

Allmän gynekologi

Marie Bixo, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
Eva Samuelsson, Krokoms hälsocentral, Krokoms

Inledning

Många gynekologiska tillstånd kan med fördel diagnostiseras och behandlas i primärvården. Detta kapitel tar upp vanliga gynekologiska sjukdomar utifrån det huvudsymtom som patienten primärt söker för. Olika typer av behandlingar diskuteras och i den mån evidensbaserade behandlingsrekommendationer finns anges det.

Kapitlet syftar till att ge enkla riktlinjer i de fall behandling kan sättas in i primärvården. Vidare är syftet att ge tillräcklig information om mer komplicerade tillstånd för att allmänläkaren ska kunna initiera utredning, remittera vidare till gynekolog samt besvara frågor och bemöta oro angående den reproduktiva hälsan (1,2).

Vaginala flytningar

Differentialdiagnoser och utredning

Många kvinnor som söker för flytningar har en helt normal, fysiologisk flytning. Denna är vit, grynig, med en lätt syrlig doft. Vid ovulationstid blir flytningen klar och seg som äggvita. Vagina är koloniserad av laktobaciller som bidrar till det lokala immunförsvaret genom att sänka pH-värdet (normalt 3,8–4,2) och utsöndra ämnen som hämmar bakterietillväxt. Hos tonårsflickor och gravida kan tillväxten av laktobaciller öka så att flytningen blir riklig (s k cytolytisk flytning). Tillståndet försvinner spontant och kräver ingen behandling.

De vanligaste orsakerna till patologisk flytning är bakteriell vaginos (BV), candidavaginit och atrofisk kolpit. Betydligt mindre vanliga orsaker är trikomonas, klamydia, herpes, HPV (humant papillomvirus), ospecifik cervicit och främmande kropp. Flytningar hos småflickor beror oftast på en autoinfektion orsakad av hud- eller luftvägspatogener. Mindre vanliga orsaker är candida, springmask, främmande kropp och sexuellt överförda sjukdomar (STD).

Anamnestiskt bör man fråga om flytningen är färgad, vilket kan tyda på infektion eller blodtillblandning. Dålig lukt, som särskilt förekommer vid BV, och andra symtom som sveda, smärta, klåda och miktionsbesvär bör efterfrågas.

Vid undersökningen noteras om vaginalslemhinnan är inflammerad (oftast candida), förändringar på cervix, vulvaförändringar som blåsor, vårtor, eksem samt flytningens utseende. Vid atrofisk kolpit och BV är pH förhöjt i vagina (pH-sticka). Riklig, gul eller blodtillblandad flytning hos en postmenopausal kvinna bör föranleda utredning med avseende på endometrie-cancer.

”Wet smear” (våtutstryk för mikroskopi) ingår i primärdiagnostiken (Faktaruta 1, s 497). Klamydiaprov bör tas frikostigt på yngre kvinnor och prov för gonorré tas vid speciell misstanke (se kapitlet Sexuellt överförbara sjukdomar, s 471). På barn tas allmän odling från vaginalsekret med en fuktad bomullspinne, lämpligen med barnet halvliggande i förälderns famn. Vanligt penicillin V kan sedan ges till barnet i avvaktan på odlingssvar.

Wet smear

Prov från flytningen tas med träpinne (änden av en bomullspinne) direkt från vaginalväggen alternativt från depressor eller speculum. Stryk ut på två objektglas, sätt till en droppe fysiologisk NaCl-lösning på det ena och en droppe 10–20% KOH-lösning på det andra. Om en fiskaktig doft uppstår när KOH sätts till är "sniff-testet" positivt, tydande på bakteriell vaginos. Täck preparaten med täckglas och undersök i mikroskop med 40 gångers förstoring.

Titta i NaCl-utstryket efter:

- Epitelceller. Normalt ett moget skivepitel.
- Parabasalceller (mindre, runda med större kärna) tyder på atrofi eller kraftig inflammation.
- Bakterier. Normalt långa stavar (laktobaciller). Kockflora vid atrofisk kolpit och bakteriell vaginos. Clue-cells = epitelceller överlastade med kocker vid BV.
- Leukocyter. Normalt ganska få, även vid BV. Leukocytos (= fler än epitelcellerna per synfält) vid cervicit/klamydia.
- Trikomonader. Ser ut som rörliga leukocyter med "propeller".

Titta i KOH-utstryket efter:

- Pseudohyfer vid candidakolpit.

För diagnos och behandling av respektive tillstånd se Tabell 1, s 498.

Symtomatisk behandling

Vid BV minskar besvären, särskilt den dåliga lukten, om pH i vagina sänks. Surgörande medel för vaginalt bruk kan användas för att tillfälligt minska besvären, men botar inte infektionen. Observera att pH-värdet sannolikt har liten betydelse för uppkomsten av candidainfektion, vilket betyder att surgörande behandling inte minskar risken för candida eller påverkar besvären. Laktobacillpreparerade tamponger saluförs i syfte att återställa den vaginala bakteriefloran. Studier har dock inte kunnat visa att de botar eller minskar förekomsten av BV.

Klåda i underlivet

Differentialdiagnoser och utredning

Den vanligaste orsaken till akut påkommen klåda i vulva är en candidavulvovaginit.

Ofta är slemhinnorna i vulva och vagina svullna och ilsket rodnade. Flytning kan förekomma och den är då vit, kesolik eller mera tunnflytande. Diagnosen ställs enklast med wet smear (Faktaruta 1). En annan orsak till hastigt påkommen klåda kan vara skov av genital herpes. Blåsor på rodnad botten ses då i vulva och ibland på portio. Blåsor i uretra kan ibland orsaka miktionsvärigheter.

Kroniskt återkommande klåda beror oftast på candidainfektion, men kan ibland orsakas av en allergisk reaktion, t ex mot tvål, tvättmedel och inkontinensskydd. Allergi mot candida förekommer liksom allergi mot lokala svampmedel och diagnosen kan då vara svår att ställa.

Vid kronisk mer eller mindre konstant klåda är det viktigt att efterhöra och undersöka om det finns hudförändringar på resten av kroppen. Psoriasis och andra dermatoser kan vara lokaliserade till vulva. Den vanligaste dermatosen i vulva är lichen sclerosus. En tumregel är att ospecificikt eksem, ibland orsakat av långvarigt kliande (lichen simplex) oftast är asymmetriskt, medan lichen sclerosus och svampseksem är symmetriska.

Andra, mindre vanliga orsaker till vulvklåda hos kvinnor i fertil ålder är skabb, flatlöss och kondylom. Hos den postmenopausala kvinnan kan atrofiska förändringar orsaka klåda. Vulvacancer och VIN (skivepiteldysplasier i vulva) har ofta klåda som huvudsymtom och bör alltid finnas i åtanke. Vid lichen sclerosus är risken för vulvacancer förhöjd.

Hos barn kan vulvklåda orsakas av bakteriella infektioner med hud- eller luftvägspatogener (se Vaginala flytningar, ovan), springmask eller mollusker.

Biopsi är en viktig del av diagnostiken vid vulvaförändringar. En hudstans kan med fördel användas, efter lokalanestesi med EMLA (lidokain, prilokain) kräm, och/eller en fin subkutan nål. Biopsi är nödvändig vid misstanke om malignitet och är användbar för att särskilja eksem, svampseksem och lichen sclerosus. I det senare fallet måste svampfärgning begäras på remissen.

För diagnos och behandling av respektive tillstånd se Tabell 1, s 498.

Tabell 1. Vanliga tillstånd som orsakar flytningar och klåda (3–5)

Tillstånd	Frekvens	Bidragande faktorer	Symtom	Diagnostik	Behandling
Candida-vulvovaginit	Var 4:e kvinna drabbas någon gång i fertil ålder.	Graviditet, antibiotikabehandling, p-piller, premenstruellt, skavning i vulva.	Klåda, ibland premenstruellt. Vit flytning, kesolik eller ibland mycket sparsam.	Wet smear, ev odling med resistensbestämning. Röda, inflammatoriska slemhinnor. Vid klåda rivmärken, ibland fissurer. Eksem på huden kan förekomma.	<ul style="list-style-type: none"> Vid akut infektion: Klotrimazol vagitorier i första hand^a. Efter 2 recidiv flukonazol peroralt. Vid kroniskt recidiverande infektion (> 4 verifierade skov/år) flukonazol 150 mg peroralt var 7:e–14:e dag i 3 månader^b. Vid resistens mot flukonazol ges itrakonazol. Vaginala preparat ges vid graviditet. Vid persisterande klåda/eksem ges steroidkräm, grupp II–III, och/eller antihistamin peroralt.
Bakteriell vaginosis	Var 10:e kvinna drabbas någon gång i fertil ålder.	Okända. Anses inte vara en sexuellt överförbar sjukdom.	Illaluktande flytning, särskilt efter mens och koitus (pH-förhöjning).	Oretade slemhinnor. Tunn, grågul flytning. pH > 4,5, positivt sniffstest, wet smear. pH < 4,5 utesluter i princip diagnosen.	<ul style="list-style-type: none"> I första hand metronidazol vaginalgel i 5 dagar eller klindamycin vagitorier i 3 dagar^a. I andra hand metronidazol peroralt i 7 dagar. Partnerbehandling rekommenderas inte^c. Behandling av gravida för att förhindra prematurbörd^b. Profylax med t ex klindamycin vagitorier inför vaginal kirurgi^b.
Atrofisk kolpit	50% av kvinnor 3 år efter menopaus har atrofi.	Östrogenbrist, postmenopausal eller ibland under amning.	Illaluktande flytning, torrhet, känsla, sveda, irritation.	Tunna, sköra slemhinnor, petekier, gul flytning. Wet smear.	<ul style="list-style-type: none"> Östradiol vaginaltabletter alt östrial vaginalkräm eller peroral behandling^a. Ev metronidazol vaginalgel för symtomlindring.
Trikomonasinfektion	Ovanligt	STD	Illaluktande flytning, klåda, irritation.	Vaginalslemhinnan röd, irriterad, petekier. Gul-grön flytning. Wet smear.	<ul style="list-style-type: none"> Metronidazol eller tinidazol peroralt som engångsdos. Partnerbehandling.
Akut cervicit	Klamydia vanligast hos kvinnor < 25 år. Incidens 35/1 000/år.	Klamydia vanligaste orsaken. Ibland andra agens (mykoplasma, gonorré).	Flytning, uretritssymtom, buksmärtor.	Ömhet över cervix som kan vara lättblödande. PCR (urin/cervixsekret).	<ul style="list-style-type: none"> Se kapitlet Sexuellt överförda sjukdomar, s 471.
Kronisk cervicit	Hos kvinnor > 30 år.	Oklart, ibland STD.	Konstant, slemmig, färglös eller grågul, luktlös flytning.	Portio förstorad. Cervixdysplasi och STD bör uteslutas.	<ul style="list-style-type: none"> Bredspektrumantibiotika. Laser alternativt diatermi.
Genital herpes	30% har HSV-2-antikroppar.	STD	Blåsor, smärta, dysuri.	Virusisolering från blåsboten.	<ul style="list-style-type: none"> Aciklovir Valaciklovir i 5 dagar.
Lichen simplex (kroniskt eksem)	Okänd	Candida. Kontaktallergi.	Klåda.	Eksem i vulva. Biopsi (svampfärgning).	<ul style="list-style-type: none"> Grupp IV steroid initialt, därefter nedtrappning. Mjukgörande kräm. Antihistamin.

