

Trikomonas

Bakgrund

Trikomonas anses vara den vanligaste icke-virala STI internationellt, men är sällsynt i Sverige.

Trikomonas, candidavulvovaginit och bakteriell vaginos är globalt sett tre vanliga orsaker till genitala symtom hos fertila kvinnor.

Trichomonas vaginalis tillhör undergruppen flagellater av protozoerna (encellig mikroorganism), som framför allt infekterar skivepitelet i vagina, uretra och parauretrala körtlar. Symtomen beror på att parasiten skadar det genitala epitelet. Inkubationstiden är ofullständigt känd, men förefaller vara 4-28 dagar.

Smitta sker exklusivt via sexuell kontakt. Ungefär 70 % av manliga partner till infekterade kvinnor är smittade. Det finns evidens för att trikomonas är associerad med mer allvarliga tillstånd som ökad känslighet för hiv, malignitet (prostata och cervix) och graviditetskomplikationer.

Trichomonas vaginalis-virus är ett RNA-virus som finns i *T. vaginalis*, men den kliniska signifikansen är dåligt känd.

Klinik

Kvinnor:

Infektion av kvinnliga genitalia ger varierande symtom från symtomlöshet till akut, uttalad inflammation. Trikomonas kan orsaka stora förändringar av vaginalfloran och förekommer ofta samtidigt som bakteriell vaginos. Majoriteten av infekterade kvinnor (50-85 %) är symtomfria, men symtomen kan öka med tiden (hos 1/3 av kvinnorna inom 6 månader). Obehandlade infektioner kan kvarstå månader-år.

Symtomen varierar, men kan vara sveda, klåda, flytningar (illaluktande), dysuri, dyspareuni och låg buksmärta. Utan behandling kan symtomen förvärras och orsaka uretrit eller cystit.

Viktigt att veta är att infektionen hos kvinnor även engagerar uretra och parauretrala körtlar.

Vid undersökning ses erytem i vulva och vagina. Den typiska flytningen är gulgrön och riklig (förekommer hos 10-30 %). Punktata blödningar kan ses i vagina och på cervix (strawberry cervix/colpitis macularis).

De typiska symtomen som inflammerad "jordgubbslik" cervix och skummande flytning förekommer bara hos 2 % av infekterade. De flesta kvinnor med trikomonaskolpit uppfyller kriterierna för bakteriell vaginos.

Män:

Infektioner hos män är asymtomatiska i 50-75 %. Symtomen är flytning och dysuri, men mild uretrit, epididymit och prostatit kan förekomma. Symtomen är ofta övergående.

De specifika symtomen räcker inte för diagnostik.

Diagnostik

Vaginalprov för mikroskopi tas i fornix/längs laterala vaginalväggen (med undvikande av cervixsekret) och rörs ut i rumsvarmt koksalt. Kylskåpskyla gör att trichomonaderna tappar sin rörlighet.

Mikroskopi av wet smear är diagnostisk om man ser *T. vaginalis* röra sig i preparatet. Mikroskopi har en känslighet på 60-70 %, men sensitiviteten sjunker snabbt med tiden (till 20 % efter 10 min).

Hos män är TV svår att påvisa, men mikroskopisk uretrit förekommer ofta.

NAAT (*Nuclear Acid Amplification Test*) på vaginalprov och urinprov (män) har hög sensitivitet och specificitet. NAAT finns kommersiellt tillgängligt.

Behandling

Trikomonas behandlas systemiskt. Partnerbehandling ska ges efter STI-provtagning.

Okomplicerad infektion:

- Metronidazol, engångsdos 2 g. (Kvarstående *T. vaginalis* c:a 20 %).
- Tinidazol, engångsdos 2 g, tolereras sannolikt ngt bättre, men är dyrare. (Kvarstående *T. vaginalis* c:a 10 %). *Licenspreparat*
- Om patienten uppfyller kriterierna för bakteriell vaginos ges behandling, metronidazol 500 mg x2 x7 eller motsvarande.

Pat bör undvika alkohol under behandlingen och ytterligare minst 48 h (metronidazol)/72 h (tinidazol) pga risken för Antabusliknande reaktion.

Något fullgott alternativ vid överkänslighet finns inte, utan sensibilisering kan övervägas.

Vid recidiverande symtom tänk på:

- följsamhet till behandlingen
- möjligheten av reinfektion
- resistens

Patient med recidiv kan svara på ny standardbehandling.

Vid fortsatt behandlingssvikt behandla med högre dos under längre tid, metronidazol 500 mg x 2 i 7 dagar (och om detta inte hjälper tinidazol 2 g dagligen i 7 dagar).

Vid fortsatt symtomatologi kan intravaginalt administrerade antimikrobiella preparat där clotrimazol (Canesten) finns registrerat ges.

Graviditet och amning

Metronidazol tillhör grupp 2 och tinidazol grupp 2 (men begränsad erfarenhet). Internationell konsensus är dock att metronidazol kan ges under hela graviditeten. Metronidazol utsöndras i bröstmjolk, men terapeutisk dos torde inte påverka barnet (grupp 2). Uppehåll i amningen under 12 – 24 h finns rekommenderat.

Tinidazol bör inte ges varken under graviditet eller amning pga mindre erfarenhet.

Rapporter finns om effekt av clotrimazol, vilket kan ges under såväl graviditet som amning.

Spontanläkning förekommer. Infektion i sen graviditet bör behandlas pga risk för prematur förlossning eller överföring till barnet i samband med förlossningen.

Uppföljning

Ingen rutinmässig kontroll.

Anmälan och smittspårning

Partner behandlas efter sedvanlig komplett undersökning.

Trikomonas tillhör inte Smittskyddslagen.