

BENIGNE VULVALIDELSER

Christina Damsted Petersen
1. reservelæge
Gynækologisk –Obstetrisk afd.
Rigshospitalet



Program

- Normal vulva
- Lichen sclerosus
- Lichen planus
- Vulva sår
- Pigmenterede sår på vulva
- Hidrosadenitis vulva
- Vulvodyni
- Opsamling og god råd



The vulva

Mons pubis



Clitoris

Labia majora

Labia minora

Vestibule

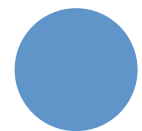
Hymen

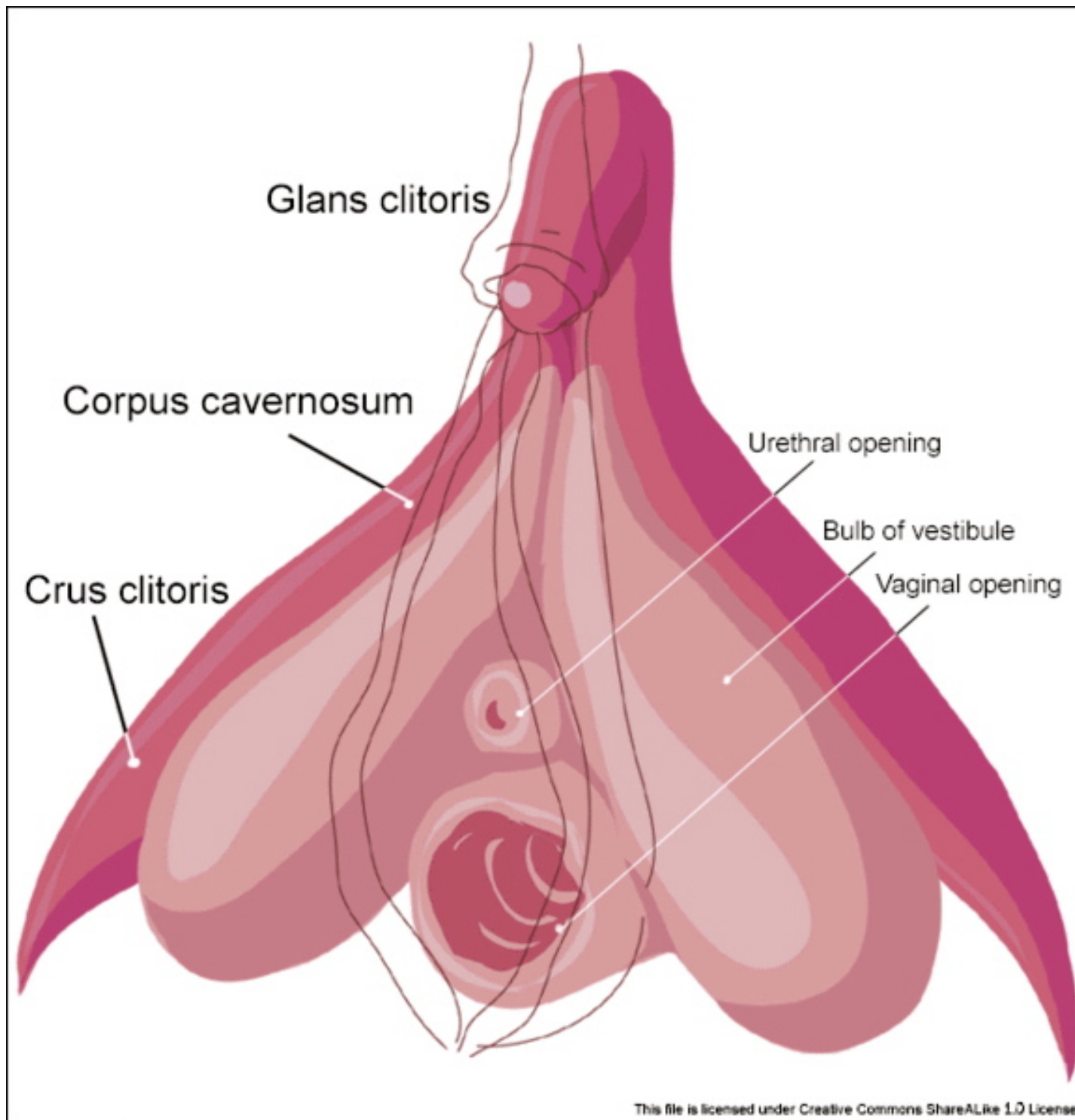
Scars

Hair



THE NORMAL CLITORIS

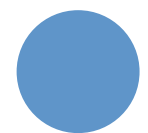




HYPERTROPHY OF CLITORIS



THE CLITORIS AND LS



CYST OF THE FRENULUM



The vestibule



Clitoris

Labia majora

Labia minora

Vestibule

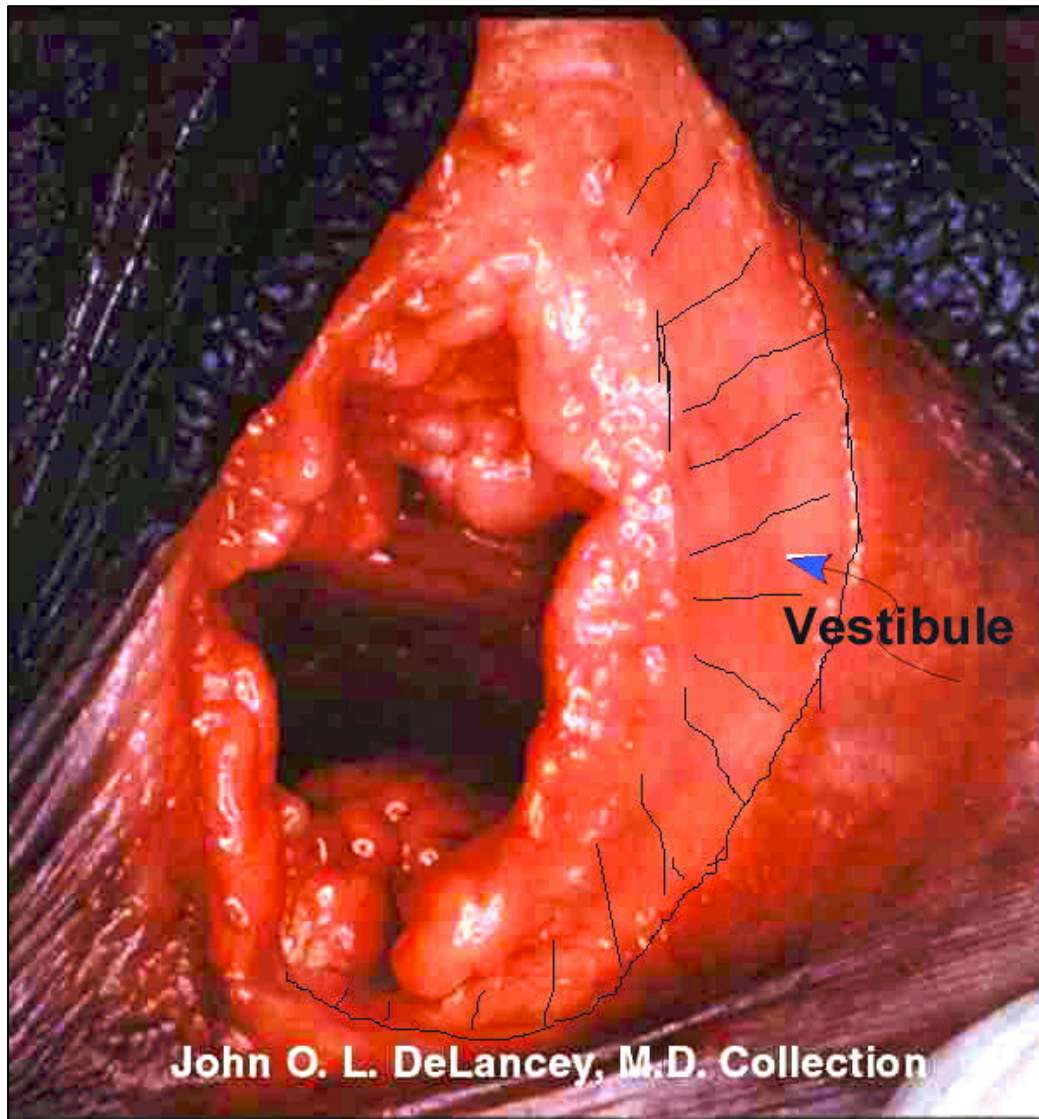
Hymen

Scars

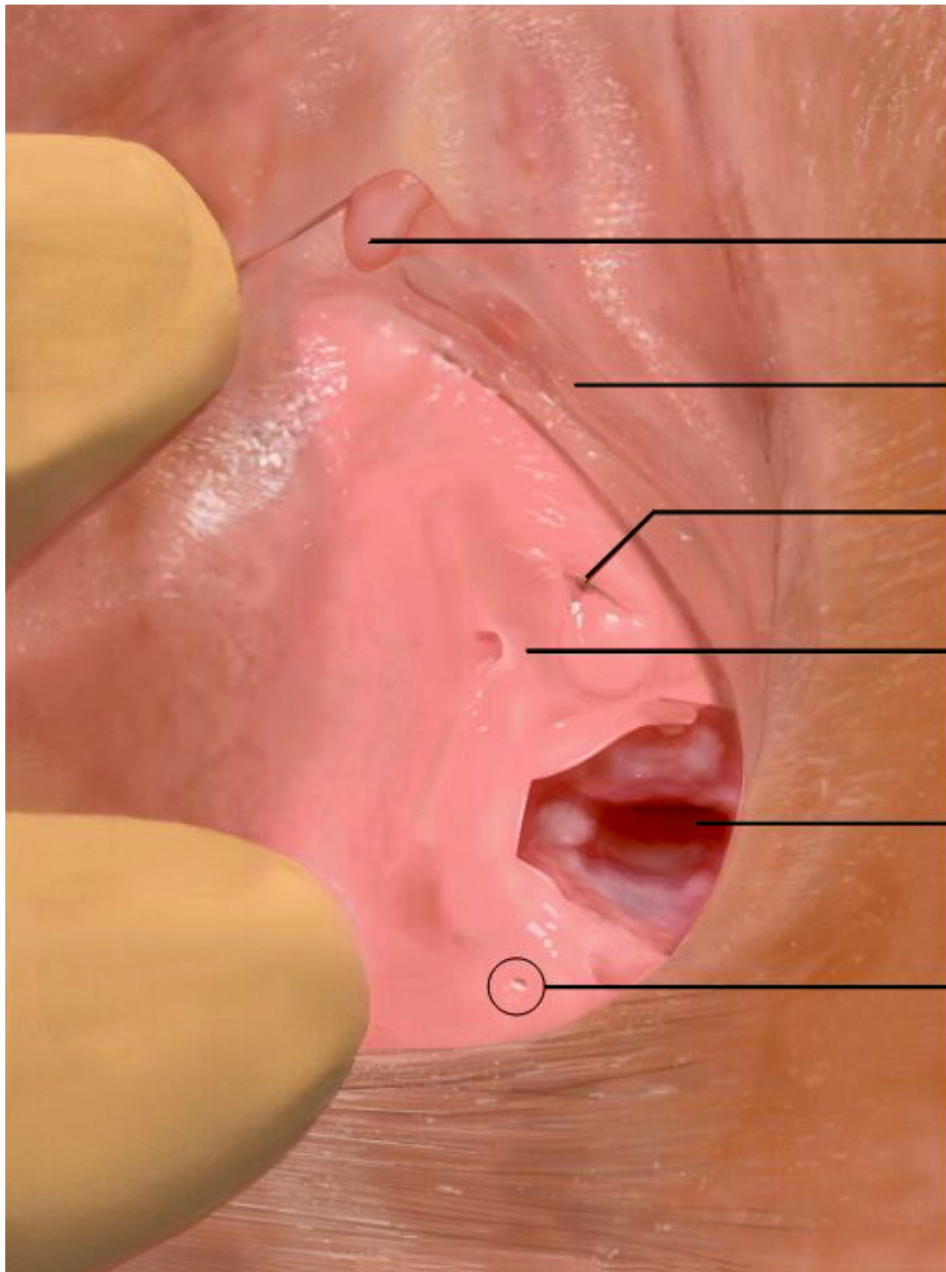
Hair



THE BORDERS OF THE VESTIBULE



SKEENES GLANDS



Klitoris

Inre blygdläpparna

Urinrörsmynning

Skenes körtlar

Slida

Bartholins körtlar



Hymen



Clitoris

Labia majora

Labia minora

Vestibule

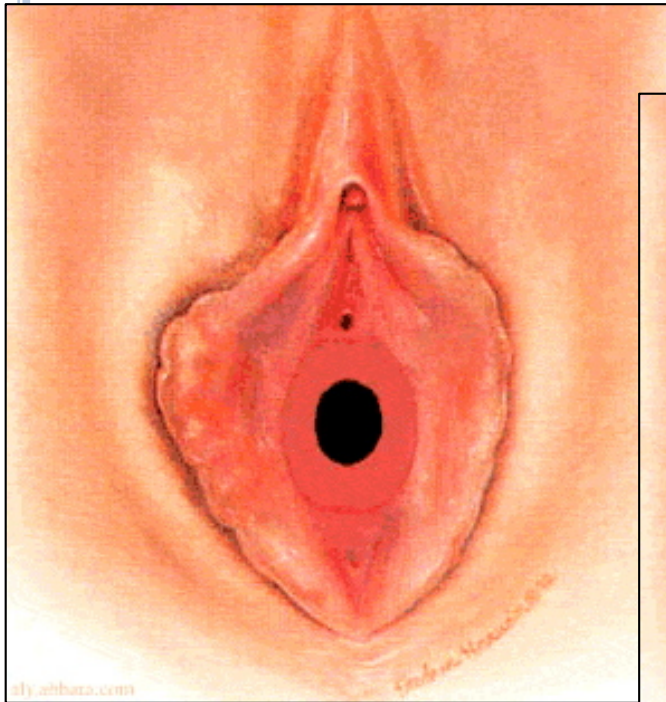
Hymen

Scars

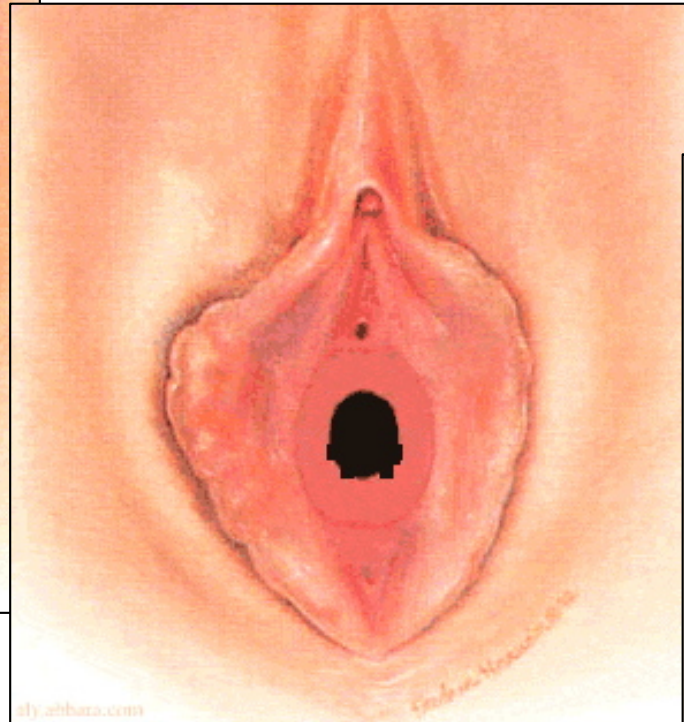
Hair



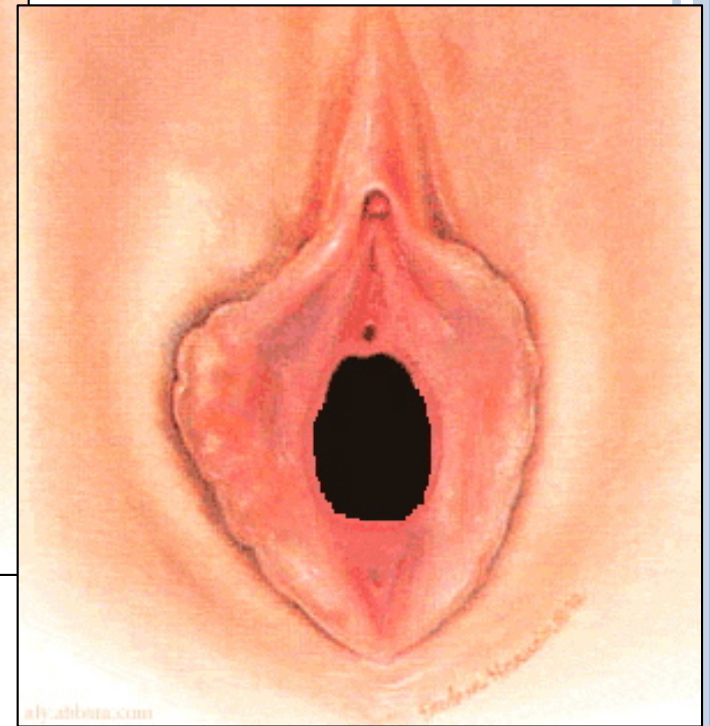
HYMEN THROUGH AGES



Prepubertal hymen

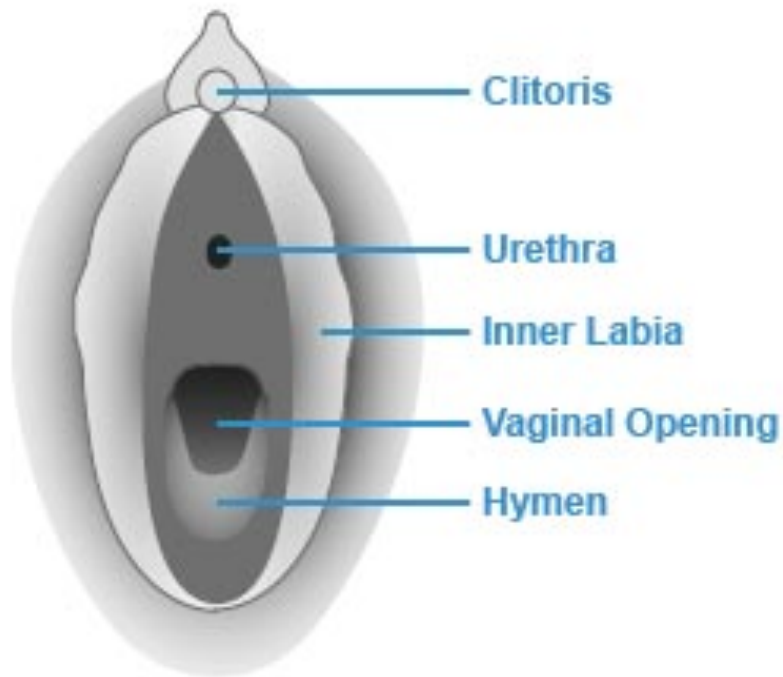


"Sexual active" hymen

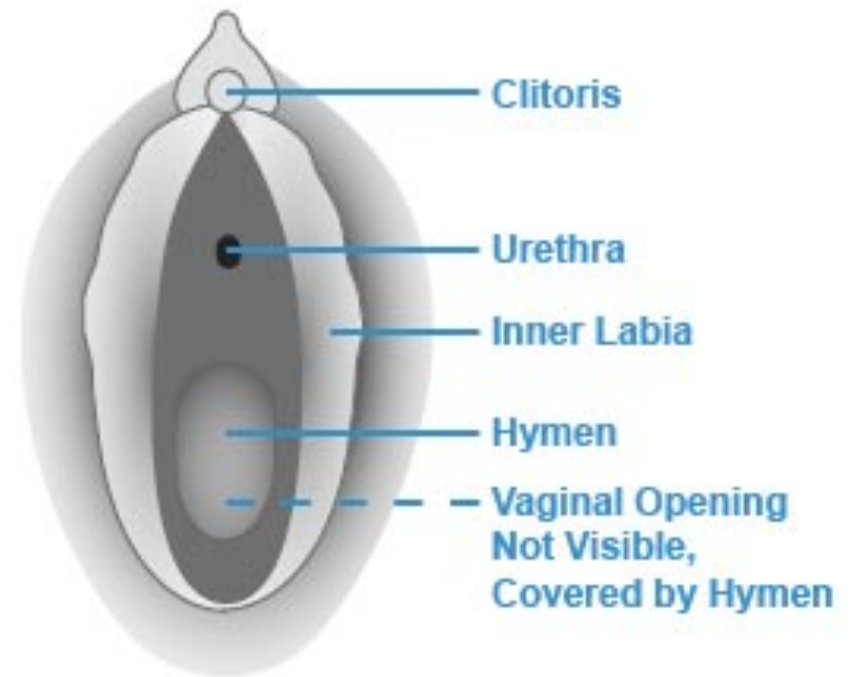


Hymen after child delivery

HYMEN ABNORMALITIES



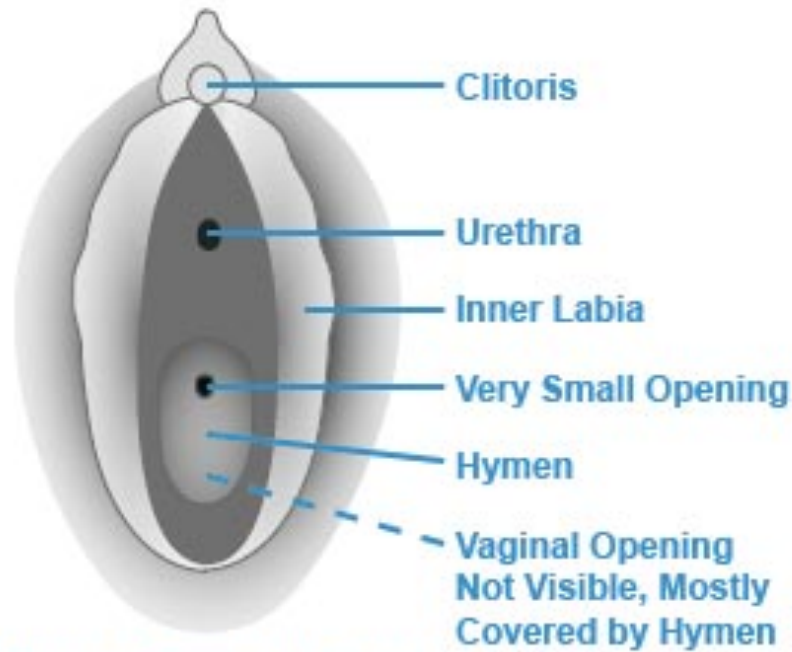
Normal Hymen



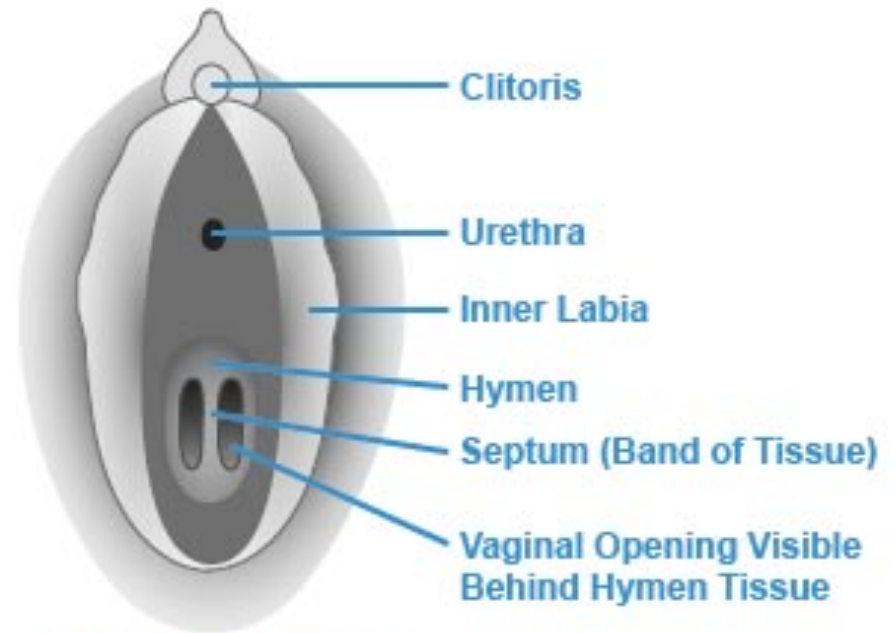
Imperforate Hymen



HYMEN ABNORMALITIES



Microperforate Hymen



