

GONORÉ OG SYFILIS I NORGE 2016

Folkehelseinstituttet overvåker gonoré- og syfilissituasjonen i Norge ved anonymiserte meldinger fra leger og laboratorier til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS).

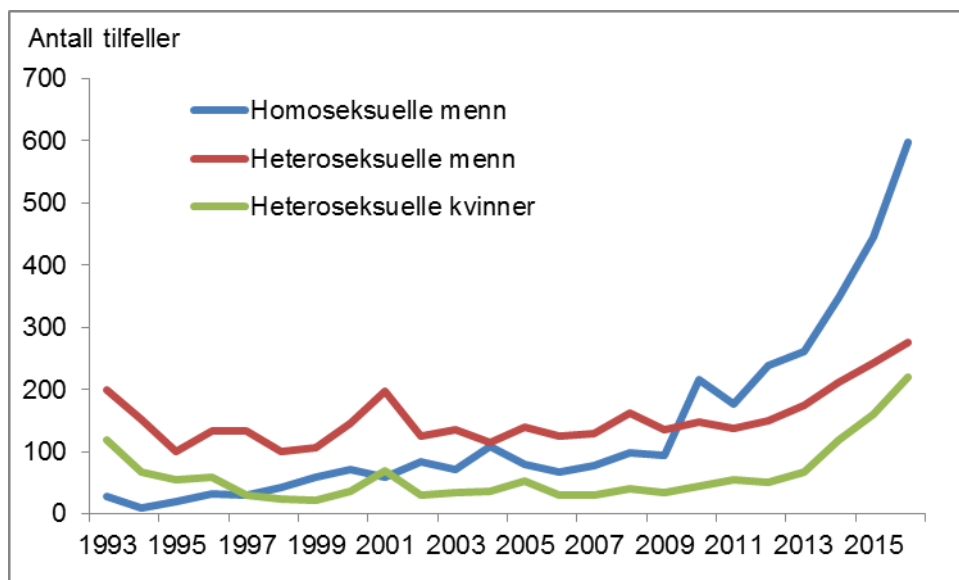
Meldte tilfeller av gonoré fortsetter å øke i Norge, både blant menn som har sex med menn og blant heteroseksuelle menn og kvinner. Antall registrerte gonorétilfeller i Norge er nær femdoblet i løpet av de siste 10 årene. Meldte tilfeller av syfilis i 2016 økte også etter en mindre nedgang i 2015. Den samme kraftige økningen av gonoré ses nå i Danmark og Sverige og vi frykter at dette igjen kan være starten på en mer omfattende spredning av gonoré i Norge.

Gonoré

I 2016 ble det meldt 1 096 gonorétilfeller i Norge mot 851 tilfeller i 2015. Den betydelige økningen av gonoré blant menn som har sex med menn (msm) som startet i 2010 fortsatte i 2016. Også blant heteroseksuelle menn og kvinner fortsatte gonoré å øke (fig 1). Av de 1 096 tilfellene var det 876 menn og 220 kvinner. Av mennene var 598 smittet homoseksuelt, 276 var smittet heteroseksuelt, og for to menn var seksuell praksis ukjent. Alle de 220 kvinnene var smittet heteroseksuelt. Økningen av gonoré i 2016 ses særlig i Oslo og Akershus (tab. 1). Økningen av meldte gonorétilfeller i Norge de siste årene skyldes trolig en kombinasjon av mer effektiv diagnostikk ved økende bruk av PCR-testing og en reell økning i forekomst av sykdommen.

Av de 1 096 tilfellene meldt med gonoré i 2016 er 768 (70 %) født i Norge og 58 % var bosatt i Oslo.

Figur 1. Tilfeller av gonoré meldt MSIS 1993-2016 etter diagnoseår, smittemåte og kjønn.



Tabell 1. Tilfeller av gonoré meldt MSIS i 2007-2016 etter bostedsfylke.

