

Om vi slutar vaccinera kommer sjukdomarna tillbaka

I detta nummer av Läkartidningen beskriver Rayomand Press och Göran Solders [1] ett fall av polyneuropati efter vaccination mot fästingburen encefalit. Liknande allvarliga neurologiska biverkningar har tidigare rapporterats i mycket låga frekvenser (<1/10 miljoner vaccinationer) efter vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund, sannolikt orsakade av parotitkomponenten i det 3-valenta (mot mässling, parotit, rubella; »mumps, measles, rubella», MMR) vaccinet [2].

Rapporter om allvarliga biverkningar efter vaccinationer ger anledning bedöma vilka risker dessa medför, och framför allt vad ett avstående från vaccination kan innebära.

Anti-vaccinationsrörelsen

Under senare år har säkerheten ifrågasatts hos våra rutinmässiga vaccinationer på barnavårdscentralerna (BVC), dvs vaccinationerna mot difteri, stelkramp, polio, Haemophilus influenzae typ b, kikhosta, mässling, påssjuka och röda hund.

En i raden av sådana rapporter kom i Lancet 1998 och antydde ett samband mellan MMR-vaccination och en besynnerlig symtomkombination av kronisk enterokolit och autism [3]. Denna rapport fick stor uppmärksamhet i medierna och utnyttjades flitigt av den s k anti-vaccinationsrörelsen. De många och vetenskapligt relevanta dementierna [4-6] fick dock mindre uppmärksamhet.

Som mycket riktigt påpekades i en av dessa [6] påminde kampanjen mot MMR-vaccinet om den under 1970-talet mot kikhostevaccinet. Då var Sverige ett av de länder där kampanjen led-

de till att det gamla trippelvaccinet (mot stelkramp, difteri och kikhosta) ersattes av duplexvaccinet utan kikhostekomponenten. Konsekvensen av detta blev att Sverige under hela 1980- och större delen av 1990-talet hade en mycket hög frekvens av kliniska fall av kikhosta [7].

Anti-vaccinationsrörelsen anförs i stor utsträckning av föräldrar till barn som i samband med en rutinmässig vaccination insjuknat i eller erhållit diagnoser på kroniska sjukdomar, t ex autism. Eftersom varje barn erhåller vaccinationer vid 3, 5 och 12 månaders ålder vore det egendomligt om inte slumpen gör att insjuknanden av och till sker samtidigt som vaccination ges, dock utan att ett orsakssamband därmed behöver föreligga.

Utan att vilja tala för att på något sätt undertrycka rapportering av möjliga vaccinbiverkningar är det viktigt att varje vaccinerande läkare inser att allt som händer ett vaccinerat barn inte nödvändigtvis är en effekt av vaccinationen. Vidare är det väsentligt att veta att modern biverkningsrapportering innebär att alla oönskade händelser, »adverse events», registreras oavsett möjligt samband med vaccinationen. En konsekvens av detta är att man i en väl genomförd studie får höga frekvenser »adverse events»; slutsatser om möjliga vaccinrelaterade biverkningar kan dock dras endast om en produkt ger signifikant fler reaktioner än en annan i en randomiserad studie.

Hur säkra är våra vanliga vacciner?

De vacciner som rutinmässigt erbjuds på barnavårdscentraler har en mycket hög grad av säkerhet vad avser allvarliga biverkningar [2, 8]. Självfallet innebär detta inte att de är biverkningsfria. I den stora svenska studien av nya kikhostevacciner givna i kombination med stelkramps- och difterivaccin [8] rapporterades allvarliga biverkningar hos 182 av 82 892 barn (0,014 procent). Det skall då observeras att rap-

porteringen omfattade alla allvarliga »adverse events» som inträffade under de 18 månader varje barn följdes, oavsett om det fanns ett misstänkt samband med vaccinationerna eller inte.

Man kan alltså påstå att de testade vaccinererna mycket sällan orsakade allvarliga biverkningar. Samma inställning till de vanliga vaccinererna, dvs att de har en mycket hög grad av säkerhet, redovisades 1996 av Centers for Disease Control i USA [9].

För andra vacciner, t ex det mot fästingburen encefalit, »tick-borne encephalitis» (TBE), är situationen något annorlunda än för de ovannämnda barnvaccinerna. Dels ges TBE-vaccinerna i lägre frekvenser, varför biverkningsdokumentationen blir svårare att bedöma, dels måste indikationerna bedömas individuellt. I varje enskilt fall bör risken för biverkningar ställas mot risken för insjuknande om man inte vaccinerar.

Konsekvenser av minskad vaccinationsfrekvens

För flertalet av de sjukdomar (ej stelkramp) som omfattas av det rutinmässiga vaccinationsprogrammet på BVC gäller att om man vaccinerar 80 procent eller mer av befolkningen finns inte längre förutsättningarna för att sjukdomen skall förekomma endemiskt. Detta stämmer väl med att vi idag inte ser annat än sporadiska, sannolikt importerade, fall av mässling och röda hund, och nästan inga fall av påssjuka eller meningit orsakad av H influenzae typ b. Även andra livshotande manifestationer av denna bakterie, t ex epiglottit, har så gott som helt försvunnit. Tidigare hade vaccinationsprogrammet effektivt eliminerat polio och difteri från det svenska sjukdomspanoramat. Den sammanlagda effekten av detta är att vaccinationerna varje år förhindrar såväl hundratal dödsfall som en mycket hög grad av morbiditet.

Om man skulle få en minskad vaccinationsfrekvens kommer sjukdomarna tillbaka, väl exemplifierat av kikhostan

Författare

RAGNAR NORRBY

professor, infektionskliniken, Universitetssjukhuset, Lund

[7]. Det ter sig självklart att en ökande frekvens av mässling skulle leda till ett oändligt mycket större antal fall av mässlingsencefalit än de ytterst få fall av allvarliga biverkningar man ser efter MMR-vaccination.

