



## Vulvodynia – ein zunehmendes Problem

Prof. Dr. René Hornung  
Chefarzt Frauenklinik  
Kantonsspital St. Gallen

### Definition

- **Vulvodynie = Vulväre Beschwerden** (chronisches Brennen, Irritation, Stechen, Reißen, Schmerzen, Druck, oberflächliche Dyspareunie, schmerzhafter Beckenboden) **ohne Entzündungszeichen** (keine Rötung, normales Nativ) ohne Pruritus und ohne spezifische Neuropathie (≠ Vulvaschmerz)

### Epidemiologie:

Inzidenz ( $I_j = N_j/P_j$ ) = 17%

$I_j$  = Inzidenz im Zeitraum j  
 $N_j$  = Menge neu aufgetretener Krankheitsfälle im Zeitraum j (1Jahr)  
 $P_j$  = Personen unter Risiko im Zeitraum j

Prävalenz ( $P = M_{betroffen}/M_{gesamt}$ ) = 7%

P = Prävalenz  
M = Menge

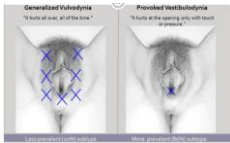
### Vulvodynie

#### Lokalisiert

- Vestibulodynie (ehem. sog. vulvares Vestibulitis Syndrom oder vestibuläre Adenitis)
- Klitorodynie

**Generalisiert** (grossflächig oder wechselnde Stellen)

- Auf Berührung, Druck oder Reibung provozierbar
- spontan
- gemischt



≠ chronischer Vulvaschmerz

### Aetiologie (beschriebene Zusammenhänge)

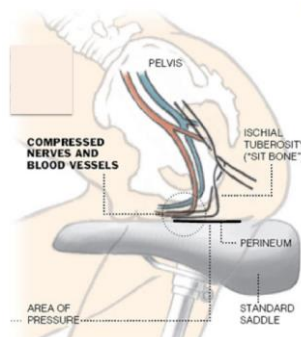
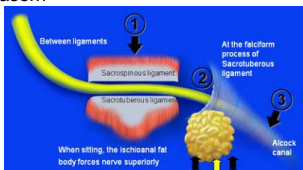
#### 1. Beckenbodenmuskulatur Dysfunktion (hoher Ruhetonus, muskuläre Reizbarkeit, Hartspann, muskuläre Schwäche)

- Pro: oft Besserung auf Physiotherapie mit Biofeedback
- Pro: oft in Kombination mit Obstipation, Dysurie, OAB(dry/wet)



#### 2. Neuropathische Schmerzen (zentral, peripher, beides)

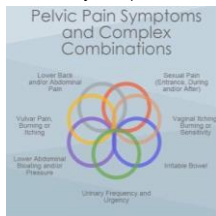
- Pro: Besserung auf Medikation (zB Pregabalin Lyrica®)
- Thesen: Vermehrung Vanilloidrezeptorinnervation VR1; Beckenbodenschwäche, Druck/Reibung der Oberschenkel, Muskelirritationen → Zug auf Nervenfasern





### 3. Zentrale Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung

- Pro: Typisch messbar niedrigere Schmerzschwelle
- Pro: Oft kombiniert mit Schmerzsyndromen (Fibromyalgie, chron. Kopfschmerzen, Kiefergelenkschmerzen, interstitielle Zystitis)
- Pro: Oft kombiniert mit Beckenbodenstörungen (chronische Obstipation, Reizdarm, OAB, SUI)



### 4. Angststörungen, Depressionen, sexualmedizinische Störungen

- (Ursache oder Folge der Vulvodynie?)



### 5. Erhöhte Anzahl Nervenfasern

### 6. Prozytokine (obwohl histologisch keine Entzündung)



### 7. Endokrine Störungen

- Pro:
  - Beschwerden oft prämenstruell verstärkt
  - Erhöht bei frühem Gebrauch von oralen Kontrazeptiva
- Kontra:
  - Absetzen der oralen Kontrazeptiva oder topisch E3 bringen keine Besserung

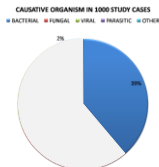
### 8. Vulvodynie getriggert durch entzündliche Erkrankungen (Lichen planus, Lichen sclerosus, vaginale Infektionen)

