

«Painful Love»

Diagnostische Schritte und Therapiemodalitäten des Female Sexual Pain Disorder

Schmerzhafter Sex bei Frauen – diese Problematik ist seit einigen Jahren stärker ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt. Jedoch gibt es immer noch Unsicherheiten im Verständnis des komplexen, multifaktoriellen Krankheitsbildes. Im Folgenden wird das aktuelle Wissen zum Krankheitsbild und zu den Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt.

ELKE KRAUSE

Female Sexual Pain Disorder respektive Dyspareunie hat viele Facetten; verschiedene medizinische Disziplinen, beispielsweise die Gynäkologie und Psychiatrie, konkurrieren im Anspruch, zu wessen primärem Zuständigkeitsbereich dieses Krankheitsbild überhaupt zählt.

Viele ungeklärte Fragen

Viel zu selten stellen wir Gynäkologen bei den gynäkologischen Kontrollen die Frage nach Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Ist es die Sorge – diese Frage könnte mit einem Ja beantwortet werden –, und haben wir nicht die Zeit und das Wissen, genauer auf die einzelnen Beschwerden einzugehen und weitere Schritte einzuleiten?

Wir wissen, dass Dyspareunie bei Frauen in jedem Lebensalter auftreten kann. Die Literatur zeigt, dass 8% aller 40-Jährigen an einer Dyspareunie leiden und dass die Inzidenz mit zunehmendem Alter steigt (1). Weniger als die Hälfte dieser Frauen suchen mit diesen Problemen ihren Gynäkologen auf. Eine Diagnostikstellung dauert statistisch rund 7 Jahre. «Schmerzen beim Sex» zeigt weitreichende Konsequenzen für die betroffenen Frauen und ebenso für ihre Partner, sei es in psychischer, sexueller oder partnerschaftlicher Hinsicht. Die sexuellen Kontakte sind sehr störanfällig und werden oft abgebrochen.

Merkmale

- **Vor Behandlung einer Vulvodynie** müssen zunächst die «tiefe» Dyspareunie und spezifische Erkrankungen der Vulva abgeklärt werden.
- **Vulvodynie** ist meist ein multifaktorielles Krankheitsbild.
- **Wir unterscheiden** bei der Vulvodynie die provozierte lokale Vulvodynie (Vestibulodynie) und den Vaginismus.
- **Bei der Therapie** der Vulvodynie sollte ein multimodaler Ansatz von medikamentöser, physiotherapeutischer, psychotherapeutischer Behandlung sowie Sexualberatung gewählt werden.

Diagnostisches Vorgehen

«Wo treten die Beschwerden auf, an der Vulva, in der Vagina oder im kleinen Becken?» Wir unterscheiden eine oberflächliche und eine tiefe Dyspareunie. Werden die Schmerzen vorwiegend im kleinen Becken oder in der Tiefe der Vagina lokalisiert, liegt also eine «tiefe» Dyspareunie vor, sollte differenzialdiagnostisch an eine Endometriose, einen chronisch entzündlichen Prozess im Becken (PID), an Uterusmyome, eine interstitielle Zystitis, Malformation des inneren Genitales (z.B. Vaginalseptum) oder einen Descensus genitalis gedacht werden.

Betreffen die angegebenen Schmerzen vorwiegend die Vulva, werden spezifische Erkrankungen der Vulva (Tabelle 1, Punkt A) abgeklärt und von einer Vulvodynie abgegrenzt.

Vulvaschmerzen

Die ISSVD (= International Society for the Study of Vulvovaginal Disease) führte 2003 die bis heute gültige Terminologie und Klassifikation der Vulvaschmerzen ein, 2015 erfolgte die letzte Revision (2). (Tabelle 1).

Vulvodynie

Eine Vulvodynie ist wie folgt definiert:

Schmerzen im Vulvabereich von mindestens 3 bis 6 Monaten Dauer. Schmerzhaft, brennend, auch einschliessende Sensationen der Vulva unterschiedlicher Intensität. Eine sichtbare Läsion ist nicht zu finden.

