

Ny behandlingsanbefaling ved gonoré

På verdensbasis er det nå flere tilfeller av gonoré enn av klamydia. I nye europeiske retningslinjer for behandling av gonoré anbefales en kombinasjon av ceftriaxon intramuskulært og azitromycin peroralt.

Ifølge Verdens helseorganisasjon er det nå flere tilfeller av gonoré enn av klamydia; i 2008 var estimatene henholdsvis 106,1 millioner og 105,7 millioner tilfeller (1). I Norge ble det i 1975 rapportert flere enn 14 000 tilfeller av gonoré, men mye grunnet effektiv diagnostikk, screening, smitteopp-sporing og behandling var sykdommen nesten utryddet i 1998, da det ble meldt kun 166 tilfeller (2).

Ti år senere, i 2009, 2010, 2011 og 2012 ble det meldt henholdsvis 269, 412, 368 og 443 tilfeller (3). Den betydelige økningen i 2010 kom etter at to poliklinikker i Oslo som undersøker mange menn som har sex med menn, introduserte følsom nukleinsyreampifiseringstest (NAT) for diagnostikk av gonoré fra hals og anus. Dette avdekket et stort antall asymptomatiske tilfeller. På grunn av økende bruk av denne testen blir nå bare halvparten av alle gonoré-tilfeller i Norge resistensbestemt. I 2011 var i 66 % av tilfellene bakteriestammene resistente mot kinoloner og penicillin (3).

Økende resistens

Gonokokkene har en uttalt evne til å utvikle resistens mot antibiotika. I 1976 ble de første tilfellene av penicillinasedannende *Neisseria gonorrhoeae* med total penicillinresistens rapportert. Fluorokinoloner, særlig ciprofloxacin, var effektive frem til århundreskiftet, men deretter ble det vist en økende resistensutvikling. I 2008 ble det beskrevet et utbrudd med kinolonresistente gonokokker, og tredje-generasjons cefalosporiner ble da anbefalt (4).

Ceftriaxon er det eneste antibiotikum som nå er virksomt mot over 95 % av bakteriestammene. En tendens til økende resistens også mot ceftriaxon og behandlingssvikt er rapportert fra flere land. På bakgrunn av erfaring fra tidligere resistensutvikling kan høygradig resistens også mot ceftriaxon ha utviklet seg i løpet av det neste decenniet (5).

Menn som har sex med menn

Prøve for gonoré med NAT-test fra hals, anus og første urinporasjon er indisert som screening av menn som har hatt sex med menn – sammen med klamydia. De fleste menn som har sex med menn smittes i Norge, de fleste i Oslo.

Det anbefales at menn som har sex med menn skal sjekke seg for seksuelt overført infeksjon én gang per år. Alle menn som på grunn av symptomer eller risiko ønsker sjekk for seksuelt overførte infeksjoner, må spørres om de har hatt sex med menn for at de riktige prøver kan bli tatt (6).

Nye europeisek behandlingsanbefalinger

Den europeiske avdelingen av The International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI) gir ut retningslinjer for diagnostikk og behandling av seksuelt overførte infeksjoner. Nye retningslinjer for behandling av gonoré ble publisert på organisasjonens nettsider i november 2012 (7).

«Gonokokkene har en uttalt evne til å utvikle resistens mot antibiotika»

Her blir det anbefalt at gonoré skal behandles med engangsdose av to antibiotika, ceftriaxon og azitromycin, i følgende dosering: 500 mg ceftriaxon intramuskulært pluss 2 g azitromycin per os. Azitromycintablettene skal gis under observasjon på poliklinikken, gjerne sammen med litt kjeks for å redusere bivirkninger.

Begrunnelsen for den høye dosen av azitromycin er at en lavere dose kan øke risikoen for resistensutvikling på tross av kombinasjonsbehandlingen. Kombinasjonen vil også kurere en samtidig klamydia. Azitromycin skal derimot ikke gis alene, verken mot klamydia eller mot gonoré. Hvis resistensbestemmelse foreligger før behandling, kan man gi virksomt antibiotikum i henhold til svaret. Ceftriaxon er ikke markedsført i egnet forpakning for intramuskulær injeksjon i Norge, og det må kjøpes 5 ampuller på 1 g. En ampulle blandes med 3,5 ml lidocain 10 mg/ml uten adrenalin. 2 ml av blandingen settes intramuskulært.

Den nye utgaven av antibiotikaveileder for primærhelsetjenesten er under trykking, og anbefaling om kombinasjonsbehandling rakk ikke å komme med i den. Oppdatert anbefaling vil komme i den elektroniske utgaven.

Harald Moi

harald.moi@medisin.uio.no

Harald Moi (f. 1942) er spesialist i hud- og veneriske sykdommer, tidligere overlege ved Olafia-klinikken og professor emeritus i klinisk venerologi ved Universitetet i Oslo. Han er medlem av den europeiske redaksjonskomiteen i The International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI) og har bidratt i utarbeidningen av de omtalte retningslinjene for behandling av gonoré.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikt: Han har mottatt foredragshonorar fra Abbott Norge.

Litteratur

1. World Health Organization. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections – 2008. Genève: WHO, 2012.
2. Aavitsland P. Gonoré – fra folkehelseproblem til raritet. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2761.
3. Gonoré og syfilis i Norge 2012. www.fhi.no/dokumenter/2adaf2c489.pdf [13.5.2013].
4. Jakopanec I, Hassfjord JJ, Nilsen O et al. A local outbreak of quinolone-resistant gonorrhoea in Norway, January 2008. Euro Surveill 2008; 13: 18897.
5. Whitley DM, Goire N, Lahra MM et al. The ticking time bomb: escalating antibiotic resistance in *Neisseria gonorrhoeae* is a public health disaster in waiting. J Antimicrob Chemother 2012; 67: 2059–61.
6. Blystad H, Klouman E. Recommendation for annual HIV and STI testing in MSM introduced in Norway. Euro Surveill 2005; 10: E050707.4.
7. Bignell C, Unemo M. 2012 European guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. www.iusti.org/regions/europe/pdf/2012/Gonorrhoea_2012.pdf [15.5.2013].

Mottatt 7.12. 2012, første revisjon innsendt 8.4. 2013, godkjent 18.4. 2013. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.

Publisert først på nett.