

# TWAR - Chlamydia pneumonie: en långvarig övre luftvägsinfektion med trötthet.

Av Dr Gunnar Sandberg

Detta brev är riktat både till patienter och kollegor, som en hjälp att komma tillrätta med denna nyligen upptäckta infektion i Sverige. Samtidigt passar jag på att tacka för alla samtal som kommit oss till del efter TV-programmet Livslust i oktober -98.

Samtidigt vill jag inte på något sätt undanhålla mina kollegor de besvär, som väntar vad gäller diagnostiken och behandlingen av sjukdomen. Jag har luttrats av detta de sista 5 åren, då en epidemi i trakten passerade. Den är ännu inte helt över och jag räknar med att sjukdomen kan ta ny fart igen efter ett par år. Totalt har 7 - 800 patienter tagits omhand med denna diagnos på mottagningen

Till hjälp har förstås varit mina båda specialiteter Öron - näsa - hals samt Allmänmedicin, för att avslöja sjukdomens många egenheter. Ovärderliga kunskaper och synpunkter har jag också att tacka tvenne kollegor för.

Den ene är DR Göran Falk i Kopparberg, specialist i Infektionssjukdomar och Allmänmedicin, vilken har skrivit sin vetenskapliga avhandling om just Chlamydia pneumonie och funnit många nya rön kring sjukdomen, så som den visar sig i en allmänläkarmottagning.

Den andre kollegan är Överläkare Håkan Gnarpe, chef för länslasarettets kemlaboratorium i Gävle samt speciallaboratorium för Clamydia. Han har arbetat fram det utmärkta stöd i diagnostiken som provtagningar idag kan ge. Bådas kontakter ut över världen till olika forskarkollegor är mycket aktiva och ovärderliga

## **Chlamydiabakterien lever intracellulärt**

Chlamydiabakterien är en liten, sk gramnegativ, intracellulär bakterie, som bildar inklusioner i värdcellen, där den förökar sig. Det betyder att den till skillnad från våra vanliga bakterier i luftvägarna ( som streptokocker, pneumokocker mm ) inte ligger på ytan av slamhinnorna utan måste "krypa in" i cellerna för att kunna existera.

Tre arter finns i Sverige. Mest känd är Chlamydia trachomatis, en könssjukdom, som berör underlivsslemhinnor och ger infektion i urinrör, livmodertappen och äggstockarna. Mest ovanlig är Clamydia psittaci, ornitos eller pappegojsjuka. Clamydia pneumonie är vanligast och sprids som en droppsmitta liksom vanliga förkylningar, men ger under en ovanligt lång tid förkylningssymtom och trötthet. Man har hela skalan av infektionsyttringar - från bara kortvarig trötthet och knappt märkbara symtom till besvärande, tröttande infektioner med ständiga och livslånga återfall.

Först år 1987 fastställdes namnet på luftvägssjukdomen till Chlamydia pneumonie eller TWAR - sistnämnda beteckningen hopslagen av stammarna TW o AR. Den blev i Sverige mer allmänt uppmärksammas i början av 90-talet, sedan flera unga orienterare plötsligt avlidit under fysiskt krävande tränings- o tävlingspass. Dock

har undersökningar efteråt visat att troligen endast en hade TWAR, övriga hade andra infektioner. Regeln idag är därför att man inte fysiskt ska anstränga sig under pågående förkylningssjukdom av något slag.

Därför är det inte förrän nu som sjukdomen fått en mer tydlig beskrivning, nämligen diverse förkylningssymtom från näsa - hals och en uttalad trötthet, vilka pågår dagar - veckor, ibland månader och år. Det finns en tendens till självläkning men den går mycket långsamt. Det kan ofta dra ut till flera månader och år men vissa får det aldrig att gå över. Sistnämnda egenskapen gör att vissa av de som får kroniskt trötthetssyndrom, kan ha sjukdomen som orsak och behöver behandlas. Denna sjukdom liknar i vissa avseenden fibromyalgi, men kron. trötthetssyndrom börjar ofta plötsligt i samband med en infektion, vilket ju stämmer med TWAR.

