

Tidlig diagnostikk og behandling er viktig for å forebygge komplikasjoner og smittespredning ved genitale chlamydiainfeksjoner. Hvordan skal vi finne dem som er smittet?

Smittet med Chlamydia, men uten å vite det

Antall årlige tilfeller av påvist genital chlamydiainfeksjon i Norge har økt jevnt de siste åtte årene, og aldri er det blitt diagnostisert så mange tilfeller som i 2006 (1). Flertallet av tilfellene var ungdom under 25 år, av dem nesten 70 % kvinner. Situasjonen er nokså lik i våre naboland Danmark og Sverige (2, 3). Flere forhold kan være med på å forklare denne økningen, som må antas å gjenspeile en reell økning i insidens.

Landsomfattende overvåkingsdata gir informasjon om kjønn, alder og bostedskommune for dem som tester positivt for chlamydiainfeksjon, og gir på den måten et bilde av forekomsten blant dem som tester seg. Slike overvåkingsdata gir imidlertid ingen informasjon om dem med negative prøvesvar, eller enda viktigere: heller ikke om dem som ikke tester seg i det hele tatt. Dersom vi går ut fra at prevalensen av chlamydiainfeksjon blant menn i alderen 20–24 år er ca. 5 %, et nøkternt anslag basert på tidligere prevalensstudier, vil det til enhver tid være minst 7 000 smittede menn i denne aldersgruppen. I 2006 ble det diagnostisert 3 303 tilfeller blant menn i denne aldersgruppen. Det er derfor sannsynlig at mange unge menn går med sin chlamydiainfeksjon i lang tid uten å få behandling og risikerer dermed å smitte sine seksualpartnere.

Forebygging og kontroll av genitale chlamydiainfeksjoner skjer gjennom oppfordring til trygg seksualferd, informasjon om kondombruk, lett tilgjengelighet til kondomer, tidlig diagnostikk, tidlig behandling og smitteoppsporing. I Norge er det anbefalt å teste for chlamydiainfeksjon ved kliniske symptomer eller epidemiologisk sammenheng til et annet tilfelle. Dessuten oppfordres personer under 25 år å teste seg etter hvert skifte av seksualpartner (4). Testingen skjer i all hovedsak i helsetjenesten i forbindelse med testing av en symptomatisk person, opportunistisk screening eller smitteoppsporing. Spørsmålet er om dette er nok? Antall chlamydiaprøver per år har økt med 13 % siden 2000, men de to siste årene har antall utførte prøver vært stabilt. Samtidig påvises det oftere chlamydiainfeksjon blant dem som tester seg. Det finnes i dag 336 helsestasjoner for ungdom i Norge, og de siste årene er det opprettet 18 «lavterskeltilbud» med vekt på seksuell helse tilknyttet universiteter og høyskoler. Dette kommer i tillegg til fastlege og spesialklinikker i enkelte av de større byene. Testing og behandling er gratis for alle i risikogrupperne. Til tross for en slik satsing står vi altså fortsatt i den situasjonen at mange med chlamydiainfeksjon, særlig ungdommer, forblir udiagnostisert og ubehandlet.

Genital chlamydiainfeksjon gir hos de fleste få eller ingen symptomer. Derfor kan det ta lang tid før de søker lege eller annet helsepersonell. Tre artikler i dette nummer av Tidsskriftet omhandler tre svært ulike tiltak for å nå unge som ikke selv oppsøker helsetjenesten (5–7). Aase Høviskeland og medarbeidere gjør rede for et screeningsprosjekt blant avgangselevne ved videregående skoler i Bærum kommune (5). Nils Reinton og medarbeidere beskriver erfaringer med hjemmeprøvetaking gjennom et nettbasert kommersielt tilbud om chlamydia-testing (6), mens Harald Moi har evaluert hurtigtesten Handilab-C til hjemmebruk (7).

