

## Wulwodynia – diagnoza i metody terapeutyczne. Część 2

### *Vulvodynia: diagnosis and therapy. Part 2*

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 Gatecki<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; 5: 364–371

### 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 wulwodynii, wydzielonych na podstawie ich etiologii. Wskazywany jest wielowymiarowy negatywny wpływ tego schorzenia na funkcjonowanie kobiet, a jednocześnie brak jednoznacznych odpowiedzi co do jego etiologii, skutecznych sposobów leczenia, zapobiegania oraz danych dotyczących rozpowszechnienia. Autorzy artykułu dokonują przeglądu najważniejszych informacji dotyczących wulwodynii. W tej części artykułu zostały przedstawione i opisane charakterystyczne objawy stanowiące obraz kliniczny wulwodynii. Podstawą takiego rozpoznania jest wykluczenie w badaniu fizykalnym istniejącej i możliwej do określenia zmiany okolic sromu. Autorzy prezentują także proponowane przez badaczy algorytmy postępowania z pacjentkami, u których możliwe jest rozpoznanie wulwodynii. Opisane zostały także proponowane przez różnych badaczy metody terapeutyczne. Przedstawiono proponowane w literaturze metody farmakologiczne. Podkreślono także brak konsensusu w środowisku specjalistów co do możliwości wykorzystywania metod operacyjnych. Zwrócono również uwagę na możliwości stosowania fizjoterapii w leczeniu wulwodynii. Autorzy zauważają także, że wskazane jest otoczenie pacjentek pomocą psychologiczną oraz zastosowanie psychoedukacji. Przedstawiono również opisywane w literaturze metody alternatywne, takie jak hipnoza, akupunktura i biofeedback.

**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.

In this part of the article characteristic symptoms that constitute the clinical picture of vulvodynia are described. The fundamental issue for such a diagnosis is to exclude in a physical examination any identifiable changes in the vulva area. The authors also present algorithms of actions which should be taken in the case of patients suspected of suffering from vulvodynia. There are also described therapeutic methods proposed by various researchers. The authors further emphasize the lack of consensus in an environment of professionals as to the possibility of using operational methods. Attention was also drawn to the possibility of physiotherapy

Adres do korespondencji:

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

in the treatment of vulvodynia. Moreover, the authors stress that psychological support and psychoeducation might be useful to patients suffering from vulvodynia. The paper also presents alternative methods of therapy such as hypnosis, acupuncture and biofeedback.

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

## Diagnoza – obraz kliniczny i rozpoznanie

Fischer [1] przedstawia następującą listę symptomów, które są charakterystyczne dla wulwodynii: ból sromu o specyficznej charakterystyce, ponieważ pacjentki, opisując go, używają następujących słów: palenie (*burning*), podrażnienie (*irritation*), pieczenie (*stinging*), bolesne odczucia (*raw feelings*), mrowienie (*crawling*), świadomość lub odczuwanie sromu (*vulvar awareness*). Czasami kobiety doświadczają także alodyni oraz hiperalgezji, czyli przeculicy – silny ból przy umiarkowanym bodźcu. Charakterystyczny jest brak jednego określonego miejsca występowania bólu. Pacjentki są jedynie w stanie podać ogólny obszar, gdzie ból się pojawia. Ból neuropatyczny może być zmniejszany poprzez wypoczynek. Charakterystyczne dla pacjentów z tym rodzajem bólu jest lepsze funkcjonowanie w godzinach porannych, po przespanej w łóżku nocy, oraz eskalacja objawów bólowych w ciągu dnia, gdy są oni aktywni. Ponadto siedzenie najbardziej sprzyja doświadczaniu bólu, podczas gdy leżenie i stanie są opisywane jako bardziej komfortowe [1].

Dyspareunia stanowi ważny element wulwodynii. Może występować jako jedyny objaw. Fischer [1] zwraca jednakże uwagę, że duża część pacjentek cierpiących z powodu wulwodynii nie doświadcza dyspareunii, ponieważ odczuwają one niechęć do współżycia i unikają go [1].

Ważnym elementem obrazu klinicznego wulwodynii jest fakt, że doświadczanie chronicznego bólu stanowi czynnik stresogenny. Dodatkowo skargi na dolegliwości mogą być niewłaściwie odebrane przez partnera – jako sposób unikania kontaktów intymnych. Lęk, napięcie i objawy depresyjne wzmagane przez doświadczanie przewlekłego bólu, przeżywane przez pacjentkę, mogą prowadzić lekarza do błędnego rozpoznania zaburzenia psychogenego. Jak zauważają Graziottin i wsp. [2], błędna diagnoza choroby psychosomatycznej stawiana jest u wielu pacjentek, co niewłaściwie wskazuje na źródło i przyczynę bólu. Długotrwałe i nieefektywne poszukiwanie pomocy w postaci wielu wizyt u różnych specjalistów również stanowi czynnik stresogenny, zwiększając depresję, gniew oraz poczucie bezradności [2].

