

# Vulvavestibulit behöver inte vara förbryllande

Inga Sjöberg kommenterar (i Läkartidningen 5/01, sidorna 422-3) vår översikt över vulvavestibulit (Läkartidningen 43/00, sidorna 4832-6). Detta är mycket positivt, eftersom intresset för detta långdragna smärttillstånd kanske ökar. Men Sjöberg har haft för bråttom. Om hon läser om vår artikel skall hon finna att vi på många punkter är överens.

NINA BOHM-STARKE  
doktorand, avdelningsläkare  
EVA RYLANDER

professor, överläkare; båda vid kvinno-  
kliniken, Danderyds sjukhus  
eva.rylander@kids.ki.se

**II** För oss känns det ändå nödvändigt att bemöta den kritik som framförs. Vi vill också tillrättalägga vissa av Sjöbergs påståenden, som inte är förankrade i litteraturen. Detta för att motverka att kolleger som träffar kvinnor med vulvasmärta skall bli än mer förbryllade.

Vi diskuterar inledningsvis det något oklara begreppet vulvodyni och har valt att återge en definition av en mycket namnkunnig engelsk dermatolog, Majorie Ridley [1]. Vulvodyni innebär obehag i vulvaområdet, huvudsakligen sveda, men inslag av klåda kan förekomma. Tillståndets duration ingår inte i begreppet vulvodyni. Det tycks som om Sjöberg blandat ihop definitionerna för vulvodyni och vestibulit.

## Diagnosen är inte lätt att ställa

Vi håller absolut inte med om att diagnosen vestibulit är lätt att ställa. Andra tillstånd som kan ge smärta i vulva måste uteslutas, vilket ofta kräver anamnes och undersökning på det sätt som vi föreslagit. I annat fall finns risk för överdiagnostik och felaktig behandling.

Vestibulit har ju en multifaktoriell genes, där de bakgrundsfaktorer som dominerar i första hand bör beaktas. Smärtan kan hos en patient bero på bristande sexuell lust, kanske på grund av stress, hos en annan slidkramp och spänd bäckenbotten, hos en tredje infektion.

En klinisk verklighet, åtminstone i södra Sverige och internationellt, är att recidiverande (kroniska) svampinfektioner i vulva idag utgör ett stort problem, och att de kan ge svår sveda i samband med samlag. Svampinfektioner drabbar även ofta kvinnor som utvecklat vestibulit och förvärrar då symtomen. Vi måste tydligt trycka på svårigheterna som faktiskt råder när det gäller att ställa diagnoser och behandla tillstånd i vul-

va, där symtomen alltid rör sig om smärta, sveda och klåda oavsett etiologi.

## Rodnad i vulvaslemhinnan

Det kliniska intrycket är att vulvaslemhinnan hos vestibulitpatienter är rodnad och tunn. Det finns sannolikt inte publicerat några studier angående denna slemhinns tjocklek. Varierande epitel-tjocklek kan vara en av flera faktorer som ger upphov till olika grad av rodnad i slemhinnan. Tunt epitel ger för ögat intryck av rodnad, eftersom underliggande stromas kapillärnät syns tydligare. I Friedrichs kriterier ingår dock inte atrofikliknande slemhinna [2]. De rätta kriterierna anges i vår artikel [3].

P-pillers roll i genesen till samlags-smärta är intressant. Femton procent av våra patienter som uppfyller Friedrichs kriterier på vestibulit har blivit betydligt förbättrade inom ett par månader efter det att vi som enda åtgärd rekommenderat paus med p-piller. Hos dessa kvinnor tycks huvudorsaken till smärtan vara en tunn vulvaslemhinna, vilket skulle kunna bero på p-pilleranvändningen. Det kan också vara början till vestibulit, då denna grupp som regel utgörs av yngre kvinnor med kortare smärtduration än våra övriga vestibulitpatienter.

## Platta kondylom och vestibulit

Sjöberg diskuterar platta kondylom och sambandet med vestibulit. Dessa HPV-förändringar kan ge upphov till både sprickbildningar och kliande, svidande precancerösa områden, men ej vestibulit i dess rätta bemärkelse. Däremot har vi angivit att behandling mot kondylom i vestibulum med olika tekniker/preparat troligen kan vara en smärtriggare där.

Sjöberg framhåller att det inte finns publicerade resultat om hygienvanors inverkan på vulvaslemhinnan. Tyvärr finns endast översiktartiklar att referera till [4]. Dermatologer och andra specialister på hud- och slemhinners reaktioner ser det inte som osannolikt att uttorkad och irriterad slemhinna kan vara en triggerfaktor till vestibulit. De ytliga nervtrådar som finns i vulvaslemhinnan

kan mycket väl triggas av både mekanisk och kemisk irritation.

Angående smärtmekanismer kan vi nämna att de neurofysiologiska undersökningar som vi just avslutat ger klara bevis för att det är en perifer nervreaktion med förändrad sensibilitet som är involverade i vestibulit. Dessa studier ger inte besked om etiologin, men indikerar att det initialt rör sig om en process i slemhinnan. Eventuella centrala smärtmekanismer som är inblandade i vestibulit känner man inte till.

## Psykosomatiska inslag

Ett psykosomatiskt inslag finns vid de flesta sjukdomar. När det gäller kvinnor med vestibulit har flera studier, inklusive våra egna, visat att patienterna oftare uppger generell smärtproblematik och ångslan än friska kontroller.

Vi har på Danderyds sjukhus påbörjat ett samarbete med sexologiskt inriktad kurator och barnmorska. Genom stödjande samtal och övningar som minskar tonus i bäckenbotten kan den negativa smärtcirkel och stresssituation som patienterna befinner sig i brytas. Resultaten är mycket lovande och behandlingsstrategin liknar den som förordas av den holländska grupp som Sjöberg refererar till (5). Det vore önskvärt att fler vestibulitpatienter får möjlighet till sådant omhändertagande. Även i de fall kirurgi är indicerat skulle nämnda stödterapi påskynda tillfrisknandet.

När det gäller vestibulit återstår många obesvarade frågor främst angående orsakssamband och möjligheter till att förebygga problemet. Vikten av fortsatt forskning och ett tvärvetenskapligt samarbete kan inte nog betonas.

## Referenser

1. Ridley CM. Vulvodynia. Theory and management. *Dermatol Clin* 1998; 16: 775-8.
2. Friedrich EG. Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med* 1987; 32: 110-4.
3. Bohm-Starke N, Rylander E. Vulvavestibulit, svårbehandlat tillstånd med oklar etiologi. *Läkartidningen* 2000; 97: 4832-6.
4. Davis G, Hutchison C. Clinical management of vulvodynia. *Clin Obstet Gynecol* 1999; 42: 221-33.
5. Weimar SchultzWCM, Gianotten WL, van der Meijden, van de Wiel HBM, Blindeman L, Chadha S et al. Behavioral approach with or without surgical intervention to the vulvar vestibulitis syndrome: a prospective randomized and non-randomized study. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1996; 17: 143-8.