Tabell 1. forts. Vanliga tillstånd som orsakar flytningar och klåda

Tillstånd	Frekvens	Bidragande faktorer	Symtom	Diagnostik	Behandling
Lichen sclerosus ("vit-fläckssjuka")	Drabbar alla åldrar.	Okänt	Klåda, särskilt nattetid.	Vita områden med hyperkeratos alternativt tunn hud med petekier, särskilt över klitoris och labiae. Synekier. Biopsi.	<ul style="list-style-type: none"> Grupp IV steroid i nedtrappande dos.
Kondylom/VIN	HPV-virus finns hos ca 20% av unga kvinnor. VIN är mycket ovanligt.	HPV	Spetsiga kondylom oftast symptomlösa (kosmetiskt problem). Platta kondylom och VIN ger klåda, irritation.	Pensling med ättiksyra (5%). VIN ger persisterande förändringar (multipla, rodnade, svagt pigmenterade eller hyperkeratotiska papler). Biopsi.	<ul style="list-style-type: none"> Se kapitlet Sexuellt överförda sjukdomar, s 475.

a. Effektiv enligt Clinical Evidence (<http://clinicalevidence.bmj.com>).

b. Troligen effektiv enligt Clinical Evidence.

c. Inte effektiv enligt Clinical Evidence.

Symtomatisk behandling

I många fall finner man ingen etiologi till vulvaskådan och då är symtomatisk behandling det enda man kan erbjuda. En grundregel vid alla kroniska klådtillstånd är att undvika överdriven hygien. Tvättning med tvål och vatten förvärrar de flesta klådtillstånd. Man kan därför rekommendera att patienten tvättar sig med barnolja i underlivet. Vid dusch stryks ett skyddande skikt med olja på vulva innan hela kroppen duschas. Varma, täta kläder och skavning från underkläder kan förvärra klådan.

Vid misstanke om allergiska reaktioner bör bomullstrosor och tvättmedel med låg risk för allergier användas. Antihistamin till natten och kortisonkräm under begränsade perioder kan behövas för att lindra svåra besvär. Ibland kan besvären bero på "överdriven behandling" med olika krämer, svampmedel m m som pågått under lång tid och patienten behöver då stöd och hjälp att successivt avveckla dessa och förstå sig till att låta underlivet vara ifred. Det kan kräva stort tålamod av både patient och läkare men på sikt brukar besvären minska.

Blödningsrubbnings

En normal menstruation varar 3–8 dagar, med en menscykel på 21–35 dagar. Hos den enskilda kvinnan brukar menscykeln variera med högst 3–4 dagar. Ägglossning sker 12–16 dagar före väntad mens. Menstruation inträffar när progesteronnivån plötsligt sänks och är alltså en bortfallsblödning.

Blödningsrubbnings kan delas in i riklig menstruation, olaga blödning, anovulatorisk blödning och postmenopausblödning.

- Vid riklig menstruation är blödningarna rikliga och/eller långvariga, men regelbundna.
- En olaga blödning kan komma en enskilda gång eller upprepas utan bestämt mönster och kommer alltså på "fel" tid.
- Anovulatorisk blödning är en riklig, långvarig blödning som kommer efter ett förlängt intervall och är vanlig hos den unga kvinnan efter mensdebut samt hos kvinnor åren före menopaus.
- Postmenopausblödning är en blödning efter klimakteriet (> 1 år efter den sista menstruationen).

Utredning och behandling av olika blödningsrubbningsrubbningar blir därför avhängig av kvinnans ålder, blödningsmönster och typ av eventuell antikonception.

Diagnos och behandling

Långvarig och/eller riklig menstruation

Upplevelsen av menstruationens mängd är individuell. De flesta kvinnor blöder 30–40 ml i samband med mens, > 80 ml brukar betecknas som riklig. Då behövs ofta byte av mensskydd nattetid och det bildas klumpar av blod. Ofta föreligger trötthet, järnbrist och/eller anemi. Vanliga orsaker är kopparspiral eller myom. Medfödda koagulationsrubbningar, t ex von Willebrands sjukdom kan förekomma och då finns specifik behandling.

Olaga blödningar

Spotting, dvs sparsam blödning, förekommer ofta under p-pilleranvändning speciellt under de första månadernas användning (se kapitlet Antikonception och aborter, s 520). Risken är större i början av perioden och vid oregelbundet tablettintag. Spotting är även vanligt under de 3 första månadernas användning av hormonspiral.

Premenopausalt förekommer ofta premenstruella småblödningar som ett tecken på relativ progesteronbrist vid gulkroppsinsufficiens. Efter ägglossning uppträder ibland en kortvarig blödning 1–2 dagar mitt i cykeln vilket är normalt och inte kräver någon åtgärd.

Genombrottsblödning är riklig och uppkommer efter långvarig stimulering av livmoderslemhinnan, som till slut avstöts, t ex

Hur ges cykliskt gestagen?

Vid blödningar med visst mönster, t ex premenstruella småblödningar

Ge gestagen – medroxiogesteron (Gestapuran eller Provera) eller noretisteron (Primolut-Nor) 5 mg 2 gånger/dag med början dag 16, dvs 10 dagar före väntad "riktig" mens. Fortsätt behandlingen i 10 dagar, dvs dag 16–25. Några dagar efter avslutad behandling kommer blödningen som blir dag 1. Upprepa gestagenbehandlingen dag 16–25 i ytterligare minst 2 cykler.

Vid riklig långvarig blödning utan mönster

Börja direkt med gestagen, t ex medroxiogesteron eller noretisteron 5 mg 2 gånger/dag i 10 dagar (räknas som dag 16–25). Blödningen upphör troligen efter några dagar och återkommer några dagar efter avslutad behandling. Upprepa ytterligare minst 2 cykler.

anovulatorisk blödning eller blödning under p-pillerbehandling.

Viktiga orsaker till olaga blödning är infektion, speciellt hos yngre kvinnor, samt graviditet. Vid benigna polyper i cervix kan blödning också förekomma. Småblödningar eller blodig flytning kan vara debutsymtom vid cervixcancer liksom kontaktblödning vid samlag, lyft, krystning (se s 501). Olaga blödning kan också vara ett symtom på endometrie cancer. Risken för denna typ av cancer ökar efter 45 års ålder. Ovarialcancer kan också debutera med blödningar, se s 511.

Anovulatoriska blödningar

För regelbundna menstruationer krävs ägglossning. Anovulatoriska blödningar före-

Tabell 2. Medicinsk behandling vid rikliga menstruationer för att minska blödningsmängden (6–8)

Läkemedel	Behandlingens effekt
Tranexamsyra (fibrinolyshämmare) tabletter eller brustabletter 1–1,5 g 3–4 gånger/dygn, max 6 g/dygn	Effektiv
NSAID ^a	Effektiv
Järnpreparat, se s 251	Effektiv vid anemi
Kombinerade p-piller	Obedömlar/placebokontrollerade studier saknas. Erfarenhetsmässigt god effekt.
Hormonspiral	Obedömlar/placebokontrollerade studier saknas. Erfarenhetsmässigt god effekt.

a. Minskar blödningsmängd jämfört med placebo, måttlig evidens (8).

Terapirekommendationer – Behandling vid olaga blödningar	
Unga kvinnor	Tänk alltid i första hand på möjligheten av graviditet, genital infektion eller dysplasi, därefter eventuell behandling
Anovulatorisk blödning hos tonåring	<ul style="list-style-type: none"> • Cykliskt gestagen • Vid mycket riklig blödning och anemi kan kombinerat monofasiskt p-piller ges, t ex Neovletta 1 tablett 3 gånger/dag i 7 dagar. Blödningen stoppar då och bortfallsblödning kommer några dagar efter behandlingens slut. Första dagen i denna bortfallsblödning blir då dag 1 för cykliskt gestagenbehandling i 2–3 cykler.
Mellanblödning	<ul style="list-style-type: none"> • Under p-pilleranvändning, se s 500
Olaga blödning	<ul style="list-style-type: none"> • Under spiralanvändning – ta bort spiralen och se hur blödningsmönstret blir
Olaga blödning	<ul style="list-style-type: none"> • Utan behov av antikonception – exspektans eller cykliskt gestagen
Kontaktblödning	<ul style="list-style-type: none"> • Vid samlag, tunga lyft, krystning – smear och remiss för kolposkopi
Kvinnor före menopaus	
Premenstruella småblödningar	<ul style="list-style-type: none"> • Fysiologiskt åren före menopaus – behöver inte utredas eller behandlas om de är sparsamma och inte besvärande • Exspektans • Cykliskt gestagen • Hormontillskott i klimakteriet om besvärliga värmevallningar/svettningar, se s 507
Kontaktblödningar	<ul style="list-style-type: none"> • Se ovan
Övriga olaga blödningar, inkl anovulatoriska blödningar	<ul style="list-style-type: none"> • Gynekologisk undersökning för att utesluta infektion, cervixcancer, cervixpolyp, ovarialtumör och graviditet. Anemi – järnbristkontroll. • Cykliskt gestagen • Hormontillskott i klimakteriet om besvärliga värmevallningar/svettningar, se s 507 • Eventuellt järntillskott se s 500
Om blödningarna inte normaliseras vid hormonbehandling; remittera vidare. Indikationen för endometriediagnostik ökar hos kvinnor > 45 år, se s 502	
Postmenopausblödning	Blödning som inträffar > 1 år efter menopaus ska betraktas som endometrie-cancer tills motsatsen bevisats

kommer fysiologiskt efter mensdebut hos unga kvinnor och även hos kvinnor före menopaus. Dessa blödningar är alltid smärtfria och kan vara mycket rikliga. Vid långvarig östrogenpåverkan utan ägglossning produceras inget progesteron som gör att slemhinnan regelbundet avstöts. Så småningom blir livmoderns slemhinna då så tjock att den fläckvis går i nekros. Samtidigt som delar av slemhinnan växer till avstöts andra nekrotiserade delar. Ibland bildas en enkel hyperplasi.

Den unga kvinnan som söker för riklig smärtfri blödning, ofta klumpvis, som aldrig haft menssmärtor och som är trött, yr och har anemi är en typisk patient liksom 45-åringen med långdragna rikliga oregelbundna blödningar. Bägge kan behandlas med cykliskt gestagen, i det första fallet kan man avstå från gynekologisk undersökning om inte graviditetsmisstanke finns.

Postmenopausblödning

Mensliknande blödning inom 1 år efter sista mens behöver inte utredas. Småblödningar under de första 6 månaderna av kontinuerlig kombinerad hormonterapi (se s 507) kan också accepteras utan vidare utredning. Blödning från tarm eller urinvägar kan ibland tolkas som vaginal blödning.

