

Czy terapia Recover skutecznie zmniejsza ból u kobiet z wulwodynią?

Is Recover therapy effective in reducing pain in women with vulvodynia?

Ewa Baszak-Radomańska, Jadwiga Wańczyk-Baszak, Marta Nowosad, Joanna Sawka, Agnieszka Mazurkiewicz, Karolina Ochnik-Bąk, Paweł Malicki

III Katedra i Klinika Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Ośrodek Terpa w Lublinie

Streszczenie

Wstęp: Wulwodynia (Vd) to ból lub dyskomfort na sromie utrzymujący się przez ponad 3 miesiące przy braku innych widocznych zmian patologicznych. Prowokowana Vd to jeden z powodów dyspareunii, czyli bólu związanego ze współżyciem seksualnym. Wulwodynia jest bólem czynnościowym, współistnieje z nadmiernym napięciem mięśniowo-powięziowym w zakresie miednicy i predyspozycją psychiczną. Nie wypracowano standardów leczenia, ale najlepsze wyniki przynosi terapia multidyscyplinarna.

Materiał i metody: Przeprowadzono badanie retrospektywne wśród 121 kobiet z Vd, które przebyły terapię Recover. Program obejmuje 19 sesji terapeutycznych w zakresie terapii miednicy, wstępnej fizjoterapii i konsultacji psychologicznych w ciągu minimum 5 dni. Do programu ginekolog kwalifikuje pacjentki z Vd i dysfunkcją mięśniowo-powięziową miednicy (overactive state) i podsumowuje leczenie. Oceniono nasilenie i charakter bólu w numeric rating scale (NRS) przed terapią oraz 2 i 6 miesięcy po terapii.

Wyniki: W ocenie bólu na sromie potwierdzono subiektywne zmniejszenie dolegliwości o 65% po terapii, ponadto 2/3 kobiet określiło redukcję bólu i dyskomfortu o minimum 50% (2 i 6 mies. po terapii Recover), przy czym poprawa utrzymywała się na tym samym poziomie z upływem czasu. Najlepsze wyniki uzyskano w redukcji bólu u kobiet z dyspareunią spowodowaną Vd prowokowaną. Okres trwania Vd nie miał znaczenia dla wyników leczenia.

Wnioski: W ośrodku leczenia kobiet z chorobami sromu i Vd wypracowano skuteczny, interdyscyplinarny program terapii Vd. Zgodnie z kryteriami oceny skuteczności leczenia, program Recover przyniósł zmniejszenie bólu w Vd. Warto przeprowadzić badanie z randomizacją i grupą kontrolną z uwzględnieniem także innych kluczowych parametrów oceny terapii Recover, zgodnie z konsensusem Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials (IMMPACT).

Słowa kluczowe: ból narządów płciowych i miednicy/ból penetracyjny, dysfunkcja mięśni dna miednicy, dyspareunia, przewlekły ból, terapia multidyscyplinarna, wulwodynia

Seksuologia Polska 2020; 18

Abstract

Introduction: Vulvodynia (Vd) is a form of chronic vulvar pain and other discomfort that persists for more than three months in the absence of any evident vulvovaginal pathology. Provoked Vd is one of the reasons of dyspareunia. Vd is classified as a functional pain syndrome that is mediated by pelvic floor muscles dysfunction (PFMD overactive state) and psychological predisposition. Treatment standards do not exist, although multidisciplinary therapy seems to be the most effective.

Material and methods: Retrospective study was performed within 121 women with Vd who undergo Recover therapy. Nineteen therapeutic sessions were included, with manual pelvic therapy, initial general physiotherapy and psychological consultations performed during minimum 5 days. Vd patients with PFMD overactive state were qualified by a gynecologist to the therapy, who also summarizes the treatment. Pain rate and characteristics of vulvar discomfort were assessed before and 2 and 6 months after therapy, recorded in NRS.

Results: Vulvar pain and discomfort subjective reduction by 65% was confirmed after therapy, even more, 2/3 of women reported a minimum 50% relief in pain, the improvements were maintained over the time. The best treatment results in dyspareunia women caused by provoked Vd were obtained. The outcome was not dependent on the duration of Vd.

Conclusions: In the center when women with vulvar diseases and Vd are treated, interdisciplinary Vd therapeutic program was developed. Recover therapy can lead to clinically meaningful improvement in Vd pain, according to chronic pain therapy assessment criteria. Randomized clinical trial with control group is indicated, when other key parameters of IMMPACT consensus, for Recover therapy assessment, would be taken under consideration.

Key words: chronic pain, dyspareunia, genito-pelvic pain/penetration disorders, multidisciplinary therapy, pelvic floor muscles dysfunction, vulvodynia

Seksuologia Polska 2020; 18

Wstęp

Wulwodynia (Vd, *vulvodynia*) to rodzaj przewlekłego bólu lub innego dyskomfortu na sromie, który utrzymuje się ponad 3 miesiące (stale bądź w postaci remisji i nawrotów), przy braku innej widocznej patologii, która może być przyczyną dolegliwości, zgodnie z obowiązującą definicją z 2015 roku [1].

Wulwodynia należy do czynnościowego bólu przewlekłego. Znaczna część pacjentek (ok. 90%) funkcjonuje z nadmiernym napięciem w zakresie układu mięśniowo-powięziowego miednicy (PFMD, *pelvic floor muscle dysfunction overactive/non-relaxing state*) [2–5], co bywa przyczyną dolegliwości współistniejących (dyzuryczne, z odbytu lub objawy jelitowe) [2, 3, 5–7]. Drugim czynnikiem ryzyka do wystąpienia dolegliwości jest predyspozycja psychiczna (życie w dużym stresie, typ osobowości, wysoki poziom lęku, pogorszony nastrój czy depresja) [2, 3, 8]. Etiologia wulwodynii nie jest znana [1].

