

Dokument-ID: 68794
Versjon: 5
Status: Godkjent

Dokumentansvarlig:
 Karianne Nodenes

Godkjent av:
 Jorunn Hagen Rønsen

Godkjent fra:
 07.11.2016

1. Endringer siden forrige versjon

Endret tittel.

Innhold under "Fremgangsmåte" blitt mer omfattende, spesielt mtp. antibiotikabehandling.

Lagt til referanse.

2. Hensikt og omfang

Hensikten med prosedyren er å sikre riktig behandling, etterkontroll og smitteoppsporing ved positiv gonoré prøve.

Prosedyren er beregnet på leger og sykepleiere ved Olafiaklinikken.

3. Ansvar

Faglig ansvarlig: Anne Olaug Olsen.

Utarbeidet av: Marte Dombestein Elde

Revidert av: Karianne Nodenes

4. Fremgangsmåte

Håndtering av Gonoré mikroskopisk påvist fra uretra/cervix eller NG påvist hos partner

Prøvetaking	Ta alltid dyrkningsprøve i tillegg til PCR før behandling om NG er påvist mikroskopisk. Før behandling av asymptomatisk partner uten mikroskopiske funn tas det kun PCR. Hvis MSM skal det tas prøver både fra hals, anus og uretra. Hvis kvinne tas prøver fra cervix, samt hals og anus hvis anamnese på oral og/eller anal sex.
Behandling	Standardbehandling: Ceftriaxone 500 mg im. og tbl. azitromycin 500 mg, 4 tabletter som engangsdose. Tablettene gis med minst ett glass vann under observasjon. Beskjed om å spise litt så snart som mulig. Seksuell avholdenhet frem til kontroll. Gravide og ammende skal ikke få Azitromax, men kun behandling med Ceftriaxone.
Smitteoppsporing	Behandlende sykepleier utfører smo med mindre dette er gjort hos lege.
Kontroll	Kontroll etter tre uker. Purres to ganger ved uteblivelse. Det er svært viktig med kontrollprøve hos gravide. Sykepleier fyller ut MSIS, ift prøvetaking samt SMO, noterer det i pas. journal og legger skjemaet til signering hos behandlede lege. Legen skriver ferdig MSIS melding med evt tilleggsopplysninger samt info om evt. resistens og signerer skjema. Legen legger MSIS melding i MSIS-hylle for utsending.

Håndtering av Gonoré påvist med PCR

Prøvetaking	Pasienten blir innkalt til behandling og SMO av sykepleier. Pasienten skal ha time senest kl 14.00 da dyrkningsprøve til Ullevål hentes kl 14.30. Ved positiv halsprøve eller anusprøve; sykepleier tar dyrkning. Ved positiv urinprøve eller vaginalprøve; vakthavende lege tar dyrkning fra hhv. uretra og cervix.
Behandling	Samme behandling som ved mikroskopisk påvist gonoré. Hvis pasienten ikke kommer til behandling ved Olafiaklinikken, skal det skrives i journalen hvor han/hun har fått behandling, og om mulig hvilken behandling.
Smitteoppsporing	Utføres av sykepleier.
Kontroll	Kontrolltime hos sykepleier etter tre uker. MSIS melding fylles ut av sykepleier og legges til lege (se under kontroll ovenfor). Sjekk resistensmønster. Om prøvesvaret ikke er kommet ring laboratoriet tlf: 22118825 og få resistensmønster. Om fortsatt symptomer skal pasient vurderes av vakthavende lege mtp. persisterende gc (reinfeksjon eller behandlingssvikt?) eller uretritt. Se retningslinje for uretritt i disse tilfellene.

