

Ihållande genital upphetsning utan relation till sexuell lust

»Persistent genital arousal disorder« ett svårbehandlat tillstånd hos kvinnor

ELSA LENA RYDING, docent, linska institutet, Stockholm
fd överläkare, institutionen för elsa.ryding@ki.se
kvinnors och barns hälsa, Karo-

Sexuell upphetsning är något som vanligen upplevs positivt av kvinnor. För låg eller utebliven upphetsning (trots adekvat stimulering) innebär problem för 3–8 procent av populationen i USA och Sverige [1, 2]. På senare år har det kommit rapporter om syndromet »persistent genital arousal disorder« (PGAD) [3, 4]. En annan benämning är »restless genital syndrome« (ReGS). Kriterierna är:

- Spontan genital upphetsning som varar i timmar, dagar eller månader.
- Orgasm(er) får inte upphetsningen att försvinna (mer än eventuellt mycket kortvarigt).
- Den genitala upphetsningen är inte relaterad till sexuell lust/sexuellt intresse.
- Den ständiga upphetsningen upplevs som påträngande och oönskad.
- Den ständiga upphetsningen orsakar lidande.

Prevalensen är okänd, men tillståndet tycks sällsynt. Etiologin är också okänd. Psykologiska mekanismer, som känslor av skam och isolering i samband med tidiga brister i känslomässig kontakt och/eller sexuella övergrepp, har beskrivits [5]. Utsättning av SSRI har rapporterats som utlösande faktor [6]. Ängest, depression och tvångssyndrom tycks inte sällan förekomma hos kvinnor med PGAD; de kan naturligtvis också bli deprimerade och ångestfyllda av den ständiga oönskade upphetsningen [7].

Kvinnor som söker hjälp upplever, enligt min erfarenhet, tillståndet som helt förödande för sitt fysiska och psykiska välmående. Bäckvariciter [8], epilepsi [9], annan centralnervös patologi [10], perifer neuropati [11], sakrospinala cystor [12] m m har, baserat på fallbeskrivningar, framförts som möjliga orsaker till PGAD. Slutligen har man i en serie om 18 kvinnor med PGAD funnit att över hälften hade restless legs-syndromet och/eller överaktiv blåsa [13]. Hormonella orsaker har misstänkts men inte påvisats [1].

FALLET

Fallet rör en 39-årig gravid kvinna som hänvisades till dåvarande mottagningen för sexuella och psykosociala problem. Både enskilda samtal och parsamtal ägde rum i utredande och rådgivande syfte. Patienten var förtvivlad över den nästan dagliga genitala upphetsning, som av och till hade plågat henne länge men aggraverats under graviditeten. Hon kallade symtomet »den onda lusten«. Eftersom det stod klart att upplevelsen inte var psykiskt lustfylld övergick hon senare till benämningen »besväret«. Patienten hade vuxit upp utanför Sverige och betecknade sin barndom som relativt problemfri. Hon förnekade sexuella eller andra övergrepp och mindes ingen sexuell aktivitet i barndomen. Föräldrarna skildes när hon var 14 år. Fadern led troligen av tvångssyndrom. Patienten har en universitetsutbildning från hemlandet.

En ihållande genital upphetsning hade börjat efter hennes

sexuella debut i samband med giftermålet vid 21 års ålder. Därefter återkom besvären i perioder, och patienten ansåg att hennes numera kroniska sömnproblem från början berott på detta.

När hon sökte hjälp var hon gift för andra gången och hade ett litet barn. Hon misstänkte själv hormonell orsak till besvären. De hade nämligen varit värst vid ägglossningen och före mens och nästan försvunnit helt under amningsperioden. Hon kände sig nere i ett par dagar efter varje »anfall«, men hade inte behandlats för depression. Hon hade fått sömnmedel och även klorprotrixen utskrivet under årens lopp. Upphetsningen kunde vara i timmar eller dagar. Retningen uppstod inte i samband med sexuell lust/sexuellt intresse.

Patienten utreddes med hormontitrering både under graviditeten och efter amningstiden och den laboratorieprovtagning som rekommenderas vid restless legs [14]. Patienten förnekade symtom på restless legs men uppgav vissa besvär med urinträngningar. Enligt förslag i litteraturen [8, 13] gjordes så småningom EEG-undersökning (epileptogen genes?) och vaginal ultraljudsundersökning hos kvalificerad undersökare (bäckvariciter eller annan avvikelse?). Ingenting onormalt noterades, inte heller i gynkologiskt status.

Patienten remitterades till en psykoterapeut med intresse för tillståndet. Patienten önskade dock inte psykoterapi utan var inställd på att hitta en medicinsk orsak och behandling. Hon förde en besvärsgästbok för att kunna värdera samband och eventuella behandlingseffekter. Behandling med amitriptylin i låg dos 10–30 mg till natten inleddes, men med försiktighet på grund av graviditeten. Viss lindring noterades och god effekt på sömnstörningen. Bedövningskräm hade däremot ingen effekt, inte heller TENS.