Vilka andra infektioner skall vi vaccinera mot?

I Sverige torde det bara vara de som bor i eller besöker de endemiska områdena för fästingsburen encefalit (TBE) i Stockholmsområdet som behöver vaccineras mot denna infektion. I dessa fall torde fördelarna med vaccination klart överväga de biverkningsrisker som finns [1].

Vaccination torde också vara indicerad för dem som reser till områden med förhöjd risk, t ex Österrike och delar av den baltiska Östersjökusten, och som där löper risk att bli fästingbitna. Det skall därvid observeras att TBE-infektion är sällsynt, medan infektioner orsakade av borrelia är vanliga och spridda såväl över stora delar av Sverige som i andra länder, dock utan att man ännu kan vaccinera mot dem.

Resonemanget att indikationerna för vaccination skall bedömas individuellt vad gäller inhemsk exposition för smitta eller exposition i samband med resa gäller också för andra vacciner, t ex mot hepatit A och B, kolera, japansk B-encefalit och gula febern. Viktigt i dessa fall blir att den ordinerande läkaren har tillräckliga kunskaper om såväl riskerna för att insjukna i samband med utlandsresa som biverkningsriskerna vid vaccination. Det är också viktigt att reseprofylax kombineras med rådgivning, bl a vad avser risk för och åtgärder mot födoämnesburna infektioner och skydd mot insektsbett.

När vi i framtiden får ett borreliavaccin för europeiskt bruk måste man ha klart för sig att det blir svårt att visa att ett sådant ger klara fördelar för den vaccinerade. De två vacciner som hittills testats i USA har i stora studier visats skydda mot erythema migrans, den van-

Rapporter om allvarliga biverkningar efter vaccinationer ger anledning bedöma vilka risker dessa medför, och framför allt vad ett avstående från vaccination kan innebära.

FOTO: IT STOCK/GREAT SHOTS

ligaste och mest harmlösa manifestationen av infektionen [10, 11]. Studien ger inga som helst belägg för att man förhindrar de allvarliga manifestationerna av infektionen: artrit, neuroborrelios och kardit. För att visa detta krävs orimligt stora studier omfattande mer än 100 000 vaccinerade.

En möjlig negativ effekt av ett vaccin skulle kunna vara att den vanligaste, av både läkare och patient lätt igenkända och lätt behandlingsbara manifestationen av borrelios utplånas. Följden av att erythema migrans försvann skulle med stor sannolikhet bli att sjukdomen åter blir svårdiagnostiserad och att allvarliga fall kan gå obehandlade under långa tider, med kronicitet som följd.

Detta är alltså ett exempel på ett vaccin för vilket extremt omfattande dokumentation måste krävas innan storskaliga vaccinationskampanjer kan rekommenderas.

Sammanfattning

Det är från folkhälsosynpunkt av mycket stor vikt att så många barn som möjligt omfattas av det rutinmässiga vaccinationsprogrammet på BVC. Riskerna med att avstå från vaccination är oändligt mycket större än riskerna för allvarliga biverkningar av vaccinerna.

För övriga vacciner, inklusive det mot fästingburen encefalit, skall vaccinationsindikationerna vara individuella och baseras på expositionsriskerna.

Referenser

1. Press R, Solder G. Fallbeskrivning. Vaccin mot fästingöverförd encefalit orsakade polyneurit. Läkartidningen 1999; 96: 3341-2.
2. Norrby R. Polyradikulit i anslutning till vaccination mot morbilli, parotit och rubella. Läkartidningen 1984; 81: 1636-7.
3. Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, Linnell J, Casson DM, Malik M et al. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. Lancet 1998; 351: 637-41.
4. Peltola H, Patja A, Lenikki P, Valle M, Pautio M. No evidence for measles, mumps and rubella vaccination-associated inflammatory bowel disease or autism in a 14-year prospective study. Lancet 1998; 351: 1327-8.
5. MMR vaccine is not linked to Crohn's disease or autism. Public Health Laboratory Services Communicable Diseases Report. Communicable Diseases Report Weekly 1998; 8: 113-6.
6. . MMR vaccination and autism 1998. Déjà vu – pertussis and brain damage 1974. BMJ 1998; 316: 715-6.
7. Gangarosa EJ, Galazka AM, Wolfe CR, Phillips LM, Gangarosa RE, Miller E et al. Impact of anti-vaccine movements on pertussis v control: the untold story. Lancet 1998; 351: 356-61.
8. Olin P, Rasmussen F, Gustafsson L, Hallander HO, Heijbel H, Ad Hoc Group for the Study of Pertussis Vaccines. Randomised controlled trial of two-component, three-component, and five-component acellular pertussis vaccines compared to whole-cell pertussis vaccine. Lancet 1997; 350: 1569-77.
9. . Update: Vaccine side effects, adverse reactions, contraindications, and precautions. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1996; 45: 1-35.
10. Sigal LH, Zahradnik JM, Lavin P, Patella SJ, Bryant G, Haselby R et al. A vaccine consisting of recombinant Borrelia burgdorferi outer-surface protein A to prevent Lyme disease. Recombinant outer-surface protein A Lyme Disease Vaccine Study Consortium. N Engl J Med 1998; 339: 216-22.
11. Steere AC, Sikand VK, Meurice F, Parenti DL, Fijrig E, Schoen RT et al. Vaccination against Lyme disease with recombinant Borrelia burgdorferi outer-surface lipoprotein A with adjuvant. Lyme Disease Vaccine Group. N Engl J Med 1998; 339: 209-15.

Se även artikeln på sidan 3341 i detta nummer.