

## Fall 1: Amina

Myten om mödomshinnan

- Slidöppningen påverkas inte av att en tränar, sportar, rider, cyklar, använder tampong, gör en gynekologisk undersökning, onanerar eller har samlag.
- Slidkransen är en veckad slemhinnekrans som blir mer elastisk av östrogen, alltså kan prepubertala flickor och kvinnor efter klimakteriet få lite stelare slidöppning med större risk för sprickbildning. Av kvinnor i fertil ålder som samtycker till sex blöder 1 av 5 vid första samlaget, men kan lika gärna blöda femte eller hundra gången. Orsaker till sprickbildning kan vara nervositet som ger för lite lubrikation och mer spända slidmuskler.
- Hymen imperforatus (heltäckande "mödomshinna") är en anatomisk avvikelse som kan leda till smärta, infektioner, endometriosis och måste opereras.
- Operation med hymenrekonstruktion, som att sy i smör och stygnen kan trilla bort. Dyrt för patienten, privata kliniker, inga som helst garantier att en blöder vid samlag.
- Oskuldintyg är en svår fråga:  
<http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2015/04/Oskuldsintyg--skriva-eller-inte-skriva/>
- <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2015/10/Hard-kritik-mot-oskuldsintyg-efter-TV4s-avslojande/>
- <http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2016/10/Nej-till-oskuldskontroller/>
- Om du misstänker att en ung kvinna under 18 riskerar våld i hemmet gäller som vanligt orosanmälan till socialtjänsten. Om du tror att kvinnan kommer råka riktigt illa ut utan intyget kan du skriva något i stil med normal anatomi för ålder och civilstatus. Det är dock en gråzon eftersom du alltså intygar något som inte går att intyga – vägen runt det är att inte specifikt säga att kvinnan inte har samlagsdebuterat, utan bara fokusera på att anatomin ser normal ut.
- Kom ihåg att ta upp preventivmedel, STD, och gravtest vid en sådan här diskussion!
- För patienter som behöver stöd vid hedersproblematik finns systerjouren Somaya.

## Fall 2: Victor

ED hos unga män - tänk på

- Tobak, alkohol, droger, antidepressiva, anabola steroider
- Relationer, stress, prestationsångest, nyförälskad (allt som aktiverar sympatikus)

Bibehållen natt/morgonerektion/erektionsförmåga vid onani etc skiljer på somatisk och psykologisk orsak.

Somatiska orsaker till ED kan vara hypogonadism och MS men är väldigt sällsynt och är knappast enda symtomet.

Behandling för unga män är i första hand livsstilsråd och samtalsterapi.

Vad gäller för tidig utlösning (ejaculatio praecox) brukar definieras som tid mellan penetration och utlösning mindre än två minuter. Det finns sällan en bakomliggande fysisk orsak men gener spelar in, och i sällsynta fall hypertyreos eller MS. Ni kan diskutera vad han sätter det i relation till. Tidigare samlag? Porr? En metod att hantera tidig utlösning är start-stopp, att genom onani lära sig var gränsen för utlösning går och sedan, när njutningen når 7-8 på en 10-gradig skala,

ta en paus och göra något som är mindre intensivt för att sedan börja igen. Andra metoder som kan användas för att hantera tidig utlösning är att ge partnern orgasm först, använda kondom, lokalbedöva ollonet med lidokaingel (använd kondom så att partnern inte också blir bedövd). Även SSRI-preparat kan testas, antingen Paroxetin 20-40 mg eller ett kortverkande Dapoxetin som enbart har indikation tidig utlösning och används vid behov. Även Tramadol har effekt på tidig utlösning och ska inte förskrivas på denna indikation men används illegalt för just denna effekt.

### Fall 3: Hasse

ED hos äldre män: Stiger proportionerligt med åldern.

