

# Vulvavestibulit svårbehandlat tillstånd med oklar etiologi

## Sammanfattat

- Vulvavestibulit är ett smärttillstånd som förhindrar normalt sexuellt samliv.
- För diagnos krävs minst sex månaders duration av penetrationssmärta samt rodnade områden i vestibulum med intensiv tryckömhet utan samtidig infektion.
- Etiologin är troligen multifaktoriell. Tänkbara triggermekanismer är upprepade antibiotikakurer, lokalbehandling mot svamp och HPV-infektioner, p-pilleranvändning, bristande lubrikation och slidkramp.
- Spontanläkning eftersträvas, vilket kräver lång behandlingsfri period. Övriga alternativ är muskelavslappande träning, beteendeterapi, tricykliska antidepressiva och kirurgi. Operation leder till god förbättring i 80 procent av fallen, om dessa är strikt utvalda.

Fram till 1980-talets senare del var det ovanligt att kvinnor sökte läkarhjälp på grund av ytlig dyspareuni (samlagsvärta). Vulvavestibulit förekom huvudsakligen hos postmenopausala kvinnor och röntte ganska liten uppmärksamhet. Kronisk vulvasmärta är för närvarande ett vanligt tillstånd, som medför många

## Författare

NINA BOHM-STARKE  
doktorand, specialistläkare

EVA RYLANDER  
professor, överläkare; båda vid kvinnokliniken, Danderyds sjukhus.  
e-post: eva.rylander@kids.ki.se

kontakter med sjukvården. Framst är det unga kvinnor som drabbas [1].

## Definition

Begreppen vulvodyni, vestibulit, brinnande vulva har omväxlande använts för kroniska smärttillstånd i vulva. Vulvodyni används idag som ett samlingsnamn för sveda och brännande känsla i vulva [2]. Man har försökt indela vulvodyni i undergrupper beroende på typ av smärta eller etiologi, nämligen:

1. Recidiverande Candida- och andra lokala infektioner samt dermatoser;
2. Essentiell (dysestesisk) vulvodyni;
3. Vestibulit.

Det är inte alltid fråga om renodlade symtom. Dysestesisk vulvodyni omfattar neurogena tillstånd, som drabbar främst äldre kvinnor. Smärtan är oprovocerad och konstant. Enligt definitionen innebär vestibulit ett specifikt smärttillstånd som uppkommer endast vid provokation, dvs vid tryck eller tänjning av vestibulum (förgården) och som därför omöjliggör normalt sexuellt samliv [3].

Vi vill i det följande redogöra för vestibulit, tänkbar etiologi och aktuella behandlingsalternativ.

## Förekomst av vestibulit

Antalet unga kvinnor som söker på grund av vulvasveda och ytlig dyspareuni har ökat påtagligt under 1990-talet. Enligt en undersökning utförd vid fem ungdomsmottagningar i Stockholmsområdet hade 30 procent av de deltagande flickorna sveda eller smärta i samband med samlag [Nigard L, Rylander E, opubl data]. Prevalensen av vulvasveda varierar beroende på vilken population man undersöker. I en studie från USA angavs den till 15 procent av kvinnor som söker i gynekologisk öppenvård [4].

Patienter med vestibulit remitteras så småningom till mottagningar inriktade på vulvasjukdomar, där de kan utgöra omkring 30 procent av patientunderlaget [5] (Tabell I). Medelåldern bland kvinnor med vestibulit är 25 år; de flesta har ännu inte fött barn. Merparten är vita (97 procent).

**Tabell I.** Fördelning av diagnoser hos 295 kvinnor remitterade till vulvamottagning vid kvinnoklinikerna, Akademiska sjukhuset 1993–1995 och Danderyds sjukhus 1995–1998. Under diagnosen »övrigt» inkluderas bakterieorsakad vulvit, eksem lichen sclerosus, lichen ruber planus, precancerösa vulvaförändringar, Mb Paget, dysestesisk neuralgi, sexuell dysfunktion och bäckenbottenspanning, vaginism.

