

Vestibulodynie

Teil 2: Therapie

Werner Mendling

Die Therapie der Vulvodynie und Vestibulodynie ist schwierig und sollte im „team approach“ und multidisziplinär erfolgen (2, 20, 31, 43). Betrachtet man das derzeit vorhandene Wissen zum Wesen der Erkrankung und zur Therapie, so stellt selbst die derzeit vorhandene englische Leitlinie lediglich Nichtwissen auf hohem Niveau dar! Nachdem in Teil 1 (in FRAUENARZT 5/2014, S. 470–474) das Krankheitsbild dargestellt wurde, werden im Folgenden die Therapiemöglichkeiten vorgestellt und diskutiert.

Eine der wichtigsten Maßnahmen ist das Beenden von unnötigen oder nicht indizierten lokalen Therapien! Viele Patientinnen cremen täglich Antimykotika auf, und leider therapieren Ärzte oft bakteriologische Laborbefunde aus der Scheide, die bei Nachweis von „Darmkeimen“ usw. natürliche kommensale Flora darstellen.

Die Vulva und besonders das Vestibulum sollten nur mit Wasser gewaschen, danach nicht mit dem Föhn

getrocknet, sondern abgetupft und gegebenenfalls mit einer milden, nicht zu fetten Creme gepflegt werden.

Es gibt keine eindeutigen Studienergebnisse zu irgendeinem Medikament für die Vestibulodynie, sodass evidenzbasierte Empfehlungen zum medikamentösen Vorgehen fehlen (2). Prinzipien der Therapie sind aber (28)

- „multimodales“ Vorgehen,
- Reduzierung der Mastzellfunktion,

- Reduzierung der Schmerzintensität und
- Reduzierung des erhöhten Muskeltonus im Beckenboden.

Die Vestibulodynie kann ohne spezielle Therapie verschwinden: Bei 21% von 230 Frauen waren die Symptome nach fünf Jahren kaum noch oder nicht mehr vorhanden (56). Prospektive Studienergebnisse fehlen dazu aber.

Lokalanästhetika

Lidocain-Gel kann zur Akuthilfe auf die schmerzende Introitus-Haut aufgetragen werden. Die Wirkung hält eine bis zwei Stunden an, das koitale bedingte Brennen kann aber zwei Tage dauern! Patientinnen berichten, dass „alles betäubt war, der Schmerz aber blieb“. Es sollte daran gedacht werden, dass Lokalanästhetika Kontaktallergien verursachen können. Studien scheinen – mit Ausnahme von Kasuistiken – kaum vorzuliegen (78). Lokalanästhetika können bei oralem Kontakt beim Partner ein taubes Gefühl oder Brennen der Zunge verursachen.

Capsaicin

Capsaicin ist in Paprika und Chili enthalten, verursacht durch Vasodilatation Hitzegefühl, Brennen und Rötung, kann aber Nervenschmerzen und Muskelspannungen lösen. Es wird z. B. als *Finalgon*-Creme zum Lösen von Muskelverspannungen eingesetzt. Bei Vestibulodynie wurde es in einer retrospektiven Studie an 52 Frauen untersucht, die nicht alkoholisch gelöste 0,025%ige Capsaicin-Creme in einem „Säuremantel“ für 20 Minuten Dauer auf das Vestibulum aufgetragen bekommen hatten. 10 Minuten vorher war Lidocain-Gel aufgetragen worden. Einige Frauen brauchten dennoch akut Eis zur Kühlung der Vulva. Die Prozedur wurde zwölf Wochen lang einmal pro Tag durchgeführt. Der Schmerzscore für Vestibulodynie vor Therapie betrug im Mittel um 13,2 und danach

Therapiemöglichkeiten bei Vestibulodynie

1. Anamnese, gynäkologische Untersuchung, Vulvoskopie, Vaginalflora (Nativpräparat), pH, Ausschluss gynäkologischer Infektionen, Dermatosen, usw.
2. Q-Tip-Test: Schmerzintensität, Ausdehnung
3. Gespräch!
4. Beenden der „Therapie“ mit lokalen Antimykotika, Antiseptika oder Antibiotika
5. Vulvapflege: Wasser, keine Parfums usw., verträgliche Wäsche und Kleidung, mild fettende Hautpflege
6. topisch: ggf. Estriol, ggf. Wechsel auf weniger progesteronbetonte, weniger androgene, östrogenbetonte Pille; zytokinhaltige Creme, Lokalanästhetika
7. lokale Injektion von Botulinum-Toxin
8. orale Therapie: Antidepressiva, Antikonvulsiva
9. multimodaler Ansatz (Gynäkologe, Psychiater/Psychologe/Psychosomatiker, Physiotherapeut, Arbeitsplatztraining, Kunsttherapie, Biofeedback)
10. Vestibulektomie/Vestibuloplastik

(mod. nach 2, 31, 43, 69)

im Mittel um 4,8 ($p = 0,001$), und es war vorher bei 62% und nachher bei 95% der Frauen Sexualverkehr möglich (73).

