

Wulwodynia – często nierozpoznawana przyczyna dyspareunii u kobiet po menopauzie

Nancy Phillips, MD, Gloria Bachmann, MD

Menopausal Medicine 2010;18(2):S1-S5

Bóle okolicy sromu i pochwy mogą mieć różne przyczyny, dotyczą kobiet w każdym wieku i mogą być związane lub niezwiązane z aktywnością seksualną (tab. 1). Określenie wulwodynia definiuje „uczucie dyskomfortu w okolicy sromu, najczęściej opisywane jako piekący ból pojawiający się mimo braku zmian patologicznych lub jawnych klinicznie zaburzeń neurologicznych”.¹ Najczęściej rozpoznawana jest u młodych kobiet i rzadko brana pod uwagę w trakcie diagnostyki u kobiet w wieku przed lub po menopauzie. W tej populacji diagnostyka często skierowana jest na atrofię narządów płciowych, natomiast innym czynnikiem etiologicznym poświęca się niewielką uwagę. W tym artykule przeglądowym opisano, jak ważne jest przeprowadzenie pełnej diagnostyki u tych kobiet.

Definicja i etiologia wulwodynii

Wulwodynię dzieli się na uogólnioną i zlokalizowaną oraz prowokowaną i nieprowokowaną (tab. 2).

Jej dokładna etiologia pozostaje nieznana. Często łączono ją z grzybicą, wirusem brodawczaka ludzkiego, dużym stężeniem szczawianów w moczu, wykorzystywaniem seksualnym

lub jakimiś swoistymi procesami zakaźnymi, hormonalnymi, alergicznymi lub zapalnymi.² Najnowsze teorie obejmują również zaburzenia rozwoju embrionalnego oraz czynniki genetyczne i immunologiczne.^{3,4} Ból jest następstwem procesu neuropatycznego, który może być umiejscowiony ośrodkowo, obwodowo lub i tu, i tu.

Rozpoznanie wulwodynii polega na wykluczeniu innych przyczyn. W badaniu przedmiotowym zwykle nie stwierdza się żadnych zmian, chociaż może występować rumień.

Ocena pacjentki

Wywiad zebrany od pacjentki w okresie menopauzy, u której występuje ból w okolicy sromu i pochwy, powinien obejmować pytania dotyczące charakteru bólu i momentu jego występowania. Trzeba również ocenić współistniejące objawy menopauzalne, upławy, zmiany na sromie, inne zaburzenia seksualne oraz kontakty seksualne. Należy udokumentować objawy i choroby ogólnoustrojowe. Poza uskarżaniem się na dyspareunię związaną z aktywnością seksualną kobiety z wulwodynią często zauważają trwałe lub okresowe pieczenie, świąd, wrażliwość i podrażnienie oraz ból przy każdym dotyku. W trakcie każdego badania ginekologicznego lub przy stosowaniu preparatów dopochwowych występują silne dolegliwości bólowe.

W celu wykluczenia innych przyczyn bólu należy przeprowadzić badanie przedmiotowe obejmujące badanie

sromu i pochwy, wykonać preparat bezpośredni i posiew (w zależności od wskazań), badanie palpacyjne, aby ocenić obecność skurczu dźwigacza i tkliwość pęcherza lub cewki moczowej oraz badanie dwuręczne w celu wykluczenia nieprawidłowości w miednicy mniejszej. Jeśli istnieją wskazania, należy przeprowadzić badanie neurologiczne. Należy określić miejsca, w których ból jest najsilniejszy, delikatnie uciskając wilgotnym wacikiem srom, łechtaczkę oraz przedsionek pochwy. Ścisłe określenie lokalizacji bólu jest pomocne w ocenie skuteczności leczenia, o czym może świadczyć zwiększona tolerancja na dotyk w tych miejscach, które były najbardziej wrażliwe.

W przypadku braku widocznej choroby narządu rodnego, jeśli nie stwierdza się przeciwwskazań, celowe może być leczenie estrogenami miejscowo, jeśli pacjentka zgłasza suchość i zmniejszone nawilżenie. Jeśli objawy ustąpią, należy ustalić najmniejszą dawkę estrogenów, która zapewni pożądane wyniki.

Jeśli nie stwierdza się żadnej lub niewystarczającej odpowiedzi na leczenie, potwierdza to rozpoznanie wulwodynii, niezależnie od wieku pacjentki.