Postmenopausblödning innebär blödning som uppträder > 12 månader efter sista mens. Den vanligaste orsaken är atrofiska lättblödande slemhinnor med eller utan samtidig infektion alternativt cervix- eller endometrie-polyp. Andra tänkbara orsaker är behandling med östrogen, även östriol, se s 507. Risken för malignitet ökar med åldern. I 65-årsåldern har färre än 10% med postmenopausblödning cancer i livmodern, medan 60% förklaras av detta vid 85 års ålder. Ovarialcancer och cervixcancer kan också ge blödningar efter menopaus.

Oavsett om man vid gynekologisk undersökning finner trolig förklaring till blödningen eller inte, krävs endometriediagnostik för att utesluta cancer i livmodern. Med ultraljudsundersökning via slidan kan tjockleken av livmoderns slemhinna mätas. En tunn slemhinna < 4 mm talar emot cancer. Endometriebiopsi med histologisk undersökning är tillräckligt för att utesluta endometrie-cancer.

Endometrie-cancer

Vid 75 års ålder förekommer cancer i endometriet hos 1%. Denna cancerform är vanligare hos kvinnor som inte fött barn, vid fetma, diabetes och vid östrogenbehandling utan gestagentillägg (9). Det är extremt sällsynt med denna cancerform före 40 års ålder, men kan förekomma vid uttalad fetma.

Debutsymtom är i 70% av fallen blödningar. Illaluktande blodiga flytningar kan förekomma ibland liksom menstruationsliknande smärtor. Förstadiet till cancer i livmoderkroppen är hyperplasi med olika typer av cellförändringar.

Behandlingen vid precancerösa tillstånd och vid konstaterad cancer i livmoderkroppen är bortoperation av livmoder och i vissa fall äggstockar. Ibland kompletteras operationen med strålbehandling. Prognosen vid tidig upptäckt är god. Vid lokaliserad tumör till livmoderkroppen är 5-årsöverlevnaden 87%.

Patologiskt cytologprov

Cytologprovsscreening

Alla kvinnor i Sverige mellan ca 25 och 60 års ålder kallas regelbundet till cytologprovtagning, vanligen vart 3:e år. Dessutom tas ett ansevärt antal extra prov, oftast på patientens begäran. Av ca 800 000 smear som tas årligen i Sverige innehåller ungefär 4% atypiska celler och knappt 1% medelsvår–svår dysplasi. Införandet av den gynekologiska hälsokontrollen på 60-talet har halverat incidensen av cervixcancer.

HPV-infektion är den viktigaste etiologiska faktorn vid cervixdysplasi och HPV kan återfinnas i majoriteten av cervixcancerar (100% av skivepitelcancer och 70% av adenocarcinom) (2). Särskilt HPV 16 och 18

har onkogen potential och båda ger platta kondylom som är synliga först efter ättiksyrapensling. HPV-typning ökar sensitiviteten när det gäller att upptäcka förstadiet till cervixcancer, men denna används ännu inte rutinmässigt. Observera att extra cytologprovskontroller inte är indicerade om patienten endast har spetsiga kondylom i vulva.

Två vaccin med lite olika profil, men där båda är verksamma mot HPV 16 och 18, är godkända för vaccination av flickor helst före sexualdebut. Från och med 2010 ingår vaccination mot HPV i det allmänna vaccinationsprogrammet för flickor 10–12 år. Se vidare kapitlet Vaccination av barn och ungdom, s 178.

Provtagnings-teknik

Portio ska inte torkas av och instrument utan glidslem används. Alltför blodrikt preparat försvårar bedömningen. Det är därför inte lämpligt att ta cytologprov under pågående blödning. Prov tas med spatel och/eller borste från portioytan och cervixkanalen. Preparatet stryks ut på objektglas och fixeras direkt. Provet är inte fullständigt utan endocervicala celler. Om cervixkanalen är trång och transformationszonen inte är synlig är det viktigt att provet tas tillräckligt långt in i cervixkanalen, helst med borste. Vid graviditet används dock bomullspinne eftersom cervix då är extra lättblödande.

Vad betyder cytologprovsvaret?

Atypier kan vara reversibla och förekommer ibland parallellt med inflammatoriska eller atrofiska förändringar. Cytologprovet blir oftast normalt efter behandling av infektionen med t ex klindamycin vagitorier i 3 dagar, alternativt lokal östrogenbehandling. Nytt prov tas efter 1 månad. Om atypin kvarstår ska patienten utredas med kolposkopi av gynekolog. Dysplasier (CIN 1–3) ska utredas med kolposkopi och rikta-de px, alternativt diagnostisk laser- eller LEEP-kon (diatermi).

Kontaktblödning

Symtomet kontaktblödning (samlagsblödning) förknippas av många patienter med cellförändringar och cancer, och patienter med dessa besvär ger ofta uttryck för stor oro.

Cervixdysplasier orsakar inte kontaktblödningar, däremot kan invasiv cervixcancer göra det. Dessutom finns en rad andra tillstånd som kan orsaka kontaktblödningar, t ex cervicit, cervixpolyp, exofytiska portiocondylom eller p-pillerpåverkan. Vid misstanke om cervicit bör klamydia uteslutas (se ovan och kapitlet Sexuellt överförbara sjukdomar, s 471). Cervixpolyper är lätta att avlägsna genom torkvering med ringtång. Portiocondylom kan avlägsnas med laser eller diatermi. P-piller gör att transformationszonen förflyttar sig ut på portioytan, varvid cylinderepitelet blir synligt som en ektopi. Den är ofta lättblödande. Samma fenomen kan iaktas vid graviditet.

Vid kontaktblödning utan annan förklaring eller vid persisterande kontaktblödningar trots behandling av t ex en cervicit eller polyp, måste cervixcancer uteslutas. Detta kan inte göras enbart med cytologprov eftersom falskt negativa prov förekommer i upp till 10%. Sensitiviteten för dysplasier är alltså större än för invasiv cervixcancer. Debutsymtommet kan också vara oprovocerade mellanblödningar eller missfärgade flytningar. En endocervikalt växande tumör kan länge vara helt utan symtom och upptäcks ibland pga att cervix är breddökad och tunnformad vid bimanuell palpation.

Cervixcancer

Utredningen av misstänkt cervixcancer görs på kvinnoklinik och inkluderar kolposkopi och biopsier. Cervixcancer drabbar både fertila och postmenopausala kvinnor och ca 60% är postmenopausala vid diagnos. Förstadiet (cervixdysplasi) kan upptäckas upp till 10 år tidigare och riskfaktorn är densamma dvs infektion med HPV. Det är inte ovanligt att kvinnor med cervixcancer av någon anledning inte deltagit i screeningprogrammet eller att det förekommit oklara atypier i tidigare cytologprov. Behandlingen av cervixcancer är i de flesta fall kirurgisk och innefattar en utvidgad, total hysterektomi samt avlägsnande av båda ovarierna (9). Östrogensubstitution är inte kontraindicerad efter cervixcancer (skivepitelcancer), eftersom det inte finns några hållpunkter för att denna cancerform påverkas av hormonella faktorer. De flesta

fall av cervixcancer upptäcks i tidiga stadi-er och 5-årsöverlevnaden vid lokaliserad tumör i cervix är 90–100%.

Utebliven mens

Primär amenorré betyder utebliven mensstart hos en 16-årig eller äldre flicka med normala sekundära könskaraktäristika eller hos en 14-årig eller äldre flicka utan normala könskaraktäristika.

Sekundär amenorré betyder utebliven mens under > 6 månader hos en kvinna i fertil ålder som tidigare menstruerat. Oligomenorré är menstruationer ≥ 6 veckors mellanrum. Orsakerna till sekundär amenorré och oligomenorré är desamma och utreds på samma sätt.

Vid sekundär amenorré återkommer menstruationerna oftast spontant, men i många fall finns en oro för fertiliteten. Ibland kan en underliggande endokrin sjukdom påvisas och den kan medföra fertilitetsproblem men också hälsoproblem pga över- eller underproduktion av östrogen.

Differentialdiagnoser och utredning

Inte sällan söker patienten efter att ha slutat med p-piller, kanske i syfte att bli gravid, och upptäcker då att menstruationerna inte kommer igång. I de fall menstruationerna inte återkommer inom 6 månader är orsaken till mensrubningen inte p-pillren. Dessa har endast maskerat en underliggande endokrin åkomma. Utredning bör startas efter 6 månaders amenorré och det gäller även efter p-piller-bruk. P-spruta kan ge upp till 1 års amenorré och det är lämpligt att starta utredning 9–12 månader efter den sista sprutan.

Observera att amenorré förekommer vid användning av alla typer av hormonella preventivmedel, men är särskilt vanligt vid p-spruta (ca 50%) och hormonspiral (ca 20%). Det är en förväntad hormonell effekt och kräver ingen utredning eller åtgärd.

De vanligaste orsakerna till sekundär amenorré/oligomenorré är polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS), hypotalam amenorré och hyperprolaktinemi. Därefter kommer prematur ovariell insufficiens. Dessa tillstånd kan i regel diagnostiseras och skiljas åt med hjälp av anamnes och hormonpro-

Tabell 3. Provsvar vid endokrina rubbningar (2)

Hormonprov	PCOS	Hypotalam amenorré	Hyperprolaktinemi	Prematur ovariell insufficiens
S-FSH	Normalt/lågt	Normalt/lågt	Normalt	Högt
S-LH	Normalt/högt	Normalt/lågt	Normalt	Normalt/högt
S-Prolaktin	Normalt/i överkant	Normalt	Högt	Normalt
S-TSH	Normalt	Normalt	Normalt/högt	Normalt
S-SHBG	Lågt	Normalt	Normalt	Normalt
S-Testosteron	Normalt/i överkant	Normalt	Normalt	Normalt

ver. Graviditetstest tas alltid i början av utredningen. Kroppsvikt för bedömning av BMI ska också alltid ingå. I Tabell 3, presenteras ”typ-svar” på hormonproverna vid de fyra vanligaste endokrina rubbningarna som orsakar amenorré.

För bedömning av den endogena östrogenproduktionen kan ett sk gestagentest göras. Detta är positivt om en gestagenkur på 10 dagar orsakar en efterföljande blödning och är då tecken på att tillräckligt höga östrogennivåer finns för en biologisk effekt.

De vanligaste orsakerna till primär amenorré är missbildningar och/eller kromosomrubbningar. Utredningen görs av specialist i gynekologi och kompletteras då med en kromosomanalys och ett östrogen-gestagentest. Dessutom finns en rad ovanliga orsaker både till primär och sekundär amenorré, vilka tas hänsyn till vid specialistbedömning (2).

Diagnos och behandling

PCOS

Symtomatologin varierar och enligt nya diagnoskriterier ska 2 av 3 symtom/fynd finnas för diagnos. De 3 möjliga symtomen/fynden är oligo- eller amenorré, klinisk eller biokemisk hyperandrogenitet och polycystiska ovarier (ultraljudsdiagnos). Etiologin är oklar men både genetiska faktorer och miljöfaktorer har betydelse, och hälften av kvinnorna som får diagnosen är feta.

Oligo-/amenorré, med oro för fertiliteten, eller hirsutism är de vanligaste orsakerna till att patienten söker läkare primärt. Behandlingen inriktas på det symtom som patienten för tillfället anser vara det största

problemet. Vid övervikt är viktreduktion den allra mest väsentliga åtgärden eftersom det i sig kan göra att tillståndet förbättras.

