



Vulvodynie – Die Behandlung in der Frauenarztpraxis mit der Patientin gemeinsam gestalten!

A. Hocke

Einleitung

Vulvodynie ist eine Erkrankung, die in der Versorgung sowohl Patientinnen als auch Ärztinnen und Ärzte frustrieren kann. Das typische Erscheinungsbild einer Vulvodynie ist ein chronisches, meist schmerzhaftes Missempfinden über mehr als drei Monate im Bereich der gesamten Vulva oder nur im Bereich des Scheidenvorhofs (Vestibulum). Einer spezifischen Erkrankung kann es in der Regel nicht zugeordnet werden. Die Schmerzstärke und die Frequenz des Auftretens der Schmerzen variieren stark.

In der Regel haben Frauen, die an Vulvodynie leiden, bereits Praxen mehrerer Fachrichtungen aufgesucht und sich Behandlungsversuchen unterzogen, ohne jedoch eine

Besserung des Beschwerdebildes zu erleben. Oft haben sie über lange Zeit Antimykotika oder Antibiotika erhalten, obwohl nicht immer eine pathologische Besiedlung vorlag. Die oftmals erhebliche Einschränkung der Lebensqualität ist die Regel.

Fallbeispiel 1

32-jährige Patientin hat seit zwei Jahren Schmerzen und Brennen im Bereich der Vulva. Unter der Annahme einer Pilzinfektion erfolgte eine lokale Behandlung, wodurch es nur kurzfristig zur Besserung kam. Nach erneuter Zunahme der Beschwerden mehrfache lokale antimykotische Behandlung. Anschließend Behandlung mit Antibiotika bei Nachweis von *E. coli* im vaginalen Abstrich. Jetzt auch Be-

schwerden beim Wasserlassen und Vorstellung beim Urologen. Eine längerfristige prophylaktische Antibiotikaeinnahme wurde empfohlen. Wegen der Schmerzen im Bereich der Vulva auch Vorstellung beim Dermatologen. Dort Empfehlung zur lokalen Cortisonbehandlung. Lokale Behandlungen mit Pflegecremes und Milchsäurekuren wurden durchgeführt. Die Beschwerden persistierten. Die Patientin wechselte mehrfach die gynäkologische Behandlung. Das Störungsbild der Vulvodynie wurde nicht erläutert und mit der Patientin nicht als alternative Diagnose diskutiert. Die Patientin fand letztendlich Informationen über die Vulvodynie im Internet.

Symptomatik und Diagnostik

Es gibt keine exakten Daten zur Häufigkeit des Auftretens einer Vulvodynie. In internationalen Studien variieren die Zahlen zwischen 10 % und 28 % [1, 2]. Das Erkrankungsalter liegt zwischen 16–60 Jahren, wobei bei Beschwerden nach der Menopause das urogenitale Menopausensyndrom im Vordergrund steht.

Definition Vulvodynie

Bereits 1880 wurde der Scheidenschmerz in der Fachliteratur beschrieben. 2015 wurden in einem Konsensuspapier mehrerer internationaler Fachgesellschaften Terminologie und Klassifikation des persistierenden Scheidenschmerz und der Vulvodynie vereinheitlicht ([3], ► Tab. 1).

Man unterscheidet zwei Typen von Vulvodynie, die wiederum vom Vulvaschmerz abgegrenzt werden:

Vulvodynie	
Lokalisation	lokal begrenzt (z. B. Vestibulum, Klitoris), generalisiert, gemischt
Provokation	Spontan, provoziert durch Berührung oder Einführen eines Tampons, gemischt
Beginn	Primär (Beschwerden waren immer vorhanden), sekundär (Auftreten nach schmerzfreier Periode)
Zeitliches Auftreten	Wechselnd, dauerhaft, plötzlich, verzögert
Vulvaschmerz	Bedingt durch eine spezifische Erkrankung
Infektiös	Rez. Candida-Infektion, Herpes simplex
Entzündlich	z. B. Lichen sclerosus
Neoplastisch	M. Paget, Plattenepithelcarcinom der Vulva
Neurologisch	Nervenkompression, postherpetische Neuralgie
Trauma	Nach Geburtsverletzung
Latrogen	Nach Radiatio, nach Operationen
Hormonell	Urogenitales Menopausensyndrom

Tab. 1: Terminologie und Klassifikation des persistierenden Scheidenschmerzes und der Vulvodynie [3].



- „Provozierte“ Vulvodynie, wobei der Schmerz durch Provokation im Bereich des Scheidenvorhofs entsteht, oft vor dem Hymenalsaum (PVD, Ehemals: Vestibulitis-Syndrom, meist bei jüngeren Frauen)
- Eine generalisierte Form, die den gesamten Bereich der Vulva betrifft und mit einem dauerhaften Mißempfinden einhergeht, auch ohne Provokation (GVD)

Erkenntnisse zur Ursache der Vulvodynie

Immer noch sind die Ursachen für das Entstehen einer Vulvodynie unklar, und man geht von einem multifaktoriellen Geschehen aus [4]. Meist ist die Vulvodynie eine Ausschlussdiagnose. Als Auslöser werden oftmals vulvovaginale Infektionen mit anschließend häufig wiederholten lokalen Behandlungen identifiziert.

Histologische Untersuchungen zeigen eine Neuroproliferation im Bereich des Vestibulums. Ebenso finden sich vermehrt Lymphozyten, Mastzellen und proinflammatorische Zytokine. Allerdings sind diese Veränderungen nicht beständig in allen Studienergebnisse zu finden. Auch hormonelle Zusammenhänge werden diskutiert. So berichten Frauen häufig von unterschiedlichen Schmerzintensitäten im Verlauf des Zyklus. Aber auch hier findet sich kein einheitliches Bild. Bei gehäuftem Auftreten innerhalb Familien wird auch eine genetische Prädisposition diskutiert.

Anamneseerhebung

Frauen berichten von starken brennenden oder stechenden Schmerzen im Bereich der Vulva. Auch Juckreiz kann ein Symptom sein. Die Intensität und die Schmerzdauer variieren. Ganz entscheidend für die Diagnosestellung ist eine ausführliche Anamnese zu folgenden Punkten:

Entstehen und Verlauf der Schmerzentwicklung

- Schmerzbeginn
- Schmerzdauer- und Intensität (Schmerzskala 0–10; 0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)
- Schmerzwahrnehmung (z. B. brennend, juckend, stechend, dumpf)
- Zyklische Veränderung der Schmerzintensität
- Schmerzintensität im Tagesverlauf
- Zusammenhänge zwischen Intensität und Bewegung (z. B. Fahrradfahren)
- Zusammenhänge mit psychischen Belastungen
- Was verändert den Schmerz (Positiv/Negativ)?
- Einführen von Tampons möglich?
- Hilfreich: Schmerzfragebogen, Modul für viszerale und urogenitale Schmerzen (Frauen) der Deutschen Schmerzgesellschaft [5]

Sexualanamnese [6]

- „Wie sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden?“
- Beschreibung der Problematik bedingt durch Schmerzen, Schmerzbeginn.
- Reaktion des Partners auf die Störung, Auswirkung auf die Partnerschaft
- Sexualität vor Beginn der vulvären Schmerzen
- Einstellung zur Masturbation, oralem Sex

Fast immer wird bei Vulvodynie die Penetration als schmerzhaft erlebt [7]. Auch das Lustempfinden ist eingeschränkt, da das Erleben von Sexualität nie frei von Angst und Anspannung ist [8]. Immer wieder berichten Frauen, die an Vulvodynie erkrankt sind, von Schuldgefühlen gegenüber dem Partner. Oft kommt der Satz: „Ich habe Angst, dass mein Partner das nicht mehr lange mitmacht“.

Fallbeispiel 2

Dies zeigt, wie wichtig eine exakte Anamnese zum Erfassen von Differentialdiagnosen ist. Eine 26-jährige Patientin mit den typischen Beschwerden einer Vulvodynie und den typischen Behandlungsansätzen, die nicht zu einer Besserung führten. Befragt nach ihrem Sexualleben berichtete sie, dass sie mit 20 Jahren das erste Mal Geschlechtsverkehr gehabt habe und Gewalt in der Beziehung erlebt habe. In einer jetzt neuen Partnerschaft erlebe sie viel Wertschätzung, habe aber Angst vor der Penetration, die immer schmerzhaft sei. Sie gab an, dass sie sich bei den Ärzten nie getraut habe, über dieses Thema zu sprechen, aber auch nie gefragt wurde. Auch gegenüber ihrem Partner sei es einfacher, über unklare Schmerzen als über die Angst zu sprechen. Diagnostisch handelte es sich in diesem Fall um eine Dyspareunie, also um nicht organisch bedingte Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, und nicht um eine Vulvodynie.

Häufige Komorbiditäten

(z. B. andere chron. Schmerzsyndrome, z. B. Fibromyalgie, chronisches Beckenschmerzsyndrom, Reizdarm, -blase, Kiefergelenkstörung, Kopfschmerzen, Zähneknirschen)

Psychosoziale Anamnese

- Aktuelle Belastungen
- Gewalterfahrungen
- Selbstfürsorge

Viel zu selten wird in den Anamnesen nach Gewalterfahrungen gefragt. 20–25 % der Frauen erleben sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter. Aber auch in der Kindheit erlebte Gewalterfahrungen führen, neben psychischen Erkrankungen, nicht selten auch zu Schmerzsyndromen [9]. Die Frage „Haben Sie in Ihrem Leben Gewalterfahrungen gemacht?“ gehört so in jede Anamneseerhebung.

Allgemeine medizinische Anamnese

- Psychische Vorerkrankungen (z. B. Angsterkrankung, Depression, Somatisierungsstörung)
- Psychotherapieerfahrung
- Medikamenteneinnahme (z. B. Pille, Psychopharmaka, Antibiotika, Antimykotika, Medikation zur lokalen Anwendung im Bereich Vulva)
- Funktionsstörungen der Blase oder des Darms
- Ess- und Trinkgewohnheiten (z. B. Zuckerkonsum, Trinkmenge, Alkoholkonsum)
- Allergien (z. B. Lebensmittel)
- Lebensmittelunverträglichkeiten (z. B. Fruktoseintoleranz)
- Rez. Infekte (z. B. Blase, Pilzinfektionen, allgemeine Infektanfälligkeiten)
- Hauterkrankungen (z. B. Neurodermitis)

Gynäkologische Untersuchung

Der oft schmerzhafteste Geschlechtsverkehr und auch die Erfahrung, dass es bei und nach einer Untersuchung wieder zu Schmerzen kommt, führen in der Regel dazu, dass die Untersuchung auf Seiten der Patientin mit Angst verbunden ist. Das genaue Erklären der Untersuchungsschritte und auch die Eigeninspektion mit einem Handspiegel während der Untersuchung können der Patientin Sicherheit geben und dienen der Aufklärung. Patientin und Arzt/Ärztin arbeiten so als Team. Das Gefühl des Ausgeliefertseins tritt in den Hintergrund, und Ängste können schon bei der Untersuchung genommen werden. So kann z. B. erläutert werden, dass eine von der Patientin als Riss gedeutete Schleimhautveränderung nur eine Unebenheit im Schleimhautrelief ist. In den meisten Fällen



Abb. 1: Wattestäbchen-Test aus [10].

kann man bei der Untersuchung keine makroskopischen Auffälligkeiten finden. Manchmal zeigen sich Rötungen, die aber insgesamt auch bei Frauen ohne Vulvodynie zu finden sind.

Im Rahmen der ausführlichen Inspektion sollte unbedingt der „Wattestäbchen-Test“ (► Abb. 1) durchgeführt werden.



Deutsche Gesellschaft
für Senologie e.V.



NATIONALES ZENTRUM
FÜR TUMorerkrankungen
HEIDELBERG

getragen von:
Deutsches Krebsforschungszentrum
Universität Heidelberg
Thoraxklinik Heidelberg
Deutsches Krebskollo

dkfz.

DEUTSCHES
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM
IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

Midsummer School

17. Juli 2021

**INTERAKTIVE
ONLINE-VERANSTALTUNG**

Weitere Informationen: www.if-kongress.de/veranstaltungen



Lokalanästhetika (Gel, Creme)	Können schmerzlindernd sein z. B. bei der Penetration. Keine Dauermedikation.
Östrogene, lokale Applikation	Versuch, falls Zunahme der Beschwerden in der 2. Zyklushälfte
Creme mit Amitriptylin 2 % und Baclofen 2 % in wässriger Base (Herstellung: Apotheke)	In einzelnen Fallberichten Linderung
Capsaicin	Durch Hitzeentwicklung Desensibilisierung gegen brennende Schmerzen. Anwendungsversuch, falls andere lokale Methoden versagen.
Corticosteroide	Nach Studienlage kein Benefit bei Vulvodynie
Creme mit Gabapentin 2 % bis 6 %	In einzelnen Fallbeschreibungen Linderung
Botulinumtoxin	In Studien mit kleinen Fallzahlen gute Ergebnisse, aber auch in der Placebo-Gruppe; Möglichkeit, falls andere lokale Methoden versagen.
Interferon	Keine randomisierten klinischen Studien

Tab. 2: Topische medikamentöse Behandlung.

Der gesamte anogenitale Bereich und insbesondere das Vestibulum werden mit dem Wattestäbchen abgetastet. So ist es der Patientin möglich, die Schmerzpunkte genau anzugeben. Auch zeigt sich, ob der Schmerz auslösbar ist durch Berührung oder ob er auch ohne Provokation besteht. Sehr häufig findet sich der Hauptpunkt des Schmerzes im Bereich der hinteren Kommissur zwischen 5–7 Uhr vor dem Hymenalsaum. Eine Untersuchung mit Spektula (ggf. Kinderspektula) und auch eine manuelle vaginale Palpation sollten durchgeführt werden, wenn es die Patientin zulässt. So kann festgestellt werden, ob es sich um ein vaginales Schmerzproblem, muskuläre Beckenbodendysfunktionen oder Schmerzen im kleinen Becken im Sinne eines chronischen Beckenschmerzsyndroms handelt.

Bei der Erstvorstellung sind die Entnahme eines zytologischen Abstrichs oder eines Frischpräparates und ein mikrobiologischer Vaginalabstrich sinnvoll. In der Regel wird das Ergebnis einen Normalbefund zeigen. Aber dies wird für die Patientin hilfreicher sein, die Krankheit zu verstehen, als die schlichte

Aussage „Es sieht alles normal aus.“ Auch eine Bestimmung des Scheiden-pH (< 4,5) sollte erfolgen. Insbesondere nach häufiger lokaler Anwendung von Antimykotika oder Antibiotika kann es zu einer Dysbalance des Scheidenmilieus kommen.

Fallbeispiel 3

37-jährige Patientin hat seit einem Jahr Schmerzen im Bereich der Vulva. Wie so oft erfolgten auch bei ihr mehrfache antimykotische und antibiotische Behandlungen, die nicht zu einer Linderung führten. Bei der gynäkologischen Untersuchung fand sich im Wattestäbchen-Test keinerlei Schmerz im Bereich von Vulva/Vestibulum. Bei der Palpation der Vagina gab die Patientin einen ausgeprägten Schmerz (Schmerzskala = 9) im Bereich der posterioren Vaginalwand an. Sie brach in Tränen aus. Sie berichtete auch von starken Nacken- und Kopfschmerzen. Seit kurzem habe sie eine Beißschiene, da sie stark mit den Zähnen knirsche. Sie könne sich im alltäglichen Leben als berufstätige Mutter von drei Kindern nie entspannen, habe immer das Gefühl, nicht zu genügen. Entspannungs-

methoden kenne sie nicht. Zeit für Selbstfürsorge bleibe nicht. Sie habe seit vielen Jahren Durchschlafprobleme. In diesem Fall ist aufgrund der Gesamtproblematik am ehesten ein chronisches Beckenschmerzsyndrom zu diskutieren.

Therapieoptionen (► Tab. 2)

Die Behandlung der Vulvodynie erfordert in der Regel ein multimodales Behandlungskonzept. Im Rahmen von zumeist nicht randomisierten Studien mit kleinen Fallzahlen werden verschiedene Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt, die in der gynäkologischen Praxis oft nur schwer umzusetzen sind. Auch ist es nicht so leicht, für diese Behandlungsmöglichkeiten die richtigen Ansprechpartner zu finden. Zunächst sollten nicht invasive Verfahren angewendet werden [1]. Mit den Patientinnen muss besprochen werden, dass die Behandlungserfolge stark variieren können.

Antidepressiva wie Amitriptylin und Duloxetin, oder Antikonvulsiva wie Gabapentin und Pregabalin können wie auch bei anderen chronischen Schmerzsyndromen zum Einsatz kommen. Patientinnen stehen dieser Medikation zumeist eher ablehnend gegenüber, da sie Angst vor Nebenwirkungen haben und die Einnahme eines Psychopharmakons oft nicht nachvollziehen können.

Fallbeispiel 4

39-jährige Patientin mit einschließenden Schmerzen im Bereich der Vulva seit 5 Monaten. Die Schmerzen traten vor allem im Sitzen auf. Im Rahmen von gynäkologischen und orthopädischen Vorstellungen seien Normalbefunde erhoben worden. Ibuprofen, Novaminsulfon und Östrogencreme wurden verordnet, es kam nicht zur Besserung. Im Rahmen einer neurologischen Vorstellung wurden unter dem As-

pekt eines neuropathischen Schmerzes Gabapentin 1.200 mg und Amitriptylin 25 mg als Startdosis verordnet. Unter der Medikation starke Benommenheit und Schwindel, die Patientin setzte die Medikation ab. MRT Becken unauffällig. Erneute Notfalleinweisung zur stat. Aufnahme, nachdem sie sich wieder mit starken Schmerzen beim Hausarzt vorgestellt hatte. Die gynäkologische Untersuchung war unauffällig, kein Anhalt für eine vulväre Ursache der Schmerzsymptomatik. Die Patientin war psychisch instabil, berichtete über Ein- und Durchschlafstörungen. Beginn einer Medikation mit Pregabalin 3 x 50 mg und Mirtazapin 7,5 mg zum Schlafanstoß. Darunter Schmerzlinderung und verbesserter Schlaf. In der neurologischen Untersuchung wurde der Verdacht auf eine Pudendusneuralgie geäußert. Empfehlung : Schmerz- und Physiotherapie.

Zu Missempfindungen durch ein Gefühl der Trockenheit kann es auch bei der Einnahme von niedrig dosierten hormonellen Kontrazeptiva kommen. Ein Auslassversuch sollte bei Frauen mit Vulvodynie in Erwägung gezogen werden. Auch wenn eigentlich kein Zusammenhang herzustellen ist zwischen Intrauterinpeessar und Vulvodynie, kann doch mit der Patientin erörtert werden, ob eine Entfernung des Intrauterinpeessars eventuell eine Linderung der Beschwerden bringen könnte.

Wenn Juckreiz im Vordergrund steht, kann eine Behandlung mit Antihistaminika versucht werden.

Die Vestibulektomie stellt eine operative Behandlungsmöglichkeit der provozierten Vulvodynie (PVD) dar. In den Studien zeigen sich gute Behandlungserfolge. Standardisierte Empfehlungen zu Operationstechniken für die verschiedenen Typen

der Vulvodynie oder einheitliche Kriterien für die Beurteilung der Ergebnisse nach den Operationen fehlen allerdings [11]. Ein operativer Eingriff sollte nur dann versucht werden, wenn alle anderen Behandlungsmöglichkeiten versagen.

Beschrieben werden auch gute Behandlungserfolge mit CO₂-Lasertherapie [12]. Diese Behandlungsstrategie kann zurzeit noch nicht in der Routine empfohlen werden. Weitere Studien müssen folgen.

Einen hohen Stellenwert in der Behandlung der Vulvodynie hat die Physiotherapie des Beckenbodens. Betroffene Frauen geben sehr häufig eine Überempfindlichkeit und Schmerzen im Bereich des Beckenbodens an, bedingt durch Anspannung und damit verbundene Verkürzung der Muskeln in diesem Bereich. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder Symptome der Reizblase sind häufige Folgen. Im Rahmen der Physiotherapie lernen Frauen zunächst, ihren Beckenboden überhaupt wahrzunehmen, um den Unterschied zwischen An-

und Entspannung zu erkennen. Dehnungsübungen für die Muskeln der Beckenregion sind ein weiterer wichtiger Bestandteil. Biofeedback, Elektrostimulation und auch Stoßwellentherapie können die Übungen ergänzen. In mehreren Studien zu diesen Verfahren konnte ein deutlicher Rückgang der Beschwerdesymptomatik festgestellt werden [13, 14]. Auf der Internetseite der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie, Proktologie, Verband der Deutschen Physiotherapeuten findet man in einer Liste Therapeuten, die sich auf das Thema spezialisiert haben [15].

Auch Akupunktur und Neuraltherapie kann in Einzelfällen Entlastung bringen [16].

Gerade unter dem Aspekt der Selbstfürsorge und Entspannung sollten Empfehlungen zu Entspannungsmethoden (z. B. Yoga, autogenes Training), Achtsamkeitstraining [17] und auch Meditation in jedem Vulvodynie-Behandlungsplan enthalten sein.

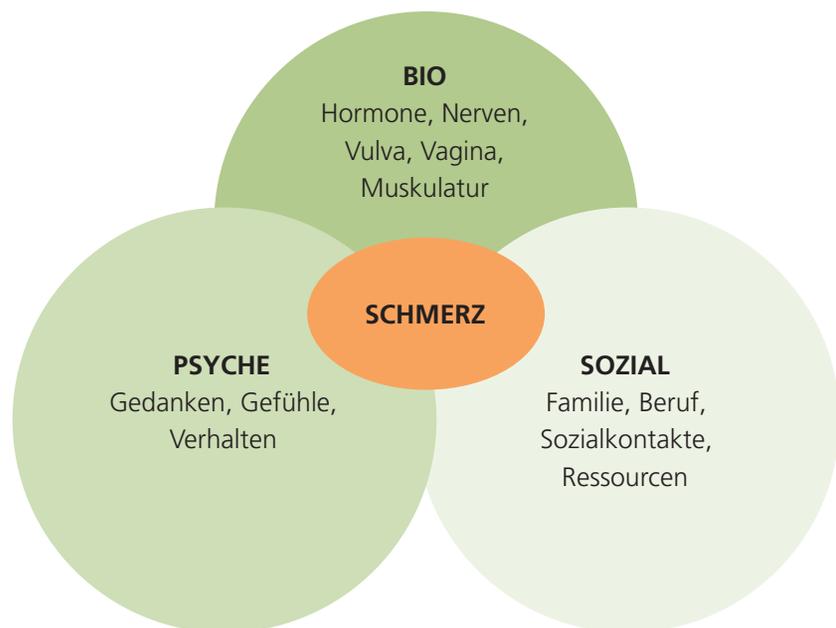


Abb. 2 : Biopsychosoziales Modell nach Engel.



Die Bedeutung des bio-psycho-sozialen Schmerzmodells (► Abb. 2, S. 43)

„Mein Arzt sagt, es ist die Psyche“. Mit diesem Satz stellen sich oft Frauen mit Vulvodynie in unserer Sprechstunde vor. Sie berichten von Angstsymptomen, depressiver Verstimmung, Schlafstörungen. Das Sexualeben ist wegen der Schmerzen und der Angst vor den Schmerzen stark eingeschränkt. Häufig sieht man in der Sprechstunde Frauen mit einem hohen Leistungsanspruch an sich selbst. Zeit für Selbstfürsorge und Förderung von Ressourcen gibt es nicht. Die Kriterien einer psychischen Störung nach der ICD-10 Klassifikation sind allerdings in der Regel nicht erfüllt.

Lockere Kleidung
Baumwoll- oder Seidenunterwäsche
Intimhygiene nur mit Wasser
Kein Weichspülmittel
Trockenes, weiches Toilettenpapier, parfümfrei
Kühlen der Vulva (z. B. mit Coolpacks für Kinder)
Wärme (z. B. mit Kirschkernkissen)
Führen eines Schmerztagebuchs zur Erfassung von Zusammenhängen zwischen Schmerzen und Alltagsbelastungen
Öle (z. B. Olive, Granatapfel, Johanniskraut); Vorsicht: Latexkondome können bei der Anwendung von Ölen reißen
Cremen mit Calendula, weißer Malve, Ringelblume
Begießen der Scheide mit Schwarztee, Kamille, Salzwasser
Vulva mit Wasser spülen nach der Miktion
Ausreichend Trinken
Vermeidung von Obstipation
Intimrasur pausieren

Tab. 3: Empfehlungen zur Selbsthilfe.

Zum besseren Verständnis für die Patientin können die Zusammenhänge bei der Krankheitsentstehung anhand des biopsychosozialen Schmerzmodells gut erklärt werden. Die psychotherapeutische Begleitung ist wie bei allen chronischen Schmerzsyndromen zu empfehlen. Viele Untersuchungsergebnisse gibt es zur kognitiven Verhaltenstherapie [18]. Negative Überzeugungen und Gedankenmuster können im Rahmen der Therapie erkannt und auch verändert werden.

Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung sind häufig. Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland zeigte, dass ca. ein Drittel der deutschen Bevölkerung (18–79 Jahre) eine psychische Erkrankung hat [19]. Im Rahmen der Anamneseerhebung sollte immer aktiv gefragt werden, ob psychische Störungen bestehen. Bedingt durch die Schmerzbelastung bei einer Vulvodynie kann es zu einer Destabilisierung der psychischen Vorerkrankung kommen. Und umgekehrt können körperliche Beschwerden auch Symptome einer psychischen Störung sein (wie etwa einer Angststörung oder einer somatisierten Depression). Zunächst mag es ungewohnt erscheinen, nach psychischen Aspekten zu fragen. Für die Patientin bedeutet dies aber in der Regel, dass es im Gespräch Raum gibt, über ihre psychische Situation zu sprechen. Über die Bedeutung des Erhebens von früheren und auch aktuellen Gewalterfahrungen wurde bereits eingegangen.

Behandlungsmöglichkeiten in der gynäkologischen Praxis

Alle vorgestellten Interventionen führen nicht unbedingt zu einer Linderung der Schmerzsymptomatik bei einer Vulvodynie. Klinische Studien mit großen Fallzahlen gibt es nicht. Erfahrene Ansprechpartner zu speziellen Therapieansätzen,

wie z. B. Botulinum-Injektionen oder zur Durchführung einer Vestibulektomie, sind selten. Und ein Platz für eine Psychotherapie ist trotz der hohen Dichte von PsychotherapeutInnen in Deutschland nicht immer einfach zu finden.

In der ICD-10 findet man die Diagnose „Vulvodynie“ nicht. Die F45.34 „Somatoforme autonome Funktionsstörung des Urogenitalsystems“, also eine Vulvodynie als reine psychische Störung, bildet die Erkrankung nicht korrekt ab. Auch die N94.8 „Sonstige näher bezeichnete Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus“ ist als Sammelbecken für unspezifische Veränderungen ebenfalls unbefriedigend bei der Diagnosevergabe.

In der ICD-11, die ab 1.1.2022 in Kraft treten soll, wird es die Diagnose Vulvodynie (GA 34.02) geben. Zwar gibt es Kritik an der Darstellung des Krankheitsbildes in der ICD-11 [20]. Aber es besteht die Hoffnung, dass sich ein anderes Bewusstsein für die Erkrankung entwickelt, wenn es einen „offiziellen“ Namen dafür gibt. Es lohnt durchaus, mit der Patientin diesen Aspekt anzusprechen und auf die zukünftigen Entwicklungen hinzuweisen.

Die Einschränkung der Lebensqualität der Patientinnen mit Vulvodynie ist groß. Frauen berichten oft, dass sie den Eindruck haben, Ärztinnen und Ärzte, die sie aufgesucht haben, wissen nicht, was sie mit ihnen machen sollen. Man nehme die Beschwerden nicht ernst. Die Diagnose Vulvodynie sei vielen ÄrztInnen unbekannt. Dies führt bei den Patientinnen zu einem Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins und letztendlich auch zu einer Zunahme der Beschwerdesymptomatik. Die Empfehlung zu einer (erneuten) antimykotischen Medi-



kation werde oft ohne ausführliches Gespräch und ohne erneute mikrobiologische Kontrolle ausgesprochen. Es herrscht Ratlosigkeit auf beiden Seiten. Was haben wir also für Behandlungsoptionen in der alltäglichen Routine einer gynäkologischen Praxis?

Die Erstvorstellung ist zeitaufwendig. Aber die ausführliche Anamnese ist wichtig, um das multifaktorielle Geschehen bei einer Vulvodynie zu verstehen und multimodale Behandlungskonzepte zusammen mit der Patientin zu planen. Jedes Gespräch ist bereits eine Intervention, die für die Patientin Entlastung bringen kann.

Bei der psychosomatischen Gesprächsführung stehen Wertschätzung, Normalisierung und Entpathologisierung im Vordergrund

[21]. „Es gibt die Erkrankung Vulvodynie. Wir sehen häufig Patientinnen mit dieser Beschwerdesymptomatik. Eine wirkliche Ursache für diese Erkrankung ist immer noch nicht gesichert. Aber wir werden Wege finden, Ihre Beschwerden zu lindern“ Mit diesen Sätzen fühlt sich die Patientin ernst genommen. Sie ist nicht mehr allein, und sie sieht, dass es vielleicht doch Möglichkeiten einer Genesung geben kann. Nach dem langen Erstgespräch sind erfahrungsgemäß übrigens weniger Folgetermine erforderlich als sonst üblich.

Die Indikation für antimykotische oder antibiotische Behandlungen sollte sehr streng gestellt werden, und wenn überhaupt, dann nur nach mikrobiologischem Nachweis. Nicht selten lassen die Symptome in der Zeit des Wartens auf ein Ergeb-

nis bereits nach, vor allem wenn die Patientin gut aufgeklärt wurde und ihr Möglichkeiten der nicht medikamentösen Behandlung im Rahmen der Selbsthilfe aufgezeigt wurden.

Oftmals bestehen Partnerschaftskonflikte im Rahmen der Sexualität aufgrund der Beschwerden. Ein Austausch mit dem Partner findet in der Regel nicht statt. Das Gefühl von Schuld und Scham lässt Frauen mit der Diagnose Vulvodynie und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr verstummen. Über die Probleme im Bereich der Sexualität und die Partnerschaftskonflikte zu sprechen, gelingt Frauen meistens nur, wenn wir als GynäkologInnen die Möglichkeit zum offenen Gespräch anbieten. Zumeist besteht Angst vor einer Penetration und den damit verbundenen Schmerzen. Hilf-

17. Süddeutsche Fortbildungstage

9. – 10. Juli 2021
Tübingen

Organisation: www.if-kongress.de | info@if-kongress.de

Aktuelles aus Gynäkologie
und Geburtshilfe für
Klinik und Praxis

Unter der Schirmherrschaft der

DAOG
Deutsche Akademie
für Gynäkologie und Geburtshilfe


Department für
Frauengesundheit
Universitätsklinikum
Tübingen


Universitätsklinikum
Tübingen

Hybrid-
Veranstaltung

IM
SÜDEN
IMMER
UP TO
DATE





Zusammenfassung

Als Vulvodynie bezeichnet man Schmerzen im Bereich der Vulva, die länger als drei Monaten anhalten. Es handelt sich um eine Ausschlussdiagnose, spezifischen Störungen der Vulva liegen nicht vor. Sehr häufig erhalten Frauen bei anhaltenden Schmerzen immer wieder Antimykotika oder Antibiotika ohne Indikation, da eine pathologische Besiedlung in der Regel nicht nachweisbar ist. Komorbiditäten sind häufig. Die Lebensqualität ist in der Regel eingeschränkt. Frauen fühlen sich zumeist hilflos und nicht ernstgenommen. Aber auch wir als Behandelnde erleben das Gefühl der Hilflosigkeit.

Zu den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten liegen zumeist nur Beobachtungsstudien vor. Einheitliche Behandlungsempfehlungen gibt es nicht. Wie bei anderen chron. Schmerzsyndromen können, psychotherapeutische Interventionen, gezielte Physiotherapie des Beckenbodens und Entspannungsmethoden zu deutlichen Entlastungen führen. Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es aber in der Gynäkologischen Praxis? Bereits die Erläuterung des Krankheitsbildes und die Mitteilung, dass die Vulvodynie bekannt und gar nicht so selten ist, bedeutet immer Entlastung, merkt die Patientin doch, dass man als Arzt/Ärztin erfahren ist mit der Erkrankung und sie in ihrer Schmerzbelastung ernstnimmt. Ebenso die Anleitung zur Selbsthilfe mit praktischen Tipps und alternativen Therapiemöglichkeiten führt sehr häufig zu einem Rückgang der Beschwerden. Die Behandlung einer Vulvodynie kann unter dem Aspekt eines multimodalen Behandlungskonzeptes, das auch in der Praxis umsetzbar ist, dann unerwartet interessant werden und zu einem guten Erfolg führen.

Schlüsselwörter: Vulvodynie – Behandlungskonzepte – Biopsychosoziales Modell – Arzt-Patienten-Beziehung

reich kann es sein, die Frauen zu ermutigen, auch andere Sexualpraktiken auszuprobieren. Ängste können gelindert werden, wenn mittels Vaginaldilatoren (Verordnung mit Rezept), Vibratoren, Vaginalkugeln etc. zunächst wieder vorsichtig mit Vulva und Vagina Kontakt aufgenommen wird, entweder in der Selbstbehandlung oder auch im Erleben der Sexualität mit dem Partner.

In der Beratung und Behandlung sind Informationen zur Selbsthilfe überaus hilfreich [10]. So ist z. B. das Kühlen der Vulva in vielen Fällen sehr schmerzreduzierend. Phytotherapeutika können Vulvovaginal-

beschwerden lindern [22]. Auch wenn es kaum Untersuchungen zu alternativen Therapiemethoden gibt, werden in unserer Vulvodynie-Sprechstunde gute Erfolge damit erzielt. In der ► Tabelle 3 (S. 44) sind viele Maßnahmen aufgelistet, die im Lauf der Zeit zusammengetragen wurden. So wurde z. B. Meersalzbad in die Liste aufgenommen, nachdem eine Patientin von Beschwerdefreiheit während eines Badeurlaubs am Meer berichtete.

Fazit für die Praxis

Als Betroffene verschiedene Entscheidungsmöglichkeiten und Hand-

lungsoptionen zu haben, mindert das Gefühl des Ausgeliefertseins. Die wiedererlangte Autonomie und das Wissen, dass man als Patientin ernstgenommen wird, sind positiv wirkende Faktoren. Aktives Handeln und das Erleben von Wertschätzung verbessern die Heilungschancen.

Die Zusammenarbeit mit den Patientinnen, die an einer Vulvodynie leiden, kann so doch unerwartet als sehr befriedigend erlebt werden.

Der Einsatz eines multimodalen Behandlungskonzeptes, das uns auch in der gynäkologischen Praxis zur Verfügung steht, nimmt uns als Behandelnden das Gefühl der Hilflosigkeit.

Die Behandlung einer Vulvodynie kann dann trotz aller Schwierigkeiten interessant werden und zu einem guten Erfolg führen.

Literatur:

1. Goldstein AT et al. Vulvodynia. Assessment and treatment. *J Sex Med* 2016; 13(4): 572–90
2. Harlow BL & Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *J Am Med Womens Assoc* (1972). 2003 Spring; 58(2): 82–8
3. Bornstein J. et al. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *Obstet Gynecol* 2016; 127(4): 745–751
4. Pukall CF et al. Vulvodynia: Definition, prevalence, impact and pathophysiological factors. *J Sex Med* 2016; 13(3): 291–304
5. Modul für viszerale und urogenitale Schmerzen-Frauen. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. 2015 <https://www.schmerzgesellschaft.de/schmerzfragebogen>
6. Buddeberg C. Sexualberatung. Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater. Stuttgart: Thieme 2005
7. Bergeron S et al. Psychosexual aspects of vulvovaginal pain. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014; 28(7): 991–9
8. Mendling W. Dyspareunie, Vulvodynie, Vestibulodynie. Schmerzen statt Lust. *Gynäkologie und Geburtshilfe* 2019; 24(3): 24–27

9. Büttner M. Sexuelle Störungen von Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen. *Ärztliche Psychotherapie* 2020; 15: 13–18
10. Vulvodynia. A self help guide National Vulvodynia Association 2016 <https://www.nva.org/publications/self-help-guides/>
11. Tommola P et al. Surgical treatment of vulvar vestibulitis: a review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010; 89(11): 1385–95
12. Murina F et al. Fractional CO₂ Laser Treatment of the Vestibule for Patients with Vestibulodynia and Genitourinary Syndrome of Menopause: A Pilot Study. *J Sex Med* 2016; 13(12): 1915–1917
13. Hartmann D et al. Treatment of women in the United States with localized, provoked vulvodynia: practice survey of women's health physical therapists. *J Reprod Med* 2007; 52(1): 48–52
14. Hurt K et al. Extracorporeal shock wave therapy for treatment of vulvodynia: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Eur J Phys Rehabil Med* 2020; 56(2): 169–174
15. <https://www.ag-ggup.de/>
16. Schlaeger J et al. Acupuncture for the treatment of vulvodynia: a randomized wait-list controlled pilot study. *J Sex Med* 2015; 12(4): 1019–27
17. www.mbsr-verband.de
18. Bergeron S et al. A randomized clinical trial comparing group cognitive-behavioral therapy and a topical steroid for women with dyspareunia. *J Consult Clin Psychol* 2016; 84(3): 259–68
19. Jacobi F et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23(3): 304–19
20. Radici G et al. The International Classification of Diseases, 11th Revision: A Step-Back for Women With Vulvodynia? *J Low Genit Tract Dis* 2020; 24(3): 332–333
21. Rohde A et al. *Psychosomatik in der Gynäkologie Kompaktes Handlungskonkretes Wissen*. Stuttgart. Schattauer 2017
22. Widmer R. Einsatz von Phytotherapeutika bei Vulvovaginalbeschwerden. *Schweiz Z Ganzheitsmed* 2017; 29: 22–24

Summary

Vulvodynia - Shaping the treatment in the gynecologist's office together with the patient!

A. Hocke

Vulvodynia refers to pain in the vulva that persists for more than three months. It is a diagnosis of exclusion, specific disorders of the vulva are not present. Very often, women are repeatedly given antifungals or antibiotics for persistent pain without indication, as pathologic colonization is usually not detectable. Comorbidities are common. The quality of life is usually impaired. Women usually feel helpless and not taken seriously. But we, as the treatment providers, also experience the feeling of helplessness.

For the most part, only observational studies are available on the various treatment options. There are no uniform treatment recommendations. As with other chronic pain syndromes, psychotherapeutic interventions, targeted physiotherapy of the pelvic floor and relaxation methods can lead to significant relief for the patient. But which treatment options are available in gynecological practice? Already the explanation of the illness and the information that the illness is known and not at all rare always means relief. The patient notices that one is experienced as a physician with vulvodynia and takes her seriously in her pain load. Likewise, the guidance for self-help with practical tips and alternative therapy options very often leads to a decrease in the complaints. The treatment of vulvodynia can become unexpectedly interesting under the aspect of a multimodal treatment concept, which can also be implemented in practice, and lead to good success.

Keywords: vulvodynia – treatment concepts – biopsychosocial model – doctor-patient relationship

Interessenkonflikt:

Der Autor erklärt, dass bei der Erstellung des Beitrags kein Interessenkonflikt im Sinne der Empfehlung des International Committee of Medical Journal Editors bestand.

Korrespondenzadresse:

Dr.med. Andrea Hocke
Gynäkologische Psychosomatik
Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde Universitätsklinik Bonn
Venusbergcampus 1 53127 Bonn

andrea.hocke@ukbonn.de
www.gynaekologische-psychosomatik.de



Dr.med. Andrea Hocke