



SVENSK FÖRENING  
FÖR OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI  
ARBETS- OCH REFERENSGRUPP  
FÖR

VULVA

# Vulvasjukdomar

Rapport nr 48  
2003

# Arbets- och Referensgruppen för Vulva

Nr 48  
2003

## Vulvasjukdomar

---

### Redaktionskommitté:

Eva Rylander  
Lotti Helström  
Anders Strand

---

### Författare:

Carin Anagrius	Infektionskliniken, Falu lasarett, Falun
Nina Bohm-Starke	Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus, Danderyd
Ingela Danielsson	Kvinnokliniken Sundsvalls sjukhus, Sundsvall
Kari Dunér	Hudkliniken, Blekingesjukhuset, Karlskrona
Karin Edgardh	Hudkliniken, Rikshospitalet, Oslo
Monica Essén	Gynekologisk mottagning, Skeppargatan, Stockholm
Olle Frankman	Kvinnokliniken, Ålands Centralsjukhus, Mariehamn
Pia Hedberg	Kvinnokliniken, Östersunds sjukhus, Östersund
Lotti Helström	Kvinnokliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm
Eva Hradil	Hudkliniken, Universitetssjukhuset, MAS, Malmö
Maria Engman	Kvinnokliniken, Västerviks sjukhus, Västervik
Per-Göran Larsson	Kvinnokliniken, Kärn sjukhuset, Skövde
Gun-Britt Löwhagen	Hudkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Elisabet Nylander-Lundqvist	Hudkliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
Eva Rylander	Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus, Danderyd
Thomas Rådberg	Kvinnokliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Ulla Sellgren	Avenykliniken, Göteborg
Inga Sjöberg	Ersboda vårdcentral, Umeå
Berit Sjögren	Kvinnokliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm
Eva Smith Knutsson	Kvinnokliniken, NU-Sjukvården NÄL, Trollhättan
Martin Stjernquist	Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Anders Strand	Hudkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Barbro Wijma	Kvinnokliniken, Hälsouniversitetet, Linköping
Klaas Wijma	Enheten för Medicinsk Psykologi, Hälsouniversitetet, Linköping

---

### Redaktör:

ARGUS Professor Nils-Otto Sjöberg  
Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

### Layout:

Marie-Louise Schyberg, SFOG-kansliet

### Tryck:

Elanders Tofters, Östervåla 2003



---

# Innehåll

Förord .....	5
<b>ANATOMI OCH FYSIOLOGI</b>	
Vulvas embryologi och anatomi .....	7
Hudens uppbyggnad .....	9
Smärt- och sinnesfysiologi i vulva.....	11
Kvinnans sexuella reaktioner .....	13
<b>INFEKTIONER</b>	
Vulvovaginit – vaginos.....	17
Svampinfektioner.....	19
Herpesinfektioner .....	21
Papillomvirusinfektioner .....	25
<b>HUDSJUKDOMAR</b>	
Dermatiter och Dermatoser .....	29
Sår i vulva.....	35
Benigna papulösa förändringar .....	39
Vulvapatologi.....	43
<b>SMÄRTTILLSTÅND</b>	
Vulvavestibulit.....	47
Dysestesisk vulvodyni .....	53
Psykosomatiska och sociala aspekter på vulvasymtom.....	55
Total och partiell vaginism .....	59
Bemötande, anamnes och råd vid vulvasmärta .....	63
Pedagogisk vulvaundersökning .....	65
<b>PRECANCERÖSA TILLSTÅND I VULVA</b> .....	67
<b>CHIRURGIA MINOR</b> .....	69
<b>BILAGOR</b>	
Anamnesformulär för vulvamottagning .....	71
Terminologi .....	75
Vulvadiagnoser ICD10 .....	77



# Förord

Intresset för vulvas sjukdomar ökade snabbt under 90-talet. Detta skedde mycket tack vare pionjärbeten av Olle Frankman och Eva Rylander. Eva Rylanders pedagogiska och folkbildande intresse hade lett till att en stor del av Sveriges gynekologer hade deltagit i hennes kolposkopikurser (och sedemera vulvakurser) och hade tillgång till hennes "kolposkopi-lådor" med diabilder över vulva och vagina. Att samarbeta med dermatovenereologer var nödvändigt för att förstå vulvas symptom och sjukdomar. I den andan startade Inga Sjöberg och Elisabet Nylander-Lundqvist vulvamottagningen i Umeå, där de tillsammans träffade och undersökte kvinnor med besvär från vulva. De fick med tiden många efterföljare i landet.

Det smärttillstånd med rodnad i vestibulum och ytlig samlagssmärta som kom att kallas Vulvavestibulit tolkades först som ett inflammatoriskt tillstånd. Genom intensiv forskning, bland annat redovisat i Nina Bohm-Starkes avhandling kunde man förstå tillståndet mer som ett smärttillstånd med lokal hyperestesi. Samtidigt kunde Ingela

Danielsson genom sin avhandling visa att ytliga samlagssmärter var mycket vanligt, och tenderade att öka.

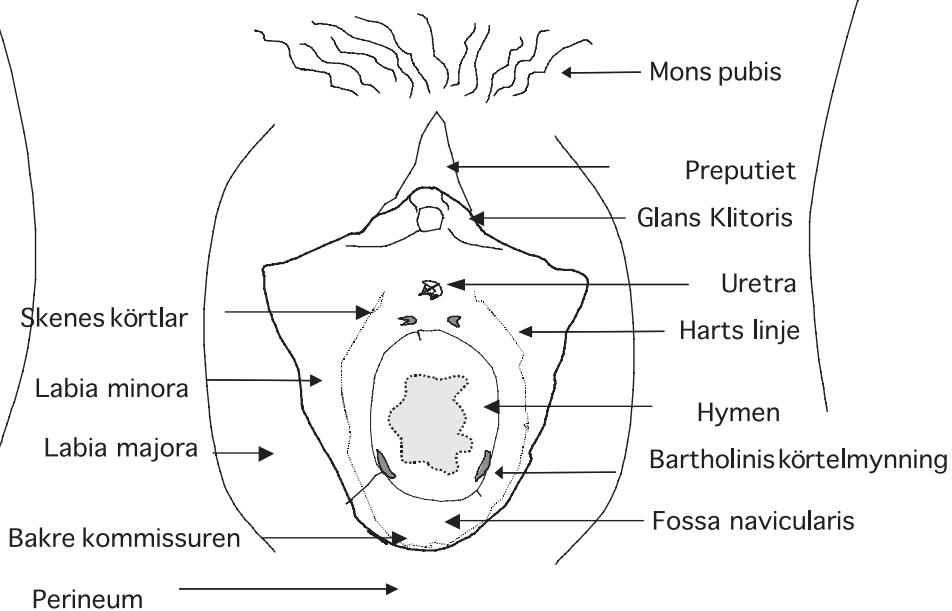
När Eva Rylander tog initiativ till bildandet av Arbets- och Referensgruppen för Vulva, Vulv-ARG, var det självklart att dermatovenereologer skulle vara medlemmar i gruppen. I gruppen har det stundom varit en intensiv debatt om handläggning och behandling av vissa tillstånd. En omistlig kunskapsförmedling och utveckling av förståelsen har växt fram genom denna diskussion. Denna rapport är en följd av detta samarbete. Som tidigare ordförande i Vulv-ARG har Eva Rylander gjort ett mycket stort arbete tillsammans med sekreterare Ulla Rolén.

Tack vare dem och alla inblandade författare kan vi nu stolt framlägga denna rapport.

Stockholm i oktober 2003  
För Vulv-ARG

Lotti Helström, ordförande

# Vulva



Eva Rylander-03

*Man ser bara det som man känner till.  
(Goethe)*

# Vulvas embryologi och anatomi

*Olle Frankman*

## Embryologi

Det är svårt att med hjälp av tillgänglig embryologisk litteratur helt klarlägga hur de olika delarna i vulva bildas. Man finner mest upplysningar om homologa organ hos kvinna och man, t ex att klitoris motsvarar penis och labia majora motsvarar scrotum.

Vulvovaginalväggen är unik så tillvida att den härstammar från alla tre groddbladen ektoderm, endoderm och mesoderm. Mesoderm har minst klinisk betydelse. Ektoderm ger upphov till huden som täcker vulvas periferi. Vagina och urethra utgår från endoderm (gulesäcken). Från det endodermavsnitt som embryologiskt benämns hindgut, bildas rectum och anus. Det är troligt att även vestibulum vaginae (förgården), som innehåller mucinösa körtlar, utgår från hindgut. Vävnad med de olika embryologiska ursprungen skiljer sig beträffande epitel- och körtelstruktur, hormon- och immunrespons samt nervdistribution.

## Anatomi

Till vulva räknas labia majora och minora, klitoris med förhud, den behårade delen av mons pubis, huden mellan labia majora och genitofemoralfåran samt ofta perineum ned till anus och även ibland området bakom anus. Huden i vulva är till större delen behårad. Insidorna av labia minora är hårlösa. Där kan man ofta se en markerad gräns, den så kallade Harts linje, där skivepitelet övergår från

keratiniserad hud till icke keratiniserad slemhinna.

Området som kallas vestibulum vaginae omfattar yttre sidan av hymen och insidan av labia minora fram till Harts linje. Proximalt och distalt når vestibulum till främre respektive bakre kommissuren. I vestibulum mynnar urethra och de vestibulära körtlarna: Bartholinis körtlar och körtlar i övre delen, bl a runt urethraostiet. De största av dessa brukar kallas Skenes körtlar.

## Kärl

Vulva får sin blodförsörjning främst från arteriae pudenda interna, men även från arteriae pudenda externa. Blodet som tillförs passerar svällkropparna både i labia och klitoris för att sedan tömma sig i vena femoralis genom vena pudendus interna och plexus vesicopudendalis. Det finns en artär mitt på labium majus och artärer i crura clitoridis som behöver ligeras vid ev kirurgiskt ingrepp. Runt vagina, vid labiaes fäste, finns ett cavernöst plexus.

## Lymfdränage

Lymfdränaget från vulva går via ljumskar- nas lymfkörtlarna till de parailiacala körtlarna. Vid vulvacancer identifieras sentinell node, portvaktskörteln, dvs den körtel som närmast tar hand om lymfflödet från tumörområdet.



## Nerver

Vulva försörjs huvudsakligen från n pudendus (S2-S4). Den autonoma innervationen härrör sig övervägande från det sympatiska nervsystemet. I vulva finns speciella nervändslut, vilka har betydelse för sexuell respons. Ytligast finns fria nervtrådar som registrerar smärta och djupare ligger nervändkroppar som reagerar på tryck och rörelse. Längs de nervstammar och senhinnor som omger svällkropparna finns lökformiga nervändslut som reagerar på djupt tryck och kraftiga rörelser. Detta innebär att signalen till hjärnan kan modifieras beroende på om klitoris är erigerad eller ej. Hormonspegeln i blodet har också betydelse. Vid östrogenbrist kan sådan beröring som vanligen leder till sexuell stimulans, uppfattas som obehaglig. Embryologiskt har vestibulum gemensamma drag med tarmen, men ändå stämmer innervationer bäst överens med hudens.

## Muskler och körtlar

I vulva finns få muskler eftersom området ligger distalt om diaphragma urogenitale. En muskel av klinisk betydelse är m. bulbocavernosus. Den följer hela vulva från klitoris till bakre kommissuren. Utanpå denna muskel ligger en svällkropp.

I vulva finns apokrina och ekrina svettkörtlar och talgkörtlar. De senare finns även distalt på labia minoras insidor, där de avtecknar sig som gulvita fläckar (Fordyce's spots). De syns bättre om blygdläppen sträcks ut. I vestibulum mynnar också de stora och små vestibulära körtlarna. Hymen består av bindväv med elastiska fibrer. Den inre delen är rikligt kärlförsörjd. Muskler saknas.

## Vestibulums histologi

Epitelet består av 20-25 cellager. Östrogenpåverkade ytceller är glykogenrika och får därigenom en viss perinucleär uppklarning. Bindväven är lucker och ytligt finns en betydande mängd kapillärer medan arterioler och venoler ligger djupare. Vanligen finns en måttlig mängd lymfocyter. Bartholins körtlar är klädda av enradigt slemproducerande körtelepitel. Utförsgångarna, som mynnar nära hymenkanten kl 4 och kl 8 bekläds av enradigt körtelepitel. Detta når fram nära körtelmynningen där skivepitel tar vid. Mellan dessa cellslag finns en metaplastisk zon i analogi med den på cervix.

I vestibulum finns fler östrogenreceptorer än i övrig hud, men färre jämfört med vagina.

### FAKTARUTA

- Vulvovaginalväggen härstammar från alla tre groddbladen: ektoderm, endoderm och mesoderm.
- På insidan av labia minora finns en gräns, den s k Harts linje, där skivepitele övergår från keratiniserad hud till icke keratiniserad slemhinna.
- Vestibulum vaginae omfattar yttre sidan av hymen och insidan av labia minora fram till Harts linje. Proximalt och distalt når vestibulum till främre respektive bakre kommissuren.

## Referenser

1. Ridley CM, Neill S Eds. The Vulva, 2<sup>nd</sup> ed. Blackwell Science Ltd 1999.
2. Lundberg PO. The peripheral innervation of the genital organs of women. Scand J Sexology 2001;4:213-25.

# Hudens uppbyggnad

*Gun-Britt Löwhagen*

Hudens primära funktion är att skydda kroppen mot skadliga ämnen såsom kemisk påverkan, mikroorganismer samt att delta i temperaturregleringen.

Huden består av tre huvudskikt: Epidermis – överhud, dermis (corium) – läderhud, subcutis – underhuds fett. Epidermis varierar i tjocklek från 0,05 mm till 1 mm (fotsulor). Det mesta av tjockleksvariationen beror på hornlagret. Tre celltyper kan urskiljas i epidermis: keratinocyter, melanocyter och Langerhans celler.

**Keratinocyterna** upptar den största delen av epidermis som är ett flerskiktat epitel med helt förhornade celler på ytan – ”keratinocytes die usefully”. I cellagret längst ner i epidermis på gränsen till dermis (stratum basale) nybildas keratinocyterna, som migrerar upp mot cellytan och därvid genomgår en programmerad differentiering. När de nått hornlagret är de helt dehydrerade och saknar cellkärnor och organeller.

**Hornlagret** (stratum corneum) består till 50% av en kondensation av protein (hornceller) och till 20% av intercellulärt lamellärt fett (ceramider, fettsyror, kolesterol). Det hela är uppbyggt ungefär som en tegelvägg. Dessutom utgörs hornlagret i 30% av lågmolekylära ämnen (fria aminosyror, mjölksyra, urea och oorganiska salter). Hornlagrets tjocklek varierar. Över labia majora, minora och klitoris är Hornlagret tunt och in mot vestibulum

saknas det helt (mukosa/slemhinna). Den s k Hart's linje markerar gränsen mellan epitel med och utan hornlager.

