

Seksuelt overførbare infeksjoner (SOI): Klamydia, gonoré, mykoplasma, syfilis, trichomonas, herpes genitalis

Sist oppdatert: 19.01.2025

[Mer informasjon](#)

Utgiver: Norsk gynekologisk forening

Versjon: 1.5

Forfattere: Astrid Rygh, Sedina Atic Kvalvik, Liv Rimstad Moksnes, Anny Spydsaug

Revisjon ved: Karianne Nodenes Hilde Wesnes og Liv Rimstad Moksnes

[Tidligere versjoner](#)

[Kopier lenke til dette emnet](#)

Kopiert

[Foreslå endringer/gi kommentarer](#)

GENERELLE ANBEFALINGER

Prøvetaking

Egentest for klamydia/gonokokker og mycoplasma genitalis tas fra vaginalvegg.

Legetatt prøve tas fra portio, vagina og rundt uretralåpningen . (Anbefaling)

Lav terskel for prøvetaking ved uregelmessige/postkoitale blødninger

Klamydia

- Liberal prøvetaking hos kvinner under 30 år og ved uregelmessige blødninger/postkoitale blødninger uavhengig alder (Anbefaling).
- Ta alltid prøve fra vaginalveggen (Anbefaling).
- Kontrollprøve anbefales ikke rutinemessig, men ved komplisert infeksjon, manglende compliance, fortsatte symptomer, hos gravide, etter behandling med amoxicillin (prøven tas tidligst 4 uker etter avsluttet behandling) (Anbefaling).

Kommentert [KN1]: Egentest tas fra vaginalvegg. Legetatt prøve fra portio, vagina og rundt vulva. Synes for øvrig info om prøvetaking bør stå felles for MG, CT og GC (altså under avsnittet om prøvetaking)

Gonoré

- Liberal prøvetaking ved symptomer eller mistanke (Anbefaling).
- Ved positiv nukleinsyreamplifikasjonstest (NAT) bør det tas dyrkning for resistensbestemmelse (Anbefaling).
- Kontrollprøve tas tidligst 2 uker etter avsluttet behandling (Anbefaling).

Kommentert [KN2]: Liberal indikasjon for prøvetaking (på linje med CT)

Mykoplasma

- Test ved symptomer og funn forenlig SOI eller ved PID, hvis fast partner har fått påvist mykoplasma og behandle hvis mykoplasma påvises. Kontrollprøve 4-5 uker etter avsluttet behandling. Fast partner bør testes, men behandles kun ved positiv prøve for å hindre reinfeksjon av kvinnen. Asymptomatiske for øvrig skal ikke testes. (Anbefaling).

Kommentert [KN3]: Prøve tas også om fast partner har fått påvist MG

Syfilis

- Henvising til spesialist i infeksjonsmedisin eller hud og veneriske sykdommer ved mistenkt eller påvist sykdom (Anbefaling).

Kommentert [KN4]: Infeksjons medisiner eller hud og veneriske sykdommer

Akutt bekkeninfeksjon (PID)

- Henvising til sykehus ved alvorlig infeksjon, ved usikker diagnose, usikker compliance eller ved manglende respons etter 2-3 dager (Anbefaling).

Kommentert [KN5]: Lettere pid kan vel behandles poliklinisk

Tuboovarial abscess

- Henvising til sykehus som øyeblikkelig hjelp (Anbefaling).
- Drenase eller laparoskopisk drenasje og lavage ved manglende respons på antibiotika og ved store abscesser (Anbefaling)
- Utredning for malign sykdom hos postmenopausale (Anbefaling).

Trichomonas

- Test for andre SOI ved påvist trichomonas (Anbefaling).

Kommentert [KN6]: Kan dette fjernes? Gjøres vel?

Herpes

- Start antiviral behandling tidlig ved utbrudd eller mistanke (Anbefaling).
- Vurder suppressjonsbehandling ved hyppige residiv (> 6-8 residiv per år) (Anbefaling).

Kommentert [KN7]: Start behandling ved mistanke.

