

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	<h2>Vulvovaginale infeksjoner</h2>
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 07.04.2017/18.08.2019
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Gynekologisk seksjon generell	Versjon: 1.02
Godkjenner: Albrechtsen, Susanne	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Thornhill, Heidi	Dok.id: D36713

Smittevernloven

Smittevernloven omfatter de seksuelle overførbare infeksjonene: syfilis, HIV, hepatitt B samt gonokokk og genital chlamydiainfeksjon. Følgende gjelder:

- Person som er smittet eller utsatt for smitte har rett til gratis undersøkelse og behandling. Egenandelen refunderes av trygdekassen
- Konsultasjonen merkes ”allmennfarlig smittsom sykdom”.
- Blå resept med påskrift ”Gratis til pasienten”, § 4
- Rett til gratis medisin foreligger ved mistanke om SOI, før prøvesvaret foreligger. Dette gjelder også klinisk cervicitt og salpingitt
- Pasienten har plikt til å oppsøke lege ved mistanke, ta imot smittevern veiledning og bidra til smitteoppsporing
- Partner bør alltid undersøkes før behandling og har rett til gratis medisin
- Legens plikt er å:
 - Undersøke, gi personlig smitteveiledning og foreta smitteoppsporing
 - Sende MSIS melding for HIV, syfilis, hepatitt og gonoré
- Genital chlamydiainfeksjon meldes av laboratoriene til MSIS
- Pasienten har plikt til å oppsøke lege ved mistanke, ta imot smittevernveiledning og bidra til smitteoppsporing
- Genital chlamydiainfeksjon meldes kun av laboratoriene

Tidlig syfilis

Definisjon

- Tidlig syfilis omfatter primær, sekundær og tidlig latent infeksjon, mindre enn to år etter smittetidspunkt.

Forekomst

- Få tilfeller i Skandinavia, liten økning siste årene primært hos menn som har sex med menn og importsmitte (III)
- 61 tilfeller av primær, sekundær eller tidlig latent syfilis. (MSIS 2007)
- Under 10 % av nye tilfeller i Norge hos kvinner
- Utbredt utenfor Skandinavia, høy forekomst i Øst-Europa og Brasil(III)
- Importsmitte er viktig

Etiologi

- Treponema pallidum
- Smittes ved seksuell kontakt: oral, vaginal og anal sex
- Inkubasjonstid: 10 dager -10 uker (gjennomsnittlig tre uker)
- Kongenital smitte kan forekomme i hele svangerskapet

Risikofaktorer

- Sex med infisert partner
- Økt smitterisiko i høyendemisk område

Diagnostikk

- Klinisk: Ved primær syfilis finnes primær sjanker en smertefri indurert ulcerasjon i vulva eller i svelget. Tilheling 2-3 uker. Ved sekundær syfilis kan utslett, leddsmerter og generell sykdoms følelse forekomme
- Påvisningsmetoder: Påvisning er mulig sent i primærstadiet og i sekundær- og tertiærstadiet (IV)
- Hvis mistanke. NB! Ikke antibiotikabehandling før telefonkontakt med venerolog eller infeksjonsmedisiner
- Serologi

- Prøver fra genitale sår til herpes påvisning

Differensialdiagnoser

- Andre genitale ulcerasjoner er smertefulle (Mb Bechet, aftøse sår sekundært til EBV infeksjon)

Behandling

- I samarbeid med venerolog/infeksjonsmedisiner
- *Benzatinpenicillin* (Tardocillin®) 2,4 mill IE i.m. som gjentas etter en uke (III)
- Samleieforbud inntil første serologiske kontroll (3 mnd) (III)

Oppfølging

- Meldepliktig (IV). Påbudt smitteoppsporing
- Serologisk kontroll 3, 6 og 12 og 24 mnd etter behandling

Komplikasjoner

- God prognose ved behandling av tidlig syfilis
- Ved ingen behandling vil 1/3 av alle som er smittet med syfilis bli spontant friske, 1/3 forblir i latent fase ut livet, 1/3 vil utvikle tertiærsyfilis

Råd

- Alle med syfilis skal også HIV-testes, samt undersøkes for andre SOI

Gonore**Etiologi**

- *Neisseria gonorrhoeae*
- Genital og oral smitte
- Inkubasjonstid: to til fem dager hos menn. Oftest mer enn 10 dager hos kvinner

