

Screening skal gi informerte og samtykkende pasienter bedre prognose, med akseptable bivirkninger og til en rimelig kostnad

Screening for *Mycoplasma genitalium*-infeksjon?

Bakterien *Mycoplasma genitalium* smitter ved samleie og kan forårsake uretritt og cervisitt, tilstander som kan ha milde eller ingen symptomer. Vi kjenner ikke infeksjonens naturlige forløp, men det ser ut til at kvinner med påvist *M. genitalium*-infeksjon har om lag dobbelt så høy risiko for bekkeninfeksjon, spontanabort, for tidlig fødsel og infertilitet som kvinner uten slik infeksjon (1). Det er usikkert om infeksjonen gir komplikasjoner hos menn. Nukleinsyre-amplifiseringstester kan påvise bakterien i urinprøver eller pensler fra livmorhalsen eller urinrøret. Kommersiell oppsett kombinerer test for *M. genitalium* med test for *Chlamydia trachomatis* og *Neisseria gonorrhoeae*. Infeksjonen kan saneres med antibiotika (2).

I dette nummer av Tidsskriftet viser Liv Kjersti Paulsen og medarbeidere at arvestoff fra *M. genitalium* fantes i urinprøver fra 3,4 % av kvinnene og 3,9 % av mennene som hadde gitt prøve for testing for *C. trachomatis* (3). Det er ikke opplyst hva som var indikasjon for testingen, men man må anta at dette dreide seg om opportunistisk screening for de fleste. Derfor burde alt ligge til rette for å gjøre med *M. genitalium* som vi har gjort med *C. trachomatis* i over et kvart århundre – nemlig screene unge kvinner og menn ved anledning. Men er det så enkelt?

Screening kan defineres som «en systematisk undersøkelse av en presumtivt frisk befolkningsgruppe for å finne individer med risikofaktorer for sykdom eller tidlige stadier av sykdom, før sykdommen gir symptomer» (4). Hensikten er å forebygge at sykdommen utvikler seg videre til stadier der behandlingen er mer ubehagelig eller mindre effektiv, der symptomene er verre eller der helseskaden blir permanent (5).

Vi vet ikke om det er en fordel å få påvist og behandlet en asymptomatisk *M. genitalium*-cervisitt eller -uretritt nå fremfor senere eller aldri. Spørsmålet kan besvares i en studie der pasienter randomiseres til enten å bli screenet eller ikke screenet. Utfallsmålet kan være insidens av komplikasjoner som bekkeninfeksjon eller epididymitt i de to gruppene. En slik studie kan gjerne gjøres i Norge.

En eventuell nytte av screening må veies mot kostnadene og bivirkningene, for enkeltpasienten og for samfunnet. Teoretisk sett er det flere mulige bivirkninger (6):

Overdiagnostikk betegner screeningfunn som aldri ville ført til sykdom. Kan det være at de svært sensitive testene for *M. genitalium* påviser infeksjoner som er så lavgradige at de verken er smittsomme, vil bli symptomgivende eller vil gi komplikasjoner? En positiv test hos den ene partneren i et forhold kan få utilsiktede konsekvenser for forholdet. Det er som regel vanskelig å påvise hvor lenge en person har vært smittet, så spørsmålet om utroskap kan fort bli reist. Når mange screenes, vil noen få falskt positive resultater, ettersom testen spesifisitet aldri er 100 %. En positiv test kan komme uforberedt på en screenet person og dermed i seg selv ha negative psykiske effekter. I tillegg kan screening ha negative effekter for samfunnet ved at ressurser benyttes på et område der nytten er lavere enn på andre områder.

Først når kunnskap om nytte, kostnader og bivirkninger ved screening for *M. genitalium*-infeksjon er på plass, kan vi avgjøre om man skal starte med dette – og i så fall hvordan screeningen skal organiseres og finansieres. Dessverre tyder mye på at screening allerede er under innføring. Flere leger og klinikker tilbyr testing, ikke bare

av pasienter med symptomer, men også av asymptomatiske personer. Mitt lokale laboratorium tester rutinemessig for *M. genitalium* på prøver innsendt for *C. trachomatis*-testing (7).

