

VULVODYNI/VESTIBULODYNI (KRONISKE SMERTETILSTANDER I VULVA)

[Rolf Kirschner](#)

Unni Kirste

Anne Lise Helgesen

Mette Løkeland

Irina Eide

Gro Killi Haugstad

ICD-10

N 76.3 Subakutt og kronisk vulvitt

N 94: smerter i ytre genitalia; brukes for kroniske vulvasmerter

N 94.9 Uspesifisert tilstand med tilknytning til kvinnelige kjønnsorganer og menstruasjonssyklus

N 94.4 Vaginisme

ANBEFALINGER

- Organiser et tverrfaglig team med gynekolog, dermatolog, sykepleier/rådgiver til utredningen
- Ha tilgang til fysioterapeut med kunnskap om bekkenbunnsfunksjon og evt. sexolog/psykolog til behandlingen (Forslag)
- En fordel dersom patolog med spesialkunnskap om hud- og slimhinneproblematikk, og mikrobiologilaboratorium med mulighet for resistensbestemmelser av Candida, er tilgjengelige
- Pasientene bør sendes Vulvaklinikkens standard spørreskjema som en forberedelse til konsultasjonen, dels for å igangsette en prosess, dels som arbeidsredskap ved konsultasjonen (forslag)

- Undersøker bør gjennomgå skjemaet før pasienten tas inn, og få oversikt over gynekologiske, så vel som sexologiske "landemerker". En bør merke seg spesielt evt. muskulære og gastro-intestinale symptomer som er angitt
- Det bør være avsatt romslig tid til primærkonsultasjon, optimalt 45 minutter, dvs. en dobbeltime (forslag)
- Ved typiske anamneser på unge pasienter er det sjeldent nødvendig med "full GU" med bimanuell palpasjon, bakteriologi, cytologi, vaginal ultralyd etc. Dels er det ofte gjort en rekke ganger allerede, og dels ligger det i sakens natur at traumer kan forsterkes. Konsentrer om en atraumatisk undersøkelse av "status localis" (forslag)
- Forklar grundig ved gjennomgang av skriftlig informasjonsmateriell og bruk av anatomiske plansjer om sannsynlig bakgrunner, vår behandlingsteori, og nødvendighet av oppfølging
- Det er optimalt om pasienten kan følges av behandler med kontroll f. eks etter 2-3 og 5-6 måneder. Dette kan forhindre mangelfull oppfølging av behandlingsmetodene (Forslag)
- Terapeutene bør ha en optimistisk attityde, men ikke være redd for "direkte tale"

SØKESTRATEGI

- Pubmed,
- Up-to-date
- BMJ Best Practice
- Cochrane Library
- Svensk Förenings för Obstetrik och Gynekologi Arbets- och Referensgrupp för Vulva: Vulvasjukdomar, rapport nr 71; 2013. ISSN 1100-438X

- [Wesselmann](#), U. Vulvodynia: Current state of the biological science. Pain, [Volume 155, Issue 9](#) , September 2014, 1696-1701

Vær oppmerksom på at den vitenskapelige bakgrunnen, særlig for behandlingsforslag, ikke er tungt kunnskapsbasert

DEFINISJONER

- Vulvodynii er et samlingsbegrep for kroniske vulvasmerter av brennende og sviende karakter uten objektive funn av andre spesifikke tilstander.
- 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 som må utelukkes som årsaker.
- The International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, ISSVD, definerer vulvodynii som kroniske vulvasmerter uten synlige dermatoser ¹.

KLINISK INNDELING

A: Vulvasmerter relatert til spesifikke tilstander

- [Se også - kapittel vulvovaginale hudsykdommer](#)
- [kapittel vulvovaginale infeksjoner](#)
- [kapittel vulvacancer](#)

- Infeksiøse (Candida, HPV, Herpes etc)
- Inflammatoriske (Lichen planus, immunobulløse sykdommer etc)
- Neoplastiske (Pagets sykdom, plateepitelcancer etc)
- Nevrologiske (herpesnevralgi, nerverotskompresjon etc)

B: Vulvodyni

- **Generalisert (Generalized VulvoDynia-GVD)**
 - Provosert (seksuell, ikke-seksuell, eller begge)
 - Ikke-provosert
 - Blandet (provosert og ikke-provosert)
- **Lokalisert (Localized VulvoDynia-LVD) (vestibulodyni, klitorodyni, hemivulvodyni etc):**
 - Provosert (Lokalisert Provosert Vestibulodyni-LPV) (seksuell, ikke-seksuell, eller begge)
 - Ikke-provosert
 - Blandet (provosert og ikke-provosert)

