



Postępowanie w przypadku zmian skórnych w obrębie sromu

GUIDELINES COMMITTEE, GREEN-TOP GUIDELINE, NUMER 58, LUTY 2011

1. Cel i zakres

Celem zaleceń jest przegląd metod rozpoznawania i postępowania w przypadku częstych dermatoz zlokalizowanych w okolicy sromu, obserwowanych w ogólnej praktyce ginekologicznej, a także ocena znaczenia szkolenia i wsparcia specjalistycznego.

2. Wprowadzenie i podstawy

Dolegliwości będące konsekwencją chorób skóry okolicy sromu występują często i należą do nich: świąd, ból oraz zmiana w zabarwieniu i strukturze skóry. Badania populacyjne wskazują, że około jedna piąta kobiet zgłasza istotne objawy w okolicy sromu. Częstymi przyczynami tych objawów są zapalenie skóry, liszaj zwykły (lichen simplex), drożdżycza, liszaj twardzinowy oraz liszaj płaski. Liszaj twardzinowy obserwowany jest u co najmniej 25% kobiet leczonych w specjalistycznych klinikach zajmujących się chorobami sromu, z częstością szacowaną na 1 przypadek na 300-1000 wszystkich pacjentek zgłaszających się na oddziały dermatologiczne. Wytyczne mają na celu dostarczenie podstaw opartych na dowodach naukowych dla poprawy wstępnej oceny i opieki nad kobietami z chorobami skóry zlokalizowanymi na sromie. Zalecenia kierowane są do ginekologów i wskazują, kiedy powinno się skierować pacjentkę do specjalistycznego wielodyscyplinarnego

zespołu dającego jej możliwość skorzystania z innych opcji, takich jak poradnia, w której wykonywane są testy płatkowe, doradcy psychoseksualni lub chirurdzy rekonstrukcyjni. Szczegóły na temat poszczególnych chorób skóry sromu zamieszczone są w załączniku 2. Porady dotyczące ogólnej pielęgnacji rejonu sromu zamieszczone są w załączniku 3, a dotyczące szkolenia w załączniku 4.

3. Identyfikacja i ocena dowodów

Aby wyszukać istotne randomizowane badania kontrolowane, przeglądy systematyczne oraz metaanalizy, dokonano przeglądu biblioteki i rejestru Cochrane oraz bazy Medline od 1980 do stycznia 2010 roku. Bazę danych przeglądano, wykorzystując słowa kluczowe systemu indeksowania MESH: „świąd sromu”, „liszaj zwykły”, „liszaj twardzinowy”, „liszaj płaski”, „srom i dermatozy”, „srom i kandydozy”, „srom, choroba i rozpoznanie”, a także „śródnaślakowa neoplazja sromu”, w tym uwzględniając wszystkie podtytuły. W wyszukiwaniu wykorzystano także takie słowa kluczowe, jak choroba i diagnoza. Wyszukiwanie ograniczono do opracowań w języku angielskim dotyczących kobiet i ludzi. Przeglądanymi bazami danych były: Cochrane Database of Systematic Reviews, DARE, EMBASE, Medline, Pubmed, National Library of Health i National Guidelines Clearing House. Inne związane z tematem wytyczne pochodziły z British Association of Sexual Health and HIV, National Institute for Health and Clinical Excellence, Association of Physicians in Obstetrics and Gynecology oraz British Association of Dermatologists.

Przy opracowywaniu zaleceń wykorzystano prace przeglądowe dotyczące dorosłych kobiet skierowanych do specjalistycznej opieki zdrowotnej z objawami chorób skóry zlokalizowanych na sromie, badano znaczenie takich metod postępowania, jak wywiad z pacjentką, badanie przedmiotowe i badania dodatkowe w rozpoznawaniu i postępowaniu w przypadkach zmian skórnych zlokalizowanych w okolicy sromu, oceniono również wykorzystanie

Niniejsze wytyczne w imieniu Guidelines Committee of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists przygotowali: Dr ME Cruickshank FRCOG, Aberdeen, Scotland, dr I Hay FRCP, Consultant Dermatologist, Royal Alexandra Hospital, Paisley, Scotland i zrecenzowali: British Society for the Study of Vulval Disease; RCOG Consumers' Forum; Faculty of Sexual and Reproductive Health; Lichen Sclerosus Support Group and the Vulval Health Awareness Campaign; Vulval Pain Society; Dr SE Barton FRCOG, London; Dr DL Bisson FRCOG, Bristol; Mrs A Diyaf MRCOG, Birmingham

Głównymi recenzentami z ramienia Guidelines Committee byli: Dr A Thomson MRCOG, Glasgow, Scotland, Mrs C Overton FRCOG, Bristol, dr NA Siddiqui FRCOG, Glasgow, Scotland.

Za ostateczną wersję odpowiada Guidelines Committee RCOG. Nie zgłoszono konfliktu interesów. Jest to pierwsza edycja zaleceń.

bardzo silnych kortykosteroidów oraz innych możliwości leczniczych w chorobach skóry okolicy sromu oraz znaczenie prowadzenia obserwacji pacjentek z chorobami sromu.

Problemy badawcze były opracowane i przedłożone do recenzowania. Dwóch niezależnych recenzentów oceniało wygenerowane piśmiennictwo w celu przedstawienia zaleceń i dowodów naukowych. Siła dowodów naukowych została oceniona zgodnie z RCOG Clinical Governance Advice No. 1: Development of RCOG Green-top Guidelines: Policies and Processes.¹

4. Jakie informacje należy uwzględnić w wywiadzie i badaniu przedmiotowym, aby ułatwić ustalenie rozpoznania i postępowanie, jeśli do ginekologa zgłasza się kobieta z objawami chorób skórnych okolicy sromu?

Standardowy wywiad ginekologiczny nie wychwyci wszystkich istotnych objawów. Wywiad z pacjentką zgłaszającą się z powodu objawów zlokalizowanych w okolicy sromu musi zostać rozszerzony o objawy pochodzące z innych okolic skóry, w kierunku innych chorób i przyjmowania leków oraz wywiad rodzinny. [✓]

Niecharakterystyczne objawy, takie jak świąd czy ból, są częste w chorobach skóry okolicy sromu, ale nie są swoiste. Możliwymi przyczynami tych objawów są dermatozy okolicy sromu, zakażenia, kontaktowe zapalenie skóry, niedobory hormonalne oraz dermatozy układu. Samodzielne leczenie lub wcześniejsze nieodpowiednie lub niewłaściwe leczenie mogą przyczynić się do wystąpienia objawów. Istotne jest rozszerzenie wywiadu w celu wyjaśnienia możliwych czynników przyczynowych lub innych, które mogły wywołać objawy. Należą do nich nieprawidłowy wynik badania cytologicznego szyjki macicy, palenie tytoniu oraz niedobory immunologiczne u kobiet z podejrzaną zwykłą postacią śródnałnkowej neoplazji sromu (vulvar intraepithelial neoplasia, VIN). Często dochodzi do kontaktu skóry sromu z potencjalnymi alergenami, dlatego wykorzystanie kwestionariusza może pomóc w identyfikacji możliwych alergenów i czynników drażniących (patrz załącznik 5). [Poziom dowodów 4]

W wywiadzie powinny znaleźć się szczegóły dotyczące osobniczego i rodzinnego zagrożenia chorobami autoimmunologicznymi. [C]

Kobiety z liszajem twardzinowym i nadzerkowym liszajem płaskim znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka osobniczego lub rodzinnego w kierunku chorób autoimmunologicznych. Przeciwciała krążące występują częściej u kobiet z nadzerkowym liszajem płaskim. U kobiet z liszajem twardzinowym najczęściej

występującymi chorobami autoimmunologicznymi są zaburzenia czynności tarczycy, łysienie plackowate, niedokrzwistość złośliwa, cukrzyca typu 1 oraz bielactwo. Opisywana częstość występowania chorób autoimmunologicznych u krewnych pierwszego stopnia wynosi około 30%.² Autoimmunologiczne choroby pęcherzowe w okolicach anogenitalnych występują rzadko. [Poziom dowodów 2+]

Wywiad powinien zawierać szczegóły dotyczące jakiegokolwiek osobniczego lub rodzinnego występowania chorób atopowych (katar sienny, astma, atopowe zapalenie skóry). [C]

Wygląd zmian zapalnych na skórze sromu jest często nieswoisty, a charakterystyczne dla danej choroby zmiany występujące w innych okolicach mogą nie pojawić się w okolicach anogenitalnych. Wśród 38 kobiet z zapaleniem skóry okolicy sromu, zgłaszających się do kliniki zajmującej się chorobami sromu, 97% miało w wywiadzie atopię i/lub łojotokowego zapalenie skóry.³ [Poziom dowodów 3]

Wywiad powinien obejmować również występowanie objawów związanych z nietrzymaniem moczu lub kału. [D]

Mocz i kał są bardzo drażniące i mogą powodować uszkodzenie bariery skórnej. Kobiety należy pytać szczególnie o nietrzymanie moczu lub kału, w których dochodzi do uszkodzenia skóry sromu zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio przez stosowanie produktów higienicznych. W niewielkim badaniu przypadków wykazano, że alergia na produkty higieniczne występuje rzadko, ale zapalenie skóry może być zaostrzone przez wilgoć, temperaturę i tarcie.⁴ [Poziom dowodów 3]

Kobiety z chorobami skóry okolicy sromu wymagają regularnego badania okolicy anogenitalnej, a także innych okolic skóry i błon śluzowych. [✓]

Istotne jest systematyczne badanie właściwie ekspozowanej okolicy sromu przy użyciu odpowiedniego światła. Najlepiej przeprowadzić badanie w zmodyfikowanej pozycji litotomijnej i przy dobrym oświetleniu. Kolposkopia z reguły nie jest potrzebna. Należy poprosić pacjentkę o wskazanie okolicy, w której pojawiły się dolegliwości. Niektóre kobiety mogą mieć trudności ze wskazaniem takiego miejsca, inne nigdy nie badają się same lub nie znają anatomii okolicy sromu. Jeśli podejrzewana jest VIN, należy zbadać dolne drogi rodne, włączając pochwę, szyjkę macicy oraz okolicę wokół odbytu. Istotne jest zbadanie pozostałych części ciała, włączając jamę ustną, pod kątem oznak liszaja płaskiego, a także skórę owłosioną głowy, łokcie, kolana i paznokcie pod kątem łuszczycy.