I Bærum kommune fikk alle avgangselevne ved videregående skoler tilbud om å avlevere urinprøve for å teste seg for Chlamydia (5). Tiltaket fikk stor oppslutning – nesten to tredeler av alle avgangselevne avleverte urinprøve. Forekomsten av chlamydiainfeksjon var imid-

lertid overraskende lav. Bare åtte av 571 elever som avleverte urinprøve, fikk et positivt prøvesvar, en prevalsens på bare 1,4 %.

Firmaet TestSelv.no har siden 2005 tilbudt hjemmeprøvetaking for chlamydia. Prøvetakingsutstyr til urinprøve bestilles fra firmaets nettsted, og urinprøve tas hjemme og sendes med posten til laboratoriet for analyse (6). Kostnaden på 395 kroner dekkes helt og holdent av den enkelte. Nær 1 500 personer benyttet seg av dette tilbudet i løpet av halvannet år; blant disse var det flere menn enn kvinner. Gjennomsnittsalderen var 28 år. Chlamydiaforekomsten var høy, 12,5 % for menn og 7,5 % for kvinner. Tilbudet har ikke nådd de yngre aldersgruppene, men avdekket en stor andel infeksjoner blant dem som benyttet tilbudet, spesielt menn i alderen 24–32 år.

I 2005 ble en chlamydiatest for kvinner til hjemmebruk, Handilab-C, markedsført gjennom apotekene i Norge. Til forskjell fra hjemmeprøvetaking, der prøven analyseres på laboratoriet, skal hurtigtesten utføres og avleses av pasienten selv. Olafiaklinikken i Oslo sammenliknet kvinners resultat fra denne testen med klinikkens resultat ved vanlig laboratorieundersøkelse av de samme kvinnene (7). Nesten to tredeler av kvinnene syntes prøven var vanskelig å lese og var i tvil om prøveresultatet, og mange fikk falskt positivt eller falskt negativt resultat (med laboratorieundersøkelsen som gullstandard). Hurtigtesten ble trukket tilbake fra markedet blant annet som følge av undersøkelsen.

I dag praktiserer flere land, bl.a. Norge, opportunistisk screening for chlamydiainfeksjon, dvs. at personer i målgruppene tilbys testing ved legebesøk eller når anledningen ellers byr seg. Som påpekt nylig i tidsskriftet BMJ, foreligger det ingen dokumentasjon for at slik screening er effektiv (8). Det er derfor behov for randomiserte, kontrollerte studier som dokumenterer effekten av opportunistisk og systematisk screening for å redusere antall følgetilstander av genitale chlamydiainfeksjoner. Studiene som presenteres i dette nummer av Tidsskriftet viser at det er behov for å evaluere både dagens anbefalinger og nye metoder til å få testet folk for chlamydiainfeksjon.

Hilde Kløvstad
hilde.klovstad@fhi.no

Hilde Kløvstad (f. 1969) er epidemiolog ved Folkehelseinstituttet og arbeider med en doktorgradsavhandling om genitale chlamydiainfeksjoner.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Kløvstad H, Aavitsland P. Genitale chlamydiainfeksjoner i Norge 2006. MSIS- rapport 2007; nr. 7.
2. Løfdahl M. Klamydia i Sverige 2005. Epi-Aktuelt 2006, nr. 9.
3. Andersen PH. Chlamydia 2006. Epi News 2007; nr. 19.
4. Aavitsland P, Lystad A. Indikasjoner for testing for seksuelt overførbare infeksjoner med Chlamydia trachomatis. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3141–4.
5. Høviskeland A, Lødøen G, Røer R et al. Genital chlamydiainfeksjon blant elever i videregående skole. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2077–9.
6. Reinton N, Ødegaard OR, Helgheim A et al. Nettbasert selvsprøvetaking for påvisning av chlamydiainfeksjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2080–2.
7. Moi H. Chlamydiatest for hjemmebruk holder ikke hva den lover. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2083–5.
8. Low N. Screening programmes for chlamydial infection: when will we ever learn? BMJ 2007; 334: 725–8.