

TRICHOMONAS VAGINALIS (TV)

Bakgrund och klinik

Trichomonas vaginalis (TV) anses vara den vanligaste icke-virala STI internationellt, men är sällsynt i Sverige.

TV, candidavulvovaginit och bakteriell vaginos är globalt sett tre vanliga orsaker till genitala symtom hos fertila kvinnor. Internationellt är TV vanligare än klamydia, gonorré och syfilis tillsammans.

TV 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. TV är ungefär 10 gånger vanligare hos kvinnor.

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

Kvinnor: Infektion av kvinnliga genitalia ger varierande symtom från symtomlöshet till akut, uttalad inflammation. *T. Vaginalis* 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). Symtomen kan vara sveda, klåda, flytningar, dysuri, dyspareuni, låg buksmärta, men varierar. Hos obehandlade kan symtomen förvärras och orsaka uretrit eller cystit.

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

Infektion under graviditet kan orsaka prematur förlossning eller överföras till barnet i samband med förlossningen.

Kvinnor: 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 trichomonaskolpitis fyller kriterierna för bakteriell vaginos (BV).

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.

Det finns evidens för att TV är associerad med mer allvarliga tillstånd som ökad känslighet för hiv, malignitet (prostata och cervix) och graviditetskomplikationer.

Diagnostik

Mikroskopi av wet smear ger diagnosen om man ser TV simma runt i preparatet. Mikroskopi har en känslighet på 60-70 %, men sensitiviteten sjunker snabbt med tiden (till 20 % efter 10 min).

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

Odling har tidigare setts som golden standard, men PCR har högre känslighet >90 % och bör användas.

Provtagning

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

Laboratoriediagnostik: PCR på vaginalprov och urinprov (män). PCR finns kommersiellt tillgänglig.

Ta alltid också prov för klamydia och gonorré.

Behandling

All påträffad TV behandlas systemiskt. Partnerbehandling ska ges efter STI-provtagning.

Även gravida och ammande kvinnor behandlas med metronidazol (erfarenheten av tinidazol mindre).

Okomplicerad infektion:

- Metronidazol i engångsdos 2 g. Kvarstående TV 19 %
- Tinidazol engångsdos 2 g, tolereras sannolikt ngt bättre, men dyrare. Kvarstående TV 11 %
- Om patienten uppfyller kriterierna för bakteriell vaginos ges BV-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.

NAAT rekommenderas för ktr av utläkning, kan tas efter 2v.

Vid recidiverande symtom beakta:

- 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 2 g tinidazol dagligen i 7 dagar.

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

Vid graviditet:

Metronidazol tillhör grp B:2 och tinidazol grp B:3. Internationell konsensus är dock att metronidazol kan ges under hela graviditeten. Metronidazol utsöndras i bröstmjolk men terapeutisk dos torde inte påverka barnet. Uppehåll i amningen under 12 – 24 tim finns rekommenderat. Tinidazol bör inte ges under vare sig 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 graviditetskomplikation.

Uppföljning

Ingen rutinemässig kontroll.

Anmälan och smittspårning

Partner behandlas efter sedvanlig komplett undersökning.

TV tillhör inte Smittskyddslagen.

Edwards T, Burke P, Smalley H, Hobbs G. Trichomonas vaginalis: Clinical relevance, pathogenicity and diagnosis. Crit Reviews in Microbiology. 2016; 42:3; 406-417

SSDV/ Sektionen för venerologi/ Elisabet Nylander 2019