

Klamydia blant unge i Norge

AV MARIA ROMØREN

Forekomst

Klamydia i allmennpraksis er for alle praktiske formål klamydia hos unge og unge voksne. Det er på legekontoret det blir tatt flest klamydiaprøver, og allmennpraktikere spiller en viktig rolle i arbeidet med å redusere forekomsten av infeksjonen. Laboratoriene har meldeplikt for positive klamydiaprøver, og vi vet at av de 250 000 prøvene som blir tatt årlig i Norge, er om lag 15 000 positive. Majoriteten av disse er fra kvinner under 25 år. Selv om vi ikke har oversikt over prevalensen i ulike befolkningsgrupper, er det kjent at forekomsten er høyest blant seksuelt aktive unge. At de fleste som får påvist smitte er kvinner, viser naturligvis bare at gutter sjeldnere testes, og dessverre også at smitteoppsporingen ikke er god nok.

Klamydiainfeksjoner diagnostiseres også på ungdomshelsestasjoner eller av gynekologer. Da blir det under 15 000 positive prøver i året å fordele på 4000 allmennpraktikere.

Hvor mange klamydiainfeksjoner diagnostiserer du i din praksis?

Symptomer og komplikasjoner

Infeksjonen forløper oftest uten symptomer: 60–80 prosent av kvinner og 30–50 prosent av menn merker ingenting. Mulige symptomer er svie ved vannlating og utflod, plager som kan gå over av seg selv og ikke nødvendigvis fører til legesøking. Udiagnostisert vil bakterien oftest forsvinne i løpet av ett til to år.

Mulige symptomer og kliniske funn ved klamydiainfeksjon

Uretritt	Både kvinner og menn kan få mild dysuri og utflod fra uretra
Cervicitt	Mukopurulent sekret fra cervix, lettblødende portio og smerter i nedre del av abdomen
Endometritt	Smerter i nedre del av abdomen, blødningsforstyrrelser og ruggeømheter



Maria Romøren

(30) er doktorgradsstipendiat på et prosjekt om seksuelt overførbare sykdommer blant gravide kvinner i Botswana. Hun har fra studietiden vært opptatt av forebygging, diagnostikk og behandling av seksuelt overførbare sykdommer blant unge og vært med i Medisinernes Seksualopplysning, jobbet på SUSS-telefonen og hatt vikariater på Klinik for Seksuell Opplysning og Olafiaklinikken. Nå jobber hun deltid som vikar på Lillestrøm legesenter.

Det er følgetilstandene hos kvinner som gjør klamydia til et viktig problem – både for enkeltpersoner og i folkehelseperspektiv. En rekke tilstander, for eksempel ekstrauterine graviditeter og infertilitet, kan oppstå både på grunn av og uavhengig av klamydia. Det er derfor vanskelig å finne gode tall både for forekomsten av komplikasjonene og andelen av disse som kan tilskrives klamydiainfeksjon. Heldigvis ser det ut til at en enkelt infeksjon ikke er så farlig for fertiliteten som tidligere antatt. Langvarig infeksjon og flere episoder med smitte øker risikoen for komplikasjoner.

Anslått risiko for komplikasjoner ved klamydiainfeksjon

- Bekkeninfeksjon trolig godt under 5 prosent
- Infertilitet hos kvinner 2–3 prosent
- Infertilitet hos menn ukjent, antakelig liten
- Ekstrauterin graviditet 1–2 prosent
- Kroniske underlivssmerter trolig 2–3 prosent

Uspesifikk uretritt og cervicitt

Menn med uretrittsymptomer har en sjelden gang gonoré, 25–50 prosent har klamydia, mens de resterende har en infeksjon som ikke kan påvises ved rutine laboratoriediagnostikk. Det kan være intrauretral herpes simplex eller kondylomer, men oftest skyldes plagene mykoplasma eller ureaplasma bakterier. Hos kvinner gjelder lignende tall for cervicitt. Når symptomatiske pasienter har negative laboratoriefunn kan forklaringen være en falsk negativ prøve eller

en uspesifikk uretritt/cervicitt. Tar du deg tid til å mikroskopere, vil du se at et utstryk farget med metylenblått fra uretra og/eller cervix vil vise økt antall betennesceller (>4 per synsfelt i 100x forstørrelse). Uspesifikk uretritt og cervicitt er en eliminasjonsdiagnose, og disse pasientene skal også behandles med azitromycin 1 g. Fast partner skal ha behandling, videre smitteoppsporing gjøres ikke.

