

# Wulwodynia – epidemiologia, etiologia i klasyfikacja. Część 1

## *Vulvodynia: epidemiology, etiology and classifications. Part 1*

Katarzyna Wachowska<sup>1</sup>, Antoni Florkowski<sup>1</sup>, Agata Orzechowska<sup>1</sup>, Monika Talarowska<sup>1</sup>,  
Dominika Berent<sup>1</sup>, Andrzej Depko<sup>2</sup>, Hanna Moczulska<sup>3</sup>, Tamara Michalska<sup>3</sup>, Piotr Gałdecki<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;

kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski

<sup>2</sup>Poradnia Seksuologiczna Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska

<sup>3</sup>Zakład Genetyki Klinicznej i Laboratoryjnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;

kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Bogdan Kałużewski

Przeгляд Menopauzalny 2012; 4: 269–274

### Streszczenie

Wulwodynia to zaburzenie polegające na chronicznym bólu lub dyskomforcie, charakteryzującym się uczuciem palenia, kłucia czy podrażnienia żeńskich narządów płciowych w przypadkach, kiedy nie występuje żadna infekcja czy choroba skóry sromu lub pochwy powodująca takie objawy. Wulwodynia to syndrom kliniczny, na który wg aktualnych oszacowań może cierpieć 15% kobiet. Obserwacje kliniczne wskazują na istnienie różnych podtypów zaburzenia wydzielonych na podstawie ich etiologii. Wskazywany jest wielowymiarowy negatywny wpływ tego schorzenia na funkcjonowanie kobiet, a jednocześnie brak jednoznacznych odpowiedzi na pytania o jego etiologię, skuteczne sposoby leczenia, zapobieganie oraz rozpowszechnienie. Autorzy artykułu dokonują przeglądu najważniejszych informacji dotyczących schorzenia. Opisane zostały proponowane przez badaczy definicje terminu wulwodynia oraz aktualnie stosowane kryteria diagnostyczne. Przedstawione zostały teorie dotyczące etiologii tego schorzenia, obejmujące głównie czynniki: biologiczne, rozwojowe, genetyczne, immunologiczne, hormonalne, neurologiczne oraz psychologiczne. Opisano także pochodzące z badań naukowych prowadzonych przez różnych badaczy dane dotyczące rozpowszechnienia wulwodynii w populacji. Autorzy prezentują także proponowane klasyfikacje typów wulwodynii dokonane na podstawie jej etiologii lub charakterystyki doświadczanego przez pacjentki bólu. Zwrócono uwagę na trudności w jednoznacznym zakwalifikowaniu pacjentek do grupy cierpiących na wulwodynię. Podkreślono również wpływ tego schorzenia na funkcjonowanie psychospołeczne pacjentek oraz trudności, jakich doświadczają podczas poszukiwania skutecznej pomocy.

**Słowa kluczowe:** wulwodynia, epidemiologia, etiologia, diagnoza, leczenie.

### Summary

Vulvodynia is a chronic disorder involving pain or discomfort characterized by a feeling of burning, stinging or irritation in the female genitalia in cases where there is no infection or skin disease of the vulva or vagina causing these symptoms. Vulvodynia is a clinical syndrome, which according to current estimates, can occur in 15% of women. Clinical observations indicate the existence of different subtypes of vulvodynia, distinguished based on their etiology. The multidimensional impact of this disease on the functioning of women is indicated, yet there are no clear answers as to its etiology, effective treatments, prevention and dissemination. The authors review the most important information about vulvodynia and currently used diagnostic criteria.

Various theories about the etiology of the disease are presented, focusing mainly on factors such as: biological, developmental, genetic, immunological, hormonal, neurological and psychological ones. The article also presents data on the prevalence of vulvodynia in the population. Presented data are derived from researches conducted by various scientists. The authors present the proposed classifications of vulvodynia types, made on the basis of its etiology and characteristics of pain experienced by patients. Attention should be paid to the difficulties in unambiguous classification of patients to a group suffering from vulvodynia. The impact of this disease on the psychosocial functioning of patients and the difficulties encountered when seeking effective help are also underlined.

