



© New Africa / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodel)

Vulvodynie

Wenn das Becken schmerzt

Patric Bialas, Eva-Marie Braun, Svenja Kreutzer

Brennende Schmerzen im Genital- oder Beckenbereich, die sich nicht durch Antibiotika/Antimykotika bekämpfen lassen und länger als drei Monate andauern, können auf eine Vulvodynie deuten. Neben medikamentösen Ansätzen sollte der Leidensdruck der Patientinnen durch eine multimodale Schmerztherapie gelindert werden. Ein neuer Ansatz ist auch die interdisziplinäre Vulvodynie-Sprechstunde.

Hintergrund zum Krankheitsbild

Als Vulvodynie (engl. „vulvodinia“) oder Vulvodyniesyndrom werden chronische Schmerzen oder Missempfindungen im Bereich des Scheideneingangs bezeichnet, die länger als drei Monate dauern und sich nicht durch einen hinreichenden körperlichen Befund erklären lassen. Um das Jahr 1975 wurde diese chronische Erkrankung „burning vulva syndrom“ genannt [1].

Die Inzidenz der Vulvodynie beträgt etwa 17 %, die Prävalenz bei Frauen zwischen 16 und 64 Jahren circa 7 % [2, 3]. Die Symptome der Erkrankung gehen mit chronischem Brennen, Stechen und drückenden Schmerzen einher, aber auch mit Schmerzen im Beckenboden. Eindeutige Entzündungszeichen, die die Symptome hinreichend erklären können, gibt es nicht. Die Beschwerden lassen sich durch Berührung, Druck oder Reibung auslösen, treten aber auch

spontan auf. Verstärkt werden können die Schmerzen durch enge Kleidung, Fahrradfahren, Stress, Geschlechtsverkehr, Berührung sowie das Einführen von Tampons. Häufiger imperativer Harndrang, Nykturie, Dysurie, Schmerzen beim Sitzen, suprapubische Schmerzen im Bereich der Leisten und der Genitalien, Dyspareunie, Rücken- und Unterbauchschmerzen können nebeneinander oder zusammen auftreten (Tab. 1).

Verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen zeigten, dass unerklärliche urologischen Schmerzen und Vulvodynie überaus häufig zusammen mit Reizdarm, chronischen Unterbauchschmerzen und Fibromyalgie auftreten. Aber auch Endometriose, chronischer Kopfschmerz sowie kranio-mandibuläre Dysfunktion wurden bei diesen Patientinnen beobachtet [4].

Ursachen und Auslöser

Häufig tritt die Vulvodynie nach wiederholten Infektionen im Genitalbereich auf. Allen voran stehen Pilzkrankung, bakterielle Infektionen und Vireninfektionen. Aber auch Hauterkrankungen, Operationen, Verletzungen von lokalen Nerven, traumatische Erfahrungen oder andere Erkrankungen der Vulva kommen als Schmerzauslöser in Betracht. Weitere Faktoren können chronische Nervenreizungen sein, etwa des Nervus

pudendus. Im weiteren Verlauf entwickeln sich häufig Ängste, Unsicherheit und damit An- und Verspannungen der Beckenmuskulatur (**Kasten „Ein typischer Leidensbericht“**).

Noch immer gibt es keine wissenschaftlich gesicherte, nachvollziehbare Ursache. Vermutet wird, dass es sich bei der Vulvodynie um eine Kombination aus körperlichen und psychischen Beschwerden handelt, die sich potenzieren können. Gesichert und durch Magnetresonanztomografie nachgewiesen, scheint aber,

Ein typischer Leidensbericht

Alles begann mit Schmerzen beim Wasserlassen, es brannte im Scheiden- und Harnröhrenbereich. Lena S. (21 Jahre) dachte sich nicht viel dabei, da sie schon öfter eine Blaseninfektion gehabt hatte. Nach einem positiven Abstrich beim Frauenarzt begann die Antibiotikatherapie über mehrere Tage. Die Beschwerden klangen ab. Leider kamen nach den Bakterien die Pilze, aber auch die konnte der Gynäkologe ganz einfach mit Salben und Zäpfchen behandeln.