Fylke	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Østfold	3	19	11	8	12	14	19	13	20	12
Akershus	25	32	32	33	35	43	49	46	76	125
Oslo	129	128	116	250	206	233	293	383	451	638
Hedmark	4		2		1	1		5	8	18
Oppland	3	6	4		1	2	10	5	8	12
Buskerud	6	9	3	8	11	12	13	14	25	28
Vestfold	6	11	11	6	8	14	8	7	16	25
Telemark	3	2	4	6	6	7	2	11	17	12
Aust-Agder	3		5	5		1		8	5	3
Vest-Agder	5	2	6	6	7	3	2	5	11	10
Rogaland	7	23	19	23	17	21	37	58	45	55
Hordaland	15	29	28	29	20	23	27	28	54	56
Sogn & Fjordane	4		4			1			3	1
Møre & Romsdal	1		4	11	9	9	11	11	18	17
Sør-Trøndelag	10	15	4	9	14	22	12	49	47	37
Nord-Trøndelag	3	4	1	3		1	3	5	8	4
Nordland	4	14	2	4	13	21	8	9	23	22
Troms	3	6	9	7	10	12	8	18	15	17
Finnmark	4	1	4	3		4	3	5	1	4
Ukjent fylke							1	2		
Totalt	238	301	269	411	370	444	506	682	851	1096

Homoseksuell smitte blant menn

Det ble i 2016 meldt 598 tilfeller med gonoré blant msm, mot 444 tilfeller i 2015. Økningen ses spesielt blant msm bosatt i Oslo der det i 2016 ble påvist 458 tilfeller mot 323 i 2015. Også i Akershus og Rogaland var det en betydelig økning i 2016. Av de 598 msm meldt i 2016 var 407 (68 %) smittet i Oslo, 69 var smittet andre steder i Norge (hvorav 11 i Stavanger, ni i Trondheim og åtte i Bergen). 20 % av tilfellene ble smittet i utlandet. Vanligste smittested i 2016 var Tyskland (30 tilfeller), Spania (24), Nederland (8) og USA (7). Av de 598 msm meldt i 2016 er 407 (68 %) født i Norge.

Majoriteten (69 %) av msm meldt i 2016 fikk påvist gonokokker i hals/anus hvorav 72 % var uten symptomer og ble testet etter eget ønske, som ledd i smitteoppsporing eller ved rutinemessig undersøkelse for seksuelt overførbare infeksjoner.

Av tilfellene meldt i 2016 ble 456 personer (76 %) smittet av en tilfeldig partner, 124 (21 %) av fast partner og for 18 (3 %) var relasjonen til partneren meldt som annen/ukjent. Median alder for de 598 diagnostisert i 2016 var 30 år (15-70 år), uforandret fra 2015. 20 av tilfellene var 20 år eller yngre på diagnosetidspunktet. En betydelig andel av msm som diagnostiseres med gonoré er tidligere testet hivpositiv (61 av 598 tilfeller i 2016).

Heteroseksuell smitte, menn og kvinner

Både blant heteroseksuelle menn og kvinner fortsatte antall meldte tilfeller av gonoré å øke i 2016 i forhold til 2015. Økningen var fra 243 til 276 tilfeller blant menn og fra 161 til 220 tilfeller blant kvinner.

Av de 276 heteroseksuelt smittede mennene var 108 (39 %) smittet i utlandet. Som ved hivinfeksjon er Thailand det hyppigste smittestedet i utlandet for menn med 45 tilfeller i 2016, mens 11 ble smittet på Filippinene og sju i Spania. De 30 kvinnene smittet i utlandet var smittet i 22 ulike land fra alle verdensdeler. Hyppigste smitteland var Tyrkia med fem tilfeller. Av de 496 heteroseksuelt smittede totalt er 359 (72 %) født i Norge.