Zmiany wypryskowe mogą występować w każdej okolicy. [Poziom dowodów 4]

5. Jakie badania dodatkowe są przydatne w diagnostyce zmian skórnych okolicy sromu?

W początkowej ocenie pacjentki ze zmianami okolicy sromu należy rozważyć badania w kierunku chorób tarczycy, cukrzycy, a także chorób przenoszonych drogą płciową, jeśli wskazują na to dane kliniczne. [D]

Istnieje niewiele dowodów dotyczących licznych badań dodatkowych, ale rutynowo wykonywane w diagnostyce mogą pomóc w wyjaśnieniu rozpoznania przez wykrycie współistniejących stanów chorobowych, które mogą dawać objawy w okolicy sromu.³ W retrospektywnych opisach przypadków odnotowano niewystarczającą liczbę badań wykonywanych u kobiet z objawami sugerującymi chorobę przenoszoną drogą płciową.⁵ [Poziom dowodów 4]

Biopsja skóry nie jest potrzebna, jeśli rozpoznanie można ustalić na podstawie badania klinicznego. Jest natomiast konieczna wtedy, gdy kobieta nie odpowiada na leczenie lub istnieje kliniczne podejrzenie VIN lub nowotworu. [D]

Częste choroby skóry okolicy sromu mogą być rozpoznane na podstawie badania klinicznego, chociaż biopsja diagnostyczna może pomóc, jeśli istnieje niepewność kliniczna lub nie ma odpowiedzi na leczenie. VIN jest rozpoznaniem histologicznym i przy jego podejrzeniu powinna zostać wykonana biopsja.⁶ Po pobraniu wycinków w 19-22% przypadków VIN wykrywa się wcześniej nierozpoznaną chorobę inwazyjną.⁷ Wszystkie atypowe i podejrzone okolice muszą być poddane biopsji, aby wykluczyć chorobę inwazyjną. Biopsje skóry mogą być bezpiecznie wykonywane w warunkach ambulatoryjnych, w znieczuleniu miejscowym. Jeśli miejsce biopsji wymaga założenia szwów, powinno się stosować niebarwione szwy wiskrylowe. [Poziom dowodów 4].

Kobiety z podejrzeniem liszaja twardzinowego lub płaskiego, w przypadku istnienia klinicznych objawów, powinny być badane w kierunku innych chorób autoimmunologicznych. [C]

Kobiety z liszajem twardzinowym lub nadżerkowym liszajem płaskim znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka choroby lub zachorowania w przyszłości na inną chorobę autoimmunologiczną.² Nie ma jednak żadnych dowodów na sensowność badania autooprzeciwciał bez uzasadnień klinicznych.⁸ [Poziom dowodów 2+]

U kobiet z zapaleniem skóry okolicy sromu powinno się ocenić stężenie ferrytyny w surowicy. [C]

Leczenie niedokrwistości z niedoboru żelaza lub niedoborów żelaza określonych niskim stężeniem ferrytyny może prowadzić do ustąpienia objawów ze strony sromu. W badaniu, w którym wzięło udziału 38 kobiet z zapaleniem skóry okolicy sromu, u 20% stwierdzono niedokrwistość z niedoboru żelaza.³ [Poziom dowodów 3]

6. Jakie znaczenie mają testy płatkowe w badaniu i postępowaniu z pacjentkami z dermatozami okolicy sromu?

U kobiet z zapaleniem skóry okolicy sromu powinny być wykonywane testy płatkowe. [D]

U kobiet ze świądem sromu często wykrywa się swoiste reakcje alergiczne. Trudno uogólniać wyniki analizy różnych grup badanych ze względu na ograniczoną liczbę i różny dobór pacjentek, ale większość badań potwierdza, że 26-80% kobiet zgłaszających się do lekarza z powodu objawów ze strony sromu ma co najmniej jeden dodatni wynik w testach płatkowych.^{3,9-12} Najczęstszymi alergenami są kosmetyki, leki i konserwanty.⁹⁻¹¹ Innymi alergenami są substancje zapachowe, konserwanty zawarte w preparatach miejscowych, guma oraz barwniki do tkanin. Czynniki drażniącymi mogą być proszki do prania, płyny do zmiękczenia tkanin, ręczniki kąpielowe lub podpaski i bielizna syntetyczna. Częstym zjawiskiem jest wtórne uwrażliwienie na wiele substancji.³ Czynniki związanymi z alergią kontaktową mogą być: zapalenie skóry okolicy sromu, zgłaszanie silnego świądu oraz stosowanie wielu różnych leków miejscowych.¹² Ważne jest badanie w kierunku potencjalnych alergenów kontaktowych, na które kobieta jest ekspozycja, oprócz opracowanych przez British Contact Dermatitis Society. [Poziom dowodów 3]

7. Jak powinno się leczyć liszaj twardzinowy i liszaj płaski?

W leczeniu pacjentek z liszajem twardzinowym i płaskim ważną rolę odgrywają bardzo silne kortykosteroidy. Pacjentka i lekarz rodzinny potrzebują jasnych wskazówek dotyczących sposobu leczenia (załącznik 6 opisuje odpowiedni schemat leczenia). [C]

Kortykosteroidy wykazują właściwości przeciwwzapalne i immunosupresyjne przez wpływ na różnicowanie i czynność limfocytów oraz hamowanie wytwarzania cytokin. Propionian klobetazolu jest

najsilniejszym kortykosteroidem dostępnym na rynku. Wskaźniki odpowiedzi na leczenie klobetazolem pochodzące z dużych badań przypadków rozpoznawanych jako liszaj twardzinowy są wysokie, z całkowitym lub częściowym ustąpieniem objawów u 54-96% kobiet.¹³⁻¹⁷ Rzadziej obserwuje się poprawę struktury i zabarwienia skóry okolicy sromu.¹⁵ Dowody dotyczące zastosowania propionianu klobetazolu pochodzą z obserwacji wielu przypadków oraz nierandomizowanych badań prospektywnych. W 20-letnim badaniu prospektywnym dotyczącym stosowania propionianu klobetazolu stwierdzono, że prawdopodobieństwo uzyskania remisji było istotnie związane z wiekiem pacjentek.¹⁸ Kobiety poniżej 50 roku życia wykazywały najwyższy wskaźnik odpowiedzi. Nawroty są częste: 84% kobiet doświadcza nawrotu w ciągu 4 lat. Najwyższe wskaźniki odpowiedzi obserwowane są w przypadku regularnego długotrwałego stosowania, przed włączeniem leczenia „na żądanie”. Propionian klobetazolu wydaje się skuteczny i bezpieczny u dziewcząt przed menarche.¹⁷ Wpływ wieku może być związany z ewolucją choroby oraz zdolnością do wykonywania zaleceń lekarskich. Kobietom należy udzielać prostych instrukcji dotyczących dawkowania leku, włączając ilość, jaką powinny aplikować, czas aplikacji i jej częstotliwość oraz miejsce. [Poziom dowódów 2+]

U około 4-10% kobiet z liszajem twardzinowym okolicy anogenitalnej objawy nie ustępują po zastosowaniu bardzo silnych kortykosteroidów (choroba steroidooporna). Zalecanym leczeniem drugiego rzutu jest miejscowe zastosowanie leku immunomodulującego – takrolimusu pod nadzorem kliniki specjalistycznej. [D]

Takrolimus i pimekrolimus należą do grupy leków immunosupresyjnych, znanych jako inhibitory kalcyneuryny. Ich sposób działania różni się od kortykosteroidów i polega przede wszystkim na hamowaniu stanu zapalnego przez supresję odpowiedzi limfocytów T. Zarówno takrolimus, jak i pimekrolimus wykazały skuteczność w wielu dermatozach okolicy sromu, włączając liszaj twardzinowy i liszaj płaski.¹⁹⁻²⁴ W badaniu II fazy najlepsze rezultaty obserwowano po 10-24 tygodniach leczenia, a 77% kobiet wykazywało całkowitą lub częściową odpowiedź.²⁵ Inhibitory kalcyneuryny są dobrze tolerowane i pozwalają na uniknięcie działań niepożądanych kortykosteroidów. Stosowanie inhibitorów kalcyneuryny w liszaju twardzinowym okolicy anogenitalnej nie jest jednak zarejestrowane i powinno być stosowane tylko w specjalistycznych ośrodkach. Długotrwałe bezpieczeństwo miejscowych inhibitorów kalcyneuryny nie zostało ustalone. Opierając się na doniesieniach o nadmiernym stosowaniu, wydaje się, że ryzyko jest

niewielkie. W oczekiwaniu na dane z długoterminowych badań stosowanie tych preparatów przez ponad 2 lata nie jest zalecane ze względu na obawy dotyczące potencjalnej transformacji nowotworowej. Wiele innych doustnych i miejscowych form leczenia drugiego rzutu zostało opisanych w niezbyt dużych badaniach, ale dotąd nie ma wystarczających dowodów, aby zalecać te metody.²⁶⁻²⁹ [Poziom dowódów 3]

W leczeniu objawów liszaja twardzinowego nie są zalecane leczenie operacyjne i waporyzacja laserem CO₂. Te metody leczenia odgrywają jednak rolę w przywracaniu czynności upośledzonej przez powstałe zlepy lub zrosty, na przykład przy zatrzymaniu moczu lub zwężeniu wejścia do pochwy, które wpływają na czynności seksualne lub postrzeganie własnego ciała. [D]