Podstawowym działaniem podejmowanym w celu zdiagnozowania przyczyn bólu sromu jest badanie fizykalne. Jest ono przeprowadzane w celu znalezienia możliwej do zidentyfikowania i określenia choroby, która może wywoływać dolegliwości, a jednocześnie wykluczać wulwodynię. Goldstein i Burrows [3] proponują, aby w takich przypadkach wszelkie zaobserwowane nieprawidłowości były poddawane biopsji, a pobrane próbki przesyłane do badań. Oprócz badania wyglądu

okolic sromu należy przeprowadzić badanie sensoryczne tych okolic. Istnieje urządzenie *vulvagesiometer*, które umożliwia określenie siły nacisku wywołującej odpowiedź bólową. W sytuacji gdy występują zgeneralizowane objawy pieczenia i palenia, należy również przeprowadzić badanie neurologiczne, ponieważ mogą one być spowodowane neuropatią. Goldstein i Burrows [3] zwracają uwagę, by ze względu na dolegliwości pacjentki przy badaniu ginekologicznym stosować bardzo małe rozmiary wziernika. Badanie powinno zostać wykonane również przy użyciu palca. Nerw sromowy można zbadać palpacyjnie, kierując się w stronę kości krzyżowej. Wrażliwość może stanowić sygnał neuropatii nerwu sromowego (*pudanal neuropathy*) lub uwięzienia nerwu sromowego (*pudanal nerve entrapment*) [3].

Fischer [1] zaproponowała następujący algorytm postępowania z pacjentką doświadczającą bólu okolic sromu:

1. Zebranie dokładnego wywiadu, obejmującego charakterystykę bólu, oraz to, czy jest on powiązany ze stosunkiem seksualnym, czy występuje również w innych sytuacjach.
2. Zbadanie pacjentki i określenie, czy istnieje uszkodzenie lub zranienie (szczelina lub pęknięcie), zaczerwienienie lub upławy oraz czy okolice sromu są zmienione w jakikolwiek sposób.
3. Wykonanie takich badań, jak wymaz z pochwy (w każdym przypadku) oraz biopsja np. w przypadku liszaja płaskiego.
4. Leczenie każdego odbiegającego od normy stanu okolic sromu.
5. W sytuacji gdy lekarz nie stwierdza obiektywnie obserwowalnych możliwych przyczyn dolegliwości bólowych, a wymaz jest negatywny, schorzenie pacjentki może zostać zaliczone do jednej z następujących grup:
  - westibulodynia (*vulvar vestibulitis syndrome – VVS*) – kiedy ból ogranicza się jedynie do obszaru przedstonka pochwy i pojawia się tylko w sytuacji kontaktów seksualnych,
  - ból neuropatyczny, który ma charakter bezustannego, obustronnego pieczenia,
  - ból odnoszący (*referred*), który ma charakter pieczenia, wyraźniejszy z jednej strony, prawdopodobnie jest doświadczeniem przez pacjentkę urazu w przeszłości,
  - zaburzenie somatyzacyjne, gdy obserwuje się dziwaczność lub nietypowość (*bizarre*) historii pacjentki.
6. Lekarz ma podjąć decyzję, do której z powyższych grup przypisać pacjentkę, a następnie podjąć leczenie w określonym kierunku.

7. Zapewnienie pacjentce edukacji na temat jej dolegliwości oraz poradnictwa.
8. Należy zwrócić uwagę na możliwość wystąpienia depresji [1].

Graziottin i wsp. [2] zwracają uwagę na wagę dokładnego określenia charakterystyki klinicznej bólu doświadczanego przez pacjentkę. Ich zdaniem należy stworzyć precyzyjną mapę bólu zawierającą następujące dane: początek i natężenie bólu, jego lokalizację i promieniowanie, włącznie ze szczególnie wrażliwymi obszarami oraz punktami spustowymi lub wywołującymi ból. Dodatkowo należy wziąć pod uwagę czas trwania bólu, reakcję pacjentki na różne sposoby leczenia, wpływ bólu na codzienne czynności pacjentki i pożycie seksualne oraz to, jak pacjentka opisuje i spostrzega ból. Oprócz mapy bólu należy zwrócić uwagę na wywiad dotyczący zapaleń pochwy i sromu oraz chorób przenoszonych drogą płciową. Wywiad powinien także uwzględniać to, czy pacjentka współżyje i z jaką częstotliwością, jaki ma to wpływ na ból oraz w jaki sposób pacjentka zabezpiecza się przed chorobami przenoszonymi drogą płciową. Należy także wziąć pod uwagę historię bólów genitalnych oraz możliwość doświadczenia przemocy seksualnej. Inne elementy wywiadu obejmują m.in. styl życia i higienę [2, 4].

Wśród rodzajów dolegliwości dotyczących okolic sromu wymieniana jest także clitorodinia. Odnosi się ona do bólu ograniczonego do obszaru łechtaczki przy jednoczesnym braku obiektywnie obserwowalnych zmian. Pacjentki opisują dolegliwości jako ciągłą nadwrażliwość oraz pieczenie okolic łechtaczki. Uniemożliwia ona aktywność seksualną, a także powoduje dyskomfort podczas noszenia obcisłych ubrań [1].

