

**Ingela Danielsson**, med dr, överläkare, kvinnokliniken/FoU-enheten, Sundsvalls sjukhus (*ingela.danielsson@lvn.se*)

**Inga Sjöberg**, överläkare, docent, Ersboda vårdcentral, Umeå

**Hans Stenlund**, PhD, universitetslektor, institutionen för folkhälsa och medicin, avdelningen för epidemiologi, Umeå universitet

**Marianne Wikman**, med dr, överläkare, kvinnokliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

## Samlagssmärta hos kvinnor vanligt, inte minst hos yngre

# Smärtanamnes och kvinnans ålder ger god vägledning för diagnos

II Samlagssmärta är ett vanligt symtom hos kvinnor som söker gynekolog eller distriktsläkare, även om kvinnorna primärt inte söker för dessa besvär. Frekvenssiffror på mellan 11 och 70 procent finns rapporterade [1-3]. I en populationsbaserad undersökning har vi visat att prevalensen av långvarig och svår samlagssmärta var 13 procent för kvinnor mellan 20 och 29 år för att successivt sjunka till 6,5 procent för kvinnor i åldern 50–60 år [4]. Endast 28 procent av kvinnorna hade sökt läkare för sina besvär, vilket stämmer väl med andra studier [5, 6]. Ökad kunskap bland läkare och barnmorskor om samlagssmärta kan möjligen öka kvinnornas förtroende för sjukvården och deras vilja att söka hjälp för sina besvär.

Samlagssmärta är ett symtom, snarare än en diagnos, och flera olika sätt har använts för att klassificera olika typer av samlagssmärta. Oftast har man delat upp besvären i medicinska och icke-medicinska åkommor, vilket t ex fortfarande görs i dagens diagnosystem, dvs DSM IV och ICD 10. Andra sätt att klassificera samlagssmärta har varit att dela upp besvären i ytliga och djupa besvär, eller i primära och sekundära. Flera författare har under senare år argumenterat för att man inte bör dela upp besvären i medicinska och icke-medicinska, utan att det finns mycket som talar för att det ofta är en kombination av medicinska, psykologiska och sociala orsaker som leder till symtomen [7-9]. Mycket få studier finns redovisade där man undersökt vilka specifika symtom kvinnor med samlagssmärta har och vilken diagnos de får efter en sedvanlig gynekologisk undersökning. En kanadensisk studie har dock visat att en sedvanlig gynekologisk undersökning är det som ger mest information vid samlagsrelaterad smärta [10].

### Populationsbaserad undersökningsgrupp

Här i artikeln redovisar vi en undersökning där kvinnor som kom till den gynekologiska cellprovtagningen (»gynhälsokontrollen») tillfrågades om de ville svara på en kort enkät om eventuella samlagssmärter. De som hade aktuella besvär tillfrågades om de ville komma på ett läkarbesök för undersökning. Målsättningen var att från denna populationsbaserade

### SAMMANFATTAT

Samlagssmärta är vanligt framför allt hos unga kvinnor, men vad som orsakar besvären är lite studerat.

Besvären varierar och har olika orsaker i olika åldersgrupper.

Kvinnans ålder och olika smärtekaraktistika är viktiga faktorer vid diagnosställandet.

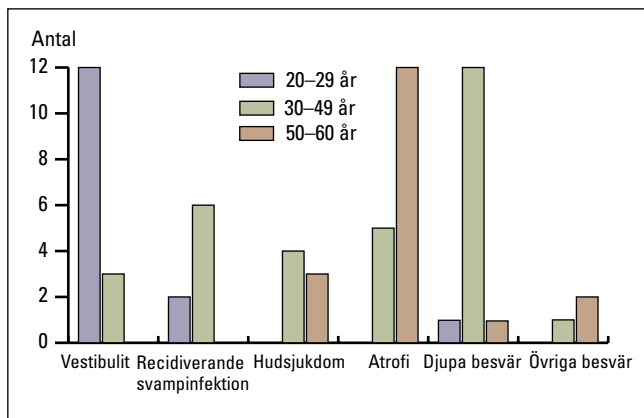
För att bestämma diagnos eller diagnosgrupp räcker ofta en bra smärtanamnes och en noggrann gynekologisk undersökning, vilket alla gynekologer och distriktsläkare bör vara förtrogna med.

