

Vulvar Vestibulitis-syndrom: Kronisk smertetilstand i vulva

Vulvar vestibulitis-syndrom (VVS) er en kronisk smertetilstand i vulva. Smertetilstanden har en kompleks og uavklart etiologi, og mye tyder på at det er en sterkt underrapportert tilstand.

TEKST

Åshild Skogerbø

PUBLISERT 2. juni 2008

Vulvar vestibulitis-syndrom (VVS) ble først beskrevet av Skene i 1889, men er fremdeles en utfordring for de kvinnene som lider av denne tilstanden, samt for helsepersonellet som jobber med denne pasientgruppen. Artikkelen tar utgangspunkt i nyere forskning innenfor feltet VVS, og vil fokusere på diagnostiske kriterier, prevalens, kort etiologi, samt behandling av denne lidelsen. Avslutningsvis blir noe av kompleksiteten ved VVS og dets utfordringer skissert. Både utbredelsen og opprinnelsen til VVS er uklar. Artikkelen tilstreber derfor på ingen måte å gi et komplett og fullstendig bilde av VVS, men er et forsøk på å samle noe av den kunnskapen som eksisterer rundt denne pasientgruppen.

Diagnostiske kriterier

Friedrich (1987) definerer VVS ved hjelp av tre komponenter: 1) kraftig smerte ved berøring eller forsøk på penetrering av inngangen til skjeden (vestibulen), 2) sterk følsomhet ved Q-tip-berøring (cotton swab test) av skjedeinngangen (for det meste ved klokken 5 og klokken 7 hvis vi ser skjedeinngangen som en urskive), og 3) rødhet eller inflammasjon av varierende intensitet ved inngangen til skjeden.

VVS-pasienter blir ofte diagnostisert med hel eller partiell vaginisme (Binik, 2005). Vaginisme kan kort defineres som spenninger i skjeden som helt eller delvis utelukker penetrasjon (de Kruiff et al., 2000).

Selv om de diagnostiske kriteriene av VVS tilsynelatende kan se enkle ut, er det viktig å utelukke andre sykdomsbilder som kan forårsake tilsvarende smerteopplevelse.

Hudsykdommer som blant annet Lichen Schlerosus og Lichen Ruber bør utelukkes. Videre må ulike former for hormonelle forstyrrelser utelukkes. Andre tilstander som kan forstyrre diagnostiseringen av VVS-pasienter, er at disse kvinnene ofte, og over lengre perioder, er feilbehandlet, eller overbehandlet, med antibiotika for ikke-diagnostiserte eller antatte Candida-infeksjoner. Det har medført en utsettelse av selve VVS-diagnostiseringen. VVS har ofte en komorbiditet med depresjon og angst, samt generell hypersensitivitet (Nylander et al., 2005; Pukall et al., 2004). Disse

tilleggsdiagnosene kan i noen tilfeller legge et slør over selve VVS-plagene, som derfor blir liggende ubehandlet.

Forekomsten av kroniske vulva-smerter i befolkningen

Vulvar vestibulitis-syndrom er trolig en sterkt underrapportert tilstand. Det er sannsynligvis den hyppigste årsaken til dyspareuni (smerte ved samleie) hos kvinner i reproduktiv alder. Dette stiller ekstra store krav til økt fokus på kunnskap, da det dessverre er stor grad av både feildiagnostisering og feilbehandling av denne pasientgruppen (Graziottin et al., 2007).