Fischer [1] zwraca także uwagę na fakt, że dla wielu badaczy vulwodynia obejmuje tylko przypadki bólu, w których nie istnieje obserwowalna przyczyna doświadczanego bólu. Jej zdaniem jednakże wiąże się to z niewłaściwym zakwalifikowaniem pacjentek do grupy vulwodynii pierwotnej (w ujęciu Fischer bez obserwowalnych zmian fizycznych), podczas gdy rzeczywista przyczyna bólu została niezauważona. Jak podkreśla, podstawą właściwego leczenia jest postawiona prawidłowo diagnoza przyczyny bólu, dlatego najważniejsze jest wykluczenie chorób okolic sromu, które stanowią mogą przyczynę bólu [1, 5].

W przypadku pacjentek, które doświadczają bólu okolic sromu bez obserwowalnych przyczyn, Fischer [1] wyróżnia następujące podgrupy dolegliwości:

- dyskomfort doświadczany cały czas (*constant*) z dyspareunią lub bez dyspareunii, który obejmuje pacjentów z zaburzeniami somatyzacyjnymi, neuropatią oraz bólem odnoszącym (*referred*),
- ból doświadczany tylko w odpowiedzi na wprowadzenie przedmiotu do pochwy (*insertion*), np. podczas kontaktów seksualnych lub tamponu, czyli dyspareunia.

W przypadku bólu neuropatycznego (*vulvodynia dysesthetic* oraz *essential vulvodynia*) grupa pacjentek obejmuje najczęściej osoby w średnim wieku i starsze, a dolegliwości dotyczą ciągłego (stałego) piekącego bólu (odczucia – *sensation*), którego umiejscowienie jest trudne do określenia. Hiperalgezia i alodynia zazwyczaj występują przewlekłe (pacjentki nie mogą nosić obcisłych ubrań, a także stosować kremów i maści), ból jest słabszy w godzinach porannych (po odpoczynku podczas leżenia w łóżku) i narasta podczas dnia, szczególnie, gdy pacjentka podejmuje aktywność fizyczną. Najmniej komfortową pozycją ciała jest siedzenie, a doświadczanie bólu może być silniejsze po jednej stronie sromu [1, 4].

Dyspareunia nie zawsze występuje, ale większość pacjentek jest niechętnie nastawiona do współżycia. Ból nie jest ostry, nie powoduje wybudzenia pacjentki w nocy, ale jest ciągły i w związku z tym wyczerpujący. Niektóre pacjentki skarżą się także na dolegliwości ze strony pęcherza moczowego, takie jak częstotliwość potrzeby oddawania moczu. Podczas badania fizykalnego nie obserwuje się zmian okolic sromu oprócz typowej atrofii związanej z wiekiem lub rumienia. Przyczyną tych symptomów jest uszkodzenie lub ucisk (*compression*) nerwu lub inne, nieznane czynniki. Umiejscowienie i poziom uszkodzenia nerwu jest nieznany. W przypadku neuropatii idiopatycznej leczenie przynosi dobre rezultaty. Trudno przewidzieć efekty leczenia w przypadku kobiet cierpiących na wtórną neuropatię, spotykana wśród młodszych osób, które doświadczyły uszkodzeń pleców. W przypadku bólu o charakterze neuropatii wtórnej pacjentki należą do młodszej grupy wiekowej (od 20. roku życia). W wywiadzie u tej grupy pacjentek często stwierdza się przebyte urazy kręgosłupa. Trudno określić jednoznaczną przyczynę bólu. Bywa ona ogólnie określana jako neuralgia nerwu sromowego [1].

Zaburzenie somatyzacyjne również może leżeć u podłoża bólu okolic sromu. Fischer [1] zwraca uwagę, że relatywnie mała grupa pacjentek może zostać zaliczona do doświadczających bólu psychogenego. Diagnoza w takim przypadku jest bardzo trudna. Cechami charakterystycznymi dla tej grupy pacjentek są skargi na ból o charakterze palenia, ale jego opis nie pasuje do typowych dolegliwości. Dziwaczność ich skarg może też zmieniać się przy kolejnych wizytach. Ból może rozprzestrzeniać się na całe ciało. Często pacjentki, których dolegliwości bólowe mają podłoże psychogenne, przychodzą do lekarza pod wpływem rodziny lub nawet w jej towarzystwie. Często jest to ich kolejna wizyta, po wielu u różnych specjalistów, co powoduje ich złość i frustrację. Fischer zwraca uwagę, że podczas badania pacjentki mają tendencję do utrudniania współpracy z lekarzem oraz wyolbrzymiania doświadczanego bólu. Podejmowane próby leczenia nie przynoszą rezultatów, często wywołując całkowicie niespodziewane rezultaty. Podkreśla się, że ten rodzaj bólu stanowi wyraz

problemów psychicznych. Grupa pacjentek cierpiących z powodu bólu psychogenego powinna być kierowana do lekarzy psychiatrów. Jednocześnie jednak pacjentki doświadczające zaburzeń somatyzacyjnych poszukują medycznych wyjaśnień swoich dolegliwości, a gdy specjalista sugeruje podłoże psychiczne i konieczność udania się do lekarza psychiatry, często zwracają się do innego lekarza. Pomocą można jednakże otoczyć osoby bliskie pacjentki, które nieświadomie podtrzymują istniejący problem. Często wyjaśnienie im prawdziwych przyczyn dolegliwości jest bardzo trudne [1].