Ibland behövs dock mer specifika kunskaper och erfarenheter, och kvinnan bör då remitteras vidare till läkare med speciell kompetens inom området.

grupp kvinnor undersöka vilka diagnoser kvinnorna fick efter ett »normalt« mottagningsbesök. Vi ville också studera olika anamnesticke faktorer prediktiva värde, dvs hur väl olika anamnesticke faktorer kunde förutsäga diagnosen.

### II Metod

Under 1999 genomfördes en studie i Västernorrland där drygt 3 000 kvinnor, som deltog i »gynhälsokontroll«, svarade på en kort enkät om eventuella långvariga (≥6 månader) och svåra samlagssmärter. Anslutningen till cellprovtagningen är mycket hög i Västernorrland, och det totala bortfallet, dvs de som inte kom till provtagningen eller svarade på enkäten, var endast 17 procent [4]. Under senare delen av studien tillfrågades samtliga 97 kvinnor med aktuella besvär om de ville



Figur 1. Olika diagnoser dominerar i olika åldrar. Studien omfattar 64 kvinnor med samlagssmärta.

komma för samtal och gynekologisk undersökning. Totalt 64 kvinnor kom till undersökningen (66 procent).

Före studien undersöktes tio kvinnor med samlagssmärta av två av författarna (Ingela Danielsson och Inga Sjöberg) gemensamt, och undersökningsteknik och diagnoskriterier diskuterades noggrant. De 64 kvinnorna i studien undersöktes alla av en av oss (Ingela Danielsson).

### Anamnes och undersökning

Efter en kort (15–20 minuter) strukturerad intervju gjordes en vanlig gynekologisk undersökning. Smärtan vid eller efter samlag penetrerades noggrant, där karaktären av smärtan delades in i svidande, brännande, molande eller skarp (som knivhugg). Var det gjorde mest ont indelades i ytligt, dvs i vulva eller vagina, eller djupt i »magen« eller »över äggstockarna, bak mot ryggen«. Kvinnan fick också beskriva när det huvudsakligen gjorde ont: vid penetrationen, efter en stund, efter samlaget eller vid andra tillfällen (Fakta 1). Våtutstryk och svampodling gjordes rutinmässigt, medan andra odlingar och ultraljud endast utfördes på specifik indikation.

### Använda diagnoser

Besvären delades upp i tre huvudgrupper: huvudsakligen ytliga samlagssmärter, huvudsakligen djupa samlagssmärter och »övriga«.

Inom gruppen ytliga samlagssmärter ingick vulvavestibulit, vulvovaginal atrofi, recidiverande kandidainfektioner, hudsjukdomar och primär vaginism. Välkända diagnoskriterier användes (Fakta 2) [11]. För recidiverande svampinfektion måste emellertid diagnoskriteriet modifieras, eftersom kvinnorna i allmänhet inte sökt läkare för sina besvär och inte heller undersöktes i samband med att deras besvär var mest uttalade. För att ställa diagnosen krävdes en tydlig anamnes med minst fyra tillfällen av svår vulvovaginal klåda under det senaste året samt eventuellt även en positiv svampodling.

Djup samlagssmärta användes som beteckning då kvinnan huvudsakligen klagade över besvär från nedre delen av buken eller över »äggstockar eller livmoder«. Något försök att dela upp besvären i specifika diagnoser gjordes inte för denna grupp, eftersom det skulle kunna kräva även invasiva metoder och kvinnorna inte hade sökt spontant för sina besvär.