Kvinnor med PCOS diagnostiseras och behandlas oftast av gynekolog, som vid fertilitetsproblematik kan behandla med ovulationsstimulerande läkemedel. Dessa har god effekt vid PCOS och det finns också ett starkt vetenskapligt underlag för att klomifen i kombination med metformin återställer ovulationerna.

I de fall hirsutism är det centrala symtomet används i första hand ett östrogenprofilerat p-piller t ex Yasmin och Desolett.

Eftersom det vid PCOS föreligger höga nivåer av östrogen, och frånvaro av progesteron, måste regelbundna avstöttningsblödningar åstadkommas för att skydda mot uppkomst av endometriecancer. Cyklisk gestagenbehandling rekommenderas därför till kvinnor som inte önskar någon annan behandling.

Hypotalam amenorré

Hypotalam amenorré orsakas oftast av hård fysisk träning och/eller viktnedgång. I extremfallet är orsaken anorexi. Patienten är oftast en ung kvinna. Stress kan också vara en utlösande faktor, men ibland finner man ingen konkret orsak.

Ovulationerna återställs i regel om träningsintensiteten minskas och vikten ökar. Om patienten haft amenorré under längre tid än 1 år ska DEXA-mätning göras för kontroll av bentäthet, alternativt ges östrogenbehandling i form av p-piller eller hormonell terapi (HRT). Eftersom patienten i regel är i en ålder då hon normalt ska bygga upp sitt skelett (peak bone mass), är det ex-

Terapirekommendationer – Amenorré (10)

PCOS	<ul style="list-style-type: none"> • Cykliska gestagener, t ex 10 mg noretisteron eller medroxiprogesteron/dag i 10 dagar varje månad ges för reglering av blödningarna och endometrieskydd^a. • Östrogenprofilerade p-piller reglerar blödningarna och minskar besvär med akne och hirsutism^a.
Hypotalam amenorré	<ul style="list-style-type: none"> • Sekventiell HRT, t ex estradiolvalerat 2 mg/dag i kombination med noretisteron 1 mg/dag i 12 dagar/månad ges vid amenorré > 6 månader och/eller påvisad osteopeni.
Hyperprolaktinemi	<ul style="list-style-type: none"> • Kabergolin 0,5–1 mg 1 gång/vecka rekommenderas och evidensen för detta är god.
Prematur ovariell insufficiens	<ul style="list-style-type: none"> • HRT, t ex 2 mg estradiolvalerat i kombination med gestagen, sekventiellt eller kontinuerligt fram till 50-årsåldern som profylax mot osteoporos^b.

a. Troligen effektiv behandling enligt Clinical Evidence (<http://clinicalevidence.bmj.com>).

b. Effektiv behandling enligt Clinical Evidence.

tra viktigt att det inte går alltför lång tid med låga östrogennivåer.

Hyperprolaktinemi

Under amning finns en fysiologisk hyperprolaktinemi som orsakar amningsamenorré. Ibland finns dock en överproduktion av prolaktin utan föregående graviditet och då är orsaken ofta ett s k mikroadenom vilket diagnostiseras med MR-undersökning av hypofysen. Vissa läkemedel, t ex neuroleptika och anti epileptika, kan ge hyperprolaktinemi. Hypotyreoos kan också orsaka en sekundär hyperprolaktinemi som normaliseras vid behandling.

Patienter med hyperprolaktinemi söker oftast för amenorré och/eller galaktorré. Ibland förekommer dock spontan eller provocerad galaktorré utan förhöjt prolaktin, särskilt hos kvinnor som tidigare fött barn.

Behandlingen är medikamentell, även vid påvisat mikroadenom, och utgörs av dopaminagonister. Fertiliteten återställs med denna behandling. Patienterna utreds och behandlas av gynekolog eller endokrinolog (se om hypofystumörer i kapitlet Kortikosteroider och hypofyshormoner, s 647).

Prematur ovariell insufficiens (Prematur menopaus)

Om amenorré inträffar före 40 års ålder och man kan påvisa att orsaken finns på ovariell nivå benämns den prematur ovariell insufficiens. Tillståndet fluktuerar ofta och hos 90% kan ingen underliggande orsak påvisas. Dessa patienter bör handläggas av gynekolog. I sällsynta fall är orsaken att patienten har en s k Turner-mosaik i sin kromosomuppsättning. Det innebär att det

både finns celler med XO och XX uppsättning av könskromosomer. Därför ingår alltid kromosomutredning.

Östrogensubstitution rekommenderas fram till 50-årsåldern för att minska risken för osteoporos. Detta gäller också kvinnor som av olika benigna anledningar fått båda sina ovarier avlägsnade kirurgiskt. Vanliga östrogenpreparat för klimakteriebesvär används. Den nya lagen om äggdonation gör att kvinnor med ovariell insufficiens numera har en möjlighet att kunna bli biologiska mödrar.

Vid iatrogen prematur menopaus (efter kirurgi eller cytostatikabehandling) görs ibland ovulationsstimulering i förväg var efter äggen kan bevaras nedfrysta för senare IVF-behandling.

Hirsutism

Hypertrikos (ökad behåring generellt) är vanligt hos vissa befolkningsgrupper, t ex sydeuropeer, och detta är inte tecken på hormonell rubbning. De flesta kvinnor som söker läkare för hirsutism har i själva verket en genetisk hypertrikos. Med hirsutism menas ökad behåring av manlig typ, dvs skäggväxt, ”raggar-sträng” på magen, hår på bröstet och insidan av låren. Den vanligaste orsaken till hirsutism är PCOS. Vid PCOS kan ett östrogenprofilerat p-piller ha god effekt på hirsutismen.

Tillståndet bör utredas och behandlas av eller i samråd med gynekolog.

PCOS och metabola syndromet

Det finns ett påvisat samband mellan PCOS och det metabola syndromet, dvs hypertoni, hyperlipidemi och typ 2-diabetes, särskilt

vid samtidig fetma. Ofta söker patienten primärt för menstruationsstörning och/eller hirsutism. Den primära utredningen bör, förutom hormonprover, omfatta kontroll av blodtrycket samt analys av blodfetter, P-glukos och P-insulin. Ibland behöver peroral glukosbelastning göras.

Utredning och behandling av PCOS sker primärt av gynekolog. Eftersom PCOS innebär ökad risk för hjärt-kärlsjukdom behöver dessa patienter följas upp regelbundet i primärvården avseende riskfaktorer. Viktreduktion är central i behandlingen av obesa PCOS-kvinnor. Det finns inga studier som visar effekt av viktreducerande läkemedel vid PCOS.

Klimakteriebesvär

Det normala klimakteriet

Blödningsrubbingar beroende på ovariell svikt är vanliga under åren före menopaus. Dessutom drabbas 50–75% av alla kvinnor i denna ålder av vasomotoriska besvär som värmevallningar, svettningar och hjärtklappning. Besvären är i regel mest uttalade nattetid och sömnstörningar är vanliga, ibland med sekundära problem som nedstämdhet och koncentrationssvårigheter. Menstruationerna upphör vid 45–55 års ålder (median 51 år), men besvären kan börja flera år innan. Av de kvinnor som har besvär är 80% besvärsfria efter 5 år, men en mindre grupp kvinnor fortsätter att svettas i 10–20 år och längre. Östrogenbrist är en känd riskfaktor för osteoporos och incidensen av frakturer ökar markant efter klimakteriet (2).

Symtom på urogenital atrofi förekommer hos 20–50% av alla kvinnor. Typiska symtom är torrhets känsla, smärtor vid samlag, ytliga blödningar, flytning pga infektion (atrofisk kolpit, se Tabell 1, s 498), miktionsveda och trängningar. Den högsta förekomsten av besvär rapporteras några år efter menopaus och den urogenitala atrofien är, till skillnad från andra klimakteriesymtom, bestående om den inte behandlas. Den subjektiva upplevelsen av symtom kan dock förändras spontant.

Diagnos och indikationer för behandling

En typisk anamnes räcker för diagnos av klimakteriebesvär och hormonprover, t ex

Tabell 4. WHI: Nyttan respektive risk med kombinerad HRT respektive enbart östrogen. Ökning/minskning av antal fall per 10 000 kvinnoår när medelåldern var 65 år vid behandlingens start (12,13).

Diagnos	Kontinuerlig kombinerad HRT	Östrogen enbart
Hjärtinfarkt	+7	-5
Stroke	+8	+14
Lungemboli	+8	+7
Bröstcancer	+8	-7
Höftfraktur	-5	-5

S-FSH, behövs inte. Ibland kan det dock vara indicerat att ta tyreoidprover om det finns andra symtom, förutom svettningar, som leder tankarna till tyreotoxikos. Blodmalignitet kan också orsaka nattliga svettningar, men då förekommer även andra symtom.

Vasomotoriska symtom, som försämrar livskvaliteten, är den enda godkända indikationen för hormonell substitutionsbehandling idag (11). För 10 år sedan fanns, utifrån en del epidemiologiska data, stora förhoppningar om att hormonell substitutionsterapi (HRT) skulle kunna minska postmenopausala kvinnors sjuklighet och dödlighet genom att skydda mot hjärtinfarkt och demenssjukdomar. Dessa grusades av en stor randomiserad, kontrollerad studie (Women's Health Initiative, WHI) som visade att HRT i själva verket kan öka risken både för hjärtinfarkt och demens efter 5 år när medelåldern före behandlingsstart var 65 år (12,13). Resultaten från WHI har bidragit till nya behandlingsrekommendationer både för klimakteriebehandling och osteoporos. Nyttan respektive risk med behandlingen i absoluta risktal uppmätta i studien redovisas i Tabell 4. Senare studier, inklusive separat analys av de yngsta kvinnorna i WHI-studien, har visat att HRT från menopaus och några år framåt kan ge en positiv nytta-riskbalans men några särskilda behandlingsrekommendationer för denna grupp finns inte (14).

WHI kunde också visa att livskvaliteten inte förbättrades med HRT hos postmeno-

pausala kvinnor utan klimakteriesymtom. Det finns inget vetenskapligt underlag för att HRT skulle minska risken för depression efter menopaus. Däremot har en förbättrad livskvalitet kunnat påvisas hos kvinnor som fått behandling mot klimakteriebesvär, sannolikt pga förbättrad sömn.

Risker och kontraindikationer vid HRT

Det finns ett starkt vetenskapligt underlag för att kombinerad HRT måttligt ökar risken för bröstcancer vid 5 års behandling eller mer. I absoluta tal (baserat på alla idag tillgängliga studier) ökar risken från 7% hos obehandlade kvinnor i åldern 50–75 år till 9% vid 5–10 års behandling i samma åldersgrupp. Efter avslutad behandling återgår risken till basnivå inom 5 år.