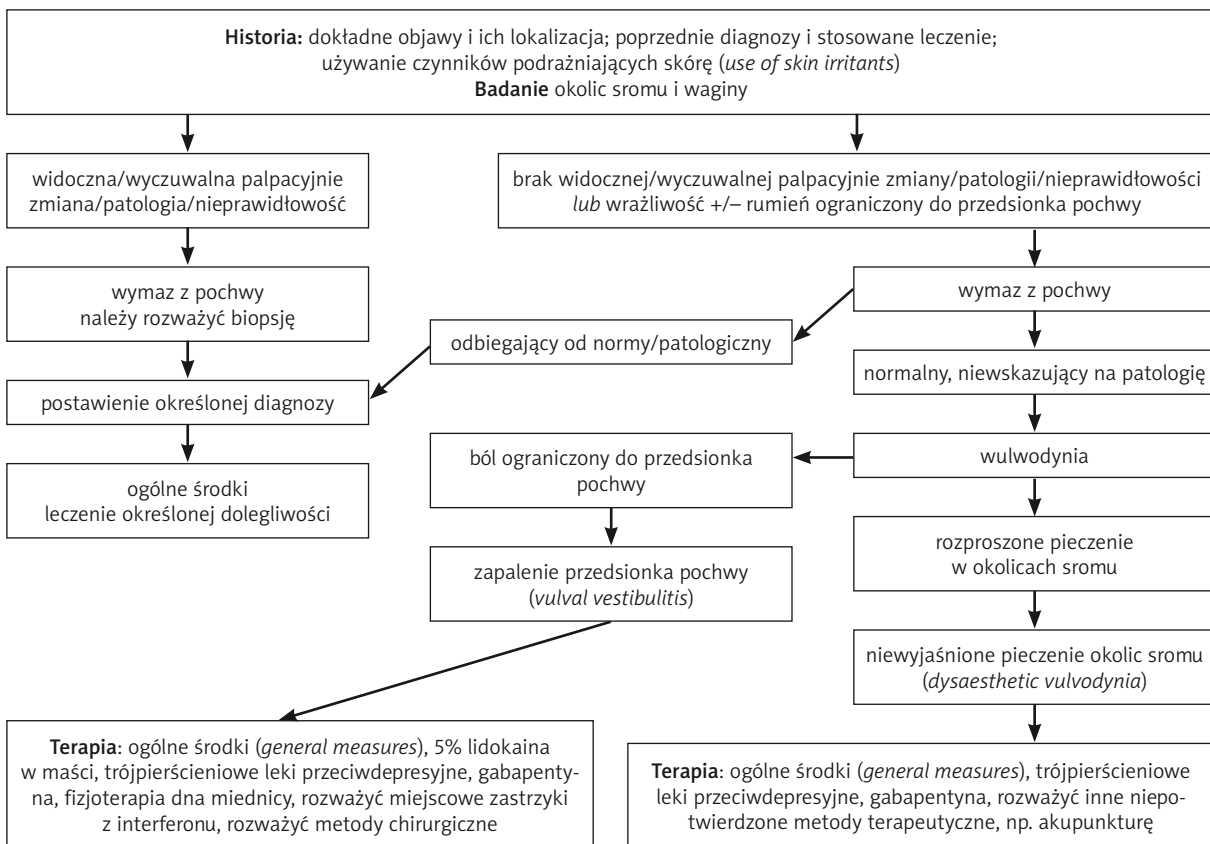
Jeszcze inną grupę pacjentek cierpiących na dolegliwości bólowe okolic sromu są kobiety chorujące na depresję. Odczuwane przez nie dolegliwości bólowe są objawem depresji, czyli doświadczają one bólu psychogenego. Częściej jednak są to rzeczywiste dolegliwości o umiarkowanym natężeniu bólu, który ulega wyolbrzymieniu w związku z ogólnym stanem pacjentki oraz trwa, gdy usunięta jest jego fizyczna przyczyna. Pacjentki należące do tej grupy zazwyczaj lepiej przyjmują propozycję skierowania do lekarza psychiatry oraz zażywania leków przeciwdepresyjnych. Fischer [1] zwraca uwagę, że każda pacjentka cierpiąca z powodu długotrwałego bólu okolic sromu o podłożu fizycznym jest narażona na zachorowanie na depresję [1].

Lotery i wsp. [6] opracowali algorytm postępowania z pacjentką doświadczającą bólu sromu o nieznaną etiologię, który przedstawiono na rycinie 1. Autorzy proponują także rozwiązanie farmakologiczne. Algorytm ten stanowi podsumowanie i usystematyzowane proponowanej terminologii oraz sposobów postępowania. Lotery i wsp. wskazują na konieczność wykonania wymazu z pochwy oraz innych procedur diagnostycznych w celu wykluczenia zmian patologicznych okolic sromu.

## Metody leczenia

### Farmakoterapia

W celu zminimalizowania dolegliwości bólowych stosuje się środki miejscowo znieczulające, np. lidokainę. Opisywane są badania, których autorzy badali możliwość zmniejszenia zjawiska zwrotnego narastania odczuwania bólu poprzez regularne stosowanie lidokainy w celu przerwania impulsów bólowych i umożliwienia gojenia. W toku badań zostało potwierdzone zmniejszenie odczuwanych dolegliwości bólowych w trakcie kontaktów intymnych, ale niemożliwa była długoterminowa obserwacja pacjentek biorących udział w badaniu [3].