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Dyrkningsprøver	Prøvene blir hentet: man – tors kl. 12.00 fre kl. 14.30 Dyrkningsprøver bør tas før dette. Hvis indikasjon for dyrking og det ikke er praktisk å vente med behandling/prøvetaking, skal det likevel tas prøver til dyrking som får stå til neste dag. VIKTIG AT PASIENTEN BLIR SATT OPP TIL EN 12 UKERS HIV OG SYFILIS TEST TIL SYKEPLEIER VED POSITIV GC!
------------------------	---

Etiologi og transmisjon

- Gonoré er forårsaket av infeksjon med den gram-negative bakterien *Neisseria gonorrhoeae* (NG).
- Infeksjon involverer først og fremst sylinderepitelet i uretra, endocervix, rektum, farynx og konjunktiva. Bakterien kan ascendere til øvre genital-traktus.
- Transmisjon ved inkulasjon av infisert sekret fra en mucosa til en annen; genital-genital, genital-anorektal, oro-genital eller oro-anal kontakt. Eller mor-til-barn under fødsel.
- Estimert over 100 millioner tilfeller pr år blant voksne globalt, en liknende insidens som genital klamydia infeksjon. Store geografiske variasjoner i utbredelsen. Tre ganger hyppigere hos menn enn kvinner, reflekterer høyere andel symptotatiske menn og den høye forekomsten i gruppen MSM. Høyest insidens hos unge voksne (15-29 år).

Klinikk

Symptomer

- Hos menn, oftest akutt uretritt med utflod fra uretra (>80 %) og dysuri (>50 %), oppstart vanligvis innen 2-8 dager etter smitte. Asymptomatisk uretrainfeksjon er <10 % av uretrale infeksjoner hos menn.
- Hos kvinner sees genitaltrakt symptomer relatert til endocervikal eller uretral infeksjon og inkluderer økt eller endret vaginal utflod (>/= 50 %).
- Rektale og faryngeale infeksjoner er oftest asymptomatiske.

Kliniske funn

- Hos menn er det vanligste funnet mucopurulent utflod, evt. også erythem av meatus.
- Hos kvinner kan undersøkelsen være normal eller en kan se mukopurulent utflod fra cervix, noen ganger fulgt av hyperemi og kontaktblødning av endocervix.

Komplikasjoner

- PID hos kvinner og epididymiorchitt hos menn er de viktigste komplikasjonene fra lokalt spredende gonokokk infeksjon.
- Oftalmisk gonoré.
- Bakteremi sees en sjelden gang (mindre enn 1 %) og er ofte manifestert med hudforandringer, feber, artralgi, akutt artritt og tenosynovitt (disseminert gonokokk infeksjon (DGI)).

Diagnose

- Diagnosen av ukomplisert gonoré stilles ved identifikasjon av NG i genital, rektal, faryngeal- eller okulær sekresjon.
- NG kan visualiseres mikroskopisk ved gramfarging eller metylenblått. Diplokokker i polymorfonukleære leukocytter gir god sensitivitet (>= 95 %) og spesifitet hos symptotatiske menn med uretral utflod. Lav sensitivitet hos asymptomatiske menn og ved endocervikal (</= 55 %) og rektal infeksjon (</= 40 %). Mikroskopi anbefales ikke for farynx infeksjon pga lav sensitivitet/spesifitet.
- Dyrkning er en spesifikk og billig diagnostisk test og er essensiell for å detektere og monitorere resistens. Kan brukes ved endocervikal, uretral, rektal, faryngeal og konjunktivale prøver men ikke fra urin. Sensitiviteten av dyrkning er høy for genitale prøver dersom prøvetaking, transport og lab-prosedyrere er optimalisert.
- NAT er mer sensitiv enn dyrkning-, tilbyr testing av et større spekter av prøvetyper og er mindre avhengig av prøve kvalitet, transport og lagring. Høy sensitivitet (>96 %) ved både symptotatiske og asymptomatiske infeksjoner, viser lik sensitivitet i urin og uretrapinne-prøve hos menn og lik sensitivitet ved lege-tatt og selv-tatt vulvo-vaginal og endocervikal pinne hos kvinner. Hos kvinner gir urinprøve lavere sensitivitet enn pinneprøve.
- Minoriteten av MSM med gonoré (20-30 %) har infeksjon på multiple steder. Test bør tas fra uretra/urin, rektum og farynx, avhengig av seksuell praksis.

