

Wulwodynia i pochwica - definicja, objawy, leczenie

Dr n. med. Beata Rutkowska, specjalista ginekologii i położnictwa
Oddział Ginekologiczno-Położniczy Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie



Fot. Henadzi Pechan - istockphoto.com

Wulwodynia i pochwica to kobiece zaburzenia seksualne, którym towarzyszą dolegliwości bólowe utrudniające lub nawet uniemożliwiające współżycie seksualne. Czym oba te zaburzenia różnią się od siebie i w jaki sposób się je diagnozuje i leczy?

Co to jest wulwodynia?

Wulwodynia jest przewlekłym bólem sromu, który może dotyczyć nawet 8-10 proc. kobiet w każdym wieku. Zgodnie z aktualną definicją ustaloną przez towarzystwa naukowe (International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases - ISSVD, International Society for the Study of Women's Sexual Health - ISSWSH, International Pelvic Pain Society - IPPS) wulwodynią określa się ból sromu trwający co najmniej trzy miesiące bez wyraźnej, uchwytnej przyczyny, który może mieć potencjalnie związane ze sobą czynniki.

Wulwodynia zaliczana jest do bólu nocyplastycznego, który jest jednym z rodzajów bólu przewlekłego. Według definicji Międzynarodowego Towarzystwa Badań nad

Bólem (International Association for the Study of Pain - IASP) ból nocyplastyczny trwa ponad trzy miesiące, jest bólem regionalnym, nieuogólnionym. Nie wynika jednoznacznie z pobudzenia regionalnych receptorów bólowych (nocyceptorów) w odpowiedzi na bodziec uszkodzający czy zapalny, nie spełnia też cech bólu neuropatycznego - wynikającego z uszkodzenia nerwów obwodowych. Jednocześnie współistnieje z nim nadwrażliwość na bodźce, jak dotyk, temperatura.

Wulwodynia jest uważana za jeden z zespołów centralnej sensytyzacji, czyli nadmiernego uwrażliwienia ośrodkowego układu nerwowego na bodźce bólowe odbierane z określonej okolicy ciała.

Rodzaje wulwodynii

W zależności od czynników wywołujących ból wulwodynię dzielimy na spontaniczną, prowokowaną i mieszaną (łączy cechy obu poprzednich).

Wulwodynia spontaniczna pojawia się bez żadnej przyczyny, bez udziału czynnika powodującego powstanie bólu.

Wulwodynia prowokowana pojawia się w odpowiedzi na bodziec wywołujący ból, którym może być stosunek seksualny (penetracja pochwy), zakładanie tamponu do pochwy, zakładanie wziernika do pochwy podczas badania ginekologicznego czy uciskające ubranie. Uważa się, że jest ona najczęstszą przyczyną dyspareunii powierzchownej.

W zależności od lokalizacji bólu wulwodynię dzielimy na zlokalizowaną (np. w okolicy łechtaczki - klitorodynia, przedsionka pochwy - westibulodynia), uogólnioną (ból całego sromu) lub mieszaną (ból całego sromu z nasileniem w określonym obszarze).

Wulwodynię dzielimy również na pierwotną i wtórną, w zależności od tego, czy objawy po zadziaaniu bodźca wystąpiły po raz pierwszy, czy dopiero po jakimś czasie (wulwodynia prowokowana) lub czy pacjentka rejestruje spontaniczne pojawienie się bólu „odkąd pamięta”, czy ból pojawił się dopiero w którymś momencie, a wcześniej nie występował.

Ból w wulwodynii może być przerywany, nawracający i występować okresowo, jak również może być ciągły. Pojawia się w sposób natychmiastowy albo z opóźnieniem, np. może wystąpić po kilku minutach, godzinach, a nawet po kilku dniach po zadziaaniu bodźca.

Czynniki mogące mieć związek z wystąpieniem wulwodynii

Z wulwodynią współistnieją czynniki potencjalnie związane z jej wystąpieniem. Ich znajomość warunkuje niejednokrotnie kierunek i powodzenie leczenia. Są to:

- choroby współistniejące i zespoły bólowe (zespół bolesnego pęcherza, fibromialgia, zespół jelita drażliwego, dysfunkcja stawu skroniowo-żuchwowego),
- czynniki genetyczne,
- czynniki hormonalne,
- stany zapalne,
- dysfunkcje mięśniowo-szkieletowe, np. zwiększone napięcie mięśni dna miednicy (PFMD - pelvic floor muscle dysfunction/overactive state), które współistnieją z wulwodynią w ok. 80 proc. przypadków,
- czynniki neurologiczne ośrodkowe i obwodowe,
- czynniki psychosocjalne (lęk, depresja, zespół stresu pourazowego, wykorzystanie seksualne w dzieciństwie) oraz
- zaburzenia strukturalne (zaburzenia statyki narządów miednicy).