Antidepressiva

Trizyklische Antidepressiva wurden von McKay (46) bei essenzieller (dysästhetischer) Vulvodynie (vergleichbar mit Glossodynie oder postherpetischem/Postzoster-Schmerz, nicht bei vulvarem Vestibulitis-Syndrom bzw. Vestibulodynie) angewendet. Die Dosis genügt nicht zur Therapie einer Depression, setzt aber die Schmerzempfindlichkeit herauf. Die Frauen waren im Mittel 66 Jahre alt und hatten ständiges, nicht von Verkehr abhängiges Brennen der Vulva. Es wurden täglich initial 10 mg bis nach und nach 50 mg Amitriptylin oral abends gegeben. Ausdrücklich weist die Autorin auf die unangenehmen Nebenwirkungen von Amitriptylin hin, nämlich Schwindel, Mund- und Schleimhauttrockenheit, Tinnitus u. a. Während Frauen unter 45 Jahren selten davon profitierten, hatten diese älteren Patientinnen eher eine Linderung der Symptome. Bei 32 Frauen in einem mittleren Alter von 45 Jahren mit „dysästhetischer Vulvodynie“, von denen elf auch Kriterien der Vestibulodynie erfüllten, konnte mit Amitriptylin nach sechs Monaten in etwa der Hälfte der Fälle (47%) eine komplette Remission erzielt werden (46).

Wenn Frauen mit vulvarem Vestibulitis-Syndrom bis 75 mg/Tag Ami-

triptylin erhalten hatten, waren nach fünf Jahren 71% geheilt, während Carbamazepin kaum half (56). In einer doppelblinden, plazebokontrollierten Studie an 133 Frauen mit Vulvodynie über zwölf Wochen wurde kein signifikanter Unterschied zwischen Plazebo (Reduktion des Schmerzes 33%), Lidocain (20%), Desipramin (24%) und Desipramin plus Lidocain-Creme (36%), jeweils getestet gegen Plazebo, festgestellt. Lediglich die sexuelle Befriedigung wurde unter Desipramin signifikant gegenüber Plazebo verbessert (22).

Für selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI) wie Citalopram, die ein deutlich geringeres Nebenwirkungsprofil als Amitriptylin aufweisen, liegen keine eindeutigen Ergebnisse aus Studien vor. Sie gelten aber in einer sorgfältigen Literatursammenstellung zum neuropathischen Schmerz als weniger gut wirksam im Gegensatz zu Amitriptylin oder Imipramin (70). In der eigenen Sprechstunde sind die Erfolge mit Antidepressiva nicht vorherzusagen und eher mäßig. Frauen mit Vulvodynie/Vestibulodynie weisen allerdings statistisch signifikant häufiger depressive Symptome auf, ohne eine typische Depression zu haben, sodass hier Antidepressiva einen zusätzlichen Nutzen bringen können (4).

Eine systematische Literaturrecherche ergab keine Evidenz für eindeutige Empfehlungen hinsichtlich Antidepressiva bei Vulvodynie (40).

Amitriptylin wurde auch lokal als 2%ige Vulvacreme, kombiniert mit dem Muskelrelaxans Baclofen, angewendet, allerdings nur bei wenigen Frauen mit Vaginismus oder lokalisiertem Schmerz (31).

Antikonvulsiva

Antikonvulsiva gehören zum therapeutischen Repertoire bei neuropathischen Schmerzen (3). Gabapentin kann in aufsteigender Dosierung von 1×300 mg bis z. B. 3×300 mg, maximal 3.600 mg/Tag bei Vulvodynie versucht werden (31, 55). Der eigene Eindruck ist, dass es sich eher für ein- oder beidseitige Vulvodynie der älteren Frau als für Vestibulodynie der jungen Frau eignet. Es wird auch in Kombination mit Antidepressiva zur Steigerung der gegenseitigen Wirkung eingesetzt, die Dosierung nach Verträglichkeit titrierend. Systematische Literaturrecherchen ergaben für Gabapentin bei lokalisierter oder generalisierter Vulvodynie Erfolgsraten zwischen 50 und 82%, jedoch fehlen plazebokontrollierte Doppelblindstudien, sodass die Evidenz gering ist (40, 72).