Vulvovaginitt

- Screening for bakteriell vaginose (Anbefales ikke).
- Candidavaginitt: Dyrkning med resistensbestemmelse ved behandlingssvikt eller hyppige residiv (Anbefaling).

SEKSUELT OVERFØRBARE INFEKSJONER (SOI)

SOI: Klamydia, gonoré, mykoplasma, syfilis, trichomonas, herpes genitalis

Forekomst

Klamydia er den vanligste årsak til bakteriell SOI i Norge, men forekomsten av gonoré har økt betydelig blant heteroseksuelle på få år, og resistensutviklingen for gonoré er bekymringsfull.

Risikofaktorer

Hyppig partnerskifte, risikosex (sex uten kondom; mannlig partner som har sex med menn (MSM); smitte i utlandet; utenlandsk partner).

Symptomer på SOI (klamydia, gonoré, mykoplasma)

Utflod, underlivssmerter, dyspareuni, dysuri og uregelmessige eller postkoitale blødninger, men ofte asymptomatisk.

Tiltak

Informasjon, testing og behandling for SOI bør rettes mot utsatte grupper som ungdommer, abortsøkere, flyktninger og kulturelle og seksuelle minoriteter.

Juridisk

Klamydia, gonoré og syfilis omfattes av Smittevernloven, og medfører pålagt smittesporing og gratis behandling (Blåreseptforskriften §4). Mycoplasma omfattes ikke av loven¹.

PRØVETAKING

- Penselprøve nukleinsyreamplifikasjonstest (NAT) gir mulighet for samtidig test for klamydia, gonoré og mykoplasma. Men mykoplasma rekvireres kun på indikasjon.
- Dyrkning (gonoré).

Gravide: Se [Bakterielle infeksjoner \(Fødselshjelp \(NGF\)\)](#)².

KLAMYDIAINFEKSJON

Den vanligste bakterielle SOI i Norge. Ca 25000 tilfeller årlig³. Direkte kontaktsmitte ved vaginalt eller analt samleie og slimhinnekontakt. Inkubasjonstid 5-14 dager. Asymptomatisk hos 60- 80 %. Klamydiainfeksjon er assosiert med bekkeninfeksjon (PID), ekstrauterin graviditet, infertilitet og kroniske underlivssmerter.

Diagnose

- Nukleinsyreamplifikasjonstest (NAT).
- Penselprøve (NAT) fra cervix, vaginalvegg (høyest sensitivitet) og urethra, evt. fra anus. Kvinnen kan ta prøve fra vaginalveggen selv.
- Urinprøve (første urinporsjon) har lavere sensitivitet, men er nyttig hos asymptotiske og når man ikke får tatt vaginalprøve.
- Prøve tidligst en uke/ helst 14 dager etter smitte (inkubasjonstid 5-14 dager)

Behandling⁴

- Doksycyklin (Doxylin®) 100 mg tabletter x 2 i 7 dager, evt. 200 mg x 1 i 7 dager).
- Azitromycin (Azitromax®) 1g tablett som engangsdose ved antatt dårlig compliance, kontraindikasjon mot doksycyklin (f.eks. isotretinoin-behandling for acne, graviditet). Resistensdrivende på mykoplasma. NB! kan gi forlenget QT-tid og arytmi.
- Azitromycin (Azitromax®) 5 dagers kur ved samtidig påvist eller mistenkt mykoplasma 500 mg tablett dag 1, 250 mg (1/2 tablett) x 1 dag 2-5.
- Tilrådes å avstå fra samleie i 7 dager etter avsluttet kur.

Kommentert [KN8]: doksycyklin

Oppfølging⁴

- Kontrollprøve 6-8 uker etter avsluttet behandling ved usikker compliance, vedvarende symptomer, PID, mulig reinfeksjon og hos gravide. Gravide bør testes på ny i siste trimester.
- Smitteoppsporing er lovpålagt. Smitteeksponerte undersøkes hos egen lege, og fast partner behandles uansett testresultat².

Kommentert [KN9]: har vel gått litt bort fra dette. Gjelder fast partner

Se ref. nr. ⁵.

