

 HELSE BERGEN <small>Haukeland universitetssjukehus</small>	<h2>Kroniske vulvasmerter</h2>
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 21.04.2023/21.04.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Gynekologisk seksjon generell	Versjon: 3.02
Godkjenner: Albrechtsen, Susanne	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Thornhill, Heidi	Dok.id: D36609

Vulvasmerter relatert til spesifikke tilstander: klinisk inndeling

- Infeksiøse (candida, herpes etc)
- Inflammatoriske (lichen planus, immunobulløse etc)
- Neoplastiske (Pagets sykdom, plateepitelcancer etc)
- Nevrologiske (herpesnevralgi, nerverotskompresjon etc)

Vulvodyni

- Generalisert
- Provosert (seksuell, ikke-seksuell, eller begge)
- Ikke-provosert
- Blandet (provosert og ikke-provosert)
- Lokalisert (vestibulodyn, klitorodyn, hemivulvodyni etc):
- Provosert (seksuell, ikke-seksuell, eller begge)
- Ikke-provosert
- Blandet (provosert og ikke-provosert)

Vulvodyni er et samlingsbegrep for kroniske vulvasmerter av brennende og sviende karakter. På grunn av komplekse og uspesifikke årsaker er det nødvendig med utfyllende anamneseopptak og både generell og spesifikk klinisk undersøkelse. Kvinnene bør evalueres for hud/slimhinnelidelser, genitale infeksjoner og seksuell dysfunksjon

Det bør være en tredje person til stede ved undersøkelsen, kan være rådgiver eller annen type terapeut i t tverrfaglig behandlingsteam. Bruk god tid. Tilsvarende også for behandlings- og oppfølgingskonsultasjoner.

GENERALISERT IKKE-PROVOSERT VULVODYNI (ESSENSIELL VULVODYNI)

DEFINISJON

- Kroniske smerter i vulva ofte av meget langvarig natur
- Hyppigst hos middelaldrende. Prevalens ukjent
- Ukjent etiologi
- Hyperestesi i pudendalnervene med nervegrener fra S2 til S4, men også i nervegrener fra Th12 -L1 (n. iliohypogastrica), L1 (n. ilioinguinalis) og L1-2 (n. genitofemoralis)
- Nevralgien kan skyldes skade i pudendalnervene pga obstetrisk eller mekanisk traume
- Refleksdystrofi etter nerveskade i underekstremitetene kan også gi smertetilstander i vulva
- Depresjon

RISIKOFAKTORER

Østrogenmangelsyndrom med atrofi

Kirurgiske inngrep i underliv/rygg

Strukturelle forandringer i bekken/skjelett

Ofte andre smertetilstander i rygg, nakke og uretra. Kan være del av kronisk smertesyndrom

DIAGNOSTIKK

Anamnese

- Vulvasmerter > 6 mnd., ikke-provoserte og mindre lokaliserte
- Strukturert intervjuformular, eks. VulvArg (Svensk Gynekologisk Forenings Arbeids- og Referansegrupper), versjon Rikshospitalet Vulvaklinikken (vedlegg)
- Smerten er i motsetning til lokalisert provosert vulvodyni (vestibulitt) uprovosert. Ofte mild om morgenen, mer uttalt utover dagen
- Klinisk depresjon vurderes
- Klinisk undersøkelse av ytre genitalia
- Provokasjonstest: vattpinne alternativt "Vulvalgesiometer"
- Tegn på sekundær partiell vaginisme
- Inspeksjon av vaginalslimhinnen, "sniff-test" med KOH og mikroskopi med NaCl og KOH av sekret for BV, Trichomonas og Candida. Evt. dyrkningsprøve for å utelukke Candida, evt. med resistensbestemmelse
- Inspeksjon, oftest normale forhold
- Vulvaområdet hyperestetisk. Mange klager over brenning i meatus uretra, på klitoris, i perinalregionen og lårenes innside
- Nevrologisk utredning vurderes

DIFFERENSIALDIAGNOSER

Infeksiøse, inflammatoriske, neoplastiske og nevrologiske sykdommer og tilstander som nevnt innledningsvis, spesielt dermatologiske tilstander
Depresjoner og andre psykiatriske sykdommer