Ryc. 1. Sposób postępowania lub leczenia w przypadku przewlekłego bólu lub palenia w okolicach sromu [6]

Goldstein i Burrows [3] wymieniają następujące typowo stosowane leki w przypadku pacjentek cierpiących na wulwodynię: estradiol, kapsaicyna, atropina, testosteron, nitrogliceryna, doksepina, amitryptylina, baklofen i gabapentyna.

Zwraca także uwagę, że skuteczność i bezpieczeństwo stosowania powyższych leków w przypadku pacjentek z rozpoznaną wulwodynią nie zostało potwierdzone w badaniach naukowych. Goldstein i Burrows [3] potwierdzają jednakże, na podstawie własnych obserwacji, że stosowanie estradiolu i testosteronu w przypadku kobiet, u których rozwinęła się westibulodynia w trakcie stosowania doustnych środków antykoncepcyjnych, może przynosić dobre efekty [3].

Badacze opisują także typowe leki, które są stosowane w odniesieniu do bólu okolic sromu, a które w przypadku wulwodynii nie przynoszą pożądanego skutku. Wymieniane są w tej grupie kortykosteroidy oraz leki przeciwgrzybicze. Jedną z początkowych teorii wyjaśniających przyczyny wulwodynii była nadwrażliwość na określone gatunki grzybów. Stosowanie leków przeciwgrzybiczych może przynosić ulgę, ale jest ona spowodowana jedynie właściwościami nawilżającymi tych preparatów. Wraz z upływem czasu stosowanie tych preparatów może jednakże wiązać się z nadwrażliwością i reakcjami alergicznymi [3].

Leki przeciwdepresyjne są typowo stosowanym środkiem w przypadku wielu przewlekłych zespołów bólowych. W przypadku leczenia pacjentek cierpiących na wulwodynię stosowane są trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, takie jak: amitryptylina, nortryptylina, desypramina. Grupą leków stosowanych w leczeniu wulwodynii są także selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitors* – SSRI). Nie została jednakże potwierdzona ich skuteczność w zmniejszaniu objawów bólowych u większości pacjentek. Grupy leków, takie jak selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego norepinefryny – wenlafaksyna i duloksetyna, okazały się bardziej skuteczne w leczeniu wulwodynii [3, 5].

W przypadku stosowania leków przeciwdepresyjnych w terapii kobiet cierpiących na wulwodynię zwraca się szczególną uwagę na wyjaśnienie pacjentowi celu ich stosowania [3, 5]. Goldstein i Burrows [3] zalecają podkreślenie wpływu tych leków na ból bardziej niż na objawy depresyjne. Należy także zwrócić uwagę na możliwość wystąpienia objawów ubocznych oraz fakt, że całkowite zniesienie objawów bólowych może zostać zaobserwowane dopiero po 4 lub więcej tygodniach stosowania [3]. Niepoinformowanie pacjentki o celu stosowania leków przeciwdepresyjnych może wiązać się z utratą zaufania do lekarza, a także samowolną rezygnacją z zażywania leku [5].

W terapii wulwodynii znajdują także zastosowanie gabapentyna i karbamazepina. W przypadku tych leków zniesienie dolegliwości bólowych następuje po

kilku tygodniach, należy także brać pod uwagę możliwe efekty uboczne ich działania [1].

Fischer [1] podkreśla, że w przypadku pacjentek cierpiących na neuropatię idiopatyczną zastosowanie kombinacji dwóch leków (jeden z grupy trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych, drugi to gabapentyna) wydaje się jej skuteczniejsze niż podawanie wyłącznie jednego z nich. Jest to szczególnie przydatne w przypadku, gdy żaden z leków nie może być podawany w dawce terapeutycznej ze względu na efekty uboczne.

Farmakoterapia powinna być stosowana bez ograniczenia czasowego ze względu na wysokie prawdopodobieństwo nawrotu bólu po jej przerwaniu [1].

W terapii neuralgii wtórnej nazywanej także neuralgią nerwu sromowego zalecane są te same środki, które stosuje się w przypadku neuropatii idiopatycznej. Dodatkowo jako skuteczna wskazywana jest metoda operacyjna [1].

Stosowane w przypadku clitorodynii leczenie obejmuje te same metody postępowania co w przypadku innych bólów neuropatycznych [1].

Metodą terapeutyczną stosowaną również w leczeniu pacjentek cierpiących na wulwodynię są miejscowe zastrzyki zawierające steroidy i bupiwakainę. Istnieją także badania wykazujące korzystny wpływ wstrzyknięcia toksyny botulinowej A (*botulinum toxin A*) (szczególnie w przypadkach spowodowanej westibulodynii) oraz interferonu  $\alpha$  [3, 7].