Forekomst

- 238 nye tilfeller hvorav 12 % blant yngre kvinner (MSIS 2007)
- 1/3 smittes i utlandet. Thailand, Filippinene, Brasil og Kina vanligste smittestedene

Risikofaktorer

- Ubeskyttet samleie med person fra høyendemisk område

Diagnostikk**Klinikk**

- Symptomatisk infeksjon hos 50 % (fluor, dysuri, spotting). Halsinfeksjon er ofte asymptomatisk (III)
- Gonore gir sterkere akutte generelle symptomer enn klamydiainfeksjon

Påvisningsmetoder

- Prøver tas kun på indikasjon, fra cervix, uretra, rectum og evt farynx/tonsiller. Husk samtidige prøver til Chlamydia
- Dyrkning med resistensbestemmelse
- Direkte mikroskopi av gram eller metylenblått farget preparat

Tiltak/behandling

- Standardbehandling; engangsdose med *kinoloner* (*Ceftriaxone*)500 mg im og *Azitromycin* 1 mg po. Korrigeres etter resistensbestemmelse.

Oppfølging

- Kontrollprøve tas etter 1 uke. Ikke sex før etter negativ kontroll dyrkning (III)
- Smitteoppsporing og partnerbehandling påbudt (IV)
- Meldepliktig til MSIS

Komplikasjoner

- Ubehandlet vil 15 % utvikle PID (III)

Genital chlamydiainfeksjon

Etiologi

- Chlamydia trachomatis
- Inkubasjonstid: Tidligst symptomer etter 1 uke, men de fleste er asymptomatiske

Forekomst

- Hyppigste seksuelt overførbar infeksjon i Norge, økende forekomst, 30 % siste fem år (III)

Diagnostikk

Klinikk (III)

- Oftest asymptomatisk, men kan gi utflod, dysuri og blødningsforstyrrelser
- Kan foreligge et subklinisk stadium i flere år, kan gå i spontan remisjon (III), men også blusse opp etter abortinngrep, utskrapning eller spiralinnsetting

Påvisningsmetoder

- Prøver tas fra cervix, urethra, vulva, urin (førstestråleprøve) og evt. anus
- Prøve fra urin

Behandling

- *Doxycyclin* 100 mg x 2 i 7 dager. Ved komplisert infeksjon behandling i 2 uker.
- Gravide: *Amoxicillin* 500 mg x 3i 7 dager i 1. trimester (Ia); *Azitromycin* 1 g engangsdose i 2. og 3. trimester (Ia)

Komplikasjoner

- Ubehandlet; bekkeninfeksjon og risiko for tubar skade, ektrauterint svangerskap og kroniske underlivssmerter (III)
- Fitz-Hugh-Curtis syndrom (perihepatitt): Laparoskopisk diagnose; smerter i øvre høyre kvadrant, fibrinbelegg på lever. Leverfunksjonsprøver sjelden patologiske (III)

Oppfølging

- Laboratoriene melder anonymt
- Smitteoppsporing pålagt (gratis legekonsultasjon). Partner undersøkes og behandles
- Pasientene bør vente i to uker etter behandling før de kan ha ubeskyttet samleie Kontrollprøve; tidligst fem uker etter behandling

Råd

- Rutineprøve for chlamydia bør tilbys (IV);
 - kvinner under 25 år,
 - ved prevensjons-veiledning,
 - ved partnerbytte,
 - før abort inngrep
 - ved første svangerskapskontroll

Trikomonasinfeksjon

Etiologi

- Trichomonas vaginalis
- Smittet ved seksuell kontakt
- Inkubasjonstid en til tre uker, vanligvis en uke

Forekomst

- Sjelden i Norden (IV). Vanligste ikke-virale SOI globalt (III)
- I Afrika og Asia brukes Trichomonas vaginalis som en markør på SOI ("syndromic approach")
- Hyppig i Russland og Baltikum (opptil 20 % av seksuelt aktive kvinner)

Diagnose

- Typisk er (III) triaden intens kløe, gul og ofte skummende utflod og rødlig vaginalslimhinne med petekkier
- Noen har kun urethrittsymptomer
- Kan være asymptomatisk

Påvisningsmetoder (IV)

