

## Frivilligt samlag och livshotande blödning – ovanligt men förekommer

I tingsrätten dömdes en man för våldtäkt efter att kvinnan inkommit till sjukhus med livshotande vaginal blödning. Högst upp i vagina hade kvinnan en 6 cm lång och 5 mm djup ruptur. Akut suturering och blodersättning räddade kvinnans liv.

Både mannen och kvinnan hävdade att samlaget som föregått skadan varit frivilligt, men sedan var minnesbilden mindre klar eftersom båda druckit stora mängder alkohol. Gynekologen som handlade fallet kopplade snabbt in rättsläkare, och den polisanmälan som läkarna gjorde ledde i tingsrätten till bedömningen att någon form av våld med föremål (t ex dildo eller knytnäve) hade brukats.

Fallet överklagades till Göta hovrätt, som gjorde en annan bedömning och friade mannen. Hovrätten ansåg, efter att ha tagit del av litteratur och annan gynekologs bedömning, att det inte var utslutet att traumat kunde ha uppstått av enbart samlag.

Det finns övertygande dokumentation i litteraturen att

livshotande skador i vagina kan uppstå vid frivilligt sex. Givetvis rör det sig inte om studier i form av ett stort antal patienter utan om fallbeskrivningar med ett till några fall. Skadan är i princip alltid belägen högst upp i vagina nära portio.

En del fallbeskrivningar redogör för komplicerade kirurgiska ingrepp från buken för att stoppa blödning eller förhindra att tarm tränger ut genom öppningen i slidan [1, 2]. Vid våldtäkt kan man ofta se yttre skador, till skillnad från vid frivilligt sex, men skadans lokalisation och utseende i vagina är densamma [3].

Slidan tänjs maximalt högst upp, vilket har visats med magnetkamera, och »missionärstättning» medger djupast penetration. Andra faktorer som kan bidra till denna typ av skada är inkompatibilitet mellan slida och penis, skörhet i slidan efter klimakteriet, tidigare kirurgi i slidan, bakåtriktad livmoder samt kraftiga stötar av penis [4].

I flertalet fall rör det sig om unga kvinnor. Det borde vara så att den unga kvinnan har större elasticitet och motståndskraft i vagina mot denna typ av händelse än kvinnan vars östrogennivåer är låga postmenopausalt, men kanske ligger förklaringen i att den yngre kvinnan har fler partner och kanske har sex på ett ur denna aspekt mer ogynnsamt sätt.

Undertecknad har som jourhavande på en stor gynekologisk klinik handlagt två fall av livshotande blödning efter frivilligt sex. I bägge fallen följde mannen med till kliniken, och ingendera parten tillstod att det hade varit fråga om annat än ett vanligt samlag. Erfarna kolleger (B Larson och B Anzén, pers medd, 2012) vid nuvarande arbetsplats har också varit inkopplade vid ett par liknande fall.

Mellan tummen och pekfingeret kan man som gynekolog vid en stor klinik förvänta sig att få se ett fall av denna typ en gång vart tionde år. Dock

ska man inte, i analogi med Tage Danielssons sannolikhetskalkyl om Harrisburg 1979, hävda att eftersom sannolikheten för att detta ska inträffa är så otroligt liten så kan det inte inträffa.

Folke Flam

docent, medicinsk chef,  
CevitaCare, GynStockholm  
folke.flam@cevita.se

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren har varit vittne i Göta hovrätt i det refererade fallet.

### REFERENSER

- Sivalingam N, Rajesvaran D. Coital injury requiring internal iliac arterial ligation. *Singapore Med J*. 1996; 37:547-8.
- Austin JM, Cooksey CM, Minikel LL, et al. Postcoital vaginal rupture in a young woman with no prior pelvic surgery. *J Sex Med*. 2012 Mar 16. [Epub ahead of print].
- McLean I, Roberts SA, White C, et al. Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse. *Forensic Sci Int*. 2011;204:27-33.
- Jeng CJ, Wang LR. Vaginal laceration and hemorrhagic shock during consensual sexual intercourse. *J Sex Marital Ther*. 2007; 33:249-53.

## Rutinmässig överdosering av folsyra?

Ett fåtal läkemedelskommittéer föreslår fortfarande en folsyrabehandling med 5 mg, en halv tablett två gånger i veckan. En vetenskapligt mera korrekt strategi vore att ta en fjärdedels tablett var eller varannan dag. Här talar jag om underhållsbehandling efter remissionsbehandling folatbrist och motiverad profylax mot befarad brist [1].

Kroppens normala förråd av folat är 5–10 mg. Utan tillförsel utifrån räcker detta förråd i 2–4 månader, innan brist-symtom seglar upp. Den dagliga omsättningen av folat är

nämligen 0,1–0,2 mg, hos gravida 0,4 mg.

Vid oral behandling av folatbrist använder vi vanligen folsyra. Upptaget är i genomsnitt 80 procent. Det varierar mellan 40–95 procent.

Överskott av folsyra utsöndras i urinen. Utsöndringen är försumbar vid doser upp till 1 mg. Vid en dos av 5 mg utsöndras hälften i urinen.

Det finns respektabla skäl att behandla med högre doser folsyra än 1 mg dagligen i enstaka fall (riskgraviditet för fostermissbildning, svår blodbrist, avancerad neuropati). Men merparten av våra

patienter borde inte ha mer än 1 mg dagligen.

Folsyrans dosrekommendationer utformades för mer än 60 år sedan. Skälet till justering nedåt under senare år är framför allt att man befarrar att långvarig överdosering av folsyra spelar en roll i utvecklingen av tumörsjukdomar [1].

Det är min förhoppning att våra läkemedelskommittéer samråder med varandra i den här frågan innan dosrekommendationer läggs för kommande år. Min arbetshypotes är att man kommer att landa vid en rekommenderad dos

om 0,5–1 mg dagligen i flertalet fall. Detta ligger i linje med, men något under, Läkemedelsbokens aktuella rekommendation, 1 mg dagligen [2].

Bo Norberg

docent, medicinkliniken,  
Norrdans universitetssjukhus,  
Umeå; redaktör för Rondellen/  
The Rondel, www.rondellen.net  
bo.norberg@vll.se

### REFERENSER

- Norberg B. Behandling med folat – för lite och för mycket skämmer allt [ledare]. *Rondellen*. 2012;32.
- Billström R, Björkegren K, Ljung R, Anemier I. Läkemedelsboken 2011–2012. Uppsala: Läkemedelsverket; 2011. pp. 239-51.