Leczenie wulwodynii: możliwości terapeutyczne

Najlepsza metoda leczenia wulwodynii jest tak samo trudna do określenia, jak jej etiologia. Przydatne mogą być proste metody: noszenie bielizny z wchłaniających materiałów, nosze-

Nancy Phillips, MD, Clinical Associate Professor, Department of ObGyn and Reproductive Services, UMDNJ – Robert Wood Johnson Medical School, New Brunswick, New Jersey

Gloria Bachmann, MD, Interim Chair, Associate Dean for Women's Health Master Educators' Guild, UMDNJ – Robert Wood Johnson Medical School, New Brunswick, New Jersey

TABELA 1

Przyczyny bólu w okolicy sromu i pochwy

Zakażenia

- Stan zapalny pochwy (grzyby, waginoza bakteryjna, rzęsistek)
- Opryszczka
- Zapalenie gruczołu Bartholina

Zmiany nowotworowe

- VIN
- Choroba Pageta
- Rak pochwy/sromu

Alergie

- Zapalenie kontaktowe

Przyczyny zapalne

- Zmiany dystroficzne sromu
- Liszaj płaski
- Wyprysk

Anatomiczne

- Uraz
- Pochwica

Neurologiczne

- Ból związany z układem mięśniowo-szkieletowym (choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, ucisk krążka międzykręgowego, bóle bioder, pleców)
- Stwardnienie rozsiane
- Podrażnienie lub uraz nerwu sromowego
- Neuralgia po półpaścu

Wulwodynia

- Niewyjaśnione

nie luźnych ubrań w okolicach intymnych oraz używanie łagodnych i bezzapachowych mydeł i detergentów. Należy unikać czynników drażniących srom (tab. 3). Dzienniczki prowadzone przez pacjentki mogą pomóc zidentyfikować potencjalne czynniki wywołujące. Czasową ulgę mogą przynosić zimne okłady na okolicę sromu.

Zastosowanie lidokainy miejscowo (2 lub 5% krem lub maść) może być metodą objawową lub terapeutyczną. Podanie lidokainy może początkowo nasilić pieczenie, które zwykle ustępuje wtedy, gdy lek znieczulający zaczyna działać. Maści zwykle są mniej drażniące niż kremy. Rozcieńczenie lidokainy przez zmieszanie jej z dobrze tolerowaną substancją, taką jak olej mineralny lub krem z estrogenem, może być przydatne, zwłaszcza na początku leczenia. W przypadku zlokalizowanej wulwodynii nałożenie lidokainy na bawełniany wacik i umieszczenie go na noc w bolesnym regionie może zapewnić ciągłą terapię i ułatwić sen.⁵

W małych badaniach stwierdzono, że fizykoterapia i biofeedback w celu wzmocnienia dna miednicy zmniejszyły nasilenie dolegliwości bólowych sromu i pochwy oraz ułatwiały współżycie. Niektórzy eksperci uważają, że ta metoda leczenia jest korzystna tylko u pacjentek, u których w badaniu stwierdza się skurcz dźwigacza lub objawy pochwy,⁶ inni utrzymują, że u pacjentek z wulwodynią stwierdza się nadmierne napięcie mięśni miednicy i zawsze należy rozważyć zastosowanie tej metody leczenia.⁷ Przykładem niektórych z tych interwencji są mobilizacja wewnętrznych i zewnętrznych tkanek miękkich, ucisk punktów wywołujących ból oraz ćwiczenia postawy, pleców i dna miednicy.

Środki farmakologiczne

Od wielu lat w wulwodyinii stosowano doustne trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, chociaż nie wszystkie dane potwierdzają ich wyższość nad innymi metodami.⁸ Leczenie rozpoczyna się od podawania 10 mg nortryptyliny lub amitryptyliny wieczorem i zwiększa się dawkę o 10 mg do mak-

symalnej dobowej 75 mg. Cholinolityczne i sercowe działania niepożądane mogą występować nawet przy małych dawkach. Lekarz powinien zwiększać dawkę stopniowo, przez kilka tygodni.

Obiecujące wyniki przyniosło leczenie gabapentyną. Ten lek daje mniej cholinolitycznych działań niepożądanych niż trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, ale może działać uspokajająco i powodować ataksję. Oceniono różne schematy dawkowania, ale rozsądną metodą u dojrzałych kobiet jest rozpoczęcie od małej dawki 100 mg wieczorem, zwiększanie jej o 100 mg co 2-7 dni do maksymalnej dawki 3600 mg/24 h w dawkach podzielonych.