I gruppen »övriga« ingick besvär med ospecifika symtom eller då symtomen inte stämde in i någon av de andra grupperna. Vid misstänkta hudsjukdomar remitterades kvinnorna till dermatolog för specifik diagnos.

### Statistik

$\chi^2$ -test med en exakt metod användes för att testa association

## II Fakta 1

### Smärtans karakteristika: Var? När? Hur?

#### Var gör det ont?

- Ytligt i underlivet
- Inne i »magen« eller bak mot ryggen

#### När gör det ont?

- Endast vid samlag och/eller vid andra tillfällen
- Vid samlag:
  - i början när penis penetrerar slidöppningen
  - efter en stund när penis kommit in i slidan
  - när penis stöter mot livmoder, äggstockar, bäcken, tarm
- Efter samlaget

#### Hur känns smärtan?

- Svider/bränner
- Molvärker
- Klåda

## II Fakta 2

### Diagnoskriterier vid ytliga samlagssmärter

#### Vulvavestibulit

1. Penetrationsmärta
2. Punktömheter i vestibulum
3. Röda områden i vestibulum
4. Duration minst 6 månader

#### Vulvovaginal atrofi

Atrofisk vulvovaginal slemhinna med nedsatt turgor och elasticitet

#### Recidiverande svampinfektion

Minst fyra verifierade svampinfektioner (inflammation i slemhinnan och fynd av jästsvamp i våtutstryk eller odling) under senaste året

#### Primär vaginism

Ofrivillig kramp i bäckenbottenmuskulaturen, utan någon säker specifik organisk orsak

#### Hudsjukdom

Synlig förändring, framför allt i hud

i korstabeller. Ett P-värde på  $<0,05$  bedömdes som signifikant. För att bestämma prediktorer för diagnos eller diagnosgrupp användes Bayes' teorem, som tidigare är väl beskrivet i Läkartidningen [12, 13].

## II Resultat

Det övervägande antalet var gifta, sammanboende eller hade en stadigvarande partner. Symtomdurationen varierade från 6 till 360 månader med en medeltid på 101 månader. Totalt 21 kvinnor (33 procent) hade vid något tillfälle sökt vård för sina besvär.

### Olika diagnoser i olika åldrar

Diagnoserna visas i Figur 1. Bland kvinnorna med djupa samlagssmärter bedömdes fyra ha sannolik endometriosis och en recidiverande ovarialcystor. »Övriga besvär« inkluderade två kvinnor med recidiverande urinvägsinfektion och en med en förlösningskada. Inom gruppen hudsjukdomar fanns två fall av lichen sclerosus, ett av lichen ruber, två eksem och två ospecifika dermatoser. Sammanfattningsvis hade unga kvin-

**Tabell I.** Förekomst av olika smärtsymtom anges i antal kvinnor (procent anges inom parentes i förhållande till de olika diagnoserna). Totalantal kvinnor: 64.

Smärtsymtom	Ytliga besvär				Djupa besvär	Övriga besvär
	Vestibulit	Hudsjukdom	Recidiverande svampinfektion	Atrofi		
<i>Antal kvinnor</i>	15	7	8	17	14	3
<i>Karaktär (Hur?)</i>						
Svidande	15 (100)	7 (100)	7 (88)	15 (88)	1 (7)	2 (67)
Brännande	11 (73)	5 (71)	3 (38)	8 (47)	0	1 (33)
Molvärk	0	0	0	1 (6)	13 (93)	1 (33)
<i>Lokalisation (Var?)</i>						
Djup	3 (20)	1 (14)	3 (38)	4 (24)	14 (100)	2 (67)
Ytlig	15 (100)	7 (100)	8 (100)	17 (100)	1 (7)	3 (100)
<i>Tidsrelation (När?)</i>						
Vid penetration	14 (93)	6 (86)	5 (63)	9 (53)	4 (29)	0
Efter en stund	3 (20)	1 (14)	3 (38)	8 (47)	10 (71)	2 (67)
Efter samlag	12 (80)	6 (86)	8 (100)	13 (77)	6 (43)	2 (67)
Vid andra tillfällen	3 (20)	4 (57)	1 (13)	9 (53)	6 (43)	2 (67)

**Tabell II.** Prediktiva värden uträknade med hjälp av Bayes' teorem (1 anger en mycket hög sannolikhet för sjukdom, medan 0 indikerar mycket låg sannolikhet). På översta raden anges den relativa förekomsten av de olika diagnoser som använts.