Fibromyalgipatienter har förutom ett muskulärt handikapp också en värk och smärta både i skulderområdet och bäcken - ryggslotsområdet samt ömhet över vissa fläckar kring lederna, sk triggerpoints. Nästan alltid har detta kommit till under lång tid, vanligen pga någon reumatisk sjukdom men även av andra orsaker till långvarig smärta t.ex trafikolycka, ryggskott mm. Fibromyalgipatienter, som har TWAR-infektion också, har en trötthet med i symtombilden samt förkylningssymtom. Behandlas infektionen kvarstår fibromyalgisjukdomen med sin smärta men inte tröttheten. De som har reumatisk sjukdom i bakgrunden har pga den immunologiska retningen dock kvar en viss trötthet.

TWAR finns i alla åldrar. Flera undersökningar visar att nästan hälften av femåringarna i vissa områden kan vara infekterade men dessbättre lugnar den långsamt ner sig. Dr Göran Falk visade i sin avhandling att många otosalpingitbarn, som får vätska bakom trumhinnorna, kan ha denna infektion som orsak. Mina egna iakttagelser från epidemin här visar en övervikt för yngre vuxna, dvs 18-30 år, men den finns i alla åldrar. Några äldre har varit över 70 år men ändå gått att behandla. Typiskt är att man söker efter några veckors "förkylning", so inte vill gå över. Den tolkas vanligen som en virus, trots att den pågått i 2-3 veckor, kanske 2-3 månader eller längre och man inte med vanliga odlingar från slemhinnorna kan påvisa några bakterier.

### **Oväntade symtom**

Vissa symtom är vanliga att söka för, särskilt ont i halsen, slem i halsen, rethosta eller långvarig hosta, lockkänsla i öronen, nästäppa. Andra orsaker man söker för är öronvärk, ständig rinnsnuva, värk över bihålorna, astma, andningssvårigheter, smärtor i lungorna, tryck över bröstet. En del andra symtom av oväntad slag kan också finnas: huvudvärk, yrsel, hörselnedsättning, sömnstörningar, torrhet i munnen, hudutslag sk erytema nodosum, muskelvärk, ledvärk, nedstämdhet, depression och irritabilitet.

Vanligt är att symtomen åtföljs av en onormal uttalad "annorlunda" trötthet. Patienten sover så fort den kommer hem från jobbet, orkar inget på fritiden, inställer alla aktiviteter.

## **Tryck över bröstet**

Ett särskilt symtom att observera är ett tryck över bröstet. Vissa av dessa sjuka kan uppleva en uttalad brist på fysisk förmåga, tex att inte orka gå till bussen några hundra meter, få hög puls vid minsta ansträngning, flåsighet uppför trappor eller rentav smärtor över bröstet, som för tankarna till hjärtsjukdom. Många söker också hos hjärtläkaren eller akutmottagningarna utan att man finner något fel. Dessa symtom kan sätta igång på bara någon timmas tid.

Troligen representerar detta något som berör hjärtats arbete men trots massor av olika specialistundersökningar har ingen kunskap erhållits hur dessa symtom uppstår. Man bör dock ta dessa varningstecken på allvar och misstänka inflammation i vissa vävnader i och kring hjärtat, sk. myokardit/perikardit. Under ett par månader behöver patienten fysisk vila och försöka få till stånd en undersökning ang. TWAR-infektion. Flera fall jag sett där symtomen vikit först efter antibiotikumbehandling.

## **Olika symtomkombinationer under epidemier**

Gemensamt för alla symtomen är dock att slemhinnor i öron - näsa - halsområdet är inblandade, därmed orsakande denna flora av symtom. Alla uppstår dock inte samtidigt utan jag såg under epidemin några kombinationer av symtom vara igång under en viss tid för att sedan avlösas av någon annan kombination. Flera kombinationer kunde dock vara igång samtidigt, tex om patienten kom från olika geografiska områden. Vissa symtom var nästan ständigt närvarande, medan andra var mer ovanliga. Människor från ett visst samhälle hade ofta samma symtom medan de från andra orter hade andra.

