

Wulwodynia — stan wiedzy na 2017 rok

Vulvodynia — update on 2017

Ewa Baszak-Radomańska¹, Marek Jantos²

¹Terpa Lublin

²Chronic Urogenital Pain Clinic, Adelaide, Australia

Streszczenie

Wulwodynia to najbardziej zaniedbany obszar w zakresie zdrowia kobiety. Zgodnie z definicją jest to ból, ale także świąd, pieczenie czy nadwrażliwość, suchość w okolicy sromu, krocza czy odbytu, utrzymujący się ponad 3 miesiące. Wulwodynia jest chorobą z wykluczenia określonej, organicznej przyczyny bólu. W znacznej części przypadków to obwodowy ból funkcjonalny, czy raczej neuropatyczny zlokalizowany, spowodowany dysfunkcją mięśniowo-powięziową w zakresie miednicy. Przyczyna wulwodynii nie jest jednoznaczna, a postępowanie terapeutyczne indywidualizowane i wielospecjalistyczne.

Ból związany ze stosunkiem seksualnym (dyspareunia), po wykluczeniu innych przyczyn, jest wulwodynią prowokowaną.

Każdy ból stanowi chorobę samą w sobie, wymaga leczenia, które jest priorytetem w ochronie zdrowia. Na wulwodynię choruje 5–16% kobiet na świecie. Mimo częstego występowania jest późno i rzadko rozpoznawana, a leczenie bywa niewłaściwe.

Artykuł reasumuje aktualną wiedzę na temat wulwodynii, stanowi także podsumowanie doświadczenia autorów. Temat jest tym bardziej interesujący, że powstało niewiele polskojęzycznych publikacji, a jest to rozwijająca się wiedza i wiele pozostało jeszcze do wyjaśnienia w tym temacie.

Słowa kluczowe: wulwodynia, dyspareunia, terapia mięśni dna miednicy, ból sromu, bolesne współżycie, przewlekły ból urogenitalny

Seksuologia Polska 2017; 15 (1): 27–33

Abstract

Vulvodynia remains the most neglected women's health problem. According to its definition it can be perceived as a pain, most often described as burning, rawness, itchiness, vulvar hypersensitivity to pressure and dryness. Pain can extend to the perineum and anal area, and is of at least 3 months duration. Vulvodynia is a disorder diagnosed on the basis of exclusion of any clinically identifiable causes. In most cases it is treated as a form of peripheral, localized functional or rather neuropathic pain, shown to be associated with pelvic muscle and fascial dysfunction. The etiology is thought to be multifactorial and a specific cause it is difficult to identify. In general, therapy is individualized and multidisciplinary.

In cases where pain is experienced during sexual intercourse (dyspareunia), with no obvious pathology as the cause of pain, it is classified as provoked vulvodynia.

Chronic pain is a significant health issues and requires treatment. Appropriate interventions are a health priority. The worldwide prevalence of vulvodynia ranges from 5–16% of women. In spite of its high incidence confirmation of the diagnoses is often delayed and inconclusive and the treatment interventions are ineffective. This article provides an update on the current understanding of the disorder while recognizing the ever-expanding knowledge base and need for further research and insight.

Key words: vulvodynia, dyspareunia, pelvic floor muscle therapy, vulvar pain, painful sex, chronic urogenital pain

Seksuologia Polska 2017; 15 (1): 27–33

Wstęp

Leczenie bólu stanowi priorytet w ochronie zdrowia na świecie, ponieważ sam w sobie jest chorobą i wymaga terapii. Z początkiem marca 2017 roku zaczęła w Polsce obowiązywać nowelizacja ustawy Praw Pacjenta. Pacjent ma prawo do leczenia bólu i do oceny postępów w leczeniu bólu. Oznacza to, że lekarz nie może bagatelizować przewlekłego bólu sromu, który zgłasza pacjentka. Co więcej, jeśli podjęte leczenie jest niewystarczające, zamiast przedłużać nieskuteczne procedury, należy udzielić informacji, gdzie pacjentka może otrzymać pomoc. Nie chodzi już tylko o zadowolenie pacjenta z otrzymanej porady, ale o możliwość roszczeń z powodu braku efektywnego leczenia.

Definicja wulwodynii

Najdawniejszy opis bólu sromu pochodzi z I wieku p.n.e. od lekarza Soranusa. Pierwszy w literaturze medycznej przypadek wulwodynii opisał doktor Thomas w 1874 roku. Rozwój badań nad wulwodynią rozpoczął się jednak dopiero po 100 latach (od 1983 roku). Okres przerwy przypadł na rozwój psychoanalizy, kiedy ból sromu, szczególnie dyspareunię, odnoszono do problemów seksualnych, a nie zaś somatycznych.

