

# En mann i 30-årene med utflod og dysuri

Hos menn kan symptomer fra urethra kreve mer enn behandling med antibiotika. Slike symptomer bør alltid føre til spørsmål om seksuell praksis og eventuell videre utredning for seksuelt overførbare infeksjoner.

*En mann i 30-årene oppsøkte fastlegen sin på grunn av svie ved vannlating og gulffarvet utflod fra urethra siste tre dager. Han var tidligere frisk, hadde ingen andre symptomer, ingen feber og hadde ikke vært i utlandet. Legen spurte, ifølge pasienten, ikke om seksuell praksis, men målte C-reaktivt protein (CRP), som var negativ. Pasienten fikk fortalt at plagene trolig ville forsvinne av seg selv.*

Yngre menn får sjelden cystitt, og denne gir heller ikke utflod (1). Negativt CRP-resultat har liten diagnostisk verdi ved symptomer kun fra urethra, da dette ikke utelukker uretritt. Ved symptomer fra urethra hos menn bør legen ta opp seksualanamnese for å kunne ta relevante prøver og stille riktig diagnose. Tidspress kan bidra til at dette oppleves vanskelig, og enkelte pasienter kan mislike å få spørsmål om seksuallivet sitt. Seksualanamnesen er likevel viktig for å kunne kartlegge risiko for seksuelt overførbare infeksjoner. Selv om pasienten har fast partner (den faste partneren kan ha hatt sex med andre), må prøver for seksuelt overførbare infeksjoner tas.

*Neste dag fikk pasienten økt utflod og dysuri. Han oppsøkte på nytt sin fastlege, som ga ham resept på antibiotika (pivmecillinam) mot urinveisinfeksjon. Ifølge pasienten ble det ikke tatt noen prøver.*

Har pasienten plagsomme symptomer, velger man, som denne legen gjorde, å gi antibiotika før prøvesvar foreligger. Men det er viktig å ta prøver for seksuelt overførbare infeksjoner før oppstart av antibiotika. For å kartlegge årsaken til en uretritt må det tas prøve av selve utfloden. Når det kun foreligger dysuri, tas urinprøve. Antibiotikavalget kan om nødvendig endres når prøvesvaret foreligger. Behandlingen av de ulike bakterielle seksuelt overførbare infeksjonene, som klamydia (av *Chlamydia trachomatis*), mycoplasma genitalium-infeksjon og gonoré (2), er forskjellig (tab 1). Feil type antibiotika vil kunne gi symptomlindring, men personen vil fortsatt kunne spre smitten videre.

*Da pasienten ikke ble bra de påfølgende dagene, oppsøkte han Olafiaklinikken. Ved opptak av seksualanamnese kom det frem at pasienten hadde hatt sex to dager før han*

*fikk symptomer. Legen tok spatelprøve fra urethra og så gonokokker i mikroskopet. Pasienten fikk ceftriakson intramuskulært og azithromycin per os som engangsdose. Han ble asymptomatisk i løpet av ett døgn.*

Det kan ikke forventes at fastleger skal mikroskopere utflod, men basert på symptomene pasienten hadde, var gonoré en viktig differensialdiagnose. Kraftig purulent utflod som oppstår innen tre dager etter sex vil mest sannsynlig være gonoré, spesielt i miljøer der prevalensen av gonoré er høy (3). Dette gjelder menn som har sex med menn og personer fra mer høyendemiske land for seksuelt overførbare infeksjoner, som for eksempel Thailand.

Behandling av gonoré vil som regel være en spesialistoppgave i storbyene, men er det langt til nærmeste infeksjonsmedisinske poliklinikk eller klinikk for seksuelt overførbare sykdommer, må fastlegen kunne gi behandling, eventuelt etter å ha konferert med spesialist på telefon. Det kan heller ikke forventes at alle fastleger skal være orientert om aktuell behandling av gonoré, da denne behandlingen endres jevnlig. Det kan også ta tid før de nasjonale anbefalingene på nettet er oppdaterte. Gonoré skal nå, ifølge europeiske retningslinjer, behandles med to ulike antibiotika: ceftriakson 500 mg intramuskulært og azithromycin (Azitromax) 2 g per os (tab 1) (4). Det foreligger betydelig resistens mot ciprofloxacin i Norge, og denne frarådes derfor til behandling av gonoré for eventuell resistensbestemmelse foreligger (5, 6). Ved klinisk mistanke om klamydia (lett dysuri og eventuell mukøs utflod) er førstevalget doksykylin (2).