Nie wykazano, aby lasery CO₂ były skuteczne w leczeniu liszaja twardzinowego, chociaż chirurgia laserowa może być skuteczna w leczeniu następstw bliznowacenia wtórnego do liszaja twardzinowego.³⁰ [Poziom dowódów 3]

8. Jak powinno się leczyć VIN?

Złotym standardem leczenia VIN jest miejscowe wycięcie operacyjne. [C]

Kobiety poddawane są leczeniu VIN, aby uwolnić je od takich objawów, jak nasilony świąd, wykluczyć chorobę inwazyjną oraz zmniejszyć ryzyko rozwoju nowotworu inwazyjnego. Prosta i radykalna wulwektomia nie są odpowiednimi metodami leczenia ze względu na ich niekorzystny wpływ na czynności seksualne i postrzeganie własnego ciała. Odpowiednią metodą leczenia jest wycięcie miejscowe zmiany, charakteryzujące się podobnym wskaźnikiem nawrotów i dostarczające materiał dla rozpoznania histologicznego.³¹⁻³³ Spośród pacjentek poddawanych wycięciu ognisk VIN u 12-17% wykrywa się klinicznie nierozpoznaną chorobę inwazyjną widoczną dopiero w badaniu histopatologicznym.^{7,34-36} Jeśli nie zostaje podjęte leczenie operacyjne, w celu zmniejszenia ryzyka nierozpoznaną chorobę inwazyjnej wskazane jest wykonanie biopsji. Wskaźniki całkowitej odpowiedzi są wyższe w przypadku wycięcia niż w przypadku technologii ablacyjnych lub leczenia niezabiegowego.⁷ Ryzyko nawrotu jest mniejsze, gdy granice wycięcia są wolne od choroby. Ryzyko występowania choroby rezydualnej lub nawrotowej nie jest jednak wystarczające, aby zalecić powtórne wycięcie przy braku klinicznych cech choroby.³⁶⁻³⁷ Nawet w przypadku brzegów chirurgicznych wolnych od zmian wciąż istnieje szczątkowe ryzyko nawrotu. [Poziom dowódów 3]

Kobiety poddawane operacyjnemu leczeniu VIN powinny mieć dostęp do zabiegów rekonstrukcyjnych. [D]

Pierwotne zamknięcie rany po wycięciu małych zmian VIN może dawać dobre rezultaty bez napięcia tkanek, bliznowacenia lub zakłócania prawidłowej anatomii. W przypadku większych zmian, zmian mnogich lub zlokalizowanych w określonych okolicach anatomicznych, bliznowacenie i napięcie mogą jednak powodować bolesność oraz zaburzenia psychoseksualne. Ważne, aby istniała możliwość zaferowania kobietom chirurgicznego leczenia rekonstrukcyjnego. W dwóch niewielkich grupach przypadków wykazano prawidłowe czynności seksualne po zastosowaniu różnych technik rekonstrukcyjnych po usunięciu VIN. [Poziom dowódów 4]

Leczenie niechirurgiczne jest dopuszczone jako alternatywa dla leczenia chirurgicznego, ale kobiety wymagają regularnej, długotrwałej obserwacji. [B]

Leczenie zachowawcze lub niechirurgiczne pozwala na uniknięcie powikłań pooperacyjnych oraz utrzymanie anatomii okolicy sromu. Stosowany miejscowy imikwimod w postaci kremu zarejestrowany jest do leczenia brodawek płciowych, ale istnieje wiele opisów przypadków oraz niewielkich randomizowanych badań kontrolowanych o krótkim i średnim czasie trwania, wykazujących na 15-81% wskaźnik klinicznej lub histologicznej odpowiedzi na stosowanie go dwa do trzech razy w tygodniu.⁴²⁻⁴⁸ Działaniami niepożądanymi są: ból, rumień oraz obrzęk, co może powodować nieprzeżycie zaleceń. Cydofowir jest również lekiem stosowanym w leczeniu brodawek płciowych, ale w niewielu przypadkach wykazano kliniczne i histologiczne odpowiedzi u kobiet z VIN.^{49,50} Obecnie w Wielkiej Brytanii trwa prospektywne badanie randomizowane dotyczące imikwimodu i cydofowiru. Długoterminowe wyniki kliniczne oraz ryzyko choroby inwazyjnej nie zostały do tej pory poznane, chociaż istnieje jedno doniesienie na temat choroby inwazyjnej rozpoznanej siedem miesięcy po leczeniu VIN imikwimodem. W opisach przypadków skuteczna okazała się ablacja laserowa. Wskaźniki niepowodzenia leczenia utrzymują się na poziomie 40%, ale ablacja laserowa nie jest odpowiednia dla skóry owłosionej ze względu na zajęcie przydatków skóry.⁵¹ Leczenie laserowe jest najskuteczniejsze wtedy, gdy konieczna jest ochrona tkanek, jak w przypadku żołędzi i napletka łechtaczki, lub kiedy leczenie chirurgiczne jest przeciwwskazane. Niewielkie badania oceniały stosowanie metody CUSA (cavitron ultrasonic surgical aspiration),⁵² terapii fotodynamicznej,⁵³⁻⁵⁵ interferonu⁵⁶ oraz szczepionki przeciwko HPV,⁵⁷⁻⁵⁹ ale nie ma wystarczających dowodów, aby obecnie zalecać takie leczenie w rutynowym postępowaniu. [Poziom dowódów 1]

9. Jakie nieswoiste sposoby postępowania oraz porady są przydatne w przypadku objawów z okolicy sromu?

Kluczową częścią postępowania jest pielęgnacja skóry okolicy sromu i unikanie potencjalnych czynników drażniących, które mogą nasilać podrażnienie skóry okolicy sromu. [D]

Powszechnie uważa się, że emolienty (nawilzacze) odgrywają kluczową rolę w ochronie skóry i przywracaniu jej funkcji barierowej. Ogólna pielęgnacja okolicy sromu obejmuje unikanie potencjalnych czynników drażniących, które mogą nasilać objawy. Badania niekontrolowane wykazały, że metody te zmniejszają objawy i powodują ustępowanie kontaktowego zapalenia skóry oraz przewlekłego liszaja zwykłego. Skóra okolicy sromu jest wrażliwa i może reagować zarówno na czynniki drażniące, jak i alergeny. Czynniki drażniącymi są często bielizna, wkładki higieniczne, barwniki do tkanin, mydła i detergenty⁹ (patrz załącznik 3). Unikanie mydła i detergentów oraz używanie substytutów mydła może mieć działanie kojące i ochronne dla skóry. Połączone stosowanie emolientów i substytutów mydeł pomaga utrzymać remisję, jest także bezpieczne i niedrogi. Niewielkie prospektywne badanie otwarte dotyczące leczenia podtrzymującego emolientami po leczeniu kortykosteroidami wykazało, że u części kobiet dochodzi do podtrzymania remisji, obserwuje się również zmniejszenie konieczności stosowania kortykosteroidów miejscowych.⁶⁰ [Poziom dowódów 3]

Istotne jest zebranie wywiadu dotyczącego stosowania preparatów dostępnych bez recepty, które mogą nasilać zmiany skórne. [✓]

Kobiety mogą odkładać wizytę u lekarza, a samodzielne leczenie może powodować wtórne problemy, takie jak alergiczne kontaktowe zapalenie skóry, kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia oraz wtórne nadkażenia. W badaniu przeprowadzonym z dużą grupą pacjentek działania niepożądane samodzielnego leczenia wiązały się z dłuższym czasem utrzymywania się objawów.⁶¹ [Poziom dowódów 4]

10. Czy kobiety z chorobami skóry okolicy sromu muszą być przez długi czas obserwowane przez ginekologów?

Kobiety z VIN muszą być regularnie poddawane wulwoskopii lub dokładnej ocenie klinicznej i biopsjom z podejrzanych okolic. [C]

Wszystkie postaci VIN wiążą się z ryzykiem rozwoju raka kolczystokomórkowego. Niewielkie badania

kohortowe wykazały, że do rozwoju raka dochodzi w ciągu 8 lat od rozpoznania. Opisane ryzyko progresji do raka jest bardzo zróżnicowane, ale wydaje się utrzymywać na poziomie 40-60%.^{31,33,34,36,62-67} Ryzyko to jest większe u kobiet nieleczonych. Ryzyko nierozpoznanej choroby inwazyjnej oznacza konieczność ustalenia niskiego prognozy dla wykonywania biopsji. U kobiet z VIN leczonych chirurgicznie wciąż istnieje rezydualne ryzyko rozwoju raka inwazyjnego na poziomie 4%. Te kobiety powinny być kontrolowane raz w roku, przynajmniej w celu oceny skóry sromu oraz uzyskania danych dotyczących występowania objawów (takich jak ból czy owrzodzenie), które mogą przyspieszyć przeprowadzenie badań. [Poziom dowodów 2]

Kobiety leczone z powodu VIN są w grupie ryzyka neoplazji śródnałonkowej innych okolic. W czasie wykonywania badań kontrolnych powinno być możliwe wykonanie kolposkopii. [C]

U 4% kobiet z rozpoznaniem VIN dojdzie do rozwoju neoplazji śródnałonkowej w obrębie dolnego odcinka dróg rodnych. Kobiety ze zwykłą postacią VIN z wieloogniskową chorobą charakteryzują się większym ryzykiem nawrotów i powinny być badane w specjalistycznej klinice wyposażonej w kolposkop w celu dokładnego zbadania dolnego odcinka dróg rodnych, włączając szyjkę macicy, pochwę, a także skórę sromu i okolicy odbytu.^{32,67} Kobiety z odpowiednimi wskazaniami powinny być poddane badaniom przesiewowych szyjki macicy. Większość dermatologów odsyła kobiety z VIN do ginekologów. [Poziom dowodów 3]

Nie ma dowodów na to, że badania kontrolne kobiet z liszajem twardzinowym muszą odbywać się w warunkach szpitalnych. [✓]

Kobiety z liszajem twardzinowym i liszajem płaskim są w grupie ryzyka inwazyjnego raka sromu, które wynosi 2-4%.^{68,69} Oszacowanie ryzyka raka kolczystokomórkowego u kobiet z dermatozami okolicy sromu jest trudne i zakłócające przez dobór przypadków, ograniczone kontrole lekarskie oraz współistniejące czynniki ryzyka. Istnieją sprzeczne dowody na to, czy ryzyko jest zależne, czy też nie od skutecznego leczenia.^{13,14,69,70} Ze względu na małe ryzyko osobnicze nie wymaga się, aby kobiety były kontrolowane w warunkach szpitalnych, ale muszą być poinformowane o ryzyku rozwoju choroby inwazyjnej. Kobiety z liszajem twardzinowym oraz zróżnicowanym VIN znajdują się w grupie dużego ryzyka i powinny pozostawać pod opieką specjalistyczną.