**Cellavstötningen**, deskvamationen, måste ske från hudytan i en takt som balanserar nybildningen av keratinocyter i basalcellslagret. Normalt passerar en cell från stratum basale upp till hudytan och avstöts på 5-6 veckor. Det tar tre veckor för cellen att nå stratum corneum från basalscellslagret och omkring två veckor att passera hornlagret. Vid sjukdom med stark fjällning som t ex psoriasis passerar cellen från stratum basale till avstötning på fyra dygn.

**Vattenhalten** i stratum corneum kan variera mellan 10-60%. Lågmolekylära ämnen är av betydelse för vattenbindningen. En viss dehydrering av stratum corneum erhålls genom avdunstning av vatten från underliggande vävnad s k perspiratio insensibilis (0,5 liter per dygn). Vid ocklusion (plast, häfta, fet salva) förhindras denna vattenavdunstning och man får en hydrering av hornlagret. Vattenhalten i stratum corneum är beroende av omgivningens luftfuktighet. Vid låg luftfuktighet på vintern kan stratum corneum lätt bli spröd och sprickor kan uppstå. Vid för hög vattenhalt t ex vid ocklusion i hudveck blir hornlagret uppluckrat. Det utgör då en sämre barriär mot kemikalier och mikroorganismer vilket medför ökad infektionsrisk. Risken för infektion motverkas delvis av den

s k sura manteln. Hudytan har normalt ett pH på omkring 5. Svett, fettsyror och nedbrytningsprodukter av keratohyalin bidrar till hornlagrets låga pH.

**Mörkt pigment**, melanin i epidermis utgör ett skydd mot UV ljus. Melanin bildas av melanocyterna, som ligger basalt i epidermis. De är dendritiska celler och från grenarna av dessa överförs pigment till keratinocyterna. Antalet melanocyter är oberoende av hudfärg men aktiviteten i cellerna varierar. Hormoner som östrogen, progesteron och testosteron påverkar melanocytaktiviteten, vilket kan förklara melasma vid graviditet och av p-piller.

**Langerhans cell** är den antigenpresenterade cellen vid fördröjd överkänslighetsreaktion i huden och denna dendritiska cell är av stor betydelse vid immunologiska reaktioner i huden.

#### FAKTARUTA

- Den största delen av epidermis upp-tas av keratinocyter, som bildar ett flerskiktat epitel som är helt förhor-nat på ytan.
- Hornlagret består av 50% protein, 20% fett och 30% lågmolekylära ämnen.
- Vid för hög vattenhalt t ex vid ocklu-sion blir hornlagret uppluckrat och utgör en sämre barriär mot kemika-lier och mikroorganismer som ökar i antal på hudytan.
- Vid låg luftfuktighet på vintern kan stratum corneum lätt bli spröd och sprickor kan uppstå.
- Langerhans cell är av stor betydelse vid immunologiska reaktioner.

#### Referens

Rorsman H, Björnberg A, Vahlquist A. Dermatologi Venereologi, Studentlitteratur 2000.

# Smärt- och sinnesfysiologi i vulva

*Nina Bohm-Starke*

## Nervförsörjning till vulva

Vulva försörjs främst av n pudendus som är en blandad nerv innehållande somatiska motoriska och sensoriska fibrer samt autonoma nervfibrer. De flesta sensoriska receptorer som är specifika för tryck, beröring, temperatur och smärta finns representerade lateralt om Harts linje. Fria nervändslut som främst förmedlar smärta dominerar däremot i vestibulum. Framför allt är hymen rikligt innerverad med smärtreceptorer till skillnad från vaginalslemhinnan som är relativt okänslig för smärtstimulering.

**Smärta** definierades 1986 av International Association for the Study of Pain som en "obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse som associeras till faktisk eller hotande vävnadsskada, eller som kan beskrivas i termer av sådan skada". Smärta är en skyddsmekanism som normalt går över när skadan läker. I vissa fall kan perifer vävnadsskada eller skador inom centrala eller perifera nervsystemet leda till patofysiologiska tillstånd som karakteriseras av spontan, kontinuerlig eller intermittent smärta, sänkta smärtrösklar och ökad känslighet för normalt icke smärtsamma stimuli. En praktisk indelning ur behandlingssynpunkt har varit att karakterisera smärta som inflammatorisk (nociceptiv) eller neurogen.

## Smärtreceptorer och transmission

Smärtreceptorer (nociceptorer) är fria nervändslut som finns i nästan alla vävnader i kroppen. De flesta nociceptorer kan aktiveras av både mekaniska, kemiska eller termiska retningar, s k polymodala nociceptorer. De har sitt ursprung i antingen A- $\delta$  eller C-fibrer som fortleder smärtimpulsen från periferin till ryggmärgens bakhorn. A- $\delta$  fibrer är tunna myeliniserade nervtrådar med snabb ledningshastighet och man anser att smärtimpulsen i A- $\delta$  fibern förmedlar den initiala och vällokaliserade smärtan med slutlig fortledning till den somatosensoriska hjärnbarken. C-fibrer är tunna omyeliniserade nervtrådar med långsam ledningshastighet. Smärtan som leds via C-fibrer är av mer molande och diffus karaktär då den bland annat aktiverar subkortikala områden i hjärnan som saknar sensoriskdiskriminativ precision.

Allodyni är ett vanligt kliniskt problem vilket innebär att en normalt icke smärtsam stimulering ger upphov till smärta. Det kan vara ett uttryck för överkänslighet vid perifer sensitisering av nociceptorer eller vid konverteringen av information från perifera icke-nociceptiva kanaler till centrala nociceptorer.

I ryggmärgen fortleds smärtimpulsen till 90% via den kontralaterala tractus spinothalamicus lateralis till hypothalamus  $\rightarrow$  thalamus  $\rightarrow$  subkortikala kärnor  $\rightarrow$  sensoriska cortex där den subjektiva tolkningen av smärtan sker. Vid samtliga omkopplingar (synapser) finns möjlighet till modulering av

det nociceptiva inflödet via både hämmande och excitatoriska mekanismer. Det finns även kopplingar till det autonoma nervsystemet där främst kraftig akut smärta kan utlösa autonoma reflexer som t ex svettning och illamående.

Psykisk hälsa har stor betydelse för smärtupplevelse och långdragen smärta, oavsett orsak, påverkar individen på en rad olika sätt. Smärta kan både leda till och vara ett uttryck för depression.

**Inflammatorisk smärta** uppstår vid vävnadsskada då en rad olika substanser frisätts och aktiverar specifika smärtreceptorer. De inflammatoriska substanserna underhåller aktivering av nociceptorerna som snabbt blir sensitiserade med bl a sänkta smärtrösklar och ökad känslighet som följd.

Basen för perifert verkande analgetika vid nociceptiv smärta är olika former av NSAID (Non Steroid Anti Inflammatory Drugs). Vid svårare smärta används även opioider och/eller olika former av nervblockader.

**Neurogen smärta** uppstår vid skada eller sjukdom i CNS eller i en perifer nerv och kan upplevas på väldigt många olika sätt. Ektopisk impulsaktivitet kan uppstå i ett skadat axon med nervutväxt (sprouting) eller i ett neurinom och ge upphov till spontan smärta. Spontan aktivitet i C-fibrer orsakar brännande smärta. Neurogen smärta kan också vara provocerad. Normalt icke smärtsamma stimuli såsom beröring kan då leda till hyperalgesi och allodyni.

De flesta neurogena smärtor är svårbehandlade och svarar som regel inte på opioider. Andra preparat kan prövas, t ex antidepressiva som amitriptylin eller anti-epileptika. Biverkningar förekommer och resultatet varierar. Vid neurogen smärta används även stimulerande behandlingar som TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) eller vibration, vilka anses aktivera endogena smärtlindrande mekanismer.

#### FAKTARUTA

- Nervförsörjning till vulva sker främst genom n pudendus som är en blandad nerv.
- Smärtreceptorer (nociceptorer) är fria nervändslut som finns i nästan alla vävnader i kroppen. De kan aktiveras av både mekaniska, kemiska eller termiska retningar.
- Inflammatorisk smärta uppstår vid vävnadsskada runt nerven. Olika former av NSAID kan lindra. Vid svårare smärta används även opioider och/eller olika former av nervblockader.
- Neurogen smärta uppstår vid skada på en perifer nerv eller i CNS. Neurogen smärta är ofta svårbehandlad och svarar i regel inte på opioider. Antidepressiv medicinering kan lindra.

#### Referenser

1. Krantz KE. Innervation of the human vulva and vagina. A microscopic study. *Obstet Gynecol* 1958;12:382-94.
2. Hansson P. Nociceptiv och neurogen smärta. Uppkomstmekanismer och behandlingsstrategier. 1997; Pharmacia.
3. Lundberg PO. The peripheral innervation of the genital organs of women. *Scand J Sexology* 2001;4:213-25.

# Kvinnans sexuella reaktioner

*Lotti Helström och Ulla Sellgren*

Libido, livslust och sexuell lust är för många tätt förknippade, medan det för andra är helt olika saker. Sexuell upphetsning kan vara en följd av kärlek men också av annan mental eller kroppslig stimulering. För kvinnor är det ett problem att begreppet "lust" förknippas och förväxlas med sexuell förmåga och reaktivitet. De stimuli som en gång lett till sexuell reaktion förstärks och finns kvar i minnet vid framgångsrik sexuell aktivitet. Den sexuella förmågan är inlärd.

Om en kvinna inte fungerar så som hon själv och hennes partner önskar, kan det bero på bristande förmåga att känna igen och utnyttja de stimuli som ger sexuell upphetsning. Ett steg på vägen till förbättring är god kunskap om kroppens reaktioner och förmåga.

**Kvinnans sexuella reaktion** benämns ofta *lubrikation*, men det gäller egentligen bara själva sekrettillflödet. Mer korrekt är *erektion*, eftersom vävnaden blir blodfylld. Lubrikationen är mera en följd av erektionen. I allmänhet stimuleras erektion av emotionell tändning, men den kan också uppstå av andra stimuli.

Det neuroendokrina samspelet som leder till lustupplevelsen är inte fullständigt kartlagt. Lustcentrum är beläget i hypothalamus och interagerar med andra delar av hjärnan, aktiveras eller inaktiveras av många stimuli.

En reaktion i slidan kan uppstå via bilder eller andra stimuli, och när kvinnan blir medveten om bildens innebörd förstärks eller släcks den ut genom kognitiv bearbetning.

Lust, drift och sexuell längtan är inte nödvändiga förutsättningar för erektion och lubrikation, vilka kan uppstå direkt genom reflexbanor via ryggmärgen. Smekningar, vibration, värme och andra stimuli av erogena zoner kan utlösa erektion och lubrikation hos kvinnan. Se rapporten: *Sexologi ur gynekologisk synvinkel* angående orgasm och orgasmstörningar.

## Erektion

Erektile vävnad och svällkroppar (*corpora cavernosa*) finns i glans klitoris, klitoris-kroppen, crura klitoris och i bulbus vestibuli. Svällkropparna omges av trabekulär vävnad och blodfylls vid sexuell upphetsning på samma sätt som hos mannen. Artärens muskler slappnar så att blodflödet ökar samtidigt som arteriovenösa anastomoser stängs. Detta resulterar i att svällkropparna fylls med blod. Främre delen av slidmyningen förträngs därmed, och de inre blygdläpparna sätts och glans klitoris skjuts framåt, uppåt mot symfyssen. Ett tunt muskellager täcker svällkropparna i bulben, m bulbospongiosus. Vibration och sträckning fortlöds till glans klitoris, vilket bidrar till stimulering av klitoris under samlag.



Svullnaden gör att området kring urinröret skyddas, att slidmynningen öppnas och att penis styrs vid samlag. De blodfyllda svällkropparna skjuter isär de inre blygd-läpparna. Blodöverfyllnad uppstår även i bäckenbottens muskulatur, i labia majora, i vagina och uterus. En kraftig förtjockning i vaginas väggar uppkommer därmed och vecken slätas ut, vilket även ger en vidgning och förlängning av slidan. Det sker också en ökad utsöndring av transudat från slidväggarna med en något annorlunda sammansättning än serum, lubrikationen. Lubrikationen kan bli mycket riklig, en genomsnittlig mängd är 30-40 ml.

Även i bröstvårtorna finns erektil vävnad som kan reagera såväl på direkt stimulering som via mental sexuell tändning och lust.

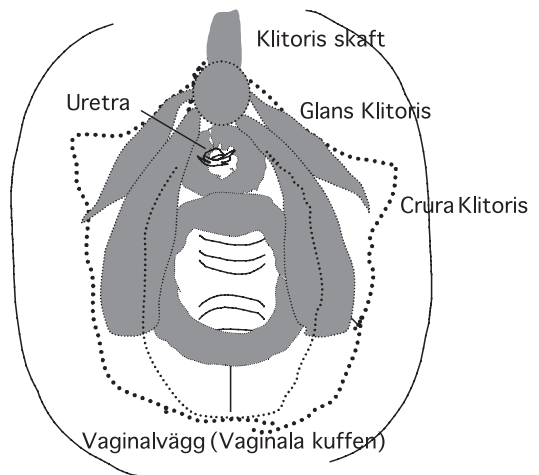
Kvinnans yttre genitalia är människokroppens tätast innerverade område. Känsligheten för vibration är dubbelt så hög i klitoris som i pekfingret eller i glans penis. På djupet finns känselkroppar för tryck som antas reglera och uppfatta erektionen och bidra till känslan av välbefinnande under sexuell upphetsning. Förhöjd tonus i vaginas och bäckenbottens muskler och då särskilt m. bulbocavernosus, leder tillsammans med blodöverfyllnaden till utvecklingen av den vaginala "kuffen". Denna förträngning av slidans nedersta tredjedel är känslig för stimulering och en tydligt aktiv del i kvinnans orgasm. Någonstans i den vaginala "kuffen" finns kanske den retningskänsliga struktur, som aldrig kunnat lokaliseras, men som många kvinnor upplever sig ha: den Grafenbergska punkten, G-punkten.

Körtlarna i vestibulum producerar ett mucöst sekret vars syfte är att smörja insidan av blygd-läpparna. Vid sexuell upphetsning ökar utsöndringen av detta sekret vilket

underlättar penetrationen. Utsöndringen motsvaras hos mannen av de s k "glädjedropparna" som i början av erektionsfasen utsöndras från parauretrala körtlar i glans.

