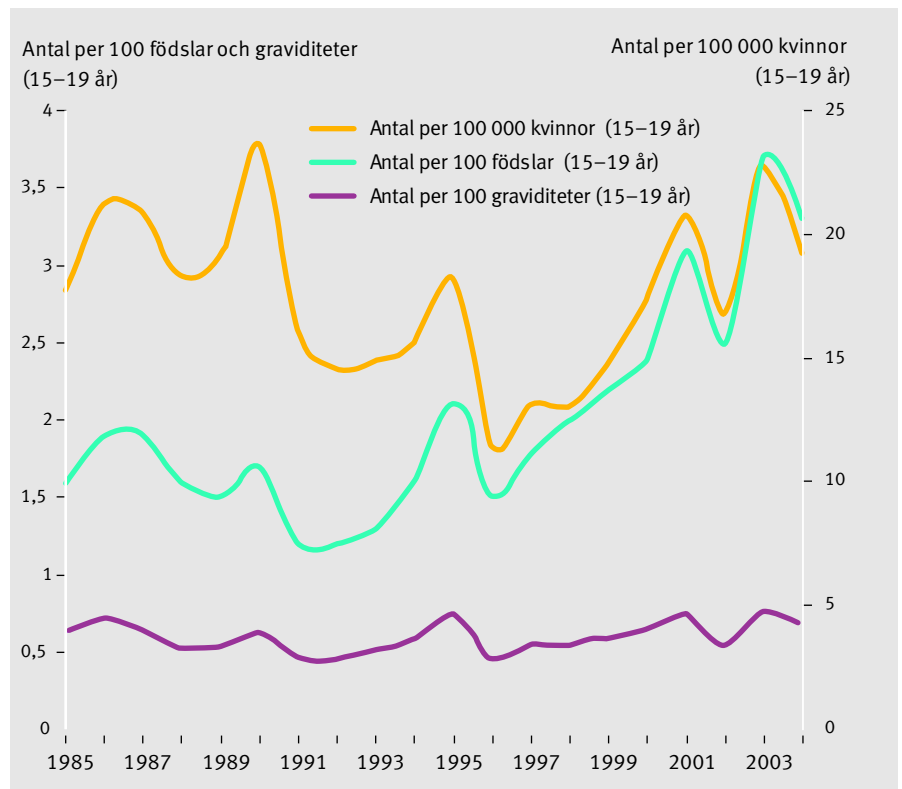


Ingen ökning av ektopiska graviditeter bland tonåringar

Tillgängliga uppgifter visar att det inte finns någon klart ökande tendens av ektopisk graviditet bland tonåringar sedan 1985. Salpingit och ektopisk graviditet utgör viktiga komplikationsrisker vid klamydia-infektion och är diagnoser som vi måste analysera.

I Läkartidningen 18/2006 uppmärksammades ökningen av klamydiainfektioner i Sverige. I Björn Herrmanns artikel »Klamydia ökar kraftigt också i Sverige« fanns en uppseendeväckande uppgift om att ektopisk graviditet bland tonåringar ökat mellan 1997 och 2003, från 1,8 till 3,1 per 100 födselar [1]. Detta skulle kunna vara en klamydiarelaterad komplikation.

För TON-ARG är detta en ytterst angelägen fråga. Vi har därför, tillsammans med Björn Herrmann, granskat uppgifterna från Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen. Antalet registrerade ektopiska graviditeter bland tonåringar har i absoluta tal ökat sedan 1996. Antalet är dock mycket litet, vilket försvårar analys. Om de ektopiska graviditeterna



Figur 1. Ektopiska graviditeter i åldersgruppen 15–19 år i Sverige 1985–2004.

relateras till antalet födselar bland tonåringar syns också en ökning, men antalet födselar bland tonåringar är litet, vilket påverkar analysen.

När de ektopiska tonårsgraviditeterna relateras till 100 000 kvinnor i åldersgruppen 15–19 år kan förändringar följas över ett längre tidsperspektiv. Man kan komplettera med en beräkning av antalet ektopiska graviditeter relaterade till antalet tonårsgraviditeter, grovt skattade som summan av födselar och legala aborter. Dessa olika beräkningsgrunder framgår av Figur 1, som visar att det inte föreligger någon klart ökande tendens av ektopisk graviditet bland tonåringar sedan 1985. Viss variation är också legio.

Ektopisk graviditet i den yngsta åldersgruppen av kvinnor förväntas inte vara

en komplikation till klamydia. Salpingit är den komplikation till klamydia som föregår en ektopisk graviditet, eller en tubarinfertilitet. Infektionskomplikationen salpingit kommer alltså först, och graviditetskomplikationen senare, och det är vanligen först i 25–30-årsåldern som en första önskad graviditet är aktuell.

