

# Ytliga samlagssmärtor ett komplext smärtsyndrom

Kvinnor med långdragna besvär av smärtor vid samlag är en grupp patienter som vi – oavsett om vi är allmänmedicinare, gynekologer eller dermatovenereologer – har svårt att hjälpa snabbt och på ett enkelt sätt. När en kvinna söker för problem rörande sin sexualitet kan vi förvänta oss att det, utöver medicinska orsaker, också kan handla om personlighet, identitet och relationer [1].

Dessa kvinnor har ofta konsulterat många kolleger i försök att få hjälp med sina besvär. I all välmening har läkare, trots avsaknad av säker diagnostik, behandlat dessa kvinnor för svamp, eventuellt kondylom, herpesinfektion eller möjlig eksemreaktion.

För att samla egen kunskap kring detta smärttillstånd och värdera konservativ behandling, i en tid då kirurgisk behandling diskuteras alltmer, beslöt vi (med gynekologisk respektive dermatovenereologisk och psykosomatisk/psykiatrisk bakgrund) att arbeta tillsammans kring denna patientgrupp.

Till skillnad från andra kroniska smärttillstånd har det rapporterats låg psykiatrisk belastning när det gäller ytliga samlagssmärtor [2]. För att kunna utvärdera detta adekvat valde vi att samarbeta med en erfaren konsultationspsykiater.

## METOD

Från februari 1998 till april 1999 har vi bedömt 41 kvinnor, remitterade till oss huvudsakligen från gynekologer och dermatovenereologer. Vid den förs-

## Författare

ULLA SELLGREN

leg läkare, gynekolog, Avenykliniken, Göteborg

EWA VOOG

med dr, överläkare, hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Göteborg

SIGYN ZÖGER

överläkare, psykiatriska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Göteborg.

## Sammanfattat

- Unga kvinnor söker i ökad omfattning för besvär med ytlig dyspareuni.
- Genesen till besvären är inte klarlagd; sannolikt är den multifaktoriell.
- En konsultation där kvinnan möts och evalueras utifrån ett psykosomatiskt förhållningssätt, och där hennes person, behov och sexualitet sätts i fokus, tycks ge förbättring för ett flertal.
- Smärtbehandling i form av amitriptylin 30 mg  $\times$  1 minskar vulvodyni.

ta gemensamma konsultationen har vi avsatt 45 minuter för medicinsk och psykosocial anamnes, inklusive sexualanamnes, samt en undervisande gynekologisk undersökning. Information om svampinfektioner, sexuellt överförbara sjukdomar (STD) – framför allt HPV-infektion (humant papillomvirus) – har ofta varit påkallad. Vi har diskuterat smärtfysiologi i förhållande till kvinnans besvär i form av klåda, sveda, brännande känsla, hyperestesi och smärta.

I samråd med patienten har vi planerat för eventuella åtgärder [3].

## Undervisande gynekologisk undersökning

Vid den undervisande gynekologiska undersökningen har kvinnan föreslagits att följa den yttre undersökningen med handspegel. Vi har berättat om paralleller i den embryologiska utvecklingen av kvinnors och mäns yttre könsorgan, informerat om sexualfysiologi och jämfört kvinnors och mäns »erek-tion».

Vi har bett kvinnan att knipa och krysta för att värdera hennes kontakt med sitt underliv. Bäckerbottentonus samt förekomst av partiell eller total vaginism har värderats. I vissa fall har kvinnan föreslagits att själv känna med

en till två fingrar i slidan. Detta arbete har inslag av vaginismträning [4].

Hud- och slemhinnestatus har värderats i vulva och vestibulum, och råd och behandling av torr hud har givits. Alla kvinnor har erbjudits ett återbesök efter två till tre månader.

Samtliga kvinnor har föreslagits konsultation hos psykiatern efter det att de fyllt i HAD-skalan (Hospital Anxiety and Depression Scale) vid det första besöket.

## Flera olika självskattningsformulär

Efter primär telefonkontakt med psykiater får kvinnan hemsänt en antal självskattningsformulär i form av DIP-Q (ICD-10) för personlighetsfaktorer enligt DSM-IV, Beck Depression Inventory (BDI) för svårighetsgrad av depressiva symtom samt psykiatrisk egenbedömning. Dessa senare skalor är, liksom HAD-skalan, självskattningsinstrument för depression och ångestsymtom [5-7]. Vid konsultationen hos psykiatern genomförs en standardiserad psykiatrisk diagnostisk intervju (SCID-1) [8].