- Läkemedelsorsakade: Antidepressiva, neuroleptika, interferoner, mediciner för hjärtkärlsjukdom och morfin (framför allt långvarig behandling dvs mer än 2 veckor och dosberoende. Värst är metadon. Morfin ger lägre testosteronnivåer och kan ge gynekomasti, nedsatt lust och ED)
- Sjunkande testosteron, substituera om under 8 nmol, (normalt 10-30) uteslut hypogonadism
- Vid erektion: Blodflödet måste öka 25 gånger → stora krav på kärlen. Arterioskleros (rökning, diabetes mm) gör det svårare att få erektion
- Bäckentrauma (iliaca interna → pudendus interna). Venöst avflöde (anatomisk missbildning som dränerar corpus cavernosus eller defekt tunica albuginea)
- Neurogena orsaker: ryggmärgsskada, autonom dysfunktion som vid typ 1 diabetes (får ED ofta redan vid 40 år och beror på skada på både sympatiska och parasympatiska nervplexa), neurodegenerativa sjukdomar
- Peroral behandling är förstahandsalternativ vid behandling av impotens. Glattmuskelrelaxationen i svällkropparna och dess tillförande blodkärl medieras av kväveoxid som ökar mängden cGMP i vävnaderna. Normalt bryts cGMP ned av enzymet fosfodiesteras V. Stora studier har visat att upp emot 80% av patienter med impotens svarar bra på läkemedel som hämmar fosfodiesteras V (PDE5-I).
- Sildenafil (Viagra) hämmar fosfodiesteras V och förstärker därför erektionen. Cialis (tadalafil) och Levitra (vardenafil) har liknande verkningsmekanism som Viagra, men de skiljer sig något åt vad gäller farmakodynamik.
- Börja alltid med högsta dos (så att patienten kan lita på att medicinen verkligen fungerar) och trappar sedan ner. Ska tas på fastande mage då det är fettlösligt.
- Transuretral eller intracorporeal injektion med prostaglandin kan testas
- Kom ihåg att Viagra är kontraindicerat vid Nitroglycerin på grund av kraftiga blodtrycksfall som kan leda till ischemi.
- Du kan i Hasses fall byta betablockad mot ARB eller ACE-I, optimera diabetesbehandlingen och uppmuntra till livsstilsförändringar.

### Könsöverskridande läggning och uttryck – tips när du har transpatienter

- Om din patient har en könsbekräftande behandling – fråga vilket namn och pronomen hen föredrar.

- Om det är befogat för symtomen hen söker för, fråga om hormoner. Till exempel kan en transman som behandlas med testosteron men har kvar sin slida och underliv få sköra slemhinnor och upprepade UVI:er och behöva lokalt östrogen.
- Undvik att nämna vare sig hormoner eller könsorgan som "kvinnliga" eller "manliga". Säg Östrogen, inte kvinnligt könshormon.
- I många fall är transsexualiteten inte relevant för sjukdomen patienten söker för. Ta då inte upp det. Det är utmattande att hela tiden behöva upprepa sin historia för andras nyfikenhet.
- Var uppmärksam på tecken till nedstämdhet eller ångest. Transpersoner har en kraftigt ökad risk för suicid.

#### **Fall 4: Hanna**

Vulvodyni (tidigare kallad vestibulit) - Möjliga orsaker:

- Antibiotika → svamp
- Kondylombehandling
- Smärta → negativ spiral
- Psykosexuella orsaker. Höga ambitionsnivåer, prestationsångest
- P-piller om patienten börjat tidigt och ätit länge
- Vaginism är ett tillstånd med ofrivillig slidkramp som ibland samexisterar med vulvodyni. Behandling för detta är bäckenbottenträning och dilatorer i ökande diameter.

Behandling:

- Bara ha sex när en vill och aldrig ha sex som gör ont (förebyggande och behandling!)
- Akupunktur och sjukgymnastik av erfaren fysioterapeut.
- KBT och annan terapi ofta fokuserad på att bryta smärtbeteende, stress, relationer, gränssättning
- Desensibilisering – att använda xylocain gel flera gånger per dag, lära sig beröra det smärtsamma området utan rädsla för smärta, och även för att ge tillbaka fokus på själva könet som kvinnorna ofta har "stängt av" mentalt. Efter någon månad kan en övergå till olja eller mjukgörande salva istället.
- Undvika överdrivet tvättande, smörja in sig med olja
- Träningsprogram för bäckenbottenmuskulaturen.
- Avstå från penetrerande sex i flera veckor, och samtidigt hitta tillbaka till njutningen med utforskande sexualitet och intimitet för att bryta den negativa spiralen. Komma ifrån föreställningen att sex måste vara penetrerande slidsamlag. Sensualitetsträning med partner.
- Du kan, som med annan kronisk smärta, pröva Saroten i låg dos till natten och trappa upp.