Akupunktur

Auch hier sind die Daten spärlich. Eine kleine Studie mit acht jungen Frauen, die zehn Akupunktursitzungen zu je einer Stunde Dauer nach traditioneller chinesischer Medizin wegen provozierten Vestibulodynie erhalten hatten, ergab nur eine statistisch signifikante Verbesserung im

Grad der Schmerzen bei manueller Stimulation unter fünf verschiedenen Parametern (12).

Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)

Nach dreimonatiger TENS zweimal wöchentlich für je 30 Minuten verbesserte sich bei Frauen mit Vestibulodynie der Schmerzscore signifikant gegenüber Placebo (54). Erfahrungen aus der eigenen Sprechstunde ergaben keine oder nur eine schwache Verbesserung der Vestibulodynie nach Angaben der Patientinnen.

Botulinumtoxin A

Botulinumtoxin wurde seit etwa 1970 erstmals bei Strabismus, später Anal fissur, Vaginismus, interstitieller Zystitis und diversen anderen Problemen angewendet (48). Die Injektion von 20–40 E Botulinumtoxin an mehreren Stellen des Introitus und/oder in die Levatormuskelregion bei Vestibulodynie ergab in mehreren Studien signifikante Verbesserungen des Schmerzscore für bis zu sechs Monate (66, 81), allerdings liegen auch negative Erfahrungen vor. Bei weiteren fünf Fällen mit Vestibulodynie wurden 24–48 E Botulinumtoxin mit signifikanter Reduktion des Schmerzscore von anfangs 9,8 auf danach 3,4 injiziert und bei Bedarf nach vier bis neun Wochen wiederholt (65).

Eigene Erfahrungen mit dieser Methode bei etwa zehn Frauen mit Vestibulodynie ergaben keinen bis mäßigen bis hervorragenden Effekt. Das Medikament ist sehr teuer und für diese Indikation nicht zugelassen.

Zytokinhaltige Creme

Eine aus fetalen Fibroblasten gewonnene, Zytokine enthaltende Creme, die in Lausanne entwickelt wurde und in den USA ursprünglich zur kosmetisch schöneren Wundheilung auf der Gesichtshaut im Handel, in Europa aber (noch?) nicht zugelassen ist, wurde erstmals um

2005 von Stefan Gerber (damals in Lausanne) auch bei Vestibulodynie erfolgreich getestet (84). Nach diesen Ergebnissen weitete die vertreibende Firma in den USA die Indikationspalette und das Sortiment unter den Handelsnamen *Neocutis Bio-restorative Skin Cream* und *Neogyn Vulvar Soothing Cream* (u. a.) aus. In einer doppelblinden, randomisierten, plazebokontrollierten Crossover-Studie in Belgien wurde ein statistisch signifikanter Rückgang der Schmerzen bei Frauen mit Vestibulodynie festgestellt. Allerdings sind die absoluten Zahlen ernüchternd: Während keine von 13 Frauen in der Plazebogruppe nach sechs Monaten eine Schmerzerleichterung verspürte, waren es in der Verumgruppe vier von 13 Frauen (17). Die Creme wird bei Ankauf im Internet vom deutschen Zoll derzeit nicht an die deutsche Käuferin ausgeliefert.

Pudendusblockade

Bei Frauen mit Vestibulodynie ist die beiderseitige Blockade des Nervus pudendus mit einem Lokalanästhetikum nicht erprobt. Sie wäre mit der lokalen Applikation eines Lidocain enthaltenden Gels grob vergleichbar und bewirkt je nach Medikament eine nur ein- bis mehrstündige Anästhesie. Nur ältere Gynäkologen beherrschen zudem heute die transvaginale Technik, da diese seit etwa 1985 mit der Periduralanästhesie nach und nach aus dem Kreißaal verschwunden ist. Anästhesisten kennen sie wohl nur aus dem Lehrbuch.

Bei 66 Frauen mit Pudendusneuralgie bewirkte sie in 86,9% eine Reduktion wenigstens eines Schmerzparameters, bei 44,3% kehrte mindestens ein Schmerzsymptom nie mehr wieder (76).