Das Fehlen objektiver Kriterien erschwert die Diagnose der Vulvodynie. Leitsymptom ist der Schmerz, genauer gesagt seine Schmerzqualität. 70% der Frauen klagten über Brennen, 58% über stechenden Schmerz, dazu kommt meistens die Dyspareunie. Der Juckreiz, der wegweisend ist für eine dermatologische Erkrankung oder infektiöse Ursache, fehlt. Meist verstärken sich die Schmerzen während des Ta-

ges und verschwinden nachts. Geschlechtsverkehr, enge Kleidung, Fahrradfahren, entsprechende Sitzpositionen oder Tampongebrauch führen zu einer Schmerzverstärkung.

Provozierte Vulvodynie, Vestibulodynie, Vaginismus

Die ersten medizinischen Beschreibungen einer provozierten Vulvodynie wurden Ende des 19. Jahrhunderts publiziert. A.J.C. Skene beschrieb 1889 die «supersensitiveness» der Vulva: «When, however, the examining finger comes in contact with the hyperaesthetic part, the patient complains of pain, which is sometimes so great as to cause her to cry out.» Dies ist exakt die Beschreibung einer Vestibulodynie (Synonym: vulvovestibuläres Syndrom [VVS], früher auch «Vestibulitis» genannt).

Zur Diagnose der Vestibulodynie führt der Q-Tipp-Test. Durch systematisches «Abtasten» mit einem Wattestäbchen können die schmerzhaften Areale am Introitus vaginae genau lokalisiert werden (Abbildung 1).

Ein Vaginismus ist im Gegensatz dazu wie folgt definiert:

Unwillkürlicher reflexhafter Spasmus und Hypertonus der perianalen und Levatoremuskulatur, eine vaginale Penetration ist unmöglich. Wir unterscheiden einen primären und einen sekundären Vaginismus.

Welches sind die Schmerzmechanismen?

Zunehmend etabliert sich die Auffassung, dass bei der Vulvodynie, der Vestibulodynie und dem Vaginismus drei voneinander unabhängige Systeme eine Rolle als schmerzauslösende Faktoren spielen. Dies betrifft:

- das Gewebe der Vulva/des Vestibulums
- die Muskulatur des Beckenbodens
- das zentrale Nervensystem.

Bei den einzelnen Ausprägungen, beispielsweise Vestibulodynie oder Vaginismus, sind diese Systeme unterschiedlich stark beteiligt.

Vulvares und vestibuläres Gewebe

Eine vorgängige (sub-)klinische Mykose spielt eine wichtige Rolle, damit sich an der Vulva oder am Vestibulum Gewebsveränderungen entwickeln. Jedoch zeigen Studien auch, dass eine inadäquate (unnötige) Antimykotikatherapie der Auslöser dafür sein kann. Infektionen mit HPV, Trichomonaden oder Bakterien zählen ebenso zu begünstigenden Faktoren (3). Obwohl immer wieder angenommen wird, dass auch HPV-Infekte verantwortlich seien, zeigt eine prospektive Studie, dass die meisten Frauen mit Vulvodynie HPV-negativ sind (4).

Im vestibulären Gewebe werden entzündliche Veränderungen nachgewiesen wie beispielsweise erhöhte

Tabelle:

Konsensusterminologie und Klassifikation des persistierenden Vulvarschmerzes und der Vulvodynie (nach [2])

A Vulvarschmerz, verursacht durch eine spezifische Störung*:

- infektiös (z.B. rezidivierende Kandidiasis, Herpes)
- entzündlich (z.B. Lichen sclerosus, Lichen planus)
- neoplastisch (z.B. M. Paget, Plattenepithelkarzinom)
- neurologisch (z.B. postherpetische Neuralgie, Nervenkompression)
- traumatisch (z.B. Genitalverstümmelung, Geburtstrauma)
- iatrogen (z.B. postoperativ, chemotherapeutisch)
- als Folge eines Hormonmangels (z.B. menopausale Vulvovaginalatrophie)

B Vulvodynie

= vulvärer Schmerz von mindestens 3-monatiger Dauer ohne klar identifizierbare Ursachen, welche aber potenziell assoziierte Faktoren haben:

- lokalisiert, generalisiert oder gemischt
- provoziert, spontan oder gemischt
- primäre oder sekundäre Formen
- zeitliches Auftreten: intermittierend, persistierend, konstant, intermediär, verzögert.