Vulvodyni er en samlebetegnelse for blant annet VVS og vaginisme. Vulvodyni er definert som et klinisk syndrom av ikke-forklarte vulva-smerter og seksuelle dysfunksjoner (Graziottin et al., 2001). Vulvodyniforekomsten (kronisk vulva-smerte) er forsøkt estimert til 11–18 % av kvinner i reproduktiv alder, men tallene er beheftet med usikkerhet (Jantos, 2007). Studier fra Australia viser at halvparten av kvinnene med vulvodyni oppsøker hjelpeapparatet, og bare én prosent av dem får en korrekt diagnose. Dette er relativt dystre tall, da denne smertetilstanden påvirker livskvaliteten og seksualiteten til kvinnene. De fleste vulvodynipasienter har smerte-onset før fylte 25 år, og hele 75 % er under 34 år. Dette forsterker behovet for økt kunnskap om denne sårbare gruppen av befolkningen (Jantos, 2007). Videre understreker det betydningen av å tilnærme oss denne gruppen gjennom et smerteteoretisk perspektiv og et psykologisk-sexologisk perspektiv.

Årsaksforklaringer til VVS

Årsaken til VVS er kompleks og mangelfullt kartlagt. Mange kriterier og definisjoner har florert rundt denne formen for smertetilstand. I et forsøk på å fokusere mer spesifikt på diagnosen gjennomførte Binik (2005) nylig en omfattende diskusjon rundt de diagnostiske kriteriene til dyspareuni generelt og VVS spesifikt.

Den etiologiske forskningen rundt VVS kretser rundt tre plan: et inflammatorisk forståelsesplan, et nevrosystemisk forståelsesplan, og et muskulært forståelsesplan. Disse områdene influerer og opererer samtidig i en og samme pasient.

Det inflammatoriske forståelsesplanet hevder at det er en betennelse ved inngangen til skjeden som er en av årsakene til VVS. Det er en oppregulering av lokale mastceller^[1], samt en økning av betennelsesmolekyler som fører til den brennende fornemmelsen pasientene opplever ved berøring eller forsøk på penetrering. Det nevrosystemiske forståelsesplanet fokuserer på at det skjer en oppregulering av lokale smertefibre i selve skjedeinngangen, som bunter seg sammen og sender sterke smerteimpulser til hjernen. Det muskulære forståelsesplanet beskriver en hyperaktivitet av det lokale muskelsystemet i underlivet som fører til muskulære spenninger og redusert blodomløp (Graziottin et al., 2007).

Et annet interessant perspektiv, som i de senere årene har blitt viet større oppmerksomhet, er at VVS muligens kan forklares som et abnormal smerte-syndrom

(Binik 2005; Green et al., 2005). Det antydes å ha forekommet avvik i de perifere nerveforbindelsene av skjedeinngangen, men det er ikke klart om disse avvikene, hvis de finnes, er årsak til eller virkning av selve tilstanden.

Behandlingen av VVS

Behandlingen av VVS er vanskelig og kompleks, og det er mangelfull forskning på dette området. Noen forskere hevder at de biologiske komponentene ved VVS inntil nylig er blitt systematisk neglisjert (Graziottin et al., 2007). Videre har det vært en tendens til å gi seksuelle smertetilstander en psykologisk opprinnelsesforklaring (Graziottin et al., 2007; Jantos, 2007). Behandling av seksuelle smertetilstander bør ha et individuelt tilpasset behandlingstilbud i et tverrfaglig perspektiv, hvor det blir vurdert og intervenert i forhold til biologiske, psykoseksuelle, relasjonelle og muskulære faktorer (Pukall et al., 2006; ter Kuile et al., 2006). Det er hovedsakelig kognitiv atferdsterapi som er brukt i den psykologisk-sexologiske behandlingstilnærmingen for VVS-pasienter. Her er det etter hvert kommet forskning som både sier noe om effekt av behandlingen og om hvilke faktorer som assosieres med positive behandlingsresultater (ter Kuile et al., 2006).

