



Yhdessä terveyttä

TAYS INFEKTIO

AJANKOHTAISIA INFEKTIOASIOITA 2009

Numero 5 / 15.5.2009

A(H1N1)-INFLUENSSAKESKUSTELUSTA STM: JA THL:N KANSSA PUHELINNEUVOTTELUSSA 14.5.2009 KLO 12.-14.15

Jukka Lumio, infektio lääkäri, oyl, TAYS

Tämä ei ole muistio vaan yhteenvedo keskustelusta, niin kuin asioita sen kuluessa hahmotin. Tarkoituksena on auttaa terveydenhuollon toimijoita paremmin hahmottamaan näköaloja oman työnsä kannalta. Edelleenkin täsmällistä varautumista A(H1N1)-infektioiden hoitoon hämärtää puutteellinen tieto taudin epidemiologiasta ja kliinisestä luonteesta.

Epidemiologisesta tilanteesta

Petri Ruutu / THL piti epidemiologisen katsauksen. 13.5.2009 ECDC on julistanut myös Kanadan epidemiamaksi. Nyt Meksikon ja USA:n ohella myös siellä matkanneista voi tulla ehdot täyttäviä A(H1N1)-tartuntoja. Näytteeseen ohjauksen kliininen määritelmä (mm. yli 38 astetta kuumetta) ei ole muuttunut. Edelleen kaikki epidemiologinen uusi tieto muokkaa kuvaa taudin vakavuudesta lievempään suuntaan. Nyt A(H1N1)-influenssan oletetaan olevan vähän lievempi ja huonommin tarttuvakin kuin Aasialainen influenssa mutta vähän vakavampi ja paremmin tarttuva kuin keskimääräinen kausi-influenssa. Yhdysvalloissa on jo yli 3000 virologisesti varmennettua tapaus. Siellä sairastuneista suurin osa on ollut nuoria aikuisia ja keski-ikäisiä. Nyt arvellaan, että vanhempi väestö (yli 50-vuotiaat) saattavat olla osin immuuneja useiden kausi-influenssujen jäljiltä. Yhdysvalloista on tiedossa vain yksi sairaanhoitajan tartunta (lievä tauti), mikä viittaa siihen, ettei tauti ole terveydenhuollon työntekijöille erityisen suuri riski (suuri ero helpommin tarttuneeseen sarsiin).

Viruksesta

Ilkka Julkunen (THL) kertoi, että kaikkialta maailmasta eristetyt A(H1N1)-virukset ovat olleet ra-

kenteeltaan lähes identtisiä (vain 3 aminohapon ero n. 300:sta, kun taas ero H1N1-kausinfluenssaan on n. 100/300 aminohappoa). Tämä viittaisi siihen, että jos pandemia leviää tänä kesänä tai syksyllä Suomeen, se on edelleen mm. taudinaiheuttamiskyvyltään alkuperäisen kaltainen (eikä esimerkiksi vakavampi). Virukset ovat edelleen olleet herkkiä oseltamiviirille (Tamiflulle®) kun taas Yhdysvaltojen kausi-influenssa A-viruskannoista 98 % oli tullut oseltamiviirille resistentiksi jo kolmen influenssakauden välillä. Tämä influenssavirusten yleinen taipumus kehittää resistenssiä ei ole lohdullista mahdollisia toistuvia A(H1N1)-aaltoja ajatellen.

Mihin kesällä ja syksyllä 2009 on varauduttava?

Tällä hetkellä pidetään todennäköisimpänä, että kesän kuluessa sairaanhoitopiirit kokevat vain yksittäisiä matkailijoiden ryppäitä. Niiden määrä voi kylläkin lisääntyä. Erityisesti jos Espanjan ja Englannin tilanne muuttuu (tulevat epidemiamaksi) niin yksittäisten tapauksien määrä voi moninkertaistua. Pandemian ajatellaan edelleenkin leviävän Suomeen, mutta todennäköisin ajankohta voisi olla ensi talven tavallinen influenssakausi. Silloin se siis oletetaan olevan taudinaiheuttamiskyvyltään nykyisenlainen ja herkkä oseltamiviirille. Silti sairaanhoitopiirien on syytä tehdä suunnitelmansa heinäkuun suomalaisen leviämisen varalle. Tuntuisi kuitenkin, että lomien peruuttamiskeskustelussa ei kannata olla kovin tarmokas. Seuraavassa kahden viikon kuluttua (28.5.) pidettävässä vastaavassa puhelinneuvottelussa käydään läpi myös menettelyä lomien peruuttamisesta (STM:n juristit valmistelevat).