Rozpoznając wulwodynię należy wykluczyć ból sromu wywołany przez znane czynniki czy spowodowany przez znane schorzenie, jak np.: infekcje, zmiany zapalne (liszaj twardzinowy, liszaj płaski), choroby nowotworowe (rak kolczystokomórkowy, choroba Pageta), urazy (okaleczenie spowodowane obrzezaniem, urazy poporodowe), czynniki jatrogenne (chemioterapia, radioterapia, operacje), zaburzenia neurologiczne (uszkodzenie czy ucisk nerwów, nerwiak), niedobory hormonalne (menopauzalny zespół moczowo-płciowy, okres laktacji).

W jaki sposób leczy się pacjentki z wulwodynią?

Leczenie wulwodynii jest trudne i wymaga indywidualnego dostosowania do każdej pacjentki ze względu na charakter choroby. Podejście multidyscyplinarne wydaje się być obecnie najlepszym kierunkiem postępowania.

Możliwy schemat terapii w pierwszej kolejności dotyczy właściwej pielęgnacji sromu z wykluczeniem czynników mogących powodować podrażnienie oraz z zaleceniem używania substancji nawilżających przed penetracją podczas współżycia. Możliwe jest również stosowanie miejscowej terapii z zastosowaniem maści z lidokainą 2-5% (ok. 10 min przed współżyciem), gabapentyną, baklofenem, diazepamem, amitryptyliną, czy kapsaicyną (nie jest dostępna w Polsce). Możliwe jest także leczenie doustne w postaci selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI) - duloksetyna, wenlafaksyna, leki przeciwdrgawkowe (gabapentyna, pregabalin) czy trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (amitryptylina).

Rekomendowaną terapią u pacjentek z wulwodynią i współistniejącym PFMD/overactive state jest fizjoterapia (terapia mięśniowo-powięziowa, elektrostymulacja, biofeedback).

Wysoką skuteczność leczenia osiąga się, wdrażając terapie psychologiczne, m.in. terapię behawioralno-poznawczą, edukację i poradnictwo seksuologiczne, co jest rekomendowanym postępowaniem.

Do leków stosowanych w leczeniu wulwodynii zalicza się także miejscowo działające leki przeciwzapalne (kortykosteroidy), interferon w postaci iniekcji podśluzówkowych, toksynę botulinową A (BTA) w postaci iniekcji w obrębie przedsionka i ścian pochwy.

W drugiej linii leczenia stosuje się opioidy i blokady nerwów (sromowy, płciowo-udowy, splot podbrzuszny, czy iniekcje trójkąta pęcherza lub blizn po operacjach ginekologicznych), a także uszkodzenie nieprawidłowo funkcjonujących nerwów sromowych m.in. na drodze krioblacji czy radiofrekwencji.

W przypadku braku skuteczności powyższych procedur pozostaje leczenie chirurgiczne, które obejmuje westibulektomię, polegającą na częściowym usunięciu błony słuzowej przedsionka pochwy, czy uwolnienie uwięźniętego nerwu sromowego. Jest to rekomendowane leczenie ostatniego wyboru.

Czym charakteryzuje się pochwica?

Pochwica jest to skurcz mięśni otaczających pochwę powodujących zamknięcie wejścia do pochwy. Dotyczy 1-3 proc. populacji kobiet. Według nowej międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-11 istnieje jako ból seksualny penetrujący.

Pochwica została również ujęta w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of

Mental Disorders) pod pojęciem bólu narządów płciowych i miednicy/zaburzeń penetracji (genito-pelvic pain/penetration disorders - GPPPD). Dysfunkcja ta obejmuje następujące objawy trwające powyżej sześciu miesięcy:

- trudności z penetracją w trakcie stosunku,
- ból sromu, pochwy lub w obrębie miednicy podczas próby penetracji czy podczas stosunku,
- lęk i obawę przed bólem oraz
- wzmożone napięcie mięśni dna miednicy w trakcie lub na skutek stosunku płciowego.

Choroba może mieć przyczyny organiczne i psychogenne.

Pochwica organiczna może występować w przebiegu przewlekłych chorób sromu i pochwy, endometriozy, atrofii pochwy, zrośnięcia warg sromowych, stenozy błony dziewiczej czy guzów okolicy sromu i pochwy.

Przyczyny psychogenne pochwy obejmują m.in.: lęk w postaci fobii, tokofobię i genofobię, awersję seksualną wobec partnera czy ukryte tendencje homoseksualne.