Septate Hymen



Labia majora



Clitoris

Labia majora

Labia minora

Vestibule

Hymen

Scars

Hair



LABIA MAJORA



Labia minora



Clitoris

Labia majora

Labia minora

Vestibule

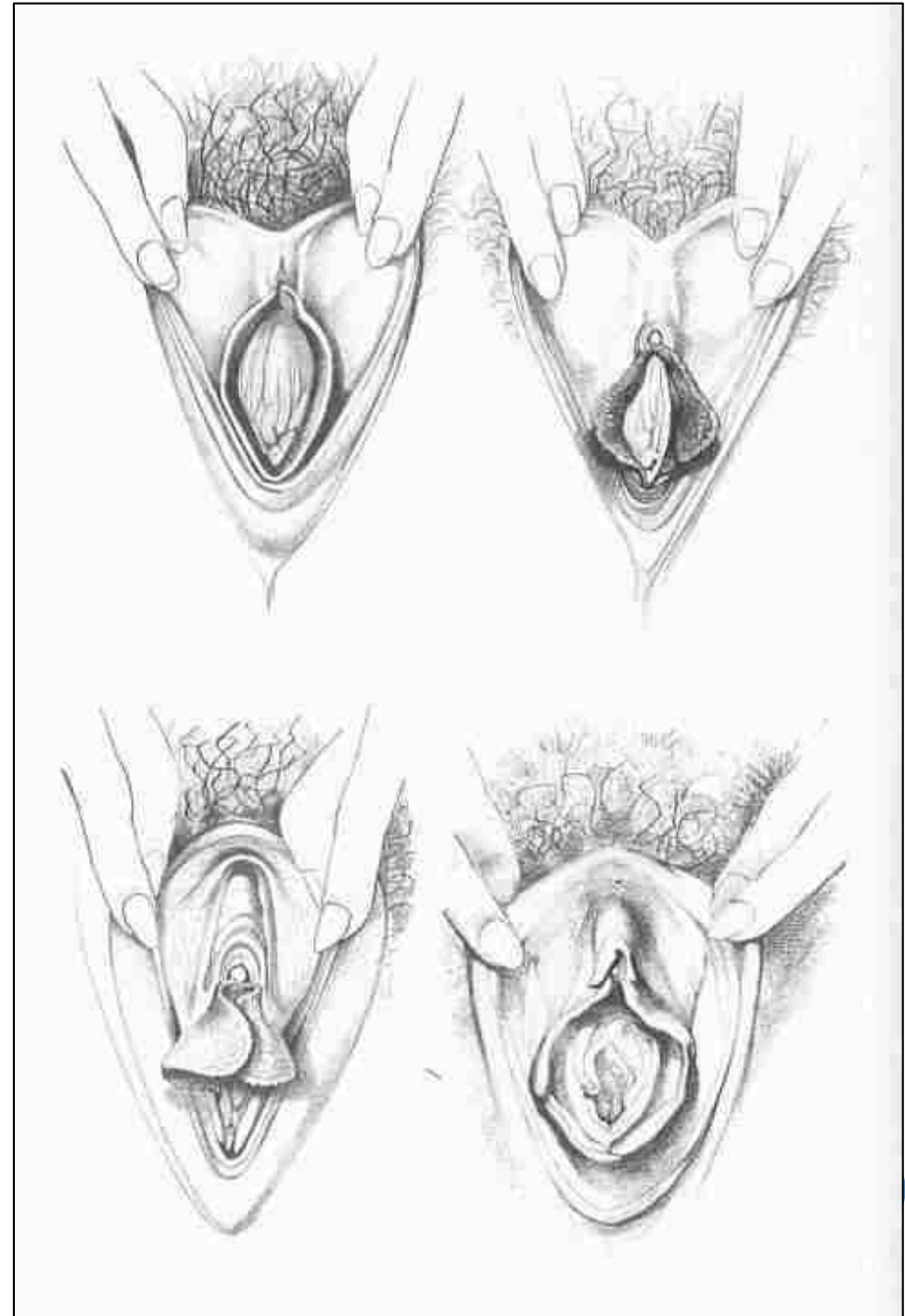
Hymen

Scars

Hair



ASSYMETRY IS COMMON



PIGMENTATIONS



LOSS OF CONTOURS DUE TO SYNNECHIES



NORMAL ERYTHEMA



VESTIBULAR PAPILLAE







Kløe, ømhed, fissurer
Sviende smerte
Dyspareuni, Dysuri
Aldrig i vagina

Øget antal infektioner
Nedsat sensitivitet på
clitoris
Nedsat libido



Blege slimhinder/ hud
Atrofi
Papirstynd
Ecchymoser
Hyperkeratosis
Tab af normal arkitektur
Stenose
Agglutination



LICHEN SCLEROSUS

- Kronisk inflammatorisk dermatose
- Den mest almindelige dermatose i vulva
- Kan ses hos begge køn, men kvinder:mænd-6:1
- Kan ses overalt på kroppen men 95% i vulva
- Kan ses i alle aldre også hos børn, men oftest perimenopausal (gennemsnit 55 år)
- Det patologiske mønster er ens overalt på kroppen



LICHEN SCLEROSUS

- Ætiologi ukendt

Genetiske faktorer HLA DQ
7,8,9

Autoimmun

Aktiverede T-lymfocytter

T-celle udløst lidelse rettet mod proteiner i basalmembranen med cirkulerende autoantistoffer



SYMPTOMER

- Udtalt kløe ofte værst ved varme
- Smerte og brænden
- Dyspareuni
- Skrumpning
- Revner
- Ca. 15 % er asymptomatiske



EKSTRA GENITALT

- Cigarettepapir lignende hud med papler
- Kan komme under ar – f.eks epis.ar og omkring på områder med friktion
- Ecchymoser



HVORDAN SER DET UD I VULVA?