Av 168 menn smittet i Norge var 84 smittet i Oslo, 15 i Bergen og åtte i Trondheim. De øvrige tilfellene var spredt på 39 kommuner over hele landet. Av de 220 kvinnene oppgir 190 (86 %) at de ble smittet i Norge, hvorav 81 i Oslo, 20 i Bergen, ni i Trondheim og åtte i Bærum. De øvrige var spredt på 42 kommuner i hele Norge.

Av de 276 mennene oppgir 210 (76 %) at de ble smittet av en tilfeldig partner, hvorav 25 ved kjøp av seksuelle tjenester. Av disse var 21 smittet i utlandet og fire i Norge. Ektefelle/samboer eller annen fast partner oppgis som smittekilde hos 76 (47 %) av kvinnene, mens 73 ble smittet av en tilfeldig partner. Median alder for de 276 heteroseksuelt smittede mennene var 29 år (16-77 år) og for de 220 kvinnene 23 år (14-62 år).

Av kvinnene var 55 av tilfellene under 20 år på diagnosetidspunktet. I løpet av de siste 10 år har medianalderen for menn gått ned fra 34 til 29 år og for kvinner fra 28 til 23 år.

Indikasjon for undersøkelsen var kliniske symptomer og tegn for 240 (87 %) av de 276 mennene, mens 21 ble testet som ledd i smitteoppsporing og 13 etter eget ønske. For de 220 heteroseksuelt smittede kvinnene ble 119 (54 %) testet på bakgrunn av kliniske symptomer og tegn, mens 52 ble testet som ledd i smitteoppsporing, 31 etter eget ønske og 18 ved annen rutineundersøkelse, hvorav to ved gravidscreening.

Syfilis

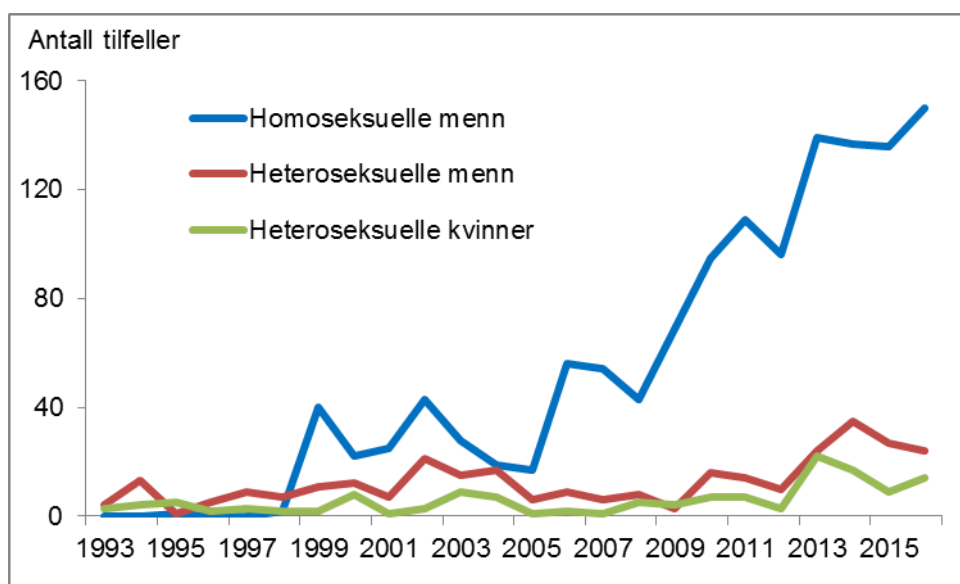
Ved overvåkingen av syfilis ønsker man å følge forekomsten av nysmittet syfilis. Det er derfor bare primær, sekundær og tidlig latent syfilis (dvs. tilfeller som er smittet innenfor det siste året) som inkluderes i MSIS. I tillegg påvises hvert år flere hundre antistoffpositive prøver, oftest hos nyankomne innvandrere, der smitten som regel ligger mange år tilbake og hvor det ofte ikke er mulig å skille mellom tidligere gjennomgått syfilis og ikke-veneriske treponematoser. Utfordringen er å avgjøre om disse skal behandles eller ikke.