Kobiety powinny być powtórnie kierowane do specjalisty, jeśli występują zmiany podejrzane onkologiczne lub objawy nie ulegają zahamowaniu po wdrożeniu leczenia.

Sugeruje się, że kobiety z liszajem płaskim okolicy sromu są również w grupie ryzyka raka sromu, ale liczba opisów przypadków jest zbyt mała, aby potwierdzić, czy ryzyko związane jest z samą chorobą. Zalecana jest samokontrola. [Poziom dowodów 4]

11. Jak rozpoznawać problemy seksualne związane z chorobami skóry okolicy sromu i jakie jest najlepsze postępowanie?

Kobiety należy pytać, jak choroba sromu wpływa na ich czynności seksualne, powinno się udzielić odpowiedniej porady i objąć je opieką. [D]

Choroby okolicy sromu mogą negatywnie wpływać na czynności seksualne lub postrzeganie własnego ciała. Kobiety mogą same nie zgłaszać tego problemu, ale może on powodować duży stres. Badania opisujące wysokie wskaźniki dysfunkcji seksualnej wykorzystywały różne narzędzia i ankiety. Ich użycie w początkowej ocenie może pomóc w identyfikacji problemów psychoseksualnych.⁷¹⁻⁷⁵ Porady dotyczące zachowań seksualnych powinny podkreślać istotność podniecenia seksualnego i stosowania lubrykantów.⁶¹ Porady seksuologa są działaniem specjalistycznym, dlatego powinna istnieć możliwość skierowania pacjentki do takiego specjalisty na konsultację. Ważna jest również świadomość, że leczenie chorób okolicy sromu może mieć zarówno negatywny, jak i pozytywny wpływ na czynności seksualne. [Poziom dowodów 4]

12. Jakie znaczenie ma samodzielne badanie i jakich informacji na ten temat powinno się udzielić pacjentce?

Kobiety z objawami ze strony okolicy sromu powinny być zachęcane do samodzielnego badania w celu kontroli stanu skóry i podejrzanych okolic. [D]

Nie ma badań klinicznych oceniających znaczenie samodzielnego badania lub częstości i długości trwania obserwacji. Grupy wsparcia oraz towarzystwa specjalistyczne popierają samodzielne badanie, które może wykryć podejrzane zmiany.⁷⁶⁻⁷⁹ Techniki takiego badania są tworzone przez te grupy. Samodzielne badanie może mieć znaczenie w kontroli. Niewielkie badanie przeprowadzone wśród pacjentek wypisanych z kliniki zajmującej się chorobami sromu, obserwowanych z powodu liszaja twardzinowego, wykazało, że 38% nie zgłosiło się do lekarza pierwszego kontaktu w ciągu 12 miesięcy po wypisaniu ze szpitala. Spośród tych, które zgłosiły się do lekarza, 17% nie zostało w ogóle zbadanych.⁸⁰ [Poziom dowodów 4]

13. Jak należy szkolić ginekologów w postępowaniu w przypadkach chorób sromu?

Zgodnie z podstawą programową RCOG położnicy i ginekolodzy powinni posiadać wiedzę i doświadczenie w leczeniu częstych chorób okolicy sromu. [D]

Szkolenie z zakresu częstych chorób sromu umożliwiło w wielu kobiet zgłaszających objawy w okolicy sromu rozpoznanie i leczenie w ogólnej poradni ginekologicznej. Dla specjalistów RCOG opracował program szkolenia dotyczący chorób sromu (patrz załącznik 4).

Badanie przeprowadzone w specjalistycznej klinice zajmującej się chorobami sromu wykazało, że u większości kobiet zgłaszających się do tej placówki występowały częste choroby sromu, takie jak liszaj twardzinowy, przewlekły liszaj zwykły, liszaj płaski i VIN.⁸¹ Prawie połowa tych pacjentek była skierowana do placówki specjalistycznej bez żadnego rozpoznania lub z rozpoznaniem, ale nie była leczona lub też była leczona nieprawidłowo. Większość kobiet z liszajem twardzinowym i liszajem zwykłym dobrze reaguje na odpowiednią pielęgnację i miejscowe steroidy. Poza kobietami z VIN tylko u pacjentek, które nie odpowiadają na standardowe leczenie, stwierdza się chorobę steroidooporną lub uciążliwe objawy wymagające opieki specjalistycznej. [Poziom dowódów 4]

14. Jaki jest najlepszy model diagnostyki i postępowania u kobiet z chorobami okolicy sromu?

Kobiety ze złożonymi lub rzadkimi dermatozami sromu lub nieodpowiadające na standardowe leczenie powinny być leczone w specjalistycznym ośrodku. [D]

Kobiety, u których trudno kontrolować objawy, powinny być kierowane do ośrodka specjalistycznego.^{81,82} Dotyczy to kobiet, które wymagają częstego lub przedłużonego stosowania bardzo silnych kortykosteroidów miejscowych. Takie pacjentki mogą wymagać dodatkowego leczenia pierwszego, drugiego i trzeciego rzutu. Należy wykonać biopsję ze wszystkich podejrzanych lub opornych na leczenie obszarów. [Poziom dowódów 4]

W dwóch retrospektywnych pracach przeglądowych z ośrodków specjalizujących się w chorobach sromu wykazano, że 38% kobiet wymaga konsultacji więcej niż jednego specjalisty, włączając ginekologa, dermatologa, urologa oraz seksuologa.^{5,83} Wielospecjalistyczny zespół zmniejsza ryzyko nieprawidłowego lub niewłaściwego leczenia, umożliwia komunikację między specjalistami

oraz ustalenie właściwego rozpoznania, wykonanie badań i leczenie w jednym ośrodku. W przypadku braku zespołu wielodyscyplinarnego potrzebne są skuteczne kontakty z innymi specjalistami. [Poziom dowódów 4]

Pacjentki odczuwają stres związany z opóźnianiem rozpoznania oraz niepewnym rozpoznaniem i leczeniem zmian. Wskazuje to na potrzebę odpowiedniego szkolenia podczas programowej specjalizacji oraz znaczenie opieki specjalistycznej dla kobiet z rzadkimi lub nieodpowiadającymi na leczenie chorobami. [Poziom dowódów 4]

15. Standardy podlegające kontroli

Standardy podlegające kontroli w przypadku chorób sromu obejmują:

- Liczbę nowych pacjentek, objawy oraz rozpoznanie
- Dokumentację wskaźnika odpowiedzi na leczenie pierwszego rzutu, włączając kontrolę objawów oraz jakość życia
- Dokumentację dotyczącą informacji dostarczanych pacjentce, włączając kontakt z grupą wsparcia

16. Tematy przyszłych badań

Zalecanymi tematami przyszłych badań są:

- Badanie kliniczne dotyczące leczenia pierwszego rzutu kobiet z liszajem twardzinowym, porównanie działania miejscowych kortykosteroidów o bardzo silnym działaniu z miejscowym takrolimusem lub pimekrolimusem
- Badanie kliniczne porównujące leczenie zachowawcze *vs* operacyjne VIN
- Duże długoterminowe badania kohortowe dotyczące ryzyka rozwoju nowotworu złośliwego w przypadku wszystkich częstych dermatoz okolicy sromu.

© 2011 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Tłumaczenie i publikowanie artykułu The Management of Vulval Skin Disorders, Green-top Guideline No. 58 przez Medical Tribune Polska za zgodą RCOG. Jakiegokolwiek kopiowanie w którymkolwiek języku w części lub w całości bez uprzedniego pisemnego zezwolenia wydawcy całkowicie zabronione.

PIŚMIENNICTWO

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Clinical Governance Advice No. 1a: Development of RCOG Green-top Guidelines: Policies and Processes. London: RCOG; 2006 [http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploadedfiles/ClinGov1aDevelopmentGreetop2006.pdf].
2. Cooper SM, Ali I, Baldo M, Wojnarowska F. The association of lichen sclerosus and erosive lichen planus of the vulva and autoimmune disease. Arch Dermatol 2008;144:1432–5.
3. Crone AM, Stewart EJ, Wojnarowska F, Powell SM. Aetiological factors in vulvar dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2000;14:181–6.
4. Wakashin K. Sanitary napkin contact dermatitis of the vulva: location-dependent differences in skin surface conditions may play a role in negative patch test results. J Dermatol 2007;34:834–7.
5. Sullivan AK, Straughair GJ, Marwood RP, Staughton SE, Barton SE. A multidisciplinary vulva clinic: the role of genito-urinary medicine. J Eur Acad Dermatol Venereol 1999;13:36–40.
6. Sideri M, Jones RW, Wilkinson EJ, Preti M, Heller DS, Seury J, et al. Squamous vulvar intraepithelial neoplasia: 2004 modified terminology, ISSVD Vulvar Oncology Subcommittee. J Reprod Med 2005;50:807–10.

