Tuberkulos – TBC

Text Verner Uhrenholt

Som släktforskare har de flesta av oss stött på dödsfall i tuberkulos, så långt tillbaka som vi kan leta efter släktingar, men vi har oftast inte varit medvetna om det. Exakt diagnos har inte kunnat ställas förrän in på 1900-talet. Den minimala tuberkelbacillen kunde först identifieras som smittkälla 1882, vilket gav Robert Koch Nobelpriset 1905. Utvecklingen av röntgenundersökning bidrog till möjligheten att ställa diagnosen först en bit in på 1900-talet. Sjukdomens symtom hade dock varit känd avsevärt mycket länger tillbaka. TBC var känd som en tärande sjukdom med kronisk hosta, efterhand blodiga upphostningar, feber, nattlig svettning, viktminskning mm. Innan exakt diagnos var möjlig hade sjukdomen många namn efter de vanliga symptomen, såsom bröstsjuka, lungsot, tvinsot m.m. De många olika namn berodde bland annat på att det inte var medicinsk skolade personer som ställde diagnosen. Innan man kunna identifiera tuberkelbacillen hade man inte heller kunskap om de många olika sätt infektionen kunna ge uttryck för.

TBC smittar i princip endast vid inandning av tuberkelbaciller. Dessa kommer från smittade personers luftvägar inbäddade i mikroskopiska droppar av sekret i samband med hosta, nysning, tal och spottande. Smitta överföras alltså i praktiken inte vid beröring. De små dropparna torkar snabbt in och kan hålla sig svävande i flera timmar men påverkas givetvis av väder och vind. Det betyder bl. a. att smittan ökar vid trångboddhet som var vanligt tidigare. Risken att få smittämne i sig är lika för alla men risken för att få sjukdomen är däremot mycket beroende av personliga förhållanden. En i övrigt frisk och välnärd ovaccinerad person får som regel omkring 6 veckor efter att ha smittats endast en lätt ”primärinfektion” med tuberkelbaciller vilket ger upphov till att kroppen bildar antikroppar och inflammatoriska härdar. Dessa härdar, som innehåller tuberkelbaciller, kan eventuellt ses som mindre fläckar i övre del av lungorna vid en röntgenundersökning. Lite bakterier kan initialt spridas i kroppen med blodet men ett normalt immunförsvar kan ta hand om dessa. Personen, som alltså i detta skede inte smittar andra, har med antikropparna fått ett visst skydd mot ny infektion av tuberkelbaciller. Skulle personen senare bli alvarligt sjuk eller av annan anledning få nedsatt motståndskraft såsom vid svält, hög ålder, HIV-infektion, missbruk av alkohol m.m., kan tuberkelbacillerna reaktiveras och ge aktiv infektion med vad därav följer. Små barn och personer med liknande riskfaktorer som just nämnts klarar inte alltid av att hålla undan mot bakterierna och kan bli sjuka kortare eller längre tid efter att ha fått bacillerna i sig. Man räknar med att cirka 10 procent av de som får en primärinfektion får en aktiv tuberkulos på en senare tidpunkt, ibland efter flera år.

TBC var mycket vanlig tidigare och var på 1800-talet en av de vanligaste dödsorsakerna. Så var även fallet i början av 1900-talet. Man hade ingen effektiv behandling och trångboddheten var stor, liksom befolkningens näringstillstånd periodvis var dålig inte minst under de perioder av missväxt och ibland svält som det förekom i Sverige i sista hälften av 1800-talet. Med bättre levnadsförhållanden började dödligheten minska in på tidigare 1900-talet. Det uppstod en mängd tuberkulossanatorier där största nyttan och syftet kanske var att man isolerade de sjuka och smittfarliga personer från de friska i familjerna. Inte förrän i mitten av 1940-taler kom de första effektiva medicinerna för att behandla de TBC-sjuka. Då var det inte längre en dödlig sjukdom som det annars nästan alltid var dessförinnan. Dessutom kom man efterhand igång med vaccination med ”Calmette vaccinet” som utvecklades på 1920 talet. Vaccinationerna blev dock först riktigt utbredda efter andra världskriget.

Problemet med dödliga TBC-infektioner är dock långt ifrån eliminerat. Idag är det världen över flera som insjuknar i TBC än det varit förut, men det är nu framför allt i fattiga länder. Man räknar

med att sjukdomen skördar över 3 miljoner liv årligen. HIV/aids, fattigdom, svält m.m. är de dominerande orsakar till detta. Behandlingen av TBC är på inget sätt enkel. Det utvecklas lätt resistens mot medicinerna och den långa behandlingstiden ger problem. En behandling tar 6-12 eller ibland 18 månader och patienterna måste komma till dispensär eller sjukhusmottagning regelbundet med korta mellanrum för att få medicinen. Behandlingen inleds i fattiga länder ofta med flera månaders sjukhusvård – och vem skall då odla marken, tjäna till brödfödan eller ta hand om familjen? De sjuka avviker ofta från behandlingen, som de inte längre själv känner någon nytta av, därför att de är tvungna ta sig an övriga familjen. Små undernärda barn som man ser på ett sjukhus i utvecklingsländerna har ofta även TBC och då är deras chanser för att överleva minimala. När föräldrarna inser detta, försvinner de från sjukhuset med barnet tidigt på morgonen.

Som nämnts kan TBC visa sig på annat sätt än den traditionella i lungorna. Infektionen kan spridas med blodet till lymfkörtlarna, njurarna, tarmarna, ryggkotor, leder, huden, lederna, visa sig som hjärnhinneinflammation m.m. Alla dessa infektionstyper är mycket svårare att diagnostisera och behandla. Är man inte säker på vad det rör sig om, får man inte sätta igång en behandling som är så komplicerad och långvarig. Avbrutna behandlingar ökar risken för resistens hos bacillen. Behandlingen är nästan alltid kostnadsfri bl. a. via UNICEF. Sedan 1975 rekommenderas i Sverige endast vaccination för riskgrupp.

TBC-patienter under behandling på lasarettet i Lund tidigt 1900-talet.