. mai erklærte WHO utbruddet som en internasjonal folkehelsekrise (2). Virus-genomsekvensering anslår at utbruddet kan ha startet allerede i februar, med det første bekreftede tilfellet 25. april (3). En feilhåndtering av negative laboratoriesvar uten retesting i referanselaboratorium kan ha medvirket til at utbruddet ikke ble oppdaget tidligere.

Det pågående utbruddet blir derimot ingen pandemi, til det er Bundibugyo-viruset for lite smittomt. Erfaringene fra Vest-Afrika i 2013–16 med 30 000 ebolasyke tilsier at importtilfeller kan skje i Europa, men i svært lite omfang. Om det likevel skulle dukke opp enkelttilfeller, er det norske helsevesenet svært godt forberedt.

«Det pågående utbruddet blir derimot ingen pandemi, til det er Bundibugyo-viruset for lite smittomt»

Folkehelseinstituttet i DR Kongo publiserer daglig situasjonsrapporter. Per 9. juni var det meldt 598 bekreftede tilfeller, 138 mistenkte og 115 døde (4). Halvparten av nær 5 000 nærkontakter blir sporet, og utbruddet omtales som et to-kohorts-utbrudd med ulik epidemisk utvikling i to ulike hendelsesbølger.

I Uganda er det registrert 19 tilfeller og to dødsfall i områder nær Kampala. En ny modell fra amerikanske Centers for Disease Control and Prevention anslår at dersom halvparten diagnostiseres og isoleres, er det stor sannsynlighet for 10–20 000 tilfeller innen august om ikke verden mobiliserer raskt (5). Estimater er ment å hjelpe oppskalering av responsen. Det er imidlertid basert på en høyere reproduksjonsrate (R_0 2,5) enn det man så under utbruddet med Zaire-ebolavirus i 2018–19 (6).

Helsevesenet i DR Kongo har heldigvis omfattende erfaring med å håndtere ebolautbrudd og har kapasitet til overvåkning, diagnostikk, sekvensering og respons. Bundibugyo-viruset kan ikke påvises med den mest brukte PCR-testen, og diagnostikken er stort sett tilgjengelig i sentraliserte laboratorier. Transport og diagnostikk av prøvemateriale tar lang tid, og diagnostikk i felt er prioritert, likeså å forsyne frontlinjearbeiderne med beskyttelsesutstyr. Landet har samtidig store utfordringer som grunnleggende mistillit til myndighetene, væpnede konflikter og en million internt fordrevne. Kombinert med dyptsittende tradisjoner som det å ville berøre avdødes kropp før liket begraves, er det krevende å få smitten under kontroll.

«Kombinert med dyptsittende tradisjoner som det å ville berøre avdødes kropp før liket begraves, er det krevende å få smitten under kontroll»

Hurtig tilgang til antiviralia er viktig, og god støttebehandling kan redusere dødeligheten (1). Det pågår derfor en debatt om det skal satses mer på sentraliserte ad hoc-sykehus med topp moderne fasiliteter versus improviserte feltsykehus nær utbruddssentre (7). Begge deler tar tid å bygge opp.

Fra tidligere ebolautbrudd vet vi at det som hjelper er informasjonskampanjer til befolkningen, rask tilgang til diagnostikk, god datadeling, sporing av nærkontakter, tilgang til smittevernutstyr samt trygge og verdige begravelseritualer. For Zaire-ebolavirus er det vist at antistoffbehandling kan redusere dødeligheten med opptil 17 % (8), og ringvaksinasjon av kontakter kan avverge 15–28 tilfeller per 1 000 gitte doser Ervebo-vaksine (9).

I tillegg til massiv mobilisering for tilgang til diagnostikk, verneutstyr og bygging av feltsykehus og annen infrastruktur, er rask utvikling av legemidler og vaksiner prioritert. Coalition for Epidemic Preparedness Innovation (CEPI) har gått i front: Tre vaksinekandidater er allerede finansiert, og flere ventes i løpet av uker. Moderna og Oxford sine vaksineplattformer ble benyttet i stort omfang under covid-19-pandemien, men har lite eller ingen data på Bundibugyo-virus spesifiske vaksiner. International AIDS Vaccine Initiative (IAVI) sin vaksinekandidat bruker samme plattform som Ervebo og har data på beskyttelse mot Bundibugyo-virus i aper.

