

Prof. Michael K. Hohl,
Dr. Gudrun Mehring
Frauenklinik
Kantonsspital Baden

Schmerzhafte Vulva: Vulvodynie, Vestibulitis

Vor genau 10 Jahren (FHA 12/1/2003:5–9) veröffentlichten wir an dieser Stelle einen Artikel über „Vestibulitis: das häufig übersehene Syndrom“. Eine Analyse unserer ersten Serie von 40 Patientinnen zeigte damals, dass die durchschnittliche Dauer bis zur Diagnosestellung 7,7 Jahre dauerte, die Mehrzahl der betroffenen Frauen hatte mehr als drei verschiedene Therapien ohne Erfolg durchgemacht und mehr als drei Ärzte konsultiert.

10 Jahre später hat sich die Situation nicht wesentlich geändert. In unserem aktuellen Kollektiv von 127 Patientinnen der Jahre 2003 bis 2012 war die Symptombdauer bis zur Diagnosestellung immer noch fast 5 Jahre. Dies hat uns bewogen die Thematik erneut aufzugreifen und etwas breiter darzustellen.

Wenn man die umfangreiche Literatur zur Vulvodynie und Vestibulitis analysiert, fällt auf, dass praktisch alle Publikationen aus den USA und Skandinavien stammen. Hingegen ist die deutschsprachige Literatur nur spärlich vertreten. Man gewinnt den Eindruck, dass das Thema Vulvodynie im deutschsprachigen Raum wenig Beachtung findet.

Dies erstaunt, da gerade in jüngster Zeit neue epidemiologische Studien zeigen, dass die „schmerzhafte Vulva“ ein relativ häufiges und wichtiges gynäkologisches Problem ist.

Epidemiologie

Eine umfangreiche demographische Studie beruhend auf einer Umfrage bei 2269 Frauen in Michigan, wurde erst im Februar dieses Jahres publiziert (Reed, B.D. et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 2012; 206:170.e1-9). Die Autorinnen kommen auf eine Prävalenz der Vulvodynie (mehr als 6 Monate Dauer) von 8,3%. Die meisten Frauen wurden nicht diagnostiziert (nur 49% gingen deswegen zum

Arzt). 65,8% der Schmerzen traten auf Berührung auf, 20% spontan und 15% gemischt. Von den Frauen mit Vulvodynien hatten 42% Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, 42% Schmerzen beim ersten GV, 23% Schmerzen beim Tampon einführen.

Eine weitere populationsbasierte Untersuchung aus dem Grossraum Boston kam zu ähnlichen Zahlen: 9% Prävalenz, 5% bei jungen Frauen unter 25!

Diese Zahlen unterschätzen wahrscheinlich die echte Prävalenz (Harlow B.L. et al. Am. Med. Wom. Assoc. 2003; 58:82–88), das heisst, dass mindestens jede 10. Frau einmal im Leben eine längere Zeitspanne mit diesem Problem hatte, wovon 1 von 20 Frauen unter 25 ist. Diese Zahlen belegen, dass es sich um ein klinisch wichtiges, aber generell von der Ärzteschaft wahrscheinlich zu wenig beachtetes Problem handelt.

In einer dritten Studie (Nested case control Studie) kam man ebenfalls zu einer Lebenszeitprävalenz von 9,9%. 45% dieser Frauen mit Schmerzen berichteten über negative Auswirkungen auf die Sexualität und 27% hinsichtlich Lifestyle (Arnold L.D. et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 2007; 196:128.e1-6).

Nomenklatur

Früher unterteilte man den Begriff Vulvodynie („Burning Vulva“) in zwei klinische Entitäten: Dysästhetische Vulvodynie und Vestibulitis. Wegen widersprüchlicher Forschungsergebnisse zur Pathogenese liess die International Society for the Study of Vulvar Disease (ISSVD) den Begriff Vestibulitis fallen. Dies führte zur derzeit (seit 2003) gültigen Terminologie und Klassifikation (s. Tab 1).