FOREKOMST

- En tror at 10 % - 15 % kvinner en eller annen gang i livsløpet vil få diagnosen ²
- Lokalisert provosert vestibulodyni (LPV) karakteriseres av mekanisk allodyni, som er lokalisert til vestibulum, mens generalisert vulvodyni (GVD) viser et mer diffust

smertemønster, som involverer deler eller hele pudendalnervedistribusjonen

- Mange forskere mistenker at LVD og GVD mere representerer en forlengelse av den samme tilstanden heller enn to distinkte sykdommer

ETIOLOGI

- Bakgrunner og årsaker for tilstandene er ikke klarlagt. Det synes å være en sammensatt patologi, samtidig som tilstanden viser en mangefasettert presentasjon. Det er derfor vanskelig å utvikle relevante dyremodeller for forskning på vulvodyni for å få fram patofysiologiske mekanismer og brukbare behandlingsstrategier

Følgende faktorer spiller inn for både LVD og GVD, og bør derfor utredes parallelt:

ANDRE SMERTETILSTANDER, GENETIKK

Vulvodyni ses ofte sammen med andre smertetilstander som skulder-/nakkesmerter, irritabel tarm, miksjonssmerter og fibromyalgi [3,5](#). Forskning har indikert mulighet for at det foreligger en genetisk bakgrunn, særlig for utvikling av LPV, på bakgrunn av 3 mulige forhold⁶

- Økt risiko for gjentatte Candidainfeksjoner (recurrent vulvovaginal candidiasis, RVVC)
- Endringer i inflammasjonsresponsen

- Økt generell smertefølsomhet.

Uansett inneholder særlig anamnesen ved LVD typisk et stort antall behandlinger for uretritt/cystitt og sopp, mens GVD-pasientene oftere er behandlet for mer generelle smertetilstander.

NEVROINFLAMMASJON

Det er blitt foreslått mulighet for at vulvodyni har en nevro-inflammatorisk patogenese, lik andre kroniske smertetilstander. En ser som regel sterkt øket erytem i de affiserte delene av vestibulum som et klassisk tegn [7](#) [8](#). En ser økt tetthet av nervefibre, såkalt hyperinnervasjon, i vestibulum, særlig i LPV, tilsvarende økt regional mekanisk allodynii and hyperalgesi [9](#).

DYSFUNKSJON AV BEKKENBUNNSMUSKULATUREN

Det er kjent at tilstanden ofte er forbundet med dysfunksjon av bekkenbunnsmuskulaturen. En ser lavere smertegrense for trykk, økt muskulær hviletonus, nedsatt frivillig relaksasjon og sammentrekningsevne. Urethra er også påvirket. Dysfunksjonen kan være tegn på en beskyttelsesrefleks mot en smertefull penetrasjon, og det er derfor usikkert om dette er en årsak eller et resultat av allodynien som er til stede [10,11](#).

HORMONELL PÅVIRKNING

Rotteforsøk har vist at vaginal hypersensitivitet etter ooforektomi kan reverseres av østrogenbehandling. Dette

indikerer at klimakterielle symptomer kan være medvirkende årsak spesielt ved GVD [12](#).

Det er divergerende oppfatninger om p-piller er en bidragende årsak [13](#).

Undersøkelser har vist økt manifestering av depresjon, somatisering, angst og anspenhet.

LIVSSTIL

Stress- og livsbelastningsfaktorer er ofte relatert til anamnesen i pasientgruppen [14](#).

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

TIDLIGERE TRAUMER OG BEHANDLINGER

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 bakteriell vaginoseplager, overbehandling med reseptfrie lokale antimykotika, gjentatte antibiotikabehandlinger.