Pojęcie i definicję wulwodynii wprowadziło w 2003 roku *International Society for the Study of Vulvovaginal Disease* (ISSVD), jedno z dwóch opiniotwórczych środowisk naukowych zajmujących się tą chorobą. Druga organizacja to *National Vulvodinia Association* (NVA) w Stanach Zjednoczonych. Kilka lat później, na łamach *British Journal of Dermatology* został opublikowany raport grupy badaczy, który stał się przewodnikiem w zakresie wulwodynii [1]. W ciągu 7 lat od tej publikacji powstało wiele opracowań w indeksowanych czasopismach, w bazie Pubmed (pod hasłem: vulvodinia) znaleziono ponad 300 pozycji piśmiennictwa.

Kolejnym milowym krokiem w definiowaniu i rozumieniu wulwodynii był XXIII Światowy Kongres *International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases* (ISSVD) w 2015 roku w Nowym Jorku, gdzie wypracowano konsensus trzech towarzystw naukowych: ISSVD, *International Society for the Study of Women's Sexual Health* (ISSWSH), *International Pelvic Pain Society* (IPPS) na temat przetrwałego bólu sromu (*persistent vulvar pain*). Ustalenia te zostały następnie przyjęte przez *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) w 2016 roku [2–5]. Zmodyfikowano wówczas także definicję wulwodynii, rozumianej jako rodzaj przetrwałego bólu sromu.

Kryteria rozpoznania wulwodynii [2, 3, 5]:

- pieczenie, przewlekły świąd, uczucie suchości, otarcia, klucie, napięcie, „nadwrażliwość” wejścia do pochwy i ból,
- objawy trwające minimum 3 miesiące,
- ból może dotyczyć sromu, ujścia cewki moczowej, krocza, odbytu,
- może mieć czynniki czy choroby współistniejące,
- nie ma zdiagnozowanej przyczyny organicznej (czy zapalnej).

Wulwodynia jest chorobą z wykluczenia, czyli rozpoznanie stawia się wówczas, kiedy inne, potencjalnie możliwe przyczyny bólu zostaną wyeliminowane.

Podział wulwodynii obejmuje różne aspekty. Zależnie od lokalizacji wyróżnia się wulwodynię uogólnioną, częściową (np. hemiwulwodynia lub klitorodynia, gdzie bolesna jest okolica łechtaczki) lub mieszaną. Ból występuje bez wpływu znanych czynników (spontaniczna) lub w odpowiedzi na dotyk, ucisk ubrania, siedzenie czy stosunek pochwowy (prowokowana). Dyspareunia, czyli ból związany ze współżyciem seksualnym, jeśli nie udaje się znaleźć innej, określonej przyczyny, jest wulwodynią prowokowaną. Określa się także cechę utrzymywania się dolegliwości (stałe, okresowe). Pierwotne i wtórne występowanie bólu dotyczy dyspareunii, czyli pojawianie się dolegliwości z początkiem współżycia lub po pewnym czasie współżycia bez bólu [2, 3, 5–11].

Występowanie

Problem dotyczy 5–16% kobiet, czyli 6 mln kobiet w Stanach Zjednoczonych [1–5], w Polsce statystyki nie są znane. Przewlekły ból ginekologiczny stanowi najbardziej zaniedbany problem zdrowotny u kobiet.

Zachorować na wulwodynię można w każdym wieku, najczęściej chorują jednak młode kobiety, większość nie ukończyła 25 lat. Ponad 75% kobiet ma mniej niż 34 lata [1, 4–6, 11]. Jest to dolegliwość, która nie ma związku z liczbą odbytych porodów. Niektórzy jednak uznają, że częstość występowania zwiększa się z wiekiem [7].

Tendencja do dysfunkcji mięśniowo-powięziowych, przewlekłego napięcia mięśni i tym samym przewlekłego bólu sromu ma związek z byciem pod wpływem stresu, długotrwałego napięcia, pobudzenia układu współczulnego czy raczej supresji układu przywspółczulnego. To przeważająca aktywność układu przywspółczulnego powinna stanowić przewagę w codziennym funkcjonowaniu człowieka. Osoby o perfekcyjnym nastawieniu, wrażliwe, zadaniowe, typ osobowości A, to grupa pacjentek szczególnie podatnych na zachorowanie na wulwodynię. Przewlekły stres, trudna sytuacja osobista, zdrowotna czy zawodowa stanowią istotne ryzyko wystąpienia wulwodynii [11].

Po dłuższym okresie życia z bólem, przychodzi supresja autonomiczna, pacjentka staje się depresyjna, wycofuje się z życia zawodowego, społecznego czy rodzinnego [1, 7, 11, 12]. Pacjentki z przewlekłym bólem sromu stanowią grupę wykluczenia społecznego.