Förlossningen skedde med kejsarsnitt på annat sjukhus. Besvären försvann helt i puerperiet, precis som förra gången. Patienten önskade fortsätta med amitriptylin, och har gjort så i varierande dos, upp till 50 mg till natten.

I avsikt att förlänga tiden utan hormonella svängningar inleddes behandling med 20 mg medroxiprogesteron dagligen i

»Eftersom likheten mellan PGAD och restless legs framhållits i litteraturen verkade ett försök med dopaminerga medel motiverat ...«

SAMMANFATTAT

Persistent genital arousal disorder hos kvinnor innebär en spontan, oönskad och ihållande genital upphetsning som inte är relaterad till sexuell lust eller sexuell intresse.

Prevalensen och etiologin är okända. Det finns psykologiska och medicinska teorier.

Samsjuklighet med restless legs-syndromet och hyperaktiv blåsa har konstaterats.

Stort lidande rapporteras av de drabbade kvinnorna.

Ingen evidensbaserad behandling finns. Levodopa kan vara värt att pröva.

KLINIK & VETENSKAP FALLBESKRIVNING

samband med första återvändande menstruation. Patienten tolererade detta väl, varför vi efter en tid gick över till 150 mg medroxiprogesteron intramuskulärt var tredje månad. Hon återfick dock sina PGAD-besvär, men i lindrigare form, 1–2 dagar per månad i låg till måttlig grad.

Omkring ett år efter förlossningen blev besvären starkare och mer frekventa. Tillskott av medroxiprogesterontabletter tillfälligt hjälpte något.

Närmare två år efter förlossningen var situationen värre, och vi beslöt då att pröva en behandling som rekommenderas för restless legs. Hormonbehandlingen sattes ut, och levodopa/benserazid i dosen 100/25 mg sattes in. Detta gav snabb effekt på besvären, som nu kunde uppträda en stund på morgonen någon gång i veckan. Patienten lärde sig att ta sin medicin strax före en frukost som innehåller kolhydrater, för att slippa illamående som biverkan.

Under halvåret som följde kom vid ett par tillfällen rapport om försämring med »anfall« under ett par dagar. Vi höjde då dosen levodopa/benserazid efter samråd med neurolog till 300/75 mg dagligen, med möjlighet att ta en extra tablett om 100/25 mg vid besvär. Därefter har tillståndet varit stabilt under 1,5 år, med betydligt mindre frekventa känningar av PGAD. Patienten har kunnat påbörja en kompletterande universitetsutbildning och fungerar bra i vardagen trots en hel del stress.

DISKUSSION

PGAD är en ovanlig och svårbehandlad åkomma. Kvinnor med detta bekymmer riskerar att bli missförstådda. De psykologiska skälen till PGAD är svårvärderade och de psykiska symtomen även svåra att skilja från effekter av tillståndet.

Någon vetenskapligt utprövad behandling för PGAD finns ännu inte [1]. Att bli lyssnad på och respekterad är viktigt för kvinnor med en så ovanlig åkomma med sexuellt färgat innehåll. Information och sexualrådgivning med patienten/paret kan hjälpa till att göra det bästa av situationen. Affektfokuserad psykoterapi har hjälpt vissa kvinnor [5]. I dag rekommenderas mindfulness, KBT eller ACT (acceptance and commitment therapy) eftersom sådan terapi borde kunna hjälpa på samma sätt som vid kroniska smärttillstånd [4]. Att eliminera troliga etiologiska faktorer hör förstas till behandlingen.

Patienten önskade medicinsk behandling

Vår patient var intresserad av medicinsk behandling i första hand, och någon säker etiologi fanns inte. Tanken med lågdos amitriptylin under graviditeten var att kombinera en relativt ofarlig behandling av kroniska sömnbesvär med att eventuellt kunna påverka upplevelsen av den genitala retningen, som vid

kronisk smärta. Att skjuta upp menscyklernas återvändande med hormonell hjälp tycktes till en början mera framgångsrikt, men på sikt kanske högre doser hade behövts med åtföljande biverkningar och risker. Eftersom likheten mellan PGAD och restless legs framhållits i litteraturen verkade ett försök med dopaminerga medel motiverat, och levodopa framstod som förstahandsmedel enligt Läkemedelsverket. Den uttitrerade dosen hade god effekt under längre tid, men vi vet förstas inte om det blir varaktigt. Placeboeffekt kan inte uteslutas.

Patienten har nu när hon mår bättre blivit medveten om att hon har besvär med en del tvångshandlingar, liksom sin far, och vill söka hjälp för detta.

Varför psykologisk tolkning?

PGAD är ännu ett gåtfullt tillstånd, och besvären kommer ofta oregelbundet. Spontan långvarig sexuell upphetsning kan upplevas bra av vissa kvinnor [15], som då inte uppfyller kriterierna för PGAD.