Wulwodynia może być określana jako prowokowana, spontaniczna (bez czynnika wyzwalającego) i mieszana (dolegliwości spontaniczne i prowokowane). W Vd prowokowanej ból sromu występuje w odpowiedzi na dotyk, ucisk, otarcie (np. w sytuacji stosunku pochwowego lub wsuwania do pochwy wibratora, tamponu, ucisk ubrania lub siedzenie) [1, 2, 8]. Prowokowana Vd, prócz brutalnego seksu, stanowi najczęstszą przyczynę dyspareunii powierzchownej, określanej jako ból czy dyskomfort w przedsionku czy w pochwie, związany z wprowadzaniem członka do pochwy lub pojawiający się po współżyciu. Definicja dyspareunii zakłada, że ból utrzymuje się minimum 6 miesięcy, przynajmniej przy części kontaktów lub występuje nawrotowo [8, 9]. W ostatniej klasyfikacji *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), zamiast dyspareunii pojawiło się określenie ból narządów płciowych i miednicy/ból penetracyjny (GPPPD, *genito-pelvic pain/penetration disorders*), ponieważ twórcy uznają, że ból związany ze współ-

życiem seksualnym jest bardziej zespołem bólowym niż dysfunkcją seksualną [9]. Dla oceny dyspareunii najczęściej stosowana jest skala Marinoffa (4 stopnie): 0 — brak bólu przy stosunku, 1 — ból, ale stosunku nie trzeba przerywać ze względu na ból, 2 — stosunek niemożliwy do kontynuacji, 3 — penetracja niemożliwa ze względu na ból. Nasilenie dolegliwości ocenia pacjentka najczęściej w skali *numeric rating scale* (NRS), od 0 — brak bólu do 10 — ból, którego nie można wytrzymać [2, 3, 8, 9].

Nie ma powszechnie przyjętych standardów leczenia Vd [10]. Całkowite pozbycie się bólu jest mało realnym celem leczenia. Dla lekarzy czy terapeutów pracujących z pacjentami z przewlekłym bólem, zmniejszenie dolegliwości albo wzmocnienie umiejętności radzenia sobie z bólem bywa wystarczające dla polepszenia jakości życia i może być zasadniczym punktem końcowym terapii Vd [11].

Ośrodki, w których pracuje się z pacjentkami z przetrwałym bólem sromu, wypracowują własne sposoby terapii. W medycynie opartej na dowodach (EBM, *evidence based medicine*) rekomendowana jest terapia multidyscyplinarna, obejmująca konsultacje lekarskie, terapię manualną miednicy, biofeedback, fizjoterapię ogólną, interwencję psychologiczną lub psychoterapię partą na terapii poznawczo-behawioralnej (CBT, *cognitive behavioural therapy*) [6, 10–13]. Jest to zgodne z zasadą leczenia bólu przewlekłego (PMPs, *Chronic Pain Management Programs*) wprowadzoną w USA w latach 70. XX wieku, następnie również w Europie, z zastosowaniem różnych modułów, różnego czasu trwania terapii, zazwyczaj stacjonarnie [14, 15]. Jako leczenie koanalgetyczne stosowane są leki miejscowe i ogólne, szczegółowo omawiane w innych publikacjach [6, 11, 15, 16], wiele stosowanych leków nie wykazuje skuteczności bądź nie ukończono jeszcze badań w Vd [10].

Ostatnia publikacja, będąca podsumowaniem stanu wiedzy i wyznaczaniem kierunków badań w tym obszarze [6] wskazuje na pilną potrzebę badań klinicz-

nych w zakresie terapii Vd. Ocena wyników napotyka na liczne ograniczenia, jeśli rezultaty badań mają być walidowane i oparte na EBM. Brak ogólnie przyjętych kryteriów oceny rezultatów leczenia stanowi największą przeszkodę w porównywaniu wyników różnych terapii. Brakuje konsensusu w rekomendacjach dotyczących wielodyscyplinarnych terapii [11].

W literaturze obowiązuje rekomendacja oceny punktów końcowych w leczeniu bólu przewlekłego, opracowana w 2003 roku — *Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials* (IMMPACT), zalecana także do oceny wyników terapii w Vd [6, 17–19]. W IMMPACT zakłada się konieczność oceny sześciu kluczowych parametrów w badaniach klinicznych dotyczących przewlekłego bólu i Vd: ból oceniany w skali NRS, funkcjonowanie fizyczne w tym także seksualne, funkcjonowanie emocjonalne (depresja, lęk), subiektywna ocena przez pacjenta poprawy stanu zdrowia i zadowolenie z leczenia, objawy i zdarzenia niepożądane oraz dyspozycyjność pacjenta w badaniu. Poza kluczowymi parametrami, wytyczne IMMPACT zawierają parametry dodatkowe. Niektóre z nich, jak funkcjonowanie w określonych rolach i interpersonalne oraz radzenie sobie z problemem powinny być uwzględnione w ocenie Vd [17, 18]. Nie ma publikacji, które oceniałyby wszystkie kluczowe parametry w ocenie skuteczności terapii, najważniejsza pozostaje subiektywna ocena bólu.

Material i metody

Badanie retrospektywne opiera się na ocenie statystycznej danych z elektronicznej dokumentacji medycznej dotyczących kobiet z Vd, diagnozowanych i leczonych w okresie od stycznia 2016 roku do czerwca 2018 roku w ośrodku zajmującym się chorobami sromu i Vd. Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej. Analizie poddano ból spontaniczny lub prowokowany w ostatnim tygodniu (w skali NRS) u 121 dorosłych kobiet z Vd, niebędących w ciąży, które przebyły interdyscyplinarną terapię Recover oraz udzieliły informacji telefonicznie 2 i 6 miesięcy po terapii. Średni wiek kobiet w grupie badanej wynosił 34 lata (18–74 lata), średnia masa ciała 60 kg (51–84 kg).

Kryteria rozpoznania Vd były określane jako: 1) dolegliwości bólowe (pieczenie, ucisk, ciągnięcie, palenie, klucie), świąd, pieczenie, suchość, dyskomfort, nadwrażliwość sromu i /lub krocza; 2) utrzymujące się minimum 3 miesiące (mogą być remisje nawrot); 3) bez innej choroby na sromie mogącej być przyczyną dolegliwości bólowych (choroba z wykluczenia). Wulwodynia prowokowana (13 pacjentek/11% badanych) określana w badaniu jako dyspareunia, pacjentki