Die Infektionen häuften sich und damit auch die unerträglichen brennenden und zum Teil drückenden Schmerzen im Genital- und Beckenbereich. Immer häufiger wurden im Wechsel Antibiotika und Antimykotika verordnet. Lena verzweifelte allmählich. Die zu Beginn nachgewiesenen Bakterien wurden immer weniger, die Beschwerden blieben, ohne, dass sich eine gynäkologische Ursache finden ließ. Die Patientin wurde zum Urologen überwiesen, der eine Blasenspiegelung und einen Abstrich nahm. Beides ergab jedoch keinen eindeutigen Befund. Nachdem Lena mehrere Urologen und Gynäkologen konsultiert hatte, die alle keine eindeutige Diagnose feststellen konnten, resignierte sie. Bildete sich Lena am Ende die Beschwerden nur ein?

Nach einem Jahr hatte sich Lenas Leben stark verändert. Sie blieb immer häufiger zu Hause, wusch sich mehrmals täglich und wechselte ständig die Unterwäsche, aus Angst sich zu infizieren. Körperlichen Kontakt zu ihrem Freund stellte sie nach mehreren vergeblichen Versuchen aufgrund der starken Schmerzen beim Penetrieren allmählich ganz ein. Am Ende blieben Frust und Traurigkeit.

Tab. 1: Diagnostische Kriterien einer Vulvodynie

- Schmerzen und Brennen bei Berührung des Vestibulums (Allodynie) oder dem Versuch der Penetration (Finger, Tampon, Verkehr)
- Druckempfindlichkeit von Vulva oder Vestibulum (z. B. beim Sitzen oder Fahrradfahren)
- Keine oder schwache Rötung, unter Umständen erst nach Provokation (sehr unzuverlässiges Kriterium)
- Ausschluss von Infektionen (z. B. Vulvovaginalkandidose, Herpes genitalis), neurologischer (z. B. Herpesneuralgie, Spinalnervenkompression), dermatologischer (z. B. Lichen planus, Lichen sclerosus) oder neoplastischer Erkrankungen (z. B. vulväre intraepitheliale Neoplasie)
- Dauer der Beschwerden für mindestens drei Monate

die bei den Patientinnen eine erhöhte Ansprechbarkeit des Nervensystems besteht. Dabei kommt es vermehrt zu erhöhter Aktivität in Hirnregionen, die für Angst eine Rolle spielen – beispielsweise dem Hippocampus, den Basalganglien und dem sensomotorischen Kortex.

In der Folge entsteht durch Schmerzverarbeitungsstörungen eine Hyperalgesie beziehungsweise im schlimmsten Fall eine Allodynie. Eine andere Arbeitsgruppe vermutet, dass eine Hochregulation von Komponenten des Immunsys-

Hier steht eine Anzeige.

Tab. 2: Reihenfolge und Möglichkeiten der Therapie (nach [19, 20, 21, 22])

1. Anamnese, gynäkologische Untersuchung, Vulvoskopie, Vaginalflora (Nativpräparat), pH, Ausschluss von gynäkologischen Infektionen, Dermatosen etc.
2. Q-Tip-Test: Schmerzintensität, Ausdehnung
3. Gespräch!
4. Beenden der „Therapie“ mit lokalen Antimykotika, Antiseptika oder Antibiotika
5. Vulvapflege: Wasser, keine Parfüms oder Ähnliches, verträgliche Wäsche und Kleidung, mild fettende Hautpflege
6. Topische Therapie: gegebenenfalls Estriol, gegebenenfalls Wechsel auf weniger progesteron-, androgen- oder östrogenbetonte Pille; Anwendung zytokinhaltiger Creme, Lokalanästhetika
7. Lokale Injektion von Botulinumtoxin A
8. Orale Therapie: Antidepressiva, Antikonvulsiva
9. Multimodaler Ansatz: Gynäkologe, Psychiater/Psychologe/Psychosomatiker, Physiotherapeut, Arbeitsplatztraining, Kunsttherapie, Biofeedback
10. Vestibulectomie/Vestibuloplastik

tems (Mastzellen) mit Überproduktion von inflammatorischen Molekülen sowie eine Hochregulation von neu gebildeten Nervenfasern zur Vulvodynie führen können [5].