GONORÉ

Gonokokker i Norge ble inntil 2012 behandlet med kinoloner; i dag er det opp mot 80 % kinolonresistens. Gonoré kan påvises ved mikroskopi, NAT og ved dyrkning.

NAT er sensitiv og anbefales for screening og kontroll; dyrkning gir i tillegg resistensbestemmelse.

Kommentert [KN10]: Ta bort?

Diagnose

- (NAT) tas i henhold til risiko.
- Dyrkning tas alltid ved påvist gonoré (NAT) før behandling, i risikogrupper, ved purulent cervicitt, underlivssmerter, PID. Prøven tas fra cervix/vaginalvegg, urethra (viktig hos hysterektomerte), evt. svelg og anus.

Kommentert [KN11]: Forkortelsen forklart tidligere

Behandling⁵

- Ceftriaxone (Ceftriaxon®) 1 g im som engangsdose.

Oppfølging

- Avstå fra samleie til kontrollprøven er negativ.

- Smitteoppsporing er lovpålagt, og faste partnere skal behandles³. Smitteoppsporing minst 2-3 mnd tilbake i tid. Alle sikre/nylige smittekontakter skal ha behandling selv om asymptomatisk.
- Undersøkelse og behandling kan skje hos egen lege.
- Folketrygdloven yter full godtgjørelse av utgifter.
- Meldepliktig til MSIS, gruppe A-sykdom¹.
- Kontrollprøve (NAT) tas 3 uker etter avsluttet behandling.
- Serologisk testing for HIV etter 2-3 måneder, testing for hepatitter og syfilis bør også vurderes pga. risikoatferd.

Kommentert [LRM12]:

Kommentert [KN13]: Mange har ikke ceftriaxone

Se ref. nr. ⁶

MYKOPLASMAINFESJON

Symptomer som ved klamydiainfeksjon, men ofte asymptomatisk. Inkubasjonstiden er uviss (1-2 uker), og prøve bør tas tidligst 2 uker etter eksponering. Mykoplasma er assosiert med cervicitt og PID, men kun pasienter med symptomer og deres partnere skal testes. Det foreligger utstrakt makrolidresistens (50-70 %), og flere laboratorier tilbyr nå genotypisk resistenstesting for makrolider.

Kommentert [KN14]: Genotypisk resistenstesting

Diagnose

- Man bør teste for mykoplasma ved cervicitt, ved PID og ved fortsatte symptomer etter doksycyklin-behandling for klamydiainfeksjon.
- NAT, kombinert test for klamydia og mykoplasma og gonoré. Penselprøve fra cervix/vaginalvegg/vestibulum (sensitivitet 80-95 %).
- Urinprøve anbefales ikke pga. lavere sensitivitet.

Kommentert [KN15]: doksycyklin

Behandling (5)

- Azitromycin (Azitromax[®]) 500 mg x 1 po dag 1; 250 mg x 1 po. dag 2-5.
- Engangsdose (1g po.) er resistensdrivende og anbefales ikke.
- Ved behandlingssvikt etter azitromycinbehandling, ved makrolidresistens:
 - Moxifloksacin (Avelox[®]) 400 mg x 1 po i 7 (ikke til gravide/ammende).
 - Ved PID: Moxifloksacin (Avelox[®]) 400 mg x 1 po i 14 dager.
- Tilrådes å avstå fra samleie i 7 dager etter avsluttet kur.

Oppfølging

- Kontrollprøve etter 4 uker anbefales kun ved forverring av symptomer eller hvis symptomene varer utover en måned.
- Sykdommen er ikke meldepliktig, men behandling av positiv partner anbefales for å hindre reinfeksjon hos indexpasienten.

Se ref. nr. ⁷.