* auch Mischformen auftretend: Die betroffenen Frauen können sowohl eine spezifische Störung (z.B. Lichen sclerosus) als auch eine Vulvodynie haben.



Abbildung 1: Typische Schmerzpunkte finden sich rechts und links der hinteren Kommissur an den Ausführungsgängen der Bartholinschen Drüsen; oft ist auch die gesamte hintere Kommissur schmerzempfindlich. Selten finden sich Schmerzpunkte in der Klitorisregion und am Introitus lateral.

Spiegel von Entzündungsmediatoren (u.a. Interleukin 1L1 β , TNF α) (5). Die Mastzellichte im Introitusgewebe ist im Vergleich zu schmerzfreien Frauen erhöht (6). Diese Mastzellen haben eine erhöhte Heparanaseaktivität, die die Basalmembran des vestibulären Gewebes angreift. Dies bewirkt eine Proliferation der peripheren Nozizeptoren und somit eine erhöhte Sensibilisierung des betroffenen Areals (7). Frauen, die diese Veränderungen aufweisen, haben zumeist eine genetische Prädisposition (Homozygotie im Allel 2 des Interleukin-1 β -Rezeptor-Antagonisten). Dabei zeigt sich eine verlängerte Entzündungsantwort bei lokalen Infektionen, die wiederum eine Hypersensitivität triggert.

Die hormonelle Situation, auch hormonelle Kontrazeption, scheint die Schmerzsituation nicht zu beeinflussen (8).

Multimodaler Ansatz			
Therapiemöglichkeiten (oft kombiniert)			
Medikamentös chirurgisch	Physiotherapie	Sexualberatung	Psychotherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Analgetika – lokal – systemisch • Antidepressiva • Antikonvulsiva • Vestibulektomie 	<ul style="list-style-type: none"> • Beckenbodenrelaxation • EMG • Biofeedback • Triggerpunkt-massage 	<ul style="list-style-type: none"> • Information • Unterstützung • Schmerzkontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitive- und Verhaltenstherapie

Abbildung 2: Multimodaler Ansatz in der Therapie bei Female Sexual Pain Disorder (Dyspareunie)

Muskulatur des Beckenbodens

Frauen mit Vulvodynie zeigen einen dauerhaft erhöhten Tonus der Beckenbodenmuskulatur. Dieser Tonus erhöht sich zusätzlich bei emotionalen Reaktionen. Bei chronisch erhöhtem Tonus ist die Fähigkeit des Beckenbodens zur Kontraktion und somit zur Stabilisierung vermindert.

Zentrales Nervensystem und Schmerzverarbeitung

Schmerzen bei Vulvodynie sind Varianten von Allodynie, Hyperästhesie und Hyperalgesie, die sich durch plötzlich einschneidende und brennende Schmerzen auszeichnen. Sie beruhen auf einer zentralen Verarbeitungsstörung. Der ausgelöste Reiz wird von den Nozizeptoren über das Rückenmark im Tractus spinothalamicus lateralis zum Gehirn geleitet, wo er erst als Schmerz wahrgenommen wird. Über den Thalamus erfolgt die Reizleitung zu den einzelnen Gehirnarealen. Im sensomotorischen Kortex erfolgt die Schmerzlokalisierung, im Frontalkortex wird der Schmerz bewertet, im limbischen System wird eine Verknüpfung mit Emotionen durchgeführt, und es werden mögliche Stressreaktionen ausgelöst. Erst im Gehirn gewinnt der Schmerz seine ganz individuelle Bedeutung. Die Schmerzbewertung und die resultierenden Reaktionen hängen von der individuellen Persönlichkeit und der psychosozialen Situation der Patientin ab. Studien belegen, dass Frauen mit einer Vulvodynie oft zusätzliche psychiatrische Morbiditäten mitbringen, in erster Linie Depression und Angststörungen (9).

Oft finden sich in der Vorgeschichte sexuelle Traumatisierungen. Vaginismus und Vulvovestibulodynie werden sogar als psychiatrische Erkrankungen definiert (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM). In ihrer Persönlichkeitsstruktur sind diese Frauen eher pessimistisch veranlagt, zeigen wenig Selbstbewusstsein, ein weitgehend negatives Körperbild und neigen zu einer Hypervigilanz gegenüber dem Schmerzsymptom.