Pandemian julistamisesta Suomea koskevaksi

Valmiuslain uudistus vaatii perustuslakikäsittelyn, joten se on hyväksyttävä kahden eduskunnan toimesta. STM yritti jouduttaa käsittelyä, mutta se ei ole mahdollista. Valmiuslain muutoksessa biologiset uhat pyritään hyväksymään poikkeustilan perusteeksi. Tekstiluonnoksen mukaan taudin olisi oltava "vaarallinen", mitä A(H1N1)-infektio ei missään nimessä nykyisellään ole. WHO julistaa pandemian alun kun se aika tulee (leviämistä väestössä kahdella WHO:n alueella), mutta Suomen julistaminen pandemiasta osalliseksi riippuu kansallisesta leviämisestä ja sen tekee STM/THL. Sairaanhoidopiirissä katsotaan olevan epidemia silloin kun siellä on todettu 7 päivän jaksolla 5 sellaista A(H1N1)-tapausta, joilla ei ole mitään havaittavaa kytkentää ulkomailta tuotuun tapaukseen. Tämä epidemiajulistus ei muuta sairaanhoidopiirin "virallista" asemaa vaan ne ottavat porrastetusti käyttöön influenssa-resurssiaan tarpeensa ja harkintansa mukaan.

Sairaanhoidopiirien hankinnoista ja varastoinneista

ERVA sairaanhoidopiirien hankinnat/tilaukset ovat nyt suunnilleen keskenään samalla tasolla. Tays on tilannut koko sairaanhoidopiirin alueen (mukaan lukien terveyskeskukset ja laitokset) tarpeisiin 20.000 suojainsettä (FFP2/3 venttiilillinen suojain, visiiri/silmäsuojain, vettä hylkivä takki, tehdaspuhtaat pitkävärtisen käsineet). Ne varastoidaan Tays:n alueella (varastotila riittää) ja toimitetaan keskitetysti tarpeen mukaan, alueen sairaaloihin ja terveyskeskuksiin, vasta jos niihin hajautetaan kuumevastaanottoja tai niihin liittyvää vuodeosastohoitoa. Terveyskeskusten (ja muiden toimijoiden) ei pitäisi hankkia omia suojainvarastoja. Se voisi jopa haitata suojainten keskitettyä saamista! Keskustelussa pidettiin selvänä, että jos joku keskussairaala joutuu pulaan henkilökunnan suojainten riittämättömyyden kanssa, valtion sairaanhoidopiireille pandemian varalle toimittamia suojaimia voidaan ottaa käyttöön "lainaamalla". On tietysti huolehdittava, että suojaimia käytetään

vain niissä tilanteissa kun niiden käyttöä on suositeltu.

PSHP:ssä myös Tamiflu (Tays:ssa nyt 5000 hoitokuuria) säilytetään vain keskitetysti Tays:ssa josta sitä tarvittaessa toimitetaan koko piiriä varten. Tamiflu on tässä vaiheessa (ja todennäköisesti A(H1N1) -pandemian ajanakin) tarkoitettu vain hoitoon. Ehkäisyyn sitä ei tulisi käyttää muutoin kuin selvissä sylkiäلتistustilanteissa (vähän meningokokkimeningiitin malliin). Erityisiä altistumisia voi olla lähinnä ruokakunnassa, puolisoilla jne., ei terveydenhoidon hoitotapahtumissa ja potilaan tutkimisessa sinänsä ilman selvää sylkiäلتistusta. A(H1N1) -potilaiden vastaanotto, tutkiminen ja hoitoarvio pitäisi edelleen keskittää keskussairaalaan. Jos ohjeistus pettää, ja ehdot täyttävä epäily ajautuu terveyskeskukseen, henkilökunta käyttää lähietäisyydellä tavallista suu-nenäsuojusta (myös potilaalle kirurginen suu-nenäsuojus kun epäily herää). Potilasta tutkineet (saatikka odotussalissa olleet jne.) eivät siis ilman "tapaturmaa" kuulu lääke-ehkäisyyn piiriin. Ehkäisylääkkeen tarpeen arvioi suositetussa keskitetyssä mallissa keskussairaalan asiantuntijalääkäri ja hänen kauttaan toimitetaan myös viruslääke, jos se on tarpeen. Tarkoitus on säästää Tamiflu keskeiseen (hoitoon).

Rokotuksista

Rokotuksia pohtii pientyöryhmä, jonka kannanotoista kuullaan seuraavassa kokouksessa. Siinä mietitään voiko viime talven kausi-influenssarokote suojata (THL testaa sitä parhailaan koeputkessa rokottamiensa työntekijöiden seerumilla). Nyt pitäisi vahvasti vastustaa minkään henkilöryhmän rokottamista, että se tarvittaessa voidaan myöhemmin suunnata eniten hyötyville (rajallinen saatavuus). Tämä ryhmä miettii myös, olisiko laajempi rokottaminen pneumokokkrokotteella aiheen jälkitautien ehkäisemiseksi. Tässäkin on syytä odottaa kansallista suositusta. STM yrittää jouduttaa asian käsittelyä.