Kontrazeptiva, Östrogene

Der frühzeitig begonnene und langjährige Gebrauch von oralen Kontrazeptiva mit niedrigem Östrogen-

gehalt, aber höherer Androgen- oder Progesteronwirkung war in einer Studie mit 138 Frauen statistisch signifikant mit Vestibulodynie korreliert (10). In einer neuen Untersuchung an 906 unter 50 Jahre alten Frauen konnte aber nicht bestätigt werden, dass orale Kontrazeptiva das Risiko für Vulvodynie erhöhen (63). Allerdings bestand in einer israelischen Studie ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gebrauch von Ovulationshemmern mit einem Ethinylestradiolanteil (EE) von höchstens 20 µg gegenüber solchen, die mindestens 30 µg Anteil hatten (29).

Niedergelassene Gynäkologen berichten, dass Frauen, die Pillen von 20 µg EE nehmen, häufiger Wundheitsgefühl im Introitus spüren als andere. Deshalb steht bei Vestibulodynie vor weiteren Therapieversuchen die Normalisierung des Östrogenanteils in der Pille oder die Substitution mit Estriol an erster Stelle (85).

Multimodale Schmerztherapie

Die multimodale Schmerztherapie, die bei Fibromygie beschrieben ist, aber auch bei Vulvodynie/Vestibulodynie angewendet werden soll, bedarf der interdisziplinären Zusammenarbeit des Gynäkologen mit mindestens einem Psychiater, Psychologen oder Psychosomatiker und muss mindestens gleichzeitig drei der folgenden Therapieverfahren beinhalten: Psychotherapie, spezielle Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, Kunst- und Musiktherapie oder sonstige übende Therapien sowie Biofeedbacktherapie (5, 20, 31, 69).

Prospektive Studienergebnisse zur multimodalen Therapie bei Vestibulodynie sind dem Verfasser nicht bekannt. In einer randomisierten Studie an 78 Frauen mit vulvärer Vestibulitis erhielt eine Gruppe eine zwölfwöchige kognitive Verhaltenstherapie, eine weitere Gruppe ein elektromyo-

grafisches Biofeedback über zwölf Wochen und die dritte Gruppe eine Vestibulectomie. Nach sechs Monaten waren in allen drei Gruppen die standardisierten Skalen für Schmerz, Sexualfunktion und psychologisches Befinden signifikant gebessert, jedoch fiel das Ergebnis für die Vestibulectomie signifikant besser aus als für die beiden anderen Gruppen (5).

Mit elektromyografischem Biofeedback der Beckenbodenmuskulatur konnte in zwei Studien ein Erfolg bei 78 und 89% der Teilnehmerinnen erzielt werden (20).

Orale antimykotische Therapie

Der Zusammenhang der Vestibulodynie mit vorherigen Vulvovaginalkandidosen ist bekannt (siehe Teil 1, FRAUENARZT 5/2014, S. 474). Allerdings ist eine vaginale Candida-Kolonisation von etwa 30% Häufigkeit bei jungen gesunden und symptomlosen Frauen normal (49).

Bei sensibilisierten oder für Vulvovaginalkandidose prädisponierten Frauen jedoch kann schon eine Kolonisation mit wenigen Candida-albicans-Zellen problematisch sein. So kann eine orale Suppression mit Fluconazol über Monate hilfreich sein. Von den Frauen mit Vestibulodynie und gleichzeitig positiver vaginaler Candida-Kultur, die eine Langzeittherapie mit Fluconazol bekommen hatten, wurden in einer Studie über fünf Jahre Beobachtungszeit 71% von ihrer Vestibulodynie geheilt (56).

Vestibuloplastik, Vestibulectomie

Friedrich (23) hatte von guten Erfolgen der Exzision der schmerzenden Introitusshaut berichtet. Eine systematische Literaturrecherche ergab im Jahr 2011 nur einen gering evidenzbasierten Nutzen der Vestibulectomie (1). Der Autor diskutierte Bias bei der Auswertung und das Fehlen von Placebogruppen (!). Mittlerweile

gibt es gute Belege für die Wirksamkeit der Vestibulectomie, die durch die jahrelangen Erfahrungen des Verfassers nach zahlreichen Vestibulectomien gestützt sind. Die richtige Indikationsstellung bedarf allerdings großer Erfahrung und erfolgt nie primär.

Es fehlt international an einem einheitlichen standardisierten Konsensus über die Operationstechnik (24).