Zaskakująco, grupę ryzyka wystąpienia wulwodynii czy dyspareunii w szczególności stanowią kobiety aktywne, zaangażowane zawodowo, żyjące w stresie i pod presją zobowiązań (typ *businesswoman*), które nie potrafią odpoczywać, redukować czy odreagowywać napięcia. Może to oznaczać, że kobiet z wulwodynią będzie coraz więcej w czasach korporacyjnej aktywności zawodowej, zwiększających się wymagań i „wyścigu szczurów”.

Nie ma przekonujących wyników badań dowodzących, że wulwodynia jest wynikiem choroby psychicznej, niedojrzałości seksualnej, molestowania seksualnego czy gwałtu, chociaż stres kobiety związany z nadużyciem seksualnym stanowi czynnik ryzyka wystąpienia bólu [11].

Przyczyny i choroby współistniejące

Nie określono jednoznacznej przyczyny występowania wulwodynii [6]. Etiologia jest wieloczynnikowa [1, 2, 4, 5, 10]. W poszukiwaniu przyczyn nie potwierdzono czynników zapalnych, mimo częstszego występowania infekcji pochwy sromu (*bacterial vaginosis* [BV], drożdżycy) u tych kobiet. Zaburzenie flory pochwowej należy traktować jako cechę niestabilności immunologicznego środowiska pochwy i sromu, zatem jako czynnik współwystępujący z wulwodynią, nie zaś jako przyczynę bólu sromu [2, 7]. Ma to związek, jak się wydaje, z supresją nerwu błędnego, czyli zmniejszonym napięciem układu przywspółczulnego, co warunkuje prozapalne środowisko pochwy i jest czynnikiem przewlekłego bólu [9].

Nie ma potrzeby przeprowadzania diagnostyki w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową, w tym infekcji wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV, *human papilloma virus*), bo nie stanowią przyczyny choroby.

Większość pacjentek z przewlekłym bólem sromu (ok. 80% w obserwacjach własnych) ma dysfunkcję mięśniowo-powięziową w zakresie miednicy (*pelvic floor muscle dysfunction*) pod postacią nadmiernego napięcia (PFMD/*hypertonicity*) [1, 4, 5, 10]. Tendencja do skurczu mięśni dotyczy przede wszystkim największego mięśnia, który jak hamak podwiesza trzewia, czyli dźwigacza odbytu (LA, *levator ani*). Podwyższone napięcie przepony miednicy może powodować dysfunkcję w zakresie innych narządów czy układów, nie tylko ból sromu. Napięcie w okolicy cewki moczowej

jest przyczyną nawrotowych objawów dyzurycznych: zapalenia pęcherza moczowego, zespołu nadreaktywnego pęcherza moczowego (OAB, *overactive bladder*) czy zespołu bolesnego pęcherza (BPS/IC, *bladder pain syndrome*). Napięcie w zakresie tylnej części LA i mięśni powierzchownych miednicy bywa przyczyną dyssynergii wypróżnień czy zespołu jelita drażliwego (IBS, *irritable bowel syndrome*) [7, 13]. Dolegliwości te określa się między innymi jako choroby współwystępujące z wulwodynią [2, 7, 10].

W tendencji do przewlekłego skurczu mięśni upatruje się przyczyny dolegliwości bólowych sromu (bóle przeniesione na srom) [4, 5, 7, 9, 10]. Zjawisko bólu przeniesionego, który pojawia się w dysfunkcjach mięśniowo-powięziowych jest dobrze znane, aczkolwiek trudne do jednoznacznego wytłumaczenia.

Wulwodynię można traktować jako rodzaj bólu funkcjonalnego według klasyfikacji *International Association for the Study of Pain* (IASP) [12], ma jednak wiele cech bólu neuropatycznego, czyli zaburzeń somatosensorycznych (hiperalgezia czy allodynia) w obrębie sromu, na skutek nieprawidłowej funkcji nerwów obwodowych, także centralnej sensytyzacji, czyli zwiększenia wrażliwości mózgu na bodźce bólowe. Przez wiele lat w literaturze wulwodynia była traktowana jako rodzaj neuralgii nerwu sromowego, spowodowanej na przykład uwięzieniem nerwu na jego przebiegu w kanale sromowym (Alcocka). Podejście takie nie znalazło odzwierciedlenia w sposobie leczenia pacjentek z bólem, zasadniczo nie wykonuje się „odbarczenia” w przebiegu nerwu sromowego.

Obecnie nie ma konieczności wykonywania badań obrazowych (MRI [*magnetic resonance imaging*], CT [*computed tomography*]) w diagnostyce wulwodynii. Ogólnie rzecz biorąc, do przyczyn zmian neuropatycznych należy: zapalenie nerwu (np. po przebytych półpaścu, w wulwodynii po infekcji wirusem opryszczki), czynniki metaboliczne (w przebiegu cukrzycy) oraz ucisk nerwu w dolegliwościach korzeniowych, co stanowi przyczynę uszkodzenia nerwu [12].

