

Vulvodynie aus dermatologischer Sicht

Vulvodynie ist definiert als mindestens 3 Monate bestehende Schmerzen im Vulvabereich unklarer Ursache. Die Schmerzsymptomatik ähnelt neuropathischen Schmerzen. Typischerweise besteht eine Allodynie, oft ein Brennen oder Stechen, gelegentlich ein Wundheitsgefühl und selten Pruritus. Bemerkenswerterweise findet sich bei neuropathischen Schmerzen wie z.B. der Postzoster-Neuropathie eine reduzierte Zahl intraepidermaler Nervenfasern, wogegen diese bei der Vulvodynie vermehrt sind. In der Pathogenese der Vulvodynie scheinen außerdem die Ausschüttung proinflammatorischer Zytokine wie NGF aus Epithelzellen sowie eine erhöhte Zahl und Reaktivität von Mastzellen zu einer neuronalen Inflammation beizutragen.

Diagnostik und Therapie der Vulvodynie erfordern ein interdisziplinäres Management aus Gynäkologen, Dermatologen, Pathologen, Physiotherapeuten, Schmerztherapeuten, Sexualtherapeuten und Psychotherapeuten. Die Aufgabe des Dermatologen besteht im Ausschluss von Differentialdiagnosen, Erkennen zugrundeliegender bzw. parallel bestehender Dermatosen bei sekundärer Vulvodynie und Erfassen und Behandeln von vulvovaginalen Infektionen als mögliche Triggerfaktoren.

Ausschluss von Differentialdiagnosen

Schmerzhafte entzündliche Dermatosen im Vulvabereich, die gelegentlich nur mit diskreten Hautveränderungen einhergehen, umfassen Lichen planus, Lichen sclerosus sowie irritative und allergische Kontaktekzeme. Zum Ausschluss dieser Differentialdiagnosen erfolgt zunächst eine ausführliche Anamnese gefolgt von der klinischen Untersuchung. Bei der Inspektion und Palpation der Vulva werden primäre und sekundäre Hauteffloreszenzen erfasst. Insbesondere beachtet werden Rötung, Schuppung, Atrophie, Fluor, Substanzdefekte, Induration, Verklebung, Pigmentierung und Architekturveränderungen der Vulva. Die Untersuchung umfasst aber auch das gesamte Integument inkl. der Mundschleimhaut, Nägel und behaarten Kopfhaut, um eine extragenitale Beteiligung von Vulvadermatosen zu erkennen. Bei klinischer Relevanz erfolgt die weitere Abklärung histologisch durch eine Biopsie und, im Falle der Kontaktekzeme, mittels Epikutantest.

Da Patientinnen mit Vulvodynie meist multiple Externa anwenden und zahlreiche Lokaltherapeutika aufgrund der Erkrankung per se nicht vertragen werden, dient der Epikutantest zum Ausschluss von Kontaktallergien. Die häufigsten Kontaktallergene umfassen Duftstoffe (z.B. Perubalsam), Konservierungsstoffe (z.B. Methylisothiazolinon), Lokalanästhetika (z.B. Benzocain), Salbengrundlagen (z.B. Wollwachs), Detergenzien (z.B. Cocamidopropylbetain), Antibiotika (z.B. Neomycin), Antiseptika (z.B. Benzalkoniumchlorid) und Kortikosteroide (z.B. Hydrocortison). Seltener findet sich eine Kontaktallergie auf Klebstoffe (z.B. Kolophonium), Pflanzenextrakte (z.B. Ringelblume), Textilfarben (z.B. p-Phenylendiamin) u.a.

Bei irritativen Kontaktekzemen erfolgt die Aufklärung der Patientin über potentielle Irritanzen, wie übertriebene Genitalhygiene, Okklusion, Friktion, Harn-/Stuhlreste, Lokaltherapeutika, Enthaarungsmethoden und Sexualpraktiken.

Sekundäre Vulvodynie

Bei vorbestehender Erkrankung der Vulva kann es auch sekundär zur Entwicklung einer Vulvodynie kommen. Das Erkennen von zwei oder mehr aufgepfropften Erkrankungen stellt eine Herausforderung dar. In erster Linie finden sich primär rezidivierende vulvovaginale Candidosen, ein Lichen planus oder Lichen sclerosus.

Triggerfaktoren

Infektionen, insbesondere rezidivierende vulvovaginale Candidosen, sind mit Vulvodynie assoziiert und stellen einen Triggerfaktor dar. Selbst subklinische Candidosen der Vulva scheinen eine unverhältnismäßige Immunreaktion bei Patientinnen mit Vulvodynie auslösen zu können. Vereinzelt konnten sogar positive Epikutantestbefunde auf *Candida albicans*-Antigenen nachgewiesen werden. Die Diagnostik erfolgt durch mikroskopischen Nachweis von Hyphen im KOH-Präparat oder Pilzkultur. Eine antimykotische Therapie führt jedoch nicht zu einer Heilung der Vulvodynie.

Autor

Martin Zikeli
Abteilung für Dermatologie und Venerologie
Landeskrankenhaus Wiener Neustadt
Corvinusring 3-5
2700 Wiener Neustadt
martin.zikeli@wienerneustadt.lknoe.at

Literatur

Wylie KR. Vulvodynia - a painful condition; an inflammatory process? BJOG. 2017 Jan;124(2):219. doi: 10.1111/1471-0528.14415. PubMed PMID: 27860096.

Falsetta ML, Foster DC, Bonham AD, Phipps RP. A review of the available clinical therapies for vulvodynia management and new data implicating proinflammatory mediators in pain elicitation. BJOG. 2017 Jan;124(2):210-218. doi: 10.1111/1471-0528.14157. Review. PubMed PMID: 27312009; PubMed Central PMCID: PMC5164873.

Keppel Hesselink JM, Kopsky DJ, Sajben N. New topical treatment of vulvodynia based on the pathogenetic role of cross talk between nociceptors, immunocompetent cells, and epithelial cells. J Pain Res. 2016 Oct 3;9:757-762. PubMed PMID: 27757050; PubMed Central PMCID: PMC5055105.

Pukall CF, Goldstein AT, Bergeron S, Foster D, Stein A, Kellogg-Spatt S, Bachmann G. Vulvodynia: Definition, Prevalence, Impact, and Pathophysiological Factors. J Sex Med. 2016 Mar;13(3):291-304. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.021. Review. PubMed PMID: 26944461.

Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, Bergeron S, Stein A, Kellogg-Spatt S. Vulvodynia: Assessment and Treatment. J Sex Med. 2016 Apr;13(4):572-90. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.01.020. Review. PubMed PMID: 27045258.

Nunns D, Mandal D, Byrne M, McLelland J, Rani R, Cullimore J, Bansal D, Brackenbury F, Kirtschig G, Wier M; British Society for the Study of Vulval Disease (BSSVD) Guideline Group.. Guidelines for the management of vulvodynia. Br J Dermatol. 2010 Jun;162(6):1180-5. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.09684.x.