Teoretisk sett kan screening med etterfølgende sanering av infeksjonen bidra til redusert smitterisiko for de smittedes partnere og – på sikt – til lavere prevalens av infeksjonen i samfunnet. Også denne mulige tilleggsnyten av screening bør dokumenteres og tas med i det endelige regnskapet over nytte, kostnader og bivirkninger. Dessuten bør en slik bekjempelsesstrategi for en infeksjon vedtas etter nøye vurdering og ikke bare innføres usystematisk.

Erfaringene fra kampen mot genitale klamydiainfeksjoner bør mane til forsiktighet. Utstrakt opportunistisk screening helt fra 1980-årene har ikke ført til lavere utbredelse av infeksjonen i dag (8). Kvinner som blir screenet, får redusert risiko for bekkeninfeksjon, mens det mangler kunnskap om nytten hos menn (9). Screeningens effekt på forekomsten i befolkningen av bekkeninfeksjon og ekto-piske svangerskap er høyst usikker (10).

Helsedirektoratets foreslo i 2014 et nasjonalt system for innføring, endring og styring av nasjonale screeningprogrammer (4). Spørsmålet om screening for *M. genitalium*-infeksjoner understreker behovet for styring og prioritering av screening i Norge.

Preben Aavitsland
preben@epidemi.no

Preben Aavitsland (f. 1963) er lege, leder for Epidemi og kommuneoverlege i Arendal. Han leder Smittevernlegene – nettverk for smittevernansvarlige kommuneleger.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Lis R, Rowhani-Rahbar A, Manhart LE. *Mycoplasma genitalium* infection and female reproductive tract disease: a meta-analysis. Clin Infect Dis 2015; 61: 418–26.
2. Jensen JS, Bradshaw C. Management of *Mycoplasma genitalium* infections – can we hit a moving target? BMC Infect Dis 2015; 15: 343.
3. Paulsen LK, Dahl ML, Skaare D et al. Forekomst av *M. genitalium* og *U. urealyticum* i urin testet for *C. trachomatis*. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 121–5.
4. Helsedirektoratet. Styringsstruktur og strategi for nasjonale screeningprogrammer (høringsutkast). Oslo: Helsedirektoratet, 2014.
5. Sense About Science. Making sense of screening. 2. utg. London: Sense About Science, 2015. www.senseaboutscience.org/data/files/resources/77/Making-Sense-of-Screening-2nd-edition.pdf [13.1.2016].
6. Aavitsland P. Fjerntesting for klamydia hos gutter: Kunnskapsgrunnlag, erfaringer og utfordringer. Kristiansand: Epidemi, 2015. <http://epidemi.as/wp-content/uploads/2016/01/Rapport-Fjerntesting-for-klamydia-2015-10-30.pdf> [13.1.2016].
7. Sørlandet sykehus. Diagnostikk av genital chlamydia- og mycoplasmainfeksjon. Kristiansand: Sørlandet sykehus, 2014. <http://www.sshf.no/SiteCollectionDocuments/Medisinsk%20serviceklinikk/Laboratoriene/Med.Mikro/Info%20-%20Diagnostikk%20av%20C%20trachomatis%20og%20M%20genitalium.pdf> [13.1.2016].
8. Klavstad H, Aavitsland P. Denominators count: supplementing surveillance data for genital Chlamydia trachomatis infection with testing data, Norway, 2007 to 2013. Euro Surveill 2015; 20: 30012.
9. Zakher B, Cantor AG, Pappas M et al. Screening for gonorrhea and chlamydia: A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2014; 161: 884–93.
10. Bender N, Herrmann B, Andersen B et al. Chlamydia infection, pelvic inflammatory disease, ectopic pregnancy and infertility: cross-national study. Sex Transm Infect 2011; 87: 601–8.



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no