

Indremedisinsk hverdag sør for Sahara

I hverdagen ved et norsk lokalsykehus kan det være langt mellom de klassiske sykdomspresentasjonene vi lærte om i studietiden. Uremisk perikarditt og renal osteodystrofi er noe man leser om, men ikke ser i det virkelige liv. Det året jeg har jobbet ved medisinsk avdeling i Tanzania, har jeg opplevd noe annet.

Tanzania ligger i Øst-Afrika like sør for ekvator, er cirka tre ganger så stort som Norge og har 34 millioner innbyggere. Det er rikt på naturressurser, og turisme er blitt en viktig inntektskilde for landet. Det er det landet som har mottatt mest norsk bistand. I motsetning til mange av nabolandene har det i liten grad vært hjem søkt av krig og etniske konflikter. Til tross for tilsynelatende gunstige forutsetninger er Tanzania fortsatt et av verdens aller fattigste land.

Helsesystemet er delvis statlig finansiert, der pasientene betaler mindre egenandeler. Det er oppbygd med «dispensaries» (helse-sentre) på landsby- og distriktsnivå, «rural hospitals», «district hospitals» og «regional hospitals». Det varierer hvor godt helsetilbudet er i de ulike regionene. Området ved kysten rundt Dar-es-Salaam og rundt Kilimanjaro, med byene Arusha og Moshi, er mest utbygd. Sentrale og vestlige deler av landet er dårligere stilt. Legedekningen svært lav. «Assistant medical officers», som har en helseutdanning med mye vekt på praktisk trening og erfaring, gjør det meste av legearbeidet på landsbygda og ved de mindre sykehusene.

I Tanzania finnes det ikke noe «luksus-helsevesen» som turistene og overklassen kan oppsøke når de blir syke. Blir turister kritisk syke for eksempel av malaria eller høydesyke, blir de gjerne fløyet til Nairobi i Kenya, Sør-Afrika eller Europa.

Kilimanjaro Christian Medical Centre

Kilimanjaro Christian Medical Centre i Moshi er et av fire regionssykehus i Tanzania og landets nest største. Over 11 millioner mennesker søker til sykehuset, som ligger vakkert til ved foten av Kilimanjaro. De fleste kliniske spesialitetene som finnes på et norsk sykehus, er til stede. Det er radiologiavdeling med CT, ultralyd og røntgen, patologiavdeling, et klinisk kjemisk/mikrobiologisk laboratorium og endoskopienhet. Sykehuset har et stort antall utenlandske samarbeidspartnere, blant annet Senter for Internasjonal Helse, Universitetet i Bergen.

Sykehuset er altså langt fra noe «bush-hospital». Antakelig er det landets mest velutstyrte, blant annet på grunn av donasjoner og forskningsmidler fra samarbeidspartnere. Det året jeg har jobbet ved medi-

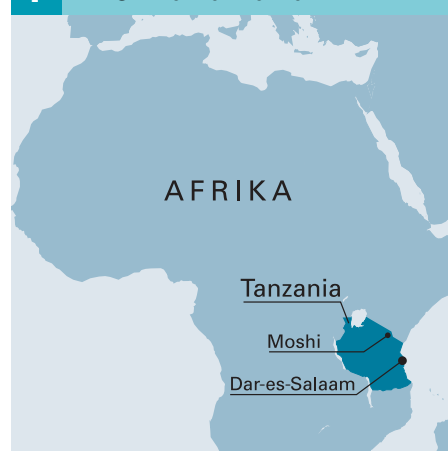
sinsk avdeling, har jeg likevel opplevd en hverdag som er ganske annerledes fra den jeg kjenner i Norge når det gjelder sykdomsbilder, diagnostikk og ikke minst behandlingsmuligheter.

Det diskuteres om Kilimanjaro Christian Medical Centre skal bli det første sykehuset i Tanzania som har MR. Min oppfatning er at det heller bør satses på å forbedre de eksisterende tilbudene. Stabil tilgang på laboratoriereagenser burde vært en høy prioritet. Elektrolytter, for eksempel, har ikke vært tilgjengelig i flere måneder. Den siste tiden har to unge pasienter dødd av diabetisk ketoacidose. Sannsynligvis kunne dette vært unngått hvis vi hadde kunnet målt kaliumnivået. I kjelleren på sykehuset står det mengder med donert medisinsk utstyr som få eller ingen har oversikt over. Kanskje er det en reservedel til en respirator som er ødelagt (vi har ingen respirator i drift på avdelingene), kanskje er det reagenser til et blodgassapparat som mangler. Ressurser som allerede er her, kunne vært utnyttet bedre.

En stor del av pasientene er unge mennesker. De kommer sent til behandling og patologien man ser, er ofte uttalt. Mange tilstander har vi behandlingsmessig lite å stille opp mot, for eksempel revmatisk hjertesykdom, leversykdommer og maligne lidelser. Kronisk nyresvikt behandles konservativt, dialyse er ikke tilgjengelig i Tanzania. Av tropesykdommer dominerer malaria og schistosomiasis. Tuberkulose er svært vanlig også hos HIV-negative. Oppportunistiske infeksjoner ved AIDS ser vi mye av, og omkring 30 % av pasientene ved medisinsk avdeling er HIV-positive.

HIV-epidemien har enorme sosiale og økonomiske konsekvenser. Uten HIV ville forventet levealder i regionen vært 62 år, i dag er den 47 (1). I Tanzania er det foreløpig kun 1 000 pasienter som får antiretroviral behandling. Inntil nylig kostet dette ca. 750 NOK i måneden, nå er prisen blitt halvert. Tilgangen på antiretroviral behandling er et tema som opptar helsepersonell her, og det er forhåpninger om at mye vil skje de nærmeste årene. At antiretroviral behandling forutsetter en grundig oppfølging, er hevet over enhver tvil. Men hvor sofistikert må denne oppfølgingen være for at den skal være forsvarlig? Det pågår flere forsøk i Afrika der Highly Active Antiretro-

i Brev fra Tanzania



viral Treatment (HAART) blir delt ut etter Directly Observed Treatment-modellen, som har vært en suksess i behandlingen av tuberkulose. En ikke-medisinsk nøkkel-person i lokalsamfunnet observerer at medisinen tas og rapporterer videre om bivirkninger. I enkelte av forsøkene blir det ikke tatt en eneste laboratorieprøve. Etter min mening er det helt nødvendig med nytenkning som dette. Etisk er det selvsagt svært problematisk at 30 millioner syke på dette kontinentet er avstengt fra en behandling som redder liv (2).

En dag på medisinsk avdeling

To ganger i uken er det overlegevisitt. Jeg har ansvar for tre rom, til sammen litt over 20 pasienter. Det er bestandig tussmørkt i korridoren og på rommene. Jeg skrur på lysene – de som virker og hvis det er strøm – før jeg går inn.

Gutt 15 år med stor palpabel masse i abdomen

«Habari za leo?» (Hvordan har du det i dag?)

«Nzuri.» (Bra)

Man skal være veldig syk hvis man ikke har det «nzuri». Første pasient er en 15 år gammel gutt med tre måneders historie med økende mageomfang og abdominale smerter. Han sitter foroverlent for å lindre smertene mest mulig. I abdomen har han en enorm, hard og buklete oppfylling. Finnålsaspirasjon har vist maligne celler: enten hepatom eller lymfom. Begge deler er vanlig her; hepatom er knyttet til den høye prevalensen av hepatitt B og sannsynligvis karkinogenet aflatoksin fra soppen *Aspergillus flavus*, som forekommer i dårlig lagrede matvarer. Burkitts lymfom rammer oftest unge i Afrika sør for Sahara. Sykdommen er assosiert med Epstein-Barr-virus, og antakelig også endemisiteten av *Plasmodium falciparum*

(Dr. William Howlett, personlig meddelelse, 3). En behandling for Burkitts lymfom hadde i Vesten vært aggressiv cytostatikabehandling eller beinmargstransplantasjon. Her blir man i beste fall henvist til det nasjonale kreftsykehuset i Dar es Salaam, men de har begrenset kapasitet.

På Kilimanjaro Christian Medical Centre kan vi noen ganger tilby cytostatikabehandling, men medikamenter som adriamycin og etoposid har vi sjelden tilgjengelig.

Eldre mann med diabetes

I sengen ved siden av er det en eldre mann med diabetes, som er ute av kontroll. Han kom inn med blodsukker over 20 mmol/l. Til vanlig bruker han sulfonylurea, men nå hadde han gått tom for medisiner. Resultater av s-kreatinin, urinprotein og blodstatus foreligger ikke, enda pasienten har vært her en uke – et vanlig problem. Er ikke rekvisisjonene fylt ut? Er ikke prøven tatt av turnuslegen? Er den blitt borte på laboratoriet? Laboratorietjenestene er kilde til stor frustrasjon. Dårlig kvalitet og dårlig tilgjengelighet er gjennomgående. For tiden er «alle» amylase- og kreatininverdier sterkt forhøyet, variasjonene er store ved gjentatte prøver hos samme pasient. Svarene, når de foreligger, må altså tas med stor skepsis.

Diabetes er forbausende vanlig her, og ikke bare hos de «velstående» og overvektige. For 30 år siden var dette en sjelden sykdom. En del tanzanianere i Kilimanjaro-regionen har nok hatt en viss omlegging av kosthold og livsstil de siste 20–30 årene. Men på landsbasis regner man med at kun 4 % av husholdningene har tilgang på elektrisitet. Jeg synes det er vanskelig å forstå hvorfor denne fattige, magre mannen skulle få livsstilssykdommen diabetes. Hos diabetespasientene dominerer langtkomne komplikasjoner etter dårlig regulering: amputasjonstrengende føtter, polyneuropati,

retinopati, cerebrovaskulære hendelser, ofte hos yngre, og alvorlig nefropati. Han får væske og insulin, jeg håper han senere kan gå tilbake på peroral antidiabetika. Han bor langt unna, slik at oppfølging ved diabetesklinikken ved Kilimanjaro Christian Medical Centre er vanskelig, selv om insulin skulle vise seg å være nødvendig.

Det gjelder å bli ferdig med visitten til klokken 13, da inntar de pårørende avdelingen. De er forresten helt uunnværlige, da mye av stellet og pleien av pasientene faller på dem. Mange kommer langveisfra. Noen kan kun sitt eget stammespråk (Tanzania har rundt 200 stammer) og ikke det offisielle språket swahili. Kun et fåtall kan engelsk.

Jente 18 år med revmatisk hjertesykdom

Neste pasient er en jente på 18 år. Hun ble innlagt med tegn på langtkommen hjertesvikt. Ekkokardiografi viste kombinert mitralstenose og insuffisiens og i tillegg en betydelig tricuspidal insuffisiens. Venstre ventrikel og atrium var dilatert. Hun hadde en Hb på 5,6 g/l som forverret situasjonen. Funnene er typisk for revmatisk hjertesykdom, en senfølge av revmatisk feber etter ubehandlet streptokokkinfeksjon. Denne sykdommen har lenge vært sjelden i vår del av verden, men her ser vi det ofte. Behandlingen og leveutsiktene for disse pasientene er begrensede.

I Vesten hadde hun antakelig fått ACE-hemmere, diuretika, betablokker, spironolakton og blitt antikoagulert, i påvente av klaffeoperasjon. Digoksin, furosemid og acetylsalisylsyre er det eneste hun vil ha råd til når hun skrives ut. ACE-hemmere er dyre – Captopril 25 mg × 2 koster 3 kroner og Zestril 20 mg 10 kr. Dette i et land der 80 % av befolkningen må klare seg på under 1 amerikansk dollar dagen (4). Hvert år sender myndighetene 300 pasienter til India

for klaffeoperasjon. Dette er kun et tilbud for de få; resten av pasientene dør en hjertesvikt død i ung alder.

Visitten har vart i tre og en halv time, og de pårørende har forlenget gjort sitt inntog. Vi er kommet frem til den siste sengen.

Mann 35 år med HIV og kryptokokkmeningitt

Det er en mann på 35 år. Han har hatt hodepine og feber i flere uker og ser syk ut. I Afrika er en historie med langvarig hodepine og feber alarmerende. Ved undersøkelse er han fjern, nakkestiv, har 38,5 i feber og har «oral thrush». Dette bildet er nesten ensbetydende med HIV-infeksjon. Oftalmoskopi viser klare papillegrenser uten ødem, og vi gjør en spinalpunksjon: klar cerebrospinalvæske, 30 celler, lymfocytter, lett forhøyet protein og Indian Ink positiv. Mannen har kryptokokkmeningitt, en ikke uvanlig tilstand hos HIV-positive. Prognosen er dårlig, selv om alle pasienter nå får gratis Diflucan gjennom et stort donasjonsprogram fra Pfizer.

De to andre «store» manifestasjonene i sentralnervesystemet ved AIDS er tuberkulosemeningitt og toksoplasmose. Tuberkulosemeningitt gir også økt antall lymfocytter i spinalvæsken. Man må i tillegg se etter andre tegn til tuberkulose, som ved røntgen av thorax. Ekspektoratprøver for syrefaste staver hos HIV-positive er oftest negative, selv ved pulmonal tuberkulose. Toksoplasmose gir gjerne fokale symptomer og er vanskelig å påvise ved laboratorieprøver. CT av caput (de få pasientene som har råd – det koster ca. 600 norske kroner), viser ringlesjoner, men er som regel ikke konklusiv. Vi må oftest gardere oss og behandle både for bakteriell abscess og toksoplasmose.

Egentlig får jeg sjelden tid til å fordøye alle de overveldende inntrykkene etter visitene. Forskjellene mellom Norge og Tanzania er store. Man ser langtkomne, ubehandlede tilstander. Man ser på nært hold det som vil være en hovedoverskrift i fremtidens historiebøker – HIV-pandemien. Sykdomsbyrden på dette kontinentet er så mye større enn jeg hadde kunnet forestille meg.

Thomas Schwartz
maythom@online.no
Diakonhjemmet
Postboks 23 Vinderen
0319 Oslo

Takk til professor Gunnar Kvåle som har kommet med konstruktive innspill til artikkelen.

Litteratur

1. Gjersvik P. HIV/AIDS – en katastrofe for Afrika. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 68.
2. UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update 2002. <http://www.unaids.org/worldaidsday/2002/press/Epiupdate.html> (1.12.2002).
3. DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA. Cancer – Principles and practice of oncology. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
4. United Nations Conference on Trade and Development. <http://www.unctad.org/Templates/Countries.asp?intItemID=1676&lang=1> (2002).



Denne mannen hadde gått tom for sin faste diabetesmedisin og ble innlagt ved Kilimanjaro Christian Medical Centre med høyt blodsukker. Foto Thomas Schwartz