Chlamydiastammarna har således en stor föränderlighet vilket lurar doktorn, när någon ny variant dyker upp. "Kanske är det ett virus" tror man för att efter ett par veckor få konstatera att förkylningen inte alls gått över, som den skulle. En vanlig förkylning går ju över på en vecka, om den inte komplicerats av någon av våra vanliga bakterier.

Variationsförmågan ställer också till besvär när man skall behandla. Vissa stammar på ens ort är känsliga för ett visst läkemedel medan man i en by en mil bort måste använda ett helt annat läkemedel! Motgångarna får man ta med fattning och istället lägga pussel med sin information. Ofta lär man sig snabbt vad som fungerar.

## **Depression/nedstämdhet eller irritabilitet**

En hel del patienter upplever förutom tröttheten stunder av rent missmod, tungsinnhet - dystymi och depressiva känslor med hopplöshet, där förstås sjukvårdens oförmåga att komma tillrätta med problemet slår ut arbetsförmåga och privatliv. En annan variant på den psykiska påverkan är att man plötsligt förutom sin förkylning blir arg och irriterad. Jag har hört otaliga historier om ungdomar som får vredesutbrott och inte är sig lika. Man har skylt på "det där med tonåringsbeteende", medan det i själva verket varit Uttryck för en pågående infektion! De sover så fort de får en chans, orkar inte vara med kompisarna, verkar trötta, håglösa, gråter för ingenting, skolresultaten dalar.

Men gäller detta en vuxen förstår de flesta att något är galet. Man kan se goa o bussiga arbetskamrater blir som förbytta i humöret och bryta ut i snarstuckenhet, som de inte själva förstår orsaken till och ber om ursäkt för!

En av mina patienter låg inlagd på psykiatrisk avdelning för sin depression men råkade läsa en artikel från mig om TWAR och tog kontakt. Hans psykiater blev minst sagt förvånad när en antibiotikumkur botade depressionen, trots att han fått de mest moderna medlen ( de sk SSRI-medlen ) mot depression, typiskt nog utan någon som helst effekt. Jag har sedan detta hände, haft flera fall. Ständiga öron - näsa - halsbesvär och depressiv sjukdom hos en person behöver därför uppmärksammas på att TWAR -infektion kan finnas. Någon sorts påverkan på centrala nervsystemet tycks finnas men hur vet vi inte.

Av och till finner man patienter med ständiga infektioner på en allmänläkarmottagning och där orsaken är immunbrist. Några TWAR -patienter har analyserats beträffande detta men resultaten tyder närmast på motsatsen! Dock har säkert immunsystemet en roll i sjukdomen men det återstår att vetenskapligt studera närmare.

### **Hur påvisas sjukdomen?**

Det allra svåraste är att få iden om, att det kan vara Chlamydia pneumonie. Några enkla regler hjälper:

**1:** Diverse olika symtom från övre och nedre luftvägarna av förkylningstyp. Ibland tryck över bröstet.

**2:** Uttalad långvarig trötthet, ev också depressivitet eller irritabilitet.

**3:** Långvariga symtom, som håller på i veckor -månader, och ibland år och decennier. Vanligen sker otaliga recidiv under halv -år, sedan viss långsam tillbakagång.

I slemhinnor har några symtom varit vanligt förekommande hos nästan alla patienter och jag har följt en 7 -punktskala, för att se hela spektrum av symtom ( Beskrivning närmast skriven som hjälp för kollegorna ):

**1:** Näsa: Med spekulum inspekteras näsmusslorna som är så svullna att det helt stänger lumen mot nässkiljeväggen. Vanligen ser man en klart ökad rodnad, ofta fuktiga slemhinnor med vattnigt sekret men inte var. Hos äldre infektioner blir de ofta torrare, aning mindre svullna och ljusare. En del blir livida i färgen istället för rodnade. ( Observera att näsdroppar med cortison har ingen effekt på nästäppan! Viss effekt med vanliga avsvällande näsdroppar erhålles dock )

**2:** I munnen visar den hårda gommen en "stjärnhimmel" av aktiverade slemkörtlar samt ofta en allmän rodnad över ytorna. Vid aktivt pågående infektion är detta ett bra mått på pågående aktivitet men i äldre, delvis halvvilande infektioner ses färre och mindre slempapler.