7. Husseinzadeh N, Recinto C. Frequency of invasive cancer in surgically excised vulvar lesions with intraepithelial neoplasia (VIN3). *Gynecol Oncol* 1999;73:119–20.
8. Powell J, Wojnarowska F, Winsey S, Marren P, Welsh K. Lichen sclerosus premenarche: autoimmunity and immunogenetics. *Br J Dermatol* 2000;142:481–4.
9. Marren P, Wojnarowska F, Powell S. Allergic contact dermatitis and vulvar dermatosis. *Br J Dermatol* 1992;126:52–6.
10. Lewis FM, Shah M, Gawkrödger DJ. Contact sensitivity in pruritus vulvae: patch test results and clinical outcome. *Am J Contact Dermatitis* 1997; 8:137–40.
11. Uta S, Ferahba A, Yildiz S. Patients with vulvar pruritus; patch test results. *Contact Dermatitis* 2008;58:296–8.
12. Haverhoek E, Reid C, Gordon L, Marshman G, Wood J, Selva-Nayagam P. Prospective study of patch testing in patients with vulvar pruritus. *Australas J Dermatol* 2008;49:80–5.
13. Cooper SM, Gao XH, Powell JJ, Wojnarowska F. Does treatment of vulvar lichen sclerosus influence its prognosis? *Arch Dermatol* 2004;140:702–6.
14. Renaud-Vilmer C, Cavalier-Balloy B, Porcher R, Dubertret L. Vulvar lichen sclerosus: effect of long-term topical application of a potent steroid on the course of the disease. *Arch Dermatol* 2004;140:709–12.
15. Diakomanolis ES, Haidopoulos D, Syndos M, Rodolakis A, Stefanidis K, Chatzipapas J, et al. Vulvar lichen sclerosus in postmenopausal women: a comparative study for treating advanced disease with clobetasol propionate 0.05%. *Eur J Gynaecol Oncol* 2002;23:519–22.
16. Sinha P, Sorinola O, Luesley DM. Lichen sclerosus of the vulva. Long-term steroid maintenance therapy. *J Reprod Med* 1999;44:621–4.
17. Lorenz B, Kaufman RH, Kutzner SK. Lichen sclerosus. Therapy with clobetasol propionate. *J Reprod Med* 1998;43:790–4.
18. Smith YR, Quint EH. Clobetasol propionate in the treatment of premenarchal vulvar lichen sclerosus. *Obstet Gynecol* 2001;98:588–9.
19. Böhm M, Frieling U, Luger TA, Bonsmann G. Successful treatment of anogenital lichen sclerosus with topical tacrolimus. *Arch Dermatol* 2003;139:922–4.
20. Goldstein AT, Thaçi D, Luger T. Topical calcineurin inhibitors for the treatment of vulvar dermatoses. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;146:22–9.
21. Kuntsfeld R, Kirnbauer R, Stingl G, Karhofer FM. Successful treatment of vulvar lichen sclerosus with topical tacrolimus. *Arch Dermatol* 2003;139:850–2.
22. Assmann T, Becker-Wegerich P, Grewe M, Megahed M, Ruzicka T. Tacrolimus ointment for the treatment of vulvar lichen sclerosus. *J Am Acad Dermatol* 2003;48:935–7.
23. Luesley DM, Downey GP. Topical tacrolimus in the management of lichen sclerosus. *BJOG* 2006;113:832–4.
24. Strittmatter HJ, Hengge UR, Blecken SR. Calcineurin antagonists in vulvar lichen sclerosus. *Arch Gynecol Obstet* 2006;274:266–70.
25. Hengge UR, Krause W, Hofmann H, Stadler R, Gross G, Meurer M, et al. Multicentre, phase II trial on the safety and efficacy of topical tacrolimus ointment for the treatment of lichen sclerosus. *Br J Dermatol* 2006;155:1021–8.
26. Bousema MT, Romppanen U, Geiger JM, Bardou M, Vaha-Eskelinen J, et al. Acitretin in the treatment of severe lichen sclerosus et atrophicus of the vulva: a double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Dermatol* 1994;30:225–31.
27. Hillemans P, Untch M, Pröve F, Baumgartner R, Hillemanns M, Koral M. Photodynamic therapy of vulvar lichen sclerosus with 5-aminolevulinic acid. *Obstet Gynecol* 1999;93:71–4.
28. Kreuter A, Jansen T, Stücker M, Herde M, Hoffman K, Altmeyer P, et al. Low-dose ultraviolet-A1 phototherapy for lichen sclerosus et atrophicus. *Clin Exp Dermatol* 2001;26:30–2.
29. Rajar UD, Majeed R, Parveen N, Sheikh I, Sushel C. Efficiency of aloe vera gel in the treatment of vulvar lichen planus. *J Coll Physicians Surg Pak* 2008;18:612–4.
30. Kartamaa M, Reitamo S. Treatment of lichen sclerosus with carbon dioxide laser vaporization. *Br J Dermatol* 1997;136:356–9.
31. Bruchim I, Gotlieb WH, Mahmud S, Tunitsky E, Grzywacz K, Ferenczy A. HPV-related vulvar intraepithelial neoplasia: outcome of different management modalities. *Int J Gynecol Obstet* 2007;99:23–7.
32. Tidy JA, Soutter WP, Luesley DM, MacLean AB, Buckley CH, Ridley CM. Management of lichen sclerosus and intraepithelial neoplasia of the vulva in the UK. *J R Soc Med* 1996;89:699–701.
33. McNally OM, Mulvany NJ, Pagano R, Quinn MA, Rome RM. VIN 3: a clinicopathologic review. *Int J Gynecol Cancer* 2002;12:490–5.
34. Jones RV, Rowan DM, Stewart AW. Vulvar intraepithelial neoplasia: aspects of the natural history and outcome in 405 women. *Obstet Gynecol* 2005;106:1319–26.
35. Polterauer S, Catharina Dressler A, Grimm C, Seebacher V, Tempfer C, Reinthaller A, et al. Accuracy of preoperative vulva biopsy and the outcome of surgery in vulvar intraepithelial neoplasia 2 and 3. *Int J Gynecol Pathol* 2009;28:559–62.
36. Powell LC Jr, Dinh TV, Rajaraman S, Hannigan EV, Dillard EA Jr, Yandell RB, et al. Carcinoma in situ of the vulva. A clinicopathologic study of 50 cases. *J Reprod Med* 1986;31:808–14.
37. Modesitt SC, Waters AB, Walton L, Fowler WC Jr, Van Le L. Vulvar intraepithelial neoplasia III: occult cancer and the impact of margin status on recurrence. *Obstet Gynecol* 1998;92:962–6.
38. Yii NW, Niranjana NS. Lotus petal flaps in vulvo-vaginal reconstruction. *Br J Plast Surg* 1996;49:547–54.
39. Davison PM, Sarhanis P, Shroff JF, Kilby M, Redman CW. A new approach to reconstruction following vulval excision. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:475–7.
40. Narayansingh GV, Cumming GP, Parkin DP, McConnell DT, Honey E, Kolhe PS. Flap repair: an effective strategy for minimising sexual morbidity associated with the surgical management of vulvar intraepithelial neoplasia. *J R Coll Surg Edinb* 2000;45:81–4.
41. Terlou A, Hage JJ, van Beurden M. Skinning clitorrectomy and skin replacement in women with vulvar intraepithelial neoplasia. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2009;62:341–5.
42. Mathiesen O, Buus SK, Cramers M. Topical imiquimod can reverse vulvar intraepithelial neoplasia: a randomised, double-blinded study. *Gynecol Oncol* 2007;107:219–22.
43. LeT, Menard C, Hicks-Boucher W, Hopkins L, Weberpals J, Fung-Kee-Fung M. Final results of a phase 2 study using continuous 5% Imiquimod cream application in the primary treatment of high-grade vulva intraepithelial neoplasia. *Gynecol Oncol* 2007;106:579–84.
44. Todd RW, Steele JC, Etherington I, Luesley DM. Detection of CD8+ T cell responses to human papillomavirus type 16 antigens in women using imiquimod as a treatment for high-grade vulvar intraepithelial neoplasia. *Gynecol Oncol* 2004;92:167–74.
45. Todd RW, Etherington I, Luesley DM. The effects of 5% imiquimod cream on high-grade vulvar intraepithelial neoplasia. *Gynecol Oncol* 2002;85:67–70.
46. Wendling J, Saiag P, Berville-Levy S, Bourgault-Villada I, Clerici T, Moyal-Baracco M. Treatment of undifferentiated vulvar intraepithelial neoplasia with 5% imiquimod cream. *Arch Dermatol* 2004;140:1220–4.
47. van Seters M, Fons G, van Beurden M. Imiquimod in the treatment of multifocal vulvar intraepithelial neoplasia 2/3. Results of a pilot study. *J Reprod Med* 2002;47:701–5.
48. van Seters M, van Beurden M, ten Kate FJ, Beckmann I, Ewing PC, Eijkemans MJ, et al. Treatment of vulvar intraepithelial neoplasia with topical imiquimod. *N Engl J Med* 2008;358:1465–73.
49. Koonsaeng S, Verschraegen C, Freedman R, Bossens M, Kudelka A, Kavanagh J, et al. Successful treatment of recurrent vulvar intraepithelial neoplasia resistant to interferon and isotretinoin with cidofovir. *J Med Virol* 2001;64:195–8.
50. Tristram A, Fiander A. Clinical responses to Cidofovir applied topically to women with high grade vulvar intraepithelial neoplasia. *Gynecol Oncol* 2005;99:652–5.
51. Sideri M, Spinaci L, Spolti N, Schettino F. Evaluation of CO2 laser excision or vaporization for the treatment of vulvar intraepithelial neoplasia. *Gynecol Oncol* 1999;75:277–81.
52. Miller BE. Vulvar intraepithelial neoplasia treated with cavitation ultrasonic surgical aspiration. *Gynecol Oncol* 2002;85:114–8.
53. Hillemanns P, Untch M, Dannecker C, Baumgartner R, Stepp H, Diebold J, et al. Photodynamic therapy of vulvar intraepithelial neoplasia using 5-aminolevulinic acid. *Int J Cancer* 2000;85:649–53.
54. Abdel-Hady ES, Martin-Hirsch P, Duggan-Keen M, Stern PL, Moore JV, Corbitt G, et al. Immunological and viral factors associated with the response of vulvar intraepithelial neoplasia to photodynamic therapy. *Cancer Res* 2001;61:192–6.
55. Fehr MK, Hornung R, Schwarz VA, Simeon R, Haller U, Wyss P. Photodynamic therapy of vulvar intraepithelial neoplasia III using topically applied 5-aminolevulinic acid. *Gynecol Oncol* 2001;80:62–6.
56. Spirtos NM, Smith LH, Teng NN. Prospective randomized trial of topical alpha-interferon (alpha-interferon gels) for the treatment of vulvar intraepithelial neoplasia III. *Gynecol Oncol* 1990;37:34–8.
57. Davidson J, Boswell CM, Sehr P, Pawlita M, Tomlinson AE, McVey RJ, et al. Immunological and clinical responses in women with vulvar intraepithelial neoplasia vaccinated with a vaccinia virus encoding human papillomavirus 16/18 oncoproteins. *Cancer Res* 2003;63:6032–41.
58. Smyth LJ, Van Poelgeest MI, Davidson EJ, Kwappenberg KM, Burt D, Sehr P, et al. Immunological responses in women with human papillomavirus type 16 (HPV-16)-associated anogenital intraepithelial neoplasia induced by heterologous prime-boost HPV-16 oncogene vaccination. *Clin Cancer Res* 2004;10:2954–61.
59. Harper DM, Franco EL, Wheeler C, Ferris DG, Jenkins D, Schuid A, et al. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial. *Lancet* 2004;364:1757–65.

