

Replik:

# Hur förklara att positiva klamydiaprover ökar när komplikationerna minskar?

Jag ville peka på det motsägelsefulla i att antalet positiva klamydiaprover ökat väsentligt efter byte av testteknik samtidigt som antalet komplikationer till genital klamydiainfektion minskat mycket påtagligt. Hur kan det klamydiapreventiva arbetet förbättras?

Mitt inlägg i LT 21–22/2006 (sidorna 1749–50) var ämnat till eftertanke om varför vi ser en sådan påtaglig ökning av antalet positiva klamydiaprover sedan vi skiftat till nukleinsyrabaserade klamydiatest, medan under samma tid antalet komplikationer till genital klamydiainfektion mycket påtagligt minskat.

**Nyligen publicerades en studie** om salpingitfrekvensen hos klamydiapositiva från kvinnokliniken i Malmö, som i 25 år rutinemässigt utfört laparoskopi för diagnos av äggledarinfektion. Samma personer har hela tiden skött klamydiadiagnostiken på laboratoriet. Mer eller mindre oförändrat har ca 40 procent av kvinnor med klamydiacervicit utvecklat salpingit [1], och klamydia spelar fortfarande en väsentlig roll vid tubarfaktorrelaterad infertilitet (TFI) [2].

**Vart har de extragenitala manifestationerna tagit vägen?** Under senare år har reaktiva artriters orsakade av klamydia (SARA) nästan helt försvunnit. Dessutom ses nästan inte längre neonatala klamydiainfektioner liksom klamydiakonjunktivit hos vuxna.

**Oförklarad diskrepans!** Man har gjort försök att förklara diskrepansen mellan



**PER-ANDERS MÅRDH**  
professor, kvinnokliniken,  
Universitetssjukhuset i Lund  
Per-Anders.Mardh@skane.se

att så många får diagnosen genital klamydiainfektion, medan antalet komplikationer av dessa infektioner minskat drastiskt. Man har tänkt sig att klamydiastammarna har attenuerats. Detta är föga tänkbart då samma diskrepans iakttagits på ett stort antal platser och med ett smittämne som inte direkt överförs lika lätt som luftvägssmitta. Vidare har föreslagits att det skulle kunna bero på tidigt insatt terapi. Mot detta talar definitivt Malmö-studiens resultat [1].

**Ärlighetskrav.** När Björn Herrmann med en kurva redovisade uppgången av antalet positiva klamydiaprover [3] saknade man en kommentar till att uppgången startade sedan man bytt detektions-teknik, dvs infört PCR- och LCR-baserade test. Dessa är betydligt känsligare än den tidigare använda ELISA-metoden. I Sverige skedde införandet med något års fördröjning mellan de olika laboratorier. Intressant är att i de landsting som var först med att införa de nya testmetoderna såg man under en tid inte någon uppgång motsvarande den som sågs i de landsting som bytte teknik senare. Förändringen var redan »diskonterad« hos dem som var först.

**Data som måste med i en analys** av det epidemiologiska läget av genital klamydiainfektion är antalet undersökta och om studerade utgör kontakter till positiva personer. Vidare om de testade utgör kontroller strax efter avslutad terapi, om de utgjort fall som sökt eller om de hittats genom screening. Vidare bör man veta vilken teknik som använts vid detektionen av klamydia och på vilken typ av prov analysen utförts. Enbart deskriptiv epidemiologi med rapport om antalet positiva prov har begränsat värde för förståelsen.

**Herrmann citerar i sitt inlägg** i detta nummer en kanadensisk studie [4], där man spekulerar i att tidig terapi (som blir möjlig genom screening) gör att de smittade inte tillräckligt hinner stimulera sitt immunsvaret och därför lättare återinsjuknar, vilket skulle förklara den nuvarande ökningen av klamydiapositiva prov. Detta ser Herrmann som en möjlig förklaring även till den svenska klamydiasituationen. Alltså, det man

eventuellt vinner med screening förlorar man senare, dvs screening skulle till och med kunna förvärra situationen på sikt. I detta sammanhang måste man komma ihåg att 2/3 av våra svenska klamydiafall inte upptäcks genom screening, vilket framgår av Sylvans och Christensons inlägg i detta nummer. Screening är ju också en punktinsats, och reinfektion med *Chlamydia trachomatis* är vanlig! Det är en klinisk erfarenhet att när patienter med salpingit väl söker har infektionen stått en tid, att döma av den ofta påtagligt höga sänkan och av normaliserade akutfasreaktanter.

**Man kräver förändring, men ...** Det man saknar i Herrmanns inlägg är ett konkret förslag till hur det förändrade preventiva klamydiarbetet i Sverige skulle bli bättre än med den existerande ordningen. Återigen, vad vet man om vad som skulle ha skett om man inte gjort som vi gjort i Sverige under många år? Man dömer i mitt tycke ut ett förtjänstfullt arbete vid ungdoms-, ven-, allmänläkar- och gynnottagningar med insatser av barnmorskor, andra sjuksköterskor, läkare, kuratorer m fl.

Bland faktorer som borde studeras närmare är om den nuvarande terapitraditionen med bl a doxycyklin borde ändras för att minska antalet klamydiafall. Den i Sverige rekommenderade dosen är endast hälften (utom första dagen) av den som rekommenderas i flertalet andra länder (av samma företag!).

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Bjartling CB, Persson KP. Is the frequency of chlamydial pelvic inflammation underestimated? Abstract 43. Programme book, 15th Meeting of Scandinavian Society for Genitourinary Medicine, Lund/Malmö May 10–12th, 2006. p. 35.
2. Birkelund S. Molecular diagnosis of *Chlamydia trachomatis* infections. Abstract 38. Programme book, 15th Meeting of Scandinavian Society for Genitourinary Medicine, Lund/Malmö May 10–12th, 2006. p. 32.
3. Herrmann B. Klamydia ökar kraftigt också i Sverige. Läkartidningen 2006;103:1412–5.
4. Brunham RC, Pourbohloul B, Mak S, White R, Rekart ML. The unexpected impact of a *Chlamydia trachomatis* infection control program on susceptibility to reinfection. *J Infect Dis* 2005; 192:1836–44.