I en stor epidemiologisk studie från Storbritannien (Million Women Study, MWS) (15) sågs en ökad bröstcancerriks för alla typer av behandlingar, men risken var signifikant högre vid kombinationsbehandling jämfört med östrogen enbart och tibolon. Mammografistudier har också visat att kontinuerlig kombinerad behandling ger ökad täthet jämfört med sekventiell behandling, tibolon och östrogen enbart. Kvinnor med tidigare bröstcancer avråds från all HRT. Försiktighet rekommenderas om kvinnan har ärftlighet för bröstcancer. Tidigare långvarigt p-pillerbruk har i begränsade studier visats kunna öka risken för bröstcancer vid HRT, men här behövs flera studier (se även kapitlet Sjukdomar i bröstkörteln, s 567). Mammografi rekommenderas med 2-årsintervall vid behandling med HRT. Vaginal behandling mot atrofibesvär ökar inte risken för bröstcancer och kan förskrivas även till bröstcanceropererade. Undantag är kvinnor som behandlas med aromatashämmare (t ex anastrozol).

Det finns ett starkt vetenskapligt underlag för att HRT (både kombinationsbehandling och östrogen enbart) ökar risken för blodpropp och stroke. Risken förfaller vara störst i början av behandlingen och sannolikt finns individuella riskfaktorer. Tidigare genomgången tromboembolisk sjukdom, känd koagulationsdefekt eller andra tillstånd som ökar tromboserisken är därför kontraindikationer. Det är viktigt att informera patienten om att HRT bör sättas ut

vid långvarig immobilisering och 4–6 veckor innan kirurgiska ingrepp.

Behandlingsrekommendationer

Läkemedelsverket publicerade 2004 följande rekommendationer för behandling med medelpotenta östrogener (11).

- Behandlingen ges med lägsta effektiva dos (börja med 0,5–1 mg östradiol), utsättningsförsök görs årligen och behandlingen avslutas inom 5 år. Regelbundna mammografiundersökningar rekommenderas.
- Kvinnor som genomgått hysterektomi ska ta enbart östrogen.
- Under åren närmast menopaus ger sekventiell behandling bäst blödningskontroll.
- 1–2 år efter menopaus kan en sekventiellt utglesad regim med östrogen kontinuerligt och gestagen i 14 dagar, varannan eller var tredje månad, ges. Om kvinnan har starka önskemål om att slippa blödningar kan kontinuerlig kombinerad behandling användas. Den utglesade behandlingen ger sannolikt minst påverkan på bröstet och mindre humörbiverkningar hos känsliga kvinnor (tidigare PMS-besvär) i jämförelse med den kontinuerligt kombinerade.
- Östrogen är inte förstahandsbehandling vid osteoporos i klimakteriet och bör användas endast vid samtidiga klimakteriebesvär.

Östrogenbehandling, oavsett kombination med gestagen eller inte, och oavsett regim och tillförselsätt, har god effekt mot svettningar och värmevallningar (evidensstyrka 1 enligt SBU) (16). Östrogenbehandling kan ges både peroralt och transdermalt, i form av gel eller plåster. Vid transdermal behandling undviker man första passagen i levern, men för friska kvinnor finns det ingen dokumenterad skillnad i effekt eller biverkningar. Transdermal behandling är dyrare än peroral. Gestagenet kan tillföras i form av tabletter, eventuellt i en fast kombination, eller via en hormonspiral. Vid gestagenbiverkningar (humörförändringar/bröstspänningar) kan

Terapirekommendationer – Klimakteriet (11)	
Vasomotoriska symtom	
Vid kvarvarande livmoder	<p>Sekventiell behandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> Östradiol 1–2 mg dagligen i kombination med 10 mg medroxiprogesteronacetat (MPA) eller 1 mg noretisteronacetat (NETA) per dag i 12 dagar/månad. Till kvinnor < 45 år rekommenderas den högre östradioldosen (2 mg/dag), till kvinnor > 45 år den lägsta östradioldosen som ger symtomlindring. Utglesning av gestagentillägget till maximalt var 3:e månad (dubblad gestagendos i 14 dagar) kan ske 1–2 år efter menopaus. <p>Kontinuerlig kombinerad behandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> Östradiol 0,5–2 mg dagligen i kombination med t ex NETA 0,1–1 mg dagligen eller MPA 2,5–5 mg dagligen kan prövas 1–2 år efter menopaus. Dessa kombinationer ger blödningsfrihet. Den lägre östradioldosen (1 mg) rekommenderas i de flesta fall.
Utan kvarvarande livmoder	<ul style="list-style-type: none"> Östradiol 1–2 mg/dag
Urogenitala besvär	<ul style="list-style-type: none"> Östriol vaginalkräm eller slidpiller (receptfritt) alternativt östradiol vaginaltabletter eller vaginalinlägg, i andra hand östriol tabletter 1–2 mg/dag.

utglesad, sekventiell terapi fungera bäst. Byte av gestagentyp kan också prövas alternativt att sänka östrogendosen. Dosen 10 mg MPA motsvarar 1 mg NETA vad gäller effekt på endometriet.

Tibolon är en syntetisk steroidprekursor som har östrogena, gestagena och androgena effekter. Den är dyrare än konventionell östrogenbehandling, men kan vara ett andrahandsalternativ vid humörbiverkningar eller vid libidostörningar. Tibolon ger en blödningsfri behandling och insätts tidigast 2 år efter menopaus.

Lågdos östrogenbehandling används mot urogenitala besvär som sveda, samlagsmärtor, urinträngningar, urinvägsinfektioner som beror på atrofiska slemhinnor. Vid peroral behandling med östriol finns en liten ökad risk för endometriehyperplasi, men gestagentillägg anses inte behövas. I stället rekommenderas i första hand lokalbehandling (se Terapirekommendationerna, ovan).

Utsättning kan ske på det sätt som kvinnan önskar. Enligt randomiserade studier är det ingen skillnad vad gäller återfall av symtom eller återupptagande av behandlingen mellan kvinnor som slutar abrupt och kvinnor som trappar ner successivt.

Alternativa behandlingar

De påvisade potentiella riskerna med östrogenbehandling har gjort att intresset för alternativa behandlingar är stort, både hos

patienter, läkare och läkemedelsindustrin. Det bästa underlaget för alternativ farmakologisk behandling finns för SSRI- och SNRI-preparaten. Evidensen är bäst för SNRI som visar en halvering av antalet värmevallningar men också en hög frekvens av biverkningar (17). Dessutom finns ett fåtal begränsade studier som visar viss effekt av akupunktur, avslappningsprogram och fysisk aktivitet. Man ska dock komma ihåg att placeboeffekten i de studier av östrogenbehandling som SBU värderade var så hög som 50%.

Vissa naturmedel/läkemedel innehåller östrogena substanser från växtriket (fytoöstrogen) t ex silverax som har effekter på endometriet. Därför rekommenderas att behandlingen begränsas till maximalt 6 månader och vid blödning bör genast en endometriebiopsi ombesörjas. En Cochrane-analys visade att fytoöstrogener inte har bättre effekt än placebo (18).

Premenstruell dysfori (PMS/PMDD)

Differentialdiagnoser och utredning

Premenstruella humörsvängningar som påverkar det dagliga livet drabbar ca 10% av kvinnor i fertil ålder. Ilska, nedstämdhet, snabba humörsvängningar, bröstspänningar, aptitökning är vanliga symtom och dessa uppträder enbart 1–2 veckor före mens och avklingar vid mensstart. Det är vanligt att symtomen har olika intensitet i olika cykler,

sannolikt beroende på att hormonnivåerna kan variera. Symtomen förvärras ofta av stress och annan yttre påverkan.

Svår PMS (premenstruell spänning) eller PMDD (Premenstrual Dysphoric Disorder) anses föreligga om symtomen påtagligt interfererar med dagliga aktiviteter. Diagnosen ställs via dagliga symtomskattningar under 2 cykler. Det är inte ovanligt att kvinnan i själva verket har en depression eller en ångestsjukdom, som möjligen försämras premenstruellt men som kräver en annan behandlingsstrategi. Detta uppenbaras enbart genom prospektiva symtomskattningar.

Behandling

Det finns ett vetenskapligt underlag för att både äldre antidepressiva preparat (t ex klomipramin) och modernare SSRI-preparat har god effekt på humörsymtomen vid PMS (19). Lägsta "depressionsdos" brukar vara tillräcklig och effekten är faktiskt bättre vid intermittent (1–2 veckor före mens) än vid kontinuerlig behandling. Citalopram 10–20 mg/dag i 14 dagar före mens är en vanlig rekommendation. Sexuella biverkningar som nedsatt libido och orgasm dysfunktion är vanliga vid behandling med SSRI, men dessa biverkningar avtar snabbt vid behandlingsuppehållet. Det är viktigt att särskilt informera patienten om dessa biverkningar i förväg. Trots ett evidensbaserat underlag har inget av SSRI-preparaten indikationen PMS/PMDD i Sverige, vilket patienterna bör informeras om. SNRI-preparat, som idag ofta ges vid depression, har betydligt sämre effekt vid PMDD och bör inte användas på denna indikation.

Moderna p-piller med ett gestagen som är besläktat med spironolakton (drospirenon) har visat sig effektivt vid PMDD (20). Äldre typer av p-piller brukar oftast förvärra besvären. Det finns inget vetenskapligt underlag för att hormonspiral skulle kunna minska besvären vid PMDD.

Låga buksmärtor

Differentialdiagnoser och utredning

Vid kombinationen akuta buksmärtor och blödning bör man alltid ha en eventuell graviditet eller infektion i åtanke hos kvinnor i

fertil ålder. Vid akuta nedre buksmärtor utan blödning är appendicit, divertikulit, inklämt bräck, blåskatarr och uretärsten viktiga differentialdiagnoser till gynekologiska åkommor.

Kroniska bäckensmärtor ses vid endometriosis, IBS (irritable bowel syndrome) (se kapitlet Tarmkanalens funktionsrubbnings, s 126), IBD (inflammatory bowel disease) (se kapitlet Inflammatoriska tarmsjukdomar, s 126) och kronisk inflammation i bäckenet. Kroniska bäckensmärtor kan också vara ett uttryck för depression, sexuell problematik, våld i hemmet eller oro för allvarlig sjukdom. Om smärtorna är cykliska eller om de är förenade med samlag är sannolikheten högre för gynekologisk åkomma. Sannolikheten för fibros och adherenser som ges till kroniska buksmärtor är större vid anamnes på perforerad appendicit och upprepade bukoperationer.

Låga buksmärtor + blödning

Utomkvedshavandeskap

En graviditet utanför livmodern förekommer vid ca 2% av alla graviditeter. Småblödningar, bruna flytningar och värk i buken förekommer nästan alltid, ibland kombinerat med vanliga graviditetssymtom. Blödning inne i buken kan orsaka svåra smärtor och chock. Hos en ung kvinna utan misstanke på graviditet som söker för lindrigare buksmärtor och blödning kan man med ett vanligt graviditetstest i princip utesluta utomkvedshavandeskap. Om patienten är påverkad eller intensivt öm vid palpation måste man remittera vidare till kvinnoklinik för ultraljud och eventuellt laparoskopi.

Behandlingen är medicinsk eller kirurgisk.

Spontanabort

Blödning i tidig graviditet förekommer vid drygt 1/4 av alla graviditeter. Hälften av de som haft en tidig blödning fullföljer en normal graviditet, blödningen är då ofta lätt och smärtfri. Risken för missfall är betydligt större vid riklig blödning och mensliknande smärtor. Missfall behandlas med exspektans och ultraljudskontroller, medicinskt eller med skrapning.