Niewielka liczba danych pozwala przypuszczać, że skuteczna może być pregabalina w dawce 250-450 mg. Znane jest doniesienie na temat remisji uzyskanej pregabalina u 62-letniej kobiety z 20-letnim wywiadem wulwodynii.⁹ W Cleveland Clinic trwa obecnie badanie kliniczne.

Przy każdym schemacie leczenia doustnego, który zapewnia pożądaną skuteczność, należy określić najmniejszą dawkę prowadzącą do akceptowanego zmniejszenia nasilenia objawów.

W małej grupie pacjentek wykazano umiarkowaną skuteczność preparatów miejscowych zawierających zarówno gabapentynę (2-6% preparaty przygotowane przez aptekę wykonującą leki recepturowe) i 2% amitryptylinę oraz 2% baklofen.^{10,11} Mówi się o nich, że potencjalnie zmniejszają układowe stężenie leków, a tym samym liczbę działań niepożądanych. Do ustalenia ich skuteczności potrzebne jest większe doświadczenie kliniczne i badania kontrolowane.

Dodatkowe metody leczenia

Dodatkowe metody leczenia obejmują blokady nerwów w bolesnym rejonie, nerwu sromowego lub nawet zewnątrzoponowej blokady ogona końskiego za pomocą mieszaniny steroidów (acetoniidu triamcynolonu, metylprednizolonu) i anestetyków (bupiwakainy, lidokainy). Chociaż wstrzyk-

TABELA 2

Klasyfikacja wulwodynii

Uogólniona

- Zajęcie całego sromu

Zlokalizowana

- Zajęcie części sromu, na przykład przedsionka

Podgrupy

(uogólniona lub zlokalizowana plus)

- Prowokowana (obecna tylko przy stosunku płciowym lub dotyku)
- Nieprowokowana (występuje bez kontaktu)
- Mieszana (prowokowana i nieprowokowana)

Zaadaptowano za: Moyal-Barracco M, Lynch PJ. 2003 ISVDD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. J Reprod Med. 2004;49:772-777.

nięcia w bolesną okolicę są często wykonywane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, to w celu wykonania blokady regionalnej pacjentki zwykle kierowane są do anestezjologa lub poradni leczenia bólu.

Chirurgiczne metody leczenia, takie jak westybulektomia, są zarezerwowane dla choroby dobrze zlokalizowanej, zwłaszcza westybulodynii, a ich zastosowanie powinno być brane pod uwagę jedynie w najbardziej opornych przypadkach, kiedy zawiodły inne metody leczenia. Kobieta musi być dokładnie poinformowana na temat ryzyka związanego z operacją i jej korzyści. Dostępna jest ograniczona liczba danych dotyczących kobiet po menopauzie. Zastosowanie przed operacją estrogenów miejscowo poprawi gojenie się tkanek pochwy po operacji. Po operacji przed rozpoczęciem współżycia potrzebna jest przerwa, która umożliwi zagojenie się miejsca nacięcia, a następnie rozszerzenie się wejścia do pochwy. Po operacji stwierdzono znaczny wskaźnik powożenia, wynoszący nawet 80%,⁷ ale dysponujemy małą liczbą danych na temat skuteczności tej metody w populacji w okresie przed i po menopauzie.

Czynniki psychospołeczne

W celu osiągnięcia powodzenia leczenia przydatne mogą być ocena psychospołeczna i ewentualnie celowana terapia. U kobiet z wulwodynią, podobnie jak z innymi przewlekłymi dolegliwościami bólowymi, często występują depresja i niepokój. Wtórnie mogą pojawić się zaburzenia czynności seksualnych, a kontakty intymne stają się stresujące. Korzystne może być podejście interdyscyplinarne nadzorowane przez ginekologa.

W tabeli 4 podsumowano metody leczenia, a w tabeli 5 ogólne zalecenia dotyczące leczenia.

Leczenie wulwodynii – sytuacje szczególne

W przypadku wszystkich metod leczenia omówionych w tym artykule, stosowanych u kobiet po menopauzie, wskazania podane w ulotkach dołą-

czanych do leków nie obejmują wulwodynii. U dojrzałych kobiet należy rozważyć dodatkowe czynniki.

