

GONORÉ OG SYFILIS I NORGE 2017

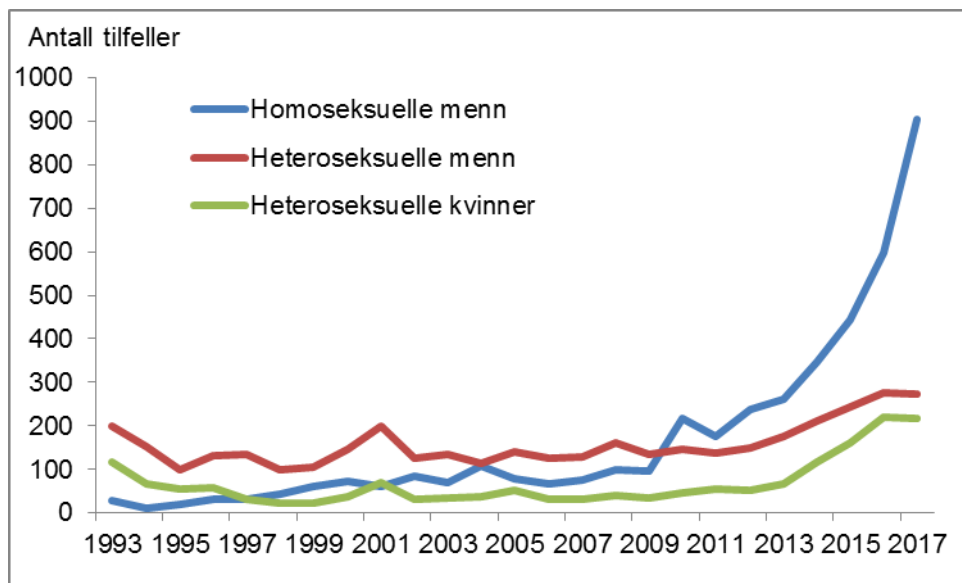
Folkehelseinstituttet overvåker gonoré- og syfilissituasjonen i Norge ved anonymiserte meldinger fra leger og laboratorier til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS).

Meldte tilfeller av gonoré fortsetter å øke i Norge som i våre naboland, øvrige Europa og USA. Hele økningen (28 %) i 2017 kom blant menn som har sex med menn (msm), og gonoré er i ferd med å spre seg epidemisk i denne gruppen. Antallet diagnostiserte gonorétilfeller i Norge er mer enn femdoblet de siste 10 årene. Økningen i Norge de siste årene skyldes først og fremst en reell økt forekomst av sykdommen, men også mer effektiv diagnostikk ved bruk av PCR-testing. Meldte tilfeller av syfilis fortsatte også å øke i 2017, særlig blant msm.

Gonoré

I 2017 ble det meldt 1 399 gonorétilfeller i Norge mot 1096 tilfeller i 2016. Den betydelige økningen av gonoré blant menn som har sex med menn (msm) som startet i 2010, fortsatte i 2017 med ytterligere 50 % økning siste året. Blant heteroseksuelle menn og kvinner flatet siste års økning ut i 2017 (fig 1).

Figur 1. Tilfeller av gonoré meldt MSIS 1993-2017 etter diagnoseår, smittemåte og kjønn.



Av de 1 399 tilfellene var det 1 181 menn og 218 kvinner. Av mennene var 905 smittet homoseksuelt, 273 var smittet heteroseksuelt, og for tre menn var seksuell praksis ukjent. Alle de 218 kvinnene var smittet heteroseksuelt (tab. 1). Av alle tilfellene meldt med gonoré i 2017 er 62 % bosatt i Oslo og 68 % er født i Norge.

Foruten lokalisering i genitalia, anus og hals ble det i 2017 meldt to tilfeller av gonoréisk leddbetennelse og to tilfeller av gonoréisk øyefeksjon hos voksne. Minst seks av de 218 kvinnene ble innlagt i sykehus med gonoréisk bekkeninfeksjon. Av de 1399 gonorétilfellene ble 771 meldt fra klinikker for seksuelt overførbare sykdommer (hvorav 655 fra Olafia-klinikken), 469 fra allmennlege, 83 fra ungdomsklinikk, 58 fra sykehusavdeling/poliklinikk og 18 fra andre steder.