Teststrategier

Hvem skal testes for klamydia i allmennpraksis? Ofte ber pasienten selv om en prøve, ofte byr anledningen seg når pasienten likevel får utført en gynekologisk undersøkelse, og av og til bør det vurderes om pasienten skal få tilbud om prøve selv om de kommer for noe annet. Det er tre hovedstrategier ved prøvetaking (se tabellen s. 13). Det er enighet om at både pasienter med symptomer på genital infeksjon, pasienter med andre seksuelt overførbare sykdommer og smittekontakter bør testes.

Screening, derimot, har vært mye diskutert. Hensikten med screening er å fange opp asymptomatiske infeksjoner: for å redusere risikoen for komplikasjoner hos pasienten og

Noe å lure på for gutta også?

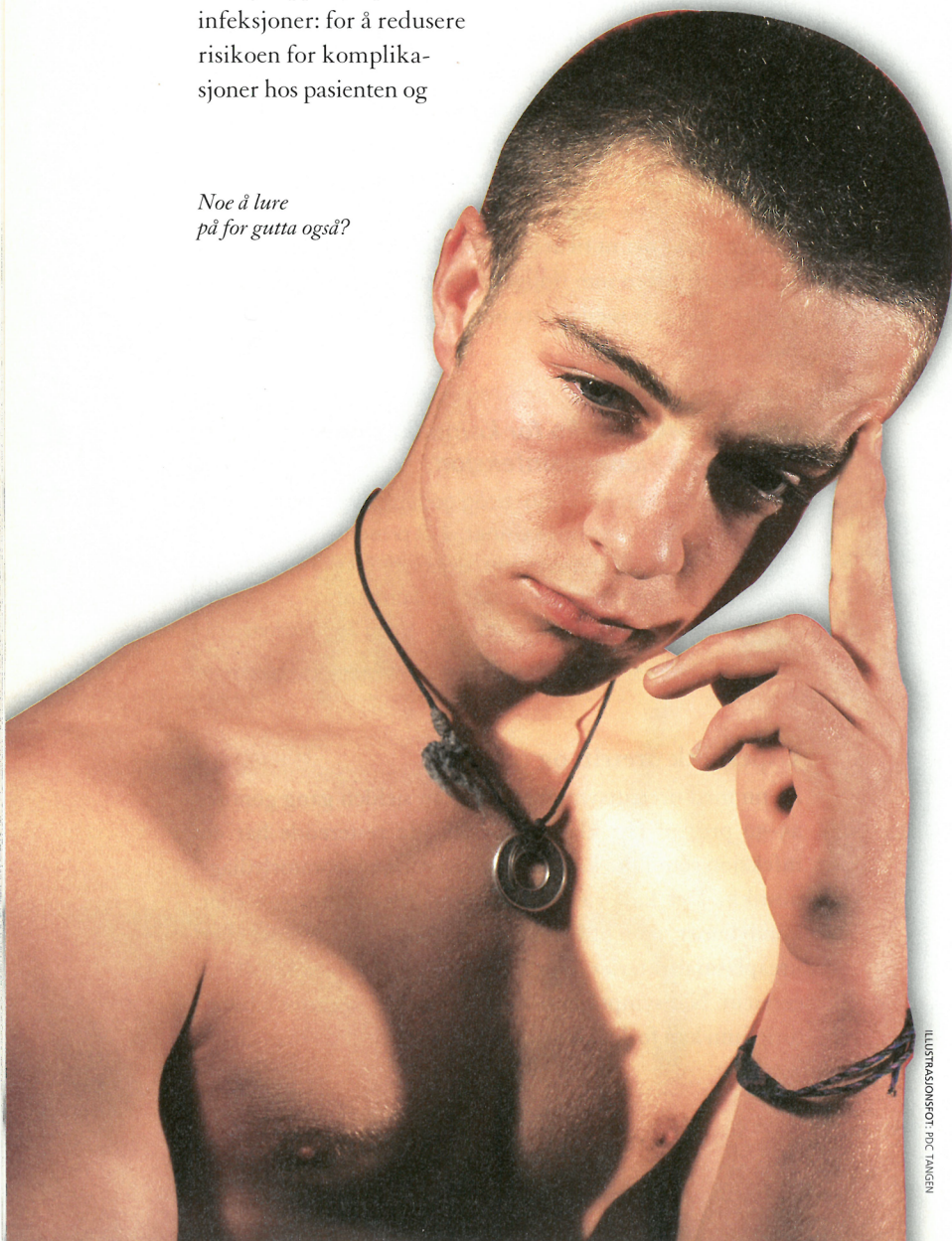
for å hindre at infeksjonen blir spredt videre og forårsaker komplikasjoner hos andre. Men får vi testet dem som har størst risiko for smitte? I hvor stor grad kan screening redusere forekomsten av komplikasjoner? Påfører vi pasientene unødige bekymringer? Og hva slags signaleffekt har det at vi stort sett bare tester kvinner?