#### **Att ta sexualanamnes – viktiga punkter**

- Låt inte din egen känsla av obehag, rädsla för att inte kunna hantera svaret, eller nervositet över ämnet hindra att du frågar. Fråga, lyssna på svaret, informera om det du kan, kolla upp det du inte kan.

- Frågan "Det är vanligt med sexuell påverkan vid X. Hur är det för dig?" är öppen, normaliserande och förklarar samtidigt varför du frågar.
- Fråga dem med sjukdomar eller läkemedel som kan påverka sexuell funktion. Ålder, etnicitet, känd partner eller inte, religion spelar ingen roll. Våra egna föreställningar om vem som har sex gör att vi inte frågar patienter som skulle behöva få frågan. Kom ihåg att även en minskad lust till onani kan uppfattas som en stor förlust!
- Säg "partner" och inte pojkvän/flickvän/fru/man.

### **Fall 5; Monica**

Fontänorgasm: Kvinnlig prostata = skene's körtlar, G-punktsstimulering

Om det är några teskedar vätska kommer det från kvinnliga prostatan, är nästan samma ämnen som i sperma minus spermier. Om stora mängder (över någon deciliter) är det även vätska från urotelcellerna i urinblåsan samt prostatasekret från körtlarna runt urinröret – tror man! Finns knappt någon bra forskning.

### **Fall 6: Edwin**

Dubbla kondomer ökar friktionen och ökar risken att båda spricker. Det är säkrare att använda bara en kondom men av tjockare modell, till exempel RFSU:s Grande. De flesta könssjukdomarna kan uppträda utan symtom – i det här fallet, testa för Hepatit B och C, HIV, syfilis, klamydia och gonorré (alla smittskyddsanmälningsspliktiga)

### **Fall 7: Torsten**

SSRI-medlens sexuella biverkningar innebär dämpad libido, svårare "att tända", erektionsproblem, ejakulationsstörning, anorgasmi eller minskad njutning vid orgasm.

Frekvensen av sexuell dysfunktion beräknas vara 40–50 procent hos obehandlade deprimerade individer

Depressionssjukdomen i sig har en sexuellt dämpande effekt. Saknar en lust och glädje i depressionen kommer inte heller de sexuella känslorna vid det sexuella kontaktillfället. I behandlingsstudier av SSRI-preparat har en stor del av patienterna sexuella biverkningar. Dessa minskar tyvärr inte under behandlingstiden.

Incidensen av sexuella biverkningar skiljer sig mellan olika antidepressiva läkemedel. Högre incidens ses som regel hos patienter behandlade med SSRI, venlafaxin (serotonin–noradrenalinåterupptagshämmare [SNRI]) och tricykliska antidepressiva medel (särskilt de som påverkar återupptaget av serotonin). Substanser som påverkar dopamin eller noradrenalin (tex reboxetin - Edronax) liksom preparat (likt Mirtazapin) som stimulerar frisättningen av både noradrenalin och serotonin i kombination med blockad av 5-HT<sub>2A</sub>-receptorn (som anses mediera sexuella bieffekter) har lägre frekvens av sexuella biverkningar.

### **Behandling:**

- Sexuella biverkningar kan vara dosrelaterade och om dosen är hög kan dosreduktion vara ett alternativ.

- Eftersom biverkningarna ofta uppträder tidigt under behandlingen, kan patienter med initialt lindriga besvär behandlas med aktiv exspektans.
- Byte till annat SSRI-preparat. Escitalopram är bäst av SSRI.
- Tillägg av Buspiron. Dess effekt antas bero på att substansen är en  $\alpha_2$ -blockerare och agonist till de postsynaptiska 5-HT<sub>1A</sub>-receptorerna. Dessa påverkar bla humör och ångest, men förknippas inte med sexuella biverkningar.
- Byt till Mirtazapin eller Brintellix.
- Det är också sannolikt att en kombination av SSRI och exempelvis mirtazapin eller reboxetin kan motverka sexuella biverkningar.
- »Drug holiday« ett dygn före planerad sexuell aktivitet är ett alternativ för patienter som behandlas med SSRI med kort halveringstid. Detta alternativ är enkelt och har i studier visats fungera bra i cirka hälften av fallen [18]. Om planen är att ha sex under helgen, hoppa över fredagens och lördagens dos och börja igen på söndag.

### Fall 8: Ellie

Blåmärken kan alltid vara tecken på misshandel. Du gör ALDRIG fel som frågar. Det värsta som kan hända är att patienten blir förnärad.