Økningen av gonoré i 2017 ses særlig i Oslo, Hordaland og Sør-Trøndelag (tab. 2). Det ble ikke varslet om lokale utbrudd av gonoré i 2017.

Tabell 1. Tilfeller av gonoré meldt MSIS 2006-2017 etter diagnoseår, kjønn og smittemåte.

Smittemåte	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Homosex menn	68	77	98	95	215	176	241	262	348	444	598	905
Homosex kvinner					1							
Heterosex- menn	126	130	162	135	148	137	149	175	212	243	276	273
Heterosex- kvinner	31	30	41	34	45	56	51	68	118	161	220	218
Sex- uspes. menn	11	1		4	2	1	4	1	4	3	2	3
Mor/barn				1	1							
Total	236	238	301	269	411	370	445	506	682	851	1096	1399

Tabell 2. Tilfeller av gonoré meldt MSIS i 2008-2017 etter bostedsfylke.

Fylke	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Østfold	19	11	8	12	14	19	13	20	12	17
Akershus	32	32	33	35	43	49	46	76	125	104
Oslo	128	116	250	206	233	293	383	451	638	862
Hedmark		2		1	1		5	8	18	19
Oppland	6	4		1	2	10	5	8	12	12
Buskerud	9	3	8	11	12	13	14	25	28	38
Vestfold	11	11	6	8	14	8	7	16	25	22
Telemark	2	4	6	6	7	2	11	17	12	13
Aust-Agder		5	5		1		8	5	3	11
Vest-Agder	2	6	6	7	3	2	5	11	10	18
Rogaland	23	19	23	17	21	37	58	45	55	61
Hordaland	29	28	29	20	23	27	28	54	56	90
Sogn & Fjordane		4			1			3	1	1
Møre & Romsdal		4	11	9	9	11	11	18	17	27
Sør-Trøndelag	15	4	9	14	22	12	49	47	37	60
Nord-Trøndelag	4	1	3		1	3	5	8	4	3
Nordland	14	2	4	13	21	8	9	23	22	14
Troms	6	9	7	10	12	8	18	15	17	19
Finmark	1	4	3		4	3	5	1	4	8
Ukjent fylke						1	2			
Totalt	301	269	411	370	444	506	682	851	1096	1399

Homoseksuell smitte blant menn

Det ble i 2017 meldt 905 tilfeller med gonoré blant msm, mot 598 tilfeller i 2016. Økningen ses spesielt blant msm bosatt i Oslo der det i 2017 ble påvist 682 tilfeller mot 458 i 2016. Også i Hordaland, Møre- og Romsdal og Sør-Trøndelag var det en betydelig økning i 2017. Av alle msm meldt i 2017 var 566 (63 %) smittet i Oslo og 120 var smittet andre steder i Norge (hvorav 22 i Bergen, 22 i Trondheim og åtte i Stavanger). 219 (24 %) av tilfellene ble smittet i utlandet. Vanligste smitteland utenfor Norge i 2017 var Tyskland (51 tilfeller), Spania (50), USA (19) og Storbritannia (15). Av tilfellene i 2017 var 607 (67 %) født i Norge. Personer født utenfor Norge kom hovedsakelig fra andre europeiske land og Asia.

Av de 905 msm meldt i 2017 ble 390 testet på grunn av symptomer, 212 ble testet etter eget ønske, 158 som ledd i smitteoppsporing og 143 ved rutinemessig undersøkelse for seksuelt overførbare infeksjoner. 612 (68 %) av msm meldt i 2017 fikk påvist gonokokker i hals/anus hvorav 76 % ikke hadde symptomer.