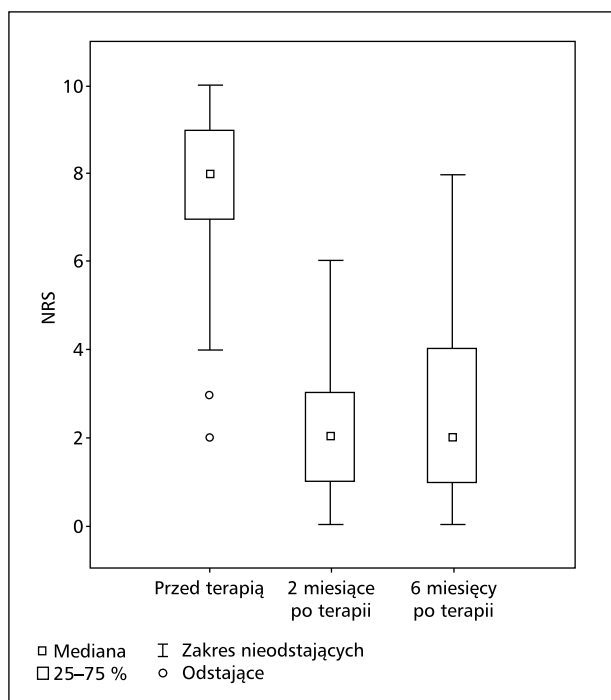
dolegliwości wyłącznie w związku z penetracją, utrzymujące się minimum 6 miesięcy. W skali Marinoffa ≥ 1 pkt, w większości penetracji lub zaniechanie stosunku ze względu na ból, lub minimum 10 epizodów bólu związanego z penetracją. Wulwodynia mieszana (79 pacjentek/62% badanych) z dolegliwościami występującymi spontanicznie i w czasie penetracji. Wulwodynia spontaniczna (29 pacjentek/27% badanych) z dolegliwościami bez związku z czynnikiem zewnętrznym. Kryterium wyłączenia z badania stanowił brak kompletnych danych w dokumentacji.

Terapia RECOVER (*TheRapy of PELviC FIoor in Vulvodynia ResEarCh*), wypracowana przez terapeutów i stosowana w ośrodku od 2014 roku z telefonicznym podsumowaniem w 2 i 6 miesiącach po leczeniu. Pacjentki były diagnozowane przez lekarza ginekologa (sposób diagnostyki opisano w innej publikacji [20]), co stanowi regularną praktykę u kobiet z bólem sromu w ośrodku. Po rozpoznaniu Vd z PFMD *overactive/non-relaxing state* pacjentka była kwalifikowana do terapii Recover obejmującej przeprowadzenie 19 indywidualnych spotkań terapeutycznych (czas trwania 40–60 min, każda sesja) z 3 terapeutami i lekarzem:

- 10 spotkań z terapeutką w zakresie tkanek miękkich miednicy (przez pochwę lub odbył), gdzie zaangażowano także 10 sesji aplikacji lasera niskoenerygetycznego (LLLT, *low-level laser therapy*) na srom i okolice okołocewkową. Przeprowadzano również magnetoterapię (raz dziennie, do 10 sesji). Na kolejnym etapie pacjentka była uczona pracy z mięśniami miednicy z zastosowaniem biofeedbacku. Jeśli para wyrażała życzenie, partner był uczony masażu miednicy przez pochwę;
- 3 spotkania diagnostyczne, wstępna terapia według metody *certified fascial manipulation specialist* (CFMS) Stecco, w celu oceny dysfunkcji mięśniowo-powięziowych poza miednicą;
- 5 konsultacji z psychologiem w nurcie akceptacji i zaangażowania (ACT, *acceptance and commitment*), CBT, techniki relaksacyjne.

Pacjentki były motywowane do wykorzystania nabytych umiejętności, technik relaksacyjnych, zmiany nawyków czy włączenia nowych aktywności w codzienne życie. Ostatnie spotkanie podsumowujące odbywało się z ginekologiem, seksuologiem, który kwalifikował do programu terapeutycznego. Praca terapeutów i lekarza to także szerokie spektrum edukacji i wskazówek co do dalszej terapii.

Pacjentki były w programie stacjonarnym (5 dni) w 64% lub przychodziły na terapię w dłuższym terminie, przy czym terapia manualna odbywała się wówczas codziennie przez 10 dni (z 2-dniową przerwą) w 36%. Niektóre pacjentki (23 kobiety/19% wszystkich, tylko



Rycina 1. Ocena bólu w *numeric rating scale* (NRS) w grupie kobiet z wulwodynią przed terapią Recover oraz 2 miesiące i 6 miesięcy po zakończeniu terapii

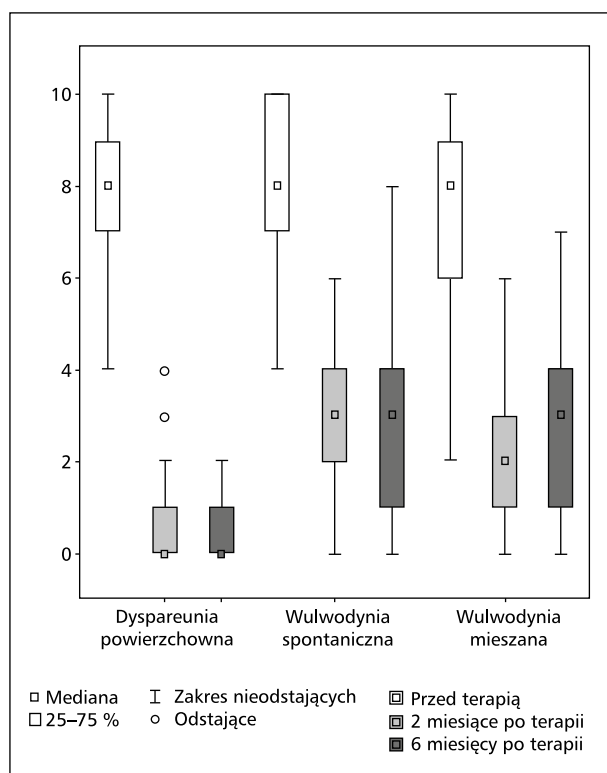
z Vd spontaniczną i mieszaną) stosowały leki doustne w czasie lub po terapii, rekomendowane w ośrodku lub kontynuowane z zalecenia innych lekarzy, między innymi duloksetyna lub inny lek z tej grupy oraz pregabalina lub rzadko gabapentyna lub obie grupy leków łącznie. Nie przerywano leczenia innymi lekami (też antykoncepcyjnymi). Nie prowadzono terapii u pacjentek stosujących amitryptylinę.