### 9. Out ist: chronische Pilz, subklinischer HPV, Missbrauch als Kind, Störungen im Oxalatmetabolismus



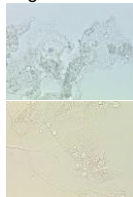
### Differentialdiagnose

- Vaginale Infektionen



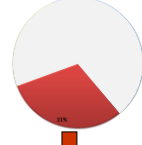
### Differentialdiagnose

- Vaginale Infektionen

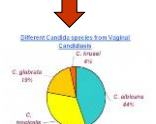


CAUSATIVE ORGANISM IN 1000 STUDY CASES

BACTERIAL FUNGAL VIRAL PARASITIC OTHERS

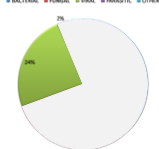
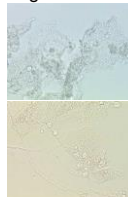


Different Causative species from vaginal microbiome



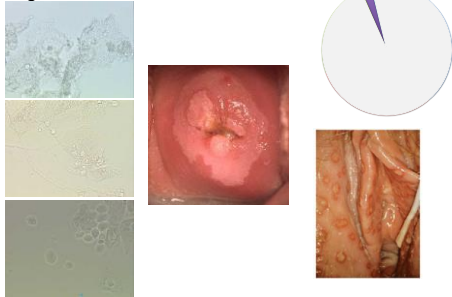
### Differentialdiagnose

- Vaginale Infektionen



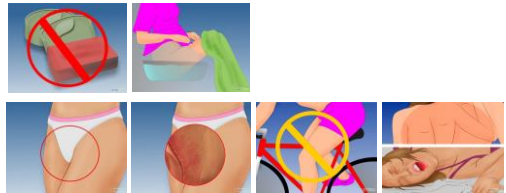
### Differentialdiagnose

- Vaginale Infektionen



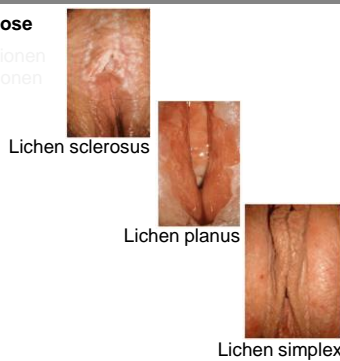
### Differentialdiagnose

- Vaginale Infektionen
- Vaginale Irritationen (Detergentien, Weichspüler, Intimsprays, Salben, Cremes, Vaginalduschen, Seifen, Verhütungsmittel, parabenhaltige Substanzen ...)



### Differentialdiagnose

- Vaginale Infektionen
- Vaginale Irritationen
- Dermatosen



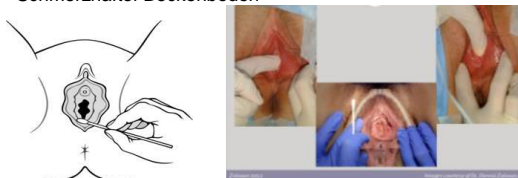
### Differentialdiagnose

- Vaginale Infektionen
- Vaginale Irritationen
- Dermatosen
- VIN, Vulvakarzinom, extramammärer Paget



### Diagnose

- Chronisches Brennen, Irritation, Stechen, Reissen, Schmerzen, Druck
- Oberflächliche Dyspareunie
- Keine klinischen Befunde (keine Rötung, normales Nativ)
- Schmerzhafter Beckenboden



### Management von Vulvodynie

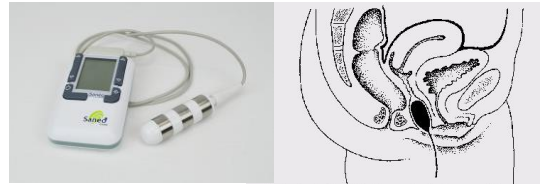
- Unspezifische Massnahmen:
  - **Aufklärung** der Patientin (es sind keine Pilze oder andere Infektionen, kein Krebs, keine Geschlechtskrankheit; Problem ist therapier- aber oft nicht heilbar; kleine Schritte zum Erfolg)
  - **Vermeiden von Irritationen** (cave zwanghaftes Waschen, keine unnötigen topischen Präparate weder Antimykotika, noch Lubrikantien)
  - Topischen Lokalanästhetika 2 (-5%) Lidocain Gel