Av tilfellene meldt i 2017 ble 710 personer (78 %) smittet av en tilfeldig partner, 188 (21 %) av ektefelle/samboer eller annen fast partner og for sju var relasjonen til partneren annen/ukjent. Median alder for tilfellene i 2017 var 33 år (14-82 år), opp fra 30 år i 2016. 19 av tilfellene var 20 år eller yngre på diagnosetidspunktet. En betydelig andel av msm som diagnostiseres med gonoré, er tidligere testet hivpositiv (minst 95 av 905 tilfeller i 2017).

Heteroseksuell smitte, menn og kvinner

Både blant heteroseksuelle menn og kvinner er meldte tilfeller i 2017 svakt ned fra 2016. Blant menn ble det påvist 273 tilfeller mot 276 tilfeller i 2016 og blant kvinner 218 tilfeller i 2017 mot 220 tilfeller i 2016.

Av de 273 mennene var 118 (43 %) smittet i utlandet. Som ved hivinfeksjon er Thailand det hyppigste smittestedet i utlandet for menn med 48 tilfeller i 2017, mens 15 ble smittet på Filippinene og sju i Spania. De 50 kvinnene smittet i utlandet var smittet i 27 ulike land fra alle verdensdeler. Hyppigste smitteland var Tyrkia med fem tilfeller. Av alle heteroseksuelt smittede er 336 (68 %) født i Norge. Personer født utenfor Norge kom hovedsakelig fra andre europeiske land og Asia.

Av 155 menn smittet i Norge var 73 smittet i Oslo, 16 i Bergen og seks i Trondheim. De øvrige tilfellene var spredt på 38 kommuner over hele landet. Av 168 (86 %) kvinner smittet i Norge oppgir 73 at de ble smittet i Oslo, 20 i Bergen, sju i Drammen og fem i Stavanger. De øvrige var spredt på 42 kommuner i hele Norge.

Av de 273 mennene oppgir 216 (79 %) at de ble smittet av en tilfeldig partner, hvorav 23 ved kjøp av seksuelle tjenester. Av disse var 21 smittet i utlandet og to i Norge. Ektefelle/samboer eller annen fast partner oppgis som smittetilstand hos 88 (40 %) av kvinnene, mens 120 ble smittet av en tilfeldig partner. Trenden er at flere kvinner smittes av en tilfeldig partner. Median alder for de 273 heteroseksuelt smittede mennene var 28 år (14-81 år) og for de 218 kvinnene 25 år (16-57 år).

Tretti kvinner og 15 menn var under 20 år på diagnosetidspunktet. I løpet av de siste 10 år har medianalderen for menn gått ned fra 34 til 28 år og for kvinner fra 28 til 25 år.

Indikasjon for undersøkelsen var kliniske symptomer og tegn for 238 (87 %) av de 273 mennene, mens 14 ble testet som ledd i smitteoppsporing og 19 etter eget ønske. For de 218 kvinnene ble 101 (46 %) testet på bakgrunn av kliniske symptomer og tegn, mens 56 ble testet som ledd i smitteoppsporing, 37 etter eget ønske og 24 ved annen rutineundersøkelse, hvorav fire i forbindelse med graviditet.