## DSM-systemet

DSM är ett system av kriterier för multiaxial psykiatrisk diagnostik:

- Axel I: Kriterier för psykiska störningar och syndrom.
- Axel II: Kriterier för livslånga eller emotionella handikapp och svårigheter.
- Axel III: Kroppslig ohälsa.
- Axel IV: Psykosociala stressorer.
- Axel V: Global skattning av psykosocial funktionsförmåga.

## RESULTAT

### Somatiska fynd

Medelåldern var 27 år (18–47 år); 17 kvinnor använde p-piller vid undersökningstillfället, fyra hade genomgått abort, sju kvinnor hade fött barn. Anamnestiskt framkom att 13 kvinnor hade behandlats för kondylom, en för klamydia, tre hade fått diagnosen herpes genitalis. Majoriteten hade behandlats för svampinfektioner. Tre kvinnor rapporterade besvär i form av magkatarr, två kvinnor hade colon irritabile-besvär, två hade vid undersökningen tecken på lichen sclerosus et atrophicus. Normalt fynd vid inspektion av yttre genitalia, hud och slemhinnor sågs hos 27 kvinnor. Rodnad vid glandula Bartholins utförsgångars mynning och tryckömheter över detta område noterades hos nio kvinnor. Lätt till måttlig vaginism återfanns hos 23 kvinnor.

Två kvinnor hade haft besvär i över 20 års tid, övriga mellan sex månader och 13 år (medeltal fyra år).

### Psykiatriska fynd

41 kvinnor kallades till psykiatrisk intervju; 30 kvinnor tackade ja till intervju hos psykiatrisk specialist. Tre kvinnor avböjde intervju, men fyllde i frågeformulären. Två av de intervjuade kvinnorna avböjde att fylla i frågeformulären. Åtta kvinnor avböjde helt deltagande i den psykiatriska delen av projektet.

18 av 31 kvinnor uppfyllde kriterierna för depressivt syndrom: dvs dystymi; måttligt svår, medelsvår eller svår episod av egentlig depression; enstaka, recidiverande, kronisk eller bipolär depression.

Tre kvinnor hade ett eller flera symptom på ångestsyndrom, uttolkat som social fobi, paniksyndrom, tvångssyndrom, generaliserat ångestsyndrom eller somatiseringssyndrom. En kvinna hade ett blandat ångest-/depressivt tillstånd. Av de 18 med depressivt syndrom hade 14 dessutom ett eller flera ångestsyndrom. Totalt uppvisade 22 av 31 kvinnor (71 procent) diagnos på axel I enligt DSM.

13 av 33 ifyllda DIP-Q-svar talade för personlighetsmässiga svårigheter på störningsnivå. Av dessa 13 kvinnor hade elva samtidig diagnos på axel I. Två kvinnor hade avsevärda läs- och

skrivsvårigheter. Hos 14 av de intervjuade kvinnorna (45 procent) påvisades hereditär förekomst av psykisk störning hos föräldrar eller syskon.

Samtliga kvinnor fyllde i HAD-skalan redan på hudmottagningen. Totalt 21 av 41 kallade kvinnor skattade sig över brytpunkten 8 poäng avseende ångestparametrar. Av dessa 21 visade sig fyra avböja deltagande; tre avböjde intervju men fyllde i frågeformulären. Av de 14 övriga hade samtliga ångestdiagnoser och/eller depressionsdiagnoser enligt intervju.

Resultatet för övriga skattningsskalor är svårtolkat på grund av materialets begränsade omfattning.

### Uppföljning

Kvinnorna har erbjudits återbesök efter två till tre månader. Sex kvinnor har tackat nej till återbesök. Dessa kvinnor uppvisade redan vid första besöket en negativ inställning till det psykosomatiska förhållningssätt vi företräder. Resterande 35 kvinnor har vi följt upp vid ett eller två återbesök.

Fem kvinnor har rapporterat att deras smärtor är helt borta. 20 kvinnor har sagt sig vara mycket bättre, vilket innebär att de har kunnat genomföra samlag utan smärta, men att de någon gång ibland får ont. Tre kvinnor kan inte rapportera om de har blivit bättre, eftersom de inte längre lever i en sexuell relation. Sex kvinnor kom aldrig tillbaka för återbesök. Sex kvinnor har vid återbesöket rapporterat oförändrade smärtor. Sju kvinnor accepterade föreslagen depressionsbehandling i samband med psykiaterkonsultationen. Sex kvinnor har av gynekolog/dermatovenereolog erhållit amitriptylin i en dos upp till 30 mg till natten i smärtlindrande syfte [9].

Två kvinnor hade psykologkontakt redan vid första besöket hos oss. Ytterligare sex kvinnor rådde vi att söka stödsamtalskontakt.