Kommentar

Wenn wir nur die chronischen Vulvaschmerzen betrachten, finden wir nach unserer Erfahrung am häufigsten vulväre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Lichen

Tab 1. Terminologie und Klassifikation von Vulvaschmerzen der „International Society for the Study of Vulvovaginal Disease“ (ISSVD)

A. Vulvaschmerzen assoziiert mit einer spezifischen Erkrankung
<ol style="list-style-type: none"> 1. Infektiös (einschliesslich Candida, Herpes) 2. Inflammatorisch (Lichen planus, immunobullöse Erkrankungen) 3. Neoplastisch, Lichen sclerosus 4. Neurologisch (Herpesneuralgie, Spinalnervkompression)
B. Vulvodynie
<ol style="list-style-type: none"> 1. Generalisierte <ol style="list-style-type: none"> a) provoziert (sexueller Kontakt, nicht sexuell oder beides) b) unprovoziert c) gemischt (provoziert und unprovoziert) 2. Lokalisiert (einschliesslich Vestibulodynie, Klitorodynie, Hemivulvodynie) <ol style="list-style-type: none"> a) provoziert (sexueller Kontakt, nicht sexuell oder beides) b) unprovoziert c) gemischt (provoziert und unprovoziert)

(Nach: Moyal-Barracco, M. et al. J. Reprod. Med. 2004; 49:772–777)

sclerosus (früher Vulvadystrophie). Infektiöse Ursachen sind wohl am häufigsten, aber nicht chronisch. Zu den neurologischen Ursachen gilt es zu bemerken, dass eine postherpetische Neuralgie fast immer nur beim Herpes Zoster auftritt, die Schmerzen bei Herpes Simplex (Genitalbereich) sind immer mit einer akuten Erkrankung verbunden.

Vulvodynie

Dies betrifft alle Patientinnen, bei welchen eine spezifische Ursache (Tab. 2) ausgeschlossen ist.

Aus praktischen, aber auch ätiologischen Überlegungen

Tab 2. Spezifische Ursachen für Vulvaschmerzen

- Akute Kontaktdermatitis
- Aphthöse Ulcera
- Atrophie
- Bartholini Empyem
- Candidiasis
- Karzinome
- Chronische Kontaktdermatitis
- Endometriose
- Herpes (simplex und zoster)
- Immunopulöse Erkrankungen
- Lichen planus
- Lichen sclerosus
- Prolabierte Urethra
- Sjögren's Syndrom
- Trauma
- Trichomaniasis
- Vulväre intraepithelialen Neoplasien

macht es Sinn die spontane von der provozierten und bei dieser wiederum die provozierte Vestibulodynie (PVD, früher Vestibulitis vulvae Syndrom, VVS) separat zu betrachten.

Generalisierte Vulvodynie

Dies sind Frauen, welche zyklisch verstärkt oder unabhängig vom Zyklus über meist brennende, eventuell stechende Schmerzen im Bereich der Vulva berichten („burning vulva“). Dabei handelt es sich um eine Ausschlussdiagnose, das heisst, diverse Schmerzen verursachende andere Ätiologien sollten durch Anamnese, klinische Untersuchung und eventuell Hautbiopsien ausgeschlossen sein (Tab. 2).

Tab 3. Empfohlene Therapien bei der generalisierten Vulvodynie

Life-Style-Änderungen
<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung enger Hosen • Unterwäsche aus Baumwolle • Vermeidung von reizenden Chemikalien (Verwendung von körperfreundlichen Duschmitteln und Seifen) • Verwendung von Gleitmitteln beim Geschlechtsverkehr
Pysikalische und alternative Therapien
<ul style="list-style-type: none"> • Weichteilmassage • Akupressur • Akupunktur • Elektrostimulation • Beckenbodentraining • Biofeedback • Therapeutischer Ultraschall • Yoga • Autogenes Training • Meditation
Lokale Therapien
<ul style="list-style-type: none"> • Lidocain-Gel oder -Salbe • Aminotriptylin 2 % • Östrogen • Petrolatum • Gabapentin-Salbe
Oral wirksame Medikamente
<u>Trizyklische Antidepressiva</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Amitriptylin • Nortriptylin • Desipramin
<u>Andere Antidepressiva</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Duloxetine • Venlafaxine
<u>Antikonvulsiva</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Gabapentin • Pregabalin • Topiramate

Bei der generalisierten Vulvodynie findet man nicht selten Co-Morbiditäten wie chronische Kopfschmerzen, Colon irritabile, interstitielle Zystitis, chronische Blasen-schmerzen, chronische Fibromyalgien, chronisches Fatigue-Syndrom welche alle mit dem psychosomati-schen Formenkreis assoziiert sind.