- pH over 4,5
- Positiv sniff-test
- Våtutstryk; økt antall leukocytter, bevegelige trikomonader
- Rutinemessig dyrkning anbefales ikke. Ved mistanke og negativ mikroskopi eventuelt prøve på Stuarts medium (III)

Tiltak/behandling

- Engangsdose metronidazol: 2 g per os til pasient og partner
- Ikke seksuell kontakt ved symptomer

Genital herpes**Etiologi**

- Herpes simplex virus type 2 (HSV-2) eller type 1 (HSV-1)
- Inkubasjonstid: fem til syv dager. Oftest smitte fra asymptomatisk partner
- Smittemåte; genital og oral sex
- Primærinfeksjon; smitteførende i syv til tolv dager etter utbrudd; ved residiv fire til syv dager etter utbrudd

Forekomst

- Tidligere HSV-2 hyppigst, nå HSV-1, ofte blant yngre voksne (IV, III)
- 1/3 av gravide i Norge har HSV-2 antistoff (III). Av disse har 20 % hatt typiske symptomer, 60 % atypiske symptomer og 20 % er asymptomatiske (IV)
- HSV-1; mildere utbrudd enn HSV-2, mindre residiv risiko (IV). HSV-1 antistoff hos ca 70 % i den voksne befolkningen

Diagnostikk**Klinikk**

- Ved primærutbrudd ses klassisk herpes infeksjon med sår og lokal glandelsvulst. Atypiske former med fissurer eller kløe er hyppig
- Ved fravær av antistoff foreligger en primær infeksjon
- Ved residiv er symptomene svakere. Ofte prodromalsymptomer i form av stikninger eller parestesier

Påvisningsmetoder

- Viruspåvisning og typing (IV)
- Ved utbrudd kan virus påvises i lesjonen. Prøven tas med bomullspinne fra suspekterte sår, fissurer, fra cervix og fra hel hud
- Dyrkning (gullstandard); kan skille mellom HSV-1 og 2. Virus transport medium, avleses etter to til ti dager
- PCR-tester finnes
- Serologi tilgjengelig ved enkelte laboratorier. Brukes for å avgjøre om det er primær utbrudd hos en gravid (IV). Kan også avklare om partner allerede er smittet

Differensialdiagnoser

- Candida, eksem, after i forbindelse med EBV-infeksjon

Tiltak/behandling

- Antiviral behandling ved utbrudd lindrer plager og forkorter utbruddet (IV, Ia, IV)
- Første gangs utbrudd
- Start snarest etter utbrudd med *valaciclovir* tabletter (Valtrex® 500 mg x 2 i 5-10 dager) eller *aciclovir* tabletter (Zovirax® 200 mg x 5 i 5-10 dager)
- Residiv
- Ved lette utbrudd kan *aciclovir* krem (5 %) brukes (vanlig resept). Ved sjenerende herpes anbefales peroral behandling ved første tegn på utbrudd eller i prodromalstadiet *valaciclovir* (Valtrex® 500 mg x 1 i 5 dager) eller *aciclovir* (Zovirax® 200 mg x 2 i 5 dager).

Profylakse/suppresjon

- Kontinuerlig *valaciklovir* 500 mg daglig ved hyppig residiv eller ønske om å minske smitterisikoen
- *Aciclovir* kan gis under graviditet (Ia, III)
- Ved hyppig og alvorlig residiv kan *aciclovir/valaciklovir* skrives på blå resept § 2 under diagnosen D84.9 Uspesifisert immunsvikt

Komplikasjoner

- Første gangs utbrudd; urinretensjon. Blæreparese (Elsberg syndrom), bør innlegges. Meningitt og neuritt kan forekomme
- Graviditet; økt fare for neonatal herpes hvis primærinfeksjon siste fem uker før fødsel(III). Høyrisiko; HSV-2 seronegativ gravid, HSV-2 seropositiv partner (III, III)

Forløp

- Lokale residiv kan være plagsomme i flere år, vanligvis nedsatt residivfrekvens etter hvert (IV)
- Asymptomatisk virusutskillelse fra hud og cervix vanlig etter primærinfeksjon med HSV-2 (Ia)

Pasientinformasjon

- Ved utbrudd og åpne lesjoner er pasienten mest smittsom, og også mer mottagelig for andre infeksjoner. Viktig å diskutere smitteprofylakse og avdramatisere lidelsen med vekt på bevaring av seksuell helse.