*På Olafiaklinikken kom det også frem at pasienten i perioder hadde sex med menn, noe han ikke hadde fortalt sin fastlege. Dyrkingsprøver ble derfor tatt fra hals, anus og urethra og sendt til undersøkelse for gonoré. I tillegg ble prøver til nukleinsyreamplifiseringstest (Nat-prøver) sendt til undersøkelse for gonoré (fra hals, anus og urin) samt klamydia og mycoplasma genitalium-infeksjon (begge fra anus og urin). Dyrking av utflod på Stuarts medium og Nat-urinprøve var begge positive for gonoré. Nat-prøve fra hals var også positiv for gonoré, mens dyrking fra hals var negativ.*

**Åse Haugstvedt**  
aahaugs@online.no  
**Harald Moi**  
Olafiaklinikken  
Oslo universitetssykehus

> Se kommentar side 51

Nat-prøver fra hals og anus har betydelig høyere sensitivitet enn dyrkingsprøver fra disse lokalisasjonene, men noe lavere spesifisitet avhengig av hvilken metode som benyttes (7). Man må derfor vurdere risikoen for falskt positive prøver i populasjoner med lav prevalens. Blant menn som har sex med menn er prevalensen av gonoré i hals og anus tilstrekkelig høy til at metoden kan benyttes, men dyrking bør alltid gjøres for mulig resistensbestemmelse (7). Menn kan instrueres i å ta anusprøven selv på toalettet.

*Fastlegen hadde ikke tatt blodprøver av pasienten, trolig fordi han ikke vurderte pasientens plager å være relatert til en seksuelt overførbare infeksjon. Uten kjennskap til pasientens seksuelle praksis var han heller ikke klar over pasientens økte risiko for hiv, syfilis, hepatitt B og C.*

Opptak av seksualanamnese er også viktig for å kunne bestemme hvilke blodprøver som bør tas (hiv, syfilis, hepatitt B, hepatitt C). Over halvparten av alle påviste hivpositive i USA er menn som har sex med menn (8). Menn som har sex med menn i Norge har også betydelig høyere prevalens av hiv enn heterofile menn med norsk bakgrunn. Disse bør derfor teste seg regelmessig (9–11). I 2011 ble 15 heterofile norske menn smittet med hiv i Thailand, så seksualanamnese er viktig uansett legning (11). Menn som har sex med menn som får påvist syfilis eller gonoré har høyere sannsynlighet for å være smittet med hiv, og de har generelt høyere risiko for syfilis enn heterofile menn (12–14).

*Den første hivtesten vi tok av pasienten (kombitest) ga ufullstendig resultat. Det ble derfor tatt provirustest, som var positiv. Provirus blir positiv tidligere enn kombitesten og er en hiv-DNA-test som påviser hiv som er transkribert fra RNA til DNA. Western blot-test viste at pasienten trolig var i omslagsfase, dvs. nysmittet. Han hadde ingen symptomer på hivinfeksjon og var trolig smittet av personen som hadde smittet ham med gonoré. Pasienten ble etter hvert henvist infeksjonsmedisinsk poliklinikk for å starte antiviral behandling (ART).*

Folkehelseinstituttet anbefaler å ta blodprøver for syfilis, hiv og hepatitt B av menn som har sex med menn og hepatitt C av hivpositive menn som har sex med menn (15). Vi vil også anbefale å ta de samme prøvene hos pasienter med påvist gonoré og hos pasienter som har hatt sex med personer fra områder med høyere forekomst av disse seksuelt overførbare infeksjonene. Ved negative blodprøvesvar bør prøve for syfilis og hiv gjentas etter tre måneder for å være sikker, samt etter seks måneder for hepatitt B. Etter-

**Tabell 1** Behandling av de vanligste, bakterielle seksuelt overførbare infeksjonene (2, 4)

Behandling av ukomplisert klamydia	Doksycylin 100 mg tabletter × 2 i en uke. Azithromycin bør unngås pga. resistensdrivende effekt
Behandling av gonoré (før svar på dyrking og resistensbestemmelse)	Ceftriaxon 500 mg injeksjon intramuskulært <sup>1</sup> pluss azithromycin 2 g per os som observert engangsdose
Behandling av gonoré (hvis svar på dyrking og resistensbestemmelse foreligger)	Ved kjent resistensmønster kan et annet antibiotikum som engangsdose velges hvis det er blitt påvist full sensibilitet (S) Ciprofloxacin 500 mg tabletter per os eller Ofloksacin 400 mg tabletter per os eller Amoksisicillin 2 g tabletter + probenicid 1 g tabletter per os. Kan økes til amoksisicillin 3 g ved nedsatt følsomhet pga. kromosomal resistens eller Ceftriaxon 500 mg injeksjon intramuskulært
Behandling av mycoplasma genitalium-infeksjon	Azithromycin 500 mg tabletter: 1 tablett dag 1, 1/2 tablett dag 2–5. Kontroll etter 4–5 uker. Hvis fortsatt positiv: Moksifloksacin 400 mg tabletter × 1 i én uke (moksifloksacin (Avelox, Bayer) er uregistrert i Norge. Det må skrives resept sammen med søknad om godkjenningss fritak for legemiddel uten markedsføringstillatelse, i fire eksemplarer til apotek)