Pomimo różnej etiologii i odmienności uszkodzeń, zespoły bólu neuropatycznego posiadają wspólne cechy kliniczne: brak widocznego uszkodzenia tkanek, ubytek czucia lub występowanie bólu w odpowiedzi na bodźce, które ogólnie nie powodują bólu, na przykład dotyk (allodynia), obecność samoistnego bólu napaadowego (jak w wulwodynii spontanicznej), stopniowe nasilanie się bólu w odpowiedzi na powtarzającą się stymulację (dyspareunia), objawy z układu autonomicznego (zmiana środowiska pochwowego). Charakterystyczny jest znaczny stopień natężenia bólu oraz jakość bólu, który jest opisywany jako palący, piekący, pulsujący, przeszywający, kłujący jak pchnięcie nożem,

ściskający czy miazdzący. Pacjentki z wulwodynią podają „pęknięcie skóry”, ciągnięcie, rozrywanie, ale także suchość, świąd, pieczenie i wiele innych określeń bólu. W bólu neuropatycznym umiejscowienie bólu może znajdować się w miejscu uszkodzenia lub poza nim, czyli ból przeniesiony na srom (sam srom jest zdrowy). W przeciwieństwie do bólu receptorowego, czyli odpowiedzi na bodziec bólowy, który ma zazwyczaj charakter ostry, a jego natężenie zmniejsza się w miarę zdrowienia tkanek, ból neuropatyczny ma charakter przewlekłego, uporczywego bólu, często opornego na standardową farmakoterapię [12].

Pacjentki z wulwodynią mają tendencję do dysfunkcji mięśniowo-powięziowej nie tylko w zakresie miednicy, ale także w innych okolicach (jako schorzenia współwystępujące). Dysfunkcje, dolegliwości bólowe występują w zakresie stawu skroniowo-żuchwowego, bóle głowy, dolegliwości korzeniowe w zakresie kręgosłupa szyjnego czy lędźwiowego [2, 7, 8]. Dolegliwości należą do bólu funkcjonalnego [12]. Wobec coraz większej wiedzy na temat wulwodynii, schorzenie należy raczej traktować jako ból neuropatyczny, z uszkodzenia lub ucisku nerwów obwodowych, w konsekwencji prowadzący do chronifikacji (przechodzenia w stan przewlekły), co wiąże się z zaangażowaniem mechanizmów ośrodkowych.

Kolejnym innowacyjnym podejściem autorów pracy do charakteru i pochodzenia wulwodynii jest wiodące znaczenie powięzi okołocewkowej dla przewlekłej dysfunkcji mięśniowo-powięziowej miednicy pod postacią nadmiernego skurczu (PFMD/hypertonicity) [10]. W literaturze przedmiotu podnosi się coraz większe znaczenie powięzi w powstawaniu zespołów bólowych w różnych częściach ciała, zdaniem autorów opracowania, także w zakresie miednicy.

Diagnostyka

Diagnoza wulwodynii jest stawiana na podstawie wykluczenia innych, organicznych przyczyn przetrwałego bólu sromu [1, 2, 4–6, 10, 14–16].

Diagnostyka składa się z 3 części:

1. Wywiad w zakresie bólu sromu i/lub okolicy (trwającego minimum 3 miesiące), dotyczący także chorób współistniejących. W literaturze są podejmowane próby skonstruowania kwestionariusza do badań pacjentek z wulwodynią, co nie zostało, jak dotąd, ogólnie przyjęte [14, doświadczenia własne autorów].
2. Badanie ginekologiczne z wykluczeniem organicznej przyczyny bólu sromu czy dyspareunii. Badania obrazowe nie są konieczne, wycinki i wyciski, posiewy powinny być pobrane w sytuacji podejrzenia

określonej patologii i mieć uzasadnienie w postaci dostrzeżonych nieprawidłowości (np. upławów).

Jeśli wynik badania ginekologicznego nie potwierdza patologii, diagnoza wulwodynii może być postawiona na podstawie badania i wywiadu. Dalsza diagnostyka powinna ukierunkować lekarza na przyczynę wulwodynii.

3. Badanie bólu w zakresie 3 okolic [10]. W skali numerycznej NRS (*numerical rating scale*) od 0 do 10 punktów (gdzie 0 to brak bólu, 10 to ból nie do wytrzymania), pacjentka określa dolegliwości bólowe w badanych miejscach. Patyczek z watą jest używany do wykonywania delikatnego nacisku u podstawy błony dziewiczej w przedsionku pochwy (*Q-tip test*) [15, 16], następnie lekarz w badaniu wewnętrznym, ginekologicznym, po zbadaniu narządu rodowego, odwraca rękę i palcem naciska mięśnie dna miednicy po jednej i drugiej stronie (pacjentka podaje spontaniczną numerację bólu), następnie palec badający uciska okolicę wokół cewki moczowej po obu stronach, od zewnątrz w kierunku pęcherza moczowego. Diagnostyka określona jako *Integrated Mapping and Assessment Protocol* (IMAP) została zaproponowana przez autora pracy [10].