	Vestibulit	Atrofi	Djupa besvär	Blandade besvär
Relativa förekomsten i undersökningsgruppen	0,23	0,27	0,22	0,28
<i>Prediktivt värde: ålder (år)</i>				
20–29 år	0,80	0,00	0,07	0,13
30–49 år	0,10	0,16	0,39	0,35
50–60 år	0,00	0,67	0,06	0,28
<i>Prediktivt värde: smärtans karaktär</i>				
Svidande	0,32	0,32	0,02	0,34
Brännande	0,39	0,29	0,00	0,32
Molvärk	0,00	0,07	0,87	0,07
<i>Prediktivt värde: tidsrelation</i>				
Vid penetration	0,37	0,24	0,11	0,29
Efter en stund	0,11	0,30	0,37	0,22
Efter samlag	0,26	0,28	0,13	0,34
Vid andra tillfällen	0,21	0,33	0,17	0,29

nor huvudsakligen vulvavestibulit, medan kvinnor i åldern 30–49 år oftast hade djupa samlagssmärter, men även recidiverande svampinfektion, hudsjukdom och vulvovaginal atrofi, kvinnor över 50 år hade främst atrofiska besvär. Sambandet mellan ålder och diagnos var signifikant ( $P < 0,01$ ).

### Smärtkaraktäristika

Förekomsten av olika smärtkaraktäristika visas i Tabell I. Trots det begränsade antalet kvinnor var skillnaderna signifikanta för alla de faktorer som listats under var och hur, medan tidsrelationen, dvs när, var signifikant endast för »vid penetration« och »efter en stund«. Skarp smärta har inte tagits med i tabellen, eftersom endast åtta kvinnor rapporterade att de hade haft det. Kvinnor med ytlig samlagssmärta hade i viss utsträckning även djupa besvär, medan det var ovanligt att kvin-

nor som bedömts ha huvudsakligen djupa samlagssmärter även hade ytliga besvär. Kvinnor med ytliga samlagssmärter hade huvudsakligen svidande, brännande smärta, medan de djupa besvären beskrevs som molande.

### Prediktiva värden

Hur väl kan anamnestiska faktorer förutsäga diagnosen? För att studera detta använde vi oss av fyra huvuddiagnoser och det s k Bayes' teorem [13, 14]. Den relativa förekomsten av dessa huvuddiagnoser i den undersökta gruppen finns redovisad på översta raden i Tabell II, medan tabellen i övrigt innehåller de olika prediktiva värdena för kvinnans ålder, smärtans karaktär och dess tidsrelation. Det prediktiva värdet kan variera från 0 till 1, där 0 anger en mycket låg sannolikhet för sjukdomen medan 1 anger en mycket hög sannolikhet.

Kvinnans ålder hade högst prediktivt värde för vestibulit och vulvovaginal atrofi, medan karaktären av smärta hade ett högt värde på 0,87 för djup samlagssmärta. Genom att kombinera ålder med olika faktorer uppnåddes mycket höga prediktiva värden för vestibulit, atrofi och djup samlagssmärta. Om kvinnan var under 30 år och hade en brännande smärta var det prediktiva värdet 0,90 för vestibulit, medan ålder över 50 år och svidande smärta gav ett prediktivt värde på 0,87 för vulvovaginal atrofi. Ålder mellan 30 och 49 år och molvärk gav ett prediktivt värde på 0,92 för djup samlagssmärta.