Diagnos	Antal	Procent
Vestibulit	81	27
Recidiverande Candida-vulvovaginit	71	24
Genital HPV-infektion	38	13
P-pilleratrofi	30	10
Övrigt	75	25

## Historik

Redan under 1800-talet beskrev Skene ett tillstånd med hyperestesi i slemhinnan runt slidöppningen. År 1928 rapporterades förekomst av ömma rodnade fläckar i vestibulums slemhinnan som orsakade smärta vid samlag [6]. Först 1976 uppmärksammades tillståndet på nytt, då Pelisse och Hewitt redovisade ett antal kvinnor med »erytematös vulvit» [7]. Under 1980-talet publicerades flera rapporter och fallbeskrivningar om kvinnor med ytlig dyspareuni.

Friedrich införde begreppet »vulvar vestibulitis syndrome» och etablerade tre använda diagnostiska kriterier, nämligen slemhinnerrodnad av varierande grad i vestibulum vulvae, tryckömhet i området och penetrationssmärta med minst sex månaders duration [3].

## Symtom

Vestibulit kan vara primär eller sekundär. En mindre grupp kvinnor anger smärta redan från första coitustillfället eller vid första försök att föra in tampong. Sekundär vestibulit debuterar efter perioder av varierande längd med smärtfria samlag, och symtomen accentueras ofta gradvis. Ett vanligt händelseförlopp är att sveda uppstått efter behandlingar med lokala antimykotika och/eller efter upprepade antibiotikakurer.

Kvinnor med vestibulit beskriver

en intensiv, brännande smärta runt slidöppningen vid varje försök till penetration. Att föra in ett spekulum i vagina är ofta omöjligt. Vid inspektion med kolposkop finner man röda områden i vestibulum, oftast i fossa navicularis och runt Bartholinkörtlarnas utförsångar, men ibland även runt övriga körtelmynningar (Figur 1). Beröring eller tryck med öronpinne i rodnade områden framkallar stark smärta.

Behandling mot eventuell samtidigt förekommande Candida-vulvovaginit tar inte bort penetrationssmärtan men kan häva en mer kontinuerlig sveda.

Hos några kvinnor har besvären blivit så uttalade att allodyni föreligger, dvs smärta utlöses av minsta beröring, t ex av kläder, cykelsadel m m.

### Anatomi och embryologi

Vestibulum utgörs av området runt introitus vaginae. Urinblåsan, uretra och vestibulum utvecklas ur främre delen av urogenitalsinus, dvs de är av endodermalt ursprung [8]. Den del av vulva som är beklädd med förhornat epitel utvecklas från ektoderm. Vestibulums laterala gräns går längs Harts linje, som löper sagittalt mitt på labia minoras insidor och skiljer den förhornade laterala delen från den icke förhornade mediala delen av slemhinnan. I vestibulum ingår även utsidan av hymen. Den anteriora gränsen är belägen vid främre kommissuren; posteriort når vestibulum till perinealhuden (Figur 2).

Vestibulums slemhinna består av icke förhornat, glykogenhaltigt skivepitel. Bindväven är lucker och rikt vaskulariserad. Ett flertal körtelstrukturer finns i området. Bartholins körtlar är de djupast förgrenade. Deras utförsångar mynnar strax lateralt om hymenfästet »klockan 5 respektive 7». Förutom de parauretrala körtlarna (Skenes körtlar) i höjd med uretra finns ett varierande antal mindre mukinösa körtlar.