Vid smärta, oro eller någon annan störning kan erektionen försvinna på några sekunder. De flesta män är väl förtrodda med detta fenomen, men alla kvinnor lägger inte märke till den förändrade känsla i skötet som upphävd erektion medför. Kvar finns fuktningen av lubrikation, som av både kvinnan och hennes partner kan missuppfattas som att hon fortfarande är beredd för samlag. Under samlaget kan då penis ofysiologiskt nöta mot urinröret och blygdbenet, och stöta mot känsliga strukturer i bäckenet. Den torrhet som kan bli följderna leder till skavning av introitus/vestibulumens slemhinnor och avsaknaden av svullnaden i vulva och vagina gör att smärtsamma stimuli medieras lättare. Samlag gör i så fall ont.

### Erectila vävnader i kvinnliga genitalia



L.Helström-03

## FAKTARUTA

- Kvinnans sexuella reaktion benämns ofta *lubrikation*. Eftersom vävnaden blir blodfylld är *erektion* mer korrekt.
- Vestibulariskörtlarnas mucösa sekret smörjer insidan av blygdläpparna. Vid sexuell upphetsning ökar utsöndringen och penetrationen underlättas.
- Vid *smärta*, oro eller någon annan störning kan erektionen försvinna på några sekunder. Då nöter penis ofysiologiskt mot urinröret och stöter mot känsliga strukturer i bäckenet. Torrhet leder till skavning av introitus / vestibulums slemhinnor och avsaknaden av svullnaden i vulva och vagina gör att smärtsamma stimuli medieras lättare. Samlag gör i så fall ont.

## Referenser

1. Psychosomatic Research in Obstetrics and Gynecology. Berlin Heidelberg Springer-Verlag 1991
2. Berman J, Berman L: Endast för kvinnor, FORUM förlag. 2003 (ISBN9137119451)
3. Helström L, Bäckström T, Lundberg PO. Female Genital Vibration Perception Thresholds in Relation to Sex Hormone Levels and Sexuality. *Neuropsychopharmacology* 1993;9:90S.
4. Helström L. Gynekologiska tillstånd och sexuell funktion. I Sexologi. Lundberg PO (red). Falköping: Liber Utbildning 2002, pp329-44.
5. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. London. Churchill 1970.
6. POS-Arg, Svensk Förenings Obstetrik Gynekologi Arbets- och Referensgrupp för Psykosocial Obstetrik och Gynekologi samt Sexologi. Sexologi ut gynekologisk synvinkel. Linköping Argus Printcom 1996 (33).
7. TON-Arg, Svensk Förenings Obstetrik Gynekologi Arbets- och Referensgrupp för Tonårgynekologi. Ungdomsgynekologi Linköping Argus Printcom 1999 (40).





# Vulvovaginit - vaginos

*Per-Gunnar Larsson, Eva Rylander och Inga Sjöberg*

## Bakteriell vaginos (BV)

BV kännetecknas av att lactobacillfloran i vagina har ersatts av riklig överväxt av anaeroba korta bakterier. Orsaken är oklar, men man diskuterar ekologisk störning som skulle kunna uppkomma t ex efter upprepade antibiotikakurer. Man har funnit samband mellan förekomst av BV och många partnerbyten.

## Symtom

Fisklukttande flytning accentueras efter mens och efter coitus. Både flytningen i sig och intensiv tvätt för att få bort lukt kan irritera vulva och orsaka sveda.

## Klinisk bild

Salvliknande flytning, ibland luftskummig.

## Diagnostik

Positiv snifftest (KOH-tillsats till flytning ger fisklukt), pH > 4,5, clueceller och avsaknad av lactobaciller i våtutstryk (wetsmear). Ibland förekommer sk intermediärflora, dvs mängder av kocker mellan epitelcellerna men inte vidhäftande på dem.

## Behandling

Metronidazol vaginalt/peroralt eller Dalacinkräm lokalt. Recidiv är vanligt.

## Trichomonas

Denna huvudsakligen sexuellt överförda protozoo är inte så vanlig i Sverige som i USA och andra länder. Skall ses som en markör för STD.

## Symtom vid vulvit

Sveda och samlagssmärta.

## Klinisk bild

I vulva finns avgränsade rodnade fläckar och ibland nästan eroderade områden. Uretramynningen är också ofta rodnad och svullen. I vagina och/eller på portio kan man se den för trichomonas typiska slemhinnan med fläckvisa dilaterade kapillärsamlingar som ger "strawberry" bild. Flytningen är ibland sparsam men kan vara riklig, gulgrön och skummig.

## Diagnostik

Vid direktmikroskopi finner man trichomonader och rikligt med leukocyter, som ofta skymmer trichomonaderna. Odling används sällan pga låg sensitivitet.

## Behandling

Standardbehandlingen för vaginit är per-oral metronidazol i engångsdos medan daglig behandling upp till två veckor kan krävas för att en vulvit skall läka ut. Ibland behöver dessutom kuren upprepas. Partnerbehandling bör ges.

## Bakteriell vulvovaginit

Detta tillstånd, som är mycket ovanligt, orsakas av upprepad antibiotikabehandling som medfört en ekologisk störning, medförande en "renkultur" av streptokocker, E. Coli eller enterokocker, vilket gör att man känner sig tveksam till ytterligare sådan terapi.

Patienten har fr a besvär av flytning men vulvasveda och samlagsmärta kan också förekomma.

## Vulvovaginit hos prepubertala flickor

Flytningar hos prepubertala flickor är inte helt ovanligt, kan också ge sveda i vulva. Det orsakas i de flesta fall av ÖLI-bakterier (streptokocker, staphylokocker, Haeophilus). Efter att en odling säkrats behandlas med en klick Ovesterinkräm i vulva varje kväll i två veckor.

### FAKTARUTA

- Undersök alltid vaginalsekret i mikroskop vid vulvabesvär.
- Uttalad bakteriell vulvovaginit kan ge profus flytning och eroderade slemhinnor. Svår att skilja från erosiv lichen.

### Referens

Sjöberg I, Bengtsson B, Jönsson B, Nylander-Lundqvist E. Vulvabesvär hos småflickor kräver snabb, professionell undersökning. Läkartidningen 1998;47:5344-8.

# Svampinfektioner

Inga Sjöberg och Eva Rylander

Vulvovaginala jästsvampinfektioner har ökat i västvärlden under senare årtionden och är den vanligaste orsaken till klåda, sveda och samlagssmärta i många länder. Ökad användning av antibiotika kan vara en förklaring. Vid odling påvisas *Candida albicans* i majoriteten av fallen, men allt oftare finner man *candida glabrata*, *parapsilosis*, *krusei*, *tropicalis* och *saccaromyces cereviciae* (bagerijäst). Candidasymtom förekommer sällan före menarche eller efter hos postmenopausala kvinnor utan östrogensubstitution. Försämrat lokalt immunförsvar befrämjar svampinfektioner. Studier har visat samband mellan förekomst av candida och regelbunden oralsex. Att det är ett stort klinisk problem visar inte minst den mycket ökade försäljningen av receptfria medel mot svamp.

## Akut candidavulvit

### Symtom

Klåda och ofta sveda.

### Klinisk bild

Vulva är rodnad med glansiga slemhinnor och svullna labia minora och det finns ofta sprickor i interlabialveckan och på perineum. Sådana sprickor ger upphov till samlagssmärter. Om man även finner vaginit med

grynig, kesoliknande flytning är diagnosen lätt. Med ökande kronicitet minskar dock de vaginala förändringarna. Det är vanligt att kvinnan anger att besvären uppkommer eller accentueras veckan före mens.

### Diagnostik

Wet smear. Vanligen finns hyfer, vilka utgör den aktiva formen av *C albicans*. De har förmåga att penetrera epitelet. Om man finner enbart sporer, som sitter ihop i par, så kan det röra sig om *C glabrata* eller *saccaromyces cereviciae*. Om wet smear ej ger besked, men misstanken om svamp kvarstår, bör odling utföras. Oftast ger odling från vagina diagnos men ibland kan man behöva skrapa med provtagningspinnen över sprickor eller rodnade områden. Resurser provtagning vid akuta besvär bör finnas.

### Differentialdiagnos

Kontaktdermatit, eksem, herpes.

### Behandling

Vid förstagångsinfektion ordineras lokalmedel av typ clotrimazol eller econazol. Patienten informeras om att hon skall vara besvärsfri inom fyra dygn. Vid recidiv kan nämnda behandling upprepas. Egenbehandling mer än 2 ggr inom sex månader bör inte ske utan ny kontakt med läkare bör tas.

## Kronisk candida

Besvär minst fyra gånger på ett år betraktas, enligt definition, som kroniska och peroral behandling rekommenderas. För några kvinnor räcker behandling med t ex

Fluconazol 150 mg varannan eller varje vecka. En del blir inte besvärsfria förrän de får 150 mg 1-2 gånger i veckan eller 50 mg dagligen i 1-3 månader. Kontrollera behandlingseffekten efter 1 månad. Risk för resistensutvecklingen har diskuterats men ännu ej blivit märkbar. Om kvinnan inte blir bra inom 1 vecka skall ny odling tas. Om odlingen är negativ kan besvären (= svedan) bero på allergisk reaktion mot candida. Antihistamin (cetirizin) kan då ge symtomlindring.

Vid uttalade hudbesvär kan mjukgörande och mild kortison-antimykotisk kräm läggas till.

### FAKTARUTA

- Candida är den vanligaste orsaken till klåda och sveda i vulva.
- Om det finns sprickor på perineum och i interlabialveckan – tänk på candida!
- Vid kronisk candida (minst fyra gånger inom ett år) rekommenderas peroral behandling med varierande duration.
- Allergisk reaktion mot jästsvamp kan uppkomma. Antihistamin ger då symtomlindring.
- Resurser för *akut provtagning* bör finnas för adekvat omhändertagande.
- Ordinera alltid mjukgörare.

## Referenser

1. Odds FC. Candidosis of the genitalia. In Odds FC, ed. *Candida and Candidosis* London: Ballière Tindall 1988.
2. Sobel JD, Faro S, Force RW, Foxman B *et al.* Vulvovaginal candidiasis: Epidemiologic, diagnostic, and therapeutic considerations. *Am J Obst Gynecol* 1998;178:203-11.
3. Eckert LO, Hawes SE, Stevens CE, Koutsky LA, Eschenbach DA, Holmes KK. Vulvovaginal candidiasis: clinical manifestations, risk factors, management algorithm. *Obstet Gynecol* 1998; 92:757-65.
4. Reed BD, Gorenflo DW, Gillespie BW, Pierson CL, Zazove P. Sexual behaviour and other risk factors for Candida vulvovaginitis. *J Womens Health Gend Based Med* 2000;9:645.
5. Ferrer J. Vaginal candidosis: epidemiological and etiological factors. *Int J Gynecol Obstet* 2000;71:S21-S27.
6. Sobel JD, Kapernick PS, Zervos M, Reed BD *et al.* Treatment of complicated Candida vaginitis: comparison of single and sequential doses of fluconazole. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:363-9.

# Herpesinfektioner

*Karin Edgardh och Anders Strand*

Genital herpes kan orsakas av Herpes simplexvirus typ 1 (HSV-1) och av Herpes simplexvirus typ 2 (HSV-2). Förstagångsinfektion med HSV-2 kan vara primär (avsaknad av antikroppar mot HSV-1), eller icke-primär, d v s vid förekomst av HSV-1 antikroppar. Seroprevalensen för HSV-2 bland vuxna är 15-35%. Av personer med HSV-2 antikroppar har 20% diagnostiserad / känd infektion, 60% atypiska symtom och alltså en omedveten infektion och 20% är asymtomatiska. Förstagångsinfektion beror lika ofta på HSV-1 som HSV-2 och den kliniska bilden är densamma.

## Symtom

Smärtsamma sår, dysuri och feber är vanliga. Huvudvärk, muskelvärk förekommer ibland. Urinretention och meningit kan förekomma. Utan behandling kan symtomen kvarstå i 2-3 veckor.

## Klinisk bild

Förstagångsinfektionens insjuknande är lätt att känna igen. Tre till sju dagar efter smitta uppträder blåsor som övergår till smärtsamma sår och ofta svullna, ömma lymfkörtlar i ljumskarna. Spekulumundersökning kan oftast inte genomföras på grund av smärta, men då det går kan man ofta se nekrotiska områden på ektocervix.

*Recidiv* ger lindrigare symtom och läkning sker vanligen inom en vecka. Prodromalsymtom i form av stickningar eller andra parestesier några timmar upp till ett dygn före utbrott är vanligt. Blåsor och sår som kan vara mycket diskreta och snabbt övergående uppkommer ofta på ett och samma ställe, vilket kan vara till hjälp vid diagnostiken.

## Diagnostik

Fastställande av diagnos med påvisande av virus med typning bör göras vid förstagångsinfektion eller vid recidiv om diagnosen tidigare inte bekräftats på detta sätt.

- Virus odling/isolering. Prov tas med bomullspinne från blåsa, erosion eller fissur. Tidig provtagning (de första dygnet) ökar sannolikheten för positivt fynd.
- Antigendetektion (immunofluorescens) för akut bedömning. Sekret från sårbottnen stryks på objektglas och granskas mikroskopiskt efter tillsats av fluorescerande agens.
- Påvisande av HSV-DNA med PCR är den känsligaste metoden.
- Typspecifik serologi kan vara till hjälp i vissa situationer men skall ses som ett komplement till virusdetektion. Falskt negativ herpesserologi förekommer och över tid kan även typspecifika antikroppar förloras.

## Differentialdiagnoser

Den kliniska bilden kan vara mycket varierande. Många genitala ospecifika besvär kan bero på herpes. Exempel på tillstånd som kan förväxlas med genital herpes är urinvägsinfektion, akut candidavulvit, streptokockvulvit.

## Behandling

Förstagångsinfektion behandlas med antiviralt medel och lokalanestetika för symtomlindring. Behandling leder till påskyndad läkning och förkortad virusutsöndring.

Episodbehandling bör sättas in tidigt i förloppet, dvs vid prodromalsymtom. Patienter som inte känner igen neuralgier kan genom information lära sig identifiera sådana.

Suppressionsbehandling innebär daglig dosering med antiviralt läkemedel i tre till sex månader, ibland längre. Recidiven reduceras med cirka 80% och asymtomatisk virusutsöndring med 95%. En nyligen presenterad studie har visat att suppressionsbehandling minskar risken för en partner att smittas och drabbas av symtomgivande sjukdom med drygt 70%. Det föreligger inte någon risk för resistensutveckling hos immunkompetenta individer.