### Svampodling

Totalt 14 kvinnor (22 procent) hade en positiv svampodling, och fyra av dessa kvinnor som hade en tydlig anamnes på minst fyra svampinfektioner under det senaste året bedömdes ha en recidiverande svampinfektion som orsak till sina besvär. Ytterligare fyra kvinnor med negativa odlingar, men med en tydlig anamnes, bedömdes ha samma diagnos.

### II Diskussion

Den här redovisade studien är visserligen relativt liten men, så vitt vi vet, den första undersökningen på en populationsbaserad grupp kvinnor med långvariga och svåra samlagssmärter. Den visar framför allt att kvinnor i olika åldrar har olika orsaker till sina besvär. Den visar också att smärtans lokalisering, tidsmässiga relation och karaktär är viktiga faktorer för att kunna ställa rätt diagnos. I en kanadensisk undersökning – där man i en dagstidning annonserat efter kvinnor med samlagssmärter – har man visat att smärtans lokalisering och tids-

**ANNONS**

**ANNONS**

mässiga relation, men inte lika tydligt smärtans karaktär, är viktiga vid diagnosställandet [14]. Vårt att notera är att i vår studie ingår ingen kvinna med vaginism, sannolikt eftersom vaginism är ganska ovanligt [6], men det kan också bero på att kvinnor med vaginism undviker att komma till cellprovtagning och gynekologisk undersökning. En annan orsak kan vara att vi hade bestämt oss för att diagnosen vaginism innebar endast primär vaginism och att kvinnor med t ex vulva-vestibulit och vaginism således klassades som vestibulit.

Man kan också ifrågasätta hur säkra diagnoserna i vår studie är. Om två gynekologer undersökt samtliga kvinnor skulle man ha kunnat mäta en »interrater reliabilitet«, dvs i vilken grad båda läkarna fått samma diagnos. Eftersom kvinnorna inte sökt för sina besvär bedömdes det inte som etiskt försvarbart. Trots det anser vi att säkerheten i diagnosställandet var tillfredsställande, eftersom generellt accepterade diagnoskriterier användes och samma läkare undersökte samtliga kvinnor efter att ha undersökt tio kvinnor med samlagssmärta tillsammans med en annan läkare.

En annan fråga är det relativt stora bortfallet. Eftersom kvinnor oftast inte söker sjukvården för sina samlagsbesvär [4, 5] får det ändå anses som tillfredsställande att 66 procent av kvinnorna med samlagssmärta faktiskt kom för en undersökning. Men man kan inte utesluta att bortfallet kan ha en viss betydelse i fördelningen av olika diagnoser. Åtta kvinnor bedömdes ha en recidiverande svampinfektion som orsak till sina besvär, men endast hälften av dem hade positiva svampodlingar. Tio kvinnor hade positiva svampodlingar, där svamp dock inte bedömdes orsaka deras besvär. Detta belyser det faktum att kvinnor med misstänkt svampinfektion bör undersökas när besvären är som svårast för att man skall få en säker diagnos. Djupa samlagssmärter förekom nästan uteslutande hos kvinnor i åldern 30–49 år.

Orsakerna till djupa samlagssmärter är ofullständigt studerade men anges ofta vara multifaktoriella [15], där endometrios är den enskilt mest kända faktorn. Vad som orsakar smärtan vid endometrios är inte helt klart, men samlagssmärten är korrelerad till djupa endometriosförändringar på uterosakral-ligamenten, och dessa förändringar tenderar att öka med åldern [16, 17]. En annan vanlig orsak är sannolikt bäckendysfunktion, som nu uppmärksammas alltmer på de kliniker där man har tillgång till en sjukgymnast med kunskap att behandla detta.