### Histopatologi

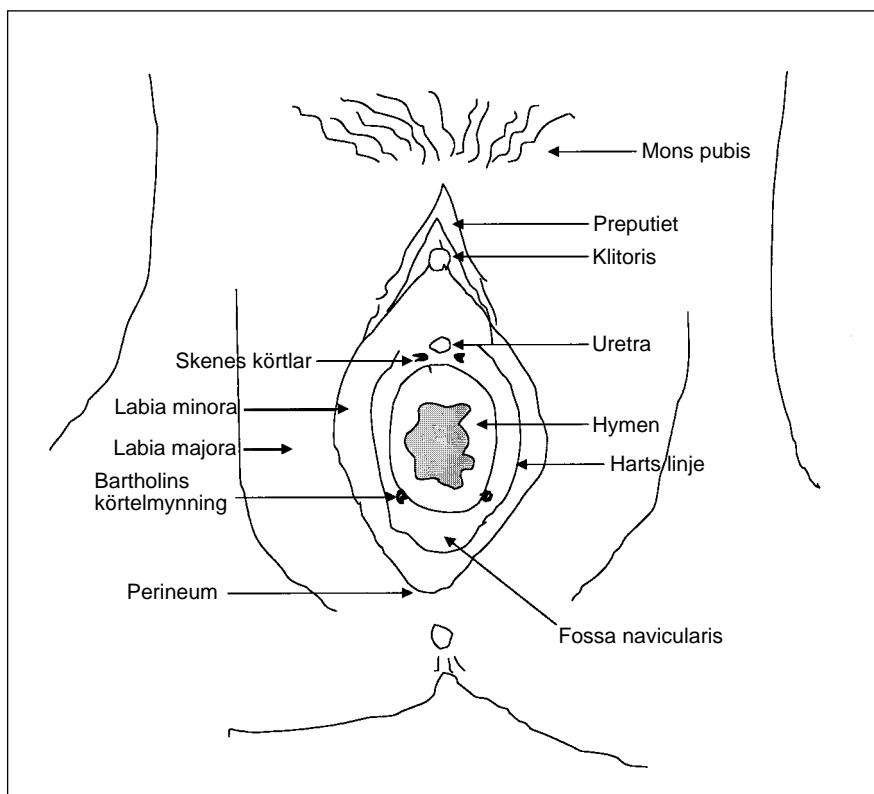
Namnet vestibulit indikerar ett tillstånd av inflammatorisk art. Undersökningar ger dock varierande besked. Enligt en del histopatologiska studier föreligger måttlig ospecifik kronisk inflammation, oftast runt Bartholinkörtlarnas utförsångar. I den övre delen av bindväven finns cellinfiltrat av lymfocyter men även plasmaceller [9]. Enligt andra studier finns inflammatoriska infiltrat i vestibulumslemhinnan även hos symptomfria kvinnor [10, 11].

I inflammatorisk tarmslemhinna induceras och uppregleras enzymerna COX 2 (cyklooxygenas) och iNOS, »inducible nitric oxide synthase». Våra undersökningar visar mycket låga halter av COX 2 och iNOS vid vestibulit, vilket



Figur 1. Vestibulit hos 19-årig flicka.

Figur 2. Schematisk teckning av vulva och vestibulum.



ttalar för att detta smärttillstånd inte beror på någon aktiv inflammation i slemhinnan [Bohm-Starke och medarbetare, opubl data]. Däremot finns fler och mer ytligt belägna nervtrådar i det smärtande området hos kvinnor med vestibulit än hos kontrollpersoner [12, 13]. Dessa nervtrådar utgörs av smärthereptorer, vilket kan förklara den hyperestesi som patienterna upplever [14].

### Etiologi

Uppkomstmekanismen för vestibulit är oklar. Sannolikt krävs flera samverkande faktorer för att den kroniska form som karakteriserar tillståndet skall utvecklas. De flesta kvinnorna i vårt material från Danderyd och Uppsala anser att de från början haft ett smärtfritt samliv. Symtomen har i många fall uppkommit efter upprepade antibiotikakurer och/eller antimykotiska lokalbehandlingar.

Ett flertal tänkbara etiologiska faktorer har diskuterats [15]:

**Infektioner.** Anamnestiskt samvarierar symtomdebuten med upprepade *Candida*-infektioner hos omkring 75 procent av kvinnor med vestibulit [15, 16]. Diagnosen kan ha varit korrekt i de fall besvären uppkommit efter antibiotikakurer. Lokalbehandling mot svamp har emellertid ofta inte hjälpt, och då kan diagnosen ha varit felaktig [17]. Den receptfria förskrivningen av lokala svampmedel har orsakat utbredd egenbehandling utan säker diagnos.

Hos många kvinnor med recidiverande *Candida*-infektion övergår klådan så småningom i sveda, som accentueras av samliv. Man har föreslagit att svedan skulle bero på hyperaktivitet mot *Candida*-antigen eller på överkänslighet mot *Candida*-hyfer, vilka kan tränga ner 10–15 lager i epitelet [18]. Kvinnor med uttalad vestibulit blir dock inte hjälpta vare sig av behandling mot *Candida* eller av antihistaminoterapi.