Głównym punktem końcowym badania była ocena wpływu terapii Recover na odczuwany ból w skali NRS: przed terapią oraz 2 i 6 miesięcy po zakończeniu terapii. Dodatkowo autorzy ustalali, czy stopień poprawy (czy pogorszenia) miał związek z czasem trwania przewlekłego bólu oraz rodzajem odczuwanych dolegliwości oraz czy terapia wpłynęła na powrót do współżycia z penetracją pochwy u kobiet z dyspareunią.

Analiza statystyczna była przeprowadzona z wykorzystaniem programu Statistica w.9.1 (Statsoft Polska) z określeniem danych populacyjnych (średnia i SD), test χ^2 , test t-studenta, Test Kruskala-Wallisa, test korelacji Manna-Whitneya U z zastosowaniem wartości krytycznej $p = 0,05$.

Wyniki

Ocena NRS z początkiem terapii we wszystkich grupach Vd była podobna, przed terapią średnio NRS = 7,6 (2–10). Po 2 miesiącach po zakończeniu terapii, średnia spadku NRS to –5,27 (Me = –5), średnia NRS =



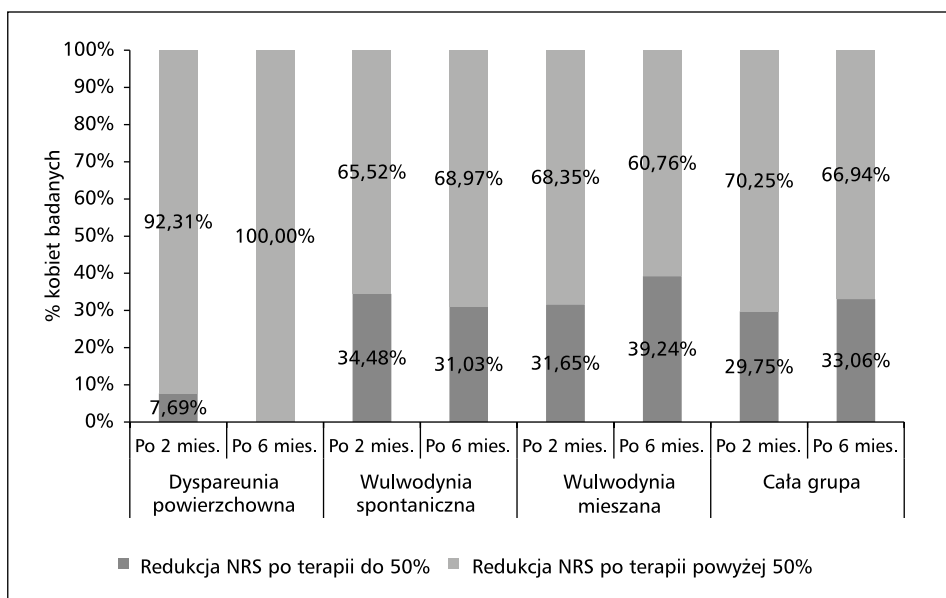
Rycina 2. Ocena bólu w *numeric rating scale* (NRS) w 3 podgrupach kobiet: z dyspareunią, wulwodynią spontaniczną i mieszaną, przed terapią Recover oraz 2 miesiące i 6 miesięcy po zakończeniu terapii

2,32, bez wyraźniej różnicy po 6 miesiącach po terapii, gdzie spadek NRS to –5,21 a średni wynik NRS = 2,38 dla wszystkich badanych. Największy spadek NRS to –10. Była jedna pacjentka z nasileniem dolegliwości NRS +3. Średnio odczuwanie bólu sromu w ocenie NRS spadło o 65% po 2 i 6 miesiącach. Ocena NRS dla całej grupy badanej przedstawiono na rycinie 1 oraz w podziale na 3 podgrupy, na rycinie 2.

Analizując zmianę dolegliwości bólowych, grupę badaną (i 3 podgrupy) podzielono w zależności od stopnia redukcji dolegliwości, ustalając odciętą na redukcji bólu o 50% po przebytej terapii. Wyniki przedstawiono na rycinie 3.

W grupie badanej 33 kobiety (27,27%) nie odbywały stosunków pochwowych, z czego 2 kobiety/15,38% w grupie dyspareunii nie współżyły, natomiast po 2 i 6 miesiącach po leczeniu wszystkie kobiety z dyspareunią współżyły. W grupie kobiet z Vd mieszaną (w tym również są kobiety z dyspareunią) 2 kobiety/2,53% zaniechały współżycia po 2/6 miesiącach, natomiast 17 kobiet/21,52% i 16/20,25% przystąpiło do współżycia po leczeniu odpowiednio po 2/6 miesiącach.

W 2 podgrupach kobiet, które podawały ból przy współżyciu przed terapią (dyspareunia i Vd mieszaną), po przebyciu Recover podawały utrzymywanie się bolesnych penetracji (skala Marinoffa 1–3): w grupie



Rycina 3. Redukcja bólu w *numeric rating scale* (NRS) po terapii (2 i 6 miesięcy) z podziałem na: do 50% i powyżej 50%, w stosunku do dolegliwości przed leczeniem, z podziałem na podgrupy i całą grupę badaną

dyspareunii 1 kobieta/7,69% i 5 kobiet/38,46% odpowiednio po 2/6 miesiącach, a w grupie kobiet z Vd mieszaną 39 kobiet/49,37% i 38/48,10% odpowiednio po 2/6 miesiącach.

Przeanalizowano zależności występowania i ustępowania bólu w zależności od czasu trwania dolegliwości (o ile pacjentka potrafiła ocenić) w 4 przedziałach: ból pojawił się w ostatnim roku (45 kobiet/37,50%), 1–5 lat (46 kobiet/38,33%), 6–10 lat (13 kobiet/10,83%) oraz ponad 10 lat (16 kobiet/13,33%). Odnotowano istotną statystycznie korelację dolegliwości bólowych w NRS i czasu trwania dolegliwości (R = 0,213, p = 0,019), podobnie po 2/6 miesiącach. Dłuższemu czasowi trwania dolegliwości bólowych odpowiada większe nasilenie bólu, ale korelacja jest bardzo słaba. Natomiast wielkość zmiany NRS po terapii nie była skorelowana z długością trwania dolegliwości.