## DISKUSSION

### Unga kvinnor dominerade

Den studerade gruppen utgörs till stor del av unga kvinnor (52 procent mellan 18 och 26 år). Sjukligheten i ångest- och depressionssyndrom är anmärkningsvärt hög; den ses hos tre av fyra kvinnor. Förekomsten av dessa sjukdomar generellt i befolkningen ligger omkring 6–8 procent [10].

Jantos och White har tidigare rapporterat om lika höga siffror för depression vid vulvavestibulit. De fann även en samvariation med premenstruellt syndrom och dysmenorré [11]. Vid jämförelse med kronisk bäckensmärta och vulvavestibulit befanns båda smärtegrupperna ha ett betydligt större antal

depressioner än en kontrollgrupp [12].

Framför allt holländska gynekologer och sexologer har påtalat kvinnors erfarenhet av samlag utan att vara tillräckligt upphetsade, med otillräcklig lubrikation och utan den vasokongestion som utgör en del av kvinnors sexuella gensvar. Detta medför en ytlig samlagsmärt och leder till utveckling av en sekundär vaginism. Denna vaginism bör behandlas innan eventuell kirurgi diskuteras. Att ha penetrerande sex utan att ha svarat sexuellt, och mot en spänd bäckenbotten, späder på smärtsituationen, framkallar sexuell olust och känslor av otillräcklighet [13, 14].

Att evaluera och bearbeta psykosexuella frågor förbättrar, enligt en amerikansk studie [15], utfallet av kirurgisk behandling. Värdet av att arbeta med ångestreduktion, sexuell funktion, normaliserande av vardagliga kroppssensationer och ge information om avsaknaden av allvarlig kroppslig sjukdom påtalas av en kanadensisk grupp [16].

### Psykologisk bedömning innan man opererar

Det står således klart att man vid övervägande av ett eventuellt operativt ingrepp vid ytlig samlagsmärt bör invänta psykiatrisk/psykologisk bedömning och eventuell behandling. Meana och medarbetare påpekar värdet av att se den ytliga dyspareunin som ett smärtsyndrom, inte primärt som en sexuell dysfunktion [17, 18].

Weström har vid vulvavestibulit visat fenomenet »bursting» i vulva, ett tillstånd med ett ökat antal och en ökad täthet av perifera nervfibrer [19] som medför en lokal hypersensibilitet. Wijmas har väl belyst den ytliga samlagsmärtans utveckling som en ändamålsenlig skyddsreflex, som förstärks genom upprepning, genom att kvinnan försöker undvika smärtan eller på grund av svår rädsla [4]. Rapporter om myofascial hyperirritabilitet, aktiverad av lokal vävnadsförändring och mätbar med EMG (elektromyografi), fick Glazer och medarbetare att med framgång pröva biofeedback mot vulvavestibulit [20].

Bergeron rapporterade vid 1999 års möte med International Academy of Sex Research om en prospektiv randomiserad studie där man jämfört utfallet efter vestibulektomi, EMG-biofeedback och en åtta veckors kurs i kognitiv/behavioristisk terapi med syfte att reducera smärta och förbättra sexuell funktion. Man fann att en tredjedel av patienterna i varje grupp förbättrades. De opererade kvinnorna hade klart mindre smärta vid beröring i vestibulum, men rapporterade inte bättre sexu-

ell funktion än de andra grupperna [Bergeron S, pers medd].

Uppenbarligen behövs även vid ytliga samlagssmärter, liksom vid andra kroniska smärttillstånd, såväl ett tvärdisciplinärt synsätt som team med kompetens för att bedöma och hjälpa kvinnan.

### Oidentifierad patogen?

Många före oss har spekulerat över huruvida ytliga samlagssmärter beror på en ännu inte identifierad patogen. Svaret på detta har vi inte idag. Samsyn tycks dock råda över den multifaktoriella genesen. Möjligen kan ytlig samlagssmärta vara resultatet av att en infektion gör sig påmind på detta sätt, t ex Candida-infektion eller HPV, hos en vulnerabel personlighet [17, 21].

Handlar det om en nutidssjukdom relaterad till »sexualiseringen» av vår kultur? Är det mera kulturellt acceptabelt att söka för ett sexuellt problem än att söka hjälp för psykiska problem? Är kvinnor med vulvodyn en grupp som har svårt att leva ett ensamt vuxenliv och därför väljer parrelationer tidigt?

Det finns en kulturell förväntan på att kvinnor ständigt är tillgängliga för penetrerande sex [13, 14]. De kvinnor som sökt oss har stöttats i att själva styra när de vill ha samlag.