Wie bei allen chronischen Schmerzsyndromen lässt sich auch eine enge Beziehung zu Depressionen herstellen. So fand man bei Patientinnen mit chronischen Vulvo-dynien vermehrt Depressionen und Angststörungen (Sadovnik, LA J Reprod Med 2000;45:679). Deshalb sollten alle Patientinnen mit chronisch, generalisierten Vulvodynien auf Depressionen und Angststörungen gescreent werden.

Entsprechend der unklaren Ätiologie gibt es eine grosse Liste empfohlener Therapien (Tab. 3) Dazu gehören Life-Style-Änderungen, physikalische, sowie insbesondere auch alternative Therapien.

Kommentar

Wie bei vielen chronischen Schmerzsyndromen gibt es kaum etwas, was die Patientinnen nicht schon ausprobiert haben. In unserer Erfahrung haben sich insbesondere Akupunktur, Yoga, Autogenes Training, eventuell Meditation bewährt. Empfehlenswert ist die Kombination mit oral wirksamen trizyklischen Antidepressiva und Antikonvulsiva. Lokale Therapien haben bei unseren Patientinnen selten etwas gebracht.

Bei den **medikamentösen Therapien** stehen trizyklische Antidepressiva und in jüngster Zeit auch Antikonvulsiva (z. B. Gabapentin) im Vordergrund. Unter den trizyklischen Antidepressiva gilt Amitriptylin und Nortriptylin als „first line Therapie“. Es empfiehlt sich die Dosierung langsam zu steigern, (z.B. 10 mg abends, wöchentliche Verdoppelung der Dosis bis zu einer Maximaldosis von 150 mg) Bei Patientinnen über 60 Jahre beginnt man mit

der halben Dosis. Kein abruptes Stoppen der Therapie, sondern ausschleichen. Vorsicht mit alkoholischen Getränken.

Kommentar

In der Vergangenheit wurden trizyklische Antidepressiva bei neuropathischen Schmerzen meist unterdosiert. Oft sind Dosen von 100–150 mg/die nötig.

Zunehmend werden auch Antikonvulsiva empfohlen. Diese sind im Allgemeinen besser verträglich als trizyklische Antidepressiva und vor allem bei Patientinnen ohne Depressionen wirkungsvoll. Neben Gabapentin haben sich auch Pregabalin und Topiramat bei generalisierten Vulvodynie als wirksam erwiesen. Wichtig ist auch hier eine langsam einschleichende Dosissteigerung: z. B. Gabapentin 1 × 100 mg/die, jeweils um 100 mg alle 3 Tage steigern, dann 2 × 300 – 3 × 300 mg/die. Diese Dosis reicht im Allgemeinen, im Einzelfall kann aber auch auf bis zu 3 × 1200 mg/die gesteigert werden.

Provozierte Vestibulodynie (PVD), früher Vestibulitis vulvae Syndrom (VVS)

Epidemiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass lokalisierte, provozierte, Vestibulodynien (PVD) über 2/3 der Fälle mit schmerzhafter Vulva ausmachen. Dies entspricht auch unserer eigenen Erfahrung. Ein fokal schmerzhaftes Vestibulum (bei Berührung und Geschlechtsverkehr) wurde bereits im 19. Jahrhundert erwähnt. (Thomas 1880) und vom berühmten Gynäkologen H.A. Kelly (Gynecology New York; D. Appleton, 1928:236) beschrieben. Der Begriff Vestibulitis vulvae geht auf Woodruff, Parmley und Friedrich zurück, welche entzündliche Veränderungen in den Vestibulardrüsen endodermalen Ursprungs nachwiesen (Woodruff J.D. Infection of the minor vestibular gland Obstet. Gynecol. 1983; 26:609; Friedrich E G. The vulvar vestibulum. J. Reprod. Med. 1983; 38:773) Die ersten klinischen Serien

wurden in der 80-er Jahren von B. M. Peckham, (67 Patientinnen) (Am. J. Obstet. Gynecol. 1986; 154:855) und M.F. Goetsch (31 Patientinnen) (Am. J. Gynecol. 1991; 164:1609) publiziert.