Ból w wymienionych trzech okolicach (V — *vulva*, M — *muscles*, PU — *paraurethra*) świadczy o dysfunkcji mięśniowo-powięziowej w zakresie miednicy pod postacią nadmiernego napięcia (PFMD/hypertonicity), które jest prawdopodobną przyczyną wulwodynii [10, 11, 18]. W trakcie opracowania w dwóch ośrodkach, w których pracują autorzy pracy, przeprowadza się badania (mapy bólu) oceniające szczegóły w diagnostyce PFMD u pacjentek z wulwodynią.

Dla większości pacjentek z wulwodynią rozpoznanie choroby przynosi ulgę i znacznie poprawia komfort życia. Okazuje się, że w Stanach Zjednoczonych 60% kobiet, żeby uzyskać diagnozę, odwiedza ponad 6 lekarzy [1, 4, 5]. Z doświadczeń własnych wynika, że w Polsce jest to jeszcze trudniejsze, ponad 90% pacjentek same postawiły rozpoznanie wulwodynii i na własną rękę szukało pomocy. Na pytanie: „Panie doktorze, może to wulwodynia?” otrzymywały szerokie spektrum negatywnych odpowiedzi.

Leczenie

Wulwodynia wymaga kompleksowego i wielokierunkowego postępowania, ponieważ ma różne przyczyny, choroby współistniejące, zaburza wiele aspektów życia pacjentek i ich rodzin [1, 2, 4, 5, 13, 19].

Ból powinien być leczony sam w sobie, bez względu na znaną, bądź nie, przyczynę. W obowiązującej od niedawna ustawie o Prawach Pacjenta podkreśla

się, że pacjent ma prawo do leczenia bólu i określenia postępu takiej terapii. Skuteczne leczenie bólu pozostaje obowiązkiem lekarza. Jeśli sam nie dysponuje wystarczającymi możliwościami, ginekolog, dermatolog, lekarz rodzinny, seksuolog, psychiatra — powinni skierować pacjentkę do ośrodka, w którym zostanie jej udzielona pomoc.

Nie tylko w Polsce, ale także na świecie nie uzgodniono jednego obowiązującego standardu postępowania diagnostycznego, a tym bardziej terapeutycznego, u pacjentek z przetrwałym bólem sromu — wulwodynią [1, 2, 4, 5, 8].

Na świecie powstały ośrodki, które prowadzą wielokierunkową terapię i mają dobre wyniki w leczeniu wulwodynii (doświadczenia własne, 18, 20)). *National Vulvodynia Association* (NVA), towarzystwo naukowe zajmujące się badaniami nad wulwodynią, podaje około 30 sposobów jej leczenia. Oznacza to, że nie ma jednej, skutecznej terapii dla wszystkich. Ostatnie publikacje Pukall i Goldstein [4, 5], mające podsumować obecny stan wiedzy na temat wulwodynii, nie pokazują postępu w leczeniu w ostatnich latach, zaś brak konkretów w diagnostyce implikuje brak skutecznego leczenia. Nie można się z tym zgodzić.

Autorzy [4] dokonali podsumowania skuteczności leczenia wulwodynii na podstawie dostępnej literatury (tab. 1). Każdy lekarz pracujący z pacjentkami z wulwodynią powinien zapoznać się szczegółowo z tą obszerną publikacją.

Wobec obowiązujących zaleceń zachowawcze leczenie wulwodynii powinno polegać na zastosowaniu terapii mięśniowo-powięziowej (manualnej) w zakresie miednicy oraz terapii poznawczo-behawioralnej, dodatkowo wielospecjalistyczna terapia może obejmować konsultacje lekarskie oraz ogólną fizjoterapię [4, 5, 20].

Pracując z pacjentkami z wulwodynią od wielu lat, w Terpie (www.terpa.eu) wraz z zespołem terapeutów wypracowano program szczegółowej diagnostyki i intensywnej terapii pacjentki z bólem, określony nazwą RECOVER (*The Rapy of PELvic FLOOR in Vulvodynia ResEarCh*). Po diagnostyce ginekologicznej, jeśli powodem wulwodynii jest dysfunkcja mięśni miednicy (PFMD/*hypertonicity*), projekt zakłada pracę pacjentki z trzema terapeutami. Terapeutka w zakresie miednicy prowadzi terapię manualną przez pochwę lub odbył w celu rozluźnienia głębokich i powierzchownych mięśni miednicy oraz masaż okolicy okołocewkowej. Na kolejnym etapie, za pomocą biofeedbacku, terapeutka uczy pacjentkę, jak może sama pracować z mięśniami. Fizjoterapeuta pracuje z pacjentką ogólnie metodą manipulacji powięzi. Psycholog prowadzi diagnostykę psychologiczną, uczy pracy z ciałem, relaksacji, redukuje

stres na drodze neurobiofeedbacku, ukierunkowuje na psychoterapię, jeśli jest uzasadniona.