Å forebygge komplikasjoner har en klar helsegevinst, men også en økonomisk gevinst: man sparer utgifter på behandling av bekkeninfeksjoner, ekstrauterine graviditeter og infertilitet. Siden testing på klamydia er relativt dyrt, er det gjort mange studier for å finne frem til kostnadseffektive screeningstrategier: hvor høy skal prevalensen i populasjonen være for at screening skal lønne seg? Resultatene varierer fra to til åtte prosent, blant annet avhengig av hvor mange komplikasjoner man antar man kan forebygge og hvordan kostnadsberegningene er gjort.

Hvordan skal man drive fornuftig screening for klamydia i allmennpraksis? Mange vestlige land anbefaler å teste risikogrupper. Fordi infeksjonen er vanligst blant unge, er det noen land som baserer sin screeningstrategi bare på alder (for eksempel ungdom under 20 år). Andre legger inn spørsmål om antall partnere siste år, prevensjonsbruk eller symptomer på infeksjon. I Norge har man valgt å anbefale at alle under 25 år bør tilbys test etter partnerskifte. Generelt tas det for mange prøver i allmennpraksis: mange leger ønsker heller å være sikker på å ikke overse en infeksjon enn å drive mest mulig samfunnsmessig kostnadseffektiv virksomhet. For asymptomatiske pasienter både under og over 25 er det *alltid* nyttig å gjøre en risikovurdering før prøvetaking. Har pasienten fast partner eller tilfeldige partnere? Hva med kondombruk? Sex på ferie?

- **Test aldri på klamydia uten å drøfte med pasienten om det er indikasjon for prøvetaking**

Dersom du finner indikasjon for prøvetaking, bør du også benytte anledningen til å gi saklig informasjon om ulike seksuelt overførbare sykdommer. Kan pasienten nok om smittemåter, risiko og prevensjon til å unngå smitte senere? Ofte blir det liten tid i allmennpraksis. Prat mens pasienten skifter – eller gi, som en pragmatisk løsning, skriftlig informasjon.



Retningslinjer for prøvetaking i allmennpraksis (Nasjonalt folkehelseinstitutt)

Klinisk indikasjon	Pasienter med symptomer på genital infeksjon
Epidemiologisk indikasjon	Pasienter med en annen seksuelt overførbar sykdom Smittekontakter – til personer med klamydia – til personer med andre seksuelt overførbare sykdommer eller med uspesifikke symptomer på genital infeksjon
Screening	Alle under 25 år bør tilbys test etter hvert partnerskifte Kvinner som skal få utført provosert abort [Rutinemessig testing av kvinner over 30 år må reduseres]

Prøvetaking

Det er ikke uvanlig at unge kommer til legen og ber om å bli «testet for alt». Dersom de ikke har noen plager, og klinisk undersøkelse er normal, er klamydia den eneste infeksjonen det er aktuelt å lete etter. Alle medisinsk-mikrobiologiske laboratorier tester på klamydia både i urin og i penselprøver fra uretra hos menn og cervix hos kvinner. Vi vet ikke eksakt når laboratorieprøver kan forventes positive etter smitte, så det anbefales å vente til én uke etter eksponering før prøven tas.