Odnotowano jedyną istotną statystycznie różnicę w pomiarze pomiędzy oceną bólu przed terapią u kobiet o skrajnych okresach trwania dolegliwości, w teście Kruskala-Wallis: $H(3, n = 120) = 8,527100, p = ,0363$. Statystyki opisowe pokazują, że w grupie o najkrótszym czasie trwania bólu wartości NRS były niższe (M [mean] = 7,22, Me [median] = 7,0) niż w grupie o czasie trwania powyżej 10 lat (M = 8,63, Me = 10). W grupie z dolegliwościami bólowymi w ostatnim roku było 97,78%/95,56% pacjentek, u których nastąpił spadek NRS odpowiednio po 2/6 miesiącach, natomiast w grupie z dolegliwościami trwającymi powyżej 10 lat u 84,50%/87,50% nastąpił spadek NRS odpowiednio po 2/6 miesiącach.

Rodzaj i utrzymywanie się określonych dolegliwości na sromie po terapii, pojawienie się nowego dyskomfor-

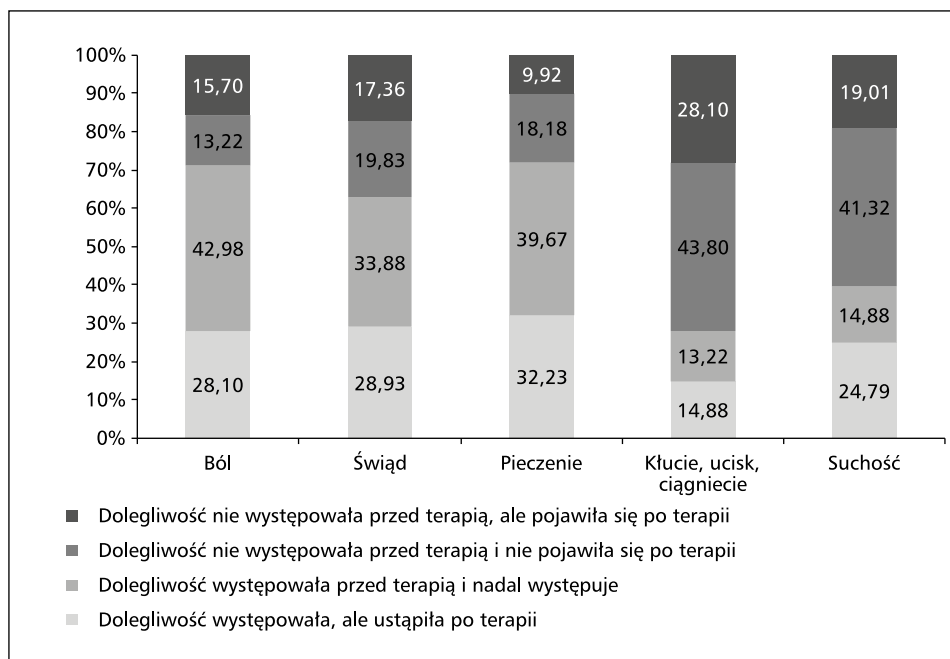
tu na sromie w 6 miesięcy po zakończeniu Recover (do 3 najbardziej dominujących rodzajów bólu zgłaszanych przez pacjentkę) podano na rycinie 4. Jedynym rodzajem dolegliwości, która pojawiła się jako nowa, nie zaś ustąpiła po Recover, jest klucie/ucisk/ciągnięcie (test McNemara p = 0,038).

Analizie poddano rodzaje dolegliwości na sromie, w przypadku których zastosowana terapia przyniosła największą korzyść (ryc. 5).

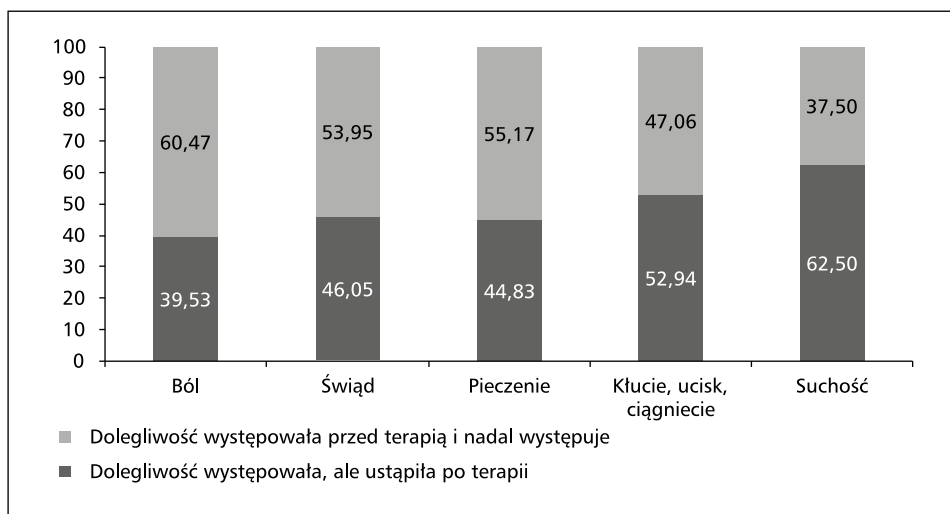
Wulwodynii towarzyszyły objawy dyzuryczne u 64 kobiet/52,89%, określane jako częstomocz, pieczenie przy oddawaniu moczu, występujące minimum 3 razy w roku. Po Recover 29 kobiet/23,99% odczuwało zmniejszenie bądź ustąpienie dolegliwości (poprawa) po 2/6 miesiącach, ale 16 kobiet/13,22% oraz 15 pacjentek/12,39% podaje nasilenie objawów ze strony pęcherza moczowego odpowiednio po 2/6 miesiącach.

Dyskusja

Leczenie bólu przewlekłego jest obarczone znaczącym, bo aż 50-procentowym efektem placebo [6, 17, 21]. W literaturze przeprowadzono metaanalizę leczenia farmakologicznego Vd, porównując 826 publikacji oceniających monoterapię (słowa kluczowe „vulva” „treatment”) w latach 1985–2016 (31 lat). Oceniano leczenie lidokainą, nifedypiną, toksyną botulinową, desimipraminą czy lekami antyfibroblastycznymi stosowanymi na srom. Nie potwierdzono przewagi leczenia farmakologicznego nad placebo (poprawa nie była większa niż 50%) w leczeniu Vd [21].



