

Vulvodynie

Prof. Dr. med. Werner Mendling

Vulvodynie

Übers: Vestibulitis Vaginae

Sehr geehrter Prof. Dr. Mending,

Ich schreibe Ihnen, da ich durch ein Online Forum zum Thema Vestibulitis Vaginae auf Ihren Namen gestoßen bin. Ich bin derzeit 20 Jahre jung und habe bereits einen dreijährigen Arztmarathon hinter mir. Alles begann mit diffusen Bauchschmerzen und immer wiederkehrenden, schmerzhaften Infektionen im Intimbereich, die meist medikamentös behandelt wurden.

Bald stellte sich das Gefühl einer dauerhaften Blasenentzündung ein, der ganze Intimbereich fühlte sich wund an, jedoch waren bei diversen Abstrichen meist keine Bakterien zu finden.

Diese Problematik hat mein Leben nach und nach zur Hölle gemacht. Erst wurde ich in meiner Schulzeit massiv beeinträchtigt (viele Fehlstunden und eine Laparoskopie 3 Wochen vor dem Abitur wegen dem Verdacht auf Endometriose), allmählich auch in meinem gesamten sozialen Umfeld.

Was zunächst für viele Ärzte nach einer Banalität klingt, hat mein Leben mittlerweile fast komplett zerstört. Durch die Probleme im Intimbereich konnte ich noch nie Geschlechtsverkehr ohne heftigste Schmerzen (Brennen, Stechen) erleben. Zwar lebe ich seit 2 Jahren in einer sehr verständnisvollen Partnerschaft, doch die fehlende Sexualität macht uns sehr zu schaffen und langsam werde ich immer wütender auf meinen Körper, da ich einfach nicht das bieten kann, was für andere Frauen so selbstverständlich ist. Sogar das Benutzen von Tampons und langes Sitzen sind manchmal unmöglich.

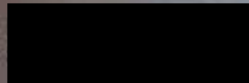
Ich habe mich bei vielen Ärzten vorgestellt und wurde in den wenigsten Fällen ernst genommen. Ich habe schon viele Sätze gehört von „Nehmen Sie doch mal ein warmes Bad“ über „Entspannen Sie sich halt mal beim Sex“ bis hin zu „Oh mein Gott, Ihre Vagina wurde tot therapiert, da kann man nichts mehr machen“. Mit 18 oder 19 wird man eben oft

Vulvodynie

„verkleinert gehalten und das Problem wird in die „psychische Schublade“ gesteckt (Wobei ich zugeben muss, dass diese Schmerzen langsam auch wirklich massiv an der Psyche kratzen).
Als Anhang schicke ich eine Liste mit den Medikamenten, die mir in den letzten 2 Jahren verschrieben wurden.

Nach einem halben Jahr der Resignation (nicht zuletzt aufgrund der oft etwas höhnischen Kommentare der Ärzte) möchte ich nun noch einmal einen neuen Versuch starten und herausfinden, was dieses Leiden verursacht. Durch eine Internetrecherche bin ich dann auf die Erkrankung Vestibulitis Vaginae gestoßen und habe festgestellt, dass ich viele Symptome kenne. Auf diesem Weg habe ich auch Ihren Namen gefunden und gelesen, dass Sie Spezialist auf diesem Gebiet sind. Ich würde mich sehr freuen, wenn ich bei Ihnen richtig bin. Wenn Sie mir antworten würden, könnte ich mich um einen Termin in Ihrer Sprechstunde kümmern.

Ich hoffe, dass ich Sie nicht zu sehr mit meinem Problem belästigt habe, aber ich weiß wirklich nicht mehr weiter.
Mit freundlichen Grüßen,



—
Empfehlen Sie GMX DSL Ihren Freunden und Bekannten und wir belohnen Sie mit bis zu 50,- Euro!
<https://freundschaftswerbung.gmx.de>

Vulvodynie

Pilzbehandlung:

Inimur (bestimmt über 10 Mal)
Kombipackungen jeglicher Marke
Flucoderm 50, Tabletten

Impfungen:

Strovac und Gynatren vollständig geimpft

Was ich sonst alles noch gegen das Brennen versucht habe:

Tannolact 40% Badezusatz (regelmäßig)
RepHresh Sanol Vaginalgel
Betaisodona 30g Salbe
Xylocain Gel 2%
Gynomunal Vaginalgel
Linaladiol HN (mehrere Packungen)
Vagisan Milchsäurezapfen

VagiC Tabletten

Kadefungin Milchsäurekur Applikatoren

Femibion Fior intim Tabletten (oral)

MultiGyn Kompressen, Multigyn Acti- und Liquigel

Deumevan

Betaisodona Lösung

Was ich noch klarstellen möchte:

Vulvodynie

Ciprofloxacin 500, 7 Tabletten
Cotrim-forte-ratiopharm; 960 mg Tabletten
Ciprofloxacin 250
Nitroxolin forte 250 mg, 20 Tabletten
Amoxicillin-ratiopharm; 750 mg Tabletten (20 Stück)

Tinidazol

Preiselbeersaft

Schüsslersalze

Canephron N Tropfen

Metasolidago STropfen

Cystinol Akut Dragees

Mehr als 3 Liter pro Tag trinken

Aminkolpitis:

Arilin 500 mg (teilweise über 20 Tage) (begleitend Inimur Myko)

Traumasept Vaginal-Ovula, 200 mg Povidon Iod, 5 St

Mysteclin Vaginaltabletten, 10 St

Vulvodynie



Vulvodynie

hier therapiert als chronisch
rezidivierende Vaginitis...

2x Fluomycin N
Vagi-hex
Doxycyclin Ratiopharm 100
Fugata
Mylatin
Canesten Salbe
Xapro Creme
Bayercutin Creme
Hil- u. Oundsalbe
Fungireduct-Salbe
Unizirk 50
Diclo 40 retard
Fenistil tabletten

Oktober bis
November 2001

Symptom:
Brennen in
der Scheide

R 21.10.01
19.10.01 Spirale raus
Mono-Skp - Pille
Zopy Purem - Schlaftabletten

Vulvodynie

Skene 1889!

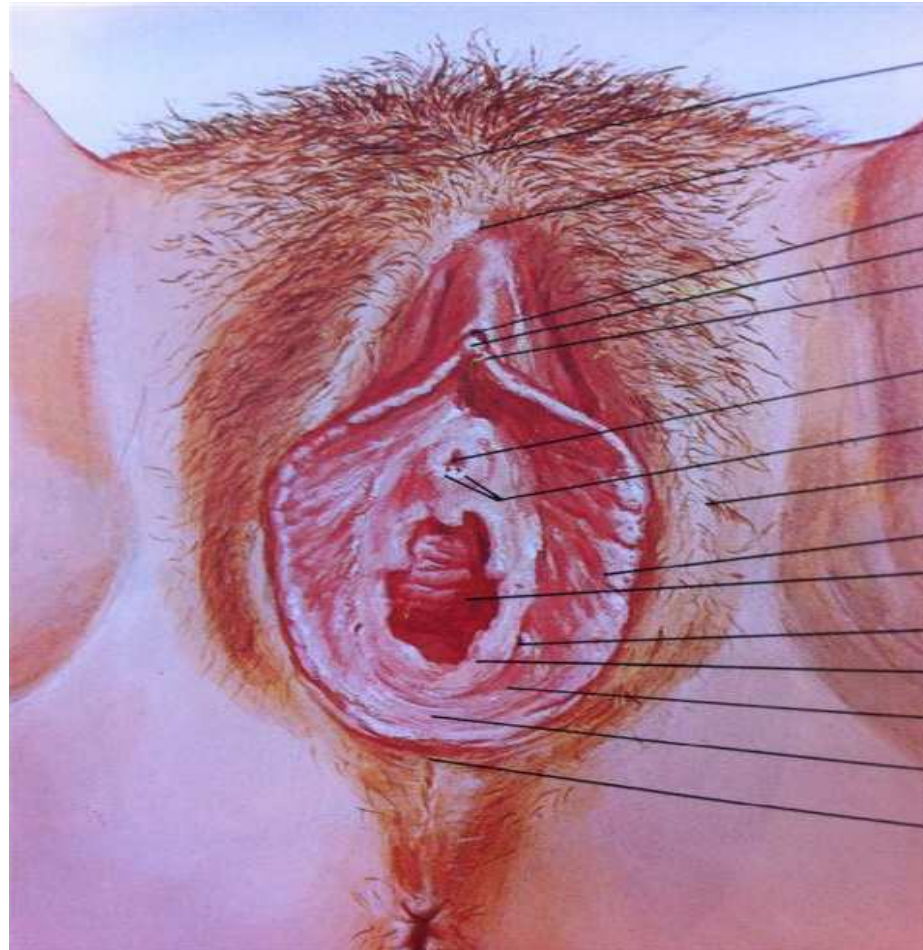
Burning vulva-syndrome (Weisfogel 1975)