Ulcus vulvae acutum (IV)**Etiologi**

- Epstein Barr virus (EBV). Oral eller oro-genital smitte
- Inkubasjonstid: fire til seks uker. Kortere hos de prepubertale

Forekomst

- Ses først og fremst hos tenåringsjenter
- Ved 20-årsalder har ca. 90 % av befolkningen utviklet antistoffer mot EBV

Diagnostikk**Klinikk**

- Feber, sår dannelse på genitalia og lymfadenopati
- Ofte samtidig affeksjon av uretra. Aphter i munnhulen utvikles senere
- Tre ulike former:
 - Gangrenøs form: Hyperakutt innsettelse. Ekstremt smertefulle sår dekket med grågult fibrinbelegg. Danner skorpe etter noen dager. Tilheles spontant i løpet av to uker
 - Kronisk form: Overfladiske sår og ødem. Spontan remisjon etter fire til seks uker
 - Milliar form: knapphull store purulente sår dekket av fibrin med betente sårkanter. Lite symptomgivende. Rask tilheling

Påvisningsmetoder

- EBV IgM er positiv hos 40 % den første uken, 80-90 % den tredje uken, vanligvis positiv de neste tre mnd
- Monospot og blodutstryk uspesifikke tidlig i forløpet

Behandling

- Symptomatisk. I alvorlige tilfeller eventuelt per oral steroid behandling, men fare for bakteriell superinfeksjon

Komplikasjoner

- Ingen

Anogenitale vorter**Etiologi**

- Humant papilloma virus (HPV)
- Seksuelt overførbart virus. De fleste smittes av asymptomatisk partner (IV)
- Inkubasjonstid: to mnd til ett år

- 90 % av kondylom i ytre genitalia forårsakes av ikke-onkogene HPV type 6 og 11 (IV)

Forekomst

- Globalt sett en epidemi
- Livstidsrisiko for genital HPV er mer enn 70 % (III)

Diagnostikk**Klinikk**

- Vortene kan ha forskjellig form og størrelse
- Symptomer: Oftest asymptomatiske. Kløe, sårhet og dyspareuni forekommer (IV)

Påvisningsmetoder

- Inspeksjon
- Kolposkopi: Eddiksyrepensling for å se utbredelse. Positiv reaksjon (eddikhvite flekker) kan også observeres ved andre inflammatoriske tilstander
- Virustyping

Differensialdiagnoser

- Vestibulær papillomatose (normale funn: nupper på innsiden av labia minora)
- Candida-vulvovaginitt
- Molluscum contagiosum
- VIN (vulvar interepithelial neoplasi)

Tiltak/behandling

- Generelt (III, III, Ia): Rettet mot symptomene med usikker effekt på virus. Sjenerende vulvakondylomer behandles. Aggressiv behandling kan gi lokalt besvær. Graviditet er relativ kontraindikasjon
- Lokal behandling
 - *Podofyllotoksin* (Condyline[®]/Wartec[®])
 - Krem enklest. Pasienten påfører to ganger daglig i tre påfølgende dager. Skal ikke vaskes av
 - Om ikke bedring etter fire kurer, bør annen metode velges
 - *Imiquimod* (Aldara[®]) appliseres tynt og masseres inn tre ganger/uke (Ib). Kan gi lokal svie. Vaskes av etter seks til ti timer. Kan gjentas i inntil fire mnd
- Kryoterapi, diatermi, laserbehandling og annen kirurgisk eksisjon er aktuelt ved store, mange eller sjenerende kondylomer

Bakteriell vaginose (BV)**Etiologi**

- Ubalanse i skjedens bakterieflora med overgang fra aerob til anaerob flora. Laktobakteriene mangler (IV)

Forekomst

- Hos 10-20 % av kvinner i fertil alder (IV, Ib)

Diagnostikk

- Klinikk: Illeluktende, melkehvit fluor med blærer

Påvisningsmetoder (IV):

- Amsels kriterier: tre av fire skal være oppfylt: Tynn homogen utflod, pH > 4,5, positiv luktetest (fiskelukt med KOH), clueceller ved mikroskopi av våtpreparat
- Dyrkning, ingen plass i diagnostikken (IV)

