

Samling kring klamydiaproblematiken:

Test och smittspårning nödvändigt – ändrat sexualbeteende krävs också!

Svårtolkade epidemiologiska samband får inte leda till passivitet i klamydiafrågan. Behovet av samsyn, diskussionsforum och rådgivande organ på nationell nivå, gärna i Socialstyrelsens regi, är uppenbart.

I Läkartidningen 18/2006 var två uppseendeväckande artiklar införda, båda angående den alarmerande klamydiaökningen. Författare är Brith Christenson/ Staffan Sylvan och Björn Herrmann, alla respekterade namn inom området. Artiklarna ger intryck av samordning men utmynnar i slutsatser som är både motsägelsefulla och kontroversiella. Anmärkningsvärd är också frånvaron av dialog med de tre stora aktörerna på fältet – företrädare för venereologin, kvinnohälsovården och ungdomsmottagningarna – vilka står för merparten av all klamydiadiagnostik!

Effektiv smittspårning. Smittspårning utförd av kompetent, motiverad och ut hållig personal påvisar klamydiainfektion hos upp till 60 procent av undersökta partner om smittspårning görs ett halvår tillbaka. Om smittspårningen förlängs till ett år påvisas klamydiainfektion hos ytterligare 30 procent av de partner som då undersöks [1].

Smittspårning är den mest effektiva metoden att påvisa den ofta symtomfattiga klamydiainfektionen.



CARIN ANAGRIUS
vice ordförande i STD-klubben, delsektion i Svenska sällskapet för dermatologi och venereologi (SSDV); överläkare, STD-mottagningen, Falu lasarett



PER-ANDERS MJÖRNBERG
ordförande i STD-klubben; överläkare, hudkliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping per-anders.mjornberg@lj.se

Genomgång av smittspårning utförd vid STD-mottagningen, Falu lasarett, 2003 visar följande:

- Behandling av endast »fast partner«, med eller utan föregående provtagning, skulle leda till en minskning av antalet undersökta partner med minst hälften, vilket överensstämmer med tidigare gjorda smittspårningsstudier. Omräknat till hela landet skulle det på ett år innebära att minst 30 000 unga människor med hög risk för klamydia inte skulle bli undersökta och vid behov behandlade, vilket skulle leda till en kaskadliknande spridning!

- Var tredje klamydiainficerad, oberoende av kön, uppgav minst en nästan eller helt anonym partner – ett sexuellt riskbeteende uppmärksammat endast vid ingående samtal.

- Bekräftelse på att uppgivna partner blivit undersökta förelåg i nästan 80 procent; av uppgivna partner var 15 procent omöjliga att identifiera och kunde inte nås av smittspårningen.

Vi får inte glömma att alla som kallas i ett smittspårningsärende utsatt sig för risk. Betydelsen av information, rådgivning och den möjlighet till reflektion som ryms i ett personligt möte är stor, oavsett resultatet av klamydiatestet.

Hur författarna tänkt sig att hemskickat provtagningsmateriel skulle öka motivationen hos dem som inte hör sammat upprepade kallelser är svårbegripligt, liksom tankarna kring partnerbefordrat recept utan föregående provtagning. Detta skulle helt rasera möjligheterna till smittspårning! Medikamentell behandling av okänd person är oacceptabelt och strider mot gällande regelverk. Vi måste betrakta Smittskyddslagen som ett medel för klamydiabekämpning och även följa den!

Definition av riskgrupper. Klamydiainficerade uppvisar i hög grad ett sexuellt riskbeteende med tidig sexualdebut, täta partnerbyten och dålig kondom-användning ofta efter alkoholintag. År 2004 uppgav 2/3 av de klamydiainficerade vid STD-mottagningen, Falun, just alkoholpåverkan som orsak till att kondom inte använts vid det sannolika smitt-

totillfället (Anagrius). Riskbeteendet är svårt att påverka – var tionde behandlad för en klamydia-infektion återkommer inom ett år med en ny infektion. Något som underskattas är möjligheten av klamydia och annan STI (Sexually Transmitted Infections) som differentialdiagnoser vid allehanda genital problematik. Att reducera klamydiaproblematiken till ett urinprov, utan samtidig medicinsk bedömning, är dålig sjukvård!

Komplikationsriskerna och klamydia.

Svårtolkade epidemiologiska samband mellan klamydia och olika följd tillstånd får inte bli ett skäl till passivitet. En felkälla kan vara symtomfattigdom vid salpingit, s k tyst salpingit. Laparoskopi, som krävs för att ställa diagnosen, utförs idag mer sällan. Sena konsekvenser med ofrivilligt nedsatt fertilitet uppenbaras betydligt senare och sätts inte alltid i samband med tidigare klamydiaepisod.

Vi måste också utgå från att en symptomfri och ibland självläkande infektion kan ge upphov till skador. Försiktighetsprincipen måste fortsätta att gälla. Andra tänkbara patogener som exempelvis *Mycoplasma genitalium* måste också beaktas. Klamydiafrågan får inte bli en provtagningsteknisk bagatell – att blunda för eventuella skadeverkningar är om möjligt en värre form av missriktad patientomsorg än aktuell sekretesspolicy!

Nationell handlingsplan. Behovet av samsyn, diskussionsforum och rådgivande organ med bred representation på nationell nivå, gärna i Socialstyrelsens regi, är uppenbart!

Vi har alla var för sig god erfarenhet av tvärprofessionellt och specialitetsövergripande samarbete på lokal och regional nivå, men inte alltid den överblick och tillgång till goda idéer som krävs för ett slagkraftigt preventivt arbete. Vi välkomnar en konstruktiv diskussion och fortsatt erfarenhetsutbyte!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENS

1. Carré H, Boman J, Gärdén B, Nylander-Lundqvist E. Kontaktspårning ett år tillbaka lönar sig. Läkartidningen 2005;102:468-71.