### Metody operacyjne

W środowisku badaczy zajmujących się leczeniem wulwodynii nie ma konsensusu co do możliwości stosowania metod chirurgicznych jako sposobu leczenia bólu okolic sromu. Podkreślana jest duża skuteczność takich zabiegów [3, 6, 7]. Goldstein i Burrows zwracają uwagę na konieczność dokładnego i pełnego wyjaśnienia pacjentce sposobu postępowania po zabiegu oraz czasu, po którym będzie mogła spodziewać się poprawy stanu zdrowia. Podkreśla się także, że westibulektomia powinna być zastosowana w ostateczności, gdy inne metody terapeutyczne zawiodą oraz tylko w odniesieniu do zlokalizowanej westibulodynii [3, 4]. Możliwe negatywne konsekwencje zabiegu mogą obejmować: znaczącą utratę krwi, infekcję lub rozwarcie rany (*separation*), tworzenie się tkanki ziarninowej (*granulation tissue*), zmniejszony orgazm, powstanie torbieli z gruczołu Bartholina (*Bartholin's duct cyst*), niepożądane zmiany o charakterze kosmetycznym, zmniejszoną lubrykację, dyspareunię i inne [3, 8].

Wśród metod leczenia wulwodynii o podłożu idiopatycznym wymieniana jest także laseroterapia [8, 9].

### Fizjoterapia

Metody fizjoterapeutyczne również przyczyniają się do zmniejszenia dolegliwości pacjentek cierpiących

na wulwodynię. Zwraca się uwagę na konieczność dokonania całościowego badania, dokładnego wywiadu uwzględniającego funkcjonowanie jelit, pęcherza moczowego, wagi, zbadanie chodu i postawy pacjentki oraz zalecenia przez fizjoterapeutę określonych, specjalnie dobranych ćwiczeń [3, 10, 11].

Fischer [1] zwraca uwagę na grupę pacjentek, które zdecydowanie odmawiają stosowania farmakoterapii. W takiej sytuacji szczególnie polecane jest wykorzystywanie metod uzupełniających i alternatywnych, takich jak fizjoterapia i terapia manualna, a także akupunktura. Ważnym elementem terapii bólu o podłożu neuropatii idiopatycznej jest wypoczynek pacjentki. Kiedy pod wpływem leków ustaje ból, pacjentki mogą zwiększać swoją aktywność fizyczną, co wiąże się z ryzykiem nawrotu dolegliwości.

### **Psychoterapia**

Zastosowanie w leczeniu metod farmakologicznych, operacyjnych i fizjoterapeutycznych nie jest wystarczające – pacjentki cierpiące na wulwodynię powinny być otoczone pomocą i wsparciem o charakterze psychologicznym. Doświadczanie przewlekłego bólu wiąże się z przeżywaniem przez pacjentki poczucia bezsilności, braku nadziei, lęku i depresji. Zwraca także uwagę fakt, że ustąpienie dolegliwości bólowych nie zawsze wiąże się z powrotem pełnego poczucia komfortu psychicznego, ponieważ psychologiczne i seksualne problemy mogą dalej się utrzymywać. Jako skuteczne metody terapeutyczne w przypadku wulwodynii wymieniane są terapia poznawczo-behawioralna i hipnoza [3]. Terapia poznawczo-behawioralna stanowi metodę nieinwazyjną. Dodatkowo może być ona wykorzystana zarówno w leczeniu bólu, jak i zaburzeń funkcjonowania psychoseksualnego. Podkreśla się jednakże konieczność przeprowadzenia dokładnych badań naukowych w celu ustalenia rzeczywistej skuteczności tej metody terapii w wulwodynii. Podkreśla się także wpływ czynników emocjonalnych i poznawczych na wyniki leczenia metodami farmakologicznymi [12].

Masheb i wsp. [13] przeprowadzili badanie porównujące skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej i terapii wspierającej w leczeniu wulwodynii. Wskazali oni, że pacjentki poddane obu typom psychoterapii uzyskały poprawę stanu, jednakże terapia poznawczo-behawioralna wiązała się z większą satysfakcją pacjentek oraz lepszymi wynikami w zakresie leczenia bólu i dysfunkcji seksualnych.

Należy podkreślić, że część pacjentek cierpiących na wulwodynię może być niechętna korzystaniu z pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej [14].

W terapii wulwodynii może także brać udział terapeuta zajmujący się funkcjonowaniem seksualnym (*sex therapist*) [11, 15]. Podstawą do udzielenia pomocy psychoterapeutycznej w tym obszarze jest ustalenie, w jaki sposób pacjentka reaguje na ból. Dzięki temu można

opracować techniki terapeutyczne dostosowane indywidualnie do potrzeb pacjentki. Należy wziąć pod uwagę, że każda kobieta może w inny sposób reagować na określone dolegliwości. Zazwyczaj jednakże reakcje rozpoczynają się od odczuwania przez kobietę bólu okolic sromu, którego konsekwencją jest podświadomy lęk przed jego ponownym odczuwaniem. Lęk przed bólem powoduje zmianę zachowania w postaci unikania kontaktów intymnych, co wtórnie wpływa na relacje interpersonalne, pogarszając jakość związku z partnerem. Konsekwencją tego typu negatywnych doświadczeń jest nasilenie lęku, poczucie winy, frustracja, gniew, depresja. Zwrotnie taki ciąg przeżyć może prowadzić do rozwinięcia się dysfunkcji seksualnych, takich jak zaburzenia pożądania seksualnego, orgazmu i waginizm [15].