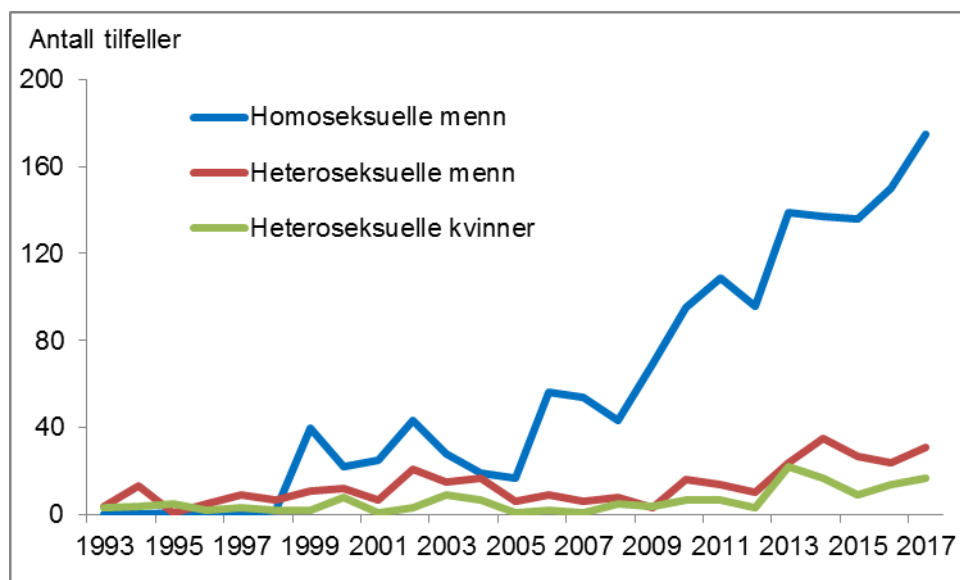
Syfilis

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. Det påvises relativt sjelden *nysmittet* syfilis blant nyankomne asylsøkere til Norge, og i 2017 ble det bare meldt ett tilfelle av nysmittet syfilis i denne gruppen.

MSIS fikk i 2017 meldt 223 tilfeller av syfilis mot 188 tilfeller i 2016. Disse fordelte seg med 81 tilfeller av primær syfilis, 61 tilfeller av sekundær syfilis og 81 tilfeller av tidlig latent syfilis.

Blant menn som har sex med menn fortsatte økningen i antall meldte syfilistilfeller i 2017 (fig 2). Også blant heteroseksuelt smittede økte antall tilfeller noe fra 2016. Siste tilfelle av neonatal syfilis i Norge ble meldt i 2003.

Figur 2. Tilfeller av primær, sekundær og tidlig latent syfilis meldt MSIS 1993-2017 etter diagnoseår, smittemåte og kjønn.



Av de 223 tilfellene i 2017 var 175 (78 %) homoseksuelt smittet og 48 (22 %) heteroseksuelt smittet (tab. 3). De 223 tilfellene fordeler seg på 206 menn og 17 kvinner. 65 % av de smittede er født i Norge. De resterende kommer hovedsakelig fra andre europeiske land.

Tabell 3. Tilfeller av syfilis meldt MSIS 2006-2017 etter diagnoseår, kjønn og smittemåte.

Smittemåte	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Homosex menn	56	54	43	69	95	109	96	139	137	135	150	175
Homosex kvinner										1		
Heterosex- menn	9	6	8	3	16	14	10	24	35	27	24	31
Heterosex- kvinner	2	1	5	4	7	7	3	22	17	9	14	17
Total	67	61	56	76	118	130	109	185	189	172	188	223

Av de 223 tilfellene meldt i 2017 er 50 % hjemmehørende i Oslo (tab. 4) og 101 (90 %) av de 112 tilfellene meldt fra Oslo er blant msm. Økningen av tilfeller i 2017 i Akershus kom blant heteroseksuelt smittede mens økningen i Buskerud, Vestfold og Hordaland i hovedsak kom blant msm.

Tabell 4. Tilfeller av syfilis meldt MSIS i 2008-2017 etter bostedsfylke

Fylke	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Østfold			4	5	1	1	3	4	7	6
Akershus	4	9	12	7	11	8	14	17	12	27
Oslo	37	54	69	75	70	112	98	99	104	112
Hedmark		1		2	3	5	5	4	3	6
Oppland	1			2	2	8	1	1	3	3
Buskerud	6		6	6	2	8	9	6	2	10
Vestfold		2	1	4	1	7	4	3	3	9
Telemark	1	2	2	1	1	1	6	7	8	3
Aust-Agder			1	3		3	4	2	4	2
Vest-Agder			5	5	1	3	4	2	5	5
Rogaland	1	1	4	5		6	8	6	11	9
Hordaland	4	1	3	7	6	6	23	9	4	15
Sogn & Fjordane		1	1	2			1	1		
Møre & Romsdal		2			4	2	1	1	3	
Sør-Trøndelag	1	2	8	2	3	10	5	8	5	3
Nord-Trøndelag			1		1	2		1		3
Nordland				2			1	1	4	4
Troms	1	1	1	2	2	3	1		4	5
Finnmark					1		1		6	1
Totalt	56	76	118	130	109	185	189	172	188	223