BEHANDLING

Forsikre at det ikke foreligger tegn til malignitet eller seksuelt overført sykdom

Medikamentell behandling

Vær åpen for postmenopausale tilstander, østrogenmangel? Liberal forskrivning av systemisk hormonbehandling i en periode, evt. fortsette med lokalbehandling
Lokalanestetika kan forsøkes

Systemisk behandling

Trisykliske antidepressiva

Amitriptylin (Sarotex®) 10 mg økende med 10 mg/uke til maksimalt 75 mg, vedlikeholdsbehandling i to måneder, deretter evt. seponeres ved manglende effekt. *Atarax* SSRI *Gabapentin*: Neurontin®, Lyrica®

ALTERNATIV BEHANDLING

- Fysioterapi kan ha effekt
- Akupunktur og massasje kan gi bra resultat
- Kognitiv behandling og stressmestringsterapier
- Henvvisning til smerteklinikk

OPPFØLGING

Krever forlenget konsultasjonstid og langvarig oppfølging ofte i teambaserte opplegg.

PROGNOSE

Rimelig god med riktig behandling og oppfølging

RÅD

Motivere til behandling tross bivirkninger av medikamenter

PASIENTINFORMASJON

Presiser:

- Ikke økt risiko for malignitet
- Ikke seksuelt overført infeksjon
- Gis trisykliske- eller andre antidepressiva, forklar at det ikke er mistanke om en psykiatrisk lidelse, men at medikamentet har god smertemodulerende effekt ved nevrogen smerte. Informer om bivirkninger

LOKALISERT PROVOSERT VULVODYNI (VESTIBULITT)

DEFINISJON

- Friedrichs kriterier
- Klinisk smertesyndrom av minst seks mnd. varighet
- Smertene er begrenset til vestibulum
- Uttalt smerte ved berøring, ytre dyspareuni (penetrasjonssmerte)
- Varierende grad av erytem i bakre vestibulum

FOREKOMST

Få prevalensstudier

I Sverige ca 5 % mellom 20-29 år

I Norge 24 av henviste til en vulvaklinikk

ETIOLOGI/ RISIKOFAKTORER

Lite kjente, baseres mest på populasjonsundersøkelser, ikke kunnskapsbaserte kriterier

Hovedsaklig hos nullipara, hvite, under 30 år

Primær vulvodyni, dvs. ved første forsøk på coitus, svært sjelden. Smertefri penetrasjon har stort sett mulig tidligere

Sekvele etter behandling av kondylom i vestibulum, for eksempel podofyllinpenslinger, laserkirurgi og kryobehandling, mikrotraumer ved coitus; miljøpåvirkning etter gjentatte behandlinger for lokale infeksjoner: residiverende candidainfeksjoner, residiverende BV- plager, overbehandling med reseptfrie lokale antimykotika, gjentatte antibiotikabehandlinger

Økt forekomst av overfladiske nerveendinger i vestibulum (nevrogen inflammasjon)

Psykoseksuelle faktorer med bl.a. seksuell dysfunksjon og spesifikke psykologiske/ adferdstrekk

Mulig økt risiko ved tidlig P-pille start og langvarig bruk

DIAGNOSTIKK

ANAMNESE

Vulvasmerter > 6 mnd., kun ved berøring og penetrasjon

Strukturert intervjuformular, se over

Klinisk depresjon vurderes

Klinisk undersøkelse

Provokasjonstest: vattpinne eller vulvalgesiometer: uttalt ømhet ved trykk med vattpinne mot basis av hymenalringen

Evt. erytem i bakre vestibulum

Tegn på sek partiell vaginisme, muskelstatus i bekkenbunnen, inndragning av bakre kommissur og vestibulum
Inspeksjon av vaginalslimhinnen, "sniff-test" med KOH og mikroskopi med NaCl og KOH av sekret for BV, Trichomonas og Candida. Evt. dyrkning for å utelukke sopp

Differensialdiagnoser

Sekundært til

- Infeksjoner
- Inflammatoriske
- Neoplastiske
- Nevrologiske
- Hudsykdommer
- Seksuell dysfunksjon, partiell vaginisme
- Depresjoner og andre psykiatriske sykdommer