**3:** I svalgväggen ses 1-3 mm rodnade kuddar av granulomatös svullnad när infektionen är ny och aktiv. Iblan kan kuddarna bli tätare, ibland sammanflyter de till stråk, ssk i kanterna av svalgväggen. Dessa förändringar når ibland ner i hypofarynx. När infektionen blir äldre minskar storleken på kuddarna och man ser vid läkning en övergång till mer gråaktiga, gryniga ytor utan rodnad. Detta är dock inte en läkt infektion utan mera tecken på ett vilstadium. När infektionen aktiveras igen efter en tid ser man en blandbild med ofta mycket små rodnade kuddar som tillägg i den grågryniga svalgväggen. Lyckas behandlingen övergår slemhinnan sedan till en

blank, slät postkataral slemhinna med tydliga kärl, vilka sedan mattas av till en helt normal slemhinna.

**4:** Den undre delen av svalget -hypofarynx- ses ju med en uppvärmd svalgspiegel som hjälp. För det första ses en gråvit beläggning på tungans bakre delar, ibland täckande hela tungan, ibland ngt glesare. För det andra ses en tydlig rodnad i gliporna av det belagda området samt i omgivningen. För det tredje finns en allmän svullnad av just tungrotsområdet - det är klart svårt att se de nedre delarna och stämbanden. Ofta finns en viss slembildning i området. ( Diffa svampinfektion, strptokocker, mm )

**5:** Palpation med behandlskad hand av munbottens spottkörtlar visar en viss grad av svullnad och/ eller ömhet. Vanligen gäller detta glandula sublingualis under tungan, ibland submandibularis, som ju ligger mera åt sidorna. Ömheten kan vara så uttalad att patienten undrar om man hade något vasst på fingret så tryck försiktigt.! ( Diffa spottsten, sialoadenit av reumatisk orsak, mm ) Emellertid är detta symtom med spottkörtlarna intressant såtillvida att det verkar vara det sista symtom som försvinner när patienten läker sin infektion och tar veckor - flera månader. ( Man kan jämföra med slemkörtlarna i hårda gommen som tvärtom skvallrar snabbast om en ny uppblossande infektion t ex ett recidiv )

**6:** Lymfkörtlarna kring halsen är påfallande lugna, ibland kan en svag svullnad palperas i angulusområdet eller bland de övre halslymfkörtlarna t ex vid pharyngitsymtomen.

**7:** Bronker och lungor visar hos en hel del patienter en riklig sekretbildning, lättast hörbara vid hostning men ibland redan vid ut - och inandning. Vid hostningen hörs ett sågande biljud under någon del av en sekund i stetoskopet. Ofta finns en lättare obstruktivitet med i bilden, närmast en hyperreaktivitet, som någon gång krävt luftrörsvidgande medicin och cortisoninhalationer.

Chlamydia pneumonie beskrevs i början som en lunginflammation men raden av övriga symtom har drastiskt ändrat den bilden. I den epidemi jag sett fanns några enstaka fall med pneumoni med fläckvisa diffusa dämpningar över lungfälten, inte basala krepitationer. Dessa föranledde lungrtg men gav mycket lite besked om lunginflammation utom i några uttalade fall. Man får lyssna och perkutera noga för att fastställa denna diagnos.

Synnerligen vanligt har olika grad av bronkitsymtom varit, där slemlösande medel t ex acetylcystein använts vid behandlingen.

## **Laboratorieprov**

Diagnostiken är svår pga egenskaperna hos bakterien: den växer dåligt, är lågvirulent, ett dåligt antigen, som bara duger till stöd i diagnostiken men inte till att ge patienten en bättre immunitet efter sjukdomen tyvärr. Vidare får man ett sent antikroppssvar.

Här önskar man som kliniskt verksam läkare verkligen en lång rad förbättringar bl a att kunna resistensbestämma aktuella Chlamydiastammarna.

