

Schistosomiasis (bilharziøse, sneglefeber)

Schistosomiasis er en parasitær infektion med en af fem forskellige blodikter (*Schistosoma mansoni*, *S. haematobium*, *S. japonicum*, *S. intercalatum* og *S. mekongi*), som forekommer i Afrika, Asien, Sydamerika og visse af de Caribiske øer.

Se kort over områder med risiko for Schistosomiasis:

[WHO.InternationalTravelHealth.Global-ShistoPrevalence.RiskMap](#)

Ferskvandssnegle er mellemvært for parasitterne. Sygdommen forekommer derfor i vådområder hvor disse findes, deraf navnet sneglefeber.

Mennesker, der er smittet, udskiller æg i urin eller urin. Æggene klækkes i ferskvand, hvorefter parasitten i første omgang opformerer sig i en ferskvandssnegl.

Mennesker bliver smittet ved kontakt med ferskvand, hvor parasitten (cercaria) borer sig gennem huden og efterfølgende udvikler sig til den voksne orm, som lever i blodårerne omkring urinblæren eller tyktarmen.

De fleste turister får ingen symptomer. Man kan få et kløende udslet, cercaria dermatitis eller svømmekløe, umiddelbart efter smitte, der hvor parasitterne borer sig ind. Nogle vil efter 2-6 uger få katayama feber, der viser ved feber, almen utilpashed, træthed og evt. nældefeber. Kronisk schistosomiasis kan vise sig ved blod i urinen eller blodig diarre. I sjældne tilfælde kan æg gå forkert fx ind i rygmarven og være årsag til lammelse. Der går uger til måneder efter smittetidspunkt før der kan påvises schistosoma-antistoffer eller æg i urin eller afføring. De voksne orm kan leve i flere år.

Infektionen kan behandles med praziquantel.

Risikoen for at få schistosomiasis er størst i tropisk Afrika, hvorfra langt de fleste tilfælde hos danskere importeres.

Schistosomiasis kan forebygges ved at undgå ferskvandskontakt, specielt badning/svømning/dykning i ferskvandssøer.

Rejsende der har været udsat for smitte bør 2-3 måneder efter hjemkomsten screenes med en blodprøve, der undersøges for schistosoma-antistoffer og hvis denne er positiv behandles med praziquantel.