Tylko w kilku badaniach randomizowanych oceniano leczenie wulwodynii. Ponieważ u kobiet po menopauzie występuje ona rzadko, dostępna jest także mniejsza liczba danych.

U starszych kobiet częściej występują choroby przewlekłe, co zwiększa ryzyko interakcji lekowych oraz natężenie działań niepożądanych, takich jak efekt uspokajający lub zaparcia. Konieczne może być odstawienie leku lub konsultacja specjalisty.

Współistnienie wulwodynii i atrofii może wymagać stosowania estrogenów i innych niehormonalnych metod leczenia atrofii pochwy i sromu poza skierowanymi na leczenie wulwodynii. Estrogeny można stosować miejscowo naprzemiennie z innymi lekami miejscowymi, natomiast estrogeny doustne lub wkładki dopochwowe można stosować jednocześnie.

Objawy wulwodynii ustępują powoli, bez względu na zastosowaną metodę leczenia. Często potrzeba kilku tygodni, aby uzyskać akceptowane zmniejszenie nasilenia bólu. W starszej populacji dawki leków – zwłaszcza

stosowanych ogólnie – można zwiększać wolniej niż zwykle, należy też skorygować okres, w jakim spodziewamy się złagodzenia objawów.

Podsumowanie

Wulwodynia jest chorobą, która może występować u kobiet w ciągu całego życia.^{12,13} Jej rozpoznanie na-

TABELA 3

Powszechne czynniki wywołujące podrażnienie sromu

- Płyn do kąpieli
- Prezerwatywy
- Irygatory i spreje do pochwy
- Środki piorące
- Uplawy
- Substancje nawilżające
- Sprzedawane bez recepty maści, płyny i środki przeciwgrzybicze
- Podpaski i wkładki higieniczne
- Mydła (zapachowe, kolorowe, przeciwbakteryjne)
- Środki plemnikobójcze
- Stringi i bielizna inna niż bawełniana

TABELA 4

Metody leczenia wulwodynii

Gabapentyna ^a	Dawka początkowa: 100 mg przed snem Zwiększenie dawki o 100 mg co 2-7 dni Maksymalna dawka: 3600 mg/24 h w dawkach podzielonych
Trójpierścieniowe doustne leki przeciwdepresyjne (amitryptylina, nortryptylina) Fizykoterapia	Początkowa dawka: 10 mg przed snem Zwiększenie dawki o 10 mg co 1-4 tygodnie Maksymalna dawka 75 mg przed snem Masaż sromu, biofeedback z progresywną relaksacją mięśni
Pregabalina ^a	Początkowa dawka: 250 mg doustnie Maksymalna dawka: 450 mg doustnie Stosować dwa razy dziennie
Miejscowo 2% baklofen/ 2% amitryptylina ^a Miejscowo gabapentyna (2-6%) ^a Miejscowo lidokaina (2-5%) ^a	Stosować w małych ilościach dwa razy dziennie Stosować w zależności od potrzeby na przykład przed stosunkiem lub pozostawić na noc w zajętej okolicy nasączony wacik
Blokady nerwów (zajętej okolicy, sromowego, ogonowego) Operacja	Steroidy (acetonid triamcynolonu, metyloprednizolon) Leki znieczulające (lidokaina, bupiwakaina) W przypadku zlokalizowanej westybulodynii

^aStosowane ze wskazań nieobecnych w ulotce. Dawki odpowiadają często stosowanym schematom.

TABELA 5

Zalecenia dotyczące leczenia

- Stosowanie wszystkich leków należy rozpoczynać od najmniejszej dawki i powoli zwiększać ją co 2-4 tygodnie.
- W jednym czasie należy wprowadzać tylko jedną metodę leczenia.
- Należy prowadzić dzienniczek objawów, aby poprawić monitorowanie leczenia.
- W przypadku braku bezpośrednich interakcji można jednocześnie stosować kilka metod leczenia, chociaż nie ma żadnych lub jest bardzo niewiele danych popierających takie postępowanie.
- Fizykoterapia jest przydatnym uzupełnieniem farmakoterapii.
- Jeśli to konieczne, pacjentce należy udzielić konsultacji (długotrwała choroba, wykorzystywanie w wywiadzie, współistnienie zaburzeń seksualnych lub problemów partnerskich).
- Leczenie operacyjne powinno być zarezerwowane dla zlokalizowanej westybulodynii po niepowodzeniu farmakoterapii.