Therapiemöglichkeiten

Vor der Therapie stehen Anamnese und Untersuchung, die schnell länger als eine Stunde dauern kann [6]. So lange es sich beim Untersucher um einen Gynäkologen oder Urologen handelt, gibt es üblicherweise kein größeres Problem. Beim Schmerzmediziner ist die Untersuchung mit einer zum Teil größeren Schamgrenze gekoppelt. Dort muss sie allerdings nicht unbedingt erfolgen, da die Frauen bereits voruntersucht worden sind.

Die medikamentöse Therapie richtet sich nach den bestehenden Symptomen. Da es sich hauptsächlich um brennende Schmerzen handelt, empfehlen sich Antidepressiva und Antikonvulsiva, da sie nicht nur die Schmerzschwelle anheben, sondern zusätzlich zu einer Stabilisierung des seelischen Empfindens führen (Ko-Analgetika) [7, 8, 9]. Eine systematische Literaturrecherche ergab jedoch keine Evidenz für eine eindeutige Empfehlung von Antidepressiva bei Vulvodynie. Die Erfolgsraten von Antikonvulsiva liegen gemäß der Literatur bei 50–82 % [10, 11].

Eine andere Option könnte Botulinumtoxin A zu sein. Die Injektion von 20–40 Einheiten in die Levatormuskulatur schien in einigen Untersuchungen zu einer Schmerzreduktion beigetragen zu haben [12, 13].

Die Blockade des Nervus pudendus ist eine weitere Möglichkeit, wird jedoch mittlerweile nur noch von wenigen Gynäkologen beherrscht und bedeutet eine zusätzliche Traumatisierung. In einer Publikation beschrieben circa 87 % der Patientinnen eine Reduktion der Schmerzen über den Zeitraum der Blockade, jedoch ohne nachhaltigen Effekt auf die Schmerzen. Bei circa 45 % der Teilnehmerinnen wurde dennoch auch über die Blockadedauer hinweg eine verlängerte Schmerzreduktion erreicht [14].

Auch die regelmäßige Anwendung von transkutaner elektrischer Nervenstimulation (TENS) mit vaginaler Sonde konnte die Schmerzwerte verbessern, sollte allerdings regelmäßig durchgeführt werden [15]. Das tägliche Eincremen mit Antimykotika beziehungsweise die Einnahme von Antibiotika sollte nach Möglichkeit nicht fortgeführt werden, sofern keine eindeutigen Hinweise auf eine Infektion vorliegen.

Die Vulvodynie/Vestibulodynie kann aber auch ohne spezielle Therapie wieder verschwinden. In einer Studie mit 230 befragten Frauen waren die Symptome bei 21 % nach Jahren nicht mehr vorhanden [4].

Bislang gibt es aber keine klaren Studienergebnisse zur Behandlung der Vulvodynie, die irgendein Medikament prädestinieren würden [16]. Generell sollte man sich bei der Therapie nicht nur auf den lokalen Befund beschränken, sondern in Anlehnung an das biopsychosoziale Schmerzmodell neben organischen Ursachen auch psychische Belastungs-

faktoren abklären, um dann eine multimodale Schmerztherapie einzuleiten.

Das multimodale Vorgehen scheint – wie bei allen chronischen Schmerz-erkrankungen – der beste Weg zu sein. Im Vordergrund stehen die Schmerzreduktion und die Psychoeduktion. Leider stellt dieses Vorgehen viele Behandler vor große organisatorische Herausforderungen, da lediglich in medizinischen Zentren verschiedene Fachabteilungen parallel vorhanden sind (Psychosomatiker, Gynäkologen und Schmerzmediziner sowie Physiotherapeuten) (Tab. 2) [17, 18, 19, 20, 21, 22].