Rycina 4. Rodzaj dolegliwości na sromie, które utrzymują się mimo leczenia, które nie uległy zmianie oraz pojawiły się jako nowe 6 miesięcy po Recover



Rycina 5. Rodzaje dolegliwości na sromie, które najkorzystniej uległy redukcji w związku z terapią Recover (6 mies. po terapii)

Autorzy ocenili zmniejszenie subiektywnych dolegliwości o 65% w skali NRS po 2 i 6 miesiącach po terapii Recover u kobiet z Vd, ponadto 2/3 kobiet określiło redukcję dolegliwości o minimum 50% w odległej obserwacji (2 i 6 mies. po terapii), przy czym poprawa utrzymywała się na tym samym poziomie z upływem czasu. Wśród kobiet z dyspareunią wszystkie pacjentki odniosły ponad 50-procentową redukcję dolegliwości bólowych po pół roku od zakończenia terapii. Należy zatem zwrócić uwagę na stały efekt Recover u kobiet z Vd. Nie ma wielu prac, w których oceniano by efekt odległy po leczeniu. „Sukces” terapii w Vd bywa rzadko definio-

wany przez badaczy w literaturze [19], niemniej został określony jako punkty końcowe w *IMPACT Consensus Statement* w terapii bólu przewlekłego. Przyjmuje się, że redukcja subiektywnych dolegliwości bólowych o 50% lub więcej w NRS stanowi odzwierciedlenie wyraźnej poprawy w odczuciu pacjenta [6, 17, 18].

Największą korzyść z wielomodułowych terapii odnoszą kobiety z Vd prowokowaną, najwięcej doniesień w literaturze dotyczy tej podgrupy Vd [19, 22, 23]. Należy sądzić, że kobiety z dyspareunią są najbardziej zmotywowane do leczenia, ze względu na przykład na pragnienie utrzymania związku, posiadania dziecka,

zatem bardziej konsekwentnie stosują zasady wyniesione z pracy z terapeutami. Potwierdzają to obserwacje autorów, według których ogromną poprawę w zakresie bolesnego współżycia odczuły pacjentki z Vd prowokowaną w 2 miesiące po terapii. Nasuwa się pytanie, dlaczego u mniej niż połowy kobiet z Vd mieszaną (prócz bólu przy współżyciu występowały spontaniczne dolegliwości na sromie) ból sromu przy penetracji utrzymywał się na wyższym poziomie w obserwacji po zakończeniu Recover. Zdaniem autorów pracy, cechy spontanicznego bólu sromu wskazują na bardziej nasiloną chorobę (większe napięcie w obrębie przepony miednicy, więcej przeciążeń i dysfunkcji w innych regionach ciała, większy wpływ czynników psychologicznych), ale ta teoria wymaga dalszych badań. Nie należy jednak sądzić, że Vd prowokowana i spontaniczna to inne choroby czy odrębne czynniki sprawcze.

W literaturze [22] przeprowadzono analizę 2299 artykułów odnoszących się do wyników leczenia Vd prowokowanej. Wzięto pod uwagę 26 różnych rezultatów leczenia, stosując 110 narzędzi oceny korzyści. Zaledwie w 14% badań oceniano zmniejszenie bólu na podstawie relacji od pacjentki, w 15% poprawę w zakresie dyspareunii. W kolejnych 10% oceniano poprawę w zakresie bólu na podstawie oceny lekarza (najczęściej testem z wacikiem, dotykanie przedsiotka pochwy). Najczęściej wykorzystywanym parametrem oceny wyników terapii Vd były aspekty psychologiczne (16%). Zdaniem autorów pracy, wyniki oceny psychologicznej kobiet z Vd mają znaczący wpływ na wyniki leczenia bólu, co wymaga dalszych badań.

Wprawdzie nie ma standardów leczenia Vd, najlepsze wyniki przynosi leczenie multidyscyplinarne [5, 6, 10, 12, 14, 15]. Zespół terapeutów w Recover pracuje w 3 modułach: terapia manualna miednicy, wstępna fizjoterapia, konsultacje psychologiczne. Z punktu widzenia skuteczności terapii, uzyskanie prawidłowego stanu mięśni miednicy wydaje się kluczowe, dzięki intensywnej pracy manualnej przez pochwę lub odbyt [5, 23]. Traktując miednicę jako „ofiarę” innych przeciążeń, dysfunkcji powięziowych, w profilaktyce nawrotów, pogłębieniu i utrwaleniu relaksacji miednicy, duże znaczenie będzie miała kontynuacja fizjoterapii ogólnej i program ćwiczeń mięśni miednicy pod kontrolą biofeedbacku. Kolejnym aspektem poprawiającym wyniki odległe jest wykorzystanie technik relaksacyjnych, interwencja psychologiczna czy psychoterapia [10, 17–19, 22, 23]. Wypełnianie zaleceń po terapii, zadaniowe podejście, wprowadzane zmiany w codziennym funkcjonowaniu mają znaczenie w redukcji objawów bólowych, co jest zgodne obserwacjami leczenia przewlekłego bólu miednicy (*chronic pelvic pain*) [24].

Porównywalne badanie [23] przeprowadzono u kobiet z dyspareunią spowodowaną Vd prowokowaną. Zastosowano *multidisciplinary vulvodinia program* (MVP), trwający 10 tygodni (w warunkach szpitalnych) z udziałem 132 kobiet, polegający na wykorzystaniu zintegrowanych umiejętności psychologicznych, fizjoterapii miednicy, po konsultacji lekarskiej. Skuteczność terapii oceniono u 84 pacjentek po upływie 3–4 miesięcy po MVP na 53,8% poprawy w zakresie dyspareunii (oceniano wiele aspektów seksuologicznych, także ból), co jest gorszym rezultatem niż uzyskali autorzy pracy, ale przy zastosowaniu szerszego spektrum danych.

Wartościową cechą programu Recover jest komunikowanie się terapeutów między sobą, dzielenie uwagami w zakresie postępów leczenia, optymalizowanie podejścia, wykorzystywanie doświadczenia innych, czyli podejście interdyscyplinarne [14, 15], rzadko wykorzystywane w leczeniu Vd w Polsce.

W terapii miednicy zastosowano także niskodawkowy laser LLLT (nie należy mylić z rejuwenacją pochwy laserem CO₂) na srom i okolice okołocewkową, mimo że w pilotażowym badaniu z niewielką liczbą badanych kobiet z Vd prowokowaną, nie potwierdzono wyraźnej skuteczności terapii [25]. Zastosowanie LLLT przynosi pozytywne rezultaty w terapii przewlekłego bólu, wymaga jednak dalszych badań w Vd.