Indikasjoner for testing

- Sex i utlandet (områder med høyere prevalens av gonoré)
- Sex med partner fra land med høyere gonoré prevalens
- Mukopurulent uretritt/cervicitt

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Gonoré: diagnose og behandling	Godkjent av: Jorunn Hagen Rønsen	Dokument-Id: 68794 - Versjon: 5	Utskriftsdato: 30.01.2017
Dokumentansvarlig: Karianne Nodenes			Side 2 av 5

- Residiverende symptomer tross negativ CT og MG
- Seksual partner til personer med NG.
- Akutt epididymo-orchitt hos menn under 40 år.
- Akutt PID
- SOI-screening hos MSM
- Purulent konjunktivitt hos nyfødte eller voksne
- Mødre av nyfødte med ophtalmia neonatorum

Indikasjon for behandling

- Intracellulære diplokokker påvist mikroskopisk fra genital prøve ved gram- eller metylenblå-farging
- Positiv kultur eller NAT
- På epidemiologisk bakgrunn om en partner siste tid har fått påvist gonokokk infeksjon
- På epidemiologisk bakgrunn, mor og nyfødt med påvist gonokokk infeksjon
- På epidemiologisk bakgrunn kan behandling vurderes ved seksuelle overgrep
- Ved PID eller epididymiorchitt hvor smitte med gonoré er en mulighet

Antibiotikabehandling hos voksne

	Ukomplisert NG i uretra, cervix, rektum (voksne/ungdommer)	Ukomplisert NG i farynx	Gonokokk epididymiorchitt	Gonokokk PID	Disseminert gonokokk infeksjon	Gonokokk konjunktivitt
1.valg	Ceftriaxone 500mg im + azitromycin 2gx1 po	Ceftriaxone 500mg im + azitromycin 2gx1 po	Ceftriaxone 500mg im (engangsdose) + doxycyklin 100mg pox2 i 10-14 dager	Ceftriaxone 500mg im som singeldose + doxycyklin 100mgx2 i 14 dager og metronidazol 400mgx2 i 14 dager (se PID behandling)	Ceftriaxone 1g im el. iv hver 24 t i 7 dager. Ved bedring av sympt. kan en etter 24-48 t skifte til: 1: Cefixime 400mg pox2 eller 2: (*) Ciprofloxacin 500mg po el. ofloxacin 400mg pox2.	Øyet skylles med steril saltvannssoppløsning en gang. Ceftriaxone 500mg im som singeldose i 3. dager (Tre dagers regime da cornea kan være affisert)
Alternativ	Cefixime 400mgx1 + azitromycin 2gx1 po (om im behandling ikke mulig eller om ceftriaxone ikke tilgjengelig)		Ciprofloxacin 500 mg som enkeltdose + doxycyklin 100mgpox2 i 10-14 dager (sensitivitet bekreftet ved dyrkning).		Spectinomycin 2g im hver 12 t i 7 dager. Ved bedring av sympt. kan en etter 24-48 t skifte til: Cefixime 400mgpox2 eller: (*) Ciprofloxacin 500mg po el. ofloxacin 400mg pox2.	
Alternativ	Ceftriaxone 500mg im som monoterapi (om pas ikke kan ta po behandling)					