• **BEHANDLING**

P.g.a. sannsynlig multifaktorielle årsaker bør behandlingen også være multimodal

- Romslig tid ved særlig første konsultasjon
- Gjennomgang av anamnese og lokal status
- Berolige mht redsel for maligne tilstander
- Behandle samtidig eksisterende genital infeksjon etter nøye diagnostikk
- Unngå irriteranter som deodorant, såpe, overvasking
- Standard behandlingsprogram med Xylocain 5 % salve dag eller kveld, coitusforbud åtte uker og kontroller
- Bekkenbunnsøvelser/relaksasjon/biofeedback
- Oppfølging med økende øvelser og oljemassasje av vestibulum, evt. dilatasjon
- Kognitiv terapi evt. partnersamtaler med sexolog og/eller psykolog
- Unngå annen lokal behandling

Medikamentell behandling

Trisykliske antidepressiva kan forsøkes, se ovenfor

Gabapentin, se ovenfor

Botoxinjeksjoner, utprøvende behandling

Behandling med Botox for vulvodyni og kroniske bekkensmerter

Vulvodyni/vaginisme:

100 E Botox blandet i 5 ml NaCl fordelt på 2 – 5 steder i m. puborektalis og nedre kommissur

Pudendusneuralgi:

50 – 100 E Botox blandet ut i 5 – 10 ml NaCl som en pudendusblokade

Ved kombinasjon av vaginisme og generelle bekkensmerter:

100 E Botox i 10 ml NaCl fordelt ved puborectalis og spina

Første inj. kan vurderes å settes i generell anestesi.

Prosedyrekode ACGx90 injeksjon av nevrotoksisk substans.

Kirurgi

Vestibulektomi kan gi gode resultater, forutsetter nøye seleksjon av pasienter og ofte kombinasjon med andre modaliteter

OPPFØLGING

Viktig å følge pasientene over tid

Informeres om sannsynlig multifaktoriell genese inkludert adferdsmessige og miljømessige forhold

KOMPLIKASJONER

- Sekundær vaginisme
- Seksuell dysfunksjon
- Muskulære spenningstilstander, fibromyalgier
- Depresjon
- Samlivsbrudd

FORLØP

Meget varierende, best prognose ved lette tilfeller

Normalisering forutsetter åpenhet for multifaktoriell bakgrunn og aksept slik at kognisjon bedres og adferdsmessige tiltak kan iverksettes

Primær vulvodyni, relativt dårlig prognose

Kirurgi, relativ god effekt i begynnelsen, reduseres over tid dersom ikke seleksjonen er god og andre årsaksforhold saneres.

Usikkert om vaginal fødsel kan bedre tilstanden

RÅD

Lokal kortison virker ikke

Avstå fra behandling av vulvatilstander uten å ha en spesifikk diagnose

Fraråd gjentatte behandlinger med håndkjøpspreparater

Tid og relevant kompetanse er nødvendig

Resistente tilfeller henvises gynekolog eller lege spesielt interessert i vulvalidelser

Ved graviditetsønske kan inseminasjon tilbys. Fødselsmetode diskuteres

PASIENTINFORMASJON

Både muntlig og skriftlig informasjon bør gis.

Web- sider av varierende kvalitet finnes på nettet

[ISSVD](#)

[National vulvodynia association \(NVA\)](#)

[Womens therapy Center](#)

[Legeforeningen - kroniske smertetilstander i vulva](#)

[Vulval Pain Society](#)

[Vulvodyni](#)