<sup>1</sup> Ceftriaxon finnes ikke i passende pakning for intramuskulær injeksjon. 500 mg av en ampulle på 1 g for intravenøs bruk må derfor nyttes. For å minske smerte ved intramuskulær injeksjon oppløses innholdet i 3,5 ml lidokain 10 mg/ml uten adrenalin. 2 ml (500 mg) av denne oppløsningen settes dypt intramuskulært som engangsdose

som Folkehelseinstituttet oppfordrer til årlig screening for seksuelt overførbare infeksjoner av menn som har sex med menn, bør fastlegene kjenne til sine pasienters seksuelle praksis. Å spørre hvilket kjønn pasienten har sex med bør inngå i den ordinære anamnesen. Informasjon om hvilket kjønn pasienten har sex med og hva slags sex det er snakk om, er en forutsetning for å vite *hvilke* prøver som bør tas og *hvor* disse prøvene skal tas fra (hals, anus og urethra/urin). Mange av de seksuelt overførbare sykdommene, som hepatitt B, hepatitt C, hiv, syfilis, klamydia, mykoplasma og gonoré, kan gi få eller ingen symptomer. Det er derfor viktig at undersøkelsen omfatter en rekke laboratorieprøver (ramme 1). En studie fra Olafiaklinikken viste at 70–80 % av de positive prøvene for gonoré, klamydia og mycoplasma genitalium-infeksjon hos menn som har sex med menn ikke ville ha blitt diagnostisert uten prøver fra anus og hals (16). Menn som har sex med menn anbefales å la seg undersøke for seksuelt overførbare infeksjoner én gang per år, oftere hvis de har flere partnere (15).

Konsekvensen av ikke å ta en hivtest kan i verste fall være at pasienten dør av aids. I 2012 var det ni menn som fikk hivdiagnosen først når aids hadde brutt ut. I tillegg oppdaget man 14 menn som var blitt smittet flere år før de fikk diagnosen hiv (10). Et paradoks i sykehistorien vi presenterer her er at dersom pasienten hadde fått riktig behandling for gonoré av fastlegen, hadde han sannsynligvis

ikke oppsøkt Olafiaklinikken. Og dermed kanskje ikke fått vite at han hadde hiv.

## Diskusjon

Leger synes å være flinke til å foreta en grundig anamnese på de fleste områder. Ut ifra vår erfaring virker det imidlertid som om leger sjeldnere tar opp en god seksualanamnese. Mange av våre pasienter forteller at de nesten aldri blir spurt om seksuell praksis av andre leger, selv om de oppsøker legen på grunn av symptomer fra kjønnsorganene. Dette kan skyldes legens egen sjenanse for å snakke om sex eller frykt for å støte pasienten. Fordommer mot homofile, som kan finnes både hos legen og hos en eventuelt heterofil pasient, kan bidra til at det ikke opplevs like lett å spørre om pasienten har sex med personer av samme kjønn som å spørre om fargen på avføringen. Den heteronormative hverdagen mange lever i gjør at det ofte tas for gitt at pasienten er heterofil (17, 18). Mange homofile pasienter som vi møter på Olafiaklinikken forteller at deres fastlege ikke vet at de er homofile. Legen har ikke spurt om legning eller seksuell praksis, og pasienten har heller ikke fortalt dette. Enda vanskeligere kan det være å spørre om en heterofilt gift mann har hatt sex med noen av samme kjønn. Våre erfaringer tilsier at det ikke er helt uvanlig at personer som er heterofilt gift praktiserer sex med andre menn, for eksempel på sauna. Relativt ofte opplever vi at menn som har sex med menn har vært

**RAMME 1**

Anbefalt prøvetaking for seksuelt overførbare infeksjoner hos menn som har sex med menn (15). En fullstendig undersøkelse av en asymptomatisk mann som har sex med menn bør inkludere:

- Serologi for hiv, syfilis, hepatitt A (IgM og IgG), hepatitt B (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs). Hepatitt C spesielt for hivpositive
- Penselprøve fra urethra, anus og farynx for gonorédyrking
- Urinprøve for klamydia. Kun den første 10–15 ml urinporasjon skal samles, etterfølgende urin skal ikke blandes inn. Hvis mulig inkluderer nukleinsyreamplifiseringstest (Nat-prøve) for gonokokker og *Mycoplasma genitalium*.
- Rektal penselprøve for klamydia. Hvis mulig inkluderer Nat-prøve for gonokokker og *Mycoplasma genitalium*
- Hvis mulig Nat-prøve for gonokokker fra farynx

hos andre leger der det ikke er blitt tatt relevante prøver. Pasientene forteller ikke alltid uoppfordret hvem de har hatt sex med, da mange har opplevd å møte fordommer, også hos helsepersonell. Det er ikke alle menn som har sex med menn som vet at de må sjekke seg regelmessig fordi de har høyere risiko for seksuelt overførbare infeksjoner enn heteroseksuelle. Den økte risikoen har flere årsaker, både biologiske og atferdsmessige. Det er høyere risiko for overføring av hiv og hepatitt ved analt enn vaginalt samleie. Man regner smitterisikoen for hiv til å være 18 ganger høyere ved ubeskyttet resektiv analsex enn ved vaginalsex (13).

Det er også andre grunner til at legen bør kjenne til pasientens seksualpraksis. Menn som har sex med menn bør tilbys gratis hepatitt B-vaksinering dersom de ikke er naturlig immunisert gjennom tidligere smitte (positiv HBsAS) (15). På grunn av økningen av hepatitt C-tilfeller blant hivpositive menn som har sex med menn, bør disse testes regelmessig for hepatitt C (19). En positiv klamydiaprøve fra anus hos en pasient med abdominale symptomer bør sendes til typing for lymfogranuloma venereum, en subtype av klamydia som kan gi proktitt og gastrointestinale symptomer som ved en kronisk tarmsykdom (20). Vi finner flere tilfeller av denne sykdommen på Olafiaklinikken årlig, spesielt blant hivpositive menn som har sex med menn.

Ved mistanke om smitte av en allmennfarlig smittsom sykdom dekker folketrygden utgifter til legehjelp og behandling. Relevante sykdommer er hepatitt A, B og C, syfi-

lis, hiv, gonoré og genital klamydiainfeksjon (inkludert lymfogranuloma venereum) (15). Legen som påviser en av disse infeksjonene har plikt til å foreta smitteoppsporing etter lov om smittevern § 3-6 (21). På Olafiaklinikken delegeres denne oppgaven til sykepleierne. De kaller inn smittekontaktene som blir oppgitt av indekspasienten (den som er smittet) uten at kontaktene får vite hvem som har oppgitt dem. Seksuallkontakten til vår pasient ble kalt inn og testet for seksuelt overførbare infeksjoner.

**Konklusjon**

Heterofil eller homofil – seksualpraksis bør kartlegges, spesielt dersom en mann kommer med symptomer fra urethra. Dette innebærer å spørre hvilket kjønn pasienten har sex med, hva slags sex han har hatt og hvor i verden han har hatt sex. Olafiaklinikken og Folkehelseinstituttet har utarbeidet et spørreskjema som kan være et hjelpemiddel der man mistenker en seksuelt overførbare infeksjon hos menn (22). Skjemaet kan brukes som veiledning til spørsmål, eller pasienten kan selv fylle det ut i starten av konsultasjonen.

Økt kunnskap blant fastleger om hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner i gruppen menn som har sex med menn vil kunne bidra til å redusere mørketallet. Det antas at mørketallet for personer som ikke kjenner sin hivdiagnose i Norge ligger på 300–500 (23). Legen må legge til side eventuelle fordommer mot homofil praktisering slik at pasienten føler seg ivaretatt og respektert uansett legning. Da vil pasienten lettere gi viktige og korrekte opplysninger og legen kan yte best mulig hjelp.

*Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.*

**Åse Haugstvedt (f. 1963)**

er spesialist i hud- og veneriske sykdommer, overlege og tilknyttet Nasjonal kompetansetjeneste for seksuelt overførbare infeksjoner. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

**Harald Moi (f. 1942)**

er spesialist i hud- og veneriske sykdommer, med spesialkompetanse i venerologi, pensjonert overlege og professor emeritus ved Universitetet i Oslo. Han er timeansatt konsulent ved Olafiaklinikken og Nasjonal kompetansetjeneste for seksuelt overførbare infeksjoner og medlem av Editorial Board for European Guidelines for Sexually Transmitted Infections. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