Det är dock viktigt att komma ihåg att det är patientens sjukhistoria och slemhinnefynden, som ger grunden för diagnosen och behandlingen, dvs det är som vanligt vid en läkares arbete. Det är bättre att ge antibiotikum tidigt i sjukdomsförloppet. Det finns dock en tro på vissa håll att sjukdomen diagnosticeras med enbart provtagningsvaren, vilket inte duger. Tyvärr nekas ofta patienterna behandling när proven inte uppfyller div kriterier. Svårigheterna är dock uppenbara vid tolkningen: man vet inte åldern på antikropparna, om sjukdomen är aktiv eller latent, när i förloppet har proven tagits mm. Man har inte hunnit få något svar heller när en behandling behöver sättas in, t ex på en pga rethosta sömnlös och utmattad patient.

Dock är det så att både doktor och patient, vill vänta in svaret för att få en bekräftelse på att patienten mött smittan. Stämmer i övrigt allt och patienten har en aktiv infektion, ska något antibiotikum ges.

Numera är det för mig så att anamnes och slemhinneförändringar ofta är så typiska att behandlingen sätts in direkt vid aktiv infektion, man får bättre behandlingsresultat då. Ligger infektionen passiv och slumrande väntar jag tills ett recidiv kommer.

Jag har normalt tagit serologiska prov för Chlamydia pneumoniae där svaret kommer för IgG, IgM och IgA. Vidare har tagits ett batteri av antikroppar mot virusinfektioner i luftvägarna-Influenza A, Influenza B, adenovirus, RS-virus, parainfluenza 1-2-3, ornitosis, SR och CRP har visat ibland låga höjningar och det är intressant att se att första året hade vi nästan inga CRP - stegringar men efter plötsligt byte av lite symtom kom också en ökning av CRP -nivåerna till 15-20. I litteraturen förekommer ibland ännu högre nivåer. Slutligen kan man ta PCR - prov och hoppas på fynd hos nyinsjuknade patienter med ovannämnda "kuddar" i svalgväggen.

Kombinationen rethosta - bronkiesymtom - lunginflammation samt en del slemhinneförändringar av virusutseende kan ju också tyda på Mycoplasma pneumoniae - infektioner varför serologi för detta tagits ibland, dock med sporadiskt resultat. Antibiotikum brukar dock ge snabba terapieresultat för denna mikroorganism till skillnad från TWAR.

### **Tolkning av serologiska provet**

Tolkningen av serologiska proverna ( MIF - teknik ) är dock vanskelig.

- För det första är IgG -svaret positivt först efter 6-8 veckors sjukdom om det är ett fullständigt nyinsjuknande.
- För det andra är det inte säkert att IgG -svaret ökar fyrfaldigt, som vi är vana vid från annan infektionsserologi - det kanske inte ökar alls som vi är vana vid från andra infektioner från virus och bakterier. Orsaken är troligen Chlamydiabakteriens bristfälliga eller slumpartade anslag på immunsystemet.
- För det tredje visar detta inte om det är en nyinfektion eller en reinfektion och i så fall vilken gång i ordningen.
- För det fjärde vet man inte om IgG -värdet är på väg upp eller på väg ner, kanske en blandning!
- Vidare beror värdet på vilka organ som är berörda, vilken intensitet infektionen har och vilken infektionstid som föreligger när immunglobulinernas nivå byggs upp.

Det viktigaste med påvisandet av antikroppar mot TWAR ligger i det faktum att patienten faktiskt mött smittan, men sen är det sjukdomshistorien och

slemhinneförändringarna och andra symtom, som avgör om behandling ska sätta sin. Min erfarenhet från epidemin säger dock att bestämt att serologin är ett bra stöd men får inte vara avgörande för beslutet om behandling. Många gånger har allt talat för en TWAR -infektion, som också behandlats med gott resultat och där serologin inte visat något. Totalt sett verkar serologiska resultat stöda över 80% av de kliniska bedömningarna.