Vulvar vestibulits-syndrome (Friedrich 1987)

Vulvodynia (McKay 1989)

Vulväre Dysaesthesie u. a.

Vulvodynie



Vulvodynie

- Brennen/Schmerz (meist halbmondförmig) hinten im Introitus, so dass Penetration (Tampon, Verkehr, gyn. Untersuchung usw.) kaum oder nicht toleriert wird
- mit und ohne Rötung nach Berührung
- Ausschluss von Candidose, Pruritus vulvae, Dermatosen
- Dauer mehr als 3 Monate

Vulvodynie

Klassifikation von Vulvaschmerzen

(Intern. Soc. for the Study of Vulvovaginal Diseases/ ISSVD 2005)

A: Vulvaschmerz aufgrund einer spezifischen Erkrankung

1. Infektion (Kandidose, Herpes etc.)
2. Inflammation (L. planus, L. skler., immunol. Erkrankungen etc.)
3. Neoplasie (M. Paget, Plattenepithel-Ca. etc.)
4. Neurologisch (Herpes-Neuralgie, Spinalnervkompression etc.)

B: Vulvodynie

1. Generalisiert
 - 1.1. Provoziert (sexuell, nicht sexuell, beides)
 - 1.2. Nicht provoziert
 - 1.3. Gemischt
2. Lokalisiert (Vestibulodynie: bisher bekannt als vulväre Vestibulitis, Klitorodynie, Hemivulvodynie etc.)
 - 2.1. Provoziert (wie 1.1.)
 - 2.2. nicht provoziert
 - 2.3. Gemischt

Vulvodynie

Dispositionen

- Vorausgegangene antimykotische oder antibiotische Behandlung, auch präoperative Desinfektion
- Gestagenbetonte Kontrazeptiva?
- Genetische Kofaktoren (II 1 beta- Rezeptorantagonist-Mangel / Genpolymorphismen → proinflammatorische Wirkung)
- Defekte Regulation der inflammatorischen Antwort des Introitus mit Mastzell-induzierter neuronaler Hyperplasie
via → Nervenwachstumsfaktor
- Spermaantikörper
- Mangel an Mannose bindendem Lektin (Abwehr von Mikroorganismen)
- Hyperaktivierung des M. levator ani
- Ängstlich-depressive Persönlichkeit

Vulvodynie

Diagnostik

- **Anamnese!**
typisch: Brennen persistierend nach Antimykotika oder Antibiotika und blinder Gabe weiterer solcher Mittel, häufig bis regelmässig über Monate bis Jahre und somit iatrogen massiv aggraviert!
- **Klinik: Ausschluss einer Infektion**
pH, Nativpräparat, ggf. Pilzkultur, klinischer Befund
- **Keine Bakteriologie, keine Histologie!**
- **Bei Vaginalkandidose oder BV orale(!) Therapie und Re-Evaluation**
- **Q-Tip-Test!**
- **Wissenschaftlich: von Frey Filament-Test (Schmerz-Score)**

Vulvodynie

Guideline for the management of vulvodynia.

British Society for the Study of Vulval Diseases (BSSVD)
Study Group
(Brit J Dermatol 2010; 162: 1180 – 5)

Vulvodynie

Guideline 2010

Vorgehen (1):

1. **Adäquate Anamnese, Klassifizierung nach ISSVD 2005!**
2. **Sexuelanamnese! (Anorgasmie, Lubrikation, Vaginismus, Depression usw.)**
3. **Die Diagnose der Vulvodynie ist klinisch!
(Keine Bakteriologie, keine Histologie, keine Provokationstests, z. B. nicht Emla®)**
4. **„Team approach“ (Psychologe, Schmerztherapeut, Sexualmediziner, Physiotherapeut)**
5. **Kombinierte Behandlung (Vestibulektomie-Ergebnisse besser mit psychosexuellem Zugang).**
6. **Ausführliches Gespräch, Erklärung der Probleme geben!
Keine topischen Antimykotika etc. empfehlen**