I början av 1990-talet publicerades studier som gav misstanke om ett samband mellan *genitala papillomvirus* (HPV) och vestibulit [19]. Dessa resultat har dock inte kunnat verifieras. Papillomvirusvulvit ger ofta upphov till svårläkta sprickor som omöjliggör samliv, men detta tillstånd ingår inte i definitionen för vestibulit [2].

Den akuta inflammationen vid skov av *herpes simplex-virus* (HSV) orsakar smärta som delvis är oprovocerad. Några kvinnor med genital HSV drabbas av neurogen, ihållande, brännande smärta som vid herpes zoster-infektion. Denna typ av smärta skiljer sig från den som karakteriserar vestibulit.

Det finns inga hållpunkter för att infektioner som *klamydia* eller *gonorrhé* skulle ge bestående besvär i vulva efter

det att infektionen är adekvat behandlad.

*Trichomonas* kan ge en plågsam vulvit med konstant sveda, dvs inte bara vid penetration. Denna vulvit, som i dag drabbar främst äldre kvinnor, har ett typiskt utseende med fläckvisa, ibland utstansade rodnader. Diagnosen ställs vid direktmikroskopi då trikomonader ses.

**Bakteriell vaginos (BV)** beror på en rubbad vaginalflora med avsaknad av laktobaciller men dominans av bl a *Gardnerella vaginalis*, *Bacterioides* och peptostreptokocker. Dessa bakterier producerar aminer, som i alkalisk miljö ger upphov till en lukt av fisk. Den flytning som uppstår skulle möjligen kunna irritera vestibulum. Enligt en undersökning är BV vanligare hos kvinnor med vestibulit än hos jämnåriga symptomfria kvinnor.

Hos en del kvinnor med vulvasveda finner man dominans av *grupp B-streptokocker* i vaginalodling [4]. Behandling med penicillin i minst tre veckor ger symtomlindring i en del fall, men både bakterier och symtom återkommer ofta. Grupp A- och C-streptokocker, som ibland förekommer i genitalsfären, kan ge fulminant flytning och intensiv vulvasveda. Antibiotika har i dessa fall god effekt.

**Hormoner.** Kvinnor med vestibulit är i fertil ålder och lider inte av östrogenbrist. Några av dem har tendens till glesa menstruationer. De flesta kvinnor med vestibulit har använt p-piller under symtomdebuten [5, 20]. Gestagener nedreglerar estrogenreceptorer i endometriet och vagina. Studier pågår angående vulvas estrogenreceptorer. Preliminära resultat visar att kvinnor med vestibulit hade lägre estrogenreceptoruttryck i vulvaslemhinnan än friska kvinnor i samma ålder [21].

Gestagenpåverkan ger ökad avstötning av vaginaepitelceller, vilket kan bidra till den tunna slemhinna som ibland ses [22]. Samlag är ofta smärtamt för dessa unga kvinnor. Många av dem upplever förbättring efter utsättande av p-piller under en period av åtminstone sex månader, speciellt om smärtan funnits endast under en kortare tid [5] (Tabell I). Hos enstaka individer kvarstår tyvärr den atrofiska vulvovaginalslemhinnan länge efter seponering av p-piller trots optimala endogena estrogennivåer.

**Sensitiserande och lokalirriterande agens.** Allergisk dermatit som orsak till de beskrivna symtomen i vestibulum har diskuterats. Det cellinfiltrat som förekommer i övre delen av slemhinnan innehåller dock endast ett fåtal eosinofila granulocyter, till skillnad från t ex

slemhinnan i luftvägarna vid allergiskt utlöst astma [9].

Dagens massiva reklam för flytande tvålar, parfymade hudkrämer, trosskydd m m bidrar till en ökad användning av sådana produkter. Lokal irritation på grund av upprepade tillförsel av lokalpreparat är en tänkbar orsak till att vestibulit utvecklas. Ett flertal hygienprodukter kan ge kontaktdermatit. Vissa lokala antimykotika kan framkalla kemisk irritation [23]. Upprepad pensling med gentiana mot *Candida* kan orsaka nekrotisk vulvovaginit. Många kvinnor med vestibulit har trattformigt fördjupade körtelmynningar. Teoretiskt kan man tänka sig att dessa områden lätt kan bli irriterade på grund av en ansamling där av olika salvor [15].