Nach Vestibulectomie wegen Vestibulodynie gaben im Mittel 26 Monate später 93% von 104 Frauen in einem Telefoninterview an, dass sie zufrieden oder sehr zufrieden nach der Operation seien (46). Nach im Mittelwert 41 Monaten nach Vestibulectomie gaben 67 schwedische Frauen im Alter von 18 bis 56 Jahren in einem schriftlichen Fragebogen an, dass sie bei sekundärer Vestibulodynie in 56% und nach primärer in nur 17% der Fälle komplett oder nahezu komplett geheilt seien (7). Eine weitere standardisierte Befragung von 110 Frauen mit provozierter Vulvodynie zwei Monate und ein Jahr nach Vestibulectomie ergab einen mit der Zeit zunehmenden Zufriedenheitsgrad, wobei der mittlere Schmerzscore von anfangs 9,17 auf 5,24 nach zwei Monaten und 2,48 nach zwölf Monaten gesunken war, sodass 83% der Frauen die Operation empfehlen würden (19). Zu ähnlich guten Antworten kam Goetsch (26) in einer brieflichen Befragung von 119 Frauen: 87% würden sich wieder operieren lassen, viele bedauerten, dass sie nicht früher operiert worden waren.

Landry et al. (38) bewerteten kritisch die vorhandene Literatur über alle publizierten Therapiemodalitäten und kamen unter Berücksichtigung von nur prospektiven und randomisierten Studien zum Ergebnis, dass die Vestibulectomie die effektivste Maßnahme ist.

Im deutschsprachigen Schrifttum hat Hohl (35) die von ihm durchgeführte Vestibulectomie und gelegentliche

Vestibuloplastik mit kleinem Hauttranspositionsappen beschrieben. Von 40 Frauen aus den Jahren 1997 bis 2002 und weiteren 127 Frauen von 2003 bis 2011 würden sich etwa 90% wieder operieren lassen.

Die wohl sorgfältigste Nachuntersuchung nach Vestibulektomie wurde in Helsinki durchgeführt (74). Von 70 Frauen mit schwerem vulvarem Vestibulitis-Syndrom der Jahre 1995 bis 2007 konnten 57 nach fünf Jahren standardisiert untersucht und befragt werden. Der mittlere Schmerzscore vor der Operation betrug etwa 9, nach der Operation etwa 3. Eine komplette Heilung (mittlerer Schmerzscore 0,5) wurde bei 35,2% erzielt, eine partielle Heilung (mittlerer Schmerzscore 4,0) bei 55,6%, kein Effekt (mittlerer Schmerzscore 10) bei 9,3% der Frauen. Als wesentliche Spätkomplikation trat bei 4/70 (5,7%) eine Bartholin'sche Zyste auf. Bei 9% von 155 Frauen nach Vestibulektomie waren von Goetsch (26) kleine Zysten am Ausführungsgang der Bartholin'schen Drüse Jahre nach dem Eingriff beschrieben worden, sodass dies sicher ein wichtiger präoperativer Aufklärungspunkt ist.

Tommola et al. (75) verglichen auch die konservative und die operative Vorgehensweise bei ihren Patientinnen. Von 52 Frauen mit Vestibulodynie seit mindestens zwölf Monaten (Einschlusskriterium), die nicht von konservativen Maßnahmen entsprechend internationaler Empfehlungen profitiert hatten und dann operiert wurden, konnten 39 (75%) nach im Mittel 44 Monaten standardisiert untersucht und befragt werden. Von 50 Frauen mit gleichen Einschlusskriterien und nur konservativer Therapie konnten 27 (54%) nach im Mittel 77 Monaten in gleicher Weise kontrolliert werden. Am Ende gab es keine signifikanten Unterschiede in den beiden Gruppen.

Das bedeutet, dass immer zuerst alle konservativen Behandlungsmöglichkeiten versucht werden sollten, ehe

bei unbefriedigendem Ergebnis eine Vestibulektomie durchgeführt wird. Falls der vulväre Schmerz nur im hinteren Introitusbereich bei 6 Uhr auftritt, wo nicht selten zusätzlich eine Rhagade besteht, und konservative Maßnahmen wie orale Gabe von Antimykotika, Hautpflege bei Atopie usw. versagt haben, kann eine kleine posteriore Vestibuloplastik (Längsinzision und quere Naht) signifikant helfen: 88% von 60 auswertbaren Frauen waren sehr zufrieden (18).

Literatur

beim Autor oder bei der Online-Version dieses Beitrags unter www.frauenarzt.de



Autor

**Prof. Dr. med.
Werner Mendling**

Deutsches Zentrum für
Infektionen in Gynäkologie
und Geburtshilfe
Wuppertal

www.werner-mendling.de
w.mendling@t-online.de