- Lichinisering
- Farveændring
- Ændret "arkitektur"
- Evt. fastklistrede Labiae minora
- "Begravet clitoris"
- Ecchymoser
- Skrumpning
- Ses ikke i vagina



HVORDAN STILLER MAN DIAGNOSEN?

- Tager en biopsi gerne fra kanten af et område hvor der også kan komme lidt evt. normalt væv med.
- Patologiske fund
 - Et bånd af homogeniseret collagen i øvre dermis
 - Under dette et dybere lymfocytrigt infiltrat
 - Ofte en ses et fortykket acantotisk epidermis
 - Ødem
 - Svaret kan være usikkert, hvis der allerede er behandlet længe med steroid.



LS OG GRAVIDITET

- Ingen forværring eller risiko ved graviditet
- Er ikke i sig selv en indikation for sectio, men det er selvfølgelig afhængig af, hvor ødelagt vulva er.



LS - BEHANDLING

- Gr.4 steroid Dermovat salve hver aften i 4-8 uger herefter langsom aftrapning
- Husk vedligeholdelsesdosis x 1/ uge evt. med et lille mindre potent steroid.
- Lokal hudbehandling - barrierebehandling
- Evt.lokal østrogen
- Evt. Tacrolimus (Protopic) 0,1 % salve x 2
- Evt. Pimecrolimus (Elidel) 1 % creme x 2

- Tal seksualitet
- Dilatation
- Evt. Woodruffs operation



BEHANDLINGSSVIGT

- Check diagnosen
- Check compliance
- Svampeinfektion
- Har pt. udviklet en dysaesthesi
- Testosteron har ingen plads i behandlingen



TÆNK PÅ

- Anden autoimmun sygdom
- Mål TSH og TPO
- Evt. også B 12 vitamin
- Asymptomatiske skal også behandles



LS - KONTROL

Når sygdommen er i ro anbefales af de fleste

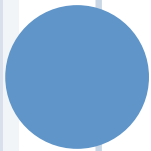
kontrol 1 x år.

Hvor længe ?

Instruer pt. i at henvende sig ved sår, der ikke bare lige heler, mærkelige fortykkede områder eller uregelmæssigheder.

Livstids cancerrisiko 3-5 %





LICHEN PLANUS

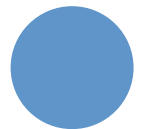
ÅRSAG

- Uklar?
- Autoimmun lidelse
- Aktiverede CD8 T-celler rettet mod basale keratinocytter
- Exogene antigener ?
- 5% af pt. med svær erosiv LP er Hepatitis C pos.



HYPPIGHED

- Estimeret ca. 1%
- Oftest 30-60 år, men kan ses i alle aldre.
- Oral manifestation alene hos 15-35 %
- 40-53% af kvinder med genital LP har det også i munden.
- Op mod 70 % har det også i vagina
- Flere kvinder end mænd.



VAGINAL LP

A.HELGESEN 2010

56 tilfælde af LP

Vaginal involvering: 49 (84%)

Vaginale synekkier: 29 (54%)

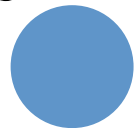
Total vaginal obliterering: 9(18%)



SYMPTOMER

- Smerter
- Brænden
- Svie
- Kløe
- Dysuri
- Dyspareuni – Apareuni
- Udflåd evt. blødning

Hududslet, mundgener, synkebesvær, negleforandringer, håraffald. Spørg og se efter



TO FORSKELLIGE KLINISKE UDTRYK

- Lichiniseret hypertrofisk form
- Ligner LS, men er sværere at behandle
- Mindst almindelig
- Klør mest
- Erosiv destruktiv form
- Mest almindelig
- Oftest også i vagina
- Mest smertefuld
- Vaginale synekkier



LP - BEHANDLING

- Dermovot salve morgen og aften
- Stop irritativa – barriere behandling
- Colifoam
- Xylocaingel
- Analgetika
- **Hjælper det ikke, henvis til specialist!**



LP - BEHANDLING

- Elidel-Pimecrolimus
- Protopic -Tacrolimus
- Lederspan injektion 1 mg/kg op til 80 mg im.
- Methotrexat 5-20 mg/uge - husk folinsyre
- Prednison 40-60 mg i 4 uger og aftrap
- Cyclosporin 3-4 mg/kg/dag



VAGINAL BEHANDLING

Colifoam til sengetid hver aften
i

2-3 måneder

Herefter 2 gange om ugen i ???

Evt. operation for strikturer.

Dilatation



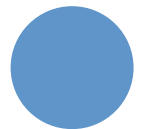
STEROIDER- SALVER

- Gr. I Hydrocortison
- Gr.2 Kenalog, Locoid
- Gr.3 Betnovat, Diproderm, Elocon, Synalar
- Gr. 4 Dermovot, Diprolen
- Doseringssikkerhed ved gr. 4:
- Max 30 g de første 3 mdr
- Derefter max 30g det næste år



LP - KONTROL

- Indtil sygdommen er i ro efter behov f.eks hver 3. måned.
- Spørg om tidl.herpes genitalis og overvej profylakse
- I ro da en gang om året.
- Der er en øget cancerrisiko
- Mål TSH og TPO



BEHANDLING AF PLASMACELLEVULVITIS

- Det ved vi ikke, Dermovat hjælper som regel ikke.
- Ciproxin ?
- Henvis til en vulvaspecialist.



HVAD ER DIV ?

- Af nogle kaldt aerob vaginitis
- Ikke infektiøs inflammatorisk vaginitis
- Autoimmun sygdom?
- Variant af Erosiv Lichen Planus?
- Forbundet med Pemphigus vulgaris?
- Øget risiko for thyreoidea sygdom?
- Øget risiko for vit. B 12 mangel ?



SYMPTOMER PÅ DIV

Purulent tyndt udflåd

Dyspareuni

Dysuri

Kløe

Irritation

Svie og brænden



KLINIKKEN VED DIV

- Ses både præ- og post-menopausalt
- Vulva ser ofte normal ud, kan være ødem af labia
- Begrænset til vagina and cervix
- pH >4,5
- Rødpletet vaginal overflade, værst en den øvre del af vagina
- Purulent gulligt evt. lidt rødt udflåd
- Ingen specifik positiv dyrkning
- Som regel ikke agglutination i vagina



DIAGNOSE

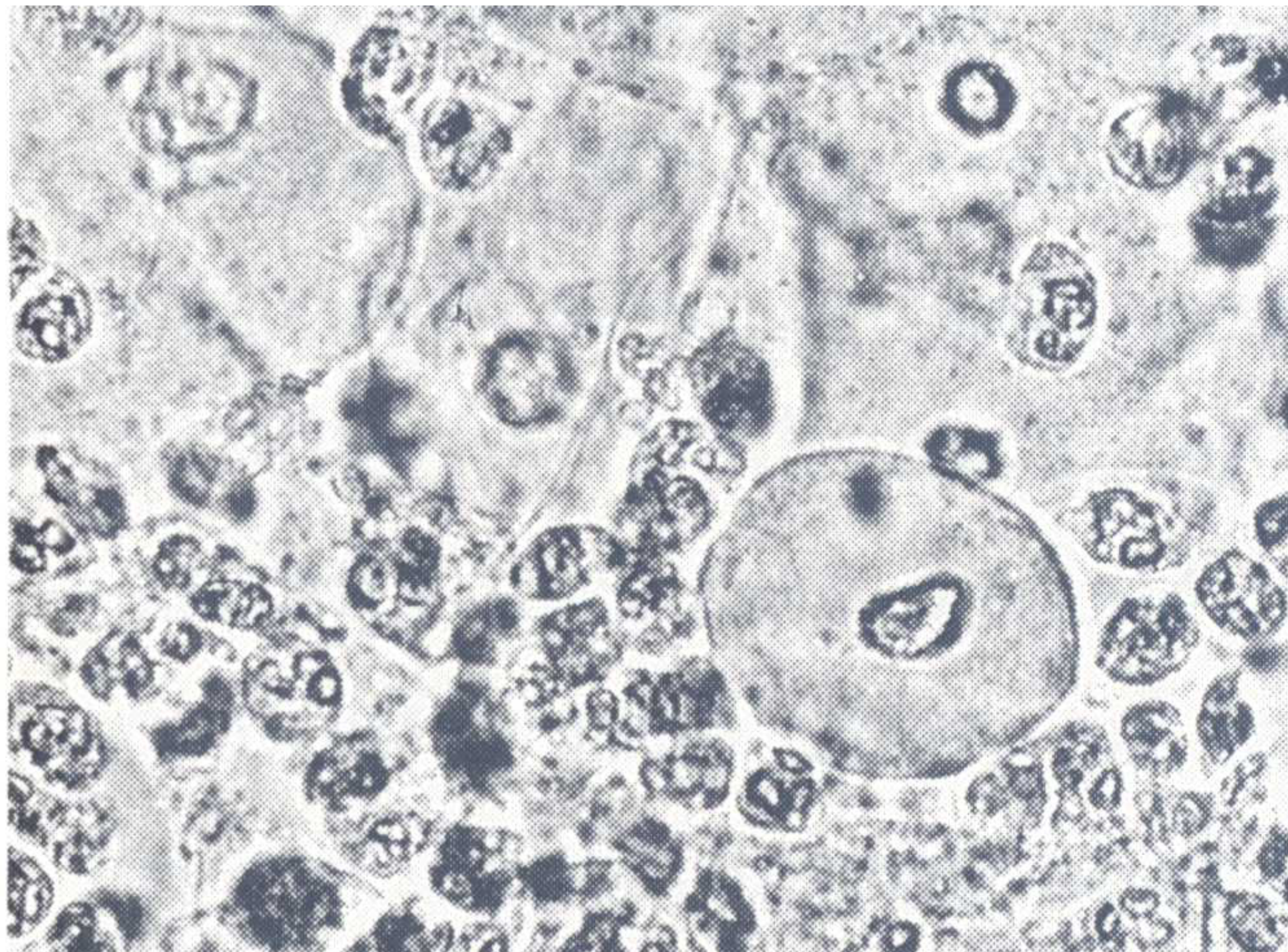
- GU
- Wetsmear
- pH
- Dyrkning – ofte neg., ingen specifik mic.
- Måske øget antal gr.B streptococcer
- Biopsi er oftest ingen hjælp.



WETSMEAR FUND

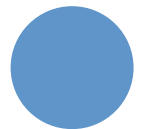
- Øget antal umodne epitel celler typisk runde parabasale celler.
- Ingen clue celler
- Øget antal polymorfe leukocytter
- Ingen Lactobaciller





BIOPSI

- Vaginal biopsi er ikke nødvendig, men kan tages for at udelukke andre diagnoser.
- Mulige fund:
- Et erosivt uspecifikt inflammatorisk infiltrat med lymfocytter, eosinofile og plasmaceller
eller
Et lichenoidt inflammatorisk celle infiltrat evt. med erosioner – kan ligne Lichen Planus



DIV – BEHANDLING

Ingen konsensus – Forslag:

Lokal østrogen til de postmenopausale

Clindamycin – Dalacin vaginal creme 2 % i mindst 2 uger.

Kontrol med wetsmear, er den stadig ikke normal, så fortsætte behandlingen i 4-6 uger.

Lokal hydrocortisone f.eks Colifoam i 2 uger eller mere.