**Key words:** vulvodynia, epidemiology, etiology, diagnosis, treatment.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Wachowska, Klinika Psychiatrii Dorosłych, ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź

## Wstęp

Dolegliwości bólowe w obrębie żeńskich narządów płciowych mogą być wywołane różnymi czynnikami. Wiążą się z określonymi trudnościami w codziennym funkcjonowaniu, a także mogą wpływać na takie obszary życia kobiet, jak relacje partnerskie, samoocena i inne. Wulwodynia stanowi syndrom kliniczny, którego główne dolegliwości związane są z okolicami sromu. Jego charakterystyczną cechą jest brak istnienia obiektywnych przyczyn w postaci zmian patologicznych układu moczowo-płciowego. Ze względu na nieznaną etiologię wulwodynii, a także brak jednoznacznie skutecznych metod jej leczenia, niezwykle ważna wydaje się współpraca specjalistów z wielu dziedzin w celu udzielenia pomocy pacjentkom cierpiącym z powodu tego syndromu [1]. Podkreśla się, że oprócz dolegliwości bólowych, wulwodynia wiąże się także z występowaniem określonych trudności psychologicznych [1, 2].

Pacjentki, które doświadczają wulwodynii, mają trudności z uzyskaniem skutecznej pomocy medycznej, a także są narażone na wielokrotne zmiany specjalistów [3]. Zwraca się uwagę, że zaburzenie to jest stresujące dla pacjentek, ale także stanowi wyzwanie dla lekarzy [2].

Niezwykle trudno jest jednoznacznie oszacować częstość występowania wulwodynii. Wskazywane jest, że nawet 16% kobiet może cierpieć na tę dolegliwość [2]. Podkreśla się także prawdopodobieństwo istniejącego związku między wulwodynią a schorzeniami takimi, jak: zespół jelita drażliwego, zespół przewlekłego zmęczenia, depresja, gościec, nawracające infekcje dróg moczowych oraz drożdżycy [4]. Badania wskazują, że wulwodynia w znaczący sposób wpływa na jakość życia kobiet [2].

Podkreśla się, że istnieje wiele proponowanych określeń i typologii wulwodynii, które podlegają ciągłemu rozwojowi. Ponadto prezentowanych jest bardzo wiele różnych tez dotyczących możliwych przyczyn tego syndromu, zróżnicowanych metod terapeutycznych, wykorzystujących zarówno metody farmakologiczne, psychologiczne, jak i fizjoterapeutyczne. Oprócz tego wskazywane są rozwiązania z zakresu medycyny alternatywnej. Do tej pory jednak skuteczność żadnej z proponowanych metod terapeutycznych nie została potwierdzona w badaniach naukowych [5].

## Definicja

Wulwodynia to termin używany do określenia chronicznego bólu lub pieczenia w obrębie sromu pojawiającego się bez obiektywnych fizycznych przyczyn, które można by uznać za czynnik etiologiczny doświadczonego przez pacjentki dyskomfortu. Powinien on trwać dłużej niż 3 miesiące [5]. Termin ten nie istnieje w oficjalnych klasyfikacjach, takich jak Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of*

*Diseases and Related Health Problems – ICD-10*) lub czwarta wersja systemu diagnostyczno-klasyfikującego zaburzeń psychicznych (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV*) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (*American Psychiatric Association – APA*). Formułowaniem definicji, kryteriów diagnostycznych oraz typologii wulwodynii zajmuje się powstałe w 1970 r. Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Chorobami Wulwo-waginalnymi (*International Society for the Study of Vulvovaginal Disease – ISSVD*). Podczas zjazdu tego Towarzystwa w roku 1976 po raz pierwszy użyto terminu *burning vulva syndrome*, czyli syndrom piekącego sromu. Od tamtej pory definicja terminu wulwodynia podlegała wielu modyfikacjom. Ostatnia, aktualnie używana definicja powstała w 2003 r. Zgodnie z nią, wulwodynia to chroniczny dyskomfort odczuwany w okolicach sromu, często określane jako palący ból, bez obserwowalnych, obiektywnych przyczyn lub oznak zaburzeń neurologicznych. Można rozróżnić wulwodynię ze względu na to, czy ból jest zlokalizowany w jednym miejscu, czy też zgeneralizowany, a także gdy ból pojawia się w odpowiedzi na podrażnienie (*provoked*), czy też bez niego (*unprovoked*) [6].

