

# Det oväntade besöket – syfilis-epidemi bland unga män och kvinnor



**GUNILLA HEED**, socionom, kurator, STD-mottagningen, Vrinnevisjukhuset, Norrköping, Hudkliniken i Östergötland  
**LARS FALK**, med dr, överläkare, STD-mottagningen, Vrinnevis-

sjukhuset, Norrköping, Hudkliniken i Östergötland; FoU-enheten för närsvården, landstinget i Östergötland  
[lars.falk@lio.se](mailto:lars.falk@lio.se)

Syfilis, orsakad av spiroketen *Treponema pallidum*, kom sannolikt till Europa från Latinamerika under 1490-talet, men kan ha funnits endemiskt i Europa tidigare [1]. Frascatoro beskrev 1530 i en dikt en syfilissjuk herde med namnet Syphilis, därav sjukdomens namn [1]. Syfilis var fram till 1940-talet en folksjukdom och ett stort hot mot människors hälsa. Tack vare penicillinets upptäckt kunde spridningen minska och människor botas. I många utvecklingsländer, framför allt i Afrika, är fortfarande syfilis, inte minst den allvarliga kongenitala formen, ett stort hälsoproblem [2].

## Infektionens tre stadier

Syfilis har kallats för den stora imitatören på grund av sina många olika sjukdomsuttryck. Infektionen delas in i tre olika stadier: primär, sekundär och tertiär syfilis, men däremellan finns latent fas. Cirka 2–9 veckor efter smittillfället utvecklas oftast ett eller flera sår, som i typfallet är indurerade, smärtfria och lätt vätskande. Multipla sår av mer erosiv karaktär förekommer också. Intelligande lymfkörtel svullnar ofta upp. Durationen av sären kan vara mer än fem veckor. Detta är den primära syfilisen.

Cirka 10 veckor efter smittillfället får en stor andel smittade sekundär syfilis, som i regel yttrar sig som ett hudutslag som kan vara makulopapulöst lätt fjällande eller mer sammanflytande exantematöst över bälen, men också enstaka utslag i handflator och fotsulor förekommer. Ofta finns samtidigt en lätt allmän sjukdomskänsla. Utslagen kan vara återkommande under en längre tid. Det förekommer också att man varken får (upplevda) sår eller utslag utan befinner sig i en latent fas.

Den sexuella smittsamheten avtar gradvis och finns inte efter 2 år [1]. Därefter kvarstår en risk för vertikal smitta från mor till foster och via blodtransfusion. Störst risk för transplantär smitta är under den andra hälften av graviditeten, men det finns rapporter om smitta redan i graviditetsvecka 9 [1, 3]. Därför görs screening tidigt i graviditeten, och behandling bör ges så tidigt som möjligt. Drygt två tredjedelar av dem med syfilis antas bli spontant utläkta, men resterande ut-

vecklar, om inte behandling ges, tertiär syfilis, som kan ge symtom så sent som 20–30 år efter insjuknandet. Neurosyfilis med olika skador inom CNS och kardiovaskulär syfilis med aortavitium och aneurysm i torakala aorta är de allvarligaste och ibland letala effekterna av infektionen.

## Sen syfilis ökar

Under de senaste decennierna har huvudandelen av sen syfilis (>2 år) i Sverige upptäckts i samband med provtagning av personer som immigrerat från Östeuropa, Afrika och Mindre Asien, ofta i samband med graviditetsscreening. Antalet fall av tidig syfilis ökade som alla andra rapporteringskyldiga sexuellt överförda infektioner från mitten av 1990-talet och en stor andel av de smittade var män som har sex med män (MSM). Totalt anmäldes 172 fall till Smittskyddsinstitutet 2008. Av 106 rapporterade säkra fall av tidig syfilis år 2008 var 76 MSM [4]. Syfilis bland heterosexuella män och kvinnor är oftast sporadiska fall, och vad vi vet har inga epidemier med stor inhemsk spridning av tidig syfilis förekommit i Sverige under de senaste åren. Vi kommer nu att beskriva ett mindre epidemiutbrott i östra Östergötland som startade sommaren 2008.

## FALLBESKRIVNING – ETT SEXUELLT NÄTVERK

En ung man, **A** (Figur 1), sökte STD-mottagningen på Vrinnevisjukhuset i Norrköping i februari 2009. Han var anmanad enligt Smittskyddslagen på grund av klamydia hos en sexuell partner. Vid läkarundersökningen noterades ett oömt sår på penis. A hade uppfattningen att såret hade uppkommit någon vecka tidigare av att han fastnat med huden i gylfen. Läkaren misstänkte primär syfilis. Rapid plasmareagin (RPR) var positiv (titer 32) liksom *Treponema pallidum*-partikelagglutination (TPPA) titer 640 och TPA (TP Architect, Abbott).