Den diagnostiske testen er den samme uavhengig av prøvemateriale. Samtlige laboratorier benytter nukleinsyreamplifiseringstester med en spesifisitet på 99-100 prosent og en sensitivitet på over 90 prosent. Penselprøve tas enkelt i forbindelse med klinisk undersøkelse, mens urinprøve først og fremst er egnet hos asymptomatiske pasienter. Urinprøven tas minst en time etter siste vannlating og bør samle opp de første 15–20 ml. Laboratoriene bruker ulike fabrikater: noen anbefaler bruk av spesielle plastglass for urinprøven, og noen ønsker at prøvene skal være nedkjølt før transport. Kontakt laboratoriet du benytter om prøvetakingsutstyr og transportrutiner, og les bruksanvisningen!

«Søt kløe,
bitter svie»

Siden mange unge kvier seg for undersøkelse og prøvetaking, bør urinprøve tilbys på alle legekontorer. Urinprøve er for menn minst like god som penselprøven, for kvinner litt mindre sensitiv – men allikevel helt klart et aktuelt alternativ. Store studier har vist at vaginalpensel, som kan tas av pasienten selv, er like god som en cervixprøve. Det er ikke usannsynlig at dette kan tilbys kvinner i Norge i løpet av de nærmeste årene.

Nye strategier for å redusere forekomsten av klamydia

Til tross for stor innsats for å redusere forekomsten av klamydia, har antall rapporterte tilfeller årlig holdt seg relativt stabilt. Det å finne fram til smittede menn er det viktigste målet i arbeidet med å få bukt med epidemien. Bedre smitteoppsporing er helt nødvendig, og her spiller allmennpraktikere en sentral rolle. I tillegg er nye strategier under utprøving for å få flere unge til å teste seg, for eksempel hjemmeprøvetaking. Det har allerede vært gjort et mindre prosjekt på hjemmeprøver i Oslo, og Folkehelseinstituttet planlegger en større utprøving i samarbeid med andre. Det finnes foreløpig ikke tester man kan utføre hjemme og få svar på umiddelbart: per i dag må pasienten ta prøven hjemme og sende den til et laboratorium. Testresultatet kan sendes i posten, eller eventuelt direkte til personens lege. Ved positivt prøvesvar blir pasienten bedt om å kontakte lege for behandling og smitteoppsporing.

I et pågående prosjekt i Bærum går helsepersonell ut til utgangsklasser på videregående og informerer om klamydia. Deretter får elevene prøvetakingsutstyr, og de som ønsker det kan levere en prøve senere på dagen. Allmennpraktikere har også diskutert om unge burde få adgang til å komme på kontoret for å ta en urinprøve på klamydia uten legekontakt. Foreløpig er verken hjemmeprøver, «I ad-tester» eller tilbud til skoleelever blitt rutine, men her vil det antakelig skje forandringer i løpet av de nærmeste årene.

Smitteoppsporing: idealet eller kompromisset

En kvinne er kalt inn til konsultasjon på grunn av en positiv klamydiaprøve. De fleste allmennpraktikere oppfordrer pasienten til å be partnere kontakte lege, eller hun får med seg en dobbeltresept til seg selv og sin faste partner. Legen følger ikke opp om partnerne informeres, kommer til undersøkelse eller får behandling.

Smitteoppsporing er en av de største utfordringene i arbeidet med å redusere forekomsten av klamydiainfeksjoner. Vi skal hindre reinfeksjon hos pasienten ved å sikre at partnere blir behandlet, vi skal hindre følgetilstander hos smittekontakter, og vi skal stanse videre spredning av smitte. Verdens helseorganisasjon har utarbeidet tre prinsipper som bør følges for å sikre etisk riktig smitteoppsporing. Konfidensialitet er det viktigste, at kontakten ikke får vite hvem indekspasienten er, og at pasienten ikke får vite noe om kontaktens eventuelle besøk hos legen. I tillegg skal smitteoppsporingen være basert på frivillighet, og smittekontaktene må sikres rask og gratis veiledning, undersøkelse og behandling.