Typ wulwodynii, w którym ból pojawia się w konkretnej lokalizacji w odpowiedzi na podrażnienie, był nazywany zapaleniem przedsionka pochwy (*vulvar vestibulitis*), ponieważ badanie pacjentek potwierdziło występowanie u nich rumienia w przedsionku pochwy oraz jednojądrowych komórek zapalnych. Friedrich w 1987 r. [7] określił ten syndrom jako syndrom zapalenia przedsionka pochwy (*vulvar vestibulitis syndrome*), który cechuje się trzema głównymi kryteriami diagnostycznymi:

- obecnością bólu w momencie nacisku na okolice przedsionka pochwy lub gdy podejmowana jest próba wprowadzenia przedmiotu do wagi;
- ból w odpowiedzi na nacisk na przedsionek pochwy podczas badania;
- rumień przedsionka pochwy [6, 7].

Powyższe kryteria, określane jako triada Friedricha, stanowiły zasady rozpoznania zlokalizowanej pojawiającej się w odpowiedzi na podrażnienie wulwodynii. Aktualnie badania wskazują na to, że obecność jednojądrowych komórek zapalnych nie stanowi kryterium rozpoznania wulwodynii [6].

Westybulodynię, czyli wulwodynię zlokalizowaną wyłącznie w obrębie przedsionka pochwy, można podzielić na pierwotną (*primary*) i wtórną (*secondary*). Pierwotna obejmuje przypadki, gdy ból pojawia się od pierwszego użycia tamponu lub kontaktu seksualnego. Wtórna obejmuje przypadki, gdy doświadczanie bólu pojawia się po pewnym czasie od pierwszego użycia tamponu lub kontaktu seksualnego [6, 7].

Według Graziottin [8] na syndrom kliniczny określany jako wulwodynia składają się następujące objawy: niewyjaśniony ból okolic sromu, dysfunkcja seksualna oraz trudności psychologiczne.

Fischer [9] podkreśla, że przy definiowaniu pojęcia wulwodynia szczególnie ważne jest wzięcie pod uwagę faktu, że do objawów charakterystycznych nie należy swędzenie [9, 10]. Proponuje ona także nieco inny podział wulwodynii. Rozróżnia ona wulwodynię pierwotną i wtórną. Pierwotna (*primary*) obejmuje ból okolic sromu bez istniejącej przyczyny lub patologii, która jest możliwa do zaobserwowania. Wtórna (*secondary*) lub drugorzędowa wulwodynia obejmuje przypadki, gdy ból może być spowodowany przez rzeczywiste uszkodzenie sromu lub waginy. Jednocześnie należy wziąć pod uwagę możliwość występowania bólu okolic sromu u pacjentek psychiatrycznych, u których stanowi on symptom choroby psychicznej oraz w przypadku pacjentek symulujących doświadczanie dolegliwości [9].

Fischer [9] zwraca także uwagę na fakt, że wulwodynia nie stanowi choroby, a raczej konstelację symptomów, co sprawia, że niezwykle ważne jest prawidłowe zakwalifikowanie pacjentek do tej grupy. Zwraca także uwagę na problem otwartości terminu wulwodynia, który powoduje różnorakie, często odmienne lub całkowicie rozbieżne rozumienie go przez lekarzy. Taki brak ujednoczenia sposobu definiowania i typologii schorzenia sprawia, że mogą oni niemalże każdy trudny do określenia problem związany ze stanem okolic sromu nazywać tym terminem.

## Epidemiologia

Trudno jednoznacznie określić rozpowszechnienie wulwodynii. Wyniki badań wykazują duże rozbieżności – od 200 000 kobiet w USA do 15% wszystkich kobiet. Goldstein [11] opisuje badania z 1998 r., które wskazują, że 1,3% populacji kobiet leczących się z powodu schorzeń układu moczowo-płciowego cierpi na wulwodynię. Inni autorzy podają, że u ok. 15% kobiet leczonych z powodów ginekologicznych można ustalić rozpoznanie wulwodynii [4]. Inni badacze wskazują, że na to zaburzenie może cierpieć nawet 16% kobiet [2]. Według badań z 2002 r. 28% spośród kobiet, które wypełniły ankietę, doświadczyło bólu okolic sromu, z czego 7,8% doświadczyło dolegliwości w okresie ostatnich 6 miesięcy, 3% doświadczało dolegliwości przez 3 lub więcej miesięcy, 1,7% wskazało, że doświadczyło dolegliwości w ostatnich 6 miesiącach i trwały one przez 3 miesiące lub dłużej [11].

Wskazuje się, że najbardziej prawdopodobne jest wystąpienie wulwodynii u młodych, białych, bezdzietnych kobiet (ok. 32. roku życia). Badania przeprowadzone w 2003 r. miały na celu określenie różnic etnicznych wśród populacji kobiet cierpiących na wulwodynię. Badano zróżnicowaną pod względem etnicznym grupę 4915 kobiet. Około 16% badanych kobiet doznawało nawracającego, chronicznego pieczenia, odczuć kłucia oraz bólu w odpowiedzi na podrażnienie okolic sromu, przez 3 miesiące lub dłużej. Badanie wskazało także na tendencję do zmniejszenia liczby osób doświadczających

bólu w odpowiedzi na podrażnienie wraz z rosnącym wiekiem, podczas gdy nie ujawniły się różnice wiekowe w zakresie doświadczania pieczenia i kłucia. Wyniki badania wskazały także na podobne rozpowszechnienie badanych dolegliwości wśród kobiet rasy kaukaskiej i Afroamerykanek. Zaobserwowano większe rozpowszechnienie nawracającego chronicznego bólu sromu wśród kobiet pochodzenia latynoskiego w porównaniu z Afroamerykankami i kobietami rasy kaukaskiej. Autorzy badania oszacowali, że 14 mln kobiet w USA może cierpieć z powodu nawracającego bólu sromu, choć nie wszystkie z nich mogą doświadczać wulwodynii [11].

Badania populacyjne opracowane w Nowej Anglii wskazują na 15,7% rozpowszechnienia wulwodynii wśród kobiet. Rezultaty te są podobne do uzyskanych w USA, gdzie udokumentowano 15-procentową częstość występowania przez pół roku w Portland w Oregonie [12].

## Etiologia

Etiologia wulwodynii prawdopodobnie związana jest z wieloma różnymi czynnikami oraz procesami, w związku z czym trudno jednoznacznie określić przyczyny tego rodzaju dolegliwości [11, 13].

Piśmiennictwo wskazuje na wieloczynnikową etiologię wulwodynii, obejmującą czynniki fizyczne (somaticzne, biologiczne), jak i psychologiczne. Chroniczny ból, początkowo zlokalizowany w ściśle określonym obszarze układu moczowo-płciowego, może prowadzić do wtórnego syndromu bólowego, obejmującego obszary otaczające, a następnie rozprzestrzeniającego się do odległych obszarów. Podłożem patofizjologicznym tego zjawiska może być zakłócenie centralnego mechanizmu regulującego percepcję bólu oraz modulację bodźców nocycyptywnych (bodźce są przenoszone z okolicy trzewnej poprzez rdzeń kręgowy i zwoje miednicy). Ważną rolę w nasilaniu dolegliwości bólowych odgrywa niestabilność miednicy. Powoduje ona napięciowy ból mięśni. Ból rozpoczyna się w przewlekłe napiętych mięśniach, głównie dźwigacza odbytu. Napięcie tych mięśni stanowi reakcję obronną w odpowiedzi na obecność pierwotnego źródła bólu. Następnie ból rozprzestrzenia się, obejmując organy, które są otoczone mięśniami, takie jak: pęcherz moczowy, cewka moczowa, srom i odbył. Przyjmowanie określonych pozycji ciała, wywołane przez przewlekłe doznawanie bólu, może stać się wtórnym źródłem bólu, wynikającego z napięcia mięśni brzucha i przykręgosłupowych [8].

Wśród czynników etiologicznych wskazywane są nieprawidłowości w rozwoju embrionalnym człowieka. Teoria ta oparta jest na odkryciu, że pierwotna wulwodynia jest spowodowana defektem pierwotnej (*primitive*) zatoki moczowo-płciowej i może być traktowana jako zaburzenie wrodzone [7, 11].

Badacze wskazują także na rolę czynników genetycznych i immunologicznych. Goldstein opisuje badania,

które wskazują na związek westybulodynii z polimorfizmem genów kodujących białko wiążące mannozę (*mannose-binding lectin* – MBL), interleukinę 1 beta (IL-1 $\beta$ ) oraz antagonistów receptorów IL-1 [11]. Danby [7] wyszczególnia możliwość istnienia genetycznej predyspozycji do zapadania na chroniczne zespoły bólowe lub do obniżonej odporności na drożdżaki [7]. Jako przyczyny wulwodynii wskazywane są także reakcje alergiczne [11].

Poddawane badaniom jest także możliwe podłoże hormonalne wulwodynii [7, 11]. Jako czynnik zwiększający ryzyko zachorowania na westybulodynię wskazywane jest zażywanie doustnych środków antykoncepcyjnych [11, 14].

Poszukiwane jest także podłoże neurologiczne objawów schorzenia [3]. Istnieje teoria wskazująca na zwiększoną gęstość nocycceptorów jako częściowo wyjaśniającą powiększoną allodynię, czyli odczuwanie bólu wywołanego bodźcem, który normalnie nie wywołuje odczuć bólowych (dotyk, nacisk), u osób cierpiących na westybulodynię. Według Goldsteina [11] zjawisko to nie stanowi wystarczającego wyjaśnienia dla wszystkich objawów wulwodynii. Wskazuje on badania, które wykazały, że kobiety cierpiące na westybulodynię doświadczają systemowej, czyli zdelokalizowanej nadwrażliwości na dotyk i stymulację bólową. Zjawisko to wskazuje na możliwość podłoża neuropatologicznego w obszarze centralnego układu nerwowego. Możliwą przyczyną wulwodynii jest także uwięzienie (*entrapment*) nerwu [7, 11].

Jako możliwy czynnik wywołujący wulwodynię wskazywano także obecność wirusa brodawczaka ludzkiego (*human papilloma virus* – HPV) i jego rolę w etiologii wulwodynii, jednakże dane pochodzące z badań są sprzeczne [10, 11].

Teorie dotyczące wpływu obecności drożdżaków na występowanie wulwodynii są niewiarygodne ze względu na niepewność prawidłowego rozpoznania drożdżycy (same pacjentki wskazują, że ją miały, ale nieznaną jest trafność ich samodzielnego rozpoznania) [11]. Zwraca się jednak uwagę, że drożdżaki mogą stanowić jeden z czynników ryzyka wywołujących wulwodynię [15].

Podobnie jako czynnik drażniący wymieniana jest duża ilość szczawianów w moczu [15]. Jednakże w badaniach Harlow i wsp. [16] teza dotycząca zwiększonego spożycia szczawianów przez kobiety cierpiące na wulwodynię nie została potwierdzona [16].

Badacze wskazują także na znaczne podobieństwo zgeneralizowanej, niesprovokowanej przez czynniki drażniące wulwodynii do złożonych zespołów bólowych (*complex regional pain syndrome* – CRPS). Traktowanie tego typu wulwodynii jako CRPS opisywane jest jako bardzo trafne, a zarazem włącza ją do szerszego zbioru zespołów bólowych, takich jak: fibromialgia, przewlekłe śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego (*interstitial cystitis*). Kobiety cierpiące na zgeneralizowany i niesprovokowany przez czynnik drażniący podtyp wulwodynii doświadczają objawu charakterystycznego

dla CRPS, czyli zwiększonego systemowego odczuwania bólu (sensytyzacji ośrodkowego układu nerwowego – OUN). Jako czynnik potwierdzający opisaną teorię wskazuje się fakt, że kobiety cierpiące na wulwodynię są również bardziej podatne na inne typy CRPS [4, 11].

Podkreślany jest fakt, że mechanizm bólu okolic sromu pozostaje nie do końca poznany i wyjaśniony. Można jednak zauważyć, że srom i jego okolice są wyjątkowo podatną na ból częścią ciała. Może to się wiązać ze złożonością budowy tych obszarów, podatnością na uszkodzenia oraz wyjątkowo wysokim łękiem związanym z doświadczaniem urazów i chorób okolic genitaliów [9].

Termin wulwodynia odnosi się do przeczulicy okolic sromu. Obserwacje kliniczne wskazują na istnienie różnych podtypów wulwodynii, wydzielonych na podstawie ich etiologii. Graziottin i wsp. [8] przedstawiają następującą typologię przyczyn wulwodynii:

- dermatozy sromu (*vulvar dermatoses*), które można rozpoznać na podstawie badania fizykalnego; do ich podstawowych objawów należą: zaczerwienienie, pęcherze i nadżerki;
- nawracające zapalenie sromu i pochwy (*cyclic vulvovaginitis*), charakteryzujące się nawracającym bólem sromu, związanym z kontaktami intymnymi oraz w fazie lutealnej cyklu miesięczkowego;
- zespół zapalenia przedsionka pochwy (*vulvar vestibulitis syndrome* – VVS), charakteryzujący się zaczerwienieniem okolic przedsionka pochwy (*vestibulitis*), bólem oraz dyspareunią (dysfunkcją seksualną przejawiającą się odczuwaniem bólu podczas stosunku); zespół ten stanowi podstawową przyczynę dyspareunii u kobiet; etiologia bólu może obejmować następujące czynniki: infekcyjne, neurologiczne, psychologiczne, naczyniowe i mięśniowe; możliwe jest istnienie predyspozycji genetycznej;
- brodawczakowatość sromu (*vulvar papillomatosis*);
- tzw. cytologiczne zapalenie pochwy, spowodowane miejscowym nadmiernym wzrostem bakterii z rodziny *Lactobacillus* we florze bakteryjnej pochwy; objawy zgłaszane przez tę grupę pacjentek są bardzo podobne do wskazujących na drożdżycę sromu i pochwy (pieczenie, świąd, białe upławy, trudności w oddawaniu moczu, dyspareunia); pacjentki zgłaszają pogorszenie objawów kilka dni przed miesiączką; leczenie tego typu bólu sromu następuje poprzez natryski pochwy roztworem wodorowęglanu sodu;
- złuszczające zapalenia pochwy (*desquamative inflammatory vaginitis*), które mogą spowodować trwałą wulwodynię; zwiększona zapadalność jest związana z okresem menopauzy, kiedy zmienia się ekosystem pochwy oraz występują zmiany zanikowe nabłonka pochwy;
- neuralgia nerwu sromowego (*pudendal neuralgia*), stanowiąca przyczynę bólów sromu, może być efektem przewlekłego uszkodzenia nerwu sromowego [8].

Wskazywane są także czynniki psychospołeczne. Tunks i wsp. [17] opisują badania wskazujące na powiązanie wulwodynii z doświadczaniem przez pacjentki przemocy i wykorzystywania w dzieciństwie. Kobiety cierpiące na wulwodynię zostały porównane z odpowiadającą im grupą z populacji ogólnej. Badanie wykazało, że kobiety cierpiące na wulwodynię 2,6 razy częściej podawały obniżony poziom wsparcia ze strony rodziny. Badanie wskazało także na silny związek doświadczania bólu sromu w dorosłym życiu z doświadczaniem przez kobiety powtarzających się aktów przemocy fizycznej lub seksualnej ze strony bliskich osób w rodzinie. Opisane badania są jednak poddawane krytyce. Wskazywane są także wyniki badań, które są przeciwne do opisanych [10, 17].

Badania wskazują także na znacząco podwyższony lęk wśród pacjentek cierpiących na wulwodynię. Wylie i wsp. [18] przeprowadzili badania, które wskazują na podwyższony poziom takich wskaźników, jak depresja i lęk. Autorzy podkreślają jednakże, że trudno oddzielić, czy dana cecha stanowi następstwo doświadczania wulwodynii, czy występowała przed zachorowaniem. Lęk przed bólem jest opisywany zarówno jako przyczyna, jak i skutek waginizmu. Objawy obniżonego nastroju i doświadczanie lęku mogą stanowić następstwo doświadczania przewlekłego zespołu bólowego, który w przypadku okolic sromu potęgowany jest przez niepewność diagnozy. Dodatkowo wpływ na stan psychiczny pacjentki może mieć negatywny stosunek pracowników służby zdrowia do jej dolegliwości oraz niewielka skuteczność stosowanych metod terapeutycznych. Wpływa to także na poczucie własnej wartości pacjentek [18].

W przypadku większości zespołów bólowych depresja wskazywana jest jako ich konsekwencja. Masheb i wsp. [19] przeprowadzili badanie dotyczące faktycznego rozpowszechnienia depresji [wg kryteriów DSM-IV dla dużej depresji (*major depressive disorder* – MDD)] oraz początku choroby wśród pacjentek leczących się z powodu wulwodynii. Uzyskane wyniki wskazują na to, że depresja w przypadku 62,5% pacjentek zaczęła się przed pojawieniem się wulwodynii. Autorzy dowodzą także, że nie wszystkie kobiety leczone z powodu wulwodynii chorują także na depresję. Wskaźniki depresji są wśród pacjentek leczonych z powodu wulwodynii wyższe niż w populacji generalnej, jednakże nie większe niż w przypadku innych przewlekłych zespołów bólowych. Współwystępowanie depresji i wulwodynii wiąże się z niższą jakością życia oraz doświadczaniem silniejszego bólu [10, 19].

Oprócz depresji, jako powiązane z wulwodynią zaburzenia psychiczne wskazuje się osobowość histrioniczną i hipochondrię (*hypochondriasis*) [4].

Badanie przeprowadzone w Australii wykazało, że pacjentki cierpiące na wulwodynię doświadczały często lub zawsze silnych skurczów i bólu podczas cyklu miesięczkowego (*algodysmenorrhoea*). Zwrócono także uwagę na istnienie powiązania między wulwodynią a wczesnym początkiem miesiączkowania (*menarche*) [20].

Całkowicie psychologiczne lub psychospołeczne podłoże wulwodynii nie jest jednakże akceptowane przez wielu badaczy [4, 21]. Jednocześnie wskazywany jest wpływ dolegliwości, które składają się na obraz kliniczny wulwodynii, na funkcjonowanie psychospołeczne oraz ogólny stan psychiczny pacjentek [1, 11]. Zwraca się uwagę na trudności w rozróżnieniu psychospołecznych konsekwencji wulwodynii (obejmujących czynniki psychologiczne, interpersonalne i seksualne) od sposobu funkcjonowania pacjentek przed postawieniem diagnozy [21].

W ujęciu systemowym podkreśla się rolę i wpływ systemu rodzinnego na przebieg choroby, stosowanie się do zaleceń lekarza oraz sposoby radzenia sobie z chorobą [22].

W etiologii wulwodynii podkreśla się także znaczenie relacji między partnerami oraz sposób postrzegania przez kobietę zachowań seksualnych oraz to, jakie przypisuje im znaczenie [22], a także trudności, jakie pacjentki napotykają w ujawnianiu swoich dolegliwości, poczucie winy z powodu braku chęci do kontaktów intymnych oraz tendencję do kontynuowania współżycia mimo doświadczanego bólu [7].

## Klasyfikacja

Na oficjalnej stronie ISSVD przedstawione są typologia i terminologia opisujące ból w okolicach sromu. Podział i nazewnictwo bólów obszaru sromu podlega ciągłym zmianom. Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Chorobami Wulwowaginalnymi pod kierunkiem Micheline Moyal-Barracco i Petera J. Lynch'a opracowało następujące nazewnictwo i podział bólów sromu (2003):

- A. Ból sromu związany z określonym zaburzeniem:
1. Infekcyjnym (*infectious*).
  2. Zapalnym (*inflammatory*).
  3. Nowotworowym (*neoplastic*).
  4. Neurologicznym (*neurologic*).
- B. Wulwodynia
1. Zgeneralizowana/uogólniona (*generalized*):
    - sprowokowana (*provoked*), czyli wywołana czynnikiem drażniącym; wyróżnia się: seksualną, nieseksalną, mieszaną;
    - niesprowokowana (*unprovoked*), czyli pojawiająca się bez czynnika drażniącego;
    - mieszana (sprowokowana i niesprowokowana).
  2. Zlokalizowana (*vestibulodynia, clitorodynia, hemivulvodynia* i inne):
    - sprowokowana (*provoked*), czyli wywołana czynnikiem drażniącym; wyróżnia się: seksualną, nieseksalną, mieszaną;
    - niesprowokowana (*unprovoked*), czyli pojawiająca się bez czynnika drażniącego;
    - mieszana (sprowokowana i niesprowokowana) [www.issvd.org].

Graziottin [8] opisuje następujący podział syndromów bólowych okolic układu moczowo-płciowego oraz okolic odbytu:

1. Bóle łechtaczki.
2. Wulwodynia.
3. Zapalenie cewki moczowej.
4. Zapalenie przedsionka pochwy.
5. Ból krocza.
6. Ból odbytu.
7. Bóle kości guzicznej.

### Piśmiennictwo

1. Nunns, D. Tackling vulvodynia. *Br J Dermatol* 2011; 164: 464.
2. Ponte M, Klemperer E, Sahay A, et al. Effects of vulvodynia on quality of life. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60: 70-6.
3. Gunter J. Vulvodynia: New Thoughts on a Devastating Condition. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62: 812-9.
4. Gumus II, Sarifakioglu E, Uslu H, et al. Vulvodynia: Case Report and Review of Literature. *Gynecol Obstet Invest* 2008; 65: 155-61.
5. Lotery H, McClure N, Galask RP. Vulvodynia Rapid Review. *Lancet* 2004; 363: 1058-60.
6. Petersen CD, Lundvall L, Kristensen E, et al. Vulvodynia. Definition, diagnosis, treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2008; 87: 893-901.
7. Danby CS, Margesson LJ. Approach to the diagnosis and treatment of vulvar pain. *Dermatologic Therapy* 2010; 23: 485-504.
8. Graziottin A, Castoldi E, Montorsi F, et al. Vulvodynia: The Challenge of „Unexplained” Genital Pain. *J Sex Marit Ther* 2011; 27: 503-12.
9. Fischer G. Management of vulvar pain. *Dermatologic Therapy* 2004; 17: 134-49.
10. Edwards L. New concepts in vulvodynia. *Am J Obst Gynecol* 2003; 189: S24-S30.
11. Goldstein AT, Burrows L. Vulvodynia. *J Sex Med* 2008; 5: 5-15.
12. Leclair CM, Jensen JT. A systematic approach to vulvodynia. *Current Women's Health Reviews* 2005; 1: 209-16.
13. Pelletier F, Parratte B, Penz S, et al. Efficacy of high doses of botulinum toxin A for treating provoked vestibulodynia. *Br J Dermatol* 2011; 164: 617-22.
14. Goldstein A, Burrows L, Goldstein I. Can oral contraceptives cause vestibulodynia? *J Sex Med* 2010; 7: 1585-7.
15. Kingdon J. Vulvodynia. *Nursing for Women's Health* 2009; 13: 48-58.
16. Harlow BL, Abenhaim HA, Vitonis AE, et al. Influence of dietary oxalates on the risk of adult-onset vulvodynia. *J Reprod Med* 2008; 53: 171-8.
17. Tunks ER, Weir R, Crook J. Epidemiologic perspective on chronic pain treatment. *Can J Psychiatry* 2008; 53: 235-42.
18. Wylie K, Hallam-Jones R, Harrington C. Psychological difficulties within a group of patients with vulvodynia. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004; 25: 257-65.
19. Masheb RM, Wang E, Lozano C, et al. Prevalence and correlates of depression in treatment seeking women with vulvodynia. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2005; 25: 786-91.
20. Sargeant HA, O'Callaghan FV. The impact of chronic vulval pain on quality of life and psychosocial well-being. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology* 2007; 47: 235-9.
21. Slowinski J. Multimodal Sex Therapy for the treatment of vulvodynia: a clinician's view. *J Sex Marit Ther* 2001; 27: 607-13.
22. Connor JJ, Robinson B, Wieling E. Vulvar Pain: A phenomenological study of couples in search of effective diagnosis and treatment. *Fam Proc* 2008; 47: 139-55.