PRURITUS VULVA

Differential diagnoser:

- dermatitis, lichen simplex, psoriasis, Lichen sclerosis
- Candida, lactobacillus, gardnerella, trichomonas
- Kontakt dermatitis
- VIN, extramammary Paget's disease, invasiv vulva cancer

Behandling: generelle råd, hydrokortison, antihistaminer, TCA/SSRI til natten



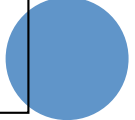
EROSIONER I VULVA

Infeksiøse

- Herpes simplex
- Epstein Barr
- HIV
- VZ

- Candidiasis
- Impetigo
(stafylokokker/
streptokokker)
- ”trope –
sygdomme”

Non-infeksiøse

- Traume
 - Excoriation
 - DIV
 - Plasma celle vulvitis
(Zoon´s vulvitis)
 - Lichen sclerosis
 - Lichen planus
 - Kontakt dermatitis
 - Erythema multiforme
 - Bulløs sygdom
- 

FISSURER I VULVA

- Systemiske sygdomme: DM, Hepatiits, cirrhosis
- Systemiske dermatoser: Psoriasis, Seborrhoisk dermatit
- Lichen sclerosis, Lichen planus
- Eksem
- Vulvovaginal candidiasis
- HPV
- VIN



PIGMENTEREDDE SÅR PÅ VULVA

- Seborrhoisk keratose
- Benign mucosa melanosis
- Naevi
- Postinflammatorisk hyperpigmentering
- Pigmenteret HPV infektion
- VIN
- Melanom



UDREDNING AF VULVA LIDELSER

Anamnese

- alder, ethnicitet, hygiejne, kronisk/akut, tidl. forløb/ behandlinger ?, cyklus afhængig?, andre dermatoser, andre kr. lidelser, medicin, sexual anamnese, udlandsrejser

Mikrobiologi

- Podning (bakteriel/viral/skrab)

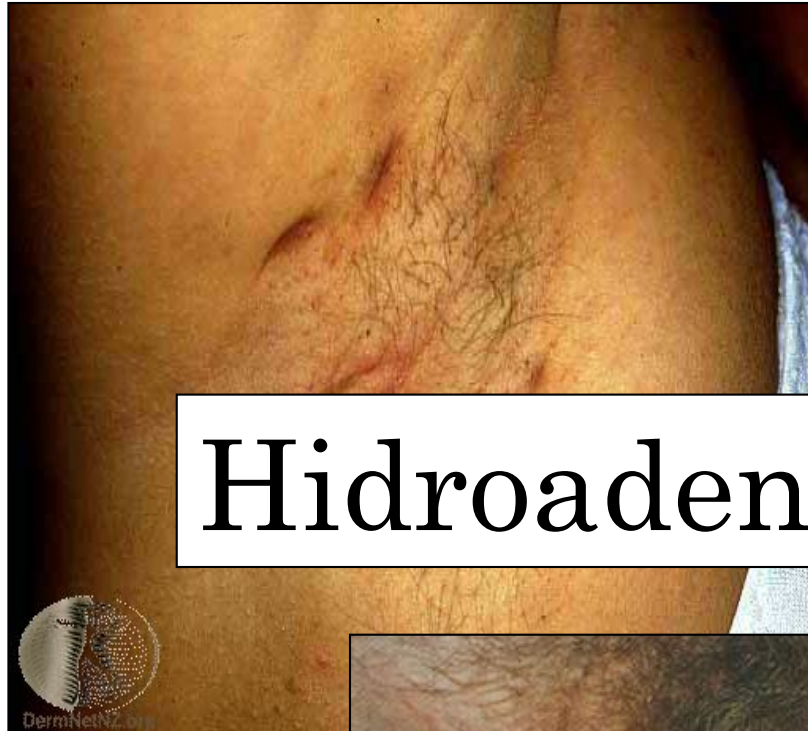
Blodprøver

- Serologi

Biopsi

- så frisk en læsion som mulig
- Inddrag kanter, gerne hele elementet hvis muligt





Hidroadenitis suppurativa



DermNet NZ



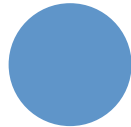
B

Medscape®

<http://www.medscape.com>



<http://www.medscape.com>



Definition:

Kronisk follikulær okklusiv lidelse i huden, karakteriseret ved smerterfulde, dybe knuder eller abcesser i axil, ingvie, perianale region, perineale region og under mammae.

Hurley's kriterier (hvor alvorligt)

Stadie 1 - Typiske enkelte knuder/ bylder uden sinus

Stadie 2 - Kronisk/ tilbagevendende med sinus og ar

Stadie 3 – Diffus udbredelse, fistler, kommunikation, ar

Etiologi:

- Genetik
- Kønshormoner
- Endokrine faktorer
- Rygning



- Debut i puberteten, forværres i 20 og 30 års alderen
- Enkelte bylder i starten. Rumperer ikke til overfladen men til underhuden. Dybe fistel gange
- Fibrotiserer
- Rumperer senere
- Comedoner
- Langtids komplikationer: fistel formationer, anæmi, arthralgier, depression, lymfeobstruktion, lymfødem...
- **DD:** Acne, furunkel/ carbunkel, Bartholinitis, Mb. Crohn...



Behandling

Generelle råd: rygestop, løst siddende tøj,
antiseptika,

Stadie 1 – Clindamycin 1 % lotion x 2 dgl eller
systemisk clindamycin 300 mg x 2 i 7 dage alt.
Diclocil

Zink (profylakse)

P-piller

Stadie 2 – Antibiotika i min. 3 mdr. (tetracyklin ell.
Metronidazol alt. Clindamycin + Rifampicin),
Retinoider

Kirurgi under dække af Spektramox® (3 g ved
Operation og derefter 1 tbl. x3 i 7 dage)

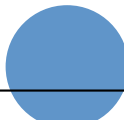
Stadie 3 – Kræver multidisciplinær behandling og
anti-inflammatorisk behandling + antibiotika



DEFINITION

Vulvodyni er defineret af ISSVD
(International Society for the Study of Vulvar Disease)
som

”vulvar discomfort, characterized by stinging, burning, irritation or rawness” in the absence of relevant visible findings or a specific, clinically identifiable, neurologic disorder...



TERMINOLOGY

A Vulvar pain related to a specific disorder

1. Infections
2. Inflammatory
3. Neoplastic
4. Neurologic

B Vulvodynia

1. Generalised

- a) Provoked
- b) Unprovoked
- c) Mixed

2. Localised

- a) Provoked (vestibulitis)
- b) Unprovoked
- c) Mixed

EPIDEMIOLOGI

Få epidemiologiske studier!

- Lokal, provokeret vulvodyni
 - Prævalens mellem 6 -15% , Incidens ca. 9%
 - Alder – de yngre?
- Generel, uprovokeret vulvodyni
 - Ukendt prævalens
 - Alder – de ældre?

*Goetch 1991, Denbow and Byrne 1998,
Harlow and Stewart 2003, Danielsson 2003*

LOKAL, PROVOKERET VULVODYNI

SYMPTOMER

- Smerte ved provokation i vestibulum
- Øget sensitivitet i vulva mucosa (allodyni)
- Dyspareuni
- Vaginisme ?
- Primær vs. sekundær



LOKAL, PROVOKERET VULVODYNI

KLINISKE FUND

- Erythem (non-specifik)
- Positiv Q-tip test
- Smerte ved indføring af objekt i introitus
- Anspændte og ømme bækkenbundsmuskler



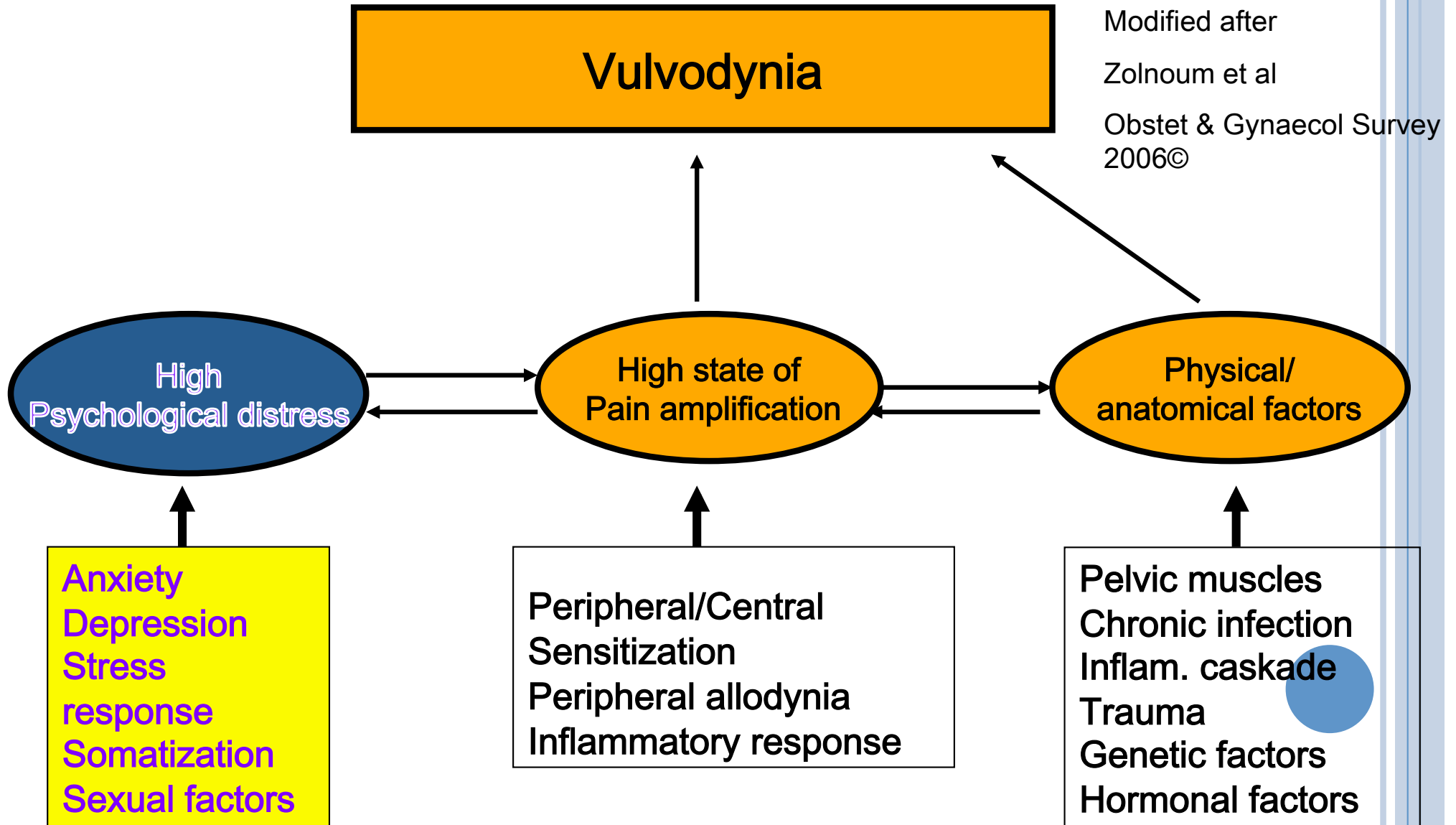
GENEREL, UPROVOKERET VULVODYNI

- Forekommer hyppigere hos ”ældre kvinder”
- Vedvarende brændende smerte
- Sjældent specifikke kliniske fund
- Som regel ingen dyspareuni
- Neuropatisk smerte?

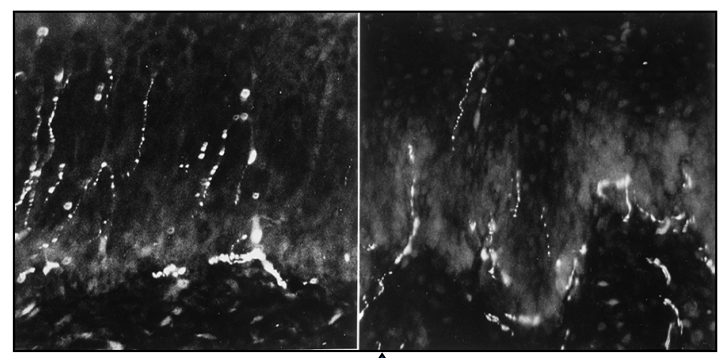


ETIOLOGY

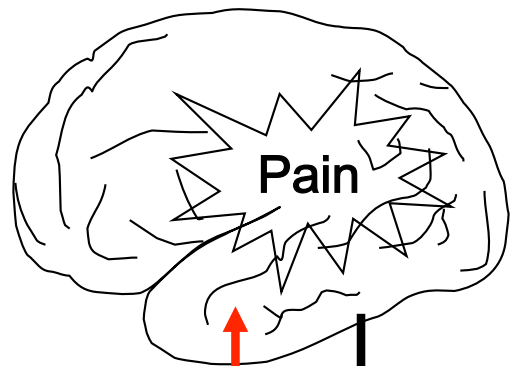
PSYCHOLOGICAL - ORGANIC – FUNCTIONEL



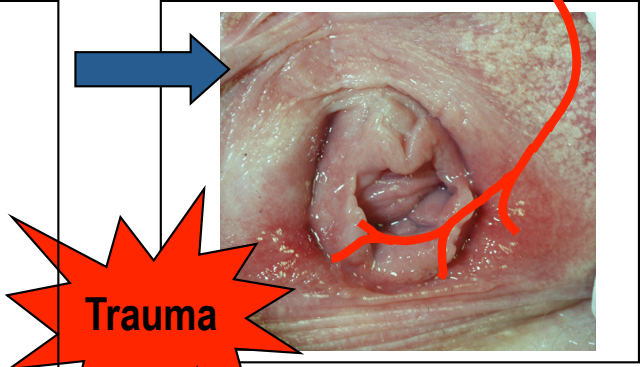
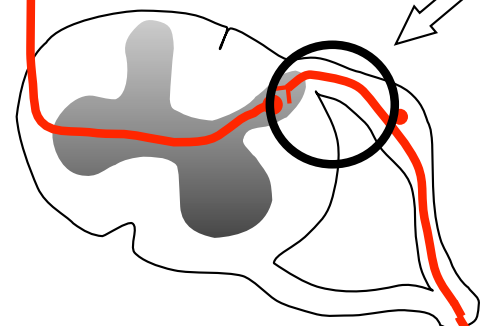
*
Nerve proliferation



Proposed trigger factors:
Infection (candida)
Irritants/ Allergy
Toxins
Medications
Other

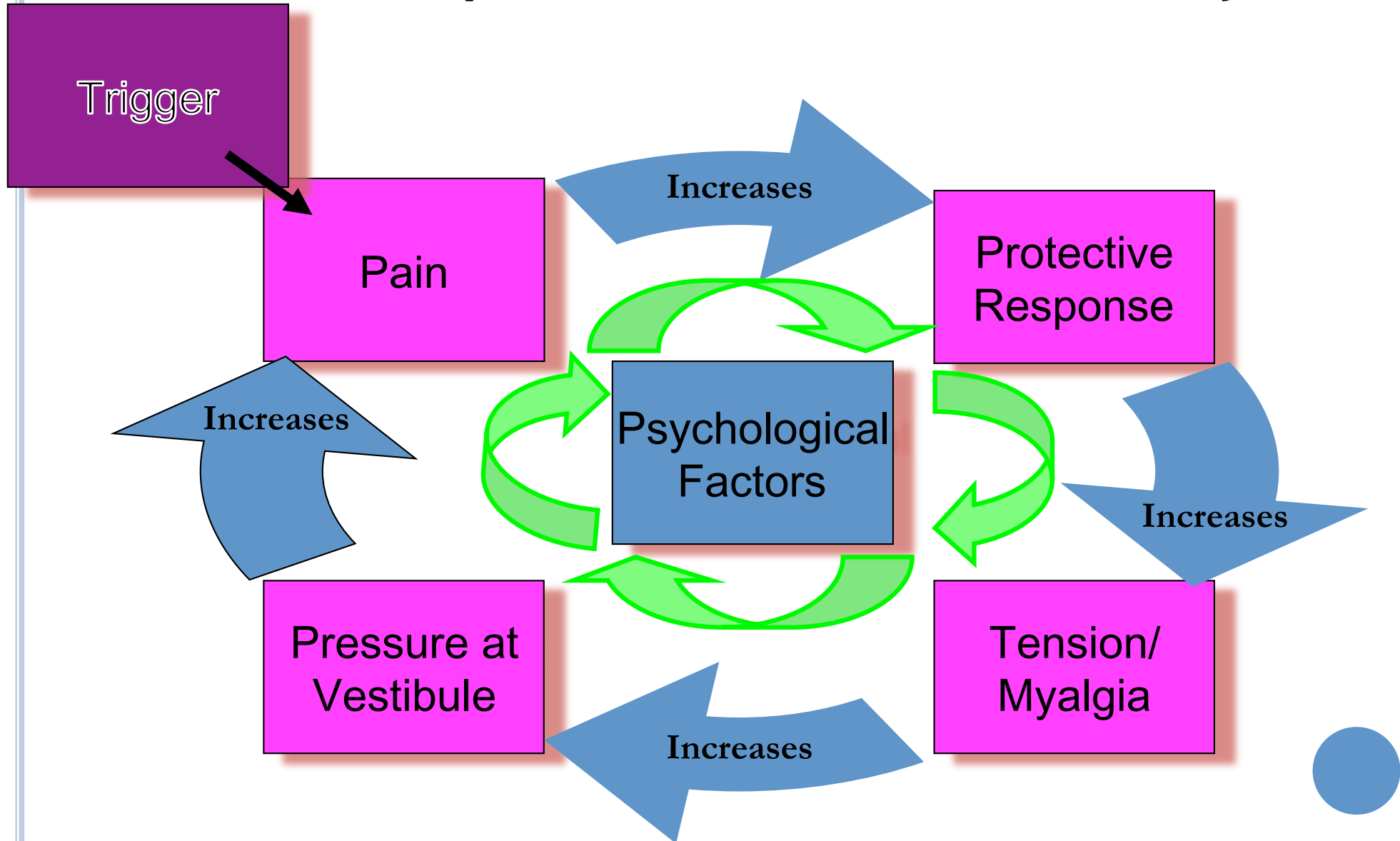


Central sensitization:
Acute hyperexcitability
Neuroplasticity
Enhanced pain sensitivity