Therapie

Voraussetzung ist die anamnestische Evaluierung der Beschwerden. Nach der anschließenden gynäkologischen Untersuchung erfolgt die Zuordnung entweder zu einer spezifischen gynäkologischen Erkrankung und dem entsprechenden Therapieplan oder die Zuordnung als Vulvodynie. Wir müssen dann unterscheiden, welche Form vorliegt: eine generalisierte Vulvodynie, die provozierte lokale Vestibulodynie oder ein Vaginismus. Die Therapie der Vulvodynie als Krankheitsbild aus dem Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren sollte einen multimodalen Ansatz bieten, der die verschiedenen Disziplinen einbezieht (Abbildung 2).

Beispiele einiger Therapieansätze der Dyspareunie

Ausschlaggebend bei diesen speziellen Krankheitsbildern sind die Erwartungen und die Therapieziele der Patientinnen!

Primärer Vaginismus

Immer wieder stellen sich Patientinnen mit primärem Vaginismus vor, die als Erwartung und Ziel formulieren, bei bestehendem Kinderwunsch einen penetrierenden Geschlechtsverkehr durchführen zu können. Die Gründe für den Vaginismus sind für sie primär nicht wichtig, eine frühere Traumatisierung ist nicht erinnerlich, und sie wünschen auch keine Aufarbeitung diesbezüglich.

Bei diesen Frauen wird der Schwerpunkt der Therapie auf die Physiotherapie gesetzt. Die Wahrnehmung und Kontrolle ihres Beckenbodens ist der ent-



Abbildung 3: Selbstkontrollierte Dilatation der Vagina mit dem selbstaufblasbaren Ballonkatheter oder den Dilatationsstäben unterschiedlicher Dicke.

scheidende Anteil ihrer Therapie. Die angstfreie und schmerzfreie Berührung des Genitales wird schrittweise vermittelt. Unter Anleitung lernen die Frauen zunächst digital, dann mit Hilfsmitteln (Abbildung 3), ihren Introitus zu dehnen, und desensibilisieren damit ihren vaginistischen Reflex.

Andere Frauen mit gleicher Symptomatik formulieren dieselben Erwartungen, wünschen aber über mögliche Traumatisierungen oder Gründe ihrer Erkrankung eine zusätzliche psychologische Aufarbeitung. Für sie kommt neben der Physiotherapie eine begleitende psychologische oder psychotherapeutische Betreuung infrage.

Vestibulodynie

Bei Patientinnen mit Vestibulodynie wird ein anderer Therapieschwerpunkt gewählt. Hier kann die Therapie direkt am vulvären Gewebe ansetzen. Aus unserer Erfahrung ist eine topische Applikation von Capsaicin sehr wirksam. Sie führt zur Aktivierung von TRP-Ionenkanälen (= transient receptor potential channels). Bei Kontakt zu den Ionenkanälen (also bei Berührung mit der Haut) aktiviert das Capsaicin TRPV1-exprimierende Nozizeptoren (Capsaicinrezeptoren), was zu einer raschen Freisetzung von Neuropeptiden führt. Durch diesen Effekt kommt es zunächst zu einer starken Gefässerweiterung und Brennen mit anschliessender Refraktärzeit. Eine «Überreizung» der Nozizeptoren ist die Folge, welche dann zugrunde gehen. Nach längerfristiger Anwendung (12–16 Wochen, tägliche Applikation für 20 Minuten) kommt es damit nach und nach zu einer Desensibilisierung des Areals, und die lokalen Schmerzen lassen nach. Meist berichten die Patientinnen nach 3 bis 4 Wochen schon über eine Besserung der Beschwerden (von VAS 10 zu VAS 6) (10).

Bei Therapieende sind sie oft vollkommen schmerzfrei bei Berührung der Triggerpunkte, selbst beim Einführen eines Tampons und schliesslich beim Geschlechtsverkehr.

Generalisierte, nicht provozierte Vulvodynie

Ansatzpunkte bei generalisierter, nicht provozierte Vulvodynie sind neben den Änderungen des Lifestyles (z.B. keine engen Hosen, keine hautreizenden Duschgels), physikalischer und lokaler Therapie und eine antidepressive oder antikonvulsive Medikation. Es handelt sich um Patientinnen, die meist eine psychiatrische oder psychotherapeutische Betreuung benötigen: Der Umgang mit dem Schmerz und seine Bewältigung im Alltag werden Thema sein müssen.