Homoseksuell smitte blant menn

Av de 175 personene smittet homoseksuelt var 116 tilfeller (66 %) smittet i Norge og 59 i utlandet. Oslo dominerer fortsatt som smittested med 80 av tilfellene mot 83 tilfeller i 2016. De øvrige 38 som var smittet i Norge var spredt på 24 kommuner (Bergen og Tromsø fem hver) over hele landet. I 2016 var 20 tilfeller smittet i Norge utenfor Oslo. Av de 59 smittet i utlandet var 11 smittet i Tyskland, 10 i Spania, sju i USA, seks i Thailand og de øvrige hovedsakelig i andre europeiske land og Sør-Amerika. Av de 175 tilfellene meldt i 2017 var 63 % født i Norge. Medianalderen for de homoseksuelt smittede var 38 år (18-70 år), ned fra 40 år i 2016.

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 2017 oppgir 86 % (150 tilfeller) at de ble smittet av en tilfeldig partner, 22 av ektefelle/fast partner og for tre tilfeller var relasjonen til smittekontakten annen/ukjent.

Indikasjon for undersøkelsen var kliniske symptomer og tegn for 84 (48 %) av de 174 mennene, mens 35 ble testet etter eget ønske, 18 som ledd i smitteoppsporing og 38 ved annen rutineundersøkelse. Som tidligere år er en betydelig andel av msm som diagnostiseres med syfilis tidligere testet hivpositiv (minst 50 av 174 tilfeller i 2017).

Heteroseksuell smitte, menn og kvinner

Det ble i 2017 meldt 48 tilfeller av syfilis smittet heteroseksuelt (31 menn og 17 kvinner), hvorav 75 % var født i Norge.

Av de 31 mennene ble 19 smittet i utlandet, hvorav 10 i Thailand mens 12 ble smittet i Norge (fire i Oslo, tre i Skedsmo og de øvrige fem i ulike kommuner). Tilfeldig seksualkontakt ble oppgitt som smitekilde hos 22 (71 %) av mennene, hvorav seks ved kjøp av seksuelle tjenester. Symptomer

på syfilis var indikasjon for prøvetaking hos 21 (68 %) av tilfellene, mens fem ble testet som ledd i smitteoppsporing, fire etter eget ønske og én ved rutineundersøkelse. Medianalder for mennene var 49 år (28-75 år).

Tolv av de 17 kvinnene ble smittet i Norge fordelt på 10 kommuner spredt i hele Norge. Ni av de 17 kvinnene ble smittet av en tilfeldig partner mens sju ble smittet av ektefelle/faste partner. Syfilis ble oppdaget hos 11 av kvinnene på bakgrunn av symptomer på sykdommen, to etter pasientens ønske, en ved rutinemessig svangerskapsundersøkelse, én ved smitteoppsporing og to ved andre rutineundersøkelser. Medianalderen for de 17 kvinnene var 50 år (17-60 år).

Kommentar

De siste års utvikling med sterkt økende forekomst av gonoré blant menn som har sex med menn fortsatte i 2017. Også blant heteroseksuelle kvinner og menn har gonoré økt betydelig de senere årene, men flatet noe ut i 2017. Blant kvinner er antall meldte tilfeller av gonoré firedoblet på få år. Situasjonen i Norge følger en internasjonal trend der gonoré øker kraftig i mange vestlige land. Gonoréforekomsten i befolkningen er nå så høy at fortsatt økende insidens må forventes. Antall meldte tilfeller av syfilis gikk også opp i 2017, særlig blant menn som har sex med menn. Vi må 40 år tilbake i tiden for å finne like mange meldte tilfeller 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

I Norge økte gonoréinsidensen blant msm med 50 % i 2017. Syfilisinsidensen blant msm har tidoblet seg siden 2005 og fortsetter å øke. Det er gledelig at hivinsidensen blant msm smittet i Norge ser ut til å gå ned (1), men det er bekymringsfullt dersom de nye medikamentelle forebyggingsstrategiene mot hiv (tidlig behandling og PrEP) medvirker til den økende forekomsten av en rekke andre seksuelt overførbare sykdommer i gruppen. De første oppfølgingsstudier av PrEP-brukere bekrefter at forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner øker og kondombruken går ned i denne gruppen når risikoen for hivsmitte reduseres (2).