## Omhändertagande och information

Herpes smittar genom direktkontakt hud/slemhinna. Smitta sker ofta från asymtomatisk partner vilket ställer krav på adekvat information om smittovägar. Återbesök tillsammans med partnern bör erbjudas av samma skäl. Alla patienter med genital herpes bör få diagnosen bekräftas genom att virus påvisas samt information om behandlingsmöjligheter, både i akut skede och vid recidiv. Vad som kan göras för att minska smittorisken bör diskuteras, detta innebär att undvika sex vid utbrott av sjukdomen, kondom användning vilket minskar smittorisken med eliminerar den inte helt. Suppressionsbehandling, daglig behandling med antiviralt läkemedel minskar ytterligare risken att en partner smittas. En invid med herpesinfektion oroar sig ofta för att smitta en ny partner. Typspecifik herpesserologi kan vara till hjälp här då en infektion ofta är omedveten och sannolikheten att en partner har infektionen inte är helt liten, även om anamnes på sjukdomen saknas.

**FAKTARUTA**

- Förstagångsinfektion, som alltid skall behandlas med antiviralt läkemedel, beror lika ofta på HSV-1 som på HSV-2. Diagnos skall konfirmeras med påvisande av virus genom PCR eller motsvarande.
- Smitta kan ske från asymtomatisk partner.
- Risken att smitta en partner minskar med suppressionsbehandling men viktigast är att undvika sex vid symptom på herpes.
- Såväl vid förstagångsinfektion som recidiv ses blåsor, sår och ofta svullna, ömma lymfkörtlar i ljumskarna.
- Antiviral behandling av förstagångsinfektion leder till påskyndad läkning och förkortad virusutsöndring. Behandling av recidiv kan ske med episodisk terapi eller suppressionsbehandling. Den sistnämnda minskar antalet utbrott med i genomsnitt 80% men kan i bästa fall helt eliminera dem.

**Referenser**

1. Homes KK et al. Sexually transmitted diseases, 3rd ed. McGraw Hill New York 1999. ISBN 0-07-026688-X.
2. European STD Guidelines. Int J STD & AIDS 2001;12:suppl 3.
3. Oriol JD. Infective conditions of the vulva. The Vulva, ed Ridley CM and Neill. Blackwell Science Ltd 1999.
4. Ashley-Morrow R, Krantz E, Wald, A. Time course of seroconversion by HerpeSelect ELISA after acquisition of genital herpes simplex virus type 1 (HSV-1) or HSV-2. Sex Transm Dis. 2003 Apr;30(4):310-4.
5. ARG-rapport: Infektioner under graviditet. Rapport 43, 2000.





# Papillomvirusinfektioner

*Anders Strand och Eva Rylander*

Mer än 100 typer av humant papillomvirus (HPV) har hittills identifierats. Ett 30-tal har affinitet till genitalregionen och kan ge upphov till olika former av infektion. De kan klassificeras som lågrisk (LR-HPV) eller högrisk (HR-HPV) avseende malign potential (Tabell 1). Kondylom hos immunkompetenta individer orsakas av lågrisk HPV i mer än 90 procent. Majoriteten av sexuellt aktiva individer exponeras för HPV men synliga genitala vårtor uppstår endast hos en liten del. Mediandurationen för en HPV-infektion är cirka ett år. För ett fåtal kvinnor kan HPV-infektion, tillsammans med delvis okända samverkande faktorer, innebära en ökad risk för cancer i anogenitalregionen.

## Symtom

Kondylom ger ofta kosmetiska bekymmer. Klåda kan förekomma, dels i samband med utbrott av infektionen, dels på grund av platta kondylom eller kraftig HPV-inducerad papillomatosis och hyperkeratos. Sprickbildningar, som kan vara svårläkta, uppkommer ibland i bakre introitus och på perineum. De orsakar ofta samlagssmärta.

## Klinisk bild

Kondylom uppträder som enstaka eller sammanflytande kolonier av vårtor med varierande storlek. De kan vara utstående med fransiga utskott, papulösa eller platta. Kondylom förekommer både i huden och slemhinnan. Fransiga kondylom sitter

ofta längs kanten av hymen, särskilt runt Bartholinikörtlarnas mynningar och övriga vestibularismynningar, och ibland runt och i uretra. Bakre introitus, perineum och nedre tredjedelen av vulva är ofta angripna, men kondylom förekommer även lateralt därom och perianalt och i anus. Vidare kan kondylom sitta på och runt klitoris och i huden lateralt därom och upp mot mons pubis. Det som tidigare betecknades platta kondylom (=VIN I) och VIN (Vulvar Intraepithelial Neoplasia = dysplasi) har motsvarande lokalisering.

## Diagnostik

I de flesta fall räcker okulärinspektion, men förstörande hjälpmedel kan underlätta bedömningen. Riktad biopsi efter ttiksyrapensling bör utföras vid misstänkt dysplasi, men är inte indicerad enbart för kondylomdiagnos. HPV typning används inte för kondylomdiagnostik.

## Differentialdiagnoser

**Fysiologiska flikar.** En del kvinnor som tidigare drabbats av kondylom, undersöker sig själva och kan då upptäcka veck och flikar som de tror är vårtor. Normalt kan det finnas små fransar på labia minora insidor och på hymen. I enstaka fall kan det vara svårt att avgöra om de är fysiologiska eller inte. Histopatologi ger oftast ingen vägledning.

**Mollusker** kan misstolkas som papulösa kondylom men de har en central "navling".

**Candidavulvit** kan ge små vita fläckar och stråk efter ättikssyrepensling.

**VIN** syns ofta, före ättikssyrapensling, som områden med något mörkare färgton än omgivningen eller som hyperkeratotiska fläckar. VIN blir tydligt avgränsade, vita och svullnar ofta efter ättiksyrepensling.

**Lichen sclerosus** och hyperkeratotiska HPV-förändringar med sprickor och sår kan vara svåra att skilja åt. Riktad biopsi är indicerat för att utesluta precancerösa förändringar och invasiv cancer.

## Behandling

Bör inte medföra mer obehag än vad infektionen i sig ger. Patienten bör upplysas om att kondylomen försvinner av sig själv i de flesta fall. Vid långvarig klåda, sveda, sprickbildning och dyspareuni bör symtomatisk behandling övervägas. Stora kondylom ger psykosexuellt lidande och i dessa fall bör patientens önskan att få dem avlägsnade uppfyllas.

Kondylom i vestibulum bör ej behandlas. Det kan finna ett samband mellan behandling i detta område och senare utveckling av vulvasmärta. Kondylom kan avlägsnas med topikala medel eller med kirurgiska metoder.

*Podophyllotoxin* bör endast användas på keratiniserad hud.

*Imiquimod* (Aldara), ett immunmodulerande medel, har varierande effekt. Det framkallar ofta biverkan i form av klåda, sveda, skinnflåddhet. Besvären går över efter några dagars paus med behandlingen. Observera att resorption i slemhinnor är större än i hud och mängden kräm per behandlingstillfälle bör vara lägre där.

Ibland krävs kirurgi.

Beträffande behandlingsalternativ, se Tabell 2.

Vulvakondylom under graviditet avhandlas i INF-preg.

## Information

Informera patienten att HPV är en STD som oftast spontanläker inom ett år. Kondom ger visst skydd mot smitta och bör användas vid tillfälliga kontakter. Vid fast förhållande då den ena partnern har kondylom finns ingen anledning att använda kondom som skydd eftersom smitta redan skett. HPV typer, som orsakar vanliga kondylom, ger inte upphov till dysplasi eller cancer. HPV-infektioner påverkar inte fertiliteten negativt. Vad gäller behandling bör påpekas att de metoder som finns är effektiva men att nya vårtor kan uppstå efter behandling.

Tabell 1. Indelning av HPV-typer.

**LowRisk-HPV:** HPV 6, 11, 42, 43, 44 och 57

**High Risk-HPV:** HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 och 66

Tabell 2. Behandling av kondylom.

Behandling	Fördel / Nackdel
• Podophyllotoxin:	egenbehandling / ej till gravida
• Imiquimod:	andrahandspreparat / egenbehandling / ej till gravida
• Triklorättikssyra:	egenbehandling / kan användas under graviditet
• Kryokirurgi:	kräver erfarenhet
• Sax, kniv, biopsi:	kräver erfarenhet / omedelbar effekt vid enstaka lesioner
• Elektrokirurgi:	kräver erfarenhet / anestesi ofta nödvändig
• Laser:	kräver erfarenhet

## FAKTARUTA

- HPV-infektion är mycket vanlig och majoriteten av sexuellt aktiva kommer att smittas.
- Infektionen är oftast symptomfri.
- Patienten bör upplysas om att kondylom försvinner spontant i de flesta fall. Behandlingen bör inte medföra mer obehag än vad infektionen i sig ger.
- Svårläkta sprickor i bakre introitus kan bero på HPV. De kan orsaka samlagssmärta.
- Riktad biopsi efter ättiksyrapensling bör utföras vid misstänkt dysplasi. Vid oklara förändringar kan PAD i kombination med HPV-test vara befogad.
- Kondylom i vestibulum bör ej behandlas. Det finns risk att vestibulit uppkommer.

## Referenser

1. Woodman CBJ, Collins S, Winter H, *et al.* Natural history of cervical human papillomavirus infection in young women: a longitudinal cohort study. *Lancet* 2001; 357(9271):1831-6.
2. Jonsson M, Karlsson R, Rylander E, *et al.* The silent suffering woman – a population based study on the association between reported symptoms and past and present infections of the lower genital tract. *Genitourin Med* 1995;71:158-62.
3. Beutner K, Ferency A. Therapeutic approaches to genital warts. *Am J Med* 1997;102:28-37.
4. Beutner K, Wiley D. Recurrent external genital warts: A literature review. *Papillomavirus Report* 1997;8:69-74.



# Dermatiter och Dermatoser

*Carin Anagrius, Kari Dunér, Karin Edgardh, Monica Essén, Eva Hradil, Gun-Britt Löwhagen, Elisabet Nylander-Lundqvist och Martin Stjernquist*

## Eksem

Eksem och dermatit används ofta synonymt och motsvarar en inflammation i epidermis. (Histologiskt ser man spongios (vakuoliserade svullna keratinocyter), acantos (förtjockning av cellagret i epidermis) samt ett dermalt perivaskulärt lymfocyttärt infiltrat. Karakteristiskt för ett eksem är en eller flera av följande förändringar erytem, infiltration, papler och vesikler. Det finns många varianter av eksem såsom atopiska eksem, seborroiskt eksem, kontakteksem och lichen simplex. Kliniskt kan man i allmänhet inte särskilja dessa typer av eksem i vulva. Anamnes liksom undersökning av hela hudkostymen inklusive hårbotten får bli vägledande. De vanligaste eksemen i vulva är det icke-allergiska kontaktekset och lichen simplex (kroniskt riveksem).

## Icke allergiskt/irritativt kontakteksem

Huden i vulva förefaller ha en ökad känslighet för irritativa ämnen, vilket kan vara uttryck för en annorlunda barriärfunktion. Upprepade applikationer av irritanter, även i låga koncentrationer, kan framkalla eksem i vulva. Ofta är det flera samverkande skadliga faktorer som leder fram till att ekset uppträder. Det kan vara:

- Lokala medel såsom tvål, svampmedel, krämer för intimhygien mm
- Mekaniska faktorer såsom spinning, ridning, cykling, bindor mm
- Flytning p g a vaginit eller cervicit.

Irritativt eksem i vulva ses oftare hos individer med atopisk hereditet och anamnes liksom hos seborroiker.

## Symtom

Klåda, sveda.

## Klinisk bild

Eksembild över labia och ibland ut mot ljumskarna med rodnad, fjällning, och varierande grad av ödem, ibland fissurer (spec vid sekundär candidainfektion).

Sekundärinfektion är vanligt och kan då försvåra diagnosen.

## Diagnostik

Anamnesen viktigt (tvättvanor? lokalbehandlingsmedel/naturpreparat? atopiker? seborroiker? )

Vaginit/ cervicit måste uteslutas.

## Differentialdiagnoser

Svamp, trichomonas, ospecifika vaginit som kan resultera i en irritation i vulva.

## Behandling

Eliminering av provocerande faktorer. Grupp I – II steroid n.b. Vid utebliven effekt ska kontaktallergi misstänkas och patienten skickas till hudläkare för lapptest (epikutantestning).

## Allergiskt kontakteksem

Primärt allergiskt kontakteksem är ovanligt i vulva.

Vanligaste orsaker är:

- Medikamentella beredningar såsom neomycin, chionoform, lokalanaestetica, Kortikosteroider.
- Gummi i kondomer. Latex ger i allmänhet en urtikariell reaktion men andra tillsatser i gummit kan ge kontaktallergiskt eksem.
- Nagellack

Klinisk bild och symtom är desamma som vid det irriterande eksemet.

## Lichen simplex

### (kroniskt riveksem, neurodermit)

Karakteristiskt för detta eksem är en lichenifiering = förgrovnings av huden.

Orsaken är rivning av huden och man talar om den s.k. klådcirkeln. Klådan leder till rivning som leder till eksem som ger mer klåda osv. Vanligare hos atopiker (sänkt klådröskel) samt under stressperioder.

## Symtom

Långvarig klåda, kvinnan ej alltid medveten om rivning som kan ske i sömnen.

## Klinisk bild

Vanlig lokalisation är labia majora, ibland ensidigt. Huden är förtjockad och den normala hudteckningen förstärkt. Ofta fjällning och exkorationer.

## Differentialdiagnoser

Många kliande deramatoser kan på grund av rivning bli lichenifierade såsom t.ex. lichen planus. Lichen sclerosus och psoriasis.

## Behandling

Går ut på att bryta klådcirkeln. Grupp III-steroider nedtrappande under 4-6 veckor. Stor risk för recidiv. Ge återbesökstid. Ev. initialt sedativa till natten.

## Psoriasis

Psoriasis är en hereditär inflammatorisk hudsjukdom (prevalens 1-5 %) med ökad proliferation av epidermis som ger de karakteristiska stearinliknande, fjällande lesionerna. Om en förälder har psoriasis är risken för barnet 25%, om båda föräldrar har psoriasis är risken 60-70%.

Sjukdomen är associerad med vissa HLA-grupper.

## Provokationsfaktorer

- Trauma - fysikaliska, kemiska och mekaniska skador kan leda till utveckling av psoriasislesioner på det skadade området (Köbnerfenomen).
- Infektion - särskilt streptokockinfektion.
- Endokrina faktorer - sjukdomen kan debutera i puberteten eller i menopausen. Kan bli bättre under graviditet men även sämre (den svåra pustulära formen).
- Farmaka, alkohol m.m.
- UV-ljus - vanligen läks psoriasis vid exposition för UV-ljus. En liten grupp patienter kan emellertid försämrats.

## Symtom

Oftast diskreta besvär, mer sveda än klåda.

## Klinisk bild på hudkostymen

Vanligast är *plaque psoriasis*. Angriper arm-bågar, knän och hårbotten. Disseminerad plaque psoriasis kan involvera hela kroppen med små efflorescenser. Hos unga kan efter halsinfektion ses akut form s k *guttat psoriasis*, som ger små papler.

## Psoriasis i vulva

Ca var fjärde person med psoriasis på huden har även förändringar genitalt.