Weitere Therapiemodalitäten

Bei allen Formen der Vulvodynie ist eine zusätzliche Sexualberatung hilfreich. Die Patientinnen und auch ihre Partner brauchen Unterstützung und Beratung.

Sie sollten motiviert werden, ihre Sexualität nicht abzubrechen oder sie wieder aufzunehmen. Sie benötigen dabei Anleitung zu schmerzfreien Sexualpraktiken und immer wieder die Ermutigung, Hilfsmittel wie befeuchtende Gels anzuwenden. Man kann ihnen aufzeigen, dass es möglich ist, mit ein bisschen Fantasie und Ausprobieren eine befriedigende Sexualität (auch ohne eine Penetration) zu erleben.

Schlussbemerkungen

Die Behandlung von Frauen mit Vulvodynie ist nicht einfach. Wir sitzen verzweifelten Frauen gegenüber, die schon oft Sätze gehört haben wie «Da kann man nichts machen», «Damit müssen Sie leben». Aber: Eine Leidenszeit von mehreren Jahren kann für uns nicht akzeptabel sein. Wir sind keine Spezialisten zur Behandlung der einzelnen Facetten dieses Krankheitsbildes. Jedoch können unsere Patientinnen von uns verlangen, dass wir über diese Krankheit Bescheid wissen und sie darin unterstützen, den Kontakt zu den spezialisierten Personen herzustellen. ■



Dr. med. Elke Krause
Universitäts-Frauenklinik Bern
Inselspital
3010 Bern
E-Mail: elke.krause@insel.ch

Interessenkonflikte: keine.

Quellen:

1. Fugl-Meyer KS et al.: Standard operating procedures for female genital sexual pain. *J Sex Med* 2013; 10(1): 83–93.
2. Harlow BL et al.: Prevalence of symptoms consistent with a diagnosis of vulvodynia. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 210(1): 40.e1–8.
3. Bornstein J et al.: (ISSVD Terminology Committee): Terminology of vulvar squamous intraepithelial lesions. *J Low Genit Tract Disease* 2016; 20(1): 11–14.
4. Lev-Sagie A et al.: Polymorphism in a gene coding for the inflammasome component NALP3 and recurrent vulvovaginal candidiasis in women with VS. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200(3): 303.e1–6.
5. Falsetta ML et al.: Identification of novel mechanisms involved in generating localized vulvodynia pain. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 213(1): 38.e1–12.
6. Edgardh K et al.: Vulvar vestibulitis and risk factors: a population-based case-control study in Oslo. *Acta Derm Venerol* 2007; 87(4): 350–354.
7. Gaunt G. et al.: Human papilloma virus in vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med* 2007; 52(6): 485–489.
8. Witkin SS et al.: Differential characterisation in women with vulvar vestibulitis syndrome. *American J Obstet Gynecol* 2002; 187(3): 589–594.
9. Foster DC et al.: Impact of genetic variation in interleukin-1 receptor antagonist and melanocortin-1 receptor genes on vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med* 2004; 49(7): 503–509.
10. Bornstein C et al.: Hyperinnervation and mast cell activation may be used as histopathologic diagnostic criteria for vulvar vestibulitis. *Gynecol Obstet Invest* 2004; 58(3): 171–178.
11. Tympanidis P et al.: Increased innervation of the vulvar vestibule in patients with vulvodynia. *Br J Dermatol* 2003; 148(5): 1021–1027.
12. Weström LV et al.: Vestibular nerve fiber proliferation in vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol* 1998; 91(4): 572–576.
13. Bouchard C et al.: Use of oral contraceptive pills and vulvar vestibulitis: a case-control study. *Am J Epidemiol* 2002; 156(3): 254–261.
14. Reed BD et al.: Oral contraceptive use and risk of vulvodynia: a population based longitudinal study. *BJOG* 2013; 120(13): 1678–1684.
15. Weijmae Schulz W et al.: Women's sexual pain and its management. *J Sex Med* 2005; 2(3): 301–316.
16. Goldstein AT et al.: Vulvodynia: Assessment and Treatment. *J Sex Med* 2016; 13(4): 572–590.