Die Vulvodynie-Sprechstunde

Um genau diesen gynäkologisch dringend behandlungsbedürftigen Patientinnen die bestmögliche Hilfe anzubieten, wurde an der Klinik für Gynäkologie, Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin des Universitätsklinikums des Saarlandes gemeinsam mit der Abteilung für Anästhesiologie und Schmerzmedizin eine interdisziplinäre, gynäkologische, integrative Schmerzsprechstunde eingerichtet. Aufgrund der großen Bandbreite und Variabilität des Leidens der Patientinnen war der gemeinsame Gedanke dazu entstanden. Die Sprechstunde bestand bis vor einem Jahr aus einer onkologisch-integrativ zertifizierten Gynäkologin, dem Leiter der anästhesiologischen Schmerzambulanz mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung sowie einer Psychotherapeutin. Zwischenzeitlich musste das Konzept aufgrund personeller Veränderungen angepasst werden. Aktuell betreut Dr. Pascal Schwarz die Patientinnen gynäkologisch, und Dr. Patric Bialas hat sowohl den schmerzmedizinischen als auch psychologischen Teil der Therapie übernommen. Die Idee entstand angelehnt an die Herangehensweise der hauptsächlich im angloamerikanischen und indischen Raum bereits bestehenden integrativen Zentren.

Die Behandlung erfolgt nach einem individuell auf jede Patientin zugeschnittenen, interdisziplinären und integrativen Plan. Als Hilfsmittel zur Therapieplanung und zur Modifikation der bereits laufenden Behandlung wird ein etablierter Fragebogen im Sinne eines patientenfokussierten Testsystems („Patient Reported Outcome Measures“) ver-

wendet [23, 24, 25]. Sowohl die Verwendung von Fragebögen als Messsysteme als auch die Durchführung in integrativer, multimodaler Zusammenarbeit bei chronischen Unterbauchschmerzen sind unserer Meinung nach wichtige Bestandteile der individualisierten Schmerztherapie. Hier spielt insbesondere die Einstellung und aktuelle Lebenssituation der Patientinnen eine besondere Rolle [26, 27].

Arbeitsweise der Sprechstunde

Die Sprechstundenzeit beläuft sich auf 30–60 Minuten pro Patientin. Wichtig ist, dass alle aktuell zu behandelnden Pathologien bereits im Vorfeld ausgeschlossen wurden beziehungsweise bereits behandelt werden. Vor der ersten Therapie wird der oben genannte Fragebogen von der Patientin ausgefüllt und zunächst eine ausführliche Anamnese erstellt. Es ist elementar, bereits zu Beginn der Therapie noch einmal gemeinsam mit der Patientin ein Ziel festzule-

gen, das im Fokus stehen soll. Bei teilweise sogar jahrelang bestehender Chronifizierung, ist es Sache des Teams, der Patientin Möglichkeiten vor Augen zu führen, wie das Leben mit einer gut zu behandelnden, chronischen Schmerz-erkrankung aussehen kann. Mit falschen Versprechen wie einer schnell herbeizuführenden vollständigen Schmerzfreiheit sollte man vorsichtig sein, da die Enttäuschung über das nicht Eintreffende die Chronifizierung der Schmerzen verstärken kann. Dennoch kann und sollte man Ziele definieren. Hierbei verwenden wir das biopsychosoziale Schmerzmodell [28].

Es folgt eine körperliche Untersuchung. Dann wird ein integrativer Therapieplan erstellt und ausführlich die notwendigen Komponenten sowie deren Notwendigkeit in einem multimodalen Konzept erklärt. Die Umsetzbarkeit wird mit der Patientin besprochen und zum Beispiel Kontakt zur Psychotherapie oder Selbsthilfe vermittelt. Es folgen

Wiedervorstellungen alle 6–8 Wochen zur Kontrolle mit Modifikation der Therapie [29].

Literatur als Zusatzmaterial unter:

www.springermedizin.de/gyn-und-geburtshilfe

Dr. med. Patric Bialas

Leiter Fachbereich Schmerzmedizin
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin
und Schmerztherapie, Universitäts-
klinikum des Saarlandes
Medizinische Fakultät der Universität des
Saarlandes, Kirrberger Straße 100
66421 Homburg
E-Mail: patric.bialas@uks.eu

Dr. med. Eva-Marie Braun

Oberärztin Abteilung Frauenheilkunde
und Geburtshilfe, Die Filderklinik
Im Haberschlag 7, 70794 Filderstadt

Dipl.-Psych. Svenja Kreutzer

Psychotherapeutische Praxis
Waitzstraße 24, 10629 Berlin

Hier steht eine Anzeige.