**Litteratur**

1. Chung A, Arianayagam M, Rashid P. Bacterial cystitis in women. *Aust Fam Physician* 2010; 39: 295–8.

2. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. [www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-antibiotikabruk-i-primærhelsetjenesten/Sider/default.aspx](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-antibiotikabruk-i-primærhelsetjenesten/Sider/default.aspx) [10.8.2013].
3. Jakopanec I, Borgen K, Aavitsland P. The epidemiology of gonorrhoea in Norway, 1993–2007: past victories, future challenges. *BMC Infect Dis* 2009; 9: 33.
4. Bignell C, Unemo M. European (IUSTI/WHO) Guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults 2012. [www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2012/Gonorrhoea\\_2012.pdf](http://www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2012/Gonorrhoea_2012.pdf) [20.4.2013].
5. Hartgill U, Jakopanec I, Vestrheim DF. Gonoré – på tide med nye retningslinjer. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 671–2.
6. Folkehelseinstituttet. Gonoré. I: Smittevern boka. [www.fhi.no/artikler/?id=82735](http://www.fhi.no/artikler/?id=82735) [4.4.2013].
7. Tabrizi SN, Unemo M, Limnios AE et al. Evaluation of six commercial nucleic acid amplification tests for detection of *Neisseria gonorrhoeae* and other *Neisseria* species. *J Clin Microbiol* 2011; 49: 3610–5.
8. Finlayson TJ, Le B, Smith A et al. HIV risk, prevention, and testing behaviors among men who have sex with men—National HIV Behavioral Surveillance System, 21 U.S. cities, United States, 2008. *MMWR Surveill Summ* 2011; 60: 1–34.
9. Blystad H, Klouman E. Recommendation for annual HIV and STI testing in MSM introduced in Norway. *Euro Surveill* 2005; 10: E050707.4.
10. Folkehelseinstituttet. Hivsituasjonen i Norge per 31. desember 2012. [www.fhi.no/artikler/?id=105228](http://www.fhi.no/artikler/?id=105228) [1.4.2013].
11. Folkehelseinstituttet. Hivsituasjonen i Norge i 2011. [www.fhi.no/artikler/?id=96186](http://www.fhi.no/artikler/?id=96186) [1.4.2013].
12. Jakopanec I, Grijbovski AM, Nilsen O et al. Syphilis epidemiology in Norway, 1992–2008: resurgence among men who have sex with men. *BMC Infect Dis* 2010; 10: 105.
13. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet* 2012; 380: 367–77.
14. Jakopanec I, Grijbovski AM, Nilsen Ø et al. Trends in HIV infection surveillance data among men who have sex with men in Norway, 1995–2011. *BMC Public Health* 2013; 13: 144.
15. Folkehelseinstituttet. Smittevern boka. [www.fhi.no/artikler/?id=82634](http://www.fhi.no/artikler/?id=82634) [4.4.2013].
16. Reinton N, Moi H, Olsen AO et al. Anatomical distribution of *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* and *Mycoplasma genitalium* in men who have sex with men. [www.publish.csiro.au/paper/SH12092.htm](http://www.publish.csiro.au/paper/SH12092.htm) [5.4.2013].
17. Bonvicini KA, Perlin MJ. The same but different: clinician-patient communication with gay and lesbian patients. *Patient Educ Couns* 2003; 51: 115–22.
18. Kitts RL. Barriers to optimal care between physicians and lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning adolescent patients. *J Homosex* 2010; 57: 730–47.
19. Yaphe S, Bozinoff N, Kyle R et al. Incidence of acute hepatitis C virus infection among men who have sex with men with and without HIV infection: a systematic review. *Sex Transm Infect* 2012; 88: 558–64.
20. de Vries HJC, Morré SA, White JA et al. European guideline for the management of lymphogranuloma venereum, 2010. *Int J STD AIDS* 2010; 21: 533–6.
21. Lov om smittevern. [www.lovdatab.no/all/nl-19940805-055.html](http://www.lovdatab.no/all/nl-19940805-055.html) [10.8.2013].
22. Folkehelseinstituttet. Spørre-/intervju skjema for menn som mistenker en seksuelt overførbare sykdom. [www.fhi.no/dav/2B9C5960BB.pdf](http://www.fhi.no/dav/2B9C5960BB.pdf) [10.8.2013].
23. Aksept og mestring. Nasjonal hivstrategi [2009–2014]. [www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Aksept%20og%20mestring-Nasjonal%20hivstrategi.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Aksept%20og%20mestring-Nasjonal%20hivstrategi.pdf) [10.8.2013].

Mottatt 3.5. 2013, første revisjon innsendt 4.6. 2013, godkjent 22.8. 2013. Redaktør: Hanne Støre Valeur.

&gt;&gt;&gt;