Har tillståndet psykologiska, vasculära eller neurologiska orsaker? En tilltalande hypotes som framförts [16] innebär att en spontan sexuell retning, oavsett orsak, kan upplevas hotande av vissa kvinnor, tex på grund av överdrivna sexuella restriktioner eller övergrepp under uppväxten. Ångest väcks, och katastroftankar snävar in kvinnans uppmärksamhet, vilket resulterar i ökad medvetenhet om tecken på upphetsning. På mycket kort sikt kan tex onani minska ångesten och den genitala retningen, som sedan kommer tillbaka med allt större styrka.

Å andra sidan kan man fråga sig varför inte besvär med restless legs skylls på uppväxt eller personlighet. Kanske är det anknytningen till kvinnors sexualitet som gör PDAG/ReGS så intressant att tolka psykologiskt. Den aktuella patienten betraktar inte alls sina besvär som psykologiskt betingade och tror inte att psykologisk behandling skulle hjälpa. Att minska symtomen är avgörande för livskvaliteten hos kvinnor med PGAD.

KONKLUSION

Tills framtida forskningsresultat kan vägleda bättre bör man ge information och stöd, och efter utredning i samråd med patienten den terapi, psykologisk och/eller medicinsk, som man finner vettigt i det enskilda fallet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Giraldi A, Rellini A, Laan E, et al. Female sexual arousal disorders. *J Sex Med.* 2013;10:58-73.
- Öberg K, Fugl-Meyer AR, Fugl-Meyer KS. On categorization and quantification of women's sexual dysfunctions: An epidemiological approach. *Int J Impot Res.* 2004; 16:261-9.
- Goldmeier D, Leiblum S. Persistent genital arousal disorder – a new syndrome entity. *Int J STD AIDS.* 2006;17:215-6.
- Facelle T, Sadeghi-Nejad H, Goldmeier D. Persistent genital arousal disorder: characterization, etiology and management. *J Sex Med.* 2013;10:439-50.
- Lainio I. Att leva ett liv i skam, i skuggan av skamlöshet. Om persistent genital arousal disorder (PGAD). *Psykisk Hälsa.* 2008;4: 20-31
- Leiblum S, Goldmeier D. Persistent genital arousal disorder in women: case reports of association with anti-depressant usage and withdrawal. *J Sex Marital Ther.* 2008; 34:150-9.
- Leiblum S, Seehuus M, Brown C, et al. Psychological, medical, and pharmacological correlates of persistent genital arousal disorder. *J Sex Med.* 2007;4:1358-66.
- Waldinger MD, van Gils AP, Tavy DL, et al. Persistent genital arousal disorder in 18 dutch women: Part I. MRI, EEG, and transvaginal ultrasonography investigation. *J Sex Med.* 2009;6:474-81.
- Anzelotti F, Franciotti R, Onofri M, et al. Persistent genital arousal disorder associated with functional hyperconnectivity of an epileptic focus. *Neuroscience.* 2010;167: 88-96.
- Goldstein I, Johnson JA. Persistent genital arousal disorder and clitoral priapism. In: Goldstein I, Messon C, Davies S, et al, editors. *Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment.* London: Taylor and Francis, 2005. p. 674-85.
- Waldinger MD, Venema PL, Schweitzer DH, et al. New insights into restless genital syndrome: static mechanical hyperesthesia and neuropathic of the nervus dorsalis clitoridis. *J Sex Med.* 2009; 6:2778-87.
- Komisaruk BR, Lee HJ. Prevalence of sacral spinal (Tarlov) cysts in persistent genital arousal disorder. *J Sex Med.* 2012;9:2047-56.
- Waldinger MD, Schweitzer DH. Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: Part II. A syndrome clustered with restless legs and overactive bladder. *J Sex Med.* 2009;6:482-97.
- Ekbom K, Leissner L, Widner H, et al. Restless legs – vanligt sjukdomstillstånd som ofta missas. *Läkartidningen.* 2006;4:207.
- Leiblum S, Seehuus M, Brown C. Persistent genital arousal: disordered or normative aspect of female sexual response? *J Sex Med.* 2007;4:680-9.
- Goldmeier MD, Leiblum S. Interaction of organic and psychological factors in persistent genital arousal disorder in women: a report of six cases. *Int J STD AIDS.* 2008;19:488-90.

KLINIK & VETENSKAP FALLBESKRIVNING

SUMMARY

Persistent genital arousal syndrome (PGAD) in women implies a spontaneous unwanted persistent genital arousal, which is not related to sexual desire/interest. Prevalence and aetiology are unknown; several psychological and medical theories exist. Co-morbidity with restless legs syndrome and overactive bladder has been reported. There is no evidence-based treatment. Since the women affected suffer considerably, the condition has to be taken seriously. This case report describes a trial of hormonal treatment postpartum in order to prolong a symptom free period during breast-feeding, and, at recurrence of severe symptoms, a successful treatment with levodopa/benserazide.