Litteratur

- Abramov L, Wolman I, David MP. Vaginismus: an important factor in the evaluation and management of vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecol Obstet Invest* 1994; 38: 194-7.
- Ben-David B, Friedman M. Gabapentin therapy for vulvodinia. *Anesth Analg* 1999; 89: 1459-60.
- Bergeron S, Binik YM, Khalife S, Pagidas K, Glazer HI, Meana M, Amsel R. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain* 2001; 91: 297-306.
- Bergeron S, Khalife S, Glazer HI, Binik YM: Surgical and behavioural treatments for vestibulodynia: two-and-one-half year follow-up and predictors of outcome. *Obstet Gynecol* 2008; 111:159-166.
- Bohm Starke N, Hilliges M, Brodda Jansen G, Rylander E, Torebjork ER. Psychophysical evidence of nociceptor sensitization in vulvar vestibulitis syndrome. *Pain* 2001; 94: 177-83.
- Bohm-Starke N, Rylander E: Surgery for localized, provoked vestibulodynia: a long-term follow-up study. *J Reprod Med* 2008; 53: 83-9.
- Bouchard C, Brisson J, Fortier M, Morin C, Blanchette C. Use of oral contraceptive pills and vulvar vestibulitis: a case-control study. *Am J Epidemiol* 2002; 156: 254-61.
- Danielsson I, Sjoberg 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: 113-8.
- Desrochers G, Bergeron S, Landry T, Jodoin M: Do psychosexual factors play a role in the etiology of provoked vestibulodynia? A critical review. *J Sex Marital Ther* 2008; 34: 198-226.
- Edgardh K, Abdelnoor M. Longstanding vulval problems and entry dyspareunia among STD-clinic visitors in Oslo, results from a cross-sectional study. *Int J STD AIDS*. 2003; 14: 796-9.
- Friedrich EG Jr. Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med* 1987; 32: 110-4. PubMed
- Glazer HI, Rodke G, Swencionis C, Hertz R, Ypong AW: Treatment of vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. *J. Reprod Med* 1995; 40:283-90.
- Goetsch MF. Simplified surgical revision of the vulvar vestibule for vulvar vestibulitis. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1701-7.
- International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, ISSVD 2008 www.issvd.org.
- Jeynes LC, Gauci CA: Evidence for the use of Botulinum toxin in the chronic pain setting-a review of the literature. *Pain Pract* 2008;8:69-76
- Johannesson, U: Combined oral contraceptives: Impact on the vulvar vestibular mucosa and pain mechanisms. Diss.Karolinska Intitutet Sthlm 2007; ISBN. 978-91-7357-279-8.
- Mascherpa F, Bogliatto F, Lynch PJ, Micheletti L, Benedetto C. Vulvodinia as a possible somatisation disorder. More than just an opinion. *J Reprod Med* 2007; 52: 107-110
- Masheb RM, Kerns RD, Lozano C, Minkin MJ, Richman S. A randomized clinical trial for women with vulvodinia: Cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *Pain*; 2008: (Epub ahead of print).
- McKay M. Dysesthetic ("essential") vulvodinia: treatment with amitriptyline. *J Reprod Med* 1993; 38: 9-13.

- Murina F, Bernioro R, Palmiotto R: The use of Amielle vaginal trainers as adjuvant in the treatment of vestibulodynia: an observational multicentric study. *Medscape J Med* 2008; 30: 23
- Pucall FC, Bergeron S, Goldfinger C: Vulvodynia: A review of pathophysiological factors and treatment options. *Basic and Clinical Medicine*; 28:421-436
- Pukall CF, Young RA, Roberts MJ, Sutton KS, Smith KB: The vulvalgesiometer as a device to measure genital pressure-pain threshold. *Physiol Meas* 2007; 28: 1543-50.
- Reed BD, Caron AM, Gorenflo DW, Haefner HK. Treatment of vulvodynia with tricyclic antidepressants: efficacy and associated factors. *J Low Genit Tract Dis* 2006;10: 245-51
- Reed BD: Vulvodynia: diagnosis and management. *Am Fam Physician* 2006; 73: 1231-8.
- Ridley CM, Neill SM. Non-infective cutaneous conditions of the vulva. In *The Vulva*, red Ridley & Neill, 2nd ed Blackwell Science Ltd 1999, Oxford.
- Ridley CM. Vulvodynia. Theory and management. *Dermatol Clin* 1998; 16: 775-8.
- Sarma AV, Foxman B, Bayirli B, Haefner H, Sobel JD. Epidemiology of vulvar vestibulitis syndrome: an exploratory case-control study. *Sex Transm Infect* 1999; 75: 320-6.
- Sutton JT, Bachmann GA, Arnold LD, Rhoads GG, Rosen RC: Assessment of Vulvodynia Symptoms in a Sample of U.S. Women: A Follow-up National Incidence Survey. *J Wom Health* 2008; 17: 1285-92.