Många kvinnor med vestibulit har behandlats för kondylom. Podofyllo-toxin och kirurgisk destruktionsbehandling i vestibularisområdet skulle kunna initiera hyperestesi i de perifera nervändsluten [15].

**Oxalat i urinen.** Under 1990-talet publicerades studier som gav misstanke om att oxalatutsöndring i urinen kunde framkalla vestibulit. Det är sedan dess klarlagt att kvinnor med vestibulit inte har förhöjd oxalatutsöndring. Inte heller har behandling med kalciumcitrat någon effekt [24].

**Hygienvanor och friktion.** Överdriven tvättning är en vanlig orsak till uttorkning och därmed klåda. Kliande och rivande framkallar torrhet och sprickor; angrepp/aktivering av både *Candida* och HPV underlättas därmed. En ond cirkel uppkommer, som kan bidra till smärtor vid samlag.

Hymenalringen är påfallande tjock och intakt hos många unga kvinnor med vestibulit. Om hymen successivt tänjs ut av tamponger och inte brister upp till stromafästet, som vanligtvis skedde vid coitusdebuten förr, kanske introitus blir för trång för penis. Denna teori stöds av det faktum att ytterst få kvinnor som fött barn vaginalt drabbas av vestibulit.

**Psykologiska och psykosexuella faktorer.** Kvinnor som drabbas av vestibulit har en del gemensamma personlighetsdrag. De ställer höga krav på sig själva och har svårt att förtränga smärta [25]. De oroar sig för att aldrig någonsin kunna ha ett normalt samliv och att inte kunna få barn. Hela livsföringen centreras kring besvären. Man har funnit ökad benägenhet för stressrelaterade symtom från gastrointestinkanalen och muskuloskeletala smärtor hos kvinnor med vestibulit [26].

Enligt andra studier skiljer sig inte kvinnor med vestibulit vare sig medicinskt, psykologiskt eller sexuellt från

en frisk kontrollgrupp [27]. De har inte heller varit med om sexuellt våld oftare än en referensgrupp [28]. Dessa författare drar slutsatsen att vestibulit är ett primärt smärttillstånd, inte konsekvensen av sexuell dysfunktion.

Den massmediala fokuseringen på samlagsteknik och porr idag framkallar sannolikt orealistiska förväntningar och prestationskrav. För många kvinnor med dåligt självförtroende och oförmåga att säga nej kan sådana krav säkert bidra till utebliven lubrikation och svullnad, vilket ökar friktionen och nötning av vulvaslemhinnan.

**Muskulära spänningstillstånd.** Slidkramp (vaginism) förtränger introitus och ger upphov till smärta vid penetration. I det enskilda fallet är det svårt att avgöra om vaginismen är orsak till eller en följd av smärtan. En del kvinnor som söker för coitusvärta (ej nödvändigtvis vestibulit enligt Friedrichs kriterier) har mycket spänd bäckenbotten.

Generellt ökad aktivitet i autonoma nervsystemet kan vara en anledning till muskelspasm i bäckenbotten [25]. Spänningshuvudvärk och muskelsmärter i olika kroppsdelar är inte ovanligt i denna patientgrupp.

**Samband med interstitiell cystit.** Eftersom blåsan och vestibulum har samma endodermala ursprung har man spekulerat i om vestibulit och interstitiell cystit representerar två manifestationer av samma rubbning [29]. Det senare syndromet är dock mycket ovanligt och drabbar något äldre kvinnor.

Däremot har kvinnor med vestibulit ofta behandlats för urinvägsinfektion och uretrit. I de fall uretritsymtom försvinner efter utsättande av p-piller har symtomen sannolikt berott på p-pillerinducerad atrofi av uretraslemhinnan.

### Utredning vid vulvasveda/smärta

En ingående *anamnes* avseende infektioner och behandlingar av dessa, överkänslighet, hygien- och sexualvanor och smärtproblematik är fundamentalt. Undersökningen bör innefatta *inspektion* genom förstorande instrument, gärna kolposkop, direktmikroskopi av sekret från vagina för uteslutande av pågående infektion och bedömning av hormonpåverkan samt odling med typ- och resistensbestämning avseende jästsvamp. I vissa fall bör allmän odling utföras för att utesluta pågående infektion eller överväxt av fakultativa patogena organismer. En del kvinnor som utan säker diagnos har behandlats intensivt med antibiotika på grund av sina vulvasvår har en dominans av

*E coli*, stafylo- eller enterokocker i vulva/vagina.