DIAGNOSTIKK

- Primær konsultasjonstid bør være 30-45 minutter, kontroller 20-30 minutter.
- Det bør alltid være en medhjelper tilstede ved konsultasjonen, av medisinske, mediko-legale og etiske grunner. Sykepleier kan virke som aktiv rådgiver. Alternativ er annen type terapeut i et tverrfaglig behandlingsteam

Anamnese

- Vulvasmerter > 6 mnd. Ulik karakter
- Sekundær vaginisme. Følelse av vaginal tranghet og tørrhet
- Nedsatt libido.
- Bruk et tilsendt strukturert intervjuformular, eks. VulvArg (Svensk Gynekologisk Forenings Arbeids- og Referansegrupper), i norsk versjon OUS KVB/ Vulvaklinikken ([last ned her](#))
- Spesielt interessant er svaralternativene mht muskulære sykdommer og andre smertetilstander
- Fokus på tidligere behandlinger for Candida-, Gardnerella- og urinveisinfeksjoner
- Evt. spørreskjema vedr klinisk depresjon, for eksempel GHQ ²⁸

KLINISK UNDERSØKELSE

Målrettet varsom gynekologisk undersøkelse, bimanuell palpasjon og/eller vaginal ultralydundersøkelse kun på indikasjon, og hvis mulig bør unngås.

- Inspeksjon av perineum og vulvaområdet, anatomi, infeksiøse, inflammatoriske, neoplastiske og nevrologiske sykdommer og tilstander som nevnt innledningsvis, spesielt dermatologiske tilstander. Spesiell oppmerksomhet vedrørende såkalt "6

o'clock split", som er patognomonisk for kronisk Candidainfeksjon

- Friedrich test: trykktest med vattpinne, alternativt "Vulva-algesiometer"^{15,16}
- Vulvaområdet er muligens hyperestetisk. Smerter som brenning i meatus urethra, på klitoris, i perinalregionen og lårenes innside. Ved vestibulodyni er smertene begrenset til vestibulum og det er uttalt smerte ved berøring som ytre dyspareuni (penetrasjonssmerte). Det er varierende grad av erytem i bakre vestibulum
- Forsiktig digital palpasjon av muskulatur i vaginalåpningen og bekkenvegger, tegn på sekundær partiell vaginisme
- Lite spekulum og inspeksjon av vaginalslimhinnen, "sniff-test" med KOH og mikroskopi med NaCl og KOH av sekret for BV, Trichomonas og Candida. Evt pH- måling av slimhinnesekret. Evt. dyrkningsprøve for å utelukke kronisk Candida, evt. med resistensbestemmelse
- Østrogenmangelsyndrom?
- Avhengig av anamnese kan det vurderes om nevrologisk eller f. eks radiologisk utredning kan være nødvendig, mht. skjelett- og nerveskader etter traumer og operasjoner.

BEHANDLING

Behandlingsalternativer er avhengig av diagnose LVD eller GVD, alternativt kombinert bilde.

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

Ved GVD er smertene oftere ikke-provoserte og mindre lokaliserte. Smerten er ofte mildere om morgenen og mer uttalt utover dagen.

GENERELT

- Forsikre at det ikke foreligger tegn til malignitet eller seksuelt overført sykdom
- Grundig gjennomgang av anatomiske plansjer, skriftlig og muntlig informasjon
- Behandle samtidig eksisterende genital infeksjon etter nøye diagnostikk
- Unngå mulige irritanter som deodorant, såpe, overvasking
- Kognitiv fysioterapibehandling med avspenningsøvelser [17](#)
- Stressmestringsprogrammer

MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Lokalt

- Desensitisering med lokalanestetika, særlig ved tegn på LVD: Standard behandlingsprogram med *Lidocain* (Xylocain) 5 % salve lokalt i vestibulum; dag (1-5 ganger) eller helst kveld med okklusjon over natten (kompress eller lignende). Ved erfart svie startes med gel 2 % [18](#)
- Anbefaler å avstå fra coitus (minske provokasjon) åtte uker