Den variant av psoriasis som man ser genitalt är ofta förenad med förändringar i veckan såsom under bröstet, ljumskar och axiller. Den kallas invers psoriasis och är vanligare hos seborrhoiker.

## Klinisk bild

Symmetrisk utbredning över labia och ofta perianalt, rodnade glänsande välvgränsade förändringar. Diagnosen svår om inte fjällning finns med i bilden. Stöd för diagnosen genom att titta i hårbotten, psoriasisnaglar, naveln!

## Symtom

I motsats till vid eksem ingen nämnvärd klåda utan mer sveda.

## Behandling

Lokala steroider grupp II-III. Svårare fall som recidiverar pröva Vitamin D salva/kräm (Daivonex) eller/och ljusbehandling.

## Lichen sclerosus

Lichen sclerosus (LS) är en kronisk, recidiverande inflammatorisk sjukdom med okänd etiologi och oklar patogenes. Den förekommer hos båda könen i alla åldrar, även hos barn, men i högre frekvens hos kvinnor och oftast efter menopaus. Familjär anhopning förekommer liksom en koppling till autoimmuna sjukdomar. I alla stadier av sjukdomen

ses en ökning av Langerhans celler, vilka sannolikt underhåller en fortgående inflammatorisk process. Sjukdomen är oftast lokaliserad till den anogenitala huden (90%).

## Symtom

Inga alls eller klåda som kan vara mycket svår. Eventuella sår ger sveda.

## Klinisk bild i vulva

Karaktäristisk blekhet i vulvahuden och ofta atrofi samt synekier mellan labia minora. Labiae minora kan helt resorberas och försvinna. Klitoris kan täckas och introitus kan försvinnas av både främre och bakre sammanväxningar. Områden med hyperkeratos ses ofta. Perineum, introitus, yttre och inre blygdläppar liksom klitoris kan vara angripna. Erosioner kan förekomma i nämnda områden. Petechier och små hämangiomer ses ibland.

## Diagnostik

Biopsi bör erhållas för definitiv diagnos. Epidermis är oftast tunn och slät men kan även vara hyperkeratotisk med akantos och förlängda retetappar. Mest typisk är en hyalinisering av underhuden som nedåt begränsas av ett bandformigt cellinfiltrat. Extravasala erythrocyter är vanliga.

## Differentialdiagnoser

Lichen ruber, HPV-infektion, VIN.

## Behandling

Högpotent steroid (clobetazol) lokalt varje kväll i en månad med successiv nedtrappning under två månader. Ibland krävs underhållsbehandling 1-2 ggr/vecka och intensivkur med daglig behandling kan upprepas. För undvikande av överbehandling skall små mängder förskrivas (25 g/3 mån). Uteslut superinfektion med svamp eller bakterier.



## Prognos

Besvärsfrihet uppnås oftast med steroidbehandling enligt ovan. Ökad risk för utveckling av skivepitelcancer i vulva föreligger (5%). Eroderande former bör kontrolleras och vid behov biopseras. Besvärsfri patient kan kontrolleras vartannat år. Viktigt är att patienten hör av sig vid försämring, framför allt sår i vulva.

### FAKTARUTA

- Lichen sclerosus (LS) är en vanlig vulvadermatos.
- Biopsi ger definitiv diagnos.
- Viss ökad risk för utveckling av vulvacancer föreligger hos kvinnor med LS.
- Behandling: högpotent steroid (clobetazol) lokalt varje kväll i en månadmedsuccessiv nedtrappning till underhållsbehandling.

## Lichen ruber planus

Lichen ruber planus eller lichen planus (LP) är en mucocutan lymfocytmedierad inflammatorisk sannolikt autoimmun dermatit. Aktiverade T-celler attackerar basala keratinocyter som börjar producera cytokiner, vilket resulterar i en graftversus-hostliknande skada. Vissa mediciner anses kunna initiera LP.

### Symtom

Klåda. Vid erosiv LP sveda och dyspareuni och ibland blodig flytning.

### Klinisk bild

*Hudkostymen:* i typiska fall platta, blåviolettera papler på keratiniserad hud.

*Munnen:* rodnad och/eller vita stråk i kindslemhinnan ("mjölkstänk") eller gin-giva.

*Vulva:* kan drabbas enbart eller som del i generell inflammation. I vulva uppträder LP i tre former:

- Klassisk LP. Små kliande papler på labia majora.
- Hypertrofisk LP. Hela anogenitalregionen kan vara angripen och lesionerna är vita, hyperkeratotiska och konfluerande med sprickor och erosioner. Förändringen är svår att skilja från lichen sclerosus (LS).
- Erosiv LP är en svår, recidiverande form av lichen ruber som kan drabba slemhinnor i vulva, vagina och munhåla. På labia minora finns antingen blekt atrofiskt epitel eller erythematösa områden, ofta med en vit rand gränsande mot den normala slemhinnan. Erosioner kan finnas både i vulva och vagina. Synekibildning i vulva och/eller vagina kan omöjliggöra coitus. En del fall som kallats deskvamativ vaginit kan vara LP. Man bör titta efter munförändringar som ofta förekommer samtidigt. Man kan finna ett retikulärt vitt mönster i kindslemhinnan, men oftare är gingivan röd och erosiv. Även tungan kan uppvisa förändringar. LP i munnen kan vara symtomlös, men även orsaka svår sveda. Ibland har tandläkaren redan noterat munförändringar, biopserat och fått diagnos.

### Diagnostik

Förutom klinisk bild även histopatologi som visar ett subepidermalt tätt lager av inflammatoriska celler, huvudsakligen lymfocyter, som når ända upp till basalcellslagret och leder till basal degeneration. Sågtandsliknande avgränsningar av epitelet (acantos) kan förekomma. Vid erosiv lichen är den histologiska bilden inte alltid typisk utan kan visa ospecifik inflammatorisk bild. I wet smear finner man kraftig leukocytos och mängder av parabasalceller och avsaknad av lactobaciller.

## Differentialdiagnoser

Lichen sclerosus, eksem. Vid erosiv lichen: uttalad vaginit. Plasmacellsvulvit.

## Behandling

Potenta lokala steroider i första hand. Vaginal applikation av kortison för rektal applikation (Colifoam) kan vara effektivt, eftersom medlet vidhäftar som en hinna på slemhinnan. Andra behandlingar med t ex retinoider, cyklosporin A eller tacrolimuskräm bör skötas av dermatolog. Behandlingen vid erosiv lichen syftar förutom till symtomlindring även till att motverka stenosering av vagina och bör om möjligt kompletteras med någon form av dilatation (samlag).

Kirurgi har inget värde vid LP. Patienter med erosiv lichen i vulva bör handläggas i samråd med specialintresserad dermatolog/gynekolog och vid oral lichen även i samråd med specialist i oral medicin.

## Prognos och förlopp

Kronisk, recidiverande sjukdom. Viss men liten risk för malign transformation i LP-aficierad hud har rapporterats. I de fall man funnit skivepitelcancer i vulva har diagnosen lichen planus många gånger ställts efter cancerdiagnosen och i flera fall har patienten haft både LS och LP.

## Plasmacellsvulvit

En ovanlig kronisk inflammation som involverar vestibulum och labia minora. Diagnosen är i frågasatt som egen identitet. Den har betraktats som en som variant av LP.

## Symtom

Klåda och kraftig sveda.

## Klinisk bild

Erytematöst sammetsliknande utseende i vulva.

## Diagnostik

Histopatologi kan särskilja från LP. Plasmacellsvulviten karakteriseras av ett bandformigt cellinfiltrat dominerat av plasmaceller. Lues måste därför uteslutas serologiskt.

## Behandling

Tillståndet är mycket terapiresistent. Grupp III-IV steroid lokalt kan ge symtomlindring. Värdet av antibiotika (klindamycin) bör bedömas från fall till fall.

## Referenser

1. Ridley CM, Neill S Eds. The Vulva, , 2<sup>nd</sup> ed. Blackwell Science Ltd 1999.
2. Leibowitch M, Staughton R, Neill S, Barton S, Marwood R: An atlas of vulvar disease.
3. Edward J, Wilkinson E, Stone K Eds. Atlas of vulvar disease 1995.
4. Sand Petersen C, Weisman K, Klem Thomsen H. Skin diseases of the Vulva 1995.



# Sår i vulva

*Karin Edgardh*

Ytliga sår i vulva är vanliga fynd hos kvinnor som söker läkare på grund av genital klåda, sveda och ytlig dyspareuni. Djupa sår i vulva, ulcerationer, är ovanligare, och erosioner och sår i vagina är sällsynta. Nedanstående är avsett som enkel hjälpreda för differentialdiagnostik. För fullständig text om olika sjukdomstillstånd hänvisas till övriga kapitel.

## Erosioner och fissurer

Genitala erosioner, dvs rundade ytliga sår, kan förekomma både på hud och slemhinna i vulva. Ytliga sprickor, fissurer, är vanligare. Fissurer är mestadels vertikala, och finns i vulvas bakre omfång. Typisk lokalisering är bakre vestibulum, som tänjs vid coitus. Fissurer förekommer också i omslagsveckan mellan de yttre och inre blygdläpparna.

## Genital herpesinfektion

Genital herpes är den vanligaste orsaken till erosioner i vulva. Det "klassiska" insjuknandet är lätt att känna igen, och patienten har ont. Kliniskt ses en eller flera avgränsade grupper av erosioner i vulva. Vesiklerna spricker vanligen så snabbt att de inte ses vid genitalundersökning. Majoriteten med genital herpes känner dock ej till sin infek-

tion, då utslaget kan vara mycket diskret med snabbt övergående epiteldefekter. Vid recidiv förekommer dock ofta, men inte alltid, prodromalsymtom i form av stickningar eller andra parestesier.

**Rekommendation** – kontrollera för herpes med virusodling och typning vid alla typer av fissurer och erosioner i vulva.

## Irritationseksem och candidavulvovaginit

Vanlig orsak till fissurer i vulva är irritationseksem. Infektion eller ekologisk störning av vaginalfloran, som vid candidavulvovaginit, kan bidra. En bedömning av utlösande faktorer inklusive bedömning av vaginal flora är en förutsättning för diagnos. "The six o'clock split" – en djup fissur i mittlinjen av bakre vestibulum och bakre kommissuren – förekommer typiskt vid vulvaeksem och/eller candidavulvovaginit samt någon gång vid lichen sclerosus. Orsaken bör identifieras och behandlas, sårläkning följas upp. Kirurgisk åtgärd behövs då vanligen ej.

**Rekommendation** – vid fissur, gör mikroskopisk avvåtutstryk med avseende på hyfer, komplettera med odling för candida från vagina och eventuellt vulva.

## Östrogenbristatrofi

Fissurer kan förekomma på glatt och tunn hud och slemhinna i vulva, främst i bakre vestibulum. Låker med lokal substitution.

## Lichen sclerosus

Vid obehandlad lichen sclerosus förekommer fissurer och någon gång erosioner. Ett observandum är att epitelskador och sårbildning hos dessa patienter kan ha malign potential.

**Rekommendation** - stansbiopsier ska tas på generös indikation.

## Djupa sår - Ulcerationer

Genitala ulcerationer är ovanliga i Skandinavien. En god regel är att kontrollera WR. Generaliserade hudslemhinnensjukdomar som drabbar kroppsöppningar kan självfallet drabba vulva, som t ex Stevens-Johnson-syndromet.

## Aftösa sår

Aftösa sår förekommer vanligen i munhålan, men genital lokalisation med smärtsamma recidiverande sår förekommer. Dessa sår har tidigare gått under benämningen *ulcus acutum vulvae*. De är vanligare hos yngre kvinnor, och kan ha samband med Epstein-Barvirusinfektion. Vanligen har patienten också orala sår, men inte samtidigt med de genitala. Medan såren i munslemhinnan är millimetersmå, är vulvasåren större, ofta ett-tre till antalet, har oregelbunden form och gulaktig fibrinbeläggning. Spontan sårhäkning kan dröja ett par veckor. Diagnosen ställs på basen av sårens utseende, sjukhistoria med oral afte, samt allmänt hudstatus med utelsutande av ulcerationer av annan genes, som herpes, syfilis, Mb Bechet, Mb Crohn, fixt läkemedelsexanthem, erythema multiforme, blåsdermatoser. Den histopatologiska bilden är ospecifik. Genitala aftösa sår progredierar inte med risk för systemmanifestationer som Mb Bechet.

Peroral steroidbehandling (t ex prednisolon 40-60 mg dagligen i 3-7 dagar) ger prompt lindring. Thalidomid prövas vid svåra besvär, licensansökan krävs.

**OBS!** Den histopatologiska bilden är ospecifik.

## Morbus Bechet

Mb Bechet är en systemsjukdom med arterit, förekommer ytterst sällan hos skandinaver men är vanligare i Turkiet och Japan. De genitala såren har samma utseende som aftösa sår, möjligen djupare. Ögonsymptom och ledbesvär hör till den kliniska bilden. De genitala ulcerationerna har ingen specifik histopatologi. Sedvanlig differentialdiagnostik med avseende på genital ulceration inklusive WR, utredning sker hos reumatolog eller dermatolog.

**OBS!** Systemsjukdom, den histopatologiska bilden är ospecifik.

## Erosiv genital lichen planus

Den erosiva och smärtsamma formen av lichen planus kan drabba genitalslemhinnan med varierande utbredning av ilsknen rodnad av vagina och vestibulum. Deskvamativ vaginit med riklig tunn gul flytning, omogna vaginaepitelceller och kraftig inflammatorisk reaktion förekommer. Sjukdomen kan ge adhesionser och stenosering av vagina.

**OBS!** Stansbiopsier tas från områden med intakt epitel i vulva, helst med vitt retikulärt mönster. Biopsier från eroderad slemhinna och sårytor blir ospecifika.

## Syfilis

Syfilis är en sexuellt överförbar infektion orsakad av en spirochet, *Treponema pallidum*. Syfilis hör till de sexuellt överförbara infektioner som omfattas av Smittskyddslagen, och som rapporteras till Smittskyddsinstitutet. Under senare decennier har endast enstaka fall diagnostiserats. Syfilis indelas i primär, sekundär och tertiär infektion. "Klassisk" primärinfektion ger en eller flera ulcera-

tioner i vulva, den s k primära schankern. Från ett lokaliserat erytem med papel bildas sår som är cm-stort, med fuktande och djup sårbotten och vallartad kant. Såret /såren är inte smärtande om inte utpräglad sekundär bakterieinfektion föreligger. Regionala förstörade oömma lyfkörtlar är vanligt. Primärlesionen kan också föreligga intravaginalt eller extragenitalt, t ex i munhålan efter orogenital kontakt. Inkubationstiden för syfilis är 10-90 dagar, men sårbildningen sker redan efter två veckor. Obehandlad kvarstår primärinfektionen i 3-8 veckor.