Diagnostyka i leczenie pochwy

Rozpoznanie pochwy jest trudne. Przede wszystkim trzeba ją różnicować z dyspareunią, która charakteryzuje się nawrotowym odczuwaniem bólu czy dyskomfortu w okolicy narządów płciowych przed, w trakcie lub po stosunku w związku z powierzchowną lub głęboką penetracją. Według niektórych autorów w różnicowaniu dyspareunii i pochwy kluczowym objawem powinien być lęk przed penetracją i katastrofizm, który występuje w przypadku pochwy i jest jej dominującym objawem. Na podstawie dotychczasowego przebiegu choroby oraz możliwości przeprowadzenia badania ginekologicznego pochwicę dzielimy na 5 stopni zaawansowania według Lamonta oraz Pacika.

- Poziom 1 - gdy odczuwalne jest napięcie mięśni pochwy, ale badanie nie powoduje niepokojących zachowań pacjentki.
- Poziom 2 - badanie pacjentki jest niemożliwe ze względu na jej niepokój.
- Poziom 3 - gdy pacjentka mimowolnie unosi pośladki podczas badania ginekologicznego w celu jego uniknięcia, zbadanie pacjentki jest niemożliwe.
- Poziom 4 - pacjentka mimowolnie zaciska uda, jest

wycofana, odsuwa rękoma lekarza, badanie jest niemożliwe.

- Poziom 5 - u pacjentki występują silne objawy somatyczne i lękowe, dreszcze, wymioty, kołatania serca, objawy hiperwentylacji. Może pojawić się atak paniki i agresja wobec lekarza badającego.

Leczenie pochwy jest podobne jak w fobii - opiera się na stosowaniu technik zmniejszających lęk. Również w tym schorzeniu istotne jest podejście multidyscyplinarne. W leczeniu pochwy stosuje się fizjoterapię i farmakoterapię.

Jedną z metod terapii jest trening autogenny opracowany przez psychiatrę Johanna Schulza, który jest techniką samorelaksacji i polega na świadomym wykonywaniu ćwiczeń według określonego schematu. Ich celem jest uzyskanie rozluźnienia poprzez koncentrację na określonych partiach ciała (relaksacja mięśni ciała, oddechu, czynności serca). Trening powinien być wykonywany dwa razy dziennie, przez 30 minut, efekty mogą być odczuwalne po ok. 3 miesiącach.

Dobre skutki leczenia pochwy uzyskuje się, stosując desensytyzację opracowaną przez Josepha Wolpe, która jest jedną z technik behawioralnych. Polega ona na powolnym procesie odczulania, odwrażliwienia poprzez konfrontację pacjentki z bodźcami wywołującymi u niej lęk. W trakcie relaksacji pacjentka wprowadza wyobrazeniowe bodźce lękotwórcze od najbardziej neutralnych do najsilniejszych. Zaleca się wykonywanie treningów dwa razy w tygodniu, łącznie 10-30 sesji.

W leczeniu pochwy stosuje się również leki przeciwlękowe, miejscowe leczenie przeciwbólne oraz toksynę botulinową w celu uzyskania zmniejszenia napięcia mięśni okalających pochwę. Istotną rolę w procesie leczenia odgrywa fizjoterapia mięśni dna miednicy. Stosuje się terapię manualną (*per vaginam, per rectum*), techniki ćwiczeń mięśni dna z zastosowaniem biofeedback (wówczas dzięki elektrodzie umieszczonej w pochwie pacjentka obserwuje napinanie i rozluźnianie mięśni), a także elektrostymulację mięśni, co wspomaga ich relaksację. Pacjentka może również samodzielnie lub z partnerem stosować dilatatory o stopniowo zwiększanej średnicy.



Fot. PeopleImages - istockphoto.com

W leczeniu pochwy stosuje się również leki przeciwlękowe, miejscowe leczenie przeciwbólne oraz toksynę botulinową w celu uzyskania zmniejszenia napięcia mięśni okalających pochwę.

Istotną rolę w procesie leczenia odgrywa fizjoterapia mięśni dna miednicy. Stosuje się terapię manualną (*per vaginam, per rectum*), techniki ćwiczeń mięśni dna z zastosowaniem biofeedback (wówczas dzięki elektrodzie umieszczonej w pochwie pacjentka obserwuje napinanie i rozluźnianie mięśni), a także elektrostymulację mięśni, co wspomaga ich relaksację. Pacjentka może również samodzielnie lub z partnerem stosować dilatatory o stopniowo zwiększanej średnicy.

Piśmiennictwo u autorki