Oprócz psychoterapii indywidualnej niezwykle ważną rolę odgrywa zastosowanie terapii par w stosunku do kobiet pozostających w związkach. Istnieją doniesienia, że nawet do 95% kobiet cierpiących na wulwodynię wolałoby poddać się terapii małżeńskiej zamiast indywidualnej [16].

### **Psychoedukacja**

W piśmiennictwie podkreślana jest waga uzyskania przez pacjentki cierpiące z powodu wulwodynii możliwie pełnych i dokładnych informacji dotyczących ich dolegliwości oraz stosowanych metod terapeutycznych. Pozwala to im uzyskać częściowe poczucie kontroli nad swoją sytuacją, zrozumienie swoich dolegliwości oraz możliwość skorzystania z leczenia [4, 14].

W celu zmniejszenia natężenia bólu oraz czynników podrażniających Goldstein i Burrows [3] proponują przedstawianie pacjentkom zaleceń związanych z noszeniem odpowiedniej bielizny, stosowaniem określonych zasad dotyczących higieny intymnej, stosowaniem specjalnych środków w celu zwiększenia lubrykacji podczas kontaktów intymnych, używaniem dobranych środków higieny intymnej, a także chłodzenie okolic intymnych i inne [3, 17]. Lotery i wsp. zalecają stosowanie 5% lidokainy w maści ok. 20 min przed planowaną aktywnością seksualną [6].

Zalecane jest, aby psychoedukacja obejmowała także partnera, jeśli pacjentka cierpiąca na wulwodynię pozostaje w związku. Wskazane jest zachęcanie partnera do zapoznawania się z literaturą dotyczącą seksualności człowieka, a także do innych form aktywności seksualnej pozwalających na uzyskanie zaspokojenia potrzeb seksualnych w inny sposób niż stosunek dopochwowy wywołujący lub zaostrażający dolegliwości bólowe [16].

### **Metody alternatywne**

Istnieją doniesienia wskazujące na skuteczność stosowania w leczeniu wulwodynii także metod z obszaru medycyny alternatywnej.

Hipnoza wskazywana jest jako metoda, która okazała się skuteczna w przypadku różnych syndromów bólowych. Metoda ta rozpoczyna się od wprowadzenia pacjentki w stan relaksu, a następnie przechodzi się do stosowania określonych sugestii w celu dokonania zmiany w sposobie spostrzegania przez nią bólu. Oprócz zmian w indywidualnym doświadczaniu bólu zwraca się uwagę na funkcjonowanie seksualne pacjentki. Przeprowadzone przez Pukall i wsp. [18] badania nad skutecznością hipnozy wskazują na zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz poprawę funkcjonowania w obszarze seksualnym [18].

Opisywana jest także skuteczność stosowania akupunktury jako metody polepszającej jakość życia, szczególnie w odniesieniu do wulwodynii niesprowokowanej czynnikami drażniącymi. Podkreślana jest jednakże konieczność przeprowadzenia badań z randomizacją, zanim tego rodzaju oddziaływanie terapeutyczne będzie stosowane w odniesieniu do pacjentek cierpiących na wulwodynię [4, 18, 19].

W terapii wulwodynii znajduje zastosowanie biofeedback. Umożliwia on rozwój strategii samoregulacyjnych w celu radzenia sobie z doświadczanymi dolegliwościami bólowymi oraz ich zmniejszania. Dzięki tej metodzie pacjentki uczą się kontrolować napięcie mięśni. Częstotliwość wizyt oraz czas potrzebny do osiągnięcia poprawy jest różny i zależy od indywidualnego stanu pacjentki. Poprawę obserwuje się jednak w 60–80% przypadków [3]. Opisywana jest wysoka skuteczność tego rodzaju terapii w zmniejszaniu dolegliwości bólowych, jednakże konieczne jest połączenie jej z pomocą psychologiczną. Wiąże się to z faktem, że nawet całkowite usunięcie dolegliwości bólowych nie gwarantuje całkowitego przywrócenia funkcji psychoseksualnych [20].

### Podsumowanie metod leczenia

W przypadku wszystkich metod terapeutycznych stosowanych w leczeniu wulwodynii szczególnie zalecane jest proponowanie partnerowi pacjentki współdziałania w spotkaniach z lekarzem lub terapeutą. Oczywiście podstawą w takiej sytuacji jest zgoda i chęć pacjentki [16].

Niektóre obserwacje wskazują także na możliwość samoczynnego zanikania dolegliwości wraz z upływem czasu, bez ingerencji medycznej. Wskazywany jest także fakt, że w niektórych przypadkach następuje poprawa niezależnie od stosowanej metody leczenia [6].

Wylie i wsp. [14] zwracają uwagę, że zarówno metody fizyczne, jak i psychologiczne nie zostały poddane właściwym badaniom, które umożliwiłyby ich porównanie oraz określenie ich skuteczności.