I alle tilfeller med påvist positiv syfilisserologi der legen har mottatt MSIS-meldeskjema fra laboratoriet er det viktig at legene sender inn meldeskjemaet eller kontakter MSIS slik at man unngår unødvendig purring.

MSIS fikk i 2016 meldt 188 tilfeller av syfilis mot 172 tilfeller i 2015. Disse fordelte seg med 86 tilfeller av primær syfilis, 47 tilfeller av sekundær syfilis og 55 tilfeller av tidlig latent syfilis. Av de 188 tilfellene i 2016 var 150 (80 %) homoseksuelt smittet og 38 (20 %) heteroseksuelt smittet.

Tilsvarende tall for 2015 var 136 tilfeller blant msm og 36 tilfeller blant heteroseksuelle. Blant msm fortsetter økningen av meldte syfilistilfeller i 2016 (fig 2), mens blant heteroseksuelt smittede er situasjonen lite forandret fra 2015. De 188 tilfellene totalt meldt i 2016 fordeler seg på 174 menn og 14 kvinner og 73 % av personene er født i Norge. Av de 188 tilfellene meldt i 2016 er 55 % hjemmehørende i Oslo (tab. 2).

Figur 2. Tilfeller av primær, sekundær og tidlig latent syfilis meldt MSIS 1993-2016 etter diagnoseår, smitteåte og kjønn.



Tabell 2. Tilfeller av syfilis meldt MSIS i 2007-2016 etter bostedsfylke

Fylke	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Østfold	5			4	5	1	1	3	4	7
Akershus	1	4	9	12	7	11	8	14	17	12
Oslo	49	37	54	69	75	70	112	98	99	104
Hedmark			1		2	3	5	5	4	3
Oppland		1			2	2	8	1	1	3
Buskerud	1	6		6	6	2	8	9	6	2
Vestfold	1		2	1	4	1	7	4	3	3
Telemark	1	1	2	2	1	1	1	6	7	8
Aust-Agder				1	3		3	4	2	4
Vest-Agder				5	5	1	3	4	2	5
Rogaland		1	1	4	5		6	8	6	11
Hordaland		4	1	3	7	6	6	23	9	4
Sogn & Fjordane			1	1	2			1	1	
Møre & Romsdal			2			4	2	1	1	3
Sør-Trøndelag	2	1	2	8	2	3	10	5	8	5
Nord-Trøndelag				1		1	2		1	
Nordland					2			1	1	4
Troms		1	1	1	2	2	3	1		4
Finnmark	1					1		1		6
Totalt	61	56	76	118	130	109	185	189	172	188

Homoseksuell smitte blant menn

Av de 150 personene smittet homoseksuelt var 69 % (103 tilfeller) smittet i Norge og 47 i utlandet. Oslo dominerer fortsatt som smittested med 83 av tilfellene. De øvrige 20 som var smittet i Norge var spredt på 15 kommuner over hele landet. Av de 47 smittet i utlandet var 13 smittet i Spania, fem i Tyskland, åtte i Asia og de øvrige hovedsakelig i andre europeiske land. Av de 150 tilfellene meldt i 2016 var 71 % født i Norge. Medianalderen for de homoseksuelt smittede var 40 år (20-70 år), uforandret fra 2015.

Som ved andre seksuelt overførbare infeksjoner preges smittesituasjonen blant msm av at mange smittes med syfilis ved tilfeldig sex i Norge eller i utlandet. Av tilfellene meldt i 2016 oppgir 81 % (122 tilfeller) at de ble smittet av en tilfeldig partner, 25 av fast partner og for tre tilfeller var relasjonen til smittekontakten annen/ukjent. Som tidligere år er en betydelig andel av msm som diagnostiseres med syfilis tidligere testet hivpositiv (55 av 150 tilfeller i 2016).