Smittemønsteret for gonoré og syfilis blant msm følger langt på vei smittemønsteret for hiv. 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. Mange msm smittes av gonoré og syfilis i munn og hals. Dette viser viktigheten av å bruke kondom både ved anal- og oralsex. Atferdsendring, konsekvent kondombruk og hyppig testing er nødvendig skal man lykkes i å redusere forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner i denne gruppen.

Seksuelt aktive msm bør teste seg minst en gang i året, og de som har mer enn en partner bør teste seg hver tredje måned. Det er viktig at personer som diagnostiseres med gonoré eller syfilis, får god smittevernradgivning. Dette er spesielt viktig for hivpositive og personer som starter med PrEP. 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 om at gonoré og syfilis nå forekommer betydelig hyppigere blant heteroseksuelle menn og kvinner enn for bare få år siden. 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

gonoréisk øyeninfeksjon hos nyfødte kan være en alvorlig komplikasjon hvis mors infeksjon ikke oppdages og behandles før fødsel.

Årvåkenhet overfor sykdomssymptomer, effektiv diagnostikk og behandling, omhyggelig smitteoppsporing og raskt igangsatte tiltak lokalt ved utbrudd er avgjørende for å holde disse infeksjonene under kontroll i Norge.

Diagnostikk av gonoré

PCR-undersøkelse er nå den vanligste mikrobiologiske metode for gonorédiagnostikk og 1347 (96 %) av gonorétilfellene i 2017 ble initialt påvist med PCR. Alle medisinsk-mikrobiologiske laboratorier i Norge har rutinemessig tatt i bruk PCR, ofte i kombinasjonstester med klamydia. Positive gonoréprøver blir confirmert 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 falskt 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 bare til påvisning av mikroben gir derimot ingen informasjon om resistensforhold. Resistensundersøkelser er viktig på grunn av gonokokkenes utstrakte evne til å utvikle antibiotikaresistens. Ved gonoré bør det derfor, i tillegg til PCR, alltid tas dyrkningsprøver for resistensbestemmelse. Dyrkningsprøve bør tas før antibiotikabehandling igangsettes. PCR kan ha et særlig fortrinn ved påvisning av gonokokker i hals og anus da dyrkning fra disse lokalisasjoner ofte kan ha dårlig sensitivitet, men også her bør man forsøke å få gjort dyrkningsprøver.

Oppfølging og behandling

Antibiotikaresistente gonokokker er et raskt økende problem. Internasjonalt er det nå stor bekymring for resistenssituasjonen, forsterket av den økende gonoréforekomsten. 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. Hvert år fremkommer det gjennom MSIS-meldingene at enkelte leger ikke følger anbefalingene for antibiotikabehandling mot gonoré (4) med den konsekvens at pasientene ikke blir friske og risikerer å smitte videre.

I Norge er standardbehandlingen ved ukomplisert urogenital gonoré ceftriaksone 500 mg intramuskulært som engangsdose sammen med azitromycin 1,5 gram per os som engangsdose (4). Kontrollprøve bør tas 2 uker etter behandling. Det er allerede påvist enkelte tilfeller av ceftriaksone resistente gonokokker i Norge, men ikke de siste to årene. Alle tilfeller med behandlingssvikt må 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. [Hiv-situasjonen i Norge 2017 \(www.fhi.no\)](http://www.fhi.no)
2. [Traeger MW et al. Effects of pre-exposure prophylaxis for the prevention of HIV Infection on sexual risk behavior in men who have sex with men: A systematic review and meta-analysis. Clin Infect Dis 2018; i trykken.](#)
3. [NORM/NORM-VET - Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway](#)
4. [Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten](#)