Det er pasientens fastlege eller annen diagnostiserende lege som etter Smittevernloven har ansvaret for å både gi personlig smitteveiledning og å iverksette smitteoppsporingen

(<http://www.lovdato.no/all/nl-19940805-055.html>). Legen er forpliktet til å kartlegge hvem smitten kan komme fra, hvem smitten kan være overført til, og å sikre at disse får tilbud om undersøkelse, rådgivning og behandling. Likevel viser det seg at få helsestasjoner og allmennpraktikere driver aktiv smitteoppsporing. En studie fra før smittevernloven ble innført viste at bare to av ti allmennleger og en av ti gynekologer foretok aktiv smitteoppsporing. Dette er ikke tilstrekkelig til å få ned insidensen av infeksjonen. Det var et håp med Smittevernloven at allmennlegene skulle ta større ansvar for smitteoppsporing, men hvorvidt dette har skjedd, har vi ikke informasjon om.

Ulike strategier for smitteoppsporing

● Pasientformidlet smitteoppsporing

1. Indekspasienten får med seg resept til partner(e)
2. Indekspasienten oppfordres til å be partner(e) søke lege og eventuelt:
 - a) Legen noterer navn og adresse på alle kjente partnere og avtaler tilbakemelding fra indekspasienten om at partnere er kontaktet, eller
 - b) Indekspasienten får med seg en skriftlig henvisning til partnere som skal gi dette brevet til legen som oppsøkes. Dersom partner ikke kommer til undersøkelse eller epikrise kommer fra annen lege, sender legen brev til partner og innkaller til time.

● Legeformidlet smitteoppsporing

Brev sendes i anonym konvolutt, og purrebrev sendes hvis ikke partneren har kommet til undersøkelse eller gitt tilbakemelding innen en viss tid.

Den optimale strategi for smitteoppsporing kan være avhengig av om vi tar utgangspunkt i pasienten eller bruker et videre folkehelseperspektiv. Å la pasienten ta med resept eller medisin til partner har i noen studier vist seg å være mer effektivt hvis man kun ser på reinfeksjon hos pasienten. Det er en klar fordel at partneren får mulighet til rask behandling samtidig som indekspasienten. Det å sende med kvinnen en ekstra resept til partnere er dessuten også en enkel løsning for en travel allmennpraktiker. Men ulempene er like åpenbare – og flere: pasienten må ta hele belastningen med å informere partner om sykdom, vi har ingen kontroll med at partnere blir informert eller tar medisinen, og vi mister muligheten til å bryte smittekjeden. Partnere bør alltid undersøkes før behandling, og hvis vedkommende har en positiv klamydiaprøve, blir denne indekspasient for smitteoppsporing. Husk at det er alltid en tredjeperson bak en smitteoverføring!

Hva er realistisk smitteoppsporing i allmennpraksis?

Jo høyere ambisjonsnivå, jo mer arbeidskrevende blir det. På den annen side: sett at du påviser 3-4 klamydiainfeksjoner i året, og at pasientene har i gjennomsnitt to smittekontakter. Med dagens prevalens må du teste 100 asymptomatiske kvinner under 30 år for å påvise tre infeksjoner. Ved målrettet testing av seks smittekontakter vil du finne like mange smittede. Smitteoppsporing er uten tvil kostnadseffektiv og meningsfylt virksomhet.

Strategi for smitteoppsporing må legges i samråd med pasienten. Ønsker vedkommende å kontakte partnere selv, eller å få hjelp av legen? Smitteoppsporing skal være basert på frivillighet, og god informasjon gir lettere samarbeid. Du bør bruke litt tid på å opparbeide tillit og la pasienten få følelsen av at han eller hun deltar i arbeidet med å hindre smittespredning. Pasienten må forklares om taushetsplikten og om betydningen av smitteoppsporingen. Det er viktig å vise at en har forståelse for at det kan være ubehagelig å skulle kontakte partnere, og du må ta hensyn til eventuelle problemer som kan oppstå i en par-relasjon når en av dem får påvist en klamydiainfeksjon. Det er naturlig å ta utgangspunkt i seksualanamnesen siste året. Uansett strategi kan det være lurt sammen med pasienten å notere ned navn og eventuelt adresser på aktuelle kontakter. Listen kan arkiveres, for eksempel i en egen «oppsporingsperm», og makuleres når kontaktene har fått tilbud om diagnostikk og behandling.