Terapia wulwodynii zakłada multidyscyplinarne podejście do pacjentki i jest to zgodne z obowiązującymi zaleceniami [1, 4, 5, 19]. Przy prawidłowej diagnostyce i różnicowaniu, skuteczność terapii jest wysoka (w badaniach własnych osiąga 80% wśród pacjentek, które deklarują ustąpienie dolegliwości lub znaczną poprawę). Pacjentki, które przeszły terapię, pozostają w długoterminowej obserwacji. Wyniki w ośrodkach autorów będą podsumowywane.

Farmakoterapia miejscowa i ogólna nie jest skuteczna na podstawie obecnego stanu wiedzy, także dlatego, że ogólna farmakoterapia posiada objawy uboczne. Początkowo, włączenie leczenia może przynieść pacjentce pewną poprawę, ale uzyskany efekt wymaga zwiększania dawki i ostatecznie ból powraca [4, 5]. W indywidualnych przypadkach może jednak stanowić terapię uzupełniającą.

Pracując od lat z pacjentkami z wulwodynią, autorzy zgadzają się w tym podejściu, z uwzględnieniem odpowiedniej wstępnej diagnostyki ginekologicznej.

Tylko pacjentki z wulwodynią spowodowaną PFMD/*hypertonicity* odniosą korzyść z terapii manualnej mięśni i powięzi miednicy. Pozostałe (ok. 20% kobiet z wulwodynią), u których przyczyną bólu stanowią nawroty infekcji opryszczki narządów płciowych bądź przyczyny immunologiczne, jak odczynowe zapalenie stawów (RA, *reactive arthritis*), odniosą korzyść z leczenia amitryptyliną i/lub gabapentyną (czy obecnie raczej pregabaliną). W tych, niezbyt częstych przypadkach, wynik leczenia farmakologicznego będzie bardzo dobry albo dolegliwości ustąpią samoistnie.

Często, bez względu na zastosowane leczenie bądź nie, nasilenie bólu zmienia się w czasie, przychodzą okresy remisji i zaostrzeń. Jednym ze znanych czynników powodujących nawrót bądź nasilenie dolegliwości są stres, lęk, napięcie. Pomocne bywają wówczas leki przeciwdepresyjne.

Leczenie chirurgiczne, polegające na wycięciu przedsionka pochwy (westibulektomia) w zakresie pierścienia błony dziewiczej, szczególnie okolicy dołu łódkowatego, ma swoje miejsce w leczeniu wulwodynii, aczkolwiek jest bardzo rzadko wykorzystywane. Może dlatego, że niepowodzenia terapii wynikają z innych przyczyn niż domniemane zmiany w obrębie śluzówki przedsionka pochwy. Westibulektomia jest obciążona możliwością powikłań w postaci zastoinowych torbieli gruczołów przedsionkowych [4, 5, 8, 20].

W nieskutecznym postępowaniu zachowawczym czy operacyjnym, przy utrzymywaniu się bardzo silnych i uporczywych dolegliwości bólowych (wulwodynia spontaniczna), pozostaje leczenie silnymi lekami prze-

Tabela 1. Podsumowanie metod leczenia wulwodynii na podstawie literatury [4]

