



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Miljø- og Fødevareudvalg

Dato: 27-03-2018
Enhed: JURPSYK
Sagsbeh.: DEPLBT
Sagsnr.: 1802106
Dok. nr.: 566767

Folketingets Miljø- og Fødevareudvalg har den 2. marts 2018 stillet følgende spørgsmål nr. 498 (Alm. del) til sundhedsministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Trine Torp (SF).

Spørgsmål nr. 498:

”Ministre bedes redegøre for kilderne til azol-forbindelser i naturen, og hvordan azol-resistente svampe kan havne i luftveje m.v. hos mennesker? Ministre bedes i den forbindelse besvare følgende spørgsmål:

- Hvilke naturlige eller ukendte kilder til udbredelsen af azol-forbindelser findes der, og har de betydning for forekomsten af azol-resistente svampe?
- Fra hvilke kilder belastes luft, vand og jord med azolforbindelser?
- Hvad er kilderne til azol-forbindelser, der havner i kommunale renseanlæg?
- Hvor store mængder azol-forbindelser udbringes på markerne via spildevandsslam, og bidrager dette til resistens?”

Svar:

Til besvarelse af spørgsmålet om, hvordan azolresistente svampe kan havne i luftveje hos mennesker, har jeg indhentet bidrag fra Statens Serum Institut, som oplyser:

”Aspergillus arter er uhyre almindelige. De forekommer i jord, forrådnende plantedele, luft, støv, vand, te, krydderier etc. og kan finde voksesteder næsten overalt. De frigør myriader af små svampesporer (conidier), der dagligt inhaleres af mennesker uden normalt at forvolde skade.

Aspergillus i hospitalsmiljøer, fx i ventilationssystemer eller i byggestøv ved ombygninger, kan dog føre til infektion og udbrud blandt udsatte patientgrupper.

Aspergillus smitter ikke mellem mennesker, infektionen opstår fordi en modtagelig person indånder Aspergillus sporer. Særligt udsatte er patienter efter knoglemarvstransplantation, hvor risiko for infektion er 0,5-15%, alvorlig indlæggelseskrævende influenza, og lungetransplanterede patienter med en risiko på 3-16%. Her vil man ofte betegne infektionen som ”akut invasiv” og hos disse patienter er voriconazol førstevalg. Men også patienter med visse lungesygdomme (kronisk obstruktiv lungesygdom, tidligere tuberkulose, medfødte lungesygdomme og andre immunsygdomme) er i risiko. Her vokser svampen langsomt og mere begrænset – man kan også tale om kronisk lokaliserede infektioner i lungen. Hos disse patienter (der oftest ikke er indlagt) er itracanzol førstevalgsbehandling, mens posaconazol, voriconazol og isavuconazol er alternativer”.

Hvad angår spørgsmålet om, hvilke naturlige eller ukendte kilder til udbredelsen af azol-forbindelser der findes, har jeg indhentet følgende bidrag fra Statens Serum Institut, som her henholder mig til:

"SSI forstår spørgsmålet således, at der spørges ind til azolresistens, der stammer fra brug i sundhedsvæsenet.

Det kan hertil oplyses, at Aspergillus ikke smitter mellem mennesker, og at der aldrig er dokumenteret overført azol resistens A. fumigatus mellem danske patienter (i modsætning til fx antibiotikaresistens). Derimod er det vist, at resistens kan opstå under langvarig behandling med azoler i patienter med A. fumigatus. Disse resistensmekanismer adskiller sig fra de mekanismer, man finder i azolresistente "miljø" Aspergillus isolater".

Resistens over for azoler kan altså enten opstå som følge af gentagen behandling eller som følge af at have indåndet resistente svampesporer.

Afslutningsvist henviser jeg til miljø- og fødevareministerens besvarelse af samme spørgsmål.

Med venlig hilsen

Ellen Trane Nørby / Lisa Bugge-Toft