Behandling

Klamydia behandles effektivt, også hos gravide, med azitromycin 1g: 95 prosent vil være smittefrie etter en uke. En eventuell kontrollprøve må vurderes individuelt. Ved persisterende symptomer, eller dersom pasienten er seksuelt aktiv og det er risiko for reinfeksjon, anbefales det en ny prøve fem til seks uker etter at pasienten har tatt tablettene. Forsøk å sørge for at faste partnere får behandling samtidig. Ideelt sett bør pasienter med positiv klamydiaprøve få og ta tablettene på legekontoret (direkte observert behandling).

På grunn av høy sannsynlighet for smitte, og muligheten for falsk negativ prøve, anbefales det at alle pasienter som forteller at de har hatt en partner med positiv klamydiaprøve, få behandling og informasjon umiddelbart som om de skulle være smittet. Det skal naturligvis også

tas en klamydiaprøve, og dersom denne er positiv, må smitteoppsporing iverksettes.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no

KLAMYDIA I DIN PRAKSIS

- Hvor mange klamydiaprøver tar du i året?
→ Hvor mange er av pasienter over 25?
- Har du mulighet til å tilby test til flere seksuelt aktive unge gutter?
- Har du Azitromax liggende til pasienter med positiv prøve eller stor sannsynlighet for smitte?
- Hvordan driver du smitteoppsporing?
- Har du skriftlig informasjonsmateriale?
 - Informasjon om klamydia til pasienten
 - Informasjon til kontakter ved pasientformidlet smitteoppsporing
 - Innkalling/informasjon til kontakter ved legeformidlet smitteoppsporing
- Er det på ditt kontor muligheter for
 - a) mer målrettet prøvetaking?
 - b) forbedret smitteoppsporing?

Olafiaklinikken og Klinik for Seksuell Opplysning har standardskriv som kan kopieres)

SJEKKLISTE VED POSITIV KLAMYDIAPRØVE

- Nøytral informasjon til pasienten om klamydia (og eventuelt andre seksuelt overførbare sykdommer), bl.a.:
 - Klamydia er vanlig, lett å påvise og behandle, men kan ubehandlet gi alvorlige komplikasjoner hos kvinner
 - Har pasienten hatt flere partnere, er det umulig å vite hvem vedkommende ble smittet av. For pasienter med fast partner: klamydia betyr ikke utroskap! Infeksjonen kan være flere år gammel.
 - Ikke samleie før en uke etter at både pasient og partner har avsluttet behandling (på grunn av en reell fare for reinfeksjon)
 - Hvordan beskytte seg mot seksuelt overførbare infeksjoner senere
- Det kan være lurt å gi skriftlig informasjon i tillegg
- Berømme unge som viser ansvar ved å komme for å teste seg
- Azitromycin 1g på kontoret, eventuelt en blå resept på § 4
- Smitteoppsporingsstrategi: pasient- eller legeformidlet, eller en kombinasjon?
- Eventuell avtale om kontrolltime (kontrollprøve og/eller oppfølging av smitteoppsporing)

Bakgrunns litteratur

1. Harald Moi og Jan Martin Maltau. Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer. Gyldendal 2002.
2. Klinik for seksuell opplysning. Metodebok 2000.
3. Aavitsland P, Lystad A. Indikasjoner for testing for seksuelt overførte infeksjoner med Chlamydia trachomatis. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3141-4.
4. Aavitsland P, Lystad A. Smitteoppsporing ved seksuelt overførte sykdommer. Smittevernmessig viktig, etisk riktig. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1203-4.
5. Aavitsland P, Lystad A. Smitteoppsporing ved genitale chlamydiainfeksjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 1719-22.
6. Aavitsland P. Chlamydiadiagnostikk. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2315.