En multisystemisk behandlingsmodell er viktig for denne pasientgruppen. I Norge jobbes det per i dag ut fra et intensjonelt tverrfaglig samarbeid. For det meste blir selve diagnostiseringen av denne pasientgruppen utført på Vulvaklinikken ved Rikshospitalet i Oslo. Den eventuelle medisinske behandlingen (Xylocain, Sarotex, SSRI, candidabehandling mfl.) blir hovedsakelig administrert av fastleger, gynekologer i allmennhelsetjenesten, eller Vulvaklinikken. Den psykologisk-sexologiske behandlingen blir utført av psykologer med sexologisk autorisasjon. For den muskulære, fysioterapeutiske behandlingen er det utviklet en tradisjon i Norge på å bruke Mensendieck-fysioterapi. Det er viktig å understreke at dette tverrfaglige samarbeidet ikke på noen måte er satt i system.

Behandlingsutfordringer

Den diagnostiske kompetansen bør ut til allmennhelsetjenesten og til fastlegene. Slik denne pasientgruppen i dag blir møtt, blir det differensiert i for liten grad. Det trengs mer forskning, slik at vi i større grad kan si noe mer spesifikt om hvem som skal ha hvilken type behandling, og til hvilken tid. Det er en relativt ung del av den kvinnelige populasjon som rammes av VVS, og som utsettes for høy grad av psykologisk stress i denne forbindelse. Dette fordrer tidlig diagnostisering, samt fokus på medisinske og psykoseksuelle faktorer. Behandlingen bør i større grad tilpasses hver enkelt pasient for å unngå feilbehandling, ustrukturert behandling, samt for å heve compliance for den iverksatte behandlingen.

Åshild Skogerbø

Københavns Universitet

Afdeling for Sundhedspsykologi

Øster Farimagsgade 5, opg.Z

Postboks 2099

1014 København K

Danmark

Tlf. + 45 353 27 929

E-post aask@pubhealth.ku.dk

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 6, 2008, side 764-765

TEKST

Åshild Skogerbø

+ Vis referanser

Referanser

Binik, Y. M. (2005). Should dyspareunia be classified as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. *Archives of Sexual Behaviour*, 34, 11-21.

de Kruiff, M.E., ter Kuile, M.M., Weijnenborg, P.T.M. & Van Lankveld, J.J.D.M. (2000).

Vaginismus and dyspareunia: is there a difference in clinical presentation? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 21, 149-155.

Graziottin, A. & Rovei, V. (2007). Sexual pain disorders. In A. F. Owens & M. S. Tepper (Red.), *Sexual Health; Physical Foundations*. By Praegers publisher.

Graziottin, A., Castoldi, E., Montorsi, F., Salonia, A. & Maga, T. (2001). Vulvodynia: the challenge of «unexplained» genital pain. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 503-512.

Green, J. & Hetherington, J. (2005). Psychological aspects of vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26, 101-106

Friedrich, E. (1987). Vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of reproductive Medicine*, 32, 110-114.

Jantos, M. (2007). Vulvodynia: Development Of A Psychosexual Profile.
<http://www.wasvisual.com/lectur.html?lecture=107>.

Nylander, E. L. & Bergdahl, J. (2005). Vestibulodynia (former vulvar vesbulitis): Personality in affected women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26, 251-256.

Pukall, C. F., Binik Y. M. & Khalifè, S. (2004). A new instrument for pain assessment in vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30, 69-78.

Pukall, C. F., Baron, M., Amsel, R., Khalifè, S. & Binik, Y. M. (2006). Tender point examination in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Clinical Journal of Pain*, 22, 601-609.

Skene, A. J. C. (1889). *Treatise on diseases of women*. New York: D. Appleton and Company.

ter Kuile, M. M., van Lankveld, J. J. D. M., Vlietland, C. V., Willekers, C. & Weijnenborg, P. T. M. (2005). Vulvar vestibulitis syndrome: An important factor in the evaluation of lifelong vaginismus? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26, 245-249.

ter Kuile, M. M. & Weijnenborg, P. T. M. (2006). A cognitive-behavioural group program for women with vulvar vestibulitis syndrome (VVS): Factors associated with treatment success. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 199-213.

Wikipedia (2007, 23.07). Nedlastet fra http://en.wikipedia.org/wiki/Mast_cell