Wulwodynia może ustąpić samoistnie bez leczenia [26], niemniej dolegliwości raczej nasilają się z biegiem lat. Wyniki wskazują, że dłuższemu czasowi trwania dolegliwości bólowych odpowiada większe nasilenie bólu. Optymistyczne jest jednak, że wyniki leczenia były równie dobre, bez względu na okres życia z bólem.

Różne rodzaje dolegliwości, jak ból, świąd, pieczenie, suchość/dyskomfort/nadwrażliwość (wszystkie można uznać za rodzaje bólu przewlekłego) zmniejszyły się po terapii, natomiast u około 1/3 kobiet uczucie klucia/ucisku/ciągnięcia pojawiło się jako nowa dolegliwość w dłuższej obserwacji. Można to tłumaczyć faktem, że w obserwacji *follow-up* wiele kobiet, na pytanie o rodzaj dolegliwości na sromie, odpowiadało: „czasem mnie coś zakłuje”, co było odnotowane. Ten rodzaj dolegliwości może jednak wskazywać na kompensację w zakresie powięzi głębokiej, po ustąpieniu dolegliwości z powięzi powierzchownej (suchość, świąd, uczucie dyskomfortu), co może wskazywać na potrzebę fizjoterapii ogólnej po intensywnej terapii w zakresie miednicy. Najważniejsze jednak, że nasilenie bólu po terapii jest wyraźnie mniejsze, mimo utrzymywania się lub pojawiania nowych, nieprzyjemnych odczuć z okolicy sromu. Dolegliwością, która najlepiej poddawała się leczeniu, było uczucie suchości, które ustąpiło u 2/3 kobiet.

Wulwodynii towarzyszyły objawy dyzuryczne u połowy kobiet, co należy do objawów związanych z PFMD *overactive/non-relaxing muscles*. Po terapii Recover ¼ kobiet odczuwała zmniejszenie bądź ustąpienie dolegliwości, ale 12–13% kobiet podaje nasilenie objawów ze strony pęcherza moczowego, co potwierdza fakt, że terapia ma również wpływ na inne objawy ze strony przepony miednicy [7].

Znaczenie prezentowanej pracy polega na tym, że udało się podsumować dane dotyczące dużej liczby pacjentek z różnymi rodzajami Vd, u których zastosowano takie samo postępowanie terapeutyczne. Niewiele jest prac oceniających Vd spontaniczną czy mieszaną. Podsumowano szerokie spektrum zmiany dolegliwości po terapii. Niewiele jest prac w literaturze, w których ocenia się skuteczność leczenia Vd. Autorzy wypracowali własny, interdyscyplinarny program leczenia Vd jako przewlekłego bólu czynnościowego i rezultaty są zadawalające.

Ograniczeniem tej pracy jest wnioskowanie o skuteczności terapii jedynie na podstawie oceny subiektywnego bólu. Nie analizowano pozostałych kluczowych parametrów terapii Vd, zalecanych w IMMPACT [6, 17–19]. Trudno jest porównać różne metody terapii Vd między sobą. Po zakończeniu Recover część pacjentek stosowała inne zalecane formy terapii (psychoterapia, fizjoterapia ogólna czy miednicy) oraz przyjmowała leczenie farmakologiczne, co zapewne wpłynęło na ocenę rezultatów odległych. Wskazane byłoby przeprowadzenie badań z randomizacją i grupą kontrolną, żeby określić skuteczność terapii Recover i innych metod leczenia Vd, zgodnie z szerokimi kryteriami IMMPACT.

Wnioski

W ośrodku leczenia kobiet z chorobami sromu i Vd wypracowano skuteczny, interdyscyplinarny program terapii Vd. Do programu Recover ginekolog kwalifikuje pacjentki z Vd i dysfunkcją mięśniowo-powięziową miednicy (*overactive state*) [20]. W ramach trwającego najczęściej 5 dni programu (19 spotkań terapeutycznych) pacjentki przechodzą terapię manualną miednicy (przez pochwę lub odbyt), diagnostykę i wstępną fizjoterapię oraz konsultacje psychologiczne. Inne działania są uzupełniające. W ocenie bólu na sromie potwierdzono zmniejszenie nasilenia subiektywnych dolegliwości o 65% , ponadto 2/3 kobiet określiło redukcję bólu i dyskomfortu o minimum 50% (2 i 6 mies. po terapii), przy czym poprawa utrzymywała się na tym samym poziomie z upływem czasu. Okres trwania Vd nie miał znaczenia dla wyników leczenia. Najlepsze wyniki uzyskano w redukcji bólu u kobiet z dyspareunią

spowodowaną Vd prowokowaną. W ośrodku leczenia kobiet z chorobami sromu i Vd wypracowano skuteczny, interdyscyplinarny program terapii Vd. Zgodnie z kryteriami oceny skuteczności leczenia na podstawie EBM, program Recover przyniósł zmniejszenie bólu w Vd. Warto przeprowadzić badanie z randomizacją i grupą kontrolną z uwzględnieniem także innych kluczowych parametrów oceny terapii Recover, zgodnie z konsensusem IMMPACT [6, 17, 18].

Podziękowanie

Dziękuję Markowi Jantosie i Sherie Johns (Adelaida, Australia) za szkolenia terapeutek w terapii manualnej miednicy i biofeedbacku. Marek Jantos stworzył solidne podstawy terapii Recover.