Tiltak/behandling

- Ved symptomatisk BV (IV, Ia, III)
- *Clindamycin*: Dalacin[®] vaginalkrem (2 %) i syv dager eller vagitorier i tre dager
- *Metronidazol*: 500 mg x 2 i syv dager eller 2 gram dag en og tre. Engangsdosering er mindre effektivt enn mer langvarig behandling (I, III)
- *Vaginalgel*: Zidoval[®] i fem dager
- Residiv etter menstruasjon hos 60-70%

Forløp

- Residiv vanlig, spesielt ved ny partner (Ia) eller hos 1/3 etter neste menstruasjon

Aerob vaginitt (AV)

Etiologi

- Økt mengde av aerobe bakterier
- Gruppe B-streptokokker
- Gramnegative staver (E coli og Klebsiella)
- Laktobakteriene mangler

Forekomst

- Usikker, nylig beskrevet tilstand

Diagnostikk

Klinikk

- Vedvarende rikelig purulent vaginal utflod
- Lang sykehistorie
- Svie og dyspareuni
- Vaginalslimhinnen er rødlig inflammatorisk

Påvisningsmetoder

- pH er høy (lik BV)
- Negativ luktetest (forskjell fra BV)
- Mikroskopi av våtpreparat viser overvekt av leukocytter og små epitelceller, mangler laktobakterier

Behandling

- Lokal behandling
- *Clindamycin* Dalacin vaginalkrem® (2 %) hver kveld i 1 uke
- Tilstanden kan være vanskelig å behandle

Komplikasjon

- Økt risiko for preterm fødsel

Vulvovaginal soppinfeksjon

Etiologi

- *Candida albicans* hyppigst, kan også være *Candida glabrata*
- *Candida albicans* tilhører normalfloraen
- Ikke seksuelt overført

Forekomst

- I fertil alder ca 20 % kolonisert, gravide 50 %
- 75 % plages en eller flere ganger i livet (III)
- Kronisk infeksjon (> 4 ganger per år) hos noen få prosent
- Kvinner overdiagnostiserer og overbehandler seg selv
- Soppen trives ved varierende pH (spesielt lav) og mye glykogen

Risikofaktorer

- Graviditet, antibiotikabehandling, diabetes, immunsvikt (III)

Diagnose

Klinikk (IV)

- Akutt infeksjon; kløe, svie, dyspareuni og dysuri
- Typisk; ”cottage cheese” utflod og injiserte slimhinner
- Kroniske infeksjoner viktig årsak til vulvodyni

Påvisningsmetoder (IV)

- Direkte mikroskopi av våtpreparat, tilsatt NaCl eller KOH, for påvisning av sporer og hyfer
- Dyrkning: Ved negativ mikroskopi og ved hyppige residiv

Differensialdiagnoser

- Eksem, herpes, HPV

Behandling (IV)

- Kun ved symptomer. Kolonisering behandles ikke
- Asymptomatisk partner behandles ikke

- Akutt vulvovaginit: Lokal behandling med *imidazolpreparater* (Canesten[®], Daktar[®] Pevaryl[®]). Totaldose viktigere enn behandlingsvarigheten³⁰ (Ib). Depotpreparater bedrer ”compliance”. Systembehandling anbefales ikke
- Pasienten skal være symptomfri innen fire dager
- Umiddelbar lindring med gentianaviolett. Behandlingen skal ikke gjentas
- Resividerende/kronisk candidainfeksjon (IV, Ia, Ib)
- Stort behandlingsproblem
- Diagnosen bør sikres ved dyrkning, samt typing også for å utelukke allergisk reaksjon mot candida
- *Fluconazol* (Diflucan[®]) 150 mg p.o.
- *Imidazolvagitorier* før og etter menstruasjon
- Langtidsbehandling: *fluconazol* (Diflucan[®]) 150 mg hver 4uke til symptomfrihet. Hvis ikke effekt etter en måned trolig annen årsak til plagene.
- Kløstellende: *hydroxizin* (Atarax[®]) 10 mg x 3, evt *cetirizin* Zyrtec[®]/Clarityn[®]

Komplikasjoner

- Mange overbehandler seg selv (III)
- Benign, men plagsom tilstand
- Hvis partner har plager (balanit): Lokal *imidazol* med *hydrokortison* (Daktacort[®])

Råd

- Oljepreparat lokalt i vulva for mykgjøring
- Ingen dokumentert effekt av laktobakterier i form av yoghurt eller frysetørkede bakterier. Virkningen av kostforandringer ikke dokumentert