For antistoff ser det bedre ut. Ett av tre antistoff i Inmazed (REGN-EB3) er vist å kunne nøytralisere Bundibugyo-virus, og en annen (MBP-134) har vist effekt i dyr (10). Disse skal nå benyttes i behandling under en internasjonal forhåndsgodkjent studieprotokoll, som også skal teste remdesivir (10).

«For antistoff ser det bedre ut. Ett av tre antistoff i Inmazeb er vist å kunne nøytralisere Bundibugyo-virus, og en annen har vist effekt i dyr»

En varig løsning med pan-filovirusprodukter for diagnostikk, antistoff og vaksine, i tillegg til fred og velfungerende helsetjenester i områder hvor ebolavirus kan smitte fra dyr til mennesker, lar vente på seg. Imens bør Norge bidra internasjonalt gjennom forskning og fortsatt støtte til nasjoner med utbrudd og til WHO, Leger uten grenser, Røde Kors og andre aktører i frontlinjen.

LITTERATUR

1. Jacob ST, Crozier I, Fischer WA et al. Ebola virus disease. Nat Rev Dis Primers 2020; 6: 13. [PubMed][CrossRef]
2. WHO. Epidemic of Ebola Disease caused by Bundibugyo virus in the Democratic Republic of the Congo and Uganda determined a public health emergency of international concern. <https://www.who.int/news/item/17-05-2026-epidemic-of-ebola-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda-determined-a-public-health-emergency-of-international-concern> Lest 8.6.2026.
3. Virological. Initial genomes from May 2026 Bundibugyo Virus Disease Outbreak in the Democratic Republic of the Congo and Uganda. <https://virological.org/t/initial-genomes-from-may-2026-bundibugyo-virus-disease-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda/1032/6> Lest 8.6.2026.
4. ECDC. Ebola disease outbreak in the Democratic Republic of the Congo and Uganda. <https://www.ecdc.europa.eu/en/ebola-outbreak-democratic-republic-congo-and-uganda> Lest 11.6.2026.
5. Mooring EQ, Koval WT, Routledge I et al. Modeled Scenario Projections for the Ebola Disease Outbreak Caused by Bundibugyo Virus, 2026. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2026; 75. doi: 10.15585/mmwr.mm7522e1. [CrossRef]
6. Checchi F, Eamer G, Katshitshi J et al. Effect of a safe and dignified burial intervention on Ebola virus transmission in the eastern Democratic Republic of the Congo, 2018-19: a propensity score analysis. Lancet Glob Health 2025; 13: e1617–26. [PubMed][CrossRef]
7. Seruyange E, Nahayo E, Uwimana FX et al. Safe delivery of intensive care for Marburg virus disease in Rwanda. Lancet Infect Dis 2026; 26: e248–55. [PubMed][CrossRef]
8. PALM Consortium Study Team. A Randomized, Controlled Trial of Ebola Virus Disease Therapeutics. N Engl J Med 2019; 381: 2293–303. [PubMed]

[CrossRef]

9. Ajelli M, Muyembe JJ, Touré A et al. Vaccination strategies for Ebola in the democratic republic of Congo: the WHO-Ebola modeling collaboration. *Int J Infect Dis* 2025; 153. doi: 10.1016/j.ijid.2025.107779. [PubMed][CrossRef]

10. WHO. Experts convened by WHO advise on candidate treatments and vaccines for Ebola disease caused by Bundibugyo virus.

<https://www.who.int/news/item/28-05-2026-experts-convened-by-who-advise-on-candidate-treatments-and-vaccines-for-ebola-disease-caused-by-bundibugyo-virus> Lest 9.6.2026.

Publisert: 12. juni 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0412
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 12. juni 2026.