**Rekommendation** – kontrollera serologiskt test för syfilis vid genitåla ulcerationer. Cardiolipintest (WR, VDRL) används för screening, och specifika treponemala test (TPI, FTA-ABS, TPHA) är konfirmerande test. Specifika tester kvarstår positiva efter behandling. Misstänkt syfilis är fall för venerologspecialist. Patienten ska remitteras utan att antibiotika givits systemiskt eller lokalt.

## FAKTARUTA

- Eftersträva exakt diagnos vid fissurer, erosioner och ulcerationer i vulva och vagina. Infektion? Eksem? Annan hudsjukdom? Malignitet?
- Vanligaste orsakerna till fissurer och erosioner är irritationseksem, candidavulvovaginit och herpes-infektion.
- Kontrollera alltid för herpes med virusodling och typning vid fissur och /eller erosion. Gör mikroskopi av våtutstryk med avseende på hyfer, och komplettera med odling för candida från vagina och eventuellt vulva. Vid recidiverande candida, begär typning och resistensbestämning.
- Observera att genitala sår kan orsakas av hud-slemhinn sjukdom eventuellt systemsjukdom. Kontrollera läkemedelsanamnes, hudstatus och inspektera munhålan.

## FAKTARUTA

- Stans (4-6 mm) används för biopsi. Biopsi tas vanligen från kantzoner av sår. Ange i journal exakt var biopsier tagits.
- Vid misstanke om erosiv lichen planus tas stansbiopsier från området med intakt epitel i vulva, idealt från område med vita retikulära stråk. Biopsier från eroderad slemhinna och sårytor blir ospecifika. Vid misstanke om aftöst genitalt sår och Mb Bechet ger PAD ej differentialdiagnos.
- Vid ulcererande genital dermatos och misstanke om blåsdermatos, samråd med dermatovenereolog om utredning och behandling.
- Kontrollera serologiskt test för syfilis vid genitala ulcerationer. Misstänkt syfilis är fall för venereologspecialist. Patienten ska remitteras utan att antibiotika givits systemiskt eller lokalt.

## Referenser

European STD Guidelines. Int J STD & AIDS 2001;12:suppl. 3.

Oriel JD. Infective conditions of the vulva. In *The Vulva*, ed Ridley CM and Neill SM, 2<sup>nd</sup> ed. Blackwell Science Ltd 1999. ISBN 0-632-04768-2.

Ridley CM, Neill SM. Non-infective cutaneous conditions of the vulva. In *The Vulva*, ed Ridley CM and Neill SM, 2<sup>nd</sup> ed. Blackwell Science Ltd 1999. ISBN 0-632-04768-2.

# Benigna papulösa förändringar

*Eva Rylander*

## **Atherom (epidermiscystor)**

Den vanligaste typen av cystor i vulva. De innehåller keratinöst celldebris och materialet har talgliknande utseende.

## **Symtom**

Syns eller känns.

## **Diagnostik**

Öppna cystan och talgliknande innehåll går att klämma ut som pormaskar.

## **Behandling**

Vid besvär på grund av stora, många eller infekterade cystor kan de öppnas med laser och innehållet brännas bort eller pressas ut.

## **Hidradenitis suppurativa**

Inflammatorisk sjukdom som involverar huvudsakligen apokrina körtlar. Abscessbildningen vid hidradenitis suppurativa liknar den vid acne, dvs obstruktion av apokrina körtlars utförsångar uppkommer. I vissa fall ingår hidradenitis suppurativa i den lokala acneprocessen och då ses även komedonbildning. Tillståndet kallas då för acne inversa. Endokrina faktorer spelar roll. Sjukdomen debuterar efter puberteten men sällan efter 40 års åldern.

## **Symtom**

Syns eller känns. Ofta smärta.

## **Klinisk bild**

Lesionerna liknar acne, dvs papler, pustler, abscess- och sinusbildningar i genitala och genitokrurala regionen, armhålor, ibland även under bröstet. De förekommer således där apokrina körtlar är som tätast. Tillståndet kan vid exacerbation ge svåra smärtor och lokalt cellulitbild. Efter att abscesserna tömt sig uppkommer lugnt skede. Den inflammatoriska processen destruerar folliklar. Detta leder till sinusbildningar och fibros. Förloppet är recidiverande. Under graviditet blir patienter förbättrade. Kvinnor med Mb Crohn har en benägenhet att utveckla stora hidradeniter och hos dem ser man även fistelbildningar i dermis. Rökning tycks förvärra situationen.

## **Behandling**

Tillståndet är svårbehandlat. Urbränning med laser är det skonsammaste sättet att ge patienten symtomlindring. Läkningförloppet är snabbare och mindre smärtsamt jämfört med andra kirurgiska åtgärder. Recidiv kan dock inte förhindras.

## **Hidradenom**

Tumör utgående från apocrina svettkörtlar. Uppträder som en enstaka lesion cirka en cm i diameter belägen i interlabialfåran eller på labia majora. Ibland har trycknekros uppstått ytterst i epitelet med en central ulceration som följd. Blödning och sekundär infektion kan uppstå i tumören.



**Diagnos och behandling**

Excision. Histopatologiskt kan tumören misstolkas som ett adenocarcinom.

**Syringom**

Benigna tumörer utgående från eccrina svettkörtlar. De kan finnas var som helst på kroppen, men främst på ögonlocken.

**Symtom**

Ger huvudsakligen kosmetiska bekymmer men klåda kan förekomma.

**Klinisk bild**

På vulva uppträder syringom som multipla hudfärgade papler. Ibland är de osynliga men kan kännas som små bulor.

**Diagnostik**

Histopatologi.

**Behandling**

Om patienten vill ha bort förändringarna, rekommenderas laserdestruktion som är tekniskt enkelt och skonsamt.

**Pilonidalcysta**

Finns över coccyx och betraktas där som kongenital bildning. Förekommer ofta intill klitoris och är där oftare förvärvad. En främmande kroppabscess kan ha uppstått runt hårstrån. Förekommer också i ärrlinjen hos kvinnor som blivit omskurna.

**Symtom**

Kan klia eller ge smärta.

**Behandling**

Excision med t ex laser.

**Accessorisk bröstvävnad**

Vulva liksom axillen ligger i "mjölklinjen" och är rika på apokrina körtlar.

Ibland kan accessoriska mjölkkörtlar uppkomma i vulva. De kan vara svåra att särskilja från hidradenom, lipom, lymfödem, varicer m m.

**Diagnostik och behandling**

Excision rekommenderas eftersom viss risk för sekundär neoplasi föreligger.

**Haemangiom**

Multipla små (1-3 mm) haemangiom blir vanligare med stigande ålder. De beror på dilaterade kapillärer i ytligaste hudskiktet. Ibland är bildningarna större och mörkare eller täckta av hyperkeratiskt epitel (angiokeratom). Plattare förändringar kan likna melanom och de exofytiska är ibland svåra att skilja från kondylom.

**Symtom**

Oftast inga. Ibland kan blödning uppkomma vid skavning i området.

**Diagnostik**

Vanligen räcker inspektion. Någon gång vid större bildning kan biopsi vara indicerat både som diagnostisk och terapi.

**Mensonefriska cystgångar (Vaginala cystor)**

Från rester av embryonala gångar kan cystor bildas inte bara i vagina utan även i vulva.

**Behandling**

Excision endast vid besvär.

## Vestibulariscystor (Skenecystor)

Mucusinnehållande cystor förekommer bland annat intill urethra, där de kan trycka på och deviera urethra och försvåra miktion. Behandling som nedan.

## Bartholinicysta/abscess/cancer

Bartholinikörtelns gångar dilateras på grund av blockering i passagen. Den främsta orsaken anses vara mekanisk irritation, som täpper till öppningen. En abscess (bartholinit) innehåller oftast anerober och sällan något STD agens. Beträffande åtgärd, se kap Chirurgia minor. Cancer i Bartholinikörteln förekommer ibland hos något äldre kvinnor. **OBS!** En nytillkommen svullnad i området i fråga hos en kvinna över 40 år bör åtgärdas även om den är symptomfri.

## Lipom - fibrom

Uppstår från djupare bindväv. Ospecifik vulvatumör utan säkert ursprung. Snabbväxande förändringar bör alltid utredas och avlägsnas.

## Lymfangiom

Utvidgade lymfkärl som bildar lokala vesikler.

## Symtom

Vätskeutsöndring eller kosmetiska besvär.

## Klinisk bild

Vesikler eller papler i vulvahuden.

## Diagnostik

Histopatologi som visar multipla tunnväggiga hålrum fyllda av lymfvätska i dermis och i epidermis. Epitelet kan vara hyperkeratotiskt.

## Behandling

Excision, t ex med laser.

### FAKTARUTA

- Riktad biopsi från papulösa förändringar ger vägledning vid osäker diagnos.
- Laser är ett skonsamt instrument för behandling.

## Referenser

1. Friedrich EG. Vulvar disease WB Saunders company 1983.
2. Ridley CM, Neill S Eds. The Vulva, , 2<sup>nd</sup> ed. Blackwell Science Ltd 1999.
3. Wilkinson E J, Stone I K. Atlas of vulvar Diseases 1995. Ed Williams & Wilkins.



# Vulvapatologi

*Elisabet Nylander-Lundqvist*

**Biopsi för histopatologisk bedömning** är ofta av värde vid diagnostik och bör alltid tas om

1. diagnosen är oklar
2. behandlingen förväntas bli mycket lång, t ex vid lichen sclerosus.

Vid vissa diagnoser är biopsi av mindre värde, t ex kondylom utan atypi, för att skilja mellan psoriasis och eksem.

Om misstanke om svampinfektion föreligger fråga då specifikt efter detta för att speciell färgning ska kunna göras.

## Ordlista

**Akantos:** breddökning av stratum spinosum

**Hyperkeratos:** breddökning av hornlagret

**Papillomatos:** förlängning av papillerna i dermis

**Parakeratos:** kvarvarande cellkärnor i hornlagret

**Spongios:** intercellulära, fläckvisa vätskeansamlingar i epitelet

## Biopsitagning

Efter anestesi med EMLA-krem, ev kombinerat med injektion av lokalbedövning, tages biopsin med (minst) 4 mm stans. Se till att stansen når tillräckligt djupt.

Tag biopsin så att afficerad vävnad verkligen kommer med. Om biopsin tas för långt ut i kanten kan de förändrade områdena mis-

sas. Det är viktigt att epidermis finns med i biopsin för att bedömning ska bli möjlig. Tag alltså inte biopsin mitt i ett sår. För att underlätta bedömningen markera noga på remissen var i vulva biopsin är tagen.

Vid misstanke om blåsdermatos (ovanligt) tas biopsin i kanten av en blåsa. Komplettera med ytterligare en biopsi från kanten av förändringen och skicka den biopsin i Michel's lösning för immunofluorescens.

## Eksem

**Biopsi tages från:** afficerat område

**PAD:** hyper-och/eller parakeratos, ev. spongios, akantos, ytlig perivaskulär inflammation

**Nytta av biopsin:** hjälp vid diagnostik, om tydlig spongios saknas svår att skilja från psoriasis

**Övrigt:** PAD kan inte användas för att skilja mellan olika typer av eksem.

## Kondylom

**Biopsi tages från:** afficerat område

**PAD:** hyperkeratos, parakeratos, akantos, papillomatos (förlängda bindvävspapiller medför vågig eller taggig yta), koilocyter

Koilocytos = uppsvullna celler, perinukleär halo, pyknotisk kärna

**Nytta av biopsin:** ringa vid vanliga kondylom, stor vid misstanke om cellförändringar.

**Lichen ruber****Biopsi tages från:** afficerat område**PAD:** hyperkeratos, hypergranulos, sågandliksnande akantos, skada på basalcellerna, bandformig inlagring av inflammatoriska celler**Nytta av biopsin:** oftast diagnostisk**Övrigt:** tag alltid biopsi för verifiering innan behandling påbörjas.**Erosiv lichen****Biopsi tages från:** om möjligt kantområde där vita stråk finns**PAD:** områden med utseende som vid lichen ruber kan finnas, biopsi från erosion svårbedömd**Nytta av biopsin:** ofta kan upprepade biopsier behövas för att ställa diagnosen.

För diagnos fordras oftast syntes av kliniska och histopatologiska fynd.

**Övrigt:** finns förändringar även i munnen ska dessa också biopsieras.**Lichen sclerosus****Biopsi tages från:** afficerat område**PAD:** hyperkeratos, degenererade basalceller, subepidermal hyalin omvandling av bindväven, därunder inflammatoriska celler**Nytta av biopsin:** diagnostisk om alla karakteristika finns**Övrigt:** om förändringarna är "gamla" eller biopsin tagen i kanten kan ny biopsi behövas för diagnos

Tag alltid biopsi för verifiering innan behandling påbörjas.

**Lichen simplex (neurodermit)****Biopsi tages från:** afficerat område**PAD:** som kroniskt eksem, men erosioner och papillfibros kan finnas**Nytta av biopsin:** differentialdiagnostik, t.ex. mot lichen ruber**Pigmentnaevus****Biopsi tages från:** hela förändringen exstirperas**PAD:** "bollar" av naevusceller**Nytta av biopsin:** stor vid oklara förändringar**Plasmacellsvulvit****Biopsi tages från:** afficerat område**PAD:** förtunnat epidermis, regelbunden spongios, subepidermal, bandformig lymfocyt- och plasmacellinlagring**Nytta av biopsin:** diagnostisk vid typisk bild, men ifrågasatt som egen entitet.**Psoriasis****Biopsi tages från:** lesionens aktiva kant**PAD:** parakeratos (pga den snabba cellomsättningen), ev. spongiforma pustler, breddökade klumpiga retetappar av ungefär samma längd, ödematösa papiller, yttlig perivaskulär inflammation**Nytta av biopsin:** diagnostisk om alla karakteristika finns, kan annars vara svår att skilja från kroniskt eksem.**VIN (=vulvar intraepithelial neoplasia)****Biopsi tages från:** afficerat område**PAD:**

VIN I: atypierna är begränsade till nedre 1/3 av epitelet.

VIN II: förändringar i 1/2-2/3 av epitelet.

VIN III: &gt;2/3 av epitelet (allt räknat från basen).

**Nytta av biopsin:** stor

VAIN (=vaginal i n), CIN (=cervical i n),

PIN (=penile i n).

**Vitiligo****Biopsi tages från:** afficerat område**PAD:** total avsaknad av melanin**Nytta av biopsin:** differentiering mot andra typer av depigmenteringar.