Varken salpingit eller ektopisk graviditet är enkla att diagnostisera. De är alltså inte »hårda effektmått« för studier, men utgör likväl viktiga komplikationsrisker vid

klamydiainfektion och är de diagnoser vi måste analysera. »Tyst salpingit« uppmärksammades av venereologerna vid riksstämman år 2000, och H Thejls skrev 2001 en översiktsartikel för Läkartidningen [2]. Också vid symtom är det numera endast undantagsvis som laparoskopi görs, med undantag av i

Framtiden får utvisa vilken strategi som formuleras när Socialstyrelsen tar över ansvaret för smittsamma sjukdomar.



KARIN EDGARDH

sekreterare i TON-ARG, arbetsgrupp för tonårsgynekologi inom Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG); leg läkare, med dr, Läkarmottagningen Munkbron 11, Stockholm karinedgardh@yahoo.se



BJÖRN HERRMANN

docent, avdelningen för mikrobiologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala



LENA MARIONS

ordförande i TON-ARG, leg läkare, med dr, kvinnokliniken/SESAM, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Malmöregionen. Vad gäller ektopisk graviditet har diagnostiken med β -HCG och ultraljud blivit känsligare, men kanske också mer svårtolkad. Exspektans förekommer, då man kan följa förloppet genom förväntat sjunkande HCG-värden. Kirurgisk intervention, dvs laparotomi, sker alltså inte alltid.

Som kliniker bör man alltid göra en bedömning av huruvida en kvinna med klamydia har en uppåtstigande infektion eller en okomplicerad klamydia, så att salpingitbehandling kan ges vid behov. Att ge inpatienter recept på medicin till en partner, rekommenderat av smittskyddsläkarna Christenson och Sylvan [3], är oss därför främmande. Ett sådant förfarande är oförenligt med smittskyddsföreskrifterna, och ointetgör den viktiga patientkontakten där man kan föra en diskussion om smittöverföring, sexuellt riskbeteende och säkrare sex.

Att sedan klamydiainfektionerna ökar – för det gör de – är en ledsamhet. Orsaken torde främst vara att sexualvanorna har förändrats under senare år: partnerantalet har ökat, första träffen-samlag utan kondom likaså, och just kvinnor rapporterar dessa risker i ökande utsträckning. Aborttalen bland ungdomar har också ökat. Ökande alkoholanvändning, ungdomsarbetslöshet och senare familjebildning kan vara betydelsefulla bakomliggande faktorer, värda ytterligare studier. Detta framgår av den utmärkta översikten över aktuell svensk sexualvaneforskning som nyligen gjorts av Margareta Forsberg, på uppdrag av Folkhälsoinstitutet [4].

Framtiden får utvisa vilken strategi som formuleras när Socialstyrelsen tar över ansvaret för smittsamma sjukdomar.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Herrmann B. Klamydia ökar kraftigt också i Sverige. Bättre kunskaper och en nationell handlingsplan behövs. *Läkartidningen* 2006;103:1412-5.
2. Thejls H. Tyst salpingit. Finns det? *Läkartidningen* 2001;98:2202-6.
3. Christenson B, Sylvan S. Det är dags för en ny klamydiast strategi. *Läkartidningen* 2006;103:1403-4.
4. Forsberg M. Ungdomar och sexualitet. En forskningsöversikt år 2005. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Rapport R 2006:18.

Replik:

Ökning av ektopiska graviditeter kan ha många orsaker

Frekvensen av ektopisk eller extrauterin graviditet kan påverkas av många andra faktorer än klamydiainfektion, som t ex åldersfördelningen bland gravida, antalet provrörsbefruktningar, infektion med andra agens, liksom rökvanor. Ökad frekvens av ektopisk graviditet kan således inte skyllas direkt på fler klamydiainfektioner.

Chlamydia trachomatis kan, förutom att orsaka salpingit och tubarfaktorrelaterad infertilitet (TFI), bidra till utveckling av ektopisk eller extrauterin graviditet (EG) [1].

Edgardh och medarbetare framhåller sitt inlägg här ovan att det ökade antalet fall av EG under senaste årtiondet avspeglar det ökade antalet positiva klamydiaprover. Det förflyter dock en relativt lång tid mellan tillfället då en kvinna smittas med klamydia och när EG utvecklas som en komplikation; i en svensk studie från 1960-talet var denna fas i genomsnitt 7,5 år [2]. Tidpunkten för kvinnors vilja att bli gravida har dock senarelagts påtagligt sedan dess (40 procent av alla förstagsgravida i Södra sjukvårdsregionen är nu 30 år eller äldre), vilket sannolikt ökat fördröjningsfasen för EG ännu mer. **Edgardhs**

och medförfattares egna data om antalet EG bland tonåringar talar också för en sådan tidsfördröjning.