Das klar umschriebene Syndrom des bei Berührung schmerzhaften Vestibulums blieb ausserhalb der USA und Skandinavien aber weitgehend unbeachtet.

Dies gilt im Besonderen auch für die deutschsprachigen Länder wo man kaum Publikationen zu diesem Thema findet.

Neuere Forschungsergebnisse deuten wieder vermehrt auf Entzündungsprozesse bei Patientinnen mit fokaler Vestibulodynie hin, verbunden mit einer Hyperplasie von Schmerznerven im Vergleich zu Kontrollen, so dass der Begriff „Vestibulitis“ wahrscheinlich doch zutreffend ist. (Goetsch, MF et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 2010; 202:614.e1-8) Der Grund weshalb eine beträchtliche Zahl, vor allem jüngerer Frauen eine fokale Vestibulodynie entwickeln, die Mehrheit der Frauen jedoch nicht, bleibt bis heute ungeklärt.

Kommentar

An gleicher Stelle berichteten wir vor 10 Jahren über unsere Erfahrungen mit dem Vestibulitis vulvae Syndrom (VVS) anhand von 40 eigenen Patientinnen der Jahre 1997–2002 (Knüsel P, Das vulväre Vestibulitis Syndrom, Med. Diss Basel 2004). In den Jahren 2003–2011 haben wir weitere 127 Patienten prospektiv verfasst.

Klinik der provozierten Vestibulodynie (PVD, bzw. Vestibulitis Syndrom VVS)

Die **primäre PVD/VVS** ist durch Schmerzen gekennzeichnet, die sich bereits bei der ersten Introitusberührung bemerkbar machen. Viele Patientinnen verbinden diesen Schmerz mit dem erstmaligen Einführen eines Tampons oder dem ersten Geschlechtsverkehr. Bei der **sekundären**



Abb. 1. Kartographieren der Schmerzzonen mittels Wattstäbchentest

PVD/VVS war die erste sexuelle Aktivität oder Berührung des Vestibulums schmerzfrei und ging gelegentlich oder plötzlich in einen schmerzhaften Zustand über. In unserem ersten Kollektiv dauerte es durchschnittlich 7.7 Jahre, im zweiten 4.6 Jahre bis die Diagnose gestellt wurde. Bei beiden Kollektiven haben die Patientinnen mehrere Ärzte konsultiert und 50 % der Patientinnen 3 und 25 % mehr als 5 Therapien erfolglos über sich ergehen lassen.

Bei der Mehrzahl der Patientinnen wurden immer wieder Behandlungen gegen wahrscheinlich nicht vorhandene Pilze verabreicht. Viele erhielten östrogenhaltige Salben und es wurden Entspannungstherapien und psychologische Betreuung empfohlen. Nicht selten wurden die Patientinnen frustriert durch die Feststellung der Ärzte: „**Ich finde nichts, alles ist normal.**“

In den letzten Jahren haben die Zuweisungen, vor allem von Ärztinnen und Ärzten zur Abklärung wegen Verdacht auf Vestibulitis zugenommen. Bei der Mehrheit der Patientinnen handelt es sich jedoch um Direktkontakte via Internet, wo sich die verzweifelten Patientinnen über ihre Symptome informiert hatten.

Diagnostik

Die Beobachtung, dass die Dauer bis zur Diagnosestellung einige Jahre beträgt, weist auf diagnostische Probleme hin. Die Diagnostik ist in erster Linie klinisch. Die Veränderungen im Vestibulumbereich sind jedoch oft diskret. Sie können aber, unserer Erfahrung nach, deutlich unter **kolposkopischer Sicht** identifiziert werden. Wir empfehlen deshalb grundsätzlich bei der Abklärung vulvärer Probleme die Verwendung des Kolposkops. Bereits das Spreizen der Vulva kann schmerzhaft sein und nicht selten treten spontan Rhagaden auf, die sich oft auch in den ektodermalen Bereich ausdehnen.

Mit Hilfe des Wattestäbchentests (Abb. 1) ist die Patientin in der Lage exakt die schmerzempfindlichen Bezirke anzugeben. Durch eine Kartographie des gesamten Vestibularbereiches können die Patientinnen erstaunlich genau die exquisit schmerzhaften Stellen angeben. Da die Befunde nicht immer so typisch sind, sondern oft nur diskret, wird die richtige Diagnose sehr häufig nicht gestellt und der Patientin unter Umständen mitgeteilt, dass anatomisch alles in Ordnung sei und das Problem wohl psychologischer Natur sei.

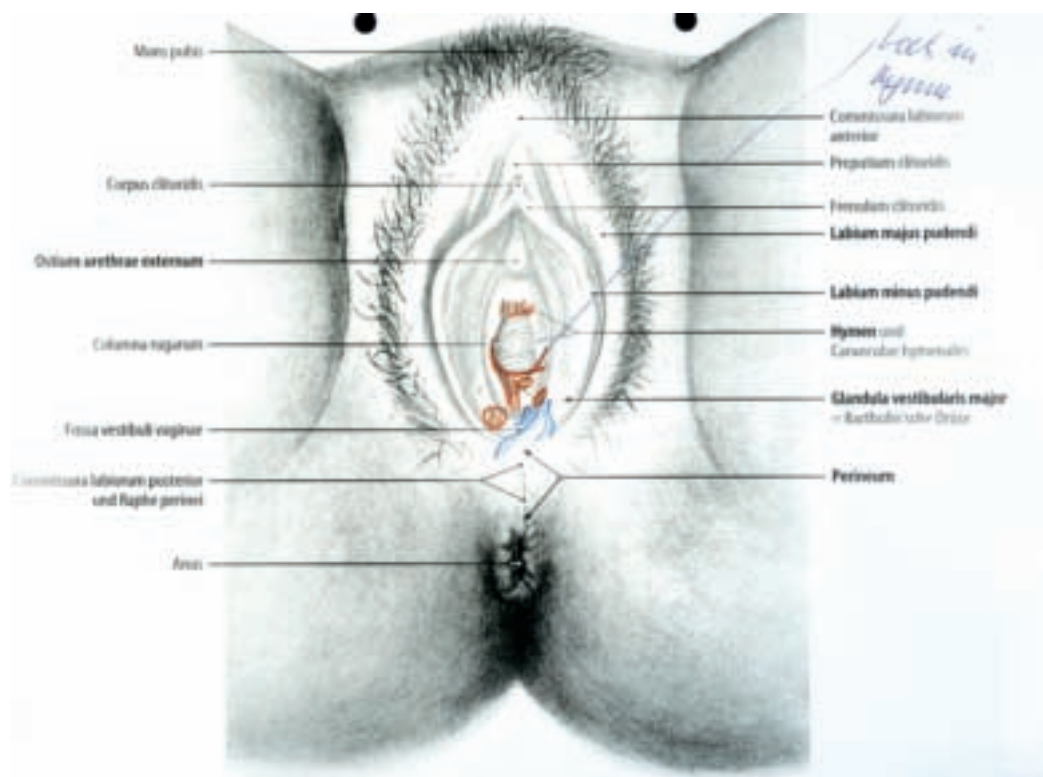


Abb. 2. Dokumentierung des Befundes

In Tabelle 4 sind die Diagnose Kriterien der PVD bzw. VVS dargestellt.

Uns hat sich die kartographische Darstellung der Symptome und Aufzeichnung der kolposkopischen Befunde in einer vorgedruckten Skizze bewährt (Abb. 2).

Assoziation mit anatomischen Anomalien

Wir fanden relativ häufig anatomische Anomalien, die einen Hinweis auf die Entstehung der PVD/VVS geben, die bisher aber noch nicht beschrieben worden sind (Tab. 5).

Am Häufigsten fanden wir ein ausgeprägtes, sogenanntes Frenulum vestibuli (Abb. 3). Die zweithäufigste Anoma-

Tab 4. Diagnosekriterien der PVD bzw. VVS nach Friedrich

- Starker Schmerz nach Berührung des Vestibulums oder bei versuchter vaginaler Penetration
- Empfindlichkeit gegenüber Druck innerhalb des Vestibulums vulvae
- Vestibuläres Erythem insbesondere im Bereich des dorsalen Vestibulums
- Fehlende aktive Infektion

lie betrifft das Hymen: ein insbesondere dorsal erhöhtes Hymen (Hymen altus basale). Die Aussenfläche dieses Hymenteiles ist in den meisten Fällen sehr stark gerötet und druckdolent (Abb. 4).

Diese Beobachtungen und die Tatsache, dass wir bei



Abb. 3. Anatomische Anomalität bei Vestibulitis Querfrenulum mit Rhagadenbildung



Abb. 4. Hymen altus mit entzündlichem Vestibulum.

Tab 5. Assoziation der PVD, bzw. Vestibulitis vulvae mit anatomischen Anomalien bei 147 Patientinnen

Frenulum Vestibuli	42	(28.5 %)
Hymenanomalie (z. B. Hymen altus)	18	(12.2 %)
Kombination Frenulum plus Hymenanomalie	18	(12.2 %)
Beteiligung der Orificien der Bartholinidrüsen	10	(6.8 %)
Keine anatomischen Besonderheiten	59	(40 %)

sämtlichen 147 operierten Patientinnen bei der histologischen Analyse des Exzidates chronisch entzündliche Veränderungen (Plasmazellen, Lymphozyten) nachweisen konnten führte uns zu einer eigenen Hypothese der möglichen Entstehung einer PVD, bzw. VVS (Tab. 6).

Entsprechend dieser Hypothese stehen bis heute unbekannte Faktoren, sowie anatomische Anomalien am Anfang, sowie das anatomisch wenig widerstandsfähige Gewebe des Vestibulum (endodermaler Ursprung, deshalb wenig bis gar nicht verhornt). Auf dieser Basis führt eine

Tab 6. Eigene Hypothese der Pathogenese der PVD, bzw. VVS

Terrain	<ul style="list-style-type: none"> • Vestibulum innerhalb der Hart'schen Linie (siehe Titelbild) ist endodermalen Ursprungs und deshalb schlecht bis gar nicht verhornt • Anatomische Anomalien (Hymen altus, frenulum vestibuli) begünstigen eine Irritation bei Penetration • Andere unbekannte Faktoren
Irritation	<ul style="list-style-type: none"> • Geschlechtsverkehr • Tampongebrauch • Eventuelle Infektionen
Circulus vitiosus	Irritation → Hyperplasie von Schmerznerve → Sensibilität ↑↑ → Irritation ↑



Abb. 5. Typisches Bild einer Vestibulitis (PVD) mit schmalen Perineum

Irritation (Geschlechtsverkehr, eventuelle Infekte, eventuell Ovulationshemmer) zu einer vermehrten Proliferation von Schmerzfasern, was die Sensibilität erhöht und letztlich zu einem Circulus vitiosus führt.

Die Hart'sche Linie (s. Titelbild) zeigt die Grenze zwischen „Innen“- und „Außenwelt“ (Endoderm und Ektoderm).

Therapie

Verschiedene, **nichtchirurgische Therapiemodalitäten** sind empfohlen worden (Tab. 7).

Kommentar

Handelt es sich um ein noch nicht chronifiziertes Leiden (Anamnese kürzer als 6 Monate) kann man durchaus mit den angegebenen nicht chirurgischen Therapien zum Ziel kommen. In unserer eigenen Erfahrung hat sich besonders Repair-A-Salbe bewährt. Im Internet unter www.repair.a.ch erhältlich.

Ist aber das Leiden chronifiziert (Symptombdauer meistens über ein Jahr) sind konservative Therapien leider nicht mehr zielführend. Vorausgesetzt natürlich, dass es sich eindeutig um ein PVD/VVS und nicht um ein anderes vulvares Leiden (z. B. Lichen sclerosus o.ä.) handelt.



Abb. 6. Einzeichnen der Resektionsfigur und sagittales Spalten des Frenulum

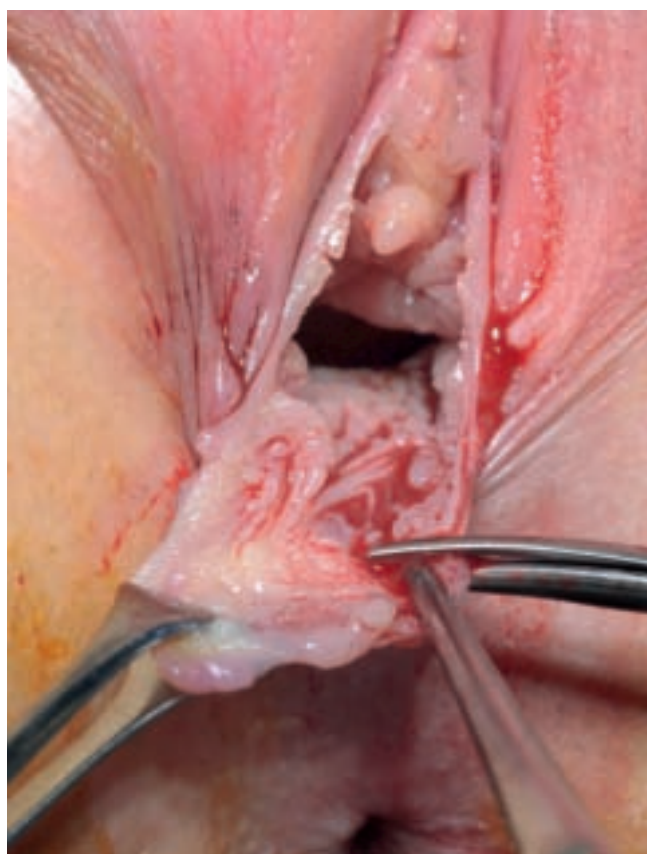


Abb. 7. Resektion des Hymen altus

Tab 7. Empfohlene nichtchirurgische Therapien bei der PVD/VVS

- Orale medikamentöse Therapien wie bei der generalisierten Vulvodynie
- fettende Salben
- Lidocain-Gel
- Capsicainhaltige Salbe
- Cinnarizin Salbe
- Botox-Injektionen
- Repair-A-Salbe (offenbar immunmodulierend)

Die modifizierte Vestibulektomie bei PVD/VVS

Auf Grund unserer langjährigen Erfahrung muss, je nach Lokalbefund, individualisiert vorgegangen werden. Dabei geht es um die chirurgische Entfernung des betroffenen Bezirkes mit Längspaltung eines eventuell vorhandenen Frenulum vestibuli (Abb. 6) mit gleichzeitiger Entfernung des dorsalen Hymenalsaumes (Abb. 7).

In den meisten Fällen ist die chirurgische Entfernung des Bezirks im dorsalen Bereich des Vestibulums zwischen



Abb. 8. Ziehen des mobilisierten Scheidenlappens ans Perineum

16 und 20 Uhr notwendig. Nicht selten sind die Ausführungsgänge der Bartholinischen Drüsen, (kolposkopisch gut erkennbar) besonders exquisit dolent, entzündlich verändert und müssen (ohne Spätfolgen) mit entfernt werden.

Die Operation sollte mit Lupenvergrößerung durchgeführt werden, um möglichst exakt die betroffenen Bezirke zu erkennen. Von grosser Bedeutung ist ein spannungsfreies Vernähen am Damm. Deshalb muss der Scheidenlappen oft relativ stark mobilisiert werden. Nur so ist eine