## Vulvapapillomatos (flikighet i vulva)

**Biopsi tages från:** afficerat område

**PAD:** polypform, kondylomkaraktistika saknas

**Nytta av biopsin:** klinisk diagnos, men möjliggör vid tveksamhet differentiering mot kondylom.

## Vulvavestibulit

**PAD:** vanligen inlagring av inflammatoriska celler, denna bild ses även hos friska kontroller

**Nytta av biopsin:** ingen, detta är en klinisk diagnos.

### FAKTARUTA

#### **Biopsi är av**

*stort värde vid*

- dermatoser (utom eksem)
- VIN

*måttligt värde vid*

- eksem

*litet värde vid*

- kondylom
- sår utan epitel

*inget värde vid*

- vulvavestibulit
- "inga synliga förändringar"

#### **Biopsi är alltid indicerad om**

- diagnosen är oklar
- behandlingen förväntas bli långvarig



---

# Vulvavestibulit

*Nina Bohm-Starke, Ingela Danielsson, Pia Hedberg och Eva Rylander*

Vulvavestibulit är ett långdraget smärttillstånd runt slidöppningen som främst drabbar unga kvinnor. Smärtan omöjliggör normalt sexuellt samliv, vilket också påverkar det allmänna välbefinnandet och försämrar parrelationen. Även om vestibulit blivit mer uppmärksammat under senare år, är kunskapen och resurser för omhändertagande begränsade.

## Definition

Begreppet vulvavestibulit inkluderar följande symtom och kliniska fynd:

- smärta vid penetration eller försök till penetration av introitus,
- rodnad i området runt Bartholinikörtlarnas mynningar och i bakre delen av vestibulum,
- kraftig smärta vid beröring med bomullspinne i nämnda områden,
- duration minst sex månader.

Vestibulit började omtalas först på 1970-talet, vilket kan bero på att det är ett tillstånd som blivit vanligare men även att kvinnor idag oftare söker hjälp för besvär som tidigare varit tabubelagda. Då man ursprungligen trodde att det rörde sig om en inflammation fick tillståndet namnet vestibulit. Eftersom så inte tycks vara fallet har the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) föreslagit att begreppet "provoked vulvar dysestesia, localized in

the vestibule" skall användas. Vestibulit har blivit ett mycket inarbetat begrepp och används därför i denna skrift.

**Primär vestibulit** = penetrationsvärta redan vid första försök att föra in tampong eller vid första samlaget.

**Sekundär vestibulit** = smärtfria samlag under varierande period före symtomdebut.

## Prevalens

Vanligast i 20-30 årsåldern. Uppskattningsvis har mellan 2-5% av 20-30-åriga kvinnor aktuella besvär av vestibulit. Kvinnor som genomgått vaginal fölossning drabbas sällan av vestibulit.

## Symtom

Svidande, brännande och mycket intensiv yttlig smärta vid penetration av slidmynningen och ibland efteråt. Besvären kan vara så svåra att kvinnor avstår från samlag i flera år. De flesta kvinnor kan inte använda tampong. Ibland kan smärta framkallas även av trånga kläder, cykling eller ridning.

## Klinisk bild

Rodnad i området runt Bartholinikörtlarnas mynningar och i bakre omfånget av vestibulum. Öppningarna till övriga vestibularismynningar och slemhinnan längs hymenalfåran kan också vara rodnade. Lätt beröring av dessa områden framkallar



intensiv smärta. Bedöm rodnaden först och sedan smärtreaktionen eftersom beröringen i sig kan framkalla erythem. En viss rodnad runt Bartholinikörtlarnas mynningar och i fossa naviculare kan förekomma även hos kvinnor utan samlagssmärta.

Även hos friska kvinnor kan slemhinnan runt Bartholinikörtlarnas mynningar vara känslig, men vid vestibulit är berörings-smärtan där mycket starkare.

## Diagnos

Den mycket typiska anamnesen och kliniska bilden räcker i de flesta fall för att ställa diagnosen.

## Histologi och fysiologi

Biopsi ger ingen vägledning i diagnosen.

Aktiv inflammation tycks inte föreligga enligt studier som visar att uppreglerade inflammatoriska markörer saknas. Detta fynd stöds av den kliniska erfarenheten att kortison inte är verksamt. Vestibulum-slemhinnan hos kvinnor med vestibulit innehåller fler ytliga nervfibrer jämfört med friska kvinnor. Man finner även sänkta smärtrösklar i vestibulum vilket talar för en allmän smärtöverkänslighet i detta område hos kvinnor med vestibulit.

## Etiologi

För närvarande känner man inte till någon enskild orsak som förklarar varför kvinnor får vestibulit. Troligtvis finns flera samverkande faktorer till att besvären uppkommer. Hos en del kvinnor är den somatiska komponenten mest uttalad men hos andra dominerar psykologiska eller psykosexuella faktorer. Följande orsaker har främst diskuterats: 1) infektioner, 2) lokalbehandlingar, 3) hygienvanor, 4) hormoner, 5) psykosexuella orsaker.

Samtliga faktorer kan leda till ökad friktion och påfrestning av vestibulums slemhinna.

## Infektioner

### *Candida*

Symtomdebut sker ofta efter upprepade candidavulviter. Ofta beskriver kvinnan att de initiala lokalbehandlingarna mot svamp fick bort klådan och flytningen men att sveda uppstod i samband med samlag och att svedan successivt förvärrats.

### HPV

Man har tidigare diskuterat eventuellt samband mellan HPV och vestibulit, men HPV DNA har inte påvisats i vestibulitslemhinnan i högre utsträckning hos kvinnor med vestibulit jämfört med friska kvinnor. HPV kan ge hyperkeratos med sprickbildningar, som orsakar samlagssmärta men detta tillstånd skall inte kallas vestibulit.

## Tidigare behandlingar

Receptfria lokalantimykotika misstänks ibland kunna orsaka lokal irritation. Kemisk eller kirurgisk behandling av kondylom i vestibulum kan eventuellt framkalla kronisk smärta i området. Oavsett vilken behandlingsmetod som används mot kondylom, så uppkommer en inflammatorisk reaktion i slemhinnan.

## Hygienvanor

Överdriven tvättning och bruk av trosskydd kan irritera vulvaslemhinnan. En del hygienprodukter innehåller konserveringsmedel och andra lokalirriterande ämnen som kan försvaga slemhinnebarriären och framkalla irritation (se kapitel Dermatoser).

## Hormoner

De flesta kvinnor med vestibulit tillhör ålderskategorin som använder p-piller i hög utsträckning. Nya studier har visat ett signifikant samband mellan vestibulit och tidig debut av p-piller och duration mer än två år.

## Psykosexuella faktorer

Flera studier har visat att många kvinnor med vestibulit även har andra kroppsliga symtom, vilket har tolkats som att det finns ett psykosomatiskt inslag i bilden. Vare sig detta är primärt eller sekundärt till vulvasmärtan bör hänsyn tas till detta vid behandlingen. Det finns däremot inga studier som visar att kvinnor med vestibulit har en annorlunda psykosexuell bakgrund för tiden *före debut* av besvären och inte heller att det skulle finnas något samband mellan vestibulit och sexuella övergrepp. Däremot är det väl känt att kvinnor med vestibulit skiljer sig i sin sexualitet på många sätt jämfört med friska kvinnor. De har sällan penetrationssex på grund av smärtan och de hamnar lätt i en ond cirkel där smärtan och rädslan för smärta hämmar lusten.

Sekundär vaginism är mycket vanlig hos kvinnor med vestibulit. Därigenom försvåras introitus och mekanisk irritation uppstår, vilket kan underhålla smärttillståndet. Dessa kvinnor anger att något "tar emot" vid penetration.

## Differentialdiagnoser

Den vanligaste differentialdiagnosen är kronisk candidavulvit. P-piller påverkad slemhinna kan också sannolikt ge en liknande bild. Symtombilden vi primär vaginism och erosiv lichen kan likna den vid vestibulit.

## Behandling

Alla gynekologer, venereologer och intresserade allmänläkare bör kunna ställa diagnosen. Behandling bör i svåra fall tillsvidare handhas av läkare med specialkunskap om vestibulit i samarbete med bl a barnmorskor/sjuksköterskor, kuratorer, psykologer och sjukgymnaster. På några kliniker finns nu "team" med brett psykologiskt och somatiskt omhändertagande av patienterna.

Eftersom orsaker till vestibulit varierar, skiljer sig även behandlingen från fall till fall. Frekvensen av spontanläkning är inte känd, men ju tidigare i förloppet man intervenserar, desto större är troligen möjligheten till läkning.

## Primärt omhändertagande

- Noggrann somatisk och psykosexuell anamnes.
- Undervisande gynekologisk undersökning (se kapital Pedagogisk vulvaundersökning).
- Information om tänkbara orsaker till smärtan samt om olika behandlingssvägar. Läkning kan ske med hjälp av enbart stödjande kontakt. Försiktig optimism kan vara motiverad!
- Sätt ut eventuell pågående lokal behandling. Rekommendera eventuellt paus med p-piller i minst tre månader efter att menssen kommit igång, speciellt vid kortvariga besvär.
- Hygienråd: minska tvätt med tvålprodukter och användning av trosskydd mellan menstruationerna. Rekommendera olja och mjukgörande salva.
- Diskutera sexuell teknik, avråd från smärtsamma samlag, uppmuntra till sex utan penetration.
- Avvakta i övrigt. Erbjud uppföljning, eventuellt tillsammans med partner.

## Övriga behandlingar

Det finns mycket få kontrollerade behandlingsstudier, men flera olika behandlingar har prövats eller är under utvärdering. Om kvinnan ej förbättras kan följande behandlingar prövas:

- Kvinnan instrueras att spänna och slappna av sin bäckenbotten muskulatur och uppmanas att träna det hemma (vaginismträning).

- Sjukgymnastik och elektromyografisk biofeedback, vilka ffa syftar till att sänka muskeltonus i bäckenbotten.
- Upprepade dagliga appliceringar av lokalanestetika (Xylocaingel 2% svider inte) som desensibilisering av nerver och vid samlag.
- Tricykliska antidepressiva i smärtlindrande syfte. Dosering: 10 mg till natten med upptrappning 10 mg varje vecka upp till 50-75 mg.
- Kognitivt inriktad beteendeterapi med mål att bryta smärtbeteendet och därigenom successivt reducera smärtupplevelsen.
- Stödkontakt med "team" (läkare/kurator/psykolog/sexolog/barnmorska/sjuk-gymnast).
- Akupunktur.
- Operation kan vara indicerad när det smärtande området är begränsat till bakre delen av vestibulum och ingen annan behandling hjälpt. Enligt flera studier är resultaten goda vid noggrann selektion av patienter. Ingreppet bör enbart utföras av specialintresserad och tränad operatör (se kapitel Chirurgia minor).

#### FAKTARUTA

- Vulvavestibulit som ger svår yttlig samlagssmärta är ett vanligt tillstånd hos unga kvinnor.
- Etiologin är sannolikt multifaktiell där en kombination av somatiska och psykologiska faktorer gör att tillståndet får sin långdragna karaktär.
- Diagnosen ställs genom noggrann smärtanamnes och inspektion och palpation av vulva.
- Vanligaste differentialdiagnos är recidiverande svampinfektion.
- Naturalförloppet är inte känt, men självläkning sker sannolikt snabbare om påfrestningarna på slemhinnan minskar.
- Olika behandlingsalternativ är under utprovande. De flesta av dessa är resurskrävande. Operation kan rekommenderas i utvalda fall, då annan behandling ej hjälpt.

## Referenser

1. Friedrich EG, Jr. Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med* 1987;32:110-4.
2. Bergeron S, Binik YM, Khalife S, Pagidas K. Vulvar vestibulitis syndrome: a critical review. *Clin J Pain* 1997;13:27-42.
3. Bohm-Starke N, Rylander E. Vulva-vestibulit, svårbehandlat tillstånd med oklar etiologi *Läkartidningen* 2000;43: 4832-36.
4. Bohm-Starke N, Hilliges M, Falconer C, Rylander E. Increased intraepithelial innervation in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecol Obstet Invest* 1998;46:256-60.
5. Bohm-Starke N, Hilliges M, Brodda-Jansen G, Rylander E, Torebjörk E. Psychosocial evidence of nociceptor sensitization in vulvar vestibulitis syndrome. *Pain* 2001;94:177-83.
6. Danielsson I, Eismann M, Sjöberg I, Wikman M. Vulvar vestibulitis: a multifactorial condition. *BJOG* 2001;108:456-61.
7. Danielsson I, Sjöberg I, Östman C. Acupuncture for the treatment of vulvar vestibulitis: a Pilot study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:437-41.
8. Bergeron S, Binik YM, Khalife S, Pagidas K, Glazer HI, Meana M, *et al.* A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain* 2001;91:297-306.
9. Bohm-Starke N, Hilliges M, Brodda-Jansen G, Rylander E, Torebjörk E. Psychosocial evidence of nociceptor sensitization in vulvar vestibulitis syndrome. *Pain* 2001;94:177-83.
10. Danielsson I, Eismann M, Sjöberg I, Wikman M. Vulvar vestibulitis: a multifactorial condition. *BJOG* 2001;108:456-61.
11. Danielsson I, Sjöberg I, Östman C. Acupuncture for the treatment of vulvar vestibulitis: a Pilot study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:437-41.
12. Bergeron S, Binik YM, Khalife S, Pagidas K, Glazer HI, Meana M, *et al.* A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain* 2001;91:297-306.



# Dysetesisk vulvodyni

*Nina Bohm-Starke och Eva Rylander*

Dysetesisk vulvodyni är ett oprovocerat smärttillstånd som främst drabbar äldre kvinnor. Tillståndet är relativt ovanligt och det finns inga säkra uppgifter angående prevalensen.

## Etiologi

Neuralgisk smärta utlöst av någon form av påverkan på de nerver som försörjer vulva (n. pudendus, n. iliohypogastrica, n. ilioinguinalis och n. genitofemoralis). Neuralgier av detta slag kan uppkomma på grund av obstetrisk eller annan mekanisk skada. Spända bäckenmuskler, instabilitet eller felställning i höft eller sacroiliacaleder kan orsaka irritation eller tryck på nerverna som löper genom bäckenet. Postherpetisk neuralgi förekommer också. I de flesta fall kan man inte säkert förklara smärtan.

## Symtom

Oprovocerad brännande smärta i vulva och ibland även i perineum. Ofta hästskoformad utbredning. Smärtan är oftast lindrigast på morgonen men finns sedan mer eller mindre uttalad under hela dagen. Kortvariga skarpa smärtsensationer kan lagras sig ovanpå en mer molande dov smärta. Ryggsmärtor och symtom från urinvägarna är också vanligt förekommande hos dessa kvinnor. Samlagsmärtan föreligger oftast inte.

## Klinisk bild

Man finner oftast inget avvikande i status; varken rodnad eller smärta vid beröring eller tryck över olika delar av vulva.