*Riktad biopsi* är motiverad för att utesluta dermatologisk sjukdom, precancerös förändring eller cancer. Biopsi från diffust rodnad område vid vestibulit tillför i allmänhet ingen ytterligare information utöver den kliniska bedömningen [10]. Ett undantag är erosiv lichen planus, då slemhinnan i vulva är tunn och röd. I sådana fall är gränsen till normalt epitel ofta tydligt markerad genom en vit rand.

Vestibulit är en symtomdiagnos som inte bör ställas förrän pågående infektioner eller dermatologiska sjukdomar har uteslutits.

### Omhändertagande av kvinnor med vestibulit

**Spontanläkning.** Kvinnor som remitteras till vulvamottagningar på grund av vestibulit har oftast haft besvär i flera år. De flesta har använt ett otal lokala läkemedel och genomgått upprepade antibiotikakurer. Förmågan till spontanläkning kan inte bedömas förrän slemhinnorna fått vila från alla behandlingar. Enligt en uppgift läker 30 procent av fallen spontant inom något eller några år [30]. Eftersom genesen till smärtan vid vestibulit ofta är okänd får man rikta in sig på symptomlindring.

**Allmänt omhändertagande.** Det är viktigt att tillräcklig tid avsätts för anamnes och undersökning. Kontinuitet är av yttersta vikt. Kvinnan måste informeras dels om tillståndets multifaktoriella genes, dels om att psykiskt välbefinnande höjer smärtröskeln medan oro och stress potentiellt smärtan. Resurser borde finnas för stödjande samtal, med målet att lära kvinnan att hantera sin smärta.

**Läkemedel och lokalprodukter sätts ut.** Alla lokalprodukter inklusive naturläkemedel bör sättas ut. Detta gäller även bindor och trosskydd, då de innehåller substanser som kan vara lokalirriterande. Eftersom de flesta kvinnor med vestibulit inte kan genomföra samlag borde de kunna avstå från hormonell antikonception. Överdriven tvätt med tvål och vatten bör undvikas. I stället kan olja rekommenderas. Smärtstillande salva kan användas vid försök till coitus.

**Kortikosteroider hjälper inte.** Enligt våra undersökningar föreligger ingen aktiv inflammation i slemhinnan hos kvinnor med vestibulit, eftersom halterna av inflammationsmarkörerna COX 2 och iNOS är låga i det smärtsamma området. Dessa resultat stöder kliniska erfarenheter att behandling med kortiko-

steroider inte är effektiv [30]. Steroidbehandling bör inte ges till kvinnor med vestibulit, då behandlingen snarare kan försämra tillståndet [31, 32].

**Östrogen hjälper inte.** Enligt klinisk erfarenhet upplever en liten grupp kvinnor lindring vid användning av östrogenkräm. Det är oklart om det är salvbasen i sig eller hormontillskottet som åstadkommer effekten. Kontrollerade studier avseende effekten av denna behandling saknas.

**Avstå från behandling av HPV i vestibulum.** Kondylom växer ofta längs hymenkanten och i Bartholinkörtlarnas mynningar, dvs just där rodnaden och smärtan vid vestibulit återfinns. Eftersom det föreligger en viss samvariation mellan behandling av kondylom och förekomsten av vestibulit bör man vara återhållsam med behandling i just detta område.

**Interferon.** Behandling med interferon baseras på hypotesen att vestibulit orsakas av HPV. Denna immunmodulerande behandling har sällan använts i Sverige, eftersom den är omständlig och smärtsam vid lokal injicering och ger en del biverkningar vid systemisk administration. Den dokumenterade effekten av behandlingen varierar mellan olika studier men är inte övertygande [19, 33].

**Amitriptylin.** Tricykliska antidepressiva (TCA) medel kan lindra neurogena smärttillstånd [34]. Den underliggande smärtmekanismen vid vestibulit är inte klarlagd. Våra studier tyder på att smärtan beror på hyperalgesi i perifera nerver, och därför borde TCA inte ha någon större effekt på vestibulit. De försök som gjorts talar inte heller för att sådan behandling är tillräckligt effektiv. En viss positiv effekt uppnås ändå genom att det psykiska allmäntillståndet förbättras, vilket gör att smärtan tolereras lättare.