Vid akut nyinsjuknande kanske man tursamt kan fånga en snabbt övergående IgM -stegring, ssk om titern är 1 / 16 eller högre. IgG är det vanligaste att se och där finner man nivåer från 1 / 32 i multiplerna 1 / 64 - 128 - 256 - 512 - 1024 - 2048 - 4096 - 8192. Ibland hittar man korsreaktioner mot andra Chlamydiaarter, framförallt mot psittaci men då vanligen i lägre nivåer än för aktuella Cl. pneumonie.

Slutligen hittar man IgA - stegringar, oftast i kombination med ngt högre nivåer av IgG. Vanligen uttrycker detta att vederbörande haft infektion 2 eller flera gånger, dvs recidiverande infektion.

### **PCR -metoden**

Slutligen finns PCR metoden där DNA -analys specifik för Chlamydia pneumonie analyseras. Den ger dock färre pos prov än serologin och skapar därför större osäkerhet vid neg provsvar hos ovana bedömare. Egentligen har jag sett den mest pos hos nyligen insjuknade individer med kuddiga förändringar i svalgväggen. Barn gillar inte metoden eftersom man ska skrapa svalgväggen och utlöser kräkreflexer. Den kostar som serologin ca 200 kr per prov, vilket i enstaka fall väl är acceptabelt men inte när många patienter ska bedömas. En annan sak är väl vid vetenskapliga undersökningar, då maximal säkerhet i diagnostiken är eftersträvansvärt.

### **Behandling**

Vid akuta infektioner kan en självläkning ske i många fall. Denna sker dock ofta ganska långsamt och hur stor andel, som söker läkarvård är okänt. Mitt intryck är dock att symtomen är så pass besvärande att många med god kontakt med sin husdoktor försöker få hjälp av något slag men normalt ansetts ha en virusjukdom och inte i behov av en antibiotikumkur.

Fortsätter sedan besvären har det varit ytterst svårt för att inte säga omöjligt för patienterna att få ett namn på sin infektionssjukdom. Den har hittills varit så pass okänd.

Den är i första hand något för allmänläkarna att känna till eftersom den först dyker upp inom primärvården. Troligen har en del skolläkare sett den som epidemier men barn har en relativt bra förmåga att läka den spontant även om man måste behandla de som fortsätter ha besvär. Öron -näsa -halsspecialister bör dock känna sig manade t ex då detta finns som diffdiagnos till kronisk nästäppa, spottkörtelsvullnader, kronisk faryngit, otosalpingiterna, lockkänsla, bihåleyttringar, yrselbesvär. Hjärtläkare / medicinare / akutmottagningsläkare kan se den pga de akuta bröstsmärtorna. Infektionsläkarna kan ha den i åtanke vid mera omfattande infektionsutredningar.

Chlamydia pneumonieinfektionen har ofta dykt upp i samband med lokala epidemier: Byske - Skelefteå - Umeå - Gävle - Kopparberg - Eskilstuna - Karlsborg - Skövde - Göteborg - Gislaved. Flera hundra förfrågningar efter TV-programmet till mig visar att den finns spridd över hela landet.

Efter att ha tagit anamnes och noga undersökt slemhinnorna har man att bedöma om det för det första är en smetig, vanlig bakteriell infektion man har framför sig, således en klassisk typ med strepto -stafylo -pneumokocker hemophilus, etc. Om så ej är fallet blir ju vanligen funderingarna en viros eller TWAR. Vanliga bakt odlingar från svalget visar inget, endast serol prov o PCR.

Som doktor måste använda ett moget övervägande av de kliniska fakta som finns och ge patienten besked om vad man tror det rör sig om men att det är mycket svårt att säga bestämt förrän serologi och behandlingsresultat bekräftat vad man tror.

Både patient och doktor måste vara medvetna om att det finns lite osäkerhet med i bilden eftersom våra diagnostiska resurser är så bristfälliga. Chlamydiasläktet är nyupptäckt och man har vetenskapligt massor att ta reda på kring denna organism. Symtomen är lite svårtolkade vart och ett för sig, men noggrannhet i genomgången av slemhinnesymtomen med beskrivning av nyanserna och samma vid anamnesen ger oftast en typisk kombinationsbild, som ger stöd för diagnosen.