Vid smittspårningssamtal uppgav A att han hade haft oskyddat sexuellt umgänge med 27 kvinnor det senaste året, alla bosatta i Östergötland. Han kunde ge bra uppgifter för identifiering av dem, och alla testades. Det visade sig efter undersökning och provtagning att endast hans senaste partner, en jämnårig kvinna, **B** (Figur 1), hade syfilis. A behandlades liksom samtliga nedan beskrivna smittade individer med benzatinpenicillin, 2,4 miljoner enheter intramuskulärt, vid två tillfällen med en veckas mellanrum.

**B** undersöktes i mars 2009 på STD-mottagningen. Då var hon besvärsfri, men det visade sig att hon under hösten 2008 sökt sin vårdcentral på grund av hudutslag, dels stationära, dels mer flyktiga. Då antihistamin inte hade effekt remitterades hon till hudmottagningen på Vrinnevisjukhuset, där hon undersöktes av en randtjänstgörande ST-allmänläkare i feb-

## ■ sammanfattat

**Bristande användning** av kondom och många sexuella kontakter innebär en stor risk för snabb smittspridning av även allvarligare, mer svårupptäckta och ibland inte behandlingsbara sexuellt överförda infektioner (STI).

**Den ökade internationella rörligheten** bland framför allt unga vuxna människor innebär en ökad risk för snabb och utbredd spridning av olika STI.

**Smittspårning fungerar** bra och sannolikt bäst när man har smittspridning av mer ovanliga och allvarliga infektioner som syfilis. Både smittade och smittspårare förstår allvaret i situationen och vikten av att hitta alla smittade. Det är också lättare att följa smittvägen när ett agens inte är allmänt spritt bland befolkningen.



ningssamtal i april 2009 kvinnan I, trots att den sexuella kontakten med kvinnan B var i september. Denna koppling mellan C och I gör att vi tror att smittspridningen är klarlagd och att den förhoppningsvis upphört. När detta skrivs har vi dock upptäckt en ung kvinna med positiv syfiliserologi men utan koppling, vad vi vet, till ovan beskrivna fall.

I det beskrivna nätverket med tidsaxel från juli 2008 till senhösten 2009 har således tio personer med tidig syfilis hittills upptäckts, och åtminstone sex av dem hade haft primär syfilis med sår och ytterligare en sekundär syfilis med hudutslag och allmän sjukdomskänsla. Minst 54 personer har varit föremål för smittspårning, och endast en av dem har inte kunnat identifieras och ytterligare en inte kunnat smittspåras på grund av boende i annat land. För ytterligare tre personer pågår smittspårning.

## DISKUSSION

Den beskrivna smittspridningen av tidig syfilis visar på risken för snabb spridning av agens bland människor som inte upplever sig ha ett riskfyllt beteende. Kondom har dock inte använts vid någon av de sexuella kontakterna. Syfilisepidemin visar att personer med relativt få partner också kan orsaka stor spridning, vilket också visats tidigare [5].

## Sjukvården missade symtom

Rädslan för att få en HIV-infektion minskade på 1990-talet, bla på grund av effektivare bromsmediciner. Sexualvanorna förändrades, med fler oskyddade sexuella kontakter och sexuella vänskapsrelationer [6, 7]. Detta är sannolikt huvudanledningen till den 250-procentiga ökningen av anmälda klamydiafall mellan 1995 och 2007 [4]. Samtidigt skedde också en ökning, men i absolut antal betydligt mindre, av övriga till Smittskyddsinstitutet anmälningspliktiga infektioner som gonorré och syfilis [4]. Till ökningen bidrog sannolikt den stora rörligheten bland unga människor inom Europa och även globalt, med risk för utbredd smittspridning av alla STI [8]. I vår epidemi tror vi smittan kom från Sydeuropa.

Anmärkningsvärt, men kanske inte förvånande, var att individer med tydliga symtom på syfilis inte känts igen eller uppmärksamats av sjukvården, och att man inom sjukvården där-

med bidrog till fördröjning av diagnos, behandling och smittspårning. Glömmer vi att det ovanliga faktiskt kan förekomma?

## Partnerspårning kan vara effektiv

Partnerspårning kan vara effektiv, som beskrivits. Fallbeskrivningen bekräftar vår tidigare känsla att många ofta kan nå sina partner tack vare mobiltelefon och Internet. Intressant är dock att enstaka personer av för oss oklara skäl utelämnade sexuella partner vid smittspårningssamtalet och inte heller själva kontaktade dessa, vad vi vet, trots att syfilis borde ses som en allvarlig och farlig sjukdom. I denna epidemi blev konsekvensen att ytterligare minst fem personer smittades och själva fört smitta vidare.