SYFILIS

Smitte med *Treponema pallidum*. «Den store imitator»; kan forårsake mange ulike symptomer. Forekomsten har økt betydelig blant menn som har sex med menn (MSM), og i noen grad blant heterofile kvinner og menn. I primærstadiet sees et ulcus («den harde sjanker»), mens sekundærstadiet (etter 2-24 mndr.) gir bakteriemi og systemiske symptomer som tretthet, glandelsvulst og utslett. Tertiærstadiet (etter 5-25 år) kan gi alvorlige cerebrale og kardiovaskulære skader. Intrauterin smitte kan gi misdannelser og fosterdød.

Smittemåte

- Seksuell kontakt, inkludert oral- eller analsex, sjeldent via sår i hud.
- Transplacentær smitte.

Symptomer og funn

- Ulcus på eksponert område genitalt/oralt/analt/annet sted ca. 3 uker (9-90 dager) etter smitte. Såret er oftest uømt, har ofte opphøyet fast kant med rød flate innenfor (primærstadium).
- Sekundær- og tertiærstadium omtales ikke her.

Kommentert [KN16]: ofte opphøyet

Diagnose

- Blodprøve (serologi), samt NAT fra sår er viktigst ved siden av klinikk.
- Test (serologi) ved mistanke om smitte eller ved påvist gonorré. Sikker test tas 3 måneder etter smitte.
- Lav terskel for partnerbehandling.
- Henvis til spesialist (hudlege og venerolog, infeksjonsmedisiner) ved mistenkt eller påvist syfilis.

Kommentert [KN17]: sikker test 3 mndr etter smitte. Lav terskel for partnerbehandling.

Oppfølging

Behandling og smitteoppsporing er lovpålagt. Meldeplikten gjelder for primær, sekundær og tidlig latent syfilis (pas. er smittet innenfor det siste året), men ikke for sen latent syfilis (positiv serologi, men smittet for >1år siden). Behandling med penicillin innen uke 16-18. svangerskapsuke forhindrer føtal smitte hos 97 %.

Se ref. nr. ³⁸.

TRICHOMONAS VAGINALIS-INFEKSJON

Trichomonas er en sjelden SOI i Norge, men svært vanlig globalt. Høy forekomst i Russland og Baltikum. Test for andre SOI ved påvist trichomonas. Sykdommen er ikke meldepliktig.

Diagnose

- Intens kløe, svie, dysuri og illeluktende utflod, men 20 % asymptomatiske.
- Rikelig, skummende purulent utflod; pH > 4,5; positiv sniff-test.
- Vulvitt, vaginitt.
- Ofte samtidig bakteriell vaginose.
- Våtpreparat (0.9 % NaCl): bevegelige flagellater.
- NAT har høy sensitivitet og spesifisitet.

Behandling

- Metronidazol 500 mg x 2 po i 5-7 dager til pasient og partner.
- Avstå fra sex til behandlingen er gjennomført.
- Behandlingen er oftest effektiv, kontroll hvis vedvarende plager.

Se ref. nr. ⁹.

GENITAL HERPES

Definisjoner

- *Ekte primærinfeksjon*: første episode med HSV-1 eller HSV-2 hos en pasient uten antistoffer.
- *Residiv*: Reaktivering etter tidligere HSV-1 eller HSV-2 infeksjon.

Inkubasjonstiden er vanligvis 5-7 dager. Smitter ved nærkontakt, genital- eller oralsex. Nær 30 % av gravide kvinner i Norge er seropositive for HSV-2, men under 10 % har hatt symptomer.

Symptomer og funn

- *Primærinfeksjon*: Smertefulle vesikler, sår og lokal glandelsvulst. Evt. høy feber, påvirket allmenntilstand. Atypiske former med fissurer eller kløe er hyppig. Varighet opp til 2-4 uker ubehandlet.. Blæreparese og urinretensjon, vurder da innleggelse (12).
- *Residiv*: Svakere symptomer, prodromer, ofte få lesjoner. Varighet 5-7 dager.

Diagnose

- NAT fra lesjoner, cervix, hel hud. Prøven skiller mellom HSV1 og HSV2.

Kommentert [KN18]:

- Type-spesifikk serologi kan skille mellom primær- og sekundærutbrudd. Det kan være viktig i graviditet.
- *Differensialdiagnoser:* Candida, eksem og sjeldnere hudlidelser. Konferer hudlege/venerolog.