Heteroseksuell smitte, menn og kvinner

Det ble i 2016 meldt 38 tilfeller av syfilis smittet heteroseksuelt (24 menn og 14 kvinner), hvorav 82 % var av norsk herkomst. Av de 24 mennene ble 12 smittet i utlandet, hvorav sju i Thailand og tre i Brasil mens 12 ble smittet i Norge, fem i Oslo og de øvrige sju i ulike kommuner. En tilfeldig seksuallkontakt ble oppgitt som smittekilde hos 83 % av mennene. Medianalder for mennene var 38 år (24-70 år).

Tolv av de 14 kvinnene ble smittet i Norge fordelt på 10 kommuner spredt i hele Norge. Ni av de 14 kvinnene ble smittet av sin ektefelle/faste partner. Syfilis ble oppdaget hos sju av kvinnene ved rutinemessig svangerskapsundersøkelse, tre ved smitteoppsporing, to ved andre rutineundersøkelser og bare to ved symptomer på sykdommen. Medianalderen for de 14 kvinnene var 29 år (21-44 år).

Kommentar

De siste års utvikling med økende forekomst av gonoré både blant menn som har sex med menn og heteroseksuelle kvinner og menn fortsatte i 2016. Situasjonen i Norge følger en internasjonal trend der gonoré øker kraftig i mange vestlige land. I Danmark har antall meldte gonoretifellere økt fra 841 tilfeller i 2013 til 2785 tilfeller i 2015 (1) og fortsatte å øke i 2016. Også i Sverige øker nå forekomsten av gonore kraftig. Spesielt sterk har økningen av gonoré i Norge vært blant kvinner der meldte tilfeller har firedoblet seg på få år. Gonoréforekomsten i den generelle befolkning har nå nådd et nivå der det er grunn til å frykte at vi igjen kan stå overfor en mer omfattende spredning av gonoré i Norge slik de nå opplever i Danmark. Antall meldte tilfeller av syfilis gikk igjen opp i 2016 etter en mindre nedgang i 2015. Vi må nå 40 år tilbake i tiden for å finne like høye årsinsidenser av syfilis i Norge. Etter mange år med lav forekomst av gonoré og syfilis er det nå viktig at helsetjenesten har økt årvåkenhet for at disse sykdommene igjen forekommer hyppigere både blant msm og blant heteroseksuelle kvinner og menn.

Menn som har sex med menn

Smitemønsteret for gonoré og syfilis blant msm følger langt på vei smitemønsteret for hiv (2). Den vedvarende høye forekomsten av både hiv, gonoré og syfilis i gruppen viser at det foregår mye risikosex blant en stor gruppe msm. De fleste msm smittes med disse infeksjonene ved tilfeldig sex i Oslo eller andre europeiske storbyer, men det er en tendens til at flere msm også smittes i øvrige Norge, særlig i større byer. Særlig bekymringsfullt, ikke minst med tanke på resistenssituasjonen, er det betydelige antall msm som gjentatte ganger smittes med gonoré. Data fra MSIS viser at mange som kjenner til at de er hivpositive også smittes med andre seksuelt overførbare infeksjoner. Den epidemiologiske situasjonen for alle de tre seksuelt overførbare infeksjonene blant msm viser viktigheten av å bruke kondom både ved anal- og oralsex. Atferdsendring, konsekvent kondombruk og hyppig testaktivitet er nødvendig skal man lykkes i å redusere forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner i denne gruppen.

Seksuelt aktive menn som har sex med menn bør jevnlig tilbys undersøkelse og evt. behandling for seksuelt overførbare infeksjoner. Det er viktig at personer som diagnostiseres med gonoré eller

syfilis får god smittevernådgiving. Dette er spesielt viktig for hivpositive. Som alltid skal det utføres smitteoppsporing rundt hvert tilfelle av gonoré eller syfilis.