A(H1N1)-rokote voi olla Suomessa marraskuun 2009 maissa, ja jos pandemia viivästyy ensi influenssakautemme, se saattaa ehtiä avuksi.

Turvallinen eristämisen taso

Kaikissa erva-piireissä suunnitellaan osastolla hoidettavien potilaiden hoitamista tavalliseen tapaan ilmastoidulla osastolla, kun alipaineiset tilat on varattuina. Jos yksittäiseen huoneeseen on tarjolla värjäyspositiivinen tuberkkuloosipotilas ja A(H1N1)-influenssapotilas, huone annettaisiin tuberkkuloosipotilaille. Eri piireissä raja, mihin alipaineiset huoneet riittävät vaihtelevat 1:stä 10:een (Tays:ssa 3). Joissain yliopistollisissa sairaaloissa ei ole yhtään alipaineista huonetta lapsipotilaille (Tays:ssa 1) tai teho-osastolla (Tays:ssa 1). Alipaineisten huoneiden puutetta ei pidetty turvallisuusriskinä, mutta samalla osastolla ei saisi hoitaa muita potilaita. Toistaiseksi ei siis katsota, että pelkkä tavallinen 1-hengen huone olisi turvallinen.

Yhteiskunnalliset muutokset

Lopuksi puhuttiin sosiaalisen etäännyttämisen mahdollisuuksista Petri Ruudun taustapaperin pohjalta. Tällä hetkellä ei ole sellaista näkymää, että missään epidemian vaiheessa kouluja, päivähoitoa jne. suljettaisiin. Yksittäisiä pienyhteisöjä (1 koululuokka jne.) voidaan sulkea (esim. viikoksi), jos siellä on tautiryppäs syntynyt. Jos tämän kaltaisia toimintojen lopettamisia joudutaan kuitenkin tekemään, päätökset tekevät kunnat, sairaanhoitopiirit ja THL yhdessä.

A(H1N1)-näytteenotosta

Nyt sairaanhoitopiirien kehoitetaan ohjeistamaan terveyskeskuksia ja lääkäriasemia vähän laajennetussa näytteenotossa. Varsinaisen epäilyn määritelmä ei muutu (>38 astetta kuumetta, hengitystieinfektio ja oikea maa – nyt Meksiko, USA ja uutena Kanada). Potilaat, joilla on ehdot täyttävä epäily otetaan vastaan ja tutkitaan eristyshuonees-

sa suojaimin (FFP2 tai FFP3-suojain tärkein) varustettuina. Jos määritelmä ei aivan täyty, voidaan ottaa ns. "epidemiologinen näyte" (minun termi). Esimerkiksi väärä maa (esim. Espanja) mutta klassisen influenssan oireet (esim. kuume >39 eikä alkuun juuri nuhaa) tai oikea maa (esim. Kanada) mutta kuumetta ei ole 38 tai sitä ei ole mitattu. Tällöin voidaan ottaa tavallisella menettelyllä (hoitaneessa yksikössä) influenssapikatesti. Silloin näyte otetaan ilman erityisiä suojaimia ja lähetetään tavallisena näytteenä. Paikallisesti tehdään influenssapikatesti ja jos se on positiivinen, näyte lähtee Huslabiin. Potilaat, joista influenssanäyte (tavallinen tai suoraan A(H1N1)-näyte) on otettu, voi odottaa kotikaranteenissa vastausta (1-2 pv). Jos todetaan A(H1N1)-virus, mahdolliset kontaktit selvitetään myöhemmin. Sekä ehdot täyttävät tapaukset ilmoitetaan THL:een netillä (yhteys avattu 12.5.2009). Kaikenlaisten influenssanäytteiden otosta suositetaan konsultoimaan Tays:n infektio-lääkäreitä jotta näytteenottokriteerit säilyisivät yhdenmukaisina ja silloin ilmoitukset THL:een voidaan tehdä Tays:sta..

THL haluaa nyt influenssapikatestinäytteitä myös influenssan kaltaisten tautiryppäiden ilmaantuessa, vaikka kytkentää ulkomaanmatkaan ei löytyisi. Tällöin näytteet muutamasta tapauksesta otetaan ja lähetetään paikalliseen laboratorioon ilman erityisiä suojatoimia. Tätä menettelyä ei varmaankaan pidä käynnistää kovin herkästi (esim. ei jos "flunssaa" vain perhekunnassa). Tämä herkistetty etsintämenettely ei ole toimiva enää kun seuraava flunssakausi alkaa (viimeistään syksyn RSV-epidemia).

Seuraava tämän STM:n laajennetun tartuntatauti-neuvottelukunnan puhelinkokous on 28.5.2009 klo 12-14.