1.	Terapia mięśniowo-powięziowa miednicy (z biofeedbackiem)	Rekomendowana , postępowanie z wyboru u pacjentek z PFMD 75% znaczna poprawa po 10 sesjach terapeutycznych, elektrostymulacja, <i>biofeedback</i>
2.	Terapia psychologiczna, poznawczo-behawioralna (CBT)	Rekomendowana Skuteczność porównywalna do westibulektomii w obserwacji 2,5 roku
3.	Akupunktura	Trwają badania, obiecujące doniesienia
4.	Wielospecjalistyczne leczenie: psychoterapia, fizjoterapia i regularne konsultacje lekarskie	Rekomendowana , ale wymaga badań z randomizacją, które części terapii, jakie programy są najbardziej skuteczne
5.	Lidokaina	Nierekomendowana jako długotrwałe leczenie w wulwodynii prowokowanej (dyspareunii)
6.	Kapsaicyna	Nierekomendowana jako leczenie pierwszego rzutu w prowokowanej wulwodynii (dyspareunii), ale należy rozważyć, gdy inne sposoby leczenia nie przyniosą korzyści (nie ma określonych zasad stosowania, stężenie 0,002% na srom)
7.	Toksyna botulinowa A (Botox)	Nierekomendowana W jednym badaniu iniekcje w obrębie sromu nie przyniosły większej skuteczności niż placebo, trwają 2 badania (od 2015 roku)
8.	Kortykosterydy miejscowo na srom	Nierekomendowane Nie potwierdzono skuteczności w wulwodynii prowokowanej
9.	Interferon	Nierekomendowany Jedno małe badanie bez grupy kontrolnej pokazało niewielką skuteczność
10.	Heparyna	Nierekomendowana, Brak skuteczności w jednym badaniu randomizowanym
11.	Leczenie hormonalne (doustna antykoncepcja hormonalna, testosteron miejscowo, estrogeny miejscowo)	Nierekomendowane Zalecane leczenie miejscowe estrogenami u kobiet z menopauzalnym zespołem urogenitalnym (GSM, <i>genitourinary syndrome of menopause</i>) u kobiet z wulwodynią prowokowaną
12.	Trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (Amitryptylina)	Nierekomendowane Ostatnie badania randomizowane nie potwierdziły skuteczności
13.	Przeciwdepresyjne: inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny i noradrenaliny	Nierekomendowane; leki wspomagające leczenie bólu Prowadzone badania, obiecujące doniesienia odnośnie do duloksetyny
14.	Leki przeciwpadaczkowe (gabapentyna, pregabalina)	Nierekomendowane Prowadzone są badania randomizowane z zastosowaniem gabapentyny, wyniki będą niedługo podane; wiele badań z zastosowaniem pregabaliny, niespójne wyniki, obiecujące
15.	Leczenie chirurgiczne: westibulektomia	Rekomendowane jako leczenie ostatniego wyboru, kiedy metody zachowawcze zawiodą Skuteczność 60–90%, w badaniu poprawę odniosło 67% kobiet po westibulektomii, podczas gdy 78% kobiet po zastosowaniu leczenia zachowawczego, skuteczność obu metod zastosowanych kolejno wynosiła 89%

Pogrubioną czcionką zaznaczono terapię o potwierdzonej skuteczności, rekomendowane na podstawie dowodów medycznych (EBM, *evidence based medicine*)

ciwbólowymi z grupy opioidów, ponieważ niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) są nieskuteczne. Niestety, opioidy również bywają niewystarczające. Pozostają do wykorzystania techniki inwazyjne (blokady terapeutyczne nerwów obwodowych, termolezja czy metody neuromodulacji), wykonywane w poradni leczenia bólu [21]. Problemem jest niewystarczająca skuteczność, kiedy ból nie ustępuje całkowicie, a także gdy występują uporczywe nawroty dolegliwości bólowych.

Kolejnym kierunkiem badań u pacjentek z wulwodynią jest wykorzystanie technik neuroplastyczności mózgu w celu wyeliminowania chronicznego bólu. W doświadczeniach własnych autorów to zagadnienie stanowi cel dalszych poszukiwań skutecznej terapii.

Pracując z pacjentkami z wulwodynią, tak jak u wszystkich pacjentów z przewlekłym bólem, należy być przygotowanym na pracę z trudnym pacjentem [22]. Zadaniem lekarzy i terapeutów jest określanie realnych celów terapii. Największym problemem w terapii wulwodynii są nawroty dolegliwości, konieczność stałej pracy pacjentki (praca własna czy w układzie partnerskim) lub okresowy powrót do terapii w sytuacji zaostrzeń. U wielu pacjentek utrzymuje się jednak całkowite wyleczenie.

Do ginekologa należy diagnostyka, postawienie rozpoznania wulwodynii, u niektórych pacjentek włączenie leczenia farmakologicznego, edukacja i wsparcie oraz skierowanie na konsultację czy terapię

do innych specjalistów: psychologa oraz fizjoterapeuty czy terapeuty pracującego w zakresie rehabilitacji miednicy (w Polsce to bardzo rzadka umiejętność) czy terapeuty bólu. Ze względu na choroby współistniejące, w uzasadnionych przypadkach, należy zalecić konsultację u seksuologa, psychiatry, gastrologa czy urologa. Praca z pacjentkami z wulwodynią uczy pokory i współdziałania.

Już samo rozpoznanie wulwodynii i zajęcie się tym problemem przynosi pacjentce ulgę i nadzieję na ustąpienie dolegliwości.