### Referenser

- Ryding EL, Sellgren U. Dyspareuni hos kvinnor kräver medicinsk, sexologisk och psykosocial bedömning. *Läkartidningen* 1992; 89: 1445-6.
- Bergeron S, Binik Y, Khalife S, Pagidas K. Vulvar vestibulitis syndrome: a critical review. *Clin J Pain* 1997; 13(1): 27-42.
- Ryding EL, Smith-Knutsson E. Dyspareuni. Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG). *Sexologi ur gynekologisk synvinkel*. 1996; nr 33: 75-80.
- Wijma B, Wijma C. Vaginism. Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG). *Ungdomsgynekologi* 1999; nr 40: 45-52.
- Ottoson H, Bodlund O, Ekselius L, von Knorring L, Kullgren G, Lindström E et al. The DSM-IV and ICD-10 personality questionnaire (DIP-Q): Construction and preliminary validation. *Nordic Journal of Psychiatry* 1995; 49/4: 285-91.
- Bodlund O, Grann M, Ottoson H, Svanborg C. Validation of the self-report questionnaire DIP-Q in diagnosing DSM-IC personality disorders: a comparison of three psychiatric samples. *Acta Psychiatr Scand* 1998; (97): 433-9.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
- American Psychiatric Association diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed; DSM-III-R). Washington DC: APA, 1987.
- McKay M. Dysesthetic (»essential») vulvodynia: Treatment with amitriptyline. *J Reprod Med* 1993; 38(nr 1): 9-13.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-

R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.

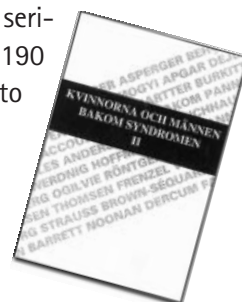
- Jantos M, White G. The vestibulitis syndrome. *J Reprod Med* 1997; 42 (nr 3): 145-52.
- Bodden-Heidrich R, Kuppers V, Beckmann MW, Özörnek MH, Rechenberger I, Bender HG. Psychosomatic aspects of vulvodynia. *J Reprod Med* 1999; 44(nr 5): 411-6.
- De Jong JMJ, van Lunsen RHW, Robertson EA, Stam LNE, Lammes FB. Focal vulvitis: a psychosexual problem for which surgery is not the answer. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995; 16: 85-91.
- Ramackers MJ, van Lunsen HW. Vulvodynia caused by vulvar vestibulitis syndrome. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141(44): 2100-5.
- Schoever LR, Youngs DD, Cannata R. Psychosexual aspects of the evaluation and management of vulvar vestibulitis. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167(3): 630-6.
- Stewart DE, Reicher AE, Gerulath AH, Boydell KM. Vulvodynia and psychological distress. *Obstet Gynecol* 1994; 84(nr 4): 587-90.
- Meana M, Binik I, Khalife S, Cohen D. Psychosocial correlates of pain attributions in women with dyspareunia. *Psychosomatics* 1999; 40(6): 497-502.
- Meana M, Yitzchak M, Khalife S, Cohen D. Dyspareunia: Sexual dysfunction or pain syndrome? *J Nerv Ment Dis* 1997; 185(nr 9): 561-9.
- Westrom LV, Willen R. Vestibular nerve fiber proliferation in vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol* 1998; 91(4): 572-6.
- Glazer HI, Rodke G, Swencionis C, Hertz R, Young AW. Treatment of vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. *J Reprod Med* 1995; 40(nr 4): 283-90.
- Sjögren B, Sellgren U. Idiopathic vulvodynia: A discussion. *Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 11<sup>th</sup> international congress, Basel 21-24 May 1995. Bitzer J, Stauber M, eds. 635-9.

# Särtryck

LÄKARTIDNINGEN

Boken "Mannen bakom syndromet" har fått en efterföljare: "Kvinnorna och männen bakom syndromen" med 70 artiklar som publicerats i *Läkartidningen* under 1990-1996. Den tar upp namn som Asperger, Bichat, Fanconi och Waldenström. Här finns också män "bakom metoden", exempelvis Doppler och Röntgen.

Denna nya bok omfattar 248 sidor och är rikt illustrerad, även med färgbilder. Därtill finns en sammanställning (i förminskat utförande) av de uppskattade tidningsomslag som hör till serien. Priset är 190 kronor + porto (60 kronor).



## Männen och kvinnorna bakom syndromen

Beställer härmed.....ex av boken

.....namn

.....adress

.....postnummer

.....postadress

Insändes till **LÄKARTIDNINGEN**  
Box 5603  
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

[www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)  
under särtryck, böcker