Behandling

Antiviral behandling lindrer og forkorter utbruddet. Den bør startes snarest mulig, og kontinueres så lenge det dannes nye lesjoner. Lokalbehandling anbefales ikke.

- Bør absolutt skille mellom primær utbrudd og evt residiv. Ikke alltid nødvendig med behandling ved residiv (12).

Aciklovir (Aciklovir®, Zovirax®), valaciklovir (Valtrex®), famciklovir er alle effektive.

- *Ved primærutbrudd:* Valaciklovir (Valtrex®) 500 mg x 2 po i 5-10 dager Alternativt: aciklovir (Zovirax®) 200 mg x 5 po i 5-10 dager.
- *Ved residiv:* valaciklovir (Valtrex®) 500 mg x 2 po i 3 dager Alternativt: aciklovir (Zovirax®, Aciklovir®) 800 mg x 3 i 2 dager.
- *Lindrende behandling:* NSAIDs, Xylocainkrem, sittebad ved vannlatning og evetueelt inflammasjonshemmende Kaliumpermanganat bad. (12) Ved urinretensjon kan kateter bli nødvendig.
- Forebygge bakteriell sekundærinfeksjon.
- Herpes genitalis og gravide, jmf virale infeksjoner i graviditeten Obstetrisk veileder

Kommentert [LRM19]: Er ikke grønnåpebad ut for tida? Det har vel ikke dokumentert effekt. Viktigst er vel å

Suppresjonsbehandling¹⁰

Ved hyppige residiv(> 6 per år) :

- Tbl. valaciklovir (Valtrex®) (500 mg x 1-2 daglig).

Aciklovir eller valcyklovir kan forskrives på blå resept (§3b) for minst 3 måneders behandling. Må være virologisk verifisert før behandling, og innvilget fra HELFO «individuell refusjon for utgifter til viktige legemidler». Behandlingen revurderes, evt. avbrytes etter 6-12 måneder. . Bør forsøke å seponere behandling etter 12 måneder, pausen bør omfatte to utbrudd, ved fortsatt hyppig residiv kan behandling fortsette. Kontroll årlig. Kan fortsette behandling så lenge det er behov, men bør prøve å seponere årlig. Ingen absolutt grense for suppresjonsbehandling (12)

I svangerskapet

Viser til [Virale infeksjoner hos gravide \(Fødselshjelp \(NGF\)\)](#).

Rådgivning

- Nøktern informasjon med vekt på hyppig forekomst og ofte asymptomatisk infeksjon.
- Informer kvinnen om at hun ved svangerskapskontroll bør informere om at hun har hatt genital HSV så det kan bli fulgt opp.
- Herpes genitalis er ikke meldepliktig.
-

1. [FHI - Smitteveilederen.](#)
2. [Legeforeningen - Bakterielle infeksjoner hos gravide.](#)
3. [FHI - Seksuelt overførbare infeksjoner.](#)
4. [Helsedirektoratet - Antibiotika i sykehus.](#)
5. Lanjouw E, Ouburg S, De Vries HJ et al. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. International journal of STD & AIDS. 2016;27:333-348.
6. Unemo M, Ross JDC, Serwin AB et al. 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. International journal of STD & AIDS. 20200956462420949126.
7. Björnelius E, Anagrius C, Bojs G et al. Antibiotic treatment of symptomatic Mycoplasma genitalium infection in Scandinavia: a controlled clinical trial. Sexually Transmitted Infections. 2008;84:72-76.
8. Ghanem KG, Workowski KA. Management of adult syphilis. Clin Infect Dis. 2011;53 Suppl 3:S110-28.
9. Forna F, Gülmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003.
10. Le Cleach L, Trinquart L, Do G et al. Oral antiviral therapy for prevention of genital herpes outbreaks in immunocompetent and nonpregnant patients. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014.
11. Heslop R, Roberts H, Flower D et al. Interventions for men and women with their first episode of genital herpes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016.
12. Moi H, Maltau J.M. Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer, 4. utgave