### Dyskusja

Jakość życia kobiet cierpiących na wulwodynię jest znacznie obniżona w porównaniu z populacją general-

ną. Funkcjonowanie tej grupy pacjentek jest ograniczone w takich obszarach, jak aktywność fizyczna, psychologiczna, emocjonalna, zawodowa, a także społeczna [21]. Odczuwają one również stres i brak satysfakcji w związku z obszarem funkcjonowania seksualnego [22]. W związku z tym niezwykle ważne jest prawidłowe postawienie diagnozy, a następnie wdrożenie możliwie najskuteczniejszych form leczenia. Nie jest to jednak łatwe, gdyż ze względu na trudności w ostatecznym sformułowaniu definicji oraz określeniu typów wulwodynii pojęcie to może się wydawać kłopotliwe dla wielu lekarzy [6].

Niektórzy autorzy wskazują, że ze względu na dużą liczbę potencjalnych czynników etiologicznych może istnieć wiele chorób powodujących podobne objawy, a w efekcie prowadzić do wulwodynii [3, 23]. Jednocześnie zwracają uwagę aktualne szacunki co do rozpowszechnienia tego zaburzenia.

O tym, jak ważny i aktualny jest problem wulwodynii, świadczy rosnące zainteresowanie pacjentek. Grupa polskich terapeutów stworzyła stronę internetową poświęconą w całości temu schorzeniu. Dodatkowo znajduje się na niej również forum, na którym kobiety mogą się wymieniać swoimi doświadczeniami.

Można więc zauważyć, że pomimo wielu kontrowersji dotyczących pojęcia "wulwodynia", w związku z trudnością w ujednoczeniu terminologii, jednoznacznym określeniu jej przyczyn i ustaleniu skutecznych metod terapeutycznych, istnieje potrzeba dalszych badań nad tym zespołem. Szczególnie podkreślana jest konieczność interdyscyplinarnego podejścia do badań nad wulwodynią [4].

### Piśmiennictwo

1. Fischer G. Management of vulvar pain. *Dermatol Ther* 2004; 17: 134-49.
2. Graziottin A, Castoldi E, Montorsi F, et al. Vulvodinia: the challenge of "unexplained" genital pain. *J Sex Marital Ther* 2001; 27: 503-12.
3. Goldstein AT, Burrows L. Vulvodinia. *J Sex Med* 2008; 5: 5-14.
4. Nunns D, Mandal D, Byrne M, et al.; British Society for the Study of Vulval Disease (BSSVD) Guideline Group. Guidelines for the management of vulvodinia. *Br J Dermatol* 2010; 162: 1180-5.
5. Edwards L. New concepts in vulvodinia. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189 (3 Suppl): S24-30.
6. Lotery HE, McClure N, Galask RP. Vulvodinia. *Lancet* 2004; 363: 1058-60.
7. 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.
8. Metts JF. Vulvodinia and vulvar vestibulitis: challenges in diagnosis and management. *Am Fam Physician* 1999; 59: 1547-56, 1561-2.
9. Gumus II, Sarifakioglu E, Uslu H, Turhan NO. Vulvodinia: case report and review of literature. *Gynecol Obstet Invest* 2008; 65: 155-61.
10. Hartmann D. Chronic vulvar pain from a physical therapy perspective. *Dermatol Ther* 2010; 23: 505-13.
11. Nunns D. Tackling vulvodinia. *Br J Dermatol* 2011; 164: 464.
12. Desrochers G, Bergeron S, Khalifé S, et al. Provoked vestibulodynia: psychological predictors of topical and cognitive-behavioral treatment outcome. *Behav Res Ther* 2010; 48: 106-15.
13. Masheb RM, Kerns RD, Lozano C, et al. A randomized clinical trial for women with vulvodinia: Cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *Pain* 2009; 141: 31-40.
14. Wylie K, Hallam-Jones R, Harrington C. Psychological difficulties within a group of patients with vulvodinia. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004; 25: 257-65.

15. Slowinski J. Multimodal sex therapy for the treatment of vulvodynia: a clinician's view. *J Sex Marital Ther* 2001; 27: 607-13.
16. Connor JJ, Robinson B, Wieling E. Vulvar pain: a phenomenological study of couples in search of effective diagnosis and treatment. *Fam Process*. 2008; 47: 139-55.
17. Kingdon J. Vulvodynia: a comprehensive review. *Nurs Womens Health*. 2009; 13: 48-57.
18. Pukall C, Kandyba K, Amsel R, et al. Effectiveness of hypnosis for the treatment of vulvar vestibulitis syndrome: a preliminary investigation. *J Sex Med* 2007; 4: 417-25.
19. Danielsson I, Sjöberg I, Ostman C. Acupuncture for the treatment of vulvar vestibulitis: a pilot study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 437-41.
20. Glazer HI. Intravaginal Surface Electromyography in the diagnosis and treatment of vulvovaginal pain disorders. *Biofeedback*. Spring 2006; 3: 12-6.
21. Ponte M, Klempner E, Sahay A, Chren MM. Effects of vulvodynia on quality of life. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60: 70-6.
22. Sargeant HA, O'Callaghan FV. The impact of chronic vulval pain on quality of life and psychosocial well-being. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2007; 47: 235-9.
23. Gunter J. Vulvodynia: new thoughts on a devastating condition. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62: 812-9.