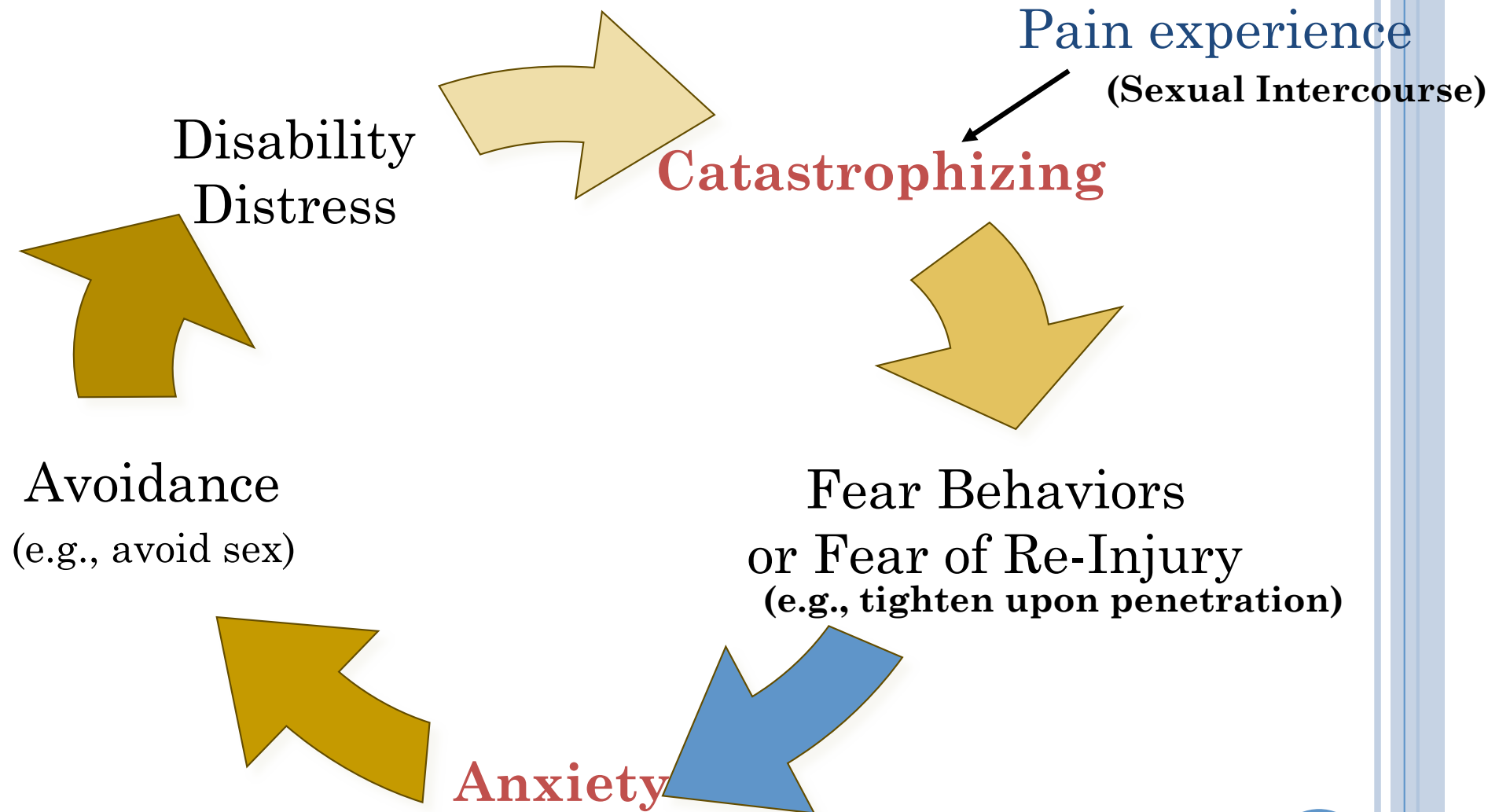


* Courtesy of
Dr. Bohm-Starke, Karolinska, Sweden

Vicious Cycle of Pain: The Role of pelvic floor muscles in provoked localized vulvodynia

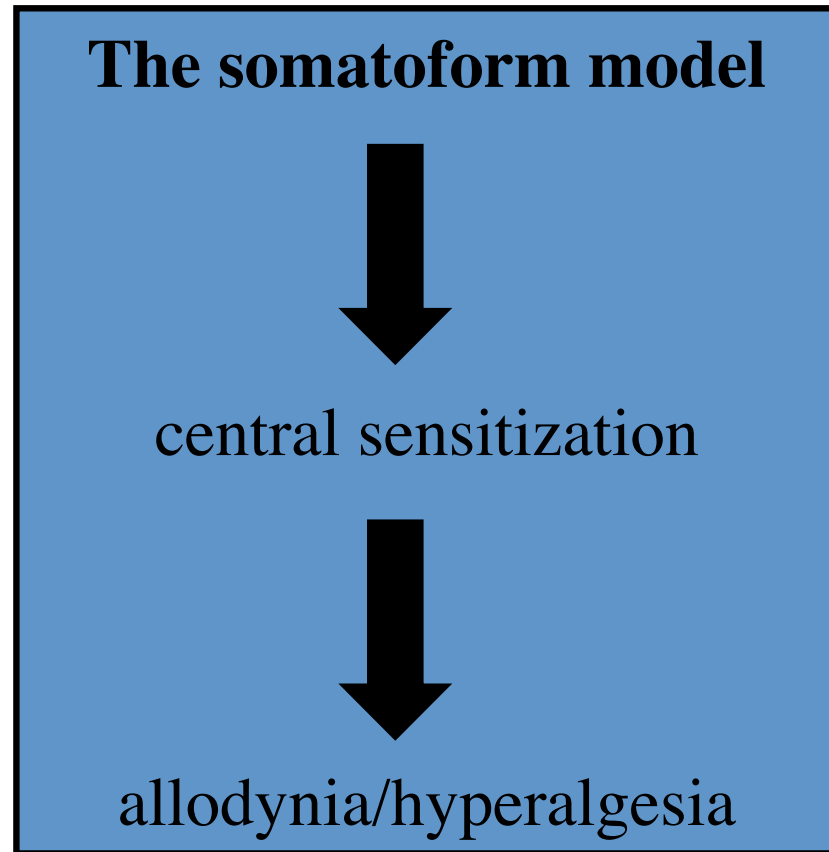
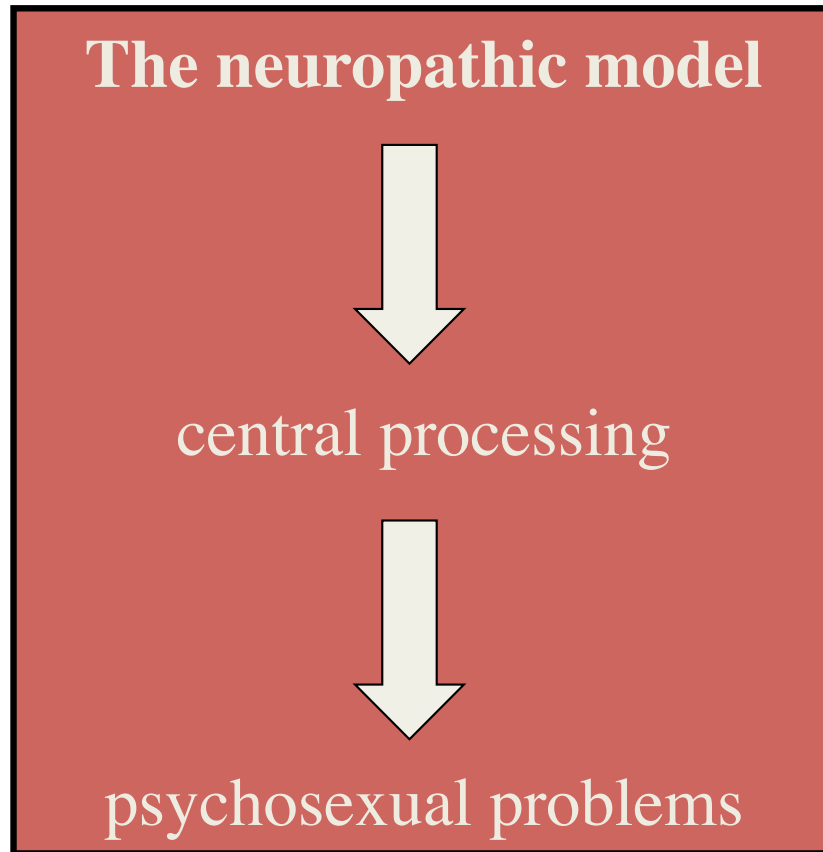


Fear-Avoidance Model



Modified after Norton & Asmundson, Beh Ther, 2003

”HEN OR EGG”



PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF VULVODYNIA

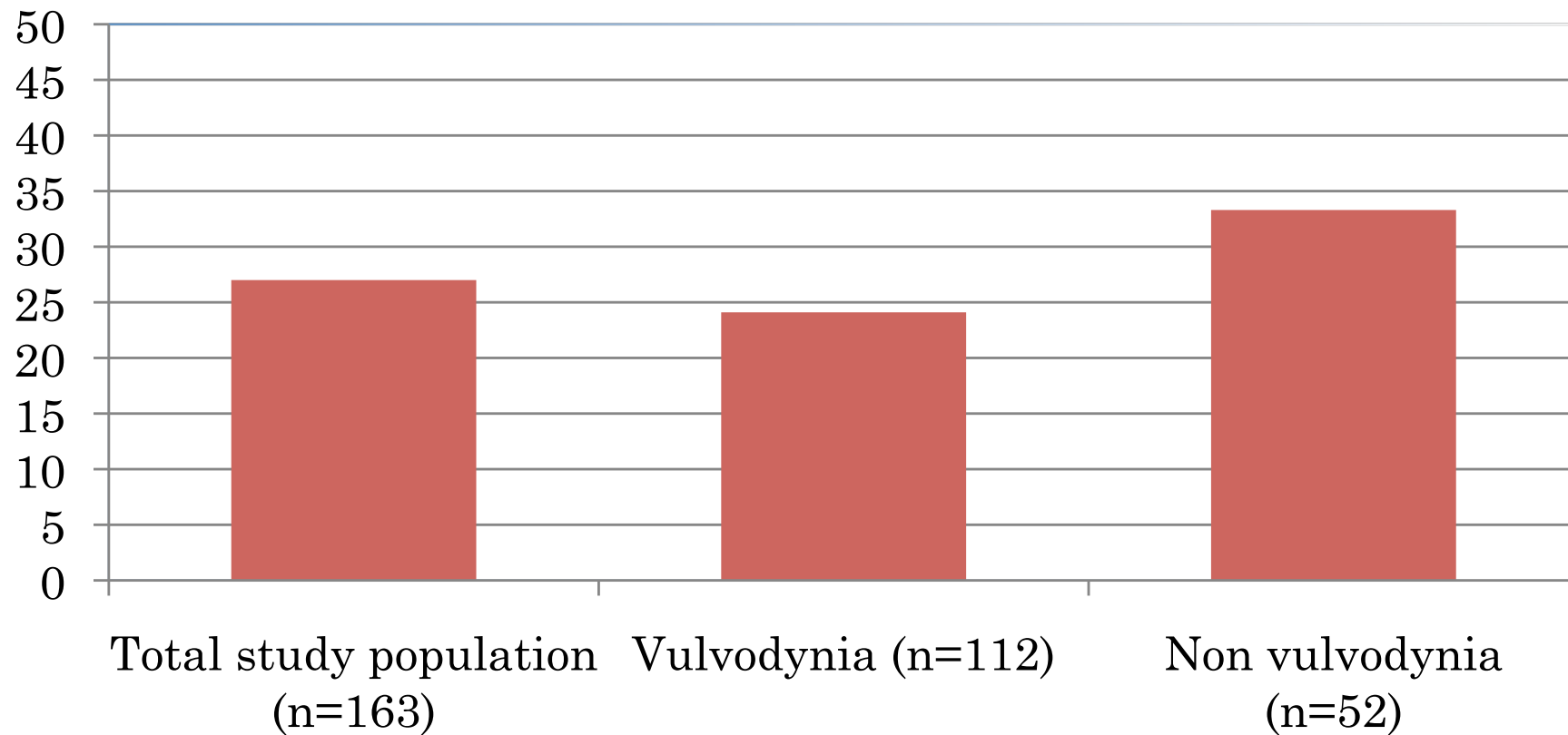
- Anxiety
- Catastrophizing, hypervigilance
- Depression
- Psychological distress
- Dyadic adjustment
- Cognitive variables
- Personality traits



DEPRESSION

DANISH WOMEN REFERRED TO VULVA CLINIC

% of women with BDI score > 13



PERSONALITY TRAITS

Two studies ("Cloninger Tridimensional Personality Ques").

