

Gonoré - fra folkehelseproblem til raritet

REDAKSJONELT

AAVITSLAND P

Fra tidlig i 1960-årene økte det årlige antall meldte tilfeller av gonoré i Norge fra rundt 2000 tilfeller per år til det nådde over 14000 tilfeller i 1975. Epidemien gikk deretter tilbake ved hjelp av utstrakt screening, effektiv endosebehandling og smitteoppsporing slik at man 20 år senere, i 1995, registrerte bare 175 tilfeller.

I samme 20-årsperiode pågikk en tilsynelatende uavhengig epidemi av gonoré forårsaket av betalaktamaseproduserende *Neisseria gonorrhoeae* (1). I 1994 forårsaket slike gonokokkstammer 29% av alle de meldte tilfellene av gonoré i Norge. Disse pasientene hadde ikke nytte av den ordinære penicillinbehandlingen og ble derfor gående lenger med sin infeksjon, til fare for sine seksualpartnere. Det var umulig på bakgrunn av de epidemiologiske opplysningene alene å skjelne gonoré forårsaket av betalaktamaseproduserende gonokokker fra annen gonoré (2).

I lys av denne utviklingen samlet Statens institutt for folkehelse i 1994 en bred faggruppe, Arbeidsgruppen mot gonoré, som anbefalte en grunnleggende omlegging av strategien mot gonoré. Gruppen anbefalte en betydelig innstramning i indikasjonene for prøvetaking til laboratoriuundersøkelse for gonoré (3). Omfattende screening for gonoré skulle opphøre.

Gruppen anbefalte også en ny førstehåndbehandling av gonoré, nemlig fluorokinoloner (ciprofloksacin 500 mg eller ofloksacin 400 mg éngangsdoser) (4). Dette er langt på vei ideelle medikamenter for dette formålet. De kan gis i en peroral dose, har få bivirkninger og er svært effektive (5).

Begge anbefalingene fra Arbeidsgruppen har vært vellykkede så langt. Gonoré er fremdeles under god kontroll med bare 193 meldte tilfeller i 1997, til tross for at prøvetallet er bare en tredel av tallet i toppåret 1991. Andelen betalaktamaseproduserende gonokokker er redusert til 13% (1).

Fra flere land meldes det nå om gonokokker som er høygradig resistente mot fluorokinoloner (6). Enkelttilfeller er meldt også i Norge, og i dette nummer av Tidsskriftet omtaler Liv Kari Døsen & Harald Moi fra Olafiaklinikken i Oslo en pasient med slike bakterier (7). Fremveksten av fluorokinolonresistens hos gonokokker kan på lengre sikt representere en trussel mot kontrollen med sykdommen. Dette kan motvirkes ved god pasienthåndtering og årvåkenhet.

Gonoré er en aktuell differensialdiagnose ved mukopurulent sekret fra cervix og ved bekkeninfeksjon hos kvinner, og ved urethral utflod med dysuri og ved epidydimitt hos

menn (3). En god håndtering av en pasient med mistenkt gonoré består av klinisk diagnostikk støttet av prøvetaking med dyrking i laboratoriet, behandling med éndose fluorokinolon i påvente av laboratoriesvar, seksuell avholdenhet til kontrollprøve er negativ og smitteoppsporing med undersøkelse av alle potensielle smitekilder og sekundærkontakter.

Døsen & Mois pasienthistorie (7) illustrerer hvor vanskelig det kan være å gjennomføre dette ideelle opplegget. Videre viser historien at man ikke uten videre kan slutte at infeksjon etter behandling skyldes behandlingssvikt på grunn av antibiotikaresistens.

Alternative forklaringer er manglende pasientmedvirkning i behandlingen, reinfeksjon fra ubehandlet partner eller reinfeksjon fra ny partner.

Det er få dokumenterte tilfeller av sikker behandlingssvikt med fluorokinoloner (8, 9). De mest nærliggende alternativene til fluorokinoloner, cefotaksim og ceftriaksone, er begge til injeksjon og ikke umiddelbart tilgjengelige ved alle landets apotek. Spektinomycin, et eldre antibiotikum til injeksjon, er avregistrert.

Vi bør derfor inntil videre holde fast ved fluorokinolonene som førstevalgsbehandling av gonoré, men sørge for dyrkingsprøver både før og etter behandling av hvert eneste gonorétilfelle, ikke minst hos pasienter som er smittet i Sørøst-Asia (6).

Det er også all grunn til å følge opp Døsen & Mois ønske om bedre overvåking av resistens hos gonokokkene. I dag opplyser de medisinsk-mikrobiologiske laboratoriene om hvorvidt gonokokkisolater er betalaktamaseproduserende til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS), men de gir ikke andre opplysninger om resistens. I fremtiden bør det også opplyses om høygradig fluorokinolonresistens. Dette gir mulighet for å knytte epidemiologiske opplysninger, særlig smittested, til resistensforholdene og dermed kartlegge risikofaktorer for fluorokinolonresistens. Et alternativ eller tillegg er å samle alle gonokokkisolater i et referanselaboratorium for nærmere undersøkelser av blant annet resistens etter internasjonale kriterier (9).

Gonoré er i dag et svært lite folkehelseproblem i Norge. Mangeårig innsats fra klinikere og de medisinsk-mikrobiologiske laboratoriene har bidratt til dette. Sannsynligvis er det mulig å bevare denne situasjonen med små ressurser og uten screening. Døsen & Moi viser imidlertid at utfordringene i enkelte tilfeller kan være store.

Preben Aavitsland

LITTERATUR:

1. Aavitsland P, Nilsen Ø. Betalaktamaseproduserende gonokokkar (PPNG) i 1997. *Resistens* 1998; 2: 6.
2. Aavitsland P. Kan anamnesen veilede valget av antibiotikum mot gonoré? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116:837-40.
3. Aavitsland P. Indikasjoner for prøvetaking til laboratorieundersøkelse for gonoré. Nye anbefalinger fra Arbeidsgruppen mot gonoré. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 2017-21.
4. Aavitsland P, Høiby EA. Behandling av ukomplisert gonoré hos voksne. Nye anbefalinger fra Arbeidsgruppen motgonoré. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 1577-80.
5. Moran JS, Levine WC. Drugs of choice for the treatment of uncomplicated gonococcal infections. *Clin Infect Dis* 1995; 20 (suppl 1): 47-65.
6. The WHO Western Pacific Region Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme. Antimicrobial resistance in gonococci, WHO western pacific region, 1996. *Comm Dis Intell* 1997; 21: 349-53.
7. Døsen LK, Moi H. Gonoré forårsaket av fluorokinolonresistente gonokokker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118:2783-5.
8. Handsfield HH, Whittington WL. Antibiotic-resistant *Neisseria gonorrhoeae*: the calm before another storm? *Ann Intern Med* 1996; 125: 507-8.

9. Knapp JS, Hale JA, Neal SW, Wintersheid K, Rice RJ, Whittington WL. Proposed criteria for interpretation of susceptibilities of strains of *Neisseria gonorrhoeae* to ciprofloxacin, ofloxacin, enoxacin, lomefloxacin and norfloxacin. *Antimicrob Agents Chemother* 1995; 39: 2442-5.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Lægeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske lægeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no