Systemisk

- Trisykliske antidepressiva; *Amitriptylin* (Sarotex®) 10 mg økende med 10 mg/uke til maksimalt 75 mg som smertebehandling/modulering. Vedlikeholdsbehandling i to måneder, deretter evt. seponeres ved manglende effekt [19](#)
- *Gabapentin*: NeurontinR®, *Pregabalin*: LyricaR® i anbefalte doseringer ihht Felleskatalogen (obs bivirkninger)[20](#)
- Noen symptombilder preges av pruritus som hovedsymptom. Der senilatrofiske forhold og hudsykdommer (for eksempel Lichen Simplex) er utelukket, kan behandling med *Hydroxizin* (Atarax) gi god effekt i dosering 10-50 mg vesp. evt. 25 mg x1-3
- Depresjoner og andre psykiatriske sykdommer bør behandles før rettet terapi settes inn, ved henvisning til psykolog/psykiater/medikamentell behandling, eventuelt stressmestringskurser
- Vær åpen for postmenopausale tilstander, østrogenmangel, særlig ved GVD. Liberal forskrivning av systemisk hormonbehandling i en periode med kontroll av tilstanden og evt. fortsette med lokalbehandling
- Alternative behandlingsmodaliteter som fysioterapi. Akupunktur og massasje kan gi bra resultat der det kliniske bildet er generelt og preget av biopsykososiale elementer. Informasjonsvedlegg om Somatokognitiv terapi [her](#)
- Henvisning til smerteklinikk ved behov
- Henvisning til sexologisk terapi ved behov
- Botoxinjeksjoner i bekkenmuskulaturen har gitt varierende resultater [21,22](#)
- Kirurgi ved vestibulektomi kan gi gode resultater, forutsetter nøye seleksjon av pasienter og ofte kombinasjon med andre modaliteter [23,24](#)

Pasientinformasjon og råd

Både muntlig og skriftlig informasjon bør gis. Bruk gjerne [informasjonsbrosjyren](#) utarbeidet ved OUS/KVB "Vulvaklinikken".

- Informeres om sannsynlig multifaktoriell genese inkludert adferdsmessige og miljømessige forhold
- Presiser at det ikke er seksuelt overført infeksjon eller økt risiko for malignitet.
- Dersom trisykliske- eller andre antidepressiva gis, forklar at det ikke er mistanke om en psykiatrisk lidelse, men at medikamentet har god smertemodulerende effekt ved nevrogen smerte. Informer om bivirkninger og motiver til behandling tross mulige bivirkninger av medikamenter
- 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 som er spesielt interessert i vulvalidelser.
- Ved graviditetsønske kan evt. inseminasjon tilbys. Vaginal fødsel er ingen kontraindikasjon, men det er ingen klarhet i om vaginal fødsel bedrer tilstanden

Oppfølging av pasientene er ønskelig og krever gjerne forlenget konsultasjonstid og et langvarig forløp, ofte i teambaserte opplegg. Kontroll anbefales 2-3 måneder etter startet behandling, deretter avhengig av resultater.

PROGNOSE

Prognosen er rimelig god med riktig behandling og oppfølging, forløpet er varierende og ofte langvarig. Det er best prognose ved mer kortvarige og lettere tilfeller

- Normalisering forutsetter gjerne åpenhet for den multifaktorielle bakgrunnen og aksept, slik at kognisjon bedres og adferdsmessige tiltak kan iverksettes.
- Komplikasjoner er sekundær vaginisme og seksuell dysfunksjon.
- Primær vulvodyni har en relativt dårlig prognose og krever gjerne sexologisk/psykologisk hjelp
- Kirurgi gir relativ god effekt i begynnelsen, men effekten kan reduseres over tid dersom ikke seleksjonen er god, og andre årsaksforhold saneres

PASIENTINFORMASJON

Vulvaklinikkens [informasjonsskriv](#)

European College for the Study of Vulval Disease (ECSVD): www.ecsvd.eu

National Vulvodynia Association (NVA), <http://www.nva.org>

Womens therapy center: www.womentc.com

Vulval pain society (UK): www.vulvalpainsociety.org

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) *Vulvodynia*. Patient Education Pamphlet FAQ127, May 2011. Website: [http://www.acog.org/For Patients](http://www.acog.org/For_Patients)

International Association for the Study of Pain (IASP)
Website: <http://www.iasp-pain.org>

Vulvodynia Fact Sheets). [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Real Women Real Pain&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=4448](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Real_Women_Real_Pain&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=4448)

NIH Research Plan on Vulvodynia

Website: [http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/documents/NIH Vulvodynia Plan April2012.pdf](http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/documents/NIH_Vulvodynia_Plan_April2012.pdf)

NIH Office of Research on Women's Health (ORWH). Website (for vulvodynia):

<http://orwh.od.nih.gov/resources/health/researchandyourhealth/index.asp>

LITTERATUR

1. Svensk Förenings för Obstetrik och Gynekologi Arbets- och Referensgrupp för Vulva: Vulvasjukdomar, rapport nr 71; 2013. ISSN 1100-438X
2. [Wesselmann](#), U. Vulvodynia: Current state of the biological science. Pain, [Volume 155, Issue 9](#) , September 2014, 1696-1701.