Women with vestibulodynia score significantly higher

1. harm avoidance, reward dependent

Granot Journal Pain 2005


2. pessimistic, harm anticipating, cautious, careful, sentimental, emotional

Danielsson et al, BJOG 2001

One study (NEO-PI-R)

Women with vestibulodynia are significantly more neurotic and harm avoidant than the general population

Petersen et al, submitted 2009

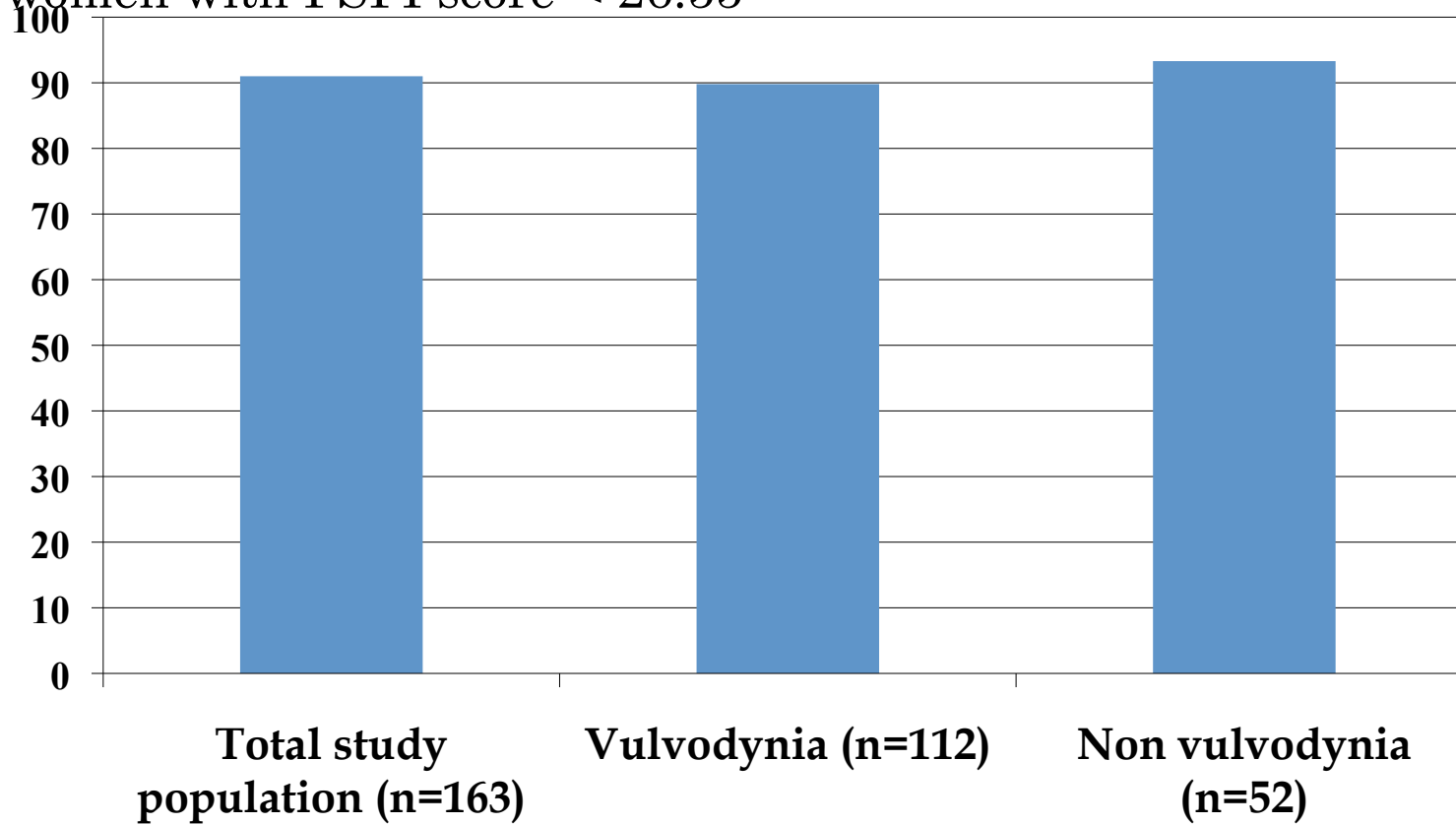


PERSONALITY (NEO-PI-R)

Domain scales	Vulvodynia (n=163)	General population (n= 300)	P-value
	Mean (SD)	Mean (SD)	
Neuroticism	95.75 (24.91)	81.39 (20.63)	P < 0.0001
Extraversion	117.55 (18.51)	115.68 (18.11)	P = ns
Openness	118.49 (15.84)	107.01 (18.66)	P < 0.0001
Agreeableness	126.73 (12.40)	129.11 (13.19)	P = ns
Conscientiousness	116.79 (20.31)	120.78 (16.02)	P = ns

FEMALE SEXUAL (DYS)FUNCTION DANISH WOMEN REFERRED TO VULVA CLINIC

% of women with FSFI score < 26.55



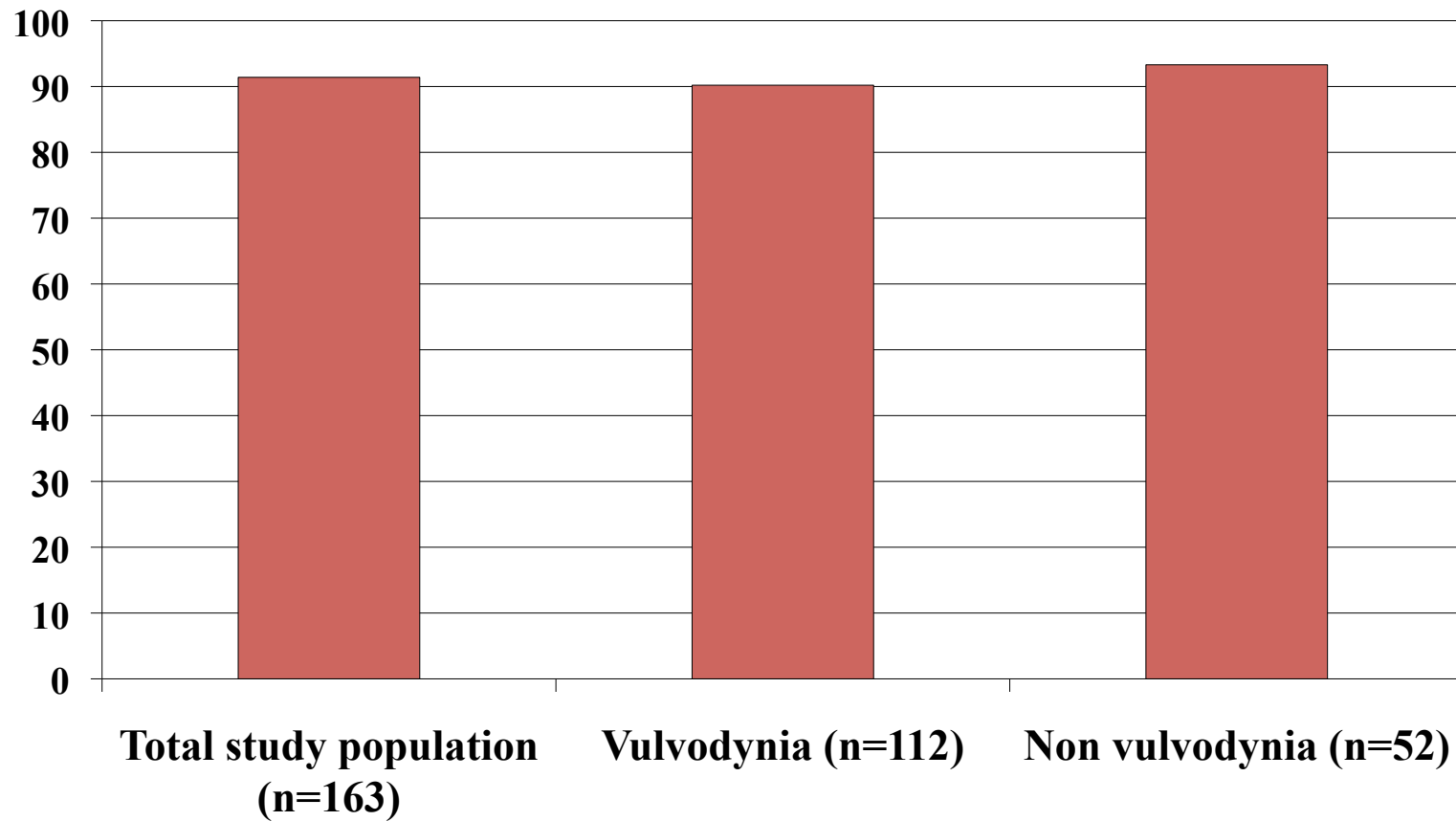
Petersen et al, JSM submitted



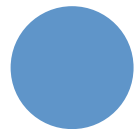
FEMALE SEXUAL DISTRESS

DANISH WOMEN REFERRED TO VULVA CLINIC

% of women with FSDS score > 15



Petersen et al, JSM submitted



Studies on FSD and vulvodynia

FSFI total	N	Vestibulodynia	Controls	<i>p</i>
Masheb et al, J Sex Marital Ther 2004	42/131	15.5(9.1)	30.5(5.3)	< 0.005
Verit er al, Arch Gynecol Obstet 2006	112/ 108	21.35(7.74)	27.29(6.54)	< 0.0001
Sutton K et al, JSM 2009	25/25	17.60 (6.72)	27.08(8.25)	< 0.001

Female Sexual Function Index = **FSFI**

FSFI < 26.55 = Sexual dysfunction



UDREDNING AF VULVODYNI

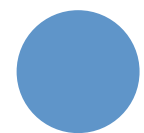
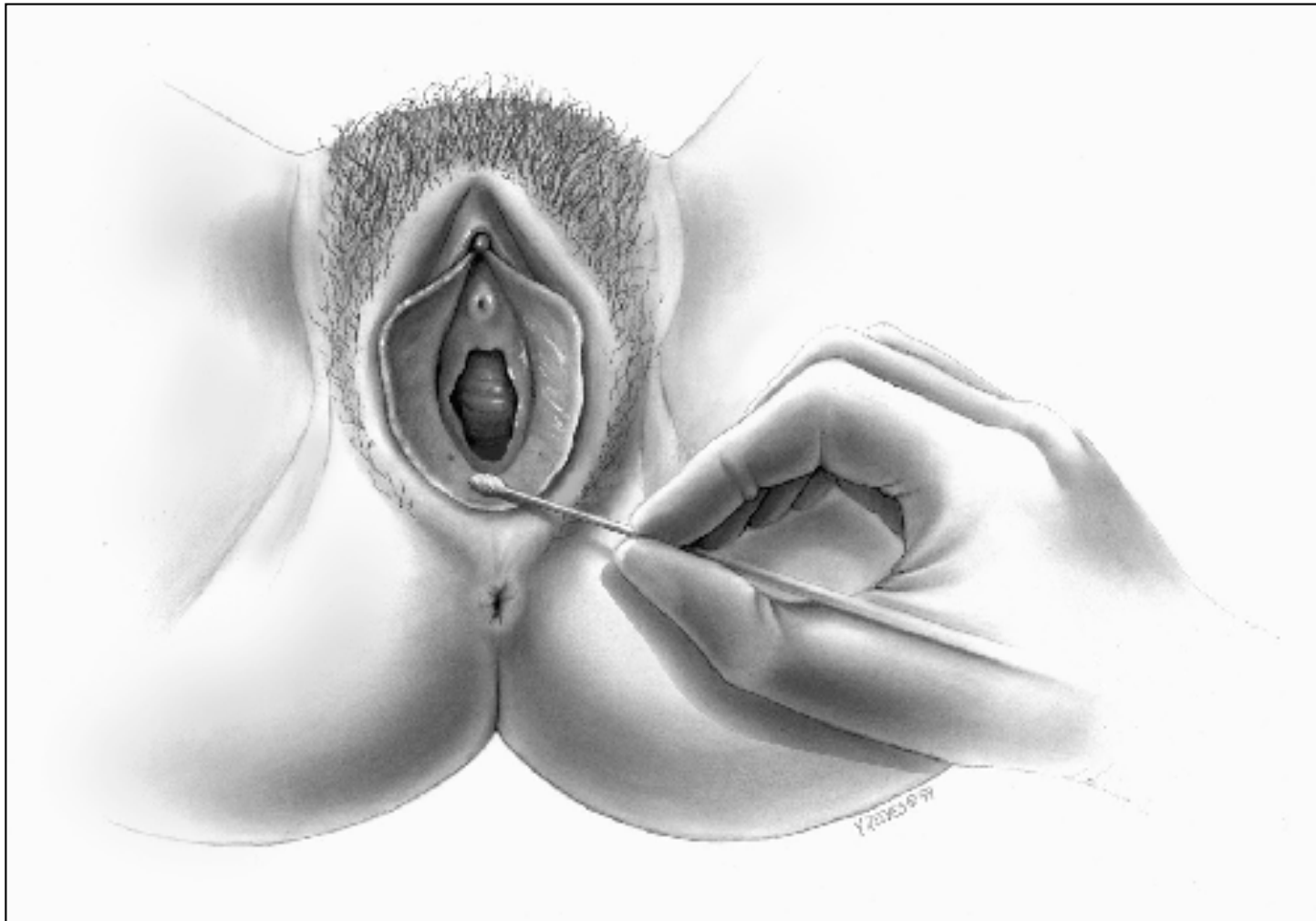
- Inspektion af vulva og vestibulum (Q – tip test)
- GU
- Chlamydia, mycoplasma, EBV, HSV, HPV-dna, bact , wet smear
- Biopsi?
- Bækkenbundsmuskler

Overvej:

- Evaluering af seksualitet og tegn på depression



Q – tip test



Forandringer i hud eller i submukosa?