Tabell 5. Effekten av olika behandlingar vid smärtsamma menstruationer (21,22^a)

Behandling	Effekt
NSAID <ul style="list-style-type: none"> • Ibuprofen 200–400 mg 2–3 gånger/dygn. Receptfritt • Naproxen 250–500 mg 2–3 gånger/dygn, högst 1 250 mg/dygn. Receptfritt • Diklofenak 50–100 mg. Högst 150 mg/dygn fördelat på 1–3 doseringstillfällen. Receptfritt • Ketoprofen 50–100 mg. Högst 200 mg/dygn fördelat på 2–3 doseringstillfällen. 	Effektiva
<ul style="list-style-type: none"> • Lokal värme (39 °C t ex varmvattenflaska) • Paracetamol 0,5–1 g 1–4 gånger/dygn • Akupressur • Tiamin 100 mg dagligen långtidsbehandling • Toki-shakuyaku-san (örtextrakt) 2,5 g 3 gånger/dygn långtidsbehandling • Vitamin E 330–500 mg/dag i 3–10 dagar före väntad menstruation till och med dag 3–4 under menstruationen. • TENS 	Troligen effektiva
<ul style="list-style-type: none"> • Akupunktur 	Obedöbar effekt
<ul style="list-style-type: none"> • Kombinerade p-piller 	Större placebokontrollerade studier saknas men erfarenhetsmässigt god effekt

a. Referens 21 avser hela tabellen. För kombinerade p-piller dessutom referens 22.

Dysmenorré

Smärtsamma menstruationer förekommer hos hälften av alla kvinnor och hos 10% inverkar smärtorna på det dagliga livet. Primär dysmenorré förekommer ofta familjärt, börjar oftast i samband med mensdebut och förutsätter ägglossning. Smärtorna är ofta associerade med illamående, svimningskänsla och är vanligare vid stora mensblödningar. De tenderar att bli lindrigare med åren och förbättras efter graviditet.

NSAID är förstahandsval, ingen säker skillnad i effektivitet eller säkerhet mellan olika NSAID har påvisats. Paracetamol och kombinerade analgetika kan också provas. Om de nya lågdoserade kombinerade p-pillren hjälper vid dysmenorré är otillräckligt studerat, men erfarenhetsmässigt är effekten ofta god. Ett monofasiskt, gestagenprofilerat p-piller rekommenderas vid dysmenorré (se kapitlet Antikonception och aborter, s 519). Se i övrigt Tabell 5.

Vid smärtsamma menstruationer som uppträder senare i livet bör man leta efter en underliggande orsak som t ex spiralkomplikation, endometrios, myom eller kronisk inflammation.

Spiralkomplikation

En kopparspiral ger ofta rikligare blödningar och kan ge ökad dysmenorré. Buksmärta och blödning efter spiralinsättning kan i sällsynta fall tyda på perforation av livmodern. En insatt spiral kan ibland ändra läge och ge upphov till smärta och blödning. En ultraljudsundersökning ger besked om spiralläget.

Endometrios

Vid endometrios återfinns livmoderslemhinna utanför livmodern, ofta på ovarier, bäckenligament och i fossa Douglasi. Etiologin är oklar. Typiska symtom är buksmärta, som är värst under menstruation och djup smärta vid samlag, men smärtorna kan förekomma under hela menscykeln. Ofta finner man ömhet bakom livmodern vid gynekologisk undersökning och ibland kan s k chokladcystor palperas på äggstockarna.

Diagnosen ställs av gynekolog med ultraljud och laparoskopi och behandlingen går ut på att minska smärtan. NSAID är förstahandsterapi. Nästa steg är hormonell behandling i form av kontinuerlig gestagenterapi eller kombinerade p-piller. Behandlingen initieras av gynekolog och bör ges under minst 6 månader.

Låga buksmärtor utan blödning

Ovarialcystor

Corpus luteum-cystor är fysiologiska och bildas efter ägglossning. En blödning kan plötsligt ske inne i cystan och ge akut isätande ensidig låg buksmärtor. Mer ovanligt är att blödningen blir så stor att cystan spricker och blödningen sker ut i buken med peritonitretning och till och med chock som följd.

Follikelcystor är också fysiologiska, och bildas runt ägget. De kan finnas kvar över flera menstruationscykler och ge smärta i samband med att de rupturerar. Ett akut ingrepp blir då nödvändigt för att rädda ovariet. Kvinnor som använder kombinerade p-piller, speciellt monofasiska, får inte denna typ av cystor, eftersom ägglossningen effektivt hämmas.

Andra typer av cystor som också kan ge smärtor vid torsion eller kraftig tillväxt är dermoidcystor som är godartade.

Ovarialcancer

Ovarialcancer debuterar sällan med buksmärtor, men vid torsion, blödning eller ruptur uppkommer akut smärta. Smärta vid endometrie- och ovarialcancer uppkommer ofta inte förrän sent i förloppet.

Torkverat myom

Ett skafat myom kan ge upphov till akuta smärtor om det torkveras.

Cervicit/salpingit

Smärtor i samband med ökad mängd flytning kan vara tecken på cervicit/salpingit. Ibland förekommer småblödningar och vid samtidig uretrit urinträngningar och sveda. Vid cervicit är cervix ofta lättblödande. Vid salpingit finns ömhet över adnexa (oftast båda sidor) och uterus kan vara rucköm. Klamydiaorsakade salpingiter kan dock vara nästan symtomfria. Se vidare i avsnittet Vaginala flytningar, s 496, samt kapitlet Sexuellt överförda sjukdomar, s 471.

Bäckendysfunktion

Smärtor som patienten relaterar till den gynekologiska sfären kan ibland vara orsakade av spända ligament och muskler kring bäckenet. Gynekologiska sjukdomar och operationer kan också ge sekundär smärta

Anamnes vid kroniska nedre buksmärtor

- Hur började symtomen?
- Duration?
- Cyklisk smärta?
- Smärta vid samlag?
- Gastrointestinala symtom?
- Tidigare undersökningar/behandlingar?
- Hur påverkas livet av smärtan?
- Önskemål om graviditet?

från bäckenets ligament och muskler. Sannolikt finns också inslag av inflammation. Smärtorna är oftast kroniska, men kan ibland vara mer akuta. Manipulationsbehandling enligt principerna för ortopedisk medicin eller annan sjukgymnastisk behandling kan då ha positiv effekt. Området är dock ofullständigt utforskat och den kunskap som finns bygger på erfarenhet. Det är viktigt att säkert utesluta pågående gynekologisk åkomma som orsak till smärtorna innan man remitterar till sjukgymnast.

Kroniska bäckensmärtor

Långvariga smärtor i bäckenet är ofta kombinerade med smärtor vid samlag. Symtomen väcker oftast mycket oro kring bakomliggande allvarlig sjukdom, fertilitet m m. Om en gynekologisk undersökning, inklusive ultraljud, är normal finns sällan organisk orsak till smärtorna. Upplevda övergrepp, våld, sexuell problematik eller depression kan ha utlöst symtomen. Se vidare i avsnittet Sexuella problem, s 514. Om smärtorna kvarstår trots lugnande besked om normala undersökningsfynd eller om det finns traumatiska upplevelser med i bilden är remiss ofta nödvändig.

Bäckenresistens

Differentialdiagnoser och utredning

De vanligaste orsakerna till en resistens i nedre delen av buken är graviditet, myom och ovarialcysta. Andra mer ovanliga orsaker är endometriosis, urinretention, ärrvävnad vid kronisk inflammation i bäckenet och malignitet (ovarialcancer, tarmcancer, uteruscancer). Vid förstoppning kan avföring uppfattas som bukes resistens och vid divertikulit palperas en ömmande resistens.

Om graviditet kan uteslutas och man palperar en resistens i lilla bäckenet kan det vara svårt att avgöra om resistensen utgörs av en ovarialtumör eller uterusmyom. Myom är oftast symtomlösa men kan ge rikliga, ibland smärtsamma menstruationer, tyngdkänsla och trycksymtom i form av urinträngningar. Hos kvinnor < 35 år är ovarialtumörer nästan uteslutande godartade. Hos kvinnor > 50 år är hälften cancer.

Ovarialcancer debuterar oftast med diffusa buksymtom i form av diffus smärta, uppspändhet och ökat bukomfång (7). Vanliga debutsymtom är också trängningar till vattenkastning och förändrade avföringsvanor. Gynekologiska symtom, t ex blödning förekommer hos var 5:e kvinna med ovarialcancer. Ibland är en palpabel tumör det som för patienten till doktorn. Trötthet, dålig aptit, viktminskning och feber kommer ofta senare i förloppet. Cancer i ett ovarium är oftast primär, men kan också vara metastaser från bröst eller tarm.

Diagnos och behandling

Myom

Myom upptäcks ofta accidentellt vid undersökning och förekommer hos 30% av kvinnor > 30 år – mycket sällsynt före 20 års ålder. Myomen sitter oftast i livmoderväggen, men kan även vara skaftade, och består av muskelvävnad och bindväv. De kan växa fram till menopaus men minskar sedan eller försvinner helt. Det bildas aldrig nya myom efter menopaus. Om diagnosen är svår att ställa med enbart palpation kan den konfirmeras med ultraljud.

Myom är ofta symtomlösa, men kan ge långvariga och rikliga menstruationer som behandlas medicinskt med tranexamsyra eller hormonspiral (se s 500). Vid svåra symtom är hysterektomi botande. Ultraljudsverifierade myom behöver inte följas på något sätt, förutom med Hb-kontroller vid rikliga blödningar.

Ovariecysta

Ensidiga cystor, som innehåller vätska och är < 5 cm, är nästan alltid godartade follikel- eller corpus luteumcystor (se s 511). När man vid undersökning finner en slät, rörlig mindre resistens motsvarande ovariet hos kvinnor < 40 år kan man därför i

första hand palpera om efter 6–8 veckor. Om cystan kvarstår efter 6–8 veckor bör vidare undersökning göras med ultraljud och eventuellt laparoskopi. Större resistenser bör föranleda remiss till specialist. Den vanligaste solida tumören hos unga kvinnor är dermoidcysta som är en godartad tumör.

Ovarialcancer

Ovarialcancer är sällsynt före 35 års ålder. Risken ökar med ökad ålder, vid ärftlighet och vid tidigare bröstcancer. Risken är halverad för användare av kombinerade p-piller och minskar ju flera graviditeter man haft. 5–10% av all ovarialcancer är ärftlig, kopplad till vissa genmutationer – stark misstanke på denna form finns om minst 2 förstegradssläktingar har ovarialcancer eller fått bröstcancer i unga år. För att fastställa diagnos och utbredning görs laparotomi med provexcisioner.

Ovarialcancer behandlas med operation, ofta i kombination med cytostatika. Ovarialcancer upptäcks tyvärr ofta sent pga diffusa symtom. När diagnosen ställs har sjukdomen redan spritt sig i 3/4 av fallen med dålig prognos som följd.