Kluczowe zagadnienia

- Kobiety z wulwodynią często stwierdzają stałe lub okresowe pieczenie, swędzenie, suchość lub podrażnienie bądź ból przy każdym dotyku.
- Przy każdym schemacie leczenia doustnego, który zapewnia pożądaną skuteczność, należy określić najmniejszą dawkę prowadzącą do akceptowanego zmniejszenia nasilenia objawów.
- U starszych kobiet częściej występują choroby przewlekłe, co zwiększa ryzyko interakcji lekowych oraz natężenie działań niepożądanych.

leży rozważyć u kobiet skarżących się na pieczenie i tkliwość sromu, zwłaszcza jeśli wystąpienie objawów wiąże się ze stosunkiem płciowym lub jakimkolwiek uciskiem sromu. Chociaż u starszych kobiet metodą pierwszego wyboru mogą być estrogeny stosowane miejscowo, to strategię leczenia wulwodynii należy rozważyć u kobiet, u których nie stwierdza się żadnych

objawów chorobowych, a odpowiedź na leczenie estrogenami jest niewystarczająca.

Dr Phillips nie zgłasza żadnych potencjalnych konfliktów interesów.

Dr Bachmann zgłasza, że otrzymuje granty/dofinansowanie badań oraz jest konsultantką Astellas Pharma US, Inc, Wyeth, Bayer HealthCare, Duramed Pharmaceuticals, Inc, Pfizer Inc, Boehringer Ingelheim,

Pharmaceuticals, Inc, Roche, Merck&Co., QuatRX Pharmaceuticals, Bionovo, Glaxo-SmithKline, Femme Pharma Inc, Hormos Medical, Covance Inc, Novartis, Johnson&Johnson, Boston Scientific Corporation, Novo Nordisk, Inc, Procter&Gamble oraz Xanodyne Pharmaceuticals Inc.

Menopausal Medicine, Vol. 18, No. 2, May 2010, p. S1. Vulvodynia: An often-overlooked causa of dyspareunia in the menopausal population. Reproduced with permission.

PIŚMIENICTWO

1. Moyal-Barraco M, Lynch PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *J Reprod Med.* 2004;49:772-777.
2. American College Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 345: Vulvodynia. *Obstet Gynecol.* 2006;108:1049-1052.
3. Witkin SS, Gerber S, Ledger WJ. Differential characteristics of women with vulvar vestibulitis syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:589-594.
4. Witkin SS, Gerber S, Ledger WJ. Influence of interleukin-1 receptor antagonist gene polymorphisms on disease. *Clin Infect Dis.* 2002;32:204-209.
5. Zolnoun DA, Hartmann KE, Steege JF. Overnight 5% lidocaine ointment for the treatment of vulvar vestibulitis. *Obstet Gynecol.* 2003;102:84-87.
6. Stewart EG, Barbieri RL. Clinical manifestations and diagnosis of generalized vulvodynia. <http://www.uptodate.com/patients/content/topicdo?topicKey=iuZuSngHDPOHgPu>.
7. Goldstein AT, Burrows L. Vulvodynia. *J Sex Med.* 2008;5:5-14; quiz 15.
8. Brown C, Wan J, Bachmann G, et al. Self-management, amitriptyline and amitriptyline plus triamcinolone in the management of vulvodynia. *J Womens Health (Larchmt).* 2009;18:163-169.
9. Jerome L. Pregabalin-induced remission in a 62-year-old woman with a 20-year history of vulvodynia. *Pain Res Manag.* 2007;12:212-214.
10. Boardman LA, Cooper AS, Blais LR, et al. Topical gabapentin in the treatment of localized and generalized vulvodynia. *Obstet Gynecol.* 2008;112:579-585.
11. Nyirjesy P, Lev-Sagie A, Mathew L, et al. Topical amitriptyline-baclofen cream for the treatment of provoked vulvodynia. *J Lower Gen Tract Dis.* 2009;13:230-236.
12. Sutton JT, Bachmann GA, Arnold LD, et al. Assessment of vulvodynia symptoms in a sample of U. S. women: a follow-up national incidence survey. *J Womens Health (Larchmt).* 2008;17:1285-1292.
13. Bachmann GA, Rosen R, Pin VW, et al. Vulvodynia: a state-of-the-art consensus on definitions, diagnosis and management. *J Reprod Med.* 2006;51:447-456.