**Biofeedback.** Elektromyografisk feedback av bäckenbottenmuskulatur används som ett behandlingsalternativ vid vulvasmärta. Denna terapi grundar sig på teorin att muskelstörningar uppkommer i området runt skadad vävnad. Muskelkrampen i sin tur kan potentiella den primära smärtan via sympatiskt medierad aktivitet. Vaskulära förändringar och histaminfrisättning åstadkoms därigenom.

I en undersökning fick 33 kvinnor med måttlig till uttalad vulvasmärta (som inte alltid uppfyllde Friedrichs kriterier på vestibulit) använda bärbara EMG-biofeedbackinstrument i hemmet. Efter 16 veckors träning hade viltrycket i bäckenbotten sjunkit och den

subjektiva smärtupplevelsen minskat påtagligt [25].

**Kirurgi.** Det är mycket viktigt att välja rätt patienter för operation. Kirurgi har hittills varit aktuell först då all annan terapi visat sig resultatlös och symtomen, som funnits i flera år, inneburit att patienten inte kunnat ha samlag över huvud taget. Främst skall Friedrichs kriterier vara uppfyllda. Dessutom skall kvinnorna ha haft ett tillfredsställande samliv före symtomdebuten.

Det smärtande området bör helst vara begränsat till bakre delen av vestibulum. Bästa resultat har hittills uppnåtts med kirurgi om den utförs på det sätt som Woodruff och medarbetare beskrivit [35]. Bakre delen av hymen, slemhinnan runt Bartholinkörtlarnas mynningar och området ned till perinealkanten avlägsnas. Vaginalslemhinnan löses från underlaget, dras ned och sutureras så att den täcker det exciderade partiet.

Efter detta ingrepp motsvarar anatomien i introitus den som naturligt uppkommer i samband med vaginalförlossning. Då tänjs bakre delen av hymen ut och försvinner upp i vaginalslemhinnan, som ofta prolaberar något. Efter som den tunna, smärtande vestibulumvävnaden ersätts av en tjock och sparsamt innerverad vaginalslemhinna finns goda förutsättningar för symtomlindring. Våra egna resultat stämmer överens med internationella erfarenheter, dvs en förbättring på upp till 80 procent av fallen [12, 16, 36]. Då läkningen är avslutad bör patienten träna avslappning av bäckenbotten.

### Sammanfattning

Vulvavestibulit är ett invalidiserande smärttillstånd med oklar etiologi som drabbar främst yngre kvinnor. Smärtan är provocerad, dvs den uppkommer endast vid tryck, tånjning och penetration. Samlagssmärtan har hos många kvinnor föregåtts av upprepade antibiotikakurer, Candida-infektioner och behandling med lokala antimykotika. Andra triggermekanismer som diskuteras är rubbning av den lokala miljön på grund av hormonell antikonception, kemisk irritation orsakad av överanvändning av lokala produkter, trauma efter kirurgisk behandling i området, sexuell dysfunktion med bristande lubrikation, vaginism och bäckenbottenspasm.

Eftersom vestibulit är ett mycket svårbehandlat tillstånd måste vi satsa på att öka kunskaperna om triggermekanismer och ge råd om förebyggande.

Det är angeläget att kvinnor med olika typer av vulvalidanden undersöks vid akuta besvär, vilket är enda möjligheten att ställa rätt diagnos. Om inte säker diagnos kan ställas bör endast symtomlindrande behandling ges.

Uppmana kvinnan att sluta med lokalprodukter som framkallar sveda! Samarbete mellan specialkunnig gynekolog, hudläkare, kurator, sjukgymnast, psykolog, sexolog, smärtfysiolog, patolog och gastroenterolog skulle underlätta omhändertagandet och bidra till ökad förståelse för vestibulitens bakomliggande mekanismer.

Det är angeläget att forskning bedrivs angående vulva och vaginas fysiologi, inklusive smärtmekanismer i området.