Endometrie cancer

Endometrie cancer manifesterar sig i undantagsfall som palpabel tumör i buken, då med samtida blödningar, se s 501.

Endometriosis

Endometriosis, se s 510.

Kronisk inflammation i lilla bäckenet

Kronisk inflammation i lilla bäckenet, se s 511.

Smärta/tyngdkänsla i vulva

Differentialdiagnoser och utredning

Akuta smärtor i vulva orsakas oftast av infektioner. Genital herpes simplex, särskilt primärskov, kan ge kraftig svullnad och smärta, allmänpåverkan och miktionsproblem. Urinretention kräver ibland kateterbehandling. Se vidare i kapitlet Sexuellt överförda sjukdomar, s 471.

Candidavulvit kan orsaka akuta smärtor och svullnad, och bartolinit ger ibland akut

och intensiv lokaliserad smärta vid abscessbildning.

Dermatoser, eksem och lichen sclerosus, kan vid kraftig klåda ge fissurer och ulcerationer som i sin tur kan sekundärinfekteras med bakterier. En del ovanliga sexuellt överförda sjukdomar (t ex syfilis) och systemsjukdomar (t ex Mb Crohn) kan ge ulcerationer i vulva.

Sexuellt våld kan ge utbredda hematom i vulva eftersom vävnaden är lucker och kärlik. Uttalad atrofi av slemhinnorna hos kvinnor i klimakteriet kan ge ytliga ulcerationer och smärtor.

Lokaliserad svullnad och tyngdkänsla i vulva kan utgöras av en prolaps eller en bartolinicysta. Förändringar som ses med blotta ögat och/eller kan palperas är i regel lätta att diagnostisera vid undersökning. Anamnesen får då inriktas på att bedöma graden av besvär.

Kroniska vulvasmärtor orsakar ofta en psykisk stress och relationsproblem. Omvänt kan psykisk påfrestning försämra eller ibland orsaka kroniska vulvasmärtor hos predisponerade personer. Tidigare sexuella övergrepp kan vara en bidragande orsak.

Det krävs en noggrann anamnes och upprepade kontakter för att bygga en förtröendefull relation med dessa patienter. Ibland ses inga förändringar i vulva trots att patienten har uppenbara besvär.

Diagnos och behandling

Prolaps

Med ökad ålder ökar tendensen till buktning av slidans framvägg (cystocele) respektive bakvägg (rektocele). Vid enterocele buktar övre bakre slidväggen med fossa Douglasi ned. Uterusprolaps innebär en sänkning av livmodern och avståndet mellan introitus och cervix vid krystning är ett mått på hur uttalad prolapsen är. Över hälften av kvinnor i åldern 50–59 år har något eller några av dessa fynd vid undersökning, oftast utan symtom.

Ett cystocele kan ge blåstömningssvårigheter med resturin. Urininkontinens och recidiverande urinvägsinfektioner kan förekomma. Ett rektocele kan försvåra tarmtömning, och behöva tryckas tillbaka i samband med toalettbesök. Uterusprolaps ger

ofta symtom i form av dragande tyngdkänsla, ibland låg ryggvärk.

Vid framfall med medicinska komplikationer (t ex njurfunktionsnedsättning eller upprepade nedre urinvägsinfektioner pga blåstömningssvårigheter vid cystocele, trycksår) bör behandling i form av ring eller operation initieras snabbt. Vid symtomgivande framfall utan medicinska komplikationer kan behandlingen inledas med bäckenbottenträning under 3–4 månader och lokal östrogenbehandling vid slemhinnebesvär. Evidens för effekt av dessa behandlingar saknas dock.

Behandling vid symtomgivande prolaps är oftast kirurgisk, ringbehandling är ett alternativ. I Sverige opereras 7 000 kvinnor årligen pga framfall. Det finns olika operationsmetoder som generellt är bristfälligt utvärderade (23). Effekten av ringbehandling är inte studerad systematiskt men ger erfarenhetsmässigt god symtomlindring. Ringen tas ut och rengörs var 3:e–6:e månad. Behandling med lokalt östrogen ges parallellt för att minska risken för sårbildning, t ex östrogenkräm 2 kvällar/vecka. Vid trycksår i vaginalväggen bör man i första hand vara noga med östrogenkräm, i uttalade fall ta ut ringen under 2–3 veckor och vid infektionstecken ge lokal infektionsbehandling t ex med klindamycin vagitorier.

Bartolinit

Bartolinis körtlar är lokaliserade till bakre omfånget av yttre blygdläpparna på båda sidor. Om en utförsång täpps till, ansamlas körtelsekret och en cysta bildas. Denna kan infekteras med abscessbildning som följd. Svullnaden och smärtan kan göra att patienten har svårt att sitta men hon blir sällan allmänpåverkad. Behandlingen är incision och dränage, vilket kan göras av gynekolog eller allmänläkare. Antibiotikabehandling är sällan indicerad. Recidiverande abscesser kräver remiss till gynekolog för ett utvidgat ingrepp.

Trauma

Sexuellt våld orsakar ibland utbredda hematom i vulva. Dessa behandlas i regel konservativt med isblåsa och kompression. Alla kvinnor som utsatts för sexuellt våld bör erbjudas remiss till gynekolog för utför-

lig undersökning inför eventuellt utfärdande av rättsinty.

Rituell könsstympling, vilket förekommer i vissa afrikanska länder, orsakar senare smärtor vid samlag och kan omöjliggöra gynekologisk undersökning vid misstänkt sjukdom. Alla kvinnor som genomgått könsstympling bör erbjudas remiss till gynekolog för vulvoplastik. Oftast görs en sådan plastik i samband med barnafödande, men det är en fördel om det sker innan kvinnan blir gravid och gärna innan sexuell debut.

Vestibulit

Tillståndet definieras som ett långvarigt smärttillstånd som varat under minst 6 månader (24). Symtomen är smärta vid penetration eller försök till penetration, rodnad av slemhinnan i vestibulum och kraftig smärta vid beröring av området med en bomullspinne. Det drabbar 2–5% av kvinnor i 15–30 årsåldern (och oftast kvinnor som inte fött barn vaginalt). Orsaken till besvären är oklar, men bedöms vara multifaktoriell. PAD är oftast normalt. Det finns ett samband mellan recidiverande candidainfektioner och vestibulit, och användning av p-piller kan ibland ge mer uttalade besvär. De flesta kvinnor med vestibulit utvecklar en sekundär vaginism eller slidkramp, som de oftast behöver hjälp att hantera. Även om tillståndet medför ett stort lidande är prognosen god på sikt vid adekvat behandling.

På många håll i landet finns särskilda skulvammottagningar dit patienterna med fördel kan remitteras. Vissa ungdomsmottagningar erbjuder även olika behandlingsregimer för unga kvinnor med vestibulit. Ibland behövs samtalsterapeutisk behandling och sexologisk rådgivning ingår alltid (se nedan). Allmänna råd angående oljehygien och lokalanestetika, t ex lidokaingel, kan ges initialt.

Sexuella problem

Sexualanamnes

Många gynekologiska problem påverkas av och påverkar sexlivet. En kortfattad sexualanamnes borde därför vara ett naturligt inslag i den gynekologiska konsultationen även om kvinnan inte primärt söker för pro-

blem med samlivet. Tyvärr berörs detta alltför sällan och många gånger beroende på att läkaren är ovan att ställa frågor om sexlivet.

En strukturerad samtalsmodell för en sexualanamnes kan då vara till hjälp. En vanlig modell är att dela upp samtalet i en öppen invitation, en deskriptiv fas och en avslutning. En öppen invitation, t ex ”Hur fungerar det sexuella?” har fördelen av att patienten får beskriva sitt huvudproblem först, att hon får definiera ett språkbruk som läkaren senare kan anpassa sig till och att könet på hennes partner framgår.

Under den deskriptiva fasen ställs specifika frågor om lust, upphetsning och orgasm. Under avslutningen sammanfattas problemet och man tar ställning till om remiss till sexologisk expert behövs. Man bör inte underskatta effekten av ett bra samtal kring sexuella problem och ibland är detta i sig tillräckligt för att underlätta patientens situation.

Såväl vid sexuella problem som vid kroniska bäckensmärter bör man tänka på tidigare sexuella övergrepp som möjlig bidragande orsak. Det är inte alltid så lätt att närma sig detta via anamnesen men om patienten värjer sig vid gynekologisk undersökning kan det vara en inkörsport till ett samtal. På många ställen i Sverige finns speciella mottagningar som erbjuder olika former av terapi till kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp. Det kan vara första gången hon vågar berätta och därför är det viktigt att ha god kännedom om vilka remissinstanser som finns så att man snabbt kan erbjuda den hjälp som finns tillgänglig om patienten önskar.

Bristande lust

Den vanligaste orsaken till bristande sexuell lust är relaterad till partnern. För att bedöma om det kan finnas andra orsaker bör man därför fråga om sexuella fantasier. Om sådana också försvunnit kan orsaken vara t ex en depression eller en somatisk sjukdom. Även antidepressiv medicinering, andra psykofarmaka, alkohol eller vissa blodtrycksmediciner kan försämra lusten.

Kvinnor i klimakteriet eller som genomgått ooforektomi drabbas ibland av nedsatt sexuell lust vilken kan återställas med hor-

monell substitutionsterapi. Det finns dock inget vetenskapligt underlag för att minska östrogennivåer i sig försämrar lusten och i många fall är det sannolikt sekundärt till besvär med svettningar, sömnstörning och torra slemhinnor. Testosteronnivåerna har sannolikt större betydelse än östrogennivåerna och det finns begränsade studier som visar att testosteronbehandling kan ge positiv effekt på livskvaliteten och sexuell lust. Ett testosteronplåster avsett för kvinnor som genomgått ooforektomi finns numera tillgängligt och används tillsammans med östrogen. Sildenafil har, i begränsade studier, inte visats ha någon effekt på libido hos kvinnor och rekommenderas därför inte.

Dyspareuni

Alla tillstånd som ger vulvasmärta orsakar också ytlig dyspareuni, se ovan. Akuta tillstånd som behandlas adekvat ger oftast inga bestående problem. Kroniska smärtor, framför allt vestibulit, kan dock helt omöjliggöra penetrerande samlag under lång tid. Detta kan medföra stora påfrestningar på parrelationen och det rekommenderas att partnern deltar i rådgivande samtal vid läkarbesök. Även om grundorsaken till kvinnans vestibulit inte är sexuellt tvång hamnar hon ändå lätt i en situation där hon "ställer upp" på samlag utan att egentligen vilja när det är smärtsamt. Det kan därför vara nödvändigt att helt avstå från penetrationssamlag under en period för att bryta smärtcirkeln. Sexologisk rådgivning till paret kan bli aktuell. Lidokain gel kan underlätta om det är mest smärtsamt i början av samlaget (23).

Vid ytlig dyspareuni bör man alltid noggrant undersöka vulva med avseende på slemhinneförändringar, se ovan. Ibland kan en stram slidkrans (hymen), medfödda missbildningar (t ex vaginala septa) eller ärrbildning efter förlossningsskador vara orsaken och dessa kan då åtgärdas kirurgiskt av gynekolog.