Nej

Ja

Q – tip test

Negativ

Positiv

Vulvodyni kan udelukkes

Iværksæt relevant
behandling af :
infektion, dermatose,
præmalign eller malign
tilstand

Podning fra hud og vagina

Positiv

Negativ

Relevant behandling

Ingen effekt

Afsluttes

Effekt

En eller flere af følgende terapi former kan forsøges alene eller i kombination:

1. Lokal medicinsk behandling
2. Lokal injektions behandling
3. Systemisk medicinsk behandling
4. Fysioterapi
5. Terapi (kognitiv, psykoterapi, gruppe terapi)
6. Sexologisk rådgivning eller sexologisk terapi
7. Kirurgi

BEHANDLING

- Medicinsk
- Kirurgisk
- Fysioterapi
- Terapi
- Sexologisk
- Andet



Topicals

Lidocaine+EMG biofeedback

Capsacain 0.025%

Capsacain 0.05%

Lidocaine 5% (overnight)

Nitroglycerin 0.2%

Cromolyn 4%

RCT (n = 46)

Case series (n = 42)

Case series (n = 33)

Case series (n = 61)

Case series (n = 34)

RCT (n = 26)

Danielsson et al, 2007

Steinberg et al, 2007

Murina et al, 2004

Zolnoun et al, 2003

Walsh et al, 2002

Nyirjesy et al, 2001

Oral/ Systemic

Gabapentin

Amitriptyline,

Desapramine, other TCAs

Fluconazole

Gabapentin

Case series (n = 52)

Caseseries (n = 271)

RCT (n = 40)

Case series (n = 17)

Harris et al 2007

Reed et al 2006

Bornstein et al 2000

Ben-David et al 1999

Injectables

Botulinum toxin A

-do-

-do-

Betamethason + Lidocaine

Methylprednisolone + lidocaine

RCT (n = 64)

Case series (n = 7)

Case series

Single case report

Case series (n = 22)

Petersen et al,2009

Yoon et al, 2007

Dykstra et al, 2006

Segal et al, 2003

Murina et al, 2001

LOKAL LIDOCAINE

Dagligt Lidocaine gel 2% or 5% salve, applic. 5 – 7 x dagligt

- significant øgning i smertetærskel efter 12 mdr
- 50 % øgning i coitus frekvens efter 12 mdr.

Danielsson et al, Acta Obstet & Gynaecol, 2005

Lidocaine 5 % salve applic. i vestibule og det aff. område

- 76 % i stand til at have coitus efter 7 uger sammenlignet med 36% før behandling

Zolnoun et al, Obstet Gynaecol, 2003

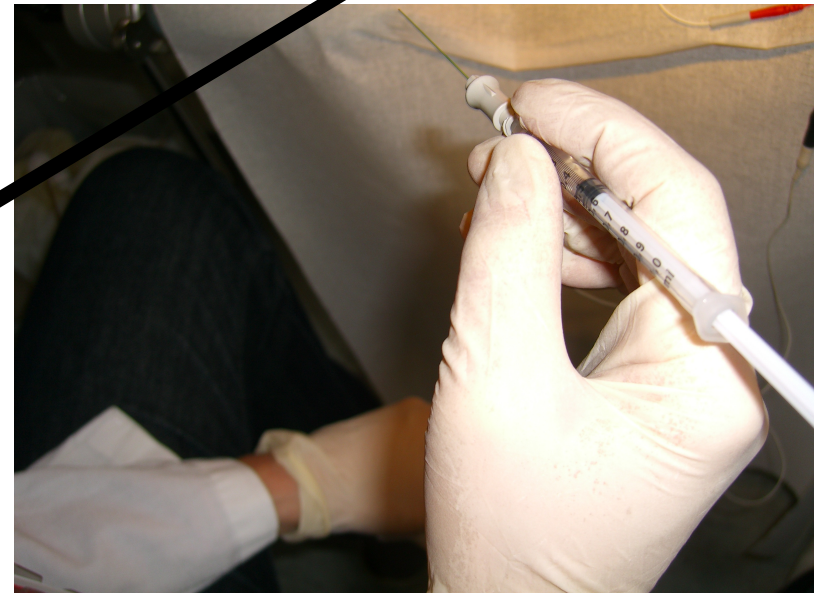
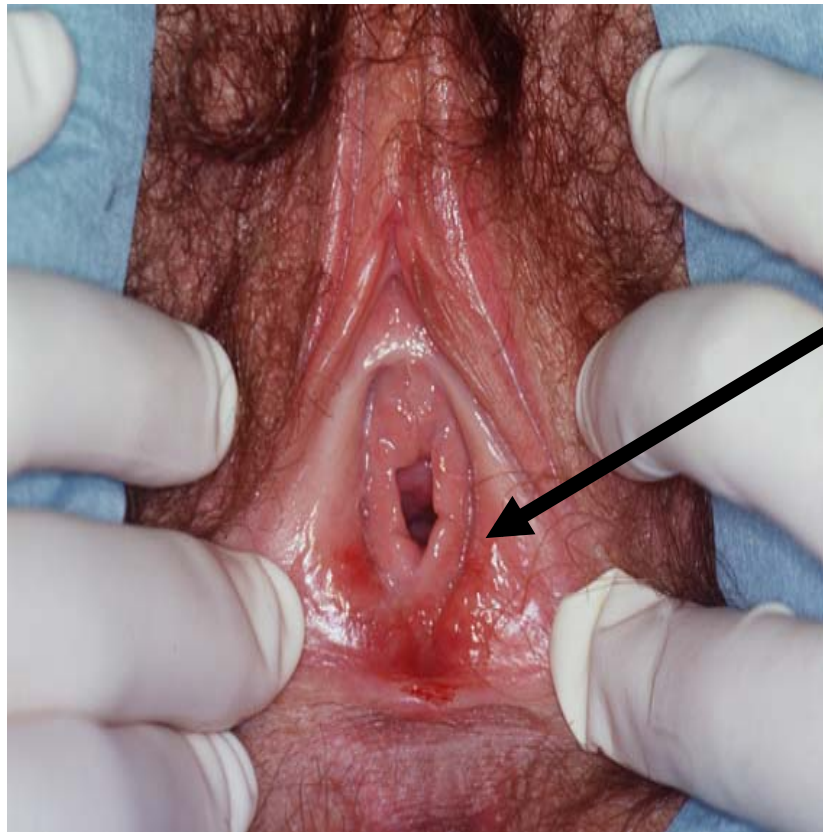


LOKAL INJEKTIONS BEHANDLING

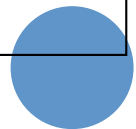
- Lidocaine/ bupivocaine
- Methylprednisolone + Lidocaine
- Betamethasone + Lidocaine
- Botulinum toxin



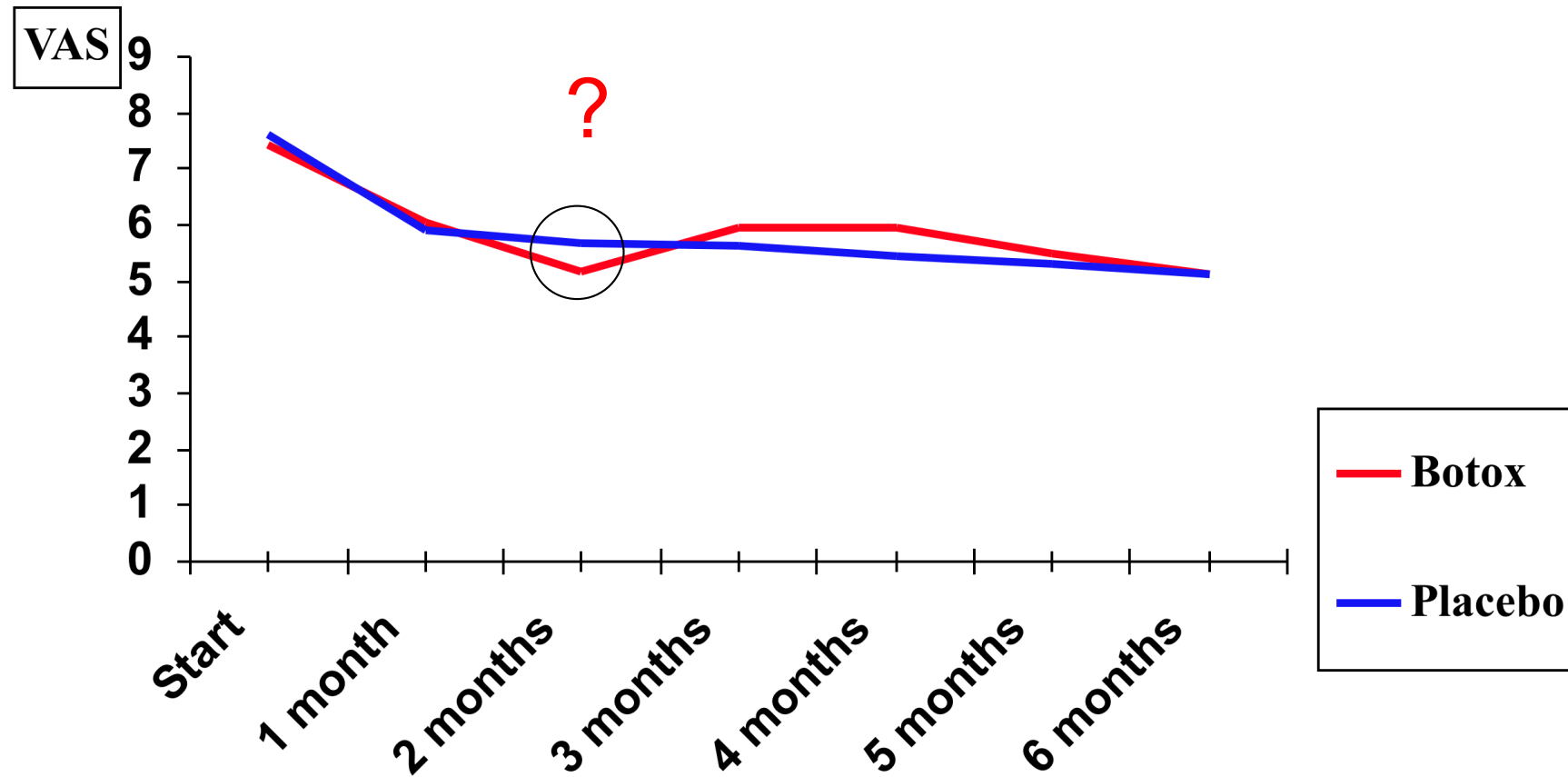
METHOD



20 units Botulinum toxin A



BOTOX STUDY - PAIN SCORES



P > 0.05

Petersen CD et al, JSM 2009

CENTRALT VIRKENDE LÆGEMIDLER

- Anti – depressiva: TCA's, SSRI's, SNRI's, duloxetine
- Anti – convulsiva: gabapentin, pregabalin
- NMDA antagonists: dextromethorphan
- Opioids: morphine, oxycodone, tramadol



ANTI DEPRESSIVA

Amitriptyline/ Nortriptyline/ Desipramine

- 5mg to 25 mg vespere op til 150 mg
- 50 % reduktion i smerter blandt 56 – 90 % af deltagerne

Reed et al, J Low genit tract Dis, 2006

- **Paroxetin** 10 mg daily, max dose 60 mg dgl
- **Venlaxafin (Efexor)** 37,5 mg dgl indtil 75 – 150 mg daily
- **Duloxetin** 60 - 120 mg dgl



GABAPENTIN

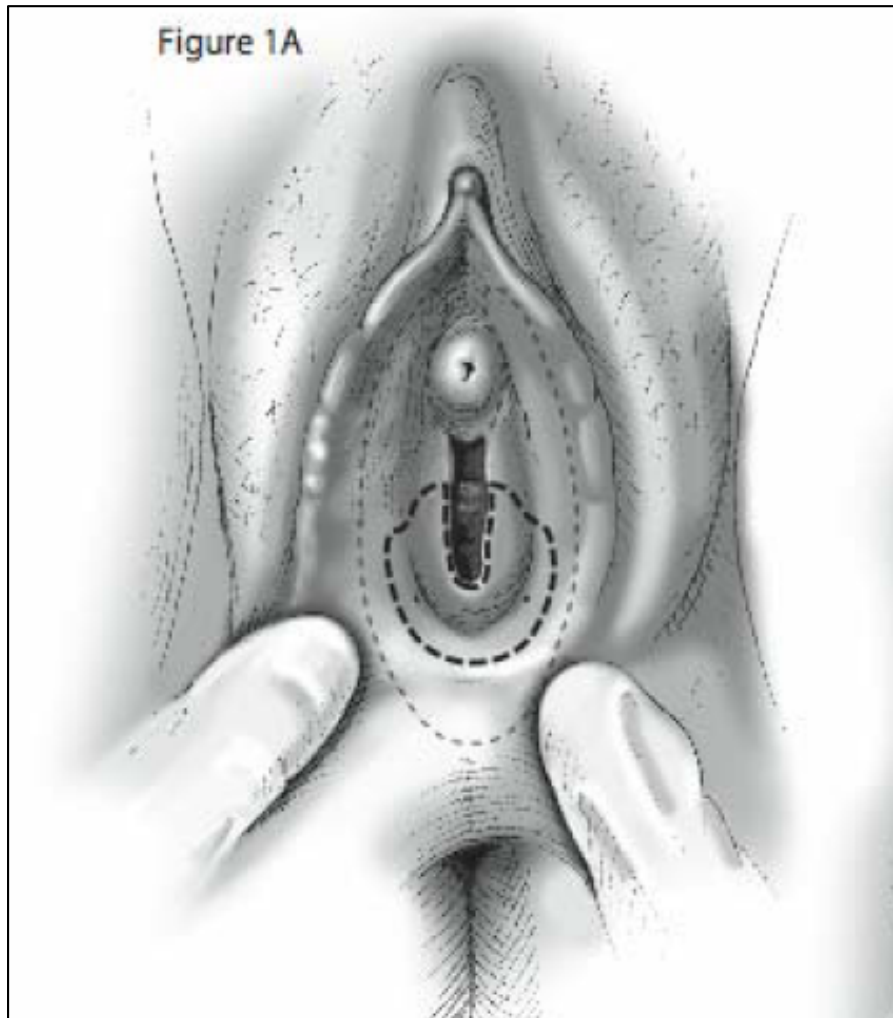
Start dosis 300mg daily, øges på 5. Dagen med 300 mg (dosering 2 – 3 gange daglig) til max 3600 mg dgl.