### Referenser

- Ridley CM. Vulvodynia. Theory and management. *Dermatol Clin* 1998; 16: 775-8.
- Friedrich EG. Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med* 1987; 32: 110-4.
- Goetsch MF. Vulvar vestibulitis: Prevalence and historic features in a general gynecologic practice population. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 1609-17.
- Rylander E, Larsson PG, Frankman O. Vulvodyni. Ett tilltagande problem hos unga kvinnor. *Läkartidningen* 1994; 91: 618-20.
- Pyka RE, Wilkinson EJ, Friedrich EG Jr, Croker BP. The histopathology of vulvar vestibulitis syndrome. *Int J Gynecol Pathol* 1988; 7: 249-57.
- Nylander Lundqvist E, Hofer PÅ, Olofsson J, Sjöberg I. Is vulvar vestibulitis an inflammatory condition? A comparison of histological findings in affected and healthy women. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1997; 77: 319-22.
- Weström L, Willén R. Vestibular nerve fiber proliferation in vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 572-6.
- Bohm-Starke N, Hilliges M, Falconer C, Rylander E. Increased intraepithelial innervation in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecol Obstet Invest* 1998; 46: 256-60.
- Bohm-Starke N, Hilliges M, Falconer C, Rylander E. Neurochemical characterization of vestibular nerves in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecol Obstet Invest* 1999; 48: 270-5.
- Baggish M, Miklos J. Vulvar pain syndrome: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50: 618-26.
- Mann M, Kaufman R, Brown D, Adam E. Vulvar vestibulitis: Significant clinical variables and treatment outcome. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 122-5.
- Sjöberg I, Cajander S, Rylander E. Morphometric characteristics of vaginal epithelium during the menstrual cycle. *Gynecol Obstet Invest* 1988; 26: 136-44.
- Glazer HI, Rodke G, Swencionis C, Hertz R, Young AW. Treatment of vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic feedback of pelvic floor musculature. *J Reprod Med* 1995; 40: 283-90.
- Van Lankveld J, Weijnenborg P, Ter Kuile M. Psychologic profiles of and sexual function in women with vulvar vestibulitis and their partners. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 65-9.
- Meana M, Binik Yitzchak M, Khalifé S, Cohen D. Dyspareunia: Sexual dysfunction or pain syndrome? *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 561-9.
- Davis G, Hutchison C. Clinical management of vulvodynia. *Clin Obstet Gynecol* 1999; 42: 221-33.
- McKay M. Vulvodynia. Diagnostic patterns. *Dermatol Clin* 1992; 10: 423-33.
- Marinoff S, Turner M. Vulvar vestibulitis

syndrome. *Dermatol Clin* 1992; 10: 435-44.

- Woodruff JD, Geandry R, Poliakoff S. Treatment of dyspareunia and vaginal distortions by perineoplasty. *Obstet Gynecol* 1981; 57: 750-4.
- Friedrich EG Jr. Therapeutic studies on vulvar vestibulitis. *J Reprod Med* 1988; 33: 514-8.

Fullständig referenslista finns på:  
[www.lakartidningen.se/LT/html/referenslista.htm](http://www.lakartidningen.se/LT/html/referenslista.htm)

### Summary

#### Vulvar vestibulitis – a multifactorial syndrome

Nina Bohm-Starke, Eva Rylander

*Läkartidningen* 2000; 97: 4832-6.

Vestibulum vulvae is covered by a sensitive mucosa of endodermal origin. The pain syndrome »vulvar vestibulitis», which is frequently occurring in young women, gives rise to intensive pain during sexual intercourse. The diagnosis requires at least six months duration of provoked pain and the presence of red areas in the vestibulum, which are intensely painful to the touch. There is an increased intraepithelial innervation but no active inflammation.

The etiology of vulvar vestibulitis is probably multifactorial. Possible trigger mechanisms include repeated use of antibiotics and local treatment of Candida and HPV infections in combination with the use of hormonal contraceptives, frequent use of local substances that may be irritative, lack of arousal, vaginismus and tense pelvic floor muscles.

Spontaneous recovery is possible if all treatment is suspended. Other regimens include biofeedback, psychotherapy, tricyclic antidepressants and surgery. There is a 80 per cent success rate after surgery in carefully selected patients.

*Correspondence:* Eva Rylander, Dept of Obstetrics and Gynaecology, Karolinska institutet, Danderyds sjukhus, SE-182 88 Danderyd, Sweden.

*e-mail:* [eva.rylander@kids.ki.se](mailto:eva.rylander@kids.ki.se)