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Bredspektr cephalosporin -resistens	Ceftriaxone 1g im + azitromycin 2 g po	Ceftriaxone 1g im + azitromycin 2g po				
Alt. ved bredspektr cephalosporinresistens (om infeksjon persisterer etter Ceftriaxone 1g)	Gentamycin 240mg im og azitromycin 2g po	Gentamycin 240mg im og azitromycin 2g po				
Infeksjon hos gravide/ammende	Ceftriaxone 500 mg im som enkeldose	Ceftriaxone 500 mg im som enkeldose		Innleggelse for iv behandling		
Alternativ til gravide/ammende	Spectinomycin 2g im som singeldose	Spectinomycin dårlig effekt ved farynx gonoré				
Penicillin anafylakse eller cephalosporin allergi	Spectinomycin 2g im som singeldose og azitromycin 2g po	Ciprofloxacin 500mg som engangdose eller ofloxacin som engangsdose (*)				Spectinomycin 2g im som singeldose daglig i 3 dager
Alternativ ved penicillin anafylakse/ cephalosporinallergi	Ciprofloxacin 500mg po (enkeldose) eller Ofloxacin 400 mg (enkeldose) (*)	azitromycin 2g po (**)				Azitromycin 2g po som singeldose + doxycykline 100mgx2 po i en uke + ciprofloxacin 250mgx1 i 3 d. (dyrkning ekskludert resistens)
Alternativ ved penicillin anafylakse/ cephalosporinallergi	azitromycin 2g po (**)					

* fluoroquinolonresistens ekskludert ved dyrkning

**azitromycinsensitivitet påvist ved dyrkning

- NG har stor tilbøyelighet til å utvikle resistens mot antibiotika. Kombinasjonsbehandling for å forsinke og bekjempe utviklingen av multiresistens er derfor anbefalt.
- Allergi til tredje-generasjons cephalosporiner er sjelden, men det er neglisjerbar kryss-allergi med penicilliner. Om allergi ikke kan ekskluderes og tredje-generasjon cephalosporiner må gis bør pasienten ha medisinsk tilsyn i minst 30 min.

Informasjon, forklaring og råd til pasienten

- Pasientene bør avstå fra seksuell kontakt frem til kontroll, eller i minst syv dager etter at de og deres partner(e) har fullført behandling og symptomer forsvunnet.
- Pasientene gis informasjon om infeksjonen, smitte, prevensjon og komplikasjoner, inkludert skriftlig informasjon.

Smitteoppsporing og behandling av sex partner(e)

Sex partnere siste 60 dager innen start av symptomer eller diagnose bør i utgangspunktet kontaktes og tilbys testing, informasjon og behandling. Om siste seksuelle kontakt var tidligere enn 60 dager før diagnose, bør siste partner

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Gonoré: diagnose og behandling	Godkjent av: Jorunn Hagen Rønsen	Dokument-Id: 68794 - Versjon: 5	Utskriftsdato: 30.01.2017
Dokumentansvarlig: Karianne Nodenes			Side 4 av 5

kontaktes. Om pas. er asymptomatisk bør en vurdere å gjøre smitteoppsporing tilbake til siste negative test. Ved symptomer på gonoreisk uretritt som oppstår typisk få dager etter siste seksuelle kontakt kan en vurdere å kun kontakte siste partner(e), avh. av anamnese. Men viktig å huske at evt. samtidig gonore i hals/anus kan være forårsaket av smitte fra annen partner.

Oppfølging og kontroll

Undersøkelse etter behandling er anbefalt for å sikre at behandling er gjennomført-, symptomer gått tilbake-, reinfeksjon ekskludert og for å sikre SMO. Spesielt viktig med kontroll av faryngeal infeksjon, som er vanskeligere å behandle enn genital og anorektal infeksjon. Om symptomer vedvarer etter behandling, bør NAT og dyrkning tas og det kan gjøres 3-7 dager etter fullført behandling.

5. Definisjoner

CT - Chlamydia trachomatis

MG - Mycoplasma genitalium

PID - Pelvic inflammatory disease

PCR - Polymerase chain reaction

SMO - Smitteoppsporing

SOI - Seksuelt overførbart infeksjon

MSM - Menn som har sex med andre menn

MSIS - Meldingsystem for smittsomme sykdommer, administreres av Folkehelseinstituttet.

MIC - Minimal inhibitory concentration

NAT - Nucleic acid amplification test

6. Referanser

http://www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2012/Gonorrhoea_2012.pdf

<http://www.bashh.org/documents/3920.pdf>