## Sannolik diagnos med enkla medel

En noggrann gynekologisk undersökning med en omsorgsfull anamnes, där karakterisering av smärtan (var, när, hur) ingår, är viktiga moment när en kvinna söker för samlagssmärta. Detta kan ofta, tillsammans med kvinnans ålder, leda till diagnosen eller åtminstone till en möjlig diagnosgrupp. Mer specifika undersökningar kan självklart behövas, framför allt vid djupa samlagssmärter och vid olika hudsjukdomar. För att kunna behandla kvinnan krävs också många gånger ytterligare kunskap och erfarenhet. En bredare anamnes med psykosociala och psykosexuella frågor är då ett viktigt inslag.

Vi menar dock att alla gynekologer och distriktsläkare, som på sina mottagningar träffar kvinnor med samlagssmärter, med ganska enkla medel kan komma fram till en sannolik diagnos, för att därefter ge adekvat behandling eller remittera kvinnan för vidare utredning och behandling.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

- Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 wom-

en in an outpatient gynecological clinic. *J Sex Marital Ther* 1993;19(3):171-88.

- Jameson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet Gynecol* 1996;87(1):55-8.
- Nusbaum MR, Gamble G, Skinner B, Heiman J. The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *J Fam Pract* 2000;49(3):229-32.
- Danielsson I, Sjöberg I, Stenlund H, Wikman M. Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study. *Scand J Public Health* 2003;31(2):113-8.
- Glatt AE, Zinner SH, McCormack WM. The prevalence of dyspareunia. *Obstet Gynecol* 1990;75(3 Pt 1):433-6.
- Folkhälsöinstitutet. Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996. Stockholm: Folkhälsöinstitutet; 1998.
- Meana M, Binik YM. Painful coitus: a review of female dyspareunia. *J Nerv Ment Dis* 1994;182(5):264-72.
- Nunns D, Mandal D. Psychological and psychosexual aspects of vulvar vestibulitis. *Genitourin Med* 1997;73(6):541-4.
- Danielsson I, Eisemann M, Sjöberg I, Wikman M. Vulvar vestibulitis: a multi-factorial condition. *Br J Obstet Gynaecol* 2001;108(5):456-61.
- Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen DR. Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstet Gynecol* 1997;90(4 Pt 1):583-9.
- Danielsson I. Dyspareunia in women with special reference to vulvar vestibulitis [avhandling]. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
- Taube A, Malmquist J. Räkna med vad du tror. Bayes' sats i diagnostiken. *Läkartidningen* 2001;98(24):2910-3.
- Taube A, Malmquist J. Räkna med vad du tror. Bayes – inte P-värdet – mäter tilltron. *Läkartidningen* 2001;98(28-29):3208-11.
- Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen D. Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome? *J Nerv Ment Dis* 1997;185(9):561-9.
- Steege JF, Ling FW. Dyspareunia. A special type of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993;20(4):779-93.
- Porpora MG, Koninckx PR, Piazze J, Natili M, Colagrande S, Cosmi EV. Correlation between endometriosis and pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999;6(4):429-34.
- Damario MA, Rock JA. Pain recurrence: a quality of life issue in endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet* 1995;50 Suppl 1:S27-42.

## SUMMARY

Dyspareunia in women is common, particularly in younger women. Pain history and the woman's age provide valuable clues for evaluation

**Ingela Danielsson, Inga Sjöberg, Hans Stenlund, Marianne Wikman**

*Läkartidningen* 2003;100;2128-32

Very little is known about the causes of dyspareunia. The aim of this study was to investigate the diagnoses in a non-patient population of women after a short interview and a careful pelvic examination, and to analyze the predictive value of age and different pain characteristics according to Bayesian analysis and Bayes' Theorem. Sixty-four women with severe and prolonged dyspareunia were recruited from the Swedish national screening program for cervical cancer. It was shown that the diagnoses varied with age, and that age and various pain characteristics were very good predictors of the different diagnoses. The study concludes that diagnosing the most common types of severe dyspareunia is fairly easy and that extensive examinations are not generally required.

Correspondence: Ingela Danielsson, Dept of Obstetrics and Gynecology, Sundsvalls sjukhus, SE-851 86 Sundsvall, Sweden. (ingela.danielsson@lvn.se)