REFERANSER

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

- 2 Goetsch MF. Vulvar vestibulitis: prevalence and historic features in a general gynecologic practice population. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;164:1609–1614
- 3 Arnold LD, Bachmann GA, Rosen R, Kelly S, Rhoads GG. Vulvodynia: characteristics and associations with comorbidities and quality of life. *Obstet gynecol.* 2006; 107: 617–624
- 4 Bullones Rodriguez MA, Afari N, Buchwald DS National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases Working Group on Urological Chronic Pelvic Pain. Evidence for overlap between urological and nonurological unexplained clinical conditions. *J Urol.* 2013;189 (Suppl. 1) : S66–S74
- 5 Reed BD, Harlow SD, Sen A, Edwards RM, Chen D, Haefner HK. Relationship between vulvodynia and chronic comorbid pain conditions. *Obstet Gynecol.* 2012; 120:145–151
- 6 Heddini U, Bohm-Starke N, Gronbladh A, Nyberg F, Nilsson KW, Johannesson U. GCH1-polymorphism and pain sensitivity among women with provoked vestibulodynia. *Mol Pain.* 2012;8:68
- 7 Omoigui S. The biochemical origin of pain: the origin of all pain is inflammation and the inflammatory response. Part 2 of 3 – inflammatory profile of pain syndromes. *Med Hypotheses.* 2007;69:1169–1178
- 8 Bohm-Starke N, Hilliges M, Blomgren B, Falconer C, Rylander E. Increased blood flow and erythema in the posterior vestibular mucosa in vulvar vestibulitis. *Obstet Gynecol.* 2001;98:1067–1074

- 9 Westrom LV, Willen R. Vestibular nerve fiber proliferation in vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol.* 1998;91:572–576
- 10 Frasson E, Graziottin A, Priori A, Dall'ora E, Didone G, Garbin EL, et al. Central nervous system abnormalities in vaginismus. *Clin Neurophysiol.* 2009;120:117–122
- 11 Zolnoun D, Bair E, Essick G, Gracely R, Goyal V, Maixner W. Reliability and reproducibility of novel methodology for assessment of pressure pain sensitivity in pelvis. *J Pain.* 2012;13:910–920
- 12 Ting AY, Blacklock AD, Smith PG. Estrogen regulates vaginal sensory and autonomic nerve density in the rat. *Biol Reprod.* 2004;71:1397–1404.
- 13 Johannesson U, Blomgren B, Hilliges M, Rylander E, Bohm-Starke N. The vulvar vestibular mucosa-morphological effects of oral contraceptives and menstrual cycle. *Contraception* 2007; 76: 319-25.
- 14 Sutton KS, Pukall CF, Chamberlain S. Pain ratings, sensory thresholds, and psychosocial functioning in women with provoked vestibulodynia. *J Sex Marital Ther.* 2009;35:262–281
- 15 [Friedrich EG Jr. Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med* 1987; 32: 110-4.](#)
- 16 [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.](#)
- 17 Gro Killi Haugstad, Rolf Kirschner, Marit Fougner, Ingvild Lilleheie, Linda Hartford Kvæl, Unni Kirste, Tor S.

Haugstad. Chronic genital pain in women treated with somatocognitive therapy in a student out-patient clinic – a preliminary report.

18 Danielsson I, Torstensson T, Brodda-jansen G, Bohm-Starke N. EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: a randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85: 1360-7.

19 [McKay M. Dysesthetic \("essential"\) vulvodynia: treatment with amitriptyline. J Reprod Med 1993; 38: 9-13.](#)

20 [Ben-David B, Friedman M. Gabapentin therapy for vulvodynia. Anesth Analg 1999; 89: 1459-60.](#)

21 [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](#)

22 Damsted-Petersen C, Giraldi A, Lundvall L, Kristensen E. Botulinum toxin type A-a novel treatment for provoked vestibulodynia? Results from a randomized, placebo controlled, double blinded study. [Christina Damsted Petersen](#)

1. [Journal of Sexual Medicine](#) 2009; 6(9):2523-37.

23 [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.](#)

24 [Bohm-Starke N, Rylander E: Surgery for localized, provoked vestibulodynia: a long- term follow-up study. J Reprod Med 2008; 53: 83-9.](#)