Vulvodynie

Vorgehen (V2):

7. **Keine topischen Medikamente! Lokalanaesthetika können aber hilfreich sein.**
8. **Trizyklische Antidepressiva (Amitryptilin oder Nortryptilin) als Initialtherapie bei nicht provozierten Vulvodynie, Amitryptilin 10 – 60 – 100 mg/d, ggf. mit Gabapentin / Pregabalin 300 mg – max. 3600 mg/d)**
9. **Vestibulektomie bei provozierten Vulvodynie, besonders wenn vorher Lidocain-Gel besserte (hufeisenförmig): 1 Jahr follow-up: 83 % der Pat. würden es wieder so machen! Keine Lasertherapie!**
10. **Beckenbodenmuskulatur (bei provozierten Vulvodynie): Elektrostimulation, Massage, Vaginaltrainer etc., Biofeedback**
11. **Akupunktur?**
12. **Intraläsionale Injektionen (Lidocain + Prednisolon?, Botox)**

Vulvodynie

Primäre Vulvodynie, ggf. mit Vaginismus:

Primär psychosexuelle Verhaltenstherapie

Vulvodynie

Sekundäre Vulvodynie

Therapieprinzipien:

- **Keinen (weiteren) lokalen iatrogenen Stress durch Antimykotika/Antibiotika**
- **Reduktion der starken Mastzell-Hochregulation durch z. B. orales Fluconazol, Amitryptilen oder Aliamidgel**
- **Reduktion des hochregulierten Schmerzsystems durch Elektroanalgesie, Lokalanaesthetika oder Amitryptilin oder Gabapentin**
- **Reduktion des hochregulierten muskulären Tonus durch diverse Massagen oder Botulinum-Toxin A**

Vulvodynie

- **Botulinum-Toxin A**
20 – 50 AE ggf.
wiederholt nach 3 Monaten an 2 – 4 Stellen

Vulvodynie

- **Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)**
(Murina et al., BJOG 2008; 115: 1165 – 70)

**Intravaginal 15 Min. 10 Hz Frequenz mit 50 m sek. Pulsdauer
+ 15 Min. 50 Hz Frequenz mit 100 m sek. Pulsdauer
(10 – 100 mA von Peak zu Peak)**

2 – 3 Tage/Woche 3 Mon. lang

n > 20 gegen n = 20 Plazebo:

deutliche Reduktion der Schmerzen nach div. Scores

(p = 0,001 – 0,004)

am Ende der Therapie und 2 Monate danach

Vulvodynie

- **Neogyn vulvar soothing cream** (www.neogyn.us)

2 x täglich über 3 Monate

u. a. mit IL 1 Rezeptor-Antagonist aus fetalen Fibroblasten:
epidermale- und Fibroblasten-Wachstumsfaktoren führen zur
Verbesserung der epidermalen Architektur

Vulvodynie

Vulvodynie-Studie (1) (Donders, Bellen und Fiews 2010)

**Randomisiert, doppelblind, plazebo-kontrolliert, cross-over
3 Monate, kutanes Lysat 0,05 % aus kultivierten humanen
fetalen Fibroblasten aus biotechnologischer Bank zur
Entwicklung von Wundheilungsprodukten**

- n = 30, 18 – 55 Jahre, > 6 Monate provozierte Vulvodynie und laterale Rötung bei 5 und 7 bzw. 1 und 11 Uhr**
- 2 x täglich 0,2 ml auf Schmerzzone 12 Wochen lang,
1 Woche Pause,
dann erneut entsprechend Random (matched)**

Vulvodynie

Vulvodynie-Studie (2)

Ergebnisse

n = 26 (13 + 13)

**Nach 12 Wochen klinisch relevante Schmerzreduktion
20 – 30 % gegen Plazebo (p = 0,047, 4/13 gegen 0/13)
sowie Rötung 50 % gegen 10 % (p = 0,01)**

Nach 24 Wochen aber nicht mehr signifikant verschieden!

Vulvodynie