Piśmiennictwo:

1. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, et al. consensus vulvar pain terminology committee of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD), the International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH), and the International Pelvic Pain Society (IPPS). 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodinia. *J Low Genit Tract Dis*. 2016; 20(2): 126–130, doi: [10.1097/LGT.000000000000190](https://doi.org/10.1097/LGT.000000000000190), indexed in Pubmed: [27002677](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27002677/).
2. Jantos MA. Myofascial perspective on chronic urogenital pain in women. In: Santoro GA, Wiczorek AP, Bartram C. ed. *Pelvic floor disorders*. Springer 2021.
3. Reissing ED, Brown C, Lord MJ, et al. Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2005; 26: 107–113.
4. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2017; 36(2): 221–244, doi: [10.1002/nau.23107](https://doi.org/10.1002/nau.23107), indexed in Pubmed: [27918122](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27918122/).
5. 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/).
6. Bergeron S, Reed BD, Wesselmann U, et al. Vulvodinia. *Nat Rev Dis Primers*. 2020; 6(36): 1–20, doi: [10.1038/s41572-020-0164-2](https://doi.org/10.1038/s41572-020-0164-2), indexed in Pubmed: [32355269](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32355269/).
7. Faubion SS, Shuster LT, Bharucha AE. Recognition and management of nonrelaxing pelvic floor dysfunction. *Mayo Clin Proc*. 2012; 87(2): 187–193, doi: [10.1016/j.mayocp.2011.09.004](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2011.09.004), indexed in Pubmed: [22305030](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22305030/).
8. Goldstein AT. Pain, and pelvic pain. In: Goldstein AT, Pukall CF. ed. *Female sexual pain disorders: evaluation and management*. John Wiley & Sons Ltd. 2020.
9. Lee N, Jakes A, Lloyd J, et al. Dyspareunia. *BMJ*. 2018; k2341, doi: [10.1136/bmj.k2341](https://doi.org/10.1136/bmj.k2341).
10. Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, et al. Vulvodinia: 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/).
11. Rosen NO, Dawson SJ, Brooks M, et al. Treatment of vulvodinia: pharmacological and non-pharmacological approaches. *Drugs*. 2019; 79(5): 483–493, doi: [10.1007/s40265-019-01085-1](https://doi.org/10.1007/s40265-019-01085-1), indexed in Pubmed: [30847806](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30847806/).
12. Sorensen J, Bautista KE, Lamvu G, et al. Evaluation and treatment of female sexual pain: a clinical review. *Cureus*. 2018;

- 10(3): e2379, doi: [10.7759/cureus.2379](https://doi.org/10.7759/cureus.2379), indexed in Pubmed: [29805948](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29805948/).
13. Goldfinger C, Pukall CF, Thibault-Gagnon S, et al. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and physical therapy for provoked vestibulodynia: a randomized pilot study. *J Sex Med.* 2016; 13(1): 88–94, doi: [10.1016/j.jsxm.2015.12.003](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.003), indexed in Pubmed: [26755091](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26755091/).
 14. Lewis GN, Bean D, Mowat R. How have chronic pain management programs progressed? A Mapping Review. *Pain Pract.* 2019; 19(7): 767–784, doi: [10.1111/papr.12805](https://doi.org/10.1111/papr.12805), indexed in Pubmed: [31187931](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31187931/).
 15. ACPA Resource Guide to Pain Medication and Treatment. https://www.theacpa.org/pain-management-tools/resource-ghttps://www.theacpa.org/wp-content/uploads/2019/02/ACPA_Resource_Guide_2019.pdfuide-to-chronic-pain-treatments/.
 16. Baszak-Radomańska E, Wańczyk-Baszak J. Farmakoterapia zaburzeń seksualnych związanych z bólem. In: Depko A, Mamcarz A. ed. Farmakoterapia zaburzeń seksualnych. PZWL w druku.
 17. Sadownik LA, Yong PJ, Smith KB. Systematic review of treatment outcome measures for vulvodynia. *J Low Genit Tract Dis.* 2018; 22(3): 251–259, doi: [10.1097/LGT.0000000000000406](https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000406), indexed in Pubmed: [29933290](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29933290/).
 18. Pukall CF, Bergeron S, Brown C, et al. Vulvodynia collaborative research group. recommendations for self-report outcome measures in vulvodynia clinical trials. *Clin J Pain.* 2017; 33(8): 756–765, doi: [10.1097/AJP.0000000000000453](https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000453), indexed in Pubmed: [27841834](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27841834/).
 19. Corsini-Munt S, Rancourt KM, Dubé JP, et al. Vulvodynia: a consideration of clinical and methodological research challenges and recommended solutions. *J Pain Res.* 2017; 10: 2425–2436, doi: [10.2147/JPR.S126259](https://doi.org/10.2147/JPR.S126259), indexed in Pubmed: [29070953](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29070953/).
 20. Baszak-Radomańska E, Wańczyk-Baszak J, Paszkowski T. Pilot study of testing a clinical tool for pelvic physical examination in patients with vulvodynia. *Ginekol Pol.* w druku.
 21. Pereira G, Soriano Marcolino M, Silveira Nogueira Reis Z, et al. A systematic review of drug treatment of vulvodynia: evidence of a strong placebo effect. *BJOG.* 2018; 125(10): 1216–1224, doi: [10.1111/1471-0528.15223](https://doi.org/10.1111/1471-0528.15223), indexed in Pubmed: [29569822](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29569822/).
 22. Davenport RB, Voutier CR, Veysey EC. Outcome measurement instruments for provoked vulvodynia: a systematic review. *J Low Genit Tract Dis.* 2018; 22(4): 396–404, doi: [10.1097/LGT.0000000000000418](https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000418), indexed in Pubmed: [30059352](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30059352/).
 23. Brotto LA, Yong P, Smith KB, et al. Impact of a multidisciplinary vulvodynia program on sexual functioning and dyspareunia. *J Sex Med.* 2015; 12(1): 238–247, doi: [10.1111/jsm.12718](https://doi.org/10.1111/jsm.12718), indexed in Pubmed: [25354520](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25354520/).
 24. Potente C, Giraudo D, Palleshi G, et al. Evaluation of the effectiveness of rehabilitation treatment in patients with chronic pelvic pain: a systematic review. *Pelvipereineology.* 2019; 38(3): 70–77, doi: [10.5353/th_b5662889](https://doi.org/10.5353/th_b5662889).
 25. Lev-Sagie A, Kopitman A, Brzezinski A. Low-level laser therapy for the treatment of provoked vestibulodynia — a randomized, placebo-controlled pilot trial. *J Sex Med.* 2017; 14(11): 1403–1411, doi: [10.1016/j.jsxm.2017.09.004](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.09.004), indexed in Pubmed: [28970071](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28970071/).
 26. Reed BD, Harlow SD, Plegue MA, et al. Remission, relapse, and persistence of vulvodynia: a longitudinal population-based study. *J Womens Health (Larchmt).* 2016; 25(3): 276–283, doi: [10.1089/jwh.2015.5397](https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5397), indexed in Pubmed: [26752153](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26752153/).