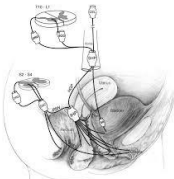
- **Beckenbodenphysiotherapie** (Physio-Pat-Beziehung, Beurteilung der Beckenbodenmuskulatur, Bindegewebemobilisation, Entspannung von muskulofaszialen und Triggerpunkten, Mobilisation von Gelenken, Dehnungsübungen, Spannungs-/Entspannungsübungen, Ultraschalltherapie, Desensibilisierung, Biofeedback mit Obeflächenektromyographie, Elektrostimulation, sakrale Neuromodulation und TENS)

Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)  
Tibiale Nervenstimulation (TNS)



### Wie funktioniert T.E.N.S. zur Schmerzkontrolle

- 1- "gate control theory"  
Schmerz- und nicht-Schmerzimpulse:  
Hautnerven > periphere afferente Nerven > Rückenmark > Gehirn  
Dazwischen: zahlreiche "Gates"  
"Gates" kontrollieren Anzahl Impulse ohne Unterscheidung zwischen Schmerz- und nicht-Schmerzimpulsen  
→ verhindern Überstimulation vom Gehirn  
TENS produziert stärkere Impulse und "übertönt" Schmerzsignal → weniger Schmerzsignale erreichen Gehirn



### 2- Endorphin-Theorie

T.E.N.S. stimuliert Produktion von **Endorphinen** →  
Stimulation der Schmerzrezeptoren → Schmerzreduktion



- **Orale Therapie** von neuropathischen Schmerzen (Cave Nebenwirkungen: niedrige Startdosis)  
Trizyklische Antidepressiva

Amitriptylin bis 150 mg 0-0-0-1 (Saroten®)  
Imipramin bis 150 mg 0-0-0-1 (Tofranil®)  
Nortriptylin bis 150mg (Nortrilen®)

#### Antikonvulsiva

Gabapentin (Neurontin®) bis 1200 mg 3xtgl  
Pregabalin (Lyrica®) bis 150 mg 2xtgl  
selten: Topiram (Topamax®) bis 400mg tgl, Lamotrigin (Lamictal®), Carbamazepin (Tegretol®), Phenytoin  
Selektive Serotonin- und Norepinephrin- Reuptake Hemmer  
Venlafaxin (Effexor® ER) bis 150mg  
Duloxetine (Cymbalta®) bis 60mg 2xtgl



Selektive Serotonin Reuptake Hemmer und andere  
**Antidepressiva**



### ➤ Topische Therapie

Lidocain 2% Gel  
Amitriptylin 2% Creme\* in wässriger Base 2-3x tgl  
Amitriptylin 2%/ Baclofen 2%\* in wässriger Base 2-3x tgl  
Lidocain Salbe 5% unter feuchtem Watteball (Oklusionsverband am Vestibulum 0-0-0-1)  
Capsaicin 0.05%\*  
Doxepin 5% Creme 2-3x tgl  
Nitroglycerin\*  
Gabapentin 2%-6%\*  
Diazepam Suppositorien\* 5-20mg intravaginal  
Topisches Östrogen am Introitus 2xtgl

\*muss von der Apotheke in nicht irritierender Creme oder Salbe konfektioniert werden

➤ **Intralesionale Therapie**

Interferon alpha: wirkungslos, da nie HPV induziert  
 Triamcinolone (Kenacort®) 10 mg/mL  
 Botulinum Toxin A in Beckenbodenmuskulatur

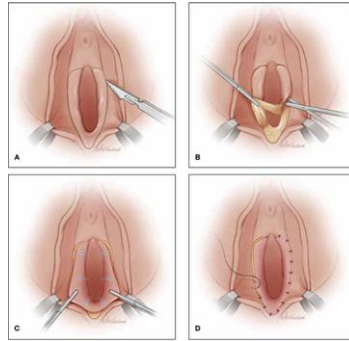


➤ **Beratung, kognitive Verhaltenstherapie, Psychotherapie**

➤ **Nervenblock**

➤ **Vestibulektomie**

➤ **Schmerzambulanz**



**Prognose**

- 80% der Patientinnen werden symptomlos oder –arm
- Je länger die Vulvodynieanamnese desto schlechter das Outcome
- Komorbiditäten (Angsterkrankungen, Depressionen, Traumatisierungen, Medikamentenintoleranz) verschlechtern das Outcome



Vulvodynia



Vielen Dank