Men det kan också vara ett tecken på att patienten praktiserar BDSM, vilket är fallet här.

Vanliga blåmärken / tecken kan vara t.ex. runt handlederna (handbojor) och ryggen och rumpa (piskor mm). Men blåmärken från BDSM-sex kan likna de från misshandel och sexuellt våld och det finns inga generella regler när du kan "slippa att fråga". Ett förslag på sätt att ta upp det är att notera blåmärkena "Jag ser att du har blåmärken på ryggen och handlederna, vill du berätta vad de kommer ifrån?" Om patienten då säger nej, respektera det men lägg till "Om du ändrar dig senare, och vill prata om något så finns jag här."

### Fall 9: Aila

#### Nedsatt lust

Nedsatt sexlust måste värderas i relation till något annat. Partners sexlust? Hur det varit tidigare? Hur mycket lust hen *tror* att en ska ha? Hur mycket hen *vill* ha?

Viktiga frågor att ställa är "Hur fungerar det med onani?" "Har du kvar "livslusten" i övrigt?" (för att skilja mellan nedsatt sexuell lust och en depression). "Kan du fortfarande tänka på saker du tidigare tänt på? (Filmer, fantasier, attraktiva personer mm)"

Nedsatt lust som inte beror på problem i relationen kan bero på: Hypotyreos, depression, stress, sömnproblem, tamoxifen, testosteronbrist (både män och kvinnor), sexuell dysfunktion och tidigare negativa erfarenheter, hjärtkärlprolem, diabetes, hyperprolaktinemi (kan vara orsakat av neuroleptika, amning eller hypofystumör och sänker östrogen och testosteron), tumör i hypofys eller hypotalamus, psykiatriska diagnoser, smärta, SSRI, ibland p-piller, dialys, allvarlig sjukdom eller dåligt allmäntillstånd.

Män söker oftare för ED än för nedsatt lust, även om det är lusten i sig som är problemet och inte en somatisk dysfunktion.

En del människor upplever aldrig spontan lust, här är kvinnor med sexuella problem överrepresenterade. Däremot kan de uppleva sexuell lust sekundärt till genital aktivering, det blir en cirkulär respons med känslomässig intimitet → sexuell stimulans → tillfredsställelse → känslomässig intimitet. (Jämför detta med den klassiska linjära upphetsning → platå → orgasm)

Behandling för nedsatt lust kan vara sensualitetsträning eller parterapi. För män kan en substituera med testosteron. För kvinnor kan en ge östrogen lokalt eller systemiskt, testosteron (Ett testosteronplåster avsett för kvinnor som genomgått ooforektomi finns tillgängligt via licensförskrivning (Intrinsa plåster, 300 mikrog/24 timmar) och används tillsammans med östrogen) eller Tibolon (medicin mot klimakteriebesvär).

Intrarosa är en vaginal östrogen-gel med samtidig androgen effekt – kan hjälpa smärtsamma samlag efter klimakteriet och samtidigt vara lusthöjande.

Sildenafil kan enligt klinisk erfarenhet användas till kvinnor med t.ex. MS som har torra slemhinnor, men studier på kvinnor är få och kan egentligen inte ge någon vägledning. Självklart ska grundsjukdomen behandlas först om en sådan misstänks.

### **Hypersexualitet**

Hypersexualitet är ofta ångestdriven. De sexuella handlingarna utförs för att dämpa återkommande kraftig ångest, och egentligen blir de problematiska först när de får konsekvenser för individen eller omgivningen. Behandlingen går ut på att lära individerna att hantera sin ångest på ett annat sätt än genom sexualitet.

En annan hypersexualitet beror på medicinering. Sifrol, L-Dopa och andra dopaminagonister som används för behandling av Parkinson och RLS kan i höga doser ge hypersexualitet som biverkan. Även frontallobskador i form av trauma, stroke och tumörer kan ge hypersexualitet.

### **Gåtan:**

Landets bästa traumakirurg är en kvinna och pojkens mor, eller en homo/bisexuell man och pojkens andra far. Ska det vara så svårt att lista ut?! =)

*Föreläsning och information skapad och sammanställd av Olivia Landén, ST-läkare*

*Frågor kan skickas till: [olivia.sylvia.landen@gmail.com](mailto:olivia.sylvia.landen@gmail.com)*

*Källor: Flera, men i huvudsak Internetmedicin och Praktisk Sexualmedicin av Elin Gahm.*