60. Simonart T, Lahaye M, Simonart JM. Vulvar lichen sclerosis: effect of maintenance treatment with a moisturizer on the course of the disease. *Meno-pause* 2008;15:74–7.
61. Marin MG, King R, Sfameni S, Dennerstein GJ. Adverse behavioral and sexual factors in chronic vulvar disease. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:34–8.
62. Herod JJ, Shafi MI, Rollason TP, Jordan JA, Leusley DM. Vulvar intraepithelial neoplasia: long term follow up of treated and untreated women. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:446–52.
63. Hørding U, Junge J, Poulsen H, Lundvall F. Vulvar intraepithelial neoplasia III: a viral disease of undetermined progressive potential. *Gynecol Oncol* 1995;56:276–9.
64. Jones RW, Rowan DM. Vulvar intraepithelial neoplasia III: a clinical study of outcome in 113 cases with relation to the later development of invasive vulvar carcinoma. *Obstet Gynecol* 1994;84:741–5.
65. van Seters M, van Beurden M, de Craen AJ. Is the assumed natural history of vulvar intraepithelial neoplasia III based on enough evidence? A systematic review of 3322 published patients. *Gynecol Oncol* 2005;97:645–51.
66. Jones RW, MacLean AB. Re: "Is the assumed natural history of vulvar intraepithelial neoplasia III based on enough evidence? A systematic review of 3322 published patients". *Gynecol Oncol* 2006;101:371–2.
67. Ait Menguellet S, Collinet P, Houfflin Debarge V, Nayama M, Vinatier D, Leroy JL. Management of multicentric lesions of the lower genital tract. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;132:116–20.
68. Kennedy CM, Peterson LB, Galask RP. Erosive vulvar lichen planus: a cohort at risk for cancer? *J Reprod Med* 2008;53:781–4.
69. Carli P, Cattaneo A, De Magnis A, Biggeri A, Taddei G, Giannotti B. Squamous cell carcinoma arising in vulvar lichen sclerosis: a longitudinal cohort study. *Eur J Cancer Prev* 1995;4:491–5.
70. Cooper SM, Wojnarowska F. Influence of treatment of erosive lichen planus of the vulva on its prognosis. *Arch Dermatol* 2006;142:289–94.
71. Marin MG, King R, Dennerstein GJ, Sfameni S. Dyspareunia and vulvar disease. *J Reprod Med* 1998;43:952–8.
72. Andersen BL, Turnquist D, LaPolla J, Turner D. Sexual functioning after treatment of in situ vulvar cancer: preliminary report. *Obstet Gynecol* 1988;71:15–9.
73. Thuesen B, Andreasson B, Bock JE. Sexual function and somatopsychic reactions after local excision of vulvar intraepithelial neoplasia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71:126–8.
74. Jensen JT, Wilder K, Carr K, Romm J, Hansen A. Quality of life and sexual function after evaluation and treatment at a referral center for vulvovaginal disorders. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1629–35, discussion 1635–7.
75. McFadden KM, Sharp L, Cruickshank ME. The prospective management of women with newly diagnosed vulvar intraepithelial neoplasia: clinical outcome and quality of life. *J Obstet Gynaecol* 2009;29:749–53.
76. The International Society for the Study of Vulvovaginal Disease. Patient education [https://netforum.avectra.com/eWeb/DynamicPage.aspx?Site=ISSVD&WebCode=Article-Search&FromSearchControl=Yes].
77. National Lichen Sclerosis Support Group [http://www.lichensclerosis.org/].
78. Vulval Pain Society [http://www.vulvalpainsociety.org/].
79. British Society for the Study of Vulval Disease. Patient Leaflets [http://www.bssvd.org/leaflets.asp].
80. Balasubramaniam P, Lewis FM. Long-term follow-up of patients with lichen sclerosis: does it really happen? *J Obstet Gynaecol* 2007;27:282.
81. Cheung ST, Gach JE, Lewis FM. A retrospective study of the referral patterns to a vulval clinic: highlighting educational needs in this subspecialty. *J Obstet Gynaecol* 2006;6:435–7.
82. Jones RW, Scurry J, Neill S, MacLean AB. Guidelines for the follow-up of women with vulvar lichen sclerosis in specialist clinics. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:496.e1–3.
83. Neill SM, Tatnall FM, Cox NH; British Association of Dermatologists. Guidelines for the management of lichen sclerosis. *Br J Dermatol* 2002;147:640–9.

Załącznik 1

PODSUMOWANIE

Świąd sromu i ból pochwy są bardzo często zgłaszanymi dolegliwościami, a większość kobiet początkowo leczy się samodzielnie. Chociaż problemy te są często samoograniczające, przywlekły świąd okolicy sromu sugeruje leżącą u jego podstaw dermatozę. Dokładne i całościowe badanie jest podstawą dla ustalenia rozpoznania. Biopsje skóry nie zawsze są potrzebne, ale są istotne wtedy, gdy podejrzewa się VIN lub chorobę inwazyjną, lub gdy choroba nie odpowiada na leczenie.

Głównym elementem leczenia jest ogólna pielęgnacja skóry sromu. Unikanie potencjalnych czynników drażniących jest korzystne w większości chorób. Podstawą leczenia liszaja twardzinowego są bardzo silne miejscowe kortykosteroidy. Kobiety potrzebują jasnych porad dotyczących właściwych metod leczenia. U pacjentek z VIN w celu potwierdzenia rozpoznania wymagana jest biopsja. Długoterminowa obserwacja potrzebna jest szczególnie w przypadku niezabiegowego lub zachowawczego leczenia. Wszyscy lekarze ginekolodzy powinni mieć doświadczenie w postępowaniu z częstymi chorobami skóry, ale konsultacja specjalistyczna poprawia opiekę nad kobietami przez większą trafność rozpoznania oraz włączanie właściwego leczenia.

Załącznik 2

Choroby skóry okolicy sromu

CZĘSTE CHOROBY SKÓRY OKOLICY SROMU

Liszaj twardzinowy

Liszaj twardzinowy okolicy anogenitalnej może występować w każdym wieku, ale częściej obserwowany jest u kobiet po menopauzie. Powoduje on nasilony świąd, który może się nasilać w nocy. Cała okolica anogenitalna może być zajęta w kształcie cyfry 8. Niekontrolowane drapanie może powodować uraz z krwawieniem, pęknięcie skóry oraz dyskomfort, ból i dyspareunię.

Liszaj twardzinowy nie jest związany z zaburzeniami hormonalnymi, środkami antykoncepcyjnymi, hormonalną terapią zastępczą ani menopauzą. Dowody wskazują, że jest to choroba autoimmunologiczna. U około 40% kobiet z liszajem twardzinowym występuje lub wystąpi inna choroba autoimmunologiczna.

Świąd związany jest z czynnym procesem zapalnym, ze zmianami rumieniowymi i rogowaceniem skóry sromu. Hiperkeratoza może być wyraźna i dawać obraz pogrubiałej białej skóry. Skóra jest często atroficzna, klasycznie z podnaskórkowymi wylewami (ecchymoses) i może łatwo pękać. Przewlekły stan zapalny może powodować zrosty. Często dochodzi do bocznego zrastania warg mniejszych, które

przylegają do warg większych i ostatecznie są całkowicie w nie wrośnięte. Napletek lechtaczki i jego boczne brzegi mogą się zlewać, powodując zanik lechtaczki. Czasami dochodzi do pośredniego zrastania się warg mniejszych, co również ogranicza wejście do pochwy i może powodować trudności w oddawaniu moczu, a nawet jego zatrzymanie.

Liszaj płaski

Liszaj płaski jest częstą chorobą skóry, która może zajmować każdą okolicę. Zwykle zajmuje błony śluzowe i często obserwowany jest na błonach śluzowych jamy ustnej. Liszaj płaski objawia się jako wieloboczne płaskie fioletowe blaszki i grudki z wyraźnym siateczkowatym wzorem (siateczka Wickhama). W obrębie jamy ustnej i w okolicy narządów płciowych może jednak mieć charakter nadżerkowy, czemu częściej towarzyszy ból niż świąd. Etiologia nie jest znana, ale choroba może mieć podłoże autoimmunologiczne. Może występować w każdym wieku i nie ma związku ze statusem hormonalnym.