Patienterna är emellertid mycket förståndiga i detta läge och inser svårigheterna med diagnostiken. De är så luttrade av sjukdomen, så trötta på tröttheten, de ständiga infektionerna och olika symtom att denna tolkning att det kan vara Chlamydia pneumonie är en gudagåva, eftersom den i så fall kan behandlas.

De har ofta passerat massor av läkare, provat olika kurer men aldrig fått höra någon diagnos eller sett några resultat. Vi bör alltså berätta om svårigheterna, dela dem med patienten, dela på svårigheterna. Ev kan man vänta på serologiska svaret men inte nedslås om det händelsevis skulle vara negativt eller inte uppfyller div kriterier. Jag har sett samma serum skickas av tillfällighet till olika labb med skilda svar som följd, t o m neg svar från ett medan det andra gav en titer! Alla inblandade får leva med svårigheterna.

## **Val av antibiotikum**

Man har vanligen sett effekt på Chlamydiastammarna av tetracyklider i tidigare undersökningar men makrolider och kinoloner har kommit alltmera. Tyvärr är det en frustrerande upptäckt att stammarna kan vara mycket selektiva, dvs kanske bara ett enda antibiotikum av alla är effektivt, på den lokala stammen.

Vi d epidemin här var jag under första 3-4 åren helt hänvisad till ett enda preparat, en makrolid vid namn azitromycin ( Azitromax ) med vanligen bra effekt. Från några mindre samhällen i trakten kunde jag dock se endast halvbra eller ingen effekt.

Provades tetracyklin kunde bara några få framgångar registreras.

Först ett år tillbaka visade en annan makrolid goda resultat här, nämligen claritromycin ( Klacid ). När patienter sedan kom från olika orter utifrån, var det mycket svårt att på förhand säga vilket som var bäst, men gick bra när erfarenheterna samlats ihop.

Dock har jag även sett blandade Chlamydiastammar hos en enskild patient - ena medicinen ger måttlig men tydlig effekt men patienten blir inte helt bra förrän man också gett den andra!

Jag har inte sett just några fall av resistensutveckling, därtill är användningen för liten av preparaten i befolkningen. Kanske detta dock gäller tetracyklinerna, som under

några år använts för olika bakteriella problem. Problemet måste doktorn ständigt ha i åtanke.

Tyvärr kan vi inte resistensbestämma stammarna på vanligt sätt, dvs i laboratoriet. Metodproblemen är viktiga att lösa.

Det som här har fungerat bäst är azitromycin ( Azitromax ) som getts i dosering 250 mg 2 tabl första dagen, sedan 1 tabl dagligen i 4 dagar, därefter 1 tabl varannan dag. Även om en del patienter fått 6 -tablettskuren med gott resultat vid nyinsjuknanden blir det en del recidiv och har man gått med en infektion en månad är 12 - tablettskuren att föredra, Vid längre infektionstider 18 tabletter. Man får på de längre kurerna fåtaligare återfall och i så fall efter mer utsträckta intervall. Om någon får återfall, bör man ge den längre kuren igen, detta har gett ett antal goda resultat. Det verkar som om Chlamydiorna kläcks ut långsamt vid sin förökning från sitt vilostadium.

Biverkningsmässigt är preparatet påtagligt bra: Över 1000 behandlingar har bara gett en handfull patienter med illamåenden, vanligen under första dagarna. Rikligt med vatten samtidigt kan hjälpa, ibland Primperan. Ett par fall fick avbryta. Barn tycker om medicinen.

Klacid kom in lite senare på arenan men är på vissa orter det bästa. Ges i styrkan 500 mg x 2. Eftersom jag nu mest har gamla infektioner att tampas med, blir det oftast 3 veckors kurer men vi nyinsjuknanden borde man kunna ge lite kortare kurer. Ev snabba återfall kan föranleda upprepade lång kur. Biverkningarna dock besvärligare genom illamående är mera vanliga än med Azitromax, dock har man över 80% chans att inget händer. Krångel avhjälpas som för Azitromax men det är bra om man tar tablettens vid slutet av en måltid och sedan rikligt med vatten.

