

Skal vi klare å stoppe epidemien, må det bli enkelt for ungdom å teste seg og få behandling

Den nye chlamydiaepidemien blant ungdom

I 2003 påviste norske medisinsk-mikrobiologiske laboratorier *Chlamydia trachomatis* hos over 16 000 personer (1), de fleste av dem unge kvinner. Dette er opp fra 12 000 i 1995 og det høyeste antallet siden 1989. Det har vært vanskelig å tolke denne økningen. Skyldes den bare at mer målrettet bruk av de nye, mer sensitive chlamydiatestene avdekker flere tidligere uopdagede infeksjoner? I dette nummer av Tidsskriftet bringer Bakken og medarbeidere oss nærmere et svar. De viser at prevalensen av chlamydiainfeksjon blant abortsøkende i Trondheim gikk ned fra 9,0 % i 1985 til 3,8 % i 1995–98 for så å øke til 5,0 % i 1999–2000 (2). Blant tenåringer var prevalensen 10,6 %. Det er derfor liten tvil om at vi står overfor et nytt oppsving i chlamydiaepidemien.

Dette er skuffende for alle oss som trodde at epidemien kunne bekjempes like enkelt som da vi fikk bukt med gonoreen 1970- og 80-årene. Da førte utbredt testing og endosebehandling til at antall tilfeller sank fra over 14 000 til 200 på under 20 år. I dag er gonoré så å si utryddet i Norge (2).

Vi har de samme våpnene – gode tester (3) og endosebehandling – mot *Chlamydia*. En viktig forskjell er at de færreste chlamydia-smittede får symptomer. Særlig gjelder dette menn. En mann som smittes med gonoré, blir som regel innen en uke smertelig klar over det og løper til legen for å få hjelp. Menn som smittes med *Chlamydia*, merker som regel ingenting og kan fortsette å smitte andre. Strand og medarbeidere viser i dette nummer av Tidsskriftet at selv jenter med opplagte risikofaktorer for chlamydiainfeksjon i liten grad søker lege for å bli testet (4). Og Bakken og medarbeidere bekrefter at andelen smittede er lav blant dem som oppsøker lege for testing (5).

Genitale chlamydiainfeksjoners asymptomatiske natur gjør det lett å undervurdere dem som helseproblem. Det er imidlertid gode bevis for at 15–30 % av kvinner med ubehandlet infeksjon i løpet av ett år vil få en bekkenbetennelse (6, 7). En slik betennelse øker risikoen minst seks ganger for infertilitet og ekstrauterint svangerskap (8). Mellom 1 % og 3 % av kvinner med ubehandlet chlamydiainfeksjon vil få hver av følgetilstandene infertilitet, ekstrauterint svangerskap og kroniske magesmerter (8).

Hyppigheten av genitale chlamydiainfeksjoner bestemmes av smitterisiko per samleie, hyppighet av partnerbytte og varighet av den smittsomme perioden. Strategien mot chlamydiaepidemien i Norge er å angripe hver av disse faktorene – med vekt på kondombruk for å redusere smittsomheten og tidlig diagnostikk og behandling for å redusere varigheten av smittsom periode (9).

Det synes nå klart at strategien må forsterkes. Seksualvaner har vist seg vanskelig å endre. Vi bør trolig satse på bedre metoder for

å finne de smittede. I Norge bruker vi titalls millioner kroner på om lag en kvart million chlamydiatester per år. 6,4 % av dem er positive (1). Kan vi utnytte ressursene bedre og samtidig gjøre det enklere for ungdom å få testet seg? To randomiserte studier har vist at et organisert opplegg for å finne og behandle kvinner med chlamydia-infeksjon forebygger bekkenbetennelser (6, 7).

Det følgende forslaget kan være økonomisk, juridisk og etisk forsvarlig: En gang i året fyller fastlegen ut laboratorierekvisisjon på chlamydiaundersøkelse for alle listepasientene mellom 15 og 25 år. Legen sender rekvisisjonene til pasientene sammen med et informasjonsskriv, et urinprøvetakingssett og en frankert konvolutt adressert til laboratoriet. De pasientene som ønsker det, sender en urinprøve direkte til laboratoriet, som undersøker den og rapporterer svaret til legen. Fastlegen formidler siden prøvesvaret til pasientene og gjør den nødvendige oppfølgingen ved positive prøver, eventuelt i samarbeid med den lokale ungdomshelsestasjonen.

Skal vi få bukt med epidemien, må vi trolig tilpasse helsetjenestene til ungdommenes behov.

Preben Aavitsland

preben.aavitsland@fhi.no
Tidsskriftet

Preben Aavitsland (f. 1963) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet, avdelingsdirektør ved Nasjonalt folkehelseinstitutt og lege ved Klinikk for seksuell opplysning i Oslo.

Litteratur

1. Nilsen Ø, Blystad H, Aavitsland P. Genital chlamydiainfeksjon, gonore og syfilis i Norge i 2003. MSIS-rapport 2004; 32: 13.
2. Bakken IJ, Skjeldstad FE, Nordbø SA. *Chlamydia trachomatis* blant abortsøkende kvinner i Trondheim 1985–2000. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1638–40.
3. Østergaard L. DNA amplifikasjon til diagnostik af uro-genital *Chlamydia trachomatis* infektion. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2350–6.
4. Strand RHT, Skjeldstad FE, Øvreness T et al. *Chlamydia trachomatis* – prøvetakingsmønster og prevalens blant unge kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1636–7.
5. Bakken IJ, Skjeldstad FE, Øvreness T et al. Chlamydiainfeksjon og seksualatferd blant unge kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1633–5.
6. Østergaard L, Andersen B, Møller JK et al. Home sampling versus conventional swab sampling for screening of *Chlamydia trachomatis* in women: a cluster-randomized 1-year follow-up study. Clin Infect Dis 2000; 31: 951–7.
7. Scholes D, Stergachis A, Heidrich FE et al. Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydial infection. N Engl J Med 1996; 334: 1362–6.
8. Østergaard L, Andersen B, Møller JK et al. Screening for klamydia med hjemmetest – en medicinsk teknologivurdering. København: Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2002.
9. Aavitsland P, Lystad A. Indikasjoner for testing for seksuelt overførte infeksjoner med *Chlamydia trachomatis*. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3141–4.