Piśmiennictwo

1. Nunns D, Mandal D, Byrne M, et al. British Society for the Study of Vulval Disease (BSSVD) Guideline Group. Guidelines for the management of vulvodynia. *Br J Dermatol*. 2010; 162(6): 1180–1185, doi: [10.1111/j.1365-2133.2010.09684.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.09684.x), indexed in Pubmed: [20331460](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20331460/).
2. Persistent Vulvar Pain; Committee Opinion No. 673. American College of obstetricians and gynecologists. *Obstetricians and Gynecologists Obstet Gynecol*. 2016.
3. Andrews JC, Bogliatto F, Lawson HW, et al. Speaking the Same Language: Using Standardized Terminology. *J Low Genit Tract Dis*. 2016; 20(1): 8–10, doi: [10.1097/LGT.0000000000000157](https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000157), indexed in Pubmed: [26579837](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26579837/).
4. Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, et al. Vulvodynia: Assessment and Treatment. *J Sex Med*. 2016; 13(4): 572–590, doi: [10.1016/j.jsxm.2016.01.020](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.020), indexed in Pubmed: [27045258](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27045258/).
5. Pukall CF, Goldstein AT, Bergeron S, et al. Vulvodynia: Definition, Prevalence, Impact, and Pathophysiological Factors. *J Sex Med*. 2016; 13(3): 291–304, doi: [10.1016/j.jsxm.2015.12.021](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.021), indexed in Pubmed: [26944461](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26944461/).
6. Havemann LM, Cool DR, Gagneux P, et al. Vulvodynia: What We Know and Where We Should Be Going. *J Low Genit Tract Dis*. 2017; 21(2): 150–156, doi: [10.1097/LGT.0000000000000289](https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000289), indexed in Pubmed: [27984345](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27984345/).
7. Arnold LD, Bachmann GA, Rosen R, et al. Vulvodynia: characteristics and associations with comorbidities and quality of life. *Obstet Gynecol*. 2006; 107(3): 617–624, doi: [10.1097/01.AOG.0000199951.26822.27](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000199951.26822.27), indexed in Pubmed: [16507933](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16507933/).
8. Bonham A. Vulvar vestibulodynia: strategies to meet the challenge. *Obstet Gynecol Surv*. 2015; 70(4): 274–278, doi: [10.1097/OGX.0000000000000169](https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000169), indexed in Pubmed: [25900527](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25900527/).
9. Tracey KJ. Physiology and immunology of the cholinergic anti-inflammatory pathway. *J Clin Invest*. 2007; 117(2): 289–296, doi: [10.1172/JCI30555](https://doi.org/10.1172/JCI30555), indexed in Pubmed: [17273548](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17273548/).
10. Jantos M, Johns S, Torres A, et al. Mapping chronic urogenital pain in women: review and rationale for a muscle assessment protocol — Parts 1–2. *Pelviperrineology*. 2015; 34: 21–36.
11. Jantos M, Burns NR. Vulvodynia. Development of a psychosexual profile. *J Reprod Med*. 2007; 52(1): 63–71, indexed in Pubmed: [17286072](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17286072/).
12. Rodzaje bólu. <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/94188,rodzaje-bolu>. (1.10.2014).
13. Rao SSC, Patcharatrakul T. Diagnosis and Treatment of Dyssynergic Defecation. *J Neurogastroenterol Motil*. 2016; 22(3): 423–435, doi: [10.5056/jnm16060](https://doi.org/10.5056/jnm16060), indexed in Pubmed: [27270989](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27270989/).
14. Dargie E, Holden RR, Pukall CF. The Vulvar Pain Assessment Questionnaire inventory. *Pain*. 2016; 157(12): 2672–2686, doi: [10.1097/j.pain.0000000000000682](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000682), indexed in Pubmed: [27780177](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27780177/).
15. Friedrich EG. Vulvar vestibulitis syndrome. *J Repr Med*. 1987; 32: 110–114.
16. Reed B, Plegue M, Harlow S, et al. Does Degree of Vulvar Sensitivity Predict Vulvodynia Characteristics and Prognosis? *The Journal of Pain*. 2017; 18(2): 113–123, doi: [10.1016/j.jpain.2016.10.006](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.10.006).
17. Prendergast SA, Weiss JM. Screening for musculoskeletal causes of pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol*. 2003; 46(4): 773–782, indexed in Pubmed: [14595218](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14595218/).
18. Hartmann D, Sarton J. Chronic pelvic floor dysfunction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014; 28(7): 977–990, doi: [10.1016/j.bpobgyn.2014.07.008](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.07.008), indexed in Pubmed: [25108498](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25108498/).
19. Bogliatto F, Boraso F. A New Model of Care: The Lower Female Anourogenital Network. *J Low Genit Tract Dis*. 2016; 20(1): 105–106, doi: [10.1097/LGT.0000000000000152](https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000152), indexed in Pubmed: [26704333](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26704333/).
20. Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Goldfinger C, et al. Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *J Sex Med*. 2010; 7(2 Pt 2): 1003–1022, doi: [10.1111/j.1743-6109.2009.01642.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01642.x), indexed in Pubmed: [20059663](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20059663/).
21. Kocot-Kępska M, Przekłasa-Muszyńska A, Kołtąj M. Niefarmakologiczne metody leczenia bólu przewlekłego. *Terapia*. 2010; 11–12: 20–25.
22. Chisari C, Chilcot J. The experience of pain severity and pain interference in vulvodynia patients: The role of cognitive-behavioural factors, psychological distress and fatigue. *J Psychosom Res*. 2017; 93: 83–89, doi: [10.1016/j.jpsychores.2016.12.010](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.12.010), indexed in Pubmed: [28107898](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28107898/).