Heteroseksuell smitte, menn og kvinner

Det er viktig at helsetjenesten nå har økt bevissthet på at gonoré og syfilis øker blant heteroseksuelle. Gonokokker har høy smittsomhet, anslagsvis 50-70 % smitterisiko for kvinner og 20-30 % for menn ved ubeskyttet, vaginalt samleie. Utbruddspotensialet er betydelig dersom mikroben introduseres i miljøer med mye risikosex eller i ungdomsmiljøer der hyppig partnerskifte kan være utbredt. Økt forekomst hos unge kvinner kan igjen gi utfordringer i forbindelse med svangerskap og fødsel der blant annet gonoréisk øyeninfeksjon hos nyfødte kan være en alvorlig komplikasjon hvis mors infeksjon ikke oppdages før fødsel.

Årvåkenhet overfor sykdomssymptomer, effektiv diagnostikk og behandling, omhyggelig smitteoppsporing og rask lokal intervensjon ved utbrudd er avgjørende for å holde disse infeksjonene under god kontroll i Norge.

Diagnostikk av gonoré

PCR-undersøkelse er nå den vanligste mikrobiologiske metode for gonorédiagnostikk. 982 (90 %) av gonorétilfellene i 2016 ble påvist med PCR. Alle medisinsk-mikrobiologiske laboratorier i Norge har nå rutinemessig tatt i bruk PCR, ofte i kombinasjonstester med klamydia. Positive gonoréprøver blir konfirmert med en alternativ PCR-metode. Dette har i praksis vist seg å gi meget høy spesifisitet og god prediktiv verdi. Laboratoriernes erfaringer med bruk av PCR i gonorédiagnostikken er gode og også gjennom MSIS-overvåkingen ser det ut til at falske positive prøver er redusert til et minimum. Det er god korrelasjon mellom positive funn og klinikk/smitteanamnese for de positive funnene. Dette gjelder også blant kvinner og også i de fylker som har hatt en kraftig økning av påviste tilfeller etter at mer omfattende rutinemessig undersøkelse for gonoré ble innført.

Bruk av PCR gir derimot ingen mulighet for å gjøre resistensbestemmelse. Slike undersøkelser er viktig på grunn av gonokokkenes utstrakte evne til å utvikle antibiotikaresistens. Ved gonoré bør det derfor alltid tas prøver for dyrking for resistensbestemmelse. Dyrkningsprøve bør tas før antibiotikabehandling igangsettes. PCR kan ha et særlig fortrinn ved påvisning av gonokokker i hals og anus da dyrking fra disse lokalisasjoner ofte kan ha dårlig sensitivitet, men også her bør man forsøke å få gjort resistensbestemmelse.

Oppfølging og behandling

Antibiotikaresistente gonokokker er et raskt økende problem. Internasjonalt er det nå stor bekymring for resistenssituasjonen i lys av den økende insidensen av gonoré. Resistensdata for gonokokker i Norge publiseres regelmessig i den årlige NORM/NORM-VET-rapporten (3). Diagnostikk og behandling av gonoré byr på utfordringer. Dette gjelder særlig i allmennpraksis der man fortsatt vil ha begrenset erfaring med å følge opp pasienter med gonoré. Henvvisning til spesialist kan derfor ofte være et alternativ, men må avveies mot behovet for å sikre rask behandling og oppfølging.

I Norge er standardbehandlingen ved ukomplisert urogenital gonore nå ceftriakson 500 mg intramuskulært som engangsdose og Azitromycin 1.5 gram per os som engangsdose (4). Kontrollprøve bør tas 2 uker etter behandling. Det påvises allerede nå enkelte tilfeller av ceftriaksonresistente gonokokker i Norge. Alle tilfeller med behandlingssvikt må derfor følges opp med tanke på antibiotikaresistens eller eventuell reinfeksjon. Ethvert tilfelle av syfilis bør, uansett stadium eller symptomer, henvises for behandling til spesialist i venerologi eller infeksjonsmedisin.

Referanser

1. <http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2016/Uge%2038%20-%202016.aspx>
2. Hiv-situasjonen i Norge i 2016 (www.fhi.no)

3. NORM/NORM-VET - Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway
4. Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten