

## Wulwodynia – problem interdyscyplinarny dotyczący także kobiet pomenopauzalnych

### *Wulwodynia – a multidisciplinary approach, which also applies to postmenopausal women*

Ewa Baszak-Radomańska<sup>1</sup>, Tomasz Radomański<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gabinety Terpa w Lublinie

<sup>2</sup>III Katedra i Klinika Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie;  
kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Tomasz Paszkowski

Przeгляд Menopauzalny 2011; 4: 324–327

### Streszczenie

Wulwodynia to dyskomfort lub ból w okolicy wejścia do pochwy, cewki moczowej, krocza bądź odbytu występujący bez uchwytnych zmian patologicznych. Kobiety po menopauzie najczęściej odczuwają suchość pochwy (45%), pieczenie (10%), natomiast ból w czasie stosunku seksualnego (wulwodynia prowokowana) odczuwa 1/3 kobiet po menopauzie. Odmiennosc w postępowaniu z pacjentką cierpiącą na wulwodynię po menopauzie polega na pobieraniu biopsji ze sromu w uzasadnionych przypadkach, co raczej nie jest konieczne w bólu sromu u pacjentek w wieku rozrodczym. Kolejna różnica to skuteczne leczenie polegające najczęściej na estrogenoterapii miejscowej. W artykule przedstawiono spektrum postępowania terapeutycznego.

**Słowa kluczowe:** wulwodynia, dyspareunia, atrofia urogenitalna, estrogenoterapia.

### Summary

Wulwodynia is defined as a discomfort or pain in the entrance to the vagina, urethra, perineum or anus without perceptible pathological changes. Postmenopausal women often experience vaginal dryness (45%), and burning (10%), whereas pain during sexual intercourse feels 1/3 of women after menopause (provoked wulwodynia). Differences in the management of patient with post-menopausal wulwodynia is getting a biopsy of the vulva in justified cases, which is obviously not necessary in the vulvar pain patients of childbearing age. Another difference is that the most effective treatment consisting of local estrogenotherapy. The article presents the spectrum of therapeutic intervention.

**Key words:** wulwodynia, dyspareunia, urogenital atrophy, estrogen therapy.

Definicja wulwodynii i zasady postępowania zgodnie z medycyną opartą na faktach (*evidence based medicine* – EMB) zostały opracowane przez Międzynarodowe Towarzystwo Badań Nad Chorobami Wulwo-waginalnymi (*International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases* – ISSVD) w 2010 r. [1] i opublikowane w „British Journal of Dermatology” [1]. W Polsce bólem sromu zajmują się głównie ginekolodzy lub psychiatry, przy czym zanim pacjentka otrzyma skuteczną pomoc medyczną, nierzadko odwiedza wcześniej wielu lekarzy.

Wulwodynia to dyskomfort sromu przy braku określonych widocznych przyczyn albo zidentyfikowanych klinicznie chorób neurologicznych [1]. Dyskomfort naj-

częściej jest określany jako pieczenie, często jako przewlekły świąd, „nadwrażliwość” wejścia do pochwy i ból. Dolegliwości mogą dotyczyć nie tylko sromu, ale także ujścia cewki moczowej, krocza czy odbytu.

Postępowanie u pacjentki z wulwodynią zależy od wywiadu i badania klinicznego. Powinno opierać się na zasadach postępowania z pacjentką z bólem przewlekłym [1]. Zazwyczaj nie ma potrzeby wykonywania testów alergicznych, biopsji sromu lub badań obrazowych. Dermatolodzy czy psychiatry nie są zobowiązani do przeprowadzenia badania przez pochwę, ale dla ginekologów oprócz oglądania badanie we wzornikach i badanie dwuręczne jest integralną częścią postępo-

Adres do korespondencji:

Ewa Baszak-Radomańska, Gabinety Terpa, ul. Pogodna 34, 20-333 Lublin.

wania diagnostycznego. W złożonych przypadkach wulwodynii (szczególnie w dyspareunii, czyli wulwodynii prowokowanej współżyciem seksualnym) podejście terapeutyczne powinno być wielospecjalistyczne i polega na współpracy ginekologa z psychologiem lub psychiatrą, fizykoterapeutą i nierzadko z anestezjologiem. Użyteczne bywają konsultacje neurologiczna, urologiczna czy dermatologiczna. Pacjentki po menopauzie częściej wymagają pobrania biopsji ze sromu niż kobiety z wulwodynią w wieku reprodukcyjnym. Wynika to z konieczności różnicowania chorób dermatologicznych z atrofią urogenitalną wynikającą z braku estrogenów po menopauzie. Częstość występowania stanów przedrakowych czy raka sromu zwiększa się wraz z wiekiem.

Po ustaniu miesiączkowania połowa kobiet zaczyna mieć umiarkowane lub znaczne objawy wulwodynii wynikające z niedoboru estrogenów. Najczęstszą dolegliwością jest suchość pochwy, którą odczuwa nawet 25% kobiet w wieku reprodukcyjnym, natomiast po menopauzie objaw ten wyraźnie się nasila i dotyczy 45% kobiet. Pacjentki często podają towarzyszące uczucie obrzęku i otarc sromu. Pieczenie odczuwa 10% kobiet po menopauzie. Dyspareunię odczuwa 1/3 kobiet po wygaśnięciu czynności jajników [2]. W okresie 10 lat po menopauzie dyspareunia jest dolegliwością zgłaszaną przez ponad 80% aktywnych seksualnie kobiet [3]. Objawami towarzyszącymi wulwodynii jest plamienie po stosunku czy badaniu ginekologicznym, objawy dyzuryczne i nietrzymanie moczu (17–56%), co ma także związek z atrofią urogenitalną [2].

Diagnostyka różnicowa wulwodynii po menopauzie obejmuje przede wszystkim: zapalenie pochwy [bakteryjne: rzęsistek pochwowy (*Trichomonas vaginalis*), bakteryjne zakażenie pochwy (*Bacterial Vaginosis*), rzadziej infekcje drożdżakowe], liszaj zwykły (*Lichen simplex*), liszaj twardzinowy i zanikowy sromu (*Lichen sclerosus et atrophicus*), liszaj płaski (*Lichen planus*), zespół zapalenia przedsionka pochwy (*vulvar vestibulitis syndrom – VVS*; obecnie zalecana nazwa to westybulodynia), który może pojawić się na sromie w różnych okresach życia, także po menopauzie. Szczególnej uwagi w różnicowaniu dolegliwości w zakresie sromu wymagają infekcje wirusowe, szczególnie opryszczka narządów płciowych (*herpes simplex virus – HSV*), odczyny alergiczne (np. po depilacji) czy inne rzadkie zmiany na sromie. Objawy, takie jak ustępowanie dolegliwości podczas leżenia lub stania, mogą nasunąć podejrzenie neuralgii nerwu sromowego.

Po menopauzie dolegliwości związane są głównie ze ścięciem nabłonka pochwy, sromu i dolnej części dróg moczowych, co ekspozuje zakończenia nerwowe na ich drażnienie oraz powoduje zmniejszone nawilżenie błony śluzowej oraz zmniejszenie elastyczności skóry i śluzówek. Należy jednak zaznaczyć, że obiektywna ocena stopnia atrofii (indeks kariopyknotyczny, pH) nie pokrywa się często z subiektywnym nasileniem objawów atrofii urogenitalnej [3]. Powodem dolegli-

ści jest brak estrogenów. Leczenie przyczynowe polega na substytucji estrogenowej lub poprawie nawilżenia i sprężystości skóry i błony śluzowej. Wulwodynia po menopauzalna jest rodzajem bólu sromu, w którym terapia przynosi najlepsze efekty. W leczeniu poleca się następujące leki oraz postępowanie:

- estrogeny (miejscowo lub systemowo);
- tibolon;
- selektywne modulatory receptora estrogenowego (*selective estrogen receptor modulators – SERM*; ospemifene) – w fazie prób klinicznych;
- lubrykanty;
- zmiana stylu życia, w tym zwiększenie aktywności seksualnej [2–5].

### Estrogenoterapia

Estrogeny stosowane miejscowo są postępowaniem z wyboru i mają coraz większe znaczenie podczas zmniejszania intensywności oraz po zakończeniu systemowej terapii menopauzalnej. Preparaty dopochwowe lub do stosowania na srom zawierają estriol (Oeoklp, Ovestin, Ortho-Gynest D) oraz estradiol (Vagifem). Krążki dopochwowe z estrogenami są niestety w Polsce niedostępne. Preparaty stosowane miejscowo należy aplikować na obmyty i osuszony srom z częstością zalecaną indywidualnie. Należy uprzedzić pacjentkę, że początkowo aplikacje mogą nasilać podrażnienie sromu, powodować pieczenie. Zatem w okresie początkowym leczenie należy zacząć od stosowania kremu, a nie czopków do pochwy, ponieważ krem można łatwo zmyć po pewnym czasie albo stosować cienkie warstwy leku. Początkowa aplikacja kremu, np. pięciokrotnie w ciągu dnia co drugi dzień, następnie na srom lub do pochwy 2 razy na tydzień. Kolejne dawki kremu powinny zmniejszać dolegliwości.

Stosowanie tabletek dopochwowych (Vagifem) łączy się z mniejszym podrażnieniem sromu w początkach terapii, ale może spowodować tkliwość piersi i uczucie ciężkości podbrzusza (czopki z estriolem także wyjątkowo mogą powodować takie objawy). Badania potwierdzają skuteczność dawki 10 µg estradiolu zamiast obecnie stosowanej 25 µg w tabletku dopochwowej. Zalecana jest aplikacja tabletki codziennie do pochwy przez 2 tygodnie, następnie 1–2 razy w tygodniu. Z obserwacji własnych wynika, że można zmniejszyć wstępną dawkę nasycającą (np. co drugi dzień przez 2 tygodnie).

Estriol i estradiol są tak samo skutecznym postępowaniem w leczeniu dyspareunii.

Estrogenoterapia systemowa w 10–25% nie zmniejsza objawów atrofii urogenitalnej [2]. Bywają sytuacje, w których mimo stosowania ogólnej terapii menopauzalnej należy zastosować leczenie miejscowe. Z drugiej strony, wulwodynia po menopauzie nie jest wskazaniem do leczenia systemowego. Bachmann, autorka wielu prac w zakresie menopauzalnej terapii hormonalnej, która jest członkiem różnych zespołów badawczych

(np. *Ospamifene Study Group*), potwierdziła skuteczność ultraniskodawkowej terapii przezskórnej, tj. np. 14 µg estradiolu. Dawka taka odpowiada np. 1/4 plastra System 50 – 2 razy w tygodniu w łagodzeniu średnio lub znacznie nasilonych objawów wulwodynii po menopauzie [5].

### Tibolon

Kobiety stosujące tibolon (tabletki 2,5 mg) w dawce 0,5 tabletki (1,25 mg), podobnie jak w dawce 1 tabletki/dobę, rzadziej uskarżają się na suchość pochwy i dyspareunię [7]. Ten syntetyczny steroid jest selektywnym regulatorem aktywności estrogenowej w tkankach (*selective tissue estrogen activity regulator* – STEAR). Po menopauzie 48,7–71,6% kobiet odczuwa zaburzenia funkcjonowania seksualnego. Tibolon wykazuje powinowactwo do receptorów androgenowych i ma korzystny wpływ na życie seksualne [6, 7].

### Selektywne modulatory receptora estrogenowego

Potwierdzono wyjątkowo korzystny wpływ ospemifene (tabletki 60 mg) na śluzówkę pochwy i sromu w zakresie estrogenizacji tych okolic (np. w porównaniu z raloksyfenem). Kobiety stosujące ten lek obserwowały zmniejszenie suchości pochwy i dyspareunię spowodowaną atrofią. Ospemifene (Ophena) jest w końcowym stadium prób klinicznych [8].

### Lubrykanty

Odstawienie czynników drażniących srom oraz zastosowanie obojętnych emolientów (np. krem Dexeryl) zmniejsza uczucie suchości i nadwrażliwości sromu. Nie wpływa natomiast na zmniejszenie objawów dyspareunii. Są doniesienia o korzystnym wpływie kremu Replens na złagodzenie pieczenia i suchości pochwy – zarówno w czasie aktywności seksualnej, jak i poza współżyciem (dawkowanie: co 3 dni aplikacja do pochwy; 3 aplikatory w opakowaniu) [9]. Replens nie zawiera substancji hormonalnych i jest dostępny w Polsce. Warto zachęcić kobiety z dyspareunią pomenopauzalną do stosowania lubrykantów przed stosunkiem płciowym, choćby ze względu na częste w tej grupie wiekowej zaburzenia podniecenia seksualnego i nawilżenia sromu.

### Zmiana stylu życia

Kobiety stosujące w diecie izoflawony sojowe odczuwają zmniejszenie dolegliwości spowodowanych brakiem estrogenów. Dotyczy to także atrofii pochwy i sromu. Podobnie jak w przypadku objawów ogólnych,

korzyść mogą odnieść kobiety z niewielkim nasileniem dolegliwości [10].

W celu zmniejszenia objawów wulwodynii po menopauzie Thomas i wsp. zalecają częstsze współżycie seksualne, co wpływa na poprawę ukrwienia, nawilżenia i elastyczność sromu i pochwy, ale także miednicy u kobiety po menopauzie [11]. Trudno odmówić słuszności tej tezie, jednak chęć współżycia zależna jest od nasilenia dolegliwości bólowych. Aby kobieta chciała czy mogła współżyć seksualnie, najpierw musi poradzić sobie z dyspareunią.

Sytuacją szczególną jest wulwodynia pomenopauzalna u kobiet po leczeniu raka piersi. U stosujących inhibitory aromatazy suchość pochwy jest u nich bardziej nasilona niż u kobiet przyjmujących tamoksyfen. Estrogenoterapia systemowa u kobiet po leczeniu raka piersi jest przeciwwskazana. Zastosowanie mają wszelkie niehormonalne metody łagodzenia dolegliwości wspomniane wyżej. Metoda estrogenoterapii miejscowej ma zastosowanie, jednakże z pewnymi zastrzeżeniami. Estradiol stosowany miejscowo jest przeciwwskazany wg niektórych autorów, ponieważ zwiększa stężenie krążących estrogenów u kobiet stosujących inhibitory aromatazy. Natomiast preparaty z estriolem stosowane na srom i do pochwy mogą być aplikowane w niewielkich dawkach, najlepiej w postaci aplikacji cienkiej warstwy kremu. Zdaniem autorów tych zaleceń [12], należy informować kobiety, że nawet miejscowa estrogenoterapia może częściowo zmniejszyć efekt terapeutyczny wywołany inhibitorami aromatazy. Podobnie ostrożne podejście prezentują Bachmann i wsp., którzy polecają ograniczenie miejscowej terapii z estrogenami do 2–3 miesięcy u kobiet po leczeniu raka piersi [13].

Wulwodynia pomenopauzalna bywa zazwyczaj przejściowym, ale uciążliwym problemem dla wielu aktywnych kobiet. Postępowanie terapeutyczne jest skuteczne i akceptowane przez pacjentki. Jednakże wiele kobiet ma wrażenie, że jest to nieunikniona dolegliwość okresu przejściowego i z tego powodu nie zgłasza tych problemów lekarzowi. Należy pytać pacjentki w wieku okołomenopauzalnym o najczęstsze dolegliwości: suchość i pieczenie pochwy. Od aktywnej postawy lekarza w tym wypadku może zależeć zasygnalizowanie problemu i efektywne postępowanie.

Dyspareunia spowodowana atrofią w zakresie sromu i pochwy może spowodować wycofanie się kobiety z relacji seksualnej, co pogarsza jakość życia. Pamiętać należy, że wiek partnera kobiety, u której pojawiają się pierwsze tego typu problemy, to często niewiele ponad 50 lat.

### Piśmiennictwo

1. Nunns D, Mandal D, Byrne M, et al. Guidelines for the management of vulvodynia. *Br J Dermatol* 2010; 162: 1180-5.
2. Drews K, Pieńkowski W, Perlik M. Atrofia pochwy – diagnostyka i leczenie. *Przeł Menopauz* 2005; 5: 16-23.
3. Stachowiak G, Pertyński T. Kliniczne aspekty atrofii urogenitalnej u kobiet. *Przeł Menopauz* 2011; 1: 1-4.

4. Bachmann G, Lobo RA, Gut R, et al. Efficacy of low-dose estradiol vaginal tablets in the treatment of atrophic vaginitis: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 67-76.
5. Bachmann GA, Schaefer M, Uddin A, Utian WH. Microdose transdermal estrogen therapy for relief of vulvovaginal symptoms in postmenopausal women. *Menopause* 2009; 16: 877-82.
6. Indhavivadhana S, Leerasiri P, Rattanachaiyanont M, et al. Vaginal atrophy and sexual dysfunction in current users of systemic postmenopausal hormone therapy. *J Med Assoc Thai* 2010; 93: 667-75.
7. Kenemans P, Speroff L; International Tibolone Consensus Group. Tibolone: clinical recommendations and practical guidelines. A report of the International Tibolone Consensus Group. *Maturitas* 2005; 51: 21-8.
8. Bachmann GA, Komi JO; Ospemifene Study Group. Ospemifene effectively treats vulvovaginal atrophy in postmenopausal women: results from a pivotal phase 3 study. *Menopause* 2010; 17: 480-6.
9. Bygdeman M, Swahn ML. Replens versus dienoestrol cream in the symptomatic treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women. *Maturitas* 1996; 23: 259-63.
10. Chiechi LM, Putignano G, Guerra V, et al. The effect of a soy rich diet on the vaginal epithelium in postmenopause: a randomized double blind trial. *Maturitas* 2003; 45: 241-6.
11. Thomas HM, Bryce CL, Ness RB, Hess R. Dyspareunia is associated with decreased frequency of intercourse in the menopausal transition. *Menopause* 2011; 18: 152-7.
12. Hickey M, Saunders C, Partridge A, et al. Practical clinical guidelines for assessing and managing menopausal symptoms after breast cancer. *Ann Oncol* 2008; 19: 1669-80.
13. Bachmann G. Managing Vulvovaginal Complaints in a Postmenopausal Breast Cancer Survivors. *Menopause e-Consult* 2008.