Liszaj zwykły przewlekły lub przewlekłe zapalenie skóry okolicy sromu

Kobiety z wrażliwą skórą, zapaleniem skóry lub wypryskiem mogą zgłaszać objawy ze strony skóry sromu, które mogą być wywołane przez przewlekły liszaj zwykły, częstą chorobę zapalną skóry. Objawia się ona jako ciężki, określany jako nie do zniesienia, świąd, nasilający się szczególnie w nocy. Nieswoisty stan zapalny często zajmuje wargi sromowe większe, ale może rozprzestrzeniać się na wzgórek łonowy i wewnętrzne powierzchnie ud. Może występować rumień i obrzęk z dyskretnymi obszarami zgrubienia i lichenizacji, szczególnie wywołanej drapaniem. Objawy te mogą być zaostrzane przez chemiczne lub kontaktowe zapalenie skóry i czasami związane są ze stresem lub niedoborami żelaza w organizmie. Podstawą leczenia jest ogólna pielęgnacja skóry sromu (patrz załącznik 3), unikanie potencjalnych czynników drażniących oraz stosowanie emolientów i substytutów mydła. Pomóc mogą leki przeciwhistaminowe i przeciwświądowe, szczególnie w przypadku zaburzeń snu. Umiarkowanie silne lub bardzo silne kortykosteroidy mogą być jednak potrzebne do przerwania cyklu świąd-drapanie.

VIN

VIN dzieli się na dwa typy w zależności od cech histopatologicznych.

Postać zwykła VIN

Prawie wszystkie postaci VIN są typu zwykłego: brodawkowe, bazaloidne lub mieszane (brodawkowe i bazaloidne). Postać zwykła VIN jest częstsza u kobiet w wieku 35-55 lat. Związana jest z zakażeniem HPV (szczególnie HPV 16), śródnabłonkową neoplazją szyjki macicy i pochwy, okolicy okołodbytniczej, fałdów skóry i błon śluzowych, z paleniem tytoniu i przewlekłą immunosupresją. Klinicznie może mieć postać wielogniskową. Wygląd zwykłej postaci VIN jest różnorodny: czerwone, białe lub przebarwione blaszki, grudki lub plamy, nadżerki, guzki, brodawki lub hiperkeratoza. Zwykła postać VIN jest związana z brodawkowatym lub bazaloidalnym rakiem kolczystokomórkowym.

Zróznicowana postać VIN

Zróznicowana postać VIN występuje rzadziej od postaci zwykłej i jest obserwowana u starszych kobiet w wieku 55-85 lat. Niektóre przypadki są związane z liszajem twardzinowym. Zróznicowana postać VIN nie jest związana z HPV i nie wydaje się mieć długiego stadium śródnabłonkowego. Jest związana z rogowaciejącymi postaciami raka kolczystokomórkowego sromu. Klinicznie ma charakter jednoogniskowy, przybierając postać owrzodzenia lub blaszki. Ryzyko progresji wydaje się większe niż w przypadku zwykłej postaci VIN.

Świąd może być nie do zniesienia, chociaż pomoc może stosowanie emolientów lub łagodnych miejscowych steroidów. Złotym standardem leczenia VIN jest miejscowe usunięcie zmiany. Kobiety są poddawane leczeniu zabiegowemu VIN, aby uwolnić je od objawów, potwierdzić rozpoznanie histologiczne i wykluczyć chorobę inwazyjną. Miejscowe wycięcie zmiany jest odpowiednim leczeniem operacyjnym i pozwala na pobranie wycinka w celu ustalenia rozpoznania histologicznego. U 12-16% kobiet poddanych wycięciu stwierdza się nierozpoznaną inwazję tkanek. Jeśli stosuje się leczenie zachowawcze lub niezabiegowe, należy uważnie wykonywać biopsję w celu uniknięcia nierozpoznania choroby inwazyjnej.

Kandydoza sromu

Kandydoza sromu objawia się podrażnieniem i bolesnością sromu i odbytu, rzadziej upławami. Dodatkowymi czynnikami ryzyka choroby mogą być cukrzyca, otyłość i stosowanie antybiotyków. Kandydoza sromu może stać się chorobą przewlekłą, ze zmianami satelitarnym rozciągającymi się od warg sromowych większych do wewnętrznych powierzchni ud lub wzgórka łonowego. Do wyleczenia zakażenia skóry może być potrzebne długie leczenie przeciwgrybicze doustne i miejscowe.

Łuszczyca okolicy sromu

Łuszczyca może zajmować skórę okolicy sromu, ale nie błonę śluzową. Zmiany łuszczycowe okolicy sromu różnią się od typowych zmian w okolicach pozapłciowych: często przybierają postać wygładzonych, nieluszczących się dyskretnych zmian o zabarwieniu czerwonym lub różowym. W ustalaniu rozpoznania pomoc może badanie innych okolic, włączając paznokcie i skórę owłosioną głowy.

W kontrolowaniu objawów przydatne są emolienty, substytuty mydła, miejscowe kortykosteroidy i kalcypotrieny, ale w okolicach narządów płciowych nie powinny być stosowane preparaty smoły węglowej.

RZADKIE CHOROBY SKÓRY OKOLICY SROMU

Choroba Beçheta

Choroba Beçheta jest przewlekłą wieloukładową chorobą charakteryzującą się nawrotowymi owrzodzeniami jamy ustnej i okolic płciowych. U kobiet owrzodzenia mogą lokalizować się na szyjce macicy, skórze sromu lub w pochwie. Owrzodzenia mają zwykle charakter nawrotowy i są bolesne, a także goją się z bliznowaceniem. Leczenie mające na celu kontrolę zaostrzeń i zmniejszenie objawów opiera się na stosowaniu miejscowych i ogólnych leków immunosupresyjnych.

Pozasutkowa choroba Pageta

Pozasutkowa choroba Pageta okolicy sromu jest rzadką chorobą sromu obserwowaną u kobiet po menopauzie. Głównym objawem jest świąd. W badaniu zmiany mają wyraźnie wypryskowy charakter z lichenizacją, rumieniem i przeczosami. Pozasutkowa choroba Pageta może być związana z gruczolakorakiem. Należy przeprowadzić badanie przewodu pokarmowego i układu moczowego oraz piersi. Zalecane jest wycięcie operacyjne, aby wykluczyć występowanie gruczolakoraka przydatków skóry. Terapia fotodynamiczna i podawany miejscowo imikwimod również stosowane były z sukcesem. Uzyskanie marginesu chirurgicznego może być trudne ze względu na obecność choroby subklinicznej i wieloogniskowość schorzenia, zatem nawroty choroby są częste.

Zapalenie skóry sromu Zoon

Ten rodzaj zapalenia jest rzadko występującą chorobą zapalną skóry sromu, która objawia się świądem, pieczeniem, dyspareunią i dyzurią. Zwykle występuje u kobiet po menopauzie. Zapalenie skóry sromu Zoon jest rozpoznawane histologicznie i charakteryzuje się naciekiem skóry właściwej komórkami plazmatycznymi, rozszerzeniem naczyń i złogami hemosyderyny. Etiologia choroby nie jest znana. Według jednej z teorii uważa się, że jest to zaburzenie autoimmunologiczne. Opisano przypadki wskazujące na skuteczne leczenie miejscowymi bardzo silnymi kortykosteroidami.

Choroba Leśniowskiego-Crohna okolicy sromu

Choroba Leśniowskiego-Crohna jest przewlekłym zaburzeniem zapalnym jelit. Może zajmować srom bezpośrednio przez rozprzestrzenianie się z jelita lub przez „przerzutowe” ziarniniaki. Rzadziej obserwowana jest bez choroby jelit lub ją poprzedza. Srom jest często obrzęknięty z obecnością ziarniniaków, ropni, przetok i owrzodzeń. Leczenie chirurgiczne może powodować tworzenie przetok oraz uszkodzenie tkanek i dlatego powinno się go unikać. Leczenie obejmuje stosowanie metronidazolu i doustnych leków immunomodulujących.

Załącznik 3

OGÓLNA PIELĘGNACJA SKÓRY SROMU

Większość kobiet z chorobami sromu odnosi korzyść z porad dotyczących ogólnej pielęgnacji skóry okolicy krocza i unikania potencjalnych czynników drażniących.

- Mycie skóry samą wodą powoduje jej wysuszenie i nasilenie świądu. Do mycia okolicy sromu należy używać substytutów mydła. Należy stosować niewielką ilość kremu lub maści z wodą. Pozwala to na uniknięcie suchości i podrażnienia skóry, występujących przy stosowaniu mydła lub samej wody. Krem/maść są bezpieczne przy częstym stosowaniu.
- Lepiej brać prysznic niż kąpać się w wannie. Myć okolicę sromu tylko raz dziennie. Zbyt częste mycie może nasilać objawy. W przypadku kąpieli w wannie pomoc może dodawanie emolientu.
- Należy unikać gąbek i myjek do mycia okolicy sromu. Mogą one podrażniać skórę. Zamiast tego okolicę sromu należy myć ręką, używając kremu lub innego substytutu mydła. Należy delikatnie osuszyć okolicę sromu miękkim ręcznikiem lub suszarką z chłodnym nawiewem trzymaną z daleka od skóry.
- Należy nosić luźną jedwabną lub bawełnianą bieliznę, unikać obcisłych ubrań, takich jak rajstopy, szorty rowerowe, legginsy lub dżinsy. Należy nosić luźne spodnie lub spódnice, a także zamiast rajstop pończochy. W domu wygodniejsze może być noszenie dłuższych spódnic bez bielizny.
- Zaleca się spanie bez bielizny.
- Należy unikać środków zmiękczających oraz biologicznych proszków do prania. Bieliznę można prać oddzielnie w niebiologicznych proszkach/żelach do prania.
- Należy unikać mydeł, żeli pod prysznic, peelingów typu scrub, płynów do kąpieli, dezodorantów, chusteczek nawilżanych dla niemowląt oraz irygacji.
- Należy unikać regularnego stosowania podpasek i wkładek higienicznych.