Djup dyspareuni kan orsakas av sjukdomar som ger ömhet i inre genitalia eller bäckenligament. Ett viktigt symptom vid endometriosis är tillkomst av djup dyspareuni. Oftast finns då också ömhet vid gynekologisk palpation. Detta gäller också vid gynekologiska infektioner. Även myom och ova-

rialcystor kan orsaka djup dyspareuni. Djup dyspareuni och ömhet med eller utan palpabel resistens ska alltid föranleda remiss till gynekolog. Observera att portio kan vara öm utan att det finns någon bakomliggande patologisk process. Ibland kan dyspareuni då uppstå om det finns ett begynnande framfall med en sänkning av portio eller vid vissa samlagsställningar.

Slidkramp eller vaginism betyder att musklerna kring slidans nedre del drar ihop sig i en ofrivillig reflex vid en penetrationssituation, t ex samlag eller gynekologisk undersökning. Vaginism är smärtsamt och kan helt omöjliggöra samlag i vissa fall. Oftast finns någon annan bakomliggande faktor som vestibulit eller slemhinneatrofi. Vid undersökning bör man därför söka efter andra tillstånd. Diagnosen ställs i samband med undersökningen där spända, ömmande levatormuskler kan palperas. Patienten kan i regel inte viljemässigt slappna av dessa muskler. Efter att eventuella bakomliggande faktorer behandlats kan tillståndet förbättras med desensibilisering och kognitiv terapi.

Referenser

1. Symonds I, Baker P & Kean L, red. *Problem Orientated Obstetrics and Gynecology*. London: Arnold; 2002.
2. Janson PO, Landgren B-M. *Gynekologi*. Lund: Studentlitteratur; 2010. ISBN 978-91-44-04793-5.
3. Milerad Sahlgren H, Sjöberg I, Nylander E. *ABC om underlivskläda*. Läkartidningen. 2010;107:596–9.
4. *Clinical Evidence*. Candidiasis (vulvovaginal). <http://clinicalevidence.bmj.com>
5. *Clinical Evidence*. Bacterial vaginosis. <http://clinicalevidence.bmj.com>
6. Lethaby A, Augood C, Duckitt K, Farquhar C. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. *Cochrane database of systematic reviews* 2007, Issue 4. CD000400.
7. Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, CD002126.

8. Clinical evidence. Menorrhagia.
<http://clinicalevidence.bmj.com>
9. Sorbe B & Frankendal B, red. Gynekologisk cancer. Lund: Studentlitteratur; 2000.
10. Clinical evidence. Amenorrhoea.
<http://clinicalevidence.bmj.com>
11. Behandling med HRT. Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer 2004;(15)3.
12. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288:321–33.
13. Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, Bassford T, Beresford SA, Black H et al. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;291:1701–12.
14. Santen RJ, Allred DC, Ardoin SP, Archer DF, Boyd N, Braunstein GD, et al. Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society scientific statement. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(7 Suppl 1):s1–s66.
15. Beral V. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet*. 2003;362:419–27.
16. Behandling med östrogen. SBU-rapport nr 159, 2002.
17. Nelson HD, Vesco KK, Haney E, Fu R, Nedrow A, Miller J et al. Nonhormonal Therapies for Menopausal Hot Flashes. *JAMA*. 2006;295:2057–71.
18. Lethaby AE, Brown J, Marjoribanks J, Kronenberg F, Roberts H, Eden J. Phytoestrogens for vasomotor menopausal symptoms. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Oct 17;(4):CD001395.
19. Brown J, O' Brien PM, Marjoribanks J, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD001396.
20. Lopez L, Kaptein A, Helmerhorst F. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;23.
21. Clinical Evidence. Dysmenorrhé.
<http://clinicalevidence.bmj.com>
22. Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, CD002120.

23. Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3):CD004014.
24. Danielsson I, Sjöberg I, Stenlund H, Wikman M. Samlagssmärta hos kvinnor vanligt, inte minst hos yngre. Smärtanamnes och kvinnans ålder ger god vägledning för diagnos. *Läkartidningen*. 2003;100:2128–32.

Preparat¹

Medel vid candidoser

Imidazolderivat

Ekonazol

Pevaryl McNeil, vagitorier 150 mg, vagitorier 150 mg + kräm 1%

Pevaryl Depot McNeil, vagitorier 150 mg, vagitorier 150 mg + kräm 1%

Klotrimazol

Canesten Bayer, vaginalkräm 1%, vaginaltablett 100 mg, 200 mg, 500 mg, vaginaltablett 200 mg + vaginalkräm 1%, vaginaltablett 500 mg + vaginalkräm 1%

Klotrimazol Mylan Mylan, kräm 1%

Triazolderivat

Flukonazol

Diflucan Pfizer, kapslar 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg, pulver till oral suspension 10 mg/ml, 40 mg/ml

Flukonazol Flera fabrikat, kapslar 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg

Itrakonazol

Itrakonazol Flera fabrikat, kapslar 100 mg

Sporanox Janssen-Cilag, kapslar 100 mg, oral lösning 10 mg/ml

Medel vid bakteriell vaginos

Metronidazol

Flagyl sanofi-aventis, oral suspension 40 mg/ml, tabletter 200 mg, 400 mg, vagitorier 500 mg

Metronidazol Actavis Actavis, tabletter 500 mg

Zidoval Meda, vaginalgel 7,5 mg/g

Klindamycin

Dalacin Pfizer, vaginalkräm 2%, vagitorier 100 mg

Medel vid trikomonasinfestation

Metronidazol

Se Bakteriell vaginos, ovan.

1. Aktuell information om parallellimporterade läkemedel och generika kan fås via apotek. För information om miljömärkning, se kapitlet Läkemedel i miljön, s 1182, samt www.janusinfo.org

Tinidazol

Fasigyn Pfizer, tabletter 500 mg

Medel vid cerviciter/uretrit m m

Antibiotika vid gonorré och klamydia

Se kapitlet Sexuellt överförbara sjukdomar, s 481.

Medel vid kondylom och genital herpes

Se kapitlet Sexuellt överförbara sjukdomar, s 482.

Medel vid rikliga mensblödningar

Levonorgestrel

Mirena Bayer, intrauterint inlägg 20 mikrog/24 timmar

Tranexamsyra

Cyklo-F Meda, tabletter 500 mg
Cyklokapron Meda, brustabletter 1 g, tabletter 500 mg
Cyklonova Alternova, tabletter 500 mg
Tranexamsyra Orifarm Orifarm Generics, tabletter 500 mg
Tranon Recip, tabletter 500 mg

P-piller

Se kapitlet Antikonception och aborter, s 516.

Desmopressin

Se kapitlet Blödningstillstånd, s 280.

Medel vid blödningsrubbnings

Levonorgestrel

Mirena Bayer, intrauterint inlägg 20 mikrog/24 timmar

Lynestrenol

Orgametril MSD, tabletter 5 mg

Noretisteron

Primolut-Nor Bayer, tabletter 5 mg

Medel vid amenorré

P-piller

Se kapitlet Antikonception och aborter, s 516.

Gestagener, östrogen + gestagener

Se Medel mot klimakteriella besvär, nedan.

Kabergolin

Dostinex Pfizer, tabletter 0,5 mg
Cabergoline Teva Teva, tabletter 0,5 mg
Pravidel Meda, tabletter 2,5 mg

Kinagolid

Norprolac Ferring, tabletter 25 mikrog + 50 mikrog, 75 mikrog, 150 mikrog

Klomifen

Pergotime Merck, tabletter 50 mg

Metformin

Se kapitlet Diabetes mellitus, s 606.

Medel vid klimakteriebesvär

Östrogener

Östradiol

Divigel Orion Pharma, gel 0,5 mg/dos, 1 mg/dos

Estradot Novartis, depotplåster 25 mikrog/24 timmar, 37,5 mikrog/24 timmar, 50 mikrog/24 timmar, 75 mikrog/24 timmar, 100 mikrog/24 timmar

Evorel Janssen-Cilag, depotplåster 25 mikrog/24 timmar, 50 mikrog/24 timmar, 75 mikrog/24 timmar, 100 mikrog/24 timmar

Femanest BioPhausia, tabletter 1 mg, 2 mg
Progynon Bayer, tabletter 1 mg, 2 mg

Övriga östrogener

Tibolon

Livial MSD, tabletter 2,5 mg

Tibolon Orifarm Orifarm Generics, tabletter 2,5 mg

Östrogen + gestagener

Östradiol + drospirenon

Angemin Bayer, tabletter 1 mg/2 mg

Östradiol + medroxiprogesteronacetat

Divina Plus Orion Pharma, tabletter 1 mg/5 mg, 2 mg/5 mg
Indivina Orion Pharma, tabletter 1 mg/2,5 mg, 1 mg/5 mg, 2 mg/5 mg

Trivina Orion Pharma, tabletter

Östradiol + noretisteron

Activelle Novo Nordisk, tabletter 1 mg/0,5 mg

Cliovelle CampusPharma, tabletter 1 mg/0,5 mg

Estalis Novartis, depotplåster 50 mikrog/250 mikrog/24 timmar

Eviana Novo Nordisk, tabletter 0,5 mg/0,1 mg

Femanor BioPhausia, tabletter 1 mg/2 mg

Femasekvens BioPhausia, tabletter

Novofem Novo Nordisk, tabletter

Sequidot Novartis, depotplåster

Gestagener

Medroxiprogesteron

Depo-Provera Pfizer, injektionsvätska

150 mg/ml, injektionsvätska, förfylld spruta

150 mg/ml

Provera Pfizer, tabletter 5 mg, 10 mg

Medel vid atrofiska besvär

Östrogener i lågdos

Östradiol

Oestring Pfizer, vaginalinlägg 7,5 mikrog/24 timmar

Vagifem Novo Nordisk, vaginaltabletter 10 mikrog, 25 mikrog

Östriol

Oestriol Flera fabrikat, tabletter 1 mg, 2 mg

Ovesterin MSD, vaginalkräm 1 mg/g,

vagitorier 0,5 mg

Övriga medel

Polykarbofil

Replens Campus Pharma, vaginalgel

Medel vid PMS

*Spiro*nolakton

Se kapitlet Hypertoni, s 354.

SNRI/SSRI/Antidepressiva

Se kapitlet Förstämningssyndrom, s 1044.

Medel vid dysmenorré/smärtor

NSAID, paracetamol

Se kapitlet Smärta och smärtbehandling, s 900.

P-piller

Se kapitlet Antikonception och aborter, s 516.

Medel vid endometrios

NSAID

Se kapitlet Smärta och smärtbehandling, s 902.

P-piller

Se kapitlet Antikonception och aborter, s 516.

Gestagener

Se Medel vid blödningsrubbnings- och klimakteriebesvär ovan.

Medel vid nedsatt sexuell lust

Testosteron

Intrinsa Warner Chilcott UK, depotplåster
300 mikrog/24 timmar

Vaccin mot virusinfektioner

Vaccin mot humant papillomvirus

Cervarix GlaxoSmithKline, injektionsvätska
förfylld spruta

Gardasil Sanofi Pasteur MSD, injektionsvätska
förfylld spruta

Medel vid dyspareuni

Lidokain

Xylocain AstraZeneca, gel 2%