Förändrad diagnostik av EG kan delvis avspeglas i ett ökat antal fall av tubargraviditet, bl a genom ultraljudsundersökningar. Som Edgardh, Herrmann och Marions nämner föreligger det dock diagnostiska svårigheter med EG. Detta gäller även om man kombinerar biokemiska test såsom fritt β -hCG och ultraljud [3]. I en amerikansk studie fick hela 40–50 procent av dem som initialt fått diagnosen EG (t ex när de sökt för blödning och med positivt graviditetstest och utan fynd av foster i uterus) senare annan diagnos eller ingen diagnos alls [4]. Härav följer att man vill veta vilka fall genmälnarnas siffror representerar. Är rapporterade EG-fall histologiskt verifierade?

Åldersfördelning och andel provrörsbefruktningar. EG-frekvensen stiger med gravidas ålder. Vidare inverkar frekvensen av kvinnor med EG som blivit gravida genom in vitro-fertilisering (IVF). Frekvensen EG bland IVF-fall återspeglar också använd äggtransplantationsteknik [5]. Hur är andelen IVF-fall i det svenska materialet? I Norge har andelen IVF-fall bland EG minskat under senaste årtiondet. En avgörande parameter när man skall bedöma svensk EG-epidemiologi är att känna till om det rör sig om sjukhusvårdade patienter eller alla patienter med EG, dvs om man inkluderar patienter som behandlats ambulatoriskt. Jag utgår från att de senare inte ingår i den statistiska diagnostik som genmälnarna presenterat.

Annan epidemiologisk bild av EG i andra länder än Sverige! I Trondheim [1 J Bakken; 6] har man noterat en klar nedgång av antalet EG i alla åldersgrupper, där man traditionellt sett flest fall i ålderna 35–44 år. Detta gäller även den procentuella andelen av alla graviditeter. Även antalet salpingiter har minskat i detta område sedan 1985. Samtidigt har antalet klamydiapositiva prov



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

ökat, såsom vi sett i Sverige. I British Columbia, Kanada [R Brunham; 6] har såväl antalet salpingiter som antalet EG minskat sedan mitten av 1980-talet (EG med 40 procent), medan klamydiakurvan liknar den svenska. I Kalifornien, USA, har antalet sjukhusvårdade salpingit- och tubarabscesspatienter minskat med 62 procent under det senaste årtiondet [7]. Likaså har salpingitpatienter som vårdats i Oslo sjunkit med 26 procent under senaste årtiondet [8]. Antalet rapporterade fall av EG har påtagligt gått ned i USA, medan klamydia diagnostiserats i klart ökad omfattning [J Schachter; 6].

Bilden av EG skiljer sig alltså från den vi sett i Sverige. I Malmö har antalet salpingiter minskat kontinuerligt sedan 1980-talets mitt, medan antalet EG frekvensmässigt är relativt oförändrat [C Bjertling; 6].

Andra agens än klamydia måste också beaktas som möjliga orsaker till antalet EG, bl a med gonokocker. Experimentell infektion av cellkulturer av tubarepitelium med *Neisseria gonorrhoeae*, liksom renat endotoxin, dvs cellväggskomponent av gramnegativa bakterier såsom gonokocker och t ex *Escherichia coli*, minskar snabbt eller blockerar totalt den mukociliära cilieaktiviteten [9]. Denna aktivitet är viktig för transport av

ägg i tuborna och borttransport av mikroorganismer i t ex luftvägarna.

Gonorré som orsak till salpingit hos svenska kvinnor har dock blivit mycket ovanlig, medan frekvensen av sådana infektioner med andra gramnegativa bakterier är okänd (t ex i fall med tubarskada av annan genes). Mykoplasmaarter är andra mikroorganismer som kan orsaka skada på äggledarna och som i experimentell infektion av tubarepitel leder till cilieskada [10]. Frekvensen infektioner med *Mycoplasma hominis* och *Mycoplasma genitalium*, som bägge orsakar salpingit och TFI, är inte känd och därmed inte heller dess bidrag till frekvensen av EG.

Rökvanor skulle också kunna påverka utveckling av EG genom att förändra vaginalfloran, men också genom att interferera med cilieaktiviteten i tuborna. Kvinnor som önskar bli gravida slutar inte sällan röka för att inte skada fostret. Detta skulle kunna leda till det s k mucociliary-stand-still-syndrom, som inte bara kan förhindra bakterietransport i luftvägarna (och då orsaka pneumoni) utan eventuellt också avbryta äggtransport i tuborna (då mekanismen inte är lokal i luftvägarna utan beror på ändrade stressmekanismer generellt).