- Należy unikać używania preparatów antyseptycznych (jako kremów lub preparatów dodawanych do wody do kąpieli).
- Zaleca się noszenie bielizny w kolorze białym lub innych jasnych kolorach. Ciemne barwniki do tkanin (czarny, granatowy) mogą powodować alergię. Ryzyko alergii jest mniejsze po kilkukrotnym wypraniu ciemnej bielizny przed pierwszym założeniem.
- Należy unikać stosowania kolorowego papieru toaletowego.
- Osoby ze skłonnością do drapania się, powinny unikać stosowania lakieru do paznokci.

W celu ochrony skóry należy stosować emolienty

- Emolienty mogą być stosowane jako preparaty nawilżające w ciągu dnia. Produkty te są dostępne w postaci 500 lub 100 g tub bez recepty lub na receptę.
- Stosowanie codziennie jednego z tych preparatów nawilżających wspomaga ustępowanie objawów. Nawet jeśli objawy nie występują, stosowanie preparatów nawilżających chroni skórę i zapobiega nawrotom.
- Ważne jest znalezienie najodpowiedniejszego preparatu nawilżającego. Jeśli jeden nie działa wystarczająco dobrze, warto wypróbować inny.
- W przypadku podrażnionej skóry krem może być przechowywany w lodówce i nakładany na skórę, aby łagodzić i chłodzić skórę w razie potrzeby.

Załącznik 4

RCOG opracował program szkoleniowy z zakresu chorób sromu o nazwie Advanced Training Skills Module (ATSM). Jest on dostępny na stronie internetowej <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/ED-ATSM-Vulval-Disease.pdf>.

Program ATSM został opracowany tak, aby przedstawić wszystkie aspekty chorób sromu. Ukończenie szkolenia z sukcesem umożliwia wykorzystanie tej wiedzy w praktyce. Jest również elementem wiedzy dla lekarzy mających zamiar pracować w ośrodkach ginekologicznych lub ginekologiczno-onkologicznych.

Załącznik 5

PRZYKŁADOWY KWESTIONARIUSZ DLA PACJENTKI

Została Pani skierowana do tego ośrodka z powodu problemu ze skórą okolicy sromu. Pomocne byłoby wypełnienie tego kwestionariusza przed wizytą lekarską. Pomoże to w identyfikacji czynników, które mogą być przyczyną lub mogą pogarszać problem skórny. Kwestionariusz zostanie omówiony z lekarzem, ale może Pani zamieścić dodatkowe informacje, jeśli to pomoże w zapamiętaniu istotnych danych.

Czy kąpie się Pani w wannie?	Tak	Nie	Czasami
Czy bierze Pani prysznic?	Tak	Nie	Czasami
Czy myje Pani włosy w wannie czy pod prysznicem?	Tak	Nie	Czasami
Czym się Pani myje?			
Czym myje Pani okolicę sromu?			
Czy używa Pani chusteczek nawilżanych w okolicy sromu?	Tak	Nie	Czasami
Czy do kąpieli używa Pani środków dezynfekujących?	Tak	Nie	Czasami
Czego używa Pani do prania ubrań?			
Czy używa Pani środka zmiękczającego tkaniny?	Tak	Nie	Czasami
Z jakiego materiału bieliznę Pani zwykle nosi?			
Czy nosi Pani ciemną bieliznę?	Tak	Nie	Czasami
Jakiego koloru papieru toaletowego Pani używa?			
Czy stosuje Pani tampony?	Tak	Nie	Czasami
Czy stosuje Pani podpaski?	Tak	Nie	Czasami
Czy stosuje Pani wkładki higieniczne?	Tak	Nie	Czasami
Czy stosuje Pani podpaski dla kobiet z nietrzymaniem moczu?	Tak	Nie	Czasami
Czy używa Pani prezerwatywy?	Tak	Nie	Czasami

Poniższe pytania odnoszą się do Pani stanu zdrowia

Czy choruje Pani na?

Cukrzycę	Tak/Nie	
Chorobę tarczycy (niedoczynność lub nadczynność)	Tak/Nie	
Łysienie	Tak/Nie	
Niedokrwistość złośliwą (leczoną wstrzyknięciami witaminy B raz w miesiącu)	Tak/Nie	
Bielactwo (obszary białej skóry)	Tak/Nie	
Reumatoidalne zapalenie stawów	Tak/Nie	
Katar sienny/astmę	Tak/Nie	
Czy ma Pani alergię?	Tak/Nie	
Czy cierpi Pani na inne choroby skóry (np. wyprysk, łuszczycę, bielactwo, suchość skóry, wrażliwą skórę, łuszczącą się skórę owłosioną głowy)?	Tak/Nie	Jeśli tak, proszę napisać jakie
Czy przyjmuje Pani jakieś leki? Leki na receptę/zioła/leki bez recepty, hormonalną terapię zastępczą/środki antykoncepcyjne	Tak/Nie	Jeśli tak, proszę napisać jakie

Jeśli już Pani stosowała jakieś metody leczenia związane z problemem skórny, proszę je opisać

Nazwa leczenia	Jak długo trwało to leczenie?	Rezultaty

Załącznik 6

INFORMACJA DLA PACJENTKI DOTYCZĄCA STOSOWANIA 0,05% KREMU LUB MAŚCI Z PROPIONIANEM KLOBETAZOLU

Krem lub maść z klobetazolem należy stosować oszczędnie (tyle ile zmieści się na połowie lub całym opuszku palca) na zmienne obszary. Są to okolice charakteryzujące się świądem/dyskomfortem lub zmianami skórnymi. Krem należy stosować:

- Raz dziennie przez miesiąc
- Potem przez kolejny miesiąc co drugi dzień
- Potem przez kolejny miesiąc dwa razy w tygodniu
- Potem przez kolejny miesiąc raz w tygodniu
- Potem stopniowo zmniejszać dawkowanie aż do stosowania okazjonalnego lub odstawienia leczenia.

Jedna 30 g tubka kremu zawierającego klobetazol powinna wystarczyć na co najmniej 3 miesiące. Ta ilość leku nie powinna spowodować działań niepożądanych w obrębie leczonej skóry lub gdziekolwiek indziej na skórze.

Jeśli objawy nawrócą po 4-miesięcznym leczeniu, zaostrzenie można leczyć kremem/maścią z klobetazolem co wieczór przez 2 tygodnie, a następnie spróbować zmniejszyć częstość aplikacji w sposób podany powyżej.

Jeśli objawy nawracają szybko po zaprzestaniu stosowania kremu, można stosować krem regularnie raz lub dwa razy w tygodniu przez długi okres. Stosowanie długoterminowe jest bezpieczne dopóty, dopóki 30-gramowa tubka wystarcza na co najmniej 3 miesiące. Większa ilość leku może spowodować ścieńczenie skóry.

Normalnym zjawiskiem jest uczucie pieczenia przez kilka minut po aplikacji kremu. Jeśli jednak utrzymuje się ono przez ponad 1-2 godziny po aplikacji kremu, może być Pani uczulona na jeden ze składników preparatu. Jest kilka alternatywnych kremów, proszę skontaktować się z ośrodkiem leczącym.

Dodatek

Klasyfikacja poziomu dowodów	Stopnie zaleceń
[1++]	[A] Co najmniej jedna metaanaliza, przeglądy systematyczne lub randomizowana, kontrolowana próba kliniczna, sklasyfikowane jako źródło dowodów kategorii 1++ i odnoszące się bezpośrednio do docelowej populacji; albo Systematyczny przegląd randomizowanych kontrolowanych prób klinicznych lub ogół dowodów pochodzących głównie z badań sklasyfikowanych jako źródło dowodów kategorii 1+, odnoszące się bezpośrednio do docelowej populacji i dowodzące ogólnej zgodności wyników
[1+]	[B] Ogół dowodów pochodzących również z badań sklasyfikowanych jako źródło dowodów kategorii 2++, odnoszący się bezpośrednio do docelowej populacji i dowodzący ogólnej zgodności wyników; albo Ekstrapolacja dowodów z badań sklasyfikowanych jako źródło dowodów kategorii 1++ lub 1+
[1-]	[C] Ogół dowodów pochodzących również z badań sklasyfikowanych jako źródło dowodów kategorii 2+, odnoszący się bezpośrednio do docelowej populacji i dowodzący ogólnej zgodności wyników; albo Ekstrapolacja dowodów z badań sklasyfikowanych jako źródło dowodów kategorii 2++
[2++]	[D] Dowody kategorii 3 lub 4; albo Ekstrapolacja dowodów z badań sklasyfikowanych jako źródło dowodów kategorii 2+
[2+]	Zasady dobrej praktyki
[2-]	[✓] Zalecana najlepsza praktyka oparta na doświadczeniu klinicznym grupy opracowującej wytyczne
[3]	
[4]	

Uwaga. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) opracowuje wytyczne jako pomoc edukacyjną dla celów dobrej praktyki klinicznej. W wytycznych przedstawione są znane metody i techniki stosowane w postępowaniu klinicznym zgodnie z opublikowanymi danymi mające pomagać położnikom, ginekologom oraz innym specjalistom w podejmowaniu decyzji. Ostatecznego rozstrzygnięcia o wdrożeniu konkretnej procedury medycznej lub planu leczenia dokonuje lekarz lub osoba sprawująca opiekę medyczną, opierając się na danych klinicznych konkretnego pacjenta oraz dostępnych możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych. Oznacza to, że wytyczne RCOG, w przeciwieństwie do rekomendacji i protokołów opracowanych przez ośrodki, nie są pomyślane jako dokument, w którym zaleca się jedyny sposób postępowania. Odstępstwo od lokalnych normatywnych protokołów lub wytycznych powinno być szczegółowo odnotowane w dokumentacji pacjenta w chwili podejmowania takiej decyzji