”64% af patienter oplevede ophør af min. 80 % af deres symptomer”

Harris et al, J Reprod med, 2007



KIRURGI



Lyse line:

Woodruff's perineoplastik

-fjerner hymen

-Advancerer vagina

Mørke linie:

Goetsch's perineoplastik

-Individualiseret

-Bruger hymenal randen



<u>Surgical Treatment</u>	<u>N</u>	<u>Evid.</u>	<u>Pain</u>	<u>Outcome</u>
<i>Modified perineoplasty</i>				
Chaim 1996	16	B, 2c	15/16	improve
Bornstein 1997	89	B, 2c	60/79	compl response
<i>Total perineoplasty (+ IFN - α)</i>				
Bornstein 1997	10/9	A, 1b	6/9	compl response
<i>Modified vestibulectomy</i>				
Kehoe et Luesley 1999	57	B, 2b	33/54	compl response
Lavy 2005	59	B, 2b	39/53	compl response
<i>Vestibulectomy</i>				
Bergeron 1997	38	B, 2c	14/38 10/38	complete relief great improvem
Goldstein 2006	104	B, 2c	54/100	no sex pain
Goetch 1996	12	B, 2b	10/12	complete relief
Schneider 2001	69	B, 2b	60/79	compl response
Bergeron 2003	22/28/28	A, 1b	15/22	compl relief



OPFØLGNING PÅ KIRURGI

- Q-tip test
- Fysioterapi
- Dilatatorer
- Sexologisk behandling



Iliopsoas stræk – bord og gulv



Udlånt af B. Bonde



Bækkenbunds stræk



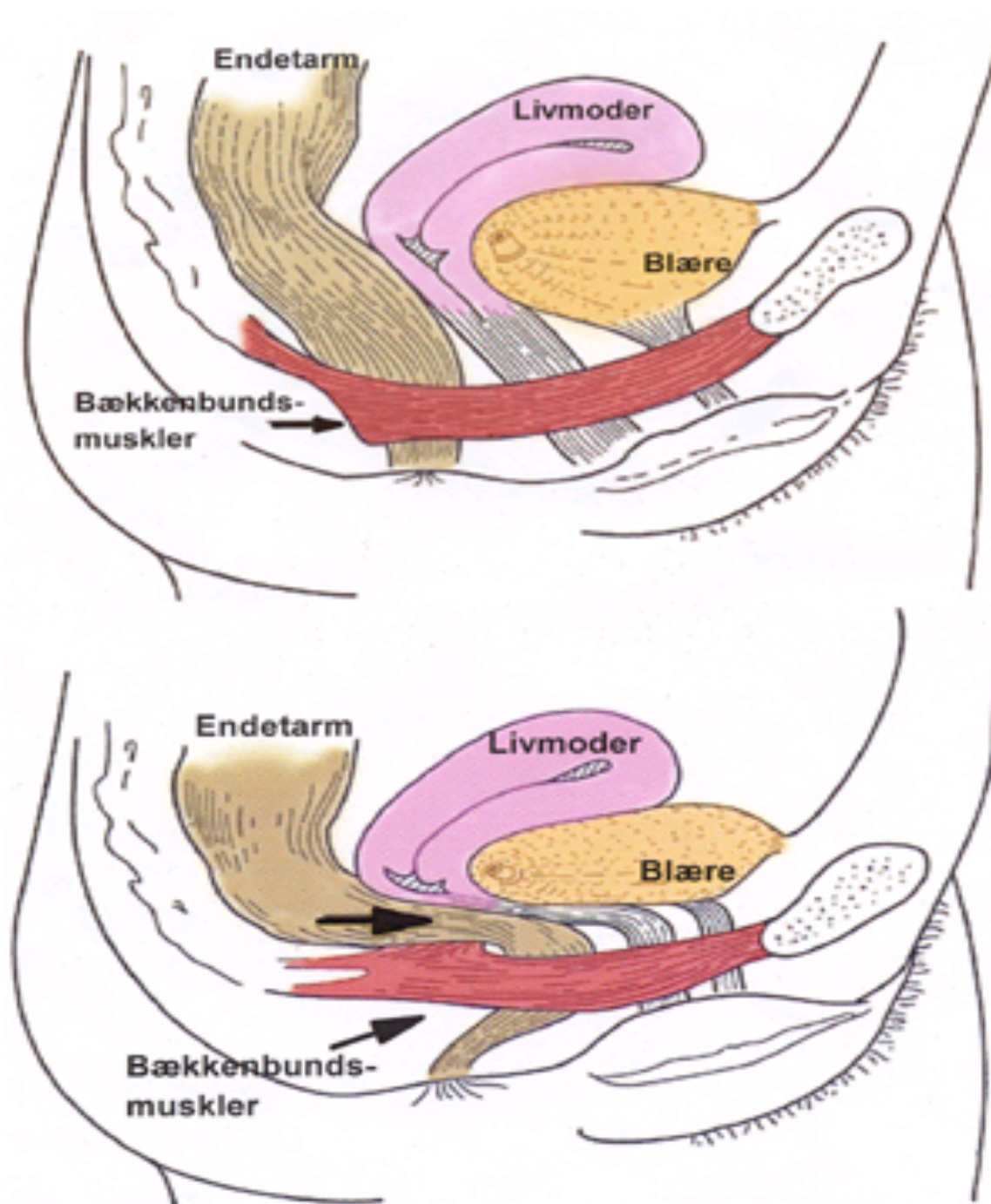
Udlånt af B. Bonde

Behandling af hyperton bækkenbund

Biofeedback apparat til vagina eller analkanal



Udlånt af B. Bonde



Bækkenbunden ses i hvile øverst og under knib nederst.

Tegninger venligst udlånt af Fysioterapien, Hvidovre Hospital.

FYSIOTERAPI (BIO FEEDBACK)

- Øger livskvaliteten

Forth et al, J Obstet Gynecol 2009

- Hæver smertetærkslen

- Reducerer dyspareuni

Bergeron et al, J Sex Marital Ther 2002

McKay JRM 2001

- Hæver hviletonus i bækkenbunden

Glazer et al JRM 2002



SEXOLOGISK BEHANDLING

1. Sexual counselling

2. Terapi

- Individuel
- Parterapi
- Gruppeterapi



SEXOLOGISK BEHANDLING

Combined Physical and Psychosexual Therapy for Provoked Vestibulodynia
– An evaluation of Multidisciplinary Treatment Model
Backmann et al, J Sex research 2008

Principper for behandling:

- samtaler med psychosexual counsellor
- Samtaler med jordemoder om anatomi, desensibiliserings-
øvelser
- Evaluering af bækkenbund

Resultater:

- 19/24 (79%) kvinder med lokal provokeret vulvodyni kureret
- Coitus frekvens øget ($p = 0.001$)
- Dyspareuni reduceret ($p = 0.02$)



TERAPEUTISK BEHANDLING

Cognitiv behavioristisk terapi versus

- Kirurgi(vestibulektomi) og biofeedback eller
- støttende terapi

Konklusion:

- lige så god som vestibulektomi, bedre end bio feedback
- Bedre end støttende terapi

Masheb et al, pain 2008

Bergeron et al, Pain 2001

Bergeron et al, Obstet Gynecol 2008

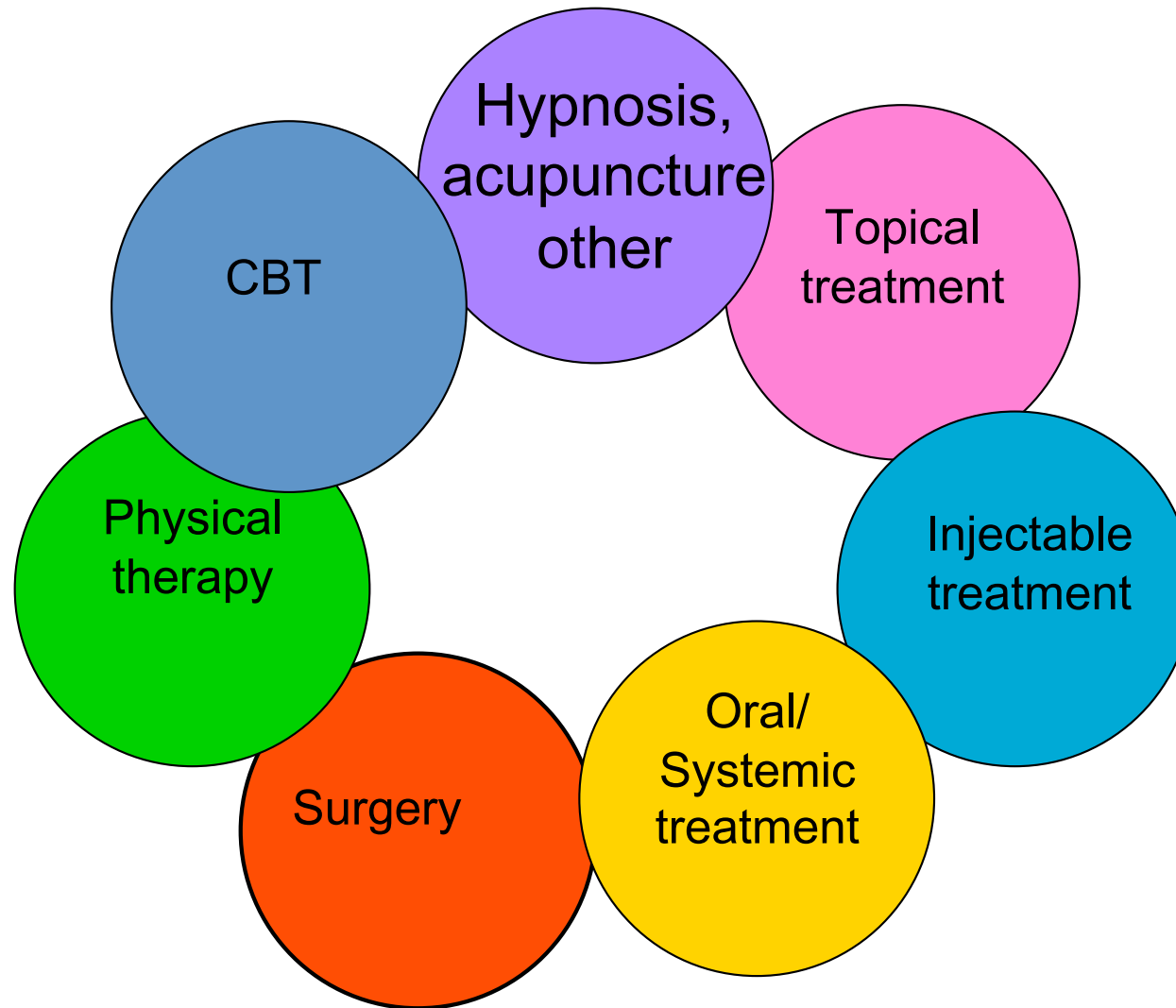
Ter Kuile, J Sex marital Ther 2003

HVILKEN BEHANDLING SKAL MAN VÆLGE?

- Individualisér
- Få erfaring med udvalgte lægemidler/ regimer
- Trinvis eller kombineret behandling?
- Kan kirurgi være første valg?
- Tal om forventninger til behandling!!



Behandling



**VIGTIGE HJÆLPEMIDLER TIL
KVINDER MED BENIGNE VULVA
LIDELSER**



LUBRICANTIA

Watery/ Oil-based



DILATATORER

Amielle:



Hegar:

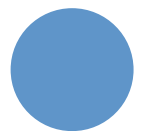


TAKE HOME MESSAGES

- Tag biopsi(er)
- Gode hjemmesider for råd
- Patientforeninger
- Tal seksualitet med patienter med benigne vulva lidelser og henvis gerne videre..



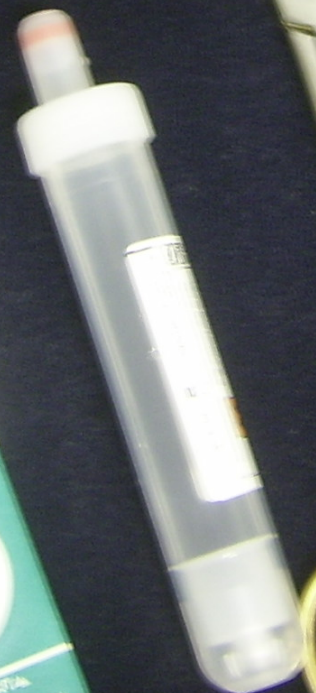
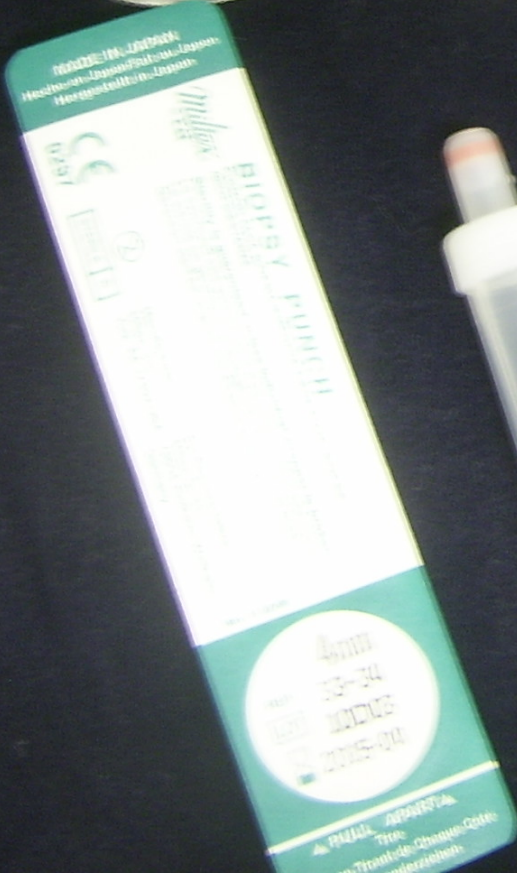
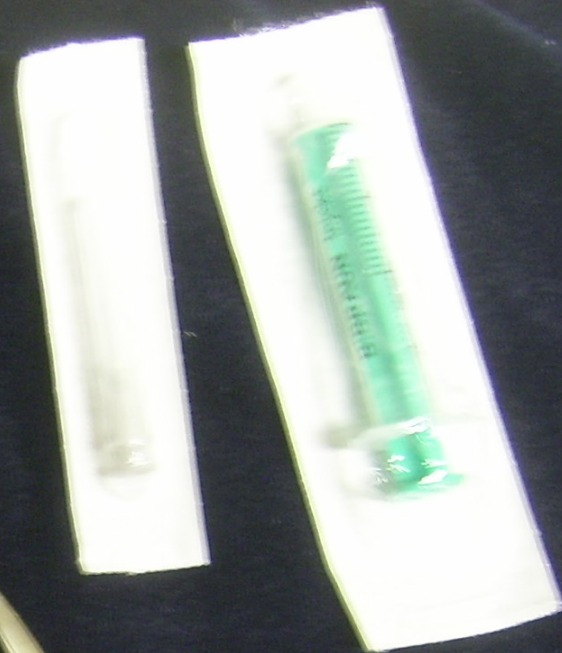
BIOPSI



VULVABIOPSI

- En vurdering om man vil bruge EMLA. Der er beskrevet histologiske ændringer ved brugen. F.eks acantholyse – løsning af bindingen mellem cellerne og kløftedannelse subepitelialt.
- Biopsi skal tages fra kanten, helst så der både er normalt og sygt væv med.
- Aldrig midt i en erosion.
- 20-25 % giver ikke sikkert diagnostisk svar







WWW.DERMNETNZ.ORG

www.dsog.dk

www.DSVL.dk

[www. Lichensclerosusforeningen.dk](http://www.Lichensclerosusforeningen.dk)