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Antalet rapporterade fall av ekto-pisk och extrauterin graviditet har påtagligt gått ned i USA, medan klamydia diagnostiserats i klart ökad omfattning.

REFERENSER

1. Svensson L, Mårdh PA, Ahlgren M, Nordensköld F. Ectopic pregnancy and antibody to Chlamydia trachomatis. *Fertil Steril* 1985;44:313-7.
2. Persson K. Chlamydia infections. Aspects on epidemiology and diagnosis [dissertation]. Lund: Lunds universitet; 1968.
3. Silva C, Sammel MD, Zhou L, Gracia C, Hummel AC, Barnhart K. Human chorionic gonadotropin profile for women with ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006;107:605-10.
4. Kaplan BC, Dart RG, Moskos M, Kuligowska E, Chun B, Adel Hamid M, et al. Ectopic pregnancy: prospective study with improved diagnostic accuracy. *Ann Emerg Med* 1996;28:10-7.
5. Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, Jamieson DJ, Reynolds MA, Wright VC. Ectopic pregnancy risk with assisted reproductive technology procedures. *Obstet Gynecol* 2006;107:595-604.
6. Data presenterade eller diskuterade vid Eleventh International Symposium on Human Chlamydial Infections, Niagara-on-the-lake, Ontario, Canada, June 18-23, 2006. <http://www.chlamydia-symposia.org/>
7. Paik CK, Waetjen LE, Xing G, Dai J, Sweet RL. Hospitalizations for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 611-6.
8. Sorbye JK, Jerve F, Staff AC. Reduction in hospitalized women with pelvic inflammatory disease in Oslo over the past decade. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:290-6.
9. Mårdh PA, Baldetorp B, Håkansson CH, Fritz H, Westrom L. Studies of ciliated epithelia of the human genital tract. 3: Mucociliary wave activity in organ cultures of human Fallopian tubes challenged with *Neisseria gonorrhoeae* and gonococcal endotoxin. *Br J Vener Dis* 1979;55:256-64.
10. Baldetorp B, Mårdh PA, Westrom L. Studies on ciliated epithelia of the human genital tract. IV. Mucociliary wave activity in organ cultures of human fallopian tubes challenged with *Mycoplasma hominis*. *Sex Transm Dis* 1983;10:363-5.

Fattig och sjukskriven

Werkös artikel »Bättre rik och frisk än fattig och sjuk« i *Läkartidningen* 24-25/2006 (sidan 1909) är tänkvärd. Den kanske kan ge anledning för oss allmänläkare att fundera över vad vi i vardagen åstadkommer när det gäller gradienter i befolkningens välbefinnande och hälsa.

I kampen att, gemensamt med den politiska makten och myndigheten Försäkringskassan, försvara vårt välfärdssystem genom att minska de höga sjuktalet undrar jag vilka effekterna egentligen är och vilka intressen vi stöder. När jag bland mina egna patienter ser i vilka fall som FK ifrågasätter sjukpenning eller underkänner sjukintyg, så hittar jag övervägande invandrare, ensamstående kvinnor, personer med låg social status

etc. Det skulle vara intressant att få en sammanställning om det verkligen är så att det är de redan fattiga sjukskrivna som vi nu med gemensamma krafter ifrågasätter och tvingar in i »rätt bidragsform« genom lägre och osäkrare ersättning.

Hur många helt meningslösa rehabiliteringsutredningar hos de nya rehabilolagen finansieras av FK?

Är inte de lyckade fallen anekdotiska undantag?

Medikalisering bör vi givetvis undvika, men är det inte arbetslösheten och välfärdssystemets utformning som utgör de starkaste krafterna i sammanhanget? De accelererande kraven på utförlighet i intygen potentierar i sig medikalisering-

en. Jag föreställer mig att aldrig förr har så många sjuka fått läsa så många detaljerade beskrivningar av sitt eget sjukdomstillstånd. Knappast salutogent!

Och är det inte så att det numera är skuldbelagt att bli sjukskriven? Då måste det rimligen vara fler sjuka som arbetar. Kanske har vi också lättare att neka resurssvaga personer sjukskrivning än vi har att säga nej till de starka?

Är det inte lite märkligt att sjukskrivningsfrågan utmålas som det stora hotet mot vår välfärd samma år som börsen ger rekordvinster till redan rika aktieägare?

Jonas Sjögreen
familjeläkare,

PRIMA familjeläkarmottagning, Västerås
jonas.sjogreen@ptj.se