Tetracykliner som Vibramycin - Doryx - Doxyferm etc kan sporadiskt fungera som behandling men doserna ska höjas till de dubbla liksom behandlingstiderna. Medlen har använts länge för alla möjliga bakterieinfektioner varför resistensutveckling kan ha skett. Risk för svampinfektioner Ska inte negligeras, ssk hos kvinnor. Ungdomar kan få emaljmissfärgningar. Som ett alternativ om ovanstående makrolider klickar är de dock värda att pröva.

Det kommer nya preparat in på marknaden ständigt och på en mycket liten grupp patienter provas nu nya medel med lovande effekt.

En viktig sak att upplysa patienten om är att behandlingseffekten kommer i " andra halvlek ", dvs i slutet av behandlingstiden. Jag har t o m haft patienter som tagit kuren slut men först efteråt märkt effekten .... Slutlig bedömning bör därför göras ett par veckor efter avslutad kur, bl a för att se effekten på slemhinnorna. Ibland ser man klara förbättringar och då ska man vänta, är effekten ingen och det finns tecken på aktiv infektion i slemhinnor och symtom samt trötthet, bör annat antibiotikum provas.

### **Avslutande ord på vägen...**

Man måste vara synnerligen envis som doktor vid TWAR -behandling. Det är den märkligaste mikroorganism jag arbetat med under alla år som öronläkare och allmänläkare. Inget har gett mig så många gråa hår... Troligen får alla kollegor som läser detta detsamma...

Ändå ser jag nästa hundra procentig framgång i behandlingarna. Några få patienter är dock aktuella ännu så de är i klart fokus för intresset att hjälpa. Troligen finns immunologiska faktorer med och trasslar till det men det verkar inte vara immunbrister med i spelet.

Ibland kan jag vid efterkontrollerna se att slemhinneförändringarna lagt sig liksom symtomen men en trötthet kan dröja sig kvar. Det är därför viktigt att dokumentera nyanserna i symtomens yttringar, något som man lär sig så småningom. Det är således möjligt att avstå från antibiotikumkurer och medvetet vänta in en tydlig positiv eftereffekt.

TWAR -infektionen medför en hel del risk för återfall, kanske 10 -20% risk. Jag har konsekvent stimulerat patienterna att vara extra uppmärksamma vid nya förkylningar, där en vanlig förkylningar brukar ha mildrats efter en vecka. Tilltar den nästa vecka är det risk för att TWAR -infektionen tagit till igen, likaså om den sk förkylningen aldrig avtagit. Således vill jag se patienterna inte första veckan utan andra veckan. På detta sätt verkar jag kunna ge ngt kortare kurer jämfört med tidigare med god effekt. En liten grupp har högre tendens till recidiv än andra men ovanstående regel samt byte till annat antibiotikum verkar kunna stoppa tendensen till recidiv.

Till er alla som hört av er efter Livslustprogrammet vill jag i första hand rekommendera att ta denna text till er doktor så att den kan bli läst innan besöket blir av. Den är ju i många delar tänkt som som en information doktorer emellan men du som hört av dig, behöver ge den personligen. Den ska vidarebefodras på andra sätt så småningom till alla doktorer.

Om det trots allt skulle vara svårt att få framgång, kanske jag kan fungera för rådgivning om doktors journaltext, labbsvar samt ert eget brev med sjukdomshistoria och symtom skickas till undertecknad.

Möjligen kan besök anordnas hos mig men det beror på hur kapaciteten ökar i landet vad gäller kurser kring denna sjukdom och därmed vilken möjlighet jag kan avlastas den nu långa kön av alla som vill komma.

Min professor i bakteriologi sade till oss studenter om tuberkulos att " den som tror att han vet allt om den sjukdomen, är inte tillräckligt informerad ". Så säger jag om Chlamydia pneumonie. Det finns fler frågetecken än kunskaper....

Med bästa hälsningar!

Karlsborg 981120

Dr Gunnar Sandberg  
Spec Öron - näsa - hals  
Spec Allmänmedicin

GG Medical  
Mellangatan 8  
546 30 Karlsborg