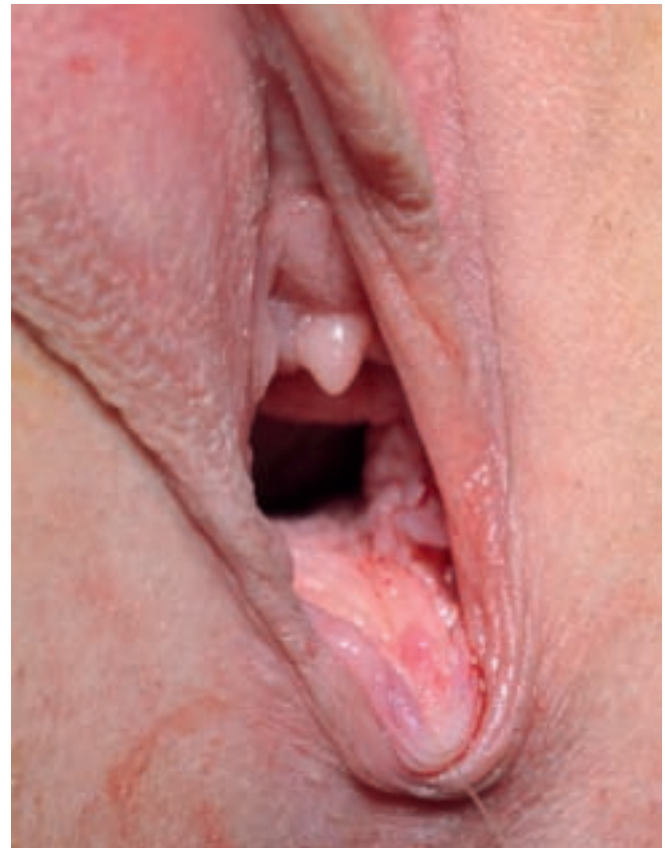


Abb. 9. Ausgreifende Donati Nähte mit Monocryl 3-1

ungestörte Wundheilung zu erwarten (Abb. 10 und 11). Bei Rezidiven und wenig beweglicher Vestibular- und Perinealhaut hat sich uns in mehreren Fällen die Anwendung eines Transpositionsflappens, welcher frisches Gewebe ohne Spannung ans dorsale Vestibulum bringt bewährt (Abb. 12–14). Alternativ kommt die Bulbocavernosusplastik (Martius) in Frage.

Die Wundheilung ist relativ heikel und dauert im Allgemeinen 6 Wochen.



Abb. 10. Endbild



Abb. 11. 8 Wochen nach der Operation



Abb. 12. Transpositionsflappenplastik rechts bei Rezidiv VVS



Abb. 13. Endbild



Abb. 14. Transpositionsflappenplastik links nach 8 Wochen (andere Patientin)

Ergebnisse

Im ersten Kollektiv waren über 90% der Patientinnen mit der Operation zufrieden, 90% hätten sich wieder operieren lassen. Die Auswertung des grösseren, zweiten Kollektivs ist derzeit im Gange und die Ergebnisse werden an anderer Stelle publiziert werden. Grundsätzlich können die Resultate des ersten Kollektivs jedoch bestätigt werden (hohe Zufriedenheit nach chirurgischer Therapie). Allerdings sind in 6% der Fälle Rezidive zu erwarten und Re-Operationen notwendig. Unsere Technik der modifizierten Vestibulektomie mit und ohne Verwendung eines Transpositionsflappens ist im Internet abrufbar. (www.frauenheilkunde-aktuell.ch)

Kernaussagen

- Die Vestibulodynie (PVD bzw. Vestibulitis vulvae) ist nicht selten, wird jedoch oft nicht diagnostiziert.
- Die Schmerzsymptomatologie ist ein zentrales Merkmal. Die Histopathologie zeigt bei allen eigenen Patientinnen chronisch entzündliche Veränderungen.
- Medikamentöse Behandlungen sind bei chronifiziertem PVD/VVS nicht zielführend.
- Eine Operation ist die Therapie der Wahl mit hoher Erfolgsrate.
- Die Berücksichtigung assoziierter Anomalien (Hymenalanomalien, Frenulum vestibuli) ist wichtig.
- Einem spannungsfreien Wundverschluss kommt grösste Bedeutung zu.
- Die postoperative Phase ist heikel, in mindestens 6% kommt es zu p.s. Heilungen

Fazit

Diese detaillierte Darstellung, die auf langjähriger Erfahrung mit vielen Patientinnen, die oft von weither kommen, beruht, soll den Zweck haben für dieses häufige, chronische, die Betroffenen in ihrer Lebensqualität sehr stark beeinträchtigende Problem der PVD/VVS zu sensibilisieren. Eine immer genaue, ausführliche Schilderung der Leiden durch die Patientin selbst, verbunden mit einer kolposkopischen, genauen Inspektion und Testung lässt dieses Krankheitsbild ohne Mühe von anderen, anders zu managenden Vulvaproblemen unterscheiden. Wenn in der Zukunft die Dauer bis zur richtigen Diagnose und Therapie von derzeit 5 Jahren deutlich gesenkt werden kann, hat dieser Artikel seinen Zweck erfüllt.

Bilder von *Stefan Wey*, Fotograf Kantonsspital Baden