## Smittspårning framgångsrik vid ovanligare STI

Smittspårning är troligen mer framgångsrik vid ovanligare STI, som syfilis och gonorré, än vid klamydia. Indexpatienten, dvs den från vilken smittspårningen görs, förstår bättre allvaret och syftet med smittspårningen. Få eller inga samtidiga epidemier gör det lättare att koppla ihop individer och skissera sexuella nätverk och spridningsväg. Vid gonorré kan bakterien stamtypas [9], vilket är ett hjälpmedel vid kontaktspårning [10, 11] som sannolikt starkt bidrog till minskningen av gonorré i Sverige under 1980-talet. Vid syfilis och gonorré sker oftast smittspårningen centraliserat av en smittspårare. Vid klamydia, som dessutom ofta är asymtomatisk och mer allmänt spridd, är smittspårningen oftare mer decentraliserad. Därmed är smittspridningen svårare att överblicka. Svenska studier, i syfte att med genotypning av klamydiabakterien illustrera smittspridning inom skisserade sexuella nätverk, visade att klamydiabakteriens genetiska stabilitet är för stark, med få skillnader inom genotyper och med genotyp E alltför förhäskande, för att metoden ska vara rutinmässigt användbar [12, 13].

För den som är intresserad av hur smittspårning praktiskt kan utföras rekommenderas handboken »Smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner«, som kan beställas från Socialstyrelsen [14].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Sparling F, Swartz M, Musher D, Healy B. Clinical manifestations of syphilis. I: Holmes K, Sparling F, Stamm W, et al, editors. Sexually transmitted diseases. 4th ed. McGraw-Hill; 2008. p. 661.
2. Schmid GP, Stoner BP, Hawkes S, Broutet N. The need and plan for global elimination of congenital syphilis. Sex Transm Dis. 2007;34: S5-10.
3. Harter C, Benirschke K. Fetal syphilis in the first trimester. Am J Obstet Gynecol. 1976;124:705-11.
4. Smittskyddsinstitutet. Årsrapport. Stockholm: SMI; 2009. <http://www.smittskyddsinstitutet.se>
5. Nordvik M, Liljeros F. Number of sexual encounters involving intercourse and the transmission of sexually transmitted infections. Sex Transm Dis. 2006;33:342-9.
6. Lewin B, Fugl-Meyer K, Helmius G, Lalos A, Månsson SA. Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 1999. Rapport 11.
7. Stenqvist K, Höglund D, Löwhagen GB, Andersson-Ellström A, Milson I. Klamydiainfektionerna ökar – hur vänder vi trenden? Läkartidningen. 2002;48:4860-6.
8. Mulhall BP. Sex and travel: studies of sexual behaviour, disease and health promotion in international travelers – a global review. Int J STD AIDS. 1996;7:455-65.
9. Sandström E, Danielsson D. Serology of Neisseria gonorrhoeae. Classification by co-agglutination. Acta Pathol Microbiol Scand B. 1980;88:27-38.
10. Danielsson D, Bygdeman S, Kalling I. Epidemiology of gonorrhoea: serogroup, antibiotic susceptibility and auxotype patterns of consecutive gonococcal isolates from ten different areas of Sweden. Scand J Inf Dis. 1983;15:33-42.
11. Ramstedt K, Hallhagen G, Bygdeman S, Lincoln K, Kallings I, Gillenius C, et al. Serologic classification and contact-tracing in the control of microepidemics of beta-lactamase-producing Neisseria gonorrhoeae. Sex Transm Dis. 1985;12:209-14.
12. Österlund A, Persson T, Persson I, Lysén M, Herrmann B. Improved contact tracing of Chlamydia trachomatis in a Swedish county – is genotyping worthwhile? Int J STD AIDS. 2005;16:9-13.
13. Falk L, Lindberg M, Jurstrand M, Bäckman A, Olcén P, Fredlund H. Genotyping of Chlamydia trachomatis would improve contact tracing. Sex Transm Dis. 2003;30: 205-10.
14. Smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007 (reviderad 2008-11-01). <http://www.socialstyrelsen.se>

## Sommaradress?

Om du vill ta med Läkartidningen på semestern, anmäl senast den 8 juni 2010

Tel: 08-790 33 41 Fax: 08-20 21 50 E-post: [pren@lakartidningen.se](mailto:pren@lakartidningen.se)