## Behandling

Tricykliska antidepressiva 10 mg till natten i en vecka. Därefter ökas dosen med 10 mg per vecka upp till 50-100 mg. Denna dos är ju betydligt lägre än den som används vid depression och biverkningar som trötthet, muntorrhet och viktökning är mindre uttalade jämfört med traditionell antidepressiv behandling. Lindring av smärtan ses efter 4-6 veckor. Behandlingen bör pågå i minst sex månader. På senare tid har även gabapentin (Neurontin) prövats med bra resultat. I vissa fall kan sjukgymnastik, akupunktur och massage ha effekt.

### FAKTARUTA

- Oprovocerad brännande smärta med diffus utbredning i vulva.
- Inget avvikande i status.
- Amitryptilin 10 mg till natten med upptrappning 10 mg per vecka upp till 50-100 mg.

## Referens

Ridley CM, Neill S Eds. The Vulva, , 2<sup>nd</sup> ed. Blackwell Science Ltd 1999.



# Psykosomatiska och sociala aspekter på vulvasymtom

*Berit Sjögren, Ulla Sellgren och Eva Smith-Knutsson*

## Betydelsen av kvinnors smärtupplevelser

En del kvinnor känner ångest inför sin sexualitet, vilket kan ha rötter i erfarenheter från tidiga barnaår. Unga flickor och barn kan bli smärtbenägna om de utsatts för incest eller sexuellt närmande som deras kropp och själ inte varit mogna för. Även då det inte rört sig om övergrepp utan en överstimulering och kanske svårhanterad njutning, kan en smärtbenägenhet uppkomma i njutnings-situationer.

Graviditeten kan innehålla smärtsamma moment, t ex en rädsla för födandet. Man har funnit att en fjärdedel av svenska kvinnor hyser rädsla för förlossningen och en tjugonedel upplever stark skräck. Förlossningsrädsla ger sänkt smärtröskel. Dessa kvinnor har i större utsträckning än övriga negativa sexuella upplevelser.

## Betydelsen av psykiska och psykosomatiska faktorer vid vulvodyni/ vestibulit

Psykosomatik definieras som "sambandet mellan psykologiska och somatiska faktorer vid sjukdom och hälsa". Känslomässiga skeenden påverkar processer i centrala nervsystemet, vilka bidrar till fysiska reaktioner. Smärttransporten kan förändra det ursprungliga smärtstimulit under dess

passage upp till medveten nivå. Modifiering kan ske i periferin vid smärtreceptorerna. I första synapsen i bakre hornet i ryggmärgen kan nedåtgående smärthämmande banor påverka signalen. *Formatio reticularis* i hjärnstammen kontrollerar centrala nervsystemets uppmärksamhet på inflödet av afferenta impulser och i limbiska systemet utvärderas risk för fara, men också möjlighet till lust. Impulsen når den sensoriska hjärnbarken, som ger den medvetna representationen av signalen och till frontal cortex, vilken gör en bedömning av framtiden.

Psykiska faktorer kan inverka på smärtupplevelser och sensorisk perception via smärtfysiologiska mekanismer, t ex minskad halt betaendorfin. Även immunsystemet påverkas. Det finns många möjligheter till interaktioner mellan centrala tillstånd av ångest och depression å ena sida och perifer förändringar å andra. Serotonin hämmar smärtimpulsen via stimulering av enkefalin, ett endorfin, som hämmar bildandet av substans P. Vid depression är serotoninhalten sänkt och därför blir smärtröskeln lägre.

Ett kroniskt smärttillstånd orsakar ofta sekundär psykisk nedstämdhet. Kvinnor med vulvasmärta har även ökad benägenhet för somatisering jämfört med friska kontroller.

Kvinnor med vulvasmärta uppvisar ofta depressiva symtom. Det kan vara svårt att avgöra om depressionen är primär eller



sekundär till vulvasmärtan. En kvinna med speciell sårbarhet drabbas lättare av psykosomatisk ohälsa vid påfrestning. Den psyko-logiska sårbarheten påverkas av ett komplex av faktorer och det kan vara svårt att finna någon enskild dominerande förklaring. Svåra bakgrundsupplevelser rapporteras inte alltid i början av en kontakt. Ett exempel är en flerbarnsmor med vulvasmärta. Först efter drygt fyra års kontakt berättade hon att hon utsatts för övergrepp av sin man i många år. Hur hon skulle ha svarat på en enkät vet vi inte. Denna kvinna hade också klart sänkta smärtrösklar i vestibulum för värme vid den neurofysiologiska undersökning som hon deltog i. Efter cirka 20 psykoteraeutiska samtal var hon mycket förbättrad och hade gjort viktiga förändringar i sitt liv.

### **Betydelsen av sexualiteten**

Kvinnor med vulva vestibulit har enligt en svensk undersökning i de flesta fall liknande sexuell bakgrund som sina friska kontroller. I en annan undersökning fann att 2/3 av kvinnorna med vestibulit hade positiva erfarenheter av samlag före insjuknandet. Sexuell lust och förmåga är dock lägre bland kvinnor med vestibulit än bland friska kontroller. Kvinnor med vestibulit tycks acceptera samlag utan att vara sexuellt upphetsade

och trots att det gör ont. En del kvinnor har samlag i första hand för närheten till en partner eller med hänsyn till partners sexuella behov och inte på grund av sexuell längtan. Vådan av att utsätta sig för sexuell aktivitet utan att vara fysiskt tänd, är inte närmare undersökt, men sannolikt är hos en del kvinnor vulvasmärtan ett resultat av sådant beteende. Muskelspänning beroende på ångest och oro för smärta är vanligt och ger en större påfrestning på vestibulum. Nyligen fann holländska forskare att vaginism och dyspareuni kan vara svåra att skilja ut.

### **Samhällets attityder till kvinnlig sexualitet**

Samhället har i alla tider haft synpunkter på och kontroll över den kvinnliga sexualiteten. Under de senaste 30 åren har kvinnor haft möjlighet att leva ut sin sexualitet tack vare tillgången på säkra preventivmedel. Det kan finnas en negativ baksida dvs sexuell prestationsångest hos unga kvinnor. Det är även tänkbart att somliga hyser tveksamhet till ökad sexuell frihet för kvinnor. Att tända snabbt och lätt kan medföra misstanke om sexuell promiskuitet, hora-madonna konflikten i modern tappning. Detta kan medföra en återhållsamhet hos vissa kvinnor, sannolikt via omedvetna spärrar.

**FAKTARUTA**

- Kvinnor som känner ångest inför sexualitet, kan ha dåliga erfarenheter från barndomen.
- Kvinnor med vulvasmärta kan ha ökad benägenhet för somatisering jämfört med friska.
- Ett kroniskt smärttillstånd orsakar ofta sekundär psykisk nedstämdhet.
- Den psykologiska sårbarheten påverkas många faktorer. Det kan vara svårt att finna någon dominerande förklaring.
- Svåra bakgrundsupplevelser rapporteras inte alltid i början av en kontakt

**Referenser**

1. Jörgensen LS, Bach FW, Christiansen P, Raunhahl U, Ostgard S, Ekman R. Decreased cerebrospinal fluid beta-endorphin and increased sensitivity in patients with functional abdominal pain. *Scand J Gastroenterol* 1993;28:763-6.
2. Malmquist J. Somatisering – en viktig orsak till svårbegripliga symtombilder. *Läkartidningen* 2001;98:5852-5.
3. Danielsson I, Eisemann M, Sjöberg I, Wikman M. Vulvar vestibulitis: a multifactorial condition. *BJOG* 2001;108:456-61.
4. Sjögren B, Brundin L. Vulvar pain: Sexological and neurophysiological evaluation: preliminary report. Conference on Behavioral Medicine, Brisbane 2000, Abstract, *International Journal of Behavioral Medicine*, 7; Suppl 1:196.



# Total och partiell vaginism

*Barbro Wijma, Maria Engman och Klaas Wijma*

Vaginism (slidkramp) innebär att slidan mer eller mindre stängs vid försök till penetration av en krampliknande reflex i bäckenbottenmuskulaturen, eller att denna står sammandragen under en längre tid. Det klassiska symtomet är att penetration är omöjlig (total vaginism). Kvinnan kan också ha en partiell vaginism som förtränger slidan och leder till sveda vid penetration (-sförsök) (1). Vaginism kan också ge upphov till mer eller mindre ständiga besvär av sveda, klåda eller smärta i underlivet, vilka inte alls är relaterade till penetrationssituationer (1,2). När kvinnor söker hjälp för sådana besvär skall därför vaginismdiagnosen beaktas. Desto mer angeläget är det eftersom vaginism i de allra flesta fall går att bota med beteendeterapi.

## Definition

I Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM) (3,4) definieras vaginism som en ofrivillig kontraktion av musklerna kring yttre tredjedelen av vagina vid försök till penetration. Kontraktionen kan vara återkommande eller bestående. Den kan vara allt från en lätt kontraktion, som medför trånghets känsla och/ eller obehag vid penetration, till en kraftig kontraktion som omöjliggör penetration. För att uppfylla DSM-diagnoskriterierna skall kontraktionen också leda till svårigheter i relationen till partnern eller på annat sätt störa patienten allvarligt.

## Etiologisk teori

Vaginism är sannolikt en försvarsreaktion i den situation där den uppstår: kvinnan upplever rädsla eller smärta i en penetrationssituation och hennes kropp stänger då reflexmässigt slidan för att skydda henne från faran (1,5). Problemet uppstår när en betingning sker. Detta innebär att penetrationssituationen *i sig* utlöser vaginismreflexen, även om det den gången inte alls finns något hot eller någon smärta. Om kvinnan i denna situation försöker t ex ha samlag, utlöses smärta som förstärker reflexen. Kanske testar hon trots allt att genomföra samlag men avbryter försöket eftersom det gör för ont. Då förstärks reflexen. Kanske undviker hon istället samlagssituationen. Detta kan då leda till att hennes rädsla inför situationen på sikt ökar. Reflexen och sveda/klåda kan också uppstå bara genom att kvinnan *tänker* på sitt problem. Via dessa mekanismer eskaleras problemet lätt (1,2,5).

All slags smärta i samlagssituationen kan teoretiskt ge upphov till en sekundär vaginism. Den kan t ex uppstå när kvinnan har/försöker ha samlag när hon samtidigt har vaginit, vulva vestibulit, ömmande klipp efter förlossning eller sköra slemhinnor efter menopaus.

## Presentation av symtom relaterade till penetrationssituationen

*Total vaginism* - dessa kvinnor berättar att de inte kan genomföra samlag eller gynekologisk undersökning och är lätta att känna igen.

*Partiell vaginism* - kvinnor med partiell vaginism i samlagssituationen säger till exempel: "Det svider när han kommer in/när han har varit inne en stund/efter samlaget". Ibland är besvären under samlaget så uttalade att kvinnan måste avbryta detta. Hon kan också presentera klåda under eller efter samlaget som huvudsymtom (2). Handlar det om gynundersökningssituationen kanske patienten säger: "Det brukar vara svårt att undersöka mig/jag är så trång/spänner mig.

*Mer eller mindre ständiga symtom.* Både kvinnor med total och med partiell vaginism kan klaga över mer eller mindre ständiga besvär av en svidande smärta och/eller klåda. Blotta tanken på penetrationssituationen utlöser då vaginism och sveda/klåda (1,2). Och mer tankar på problemet...

## Andra vanligt förekommande problem hos patienter med vaginism

Att inte kunna genomföra samlag får för många kvinnor stora konsekvenser. De tycker sig sakna värde som sexuella partners, som kvinnor och som människor. De ser framför sig ett liv utan partner och utan barn. Tillsammans med känslan av att inte ha något värde bäddar detta för depression, vilket också många patienter med vaginism lider av (1). Suicidtankar/planer är inte ovanliga. När problemet har varat ett tag uppstår ofta sekundärt bristande lust och inte sällan relationsproblem. Om patienten lider av mer eller mindre ständig sveda finns det också en risk att hon utvecklar ett kroniskt smärtbeteende (6).

## Prevalens av sveda vid samlag

Sveda vid samlag är ett vanligt fenomen. I en studie från ungdomsmottagningar i Stockholm hade 30% av patienterna sveda/smärta i samband med samlag (7). I ett Linköpings-material av kvinnor (n = 224) som utretts för ytlig dyspareuni 1999-2002 hade 144 partiell och 39 total vaginism (8). Hundraset kvinnor hade vulvavestibulit, och alla dessa hade också vaginism (partiell eller total) (8). I en studie av kvinnor som kommer på gynekologisk hälsokontroll hade 13% av kvinnor, 20-29 år, lidit av smärta vid samlag i mer än sex månader. Hur många av dessa som lider av partiell vaginism är okänt. Hur stor andel som har partiell vaginism av alla de kvinnor som lider av mer eller mindre ständig sveda eller klåda, är heller inte undersökt.

## Fynd vid partiell vaginism

Omgivande muskler är ofta spända generellt i området. När undersökningen skall starta syns ofta reflexen uppstå runt vestibulum och anus. Patienten kan då också säga att det svider, dvs redan innan undersökaren rört henne. Detta beror på att betingning har skett och talar starkt för diagnosen vaginism (1,2). Beröring av labiae minoras insida framkallar ofta sveda, som i typiska fall breder ut sig, varför t ex ett "swab test", som är positivt på ett begränsat område, bör göras om efter en kort paus. Hos kvinnor med vaginism är ofta svedan generaliserad till hela labiae minoras insidor och kanske också till området perifert därom. Ofta är det svårt att inspektera hela vestibulum, eftersom all beröring framkallar svår sveda. Ju mer intensiv reflexen är, desto högre upp under symfyssen ligger slidöppningen. I fall av total vaginism går det ofta bara att identifiera dess ungefärliga läge framför fingertoppen, genom att be kvinnan att knipa och slappna av. Om fingret sakta kan föras in genom slidöppningen utan att kvinnan anger sveda, känner man

spända muskler som ömmar vid beröring eller tryck: ringformat i introitus, på ca 1 cm djup bilaterala, vertikalkärlställda muskelbukar nära medellinjen och på 3-4 cm djup lateralt/bakåt de spända levatorbukarna. Patienten brukar känna igen den sveda som uppstår vid gynundersökningen som densamma som hon har i en samlagssituation. Ofta kan hon knipa något, även om hon har högt tonus i muskulaturen men kan bara relaxera tillbaka till sitt spända utgångsläge.

### **Omhändertagande av "vanlig" gynekolog**

Alla som genomför gynekologiska undersökningar behöver kunna hantera vaginism i undersökningssituationen; dvs inte skada patienten genom att förstärka reflexen. Skada kan ske om undersökningen avbryts när obehaget är som värst. Om sveda plötsligt uppstår vid en undersökning, bör man därför lugna patienten och hjälpa henne att slappna av i bäckenbotten. Hon bör knipa lätt runt fingret och sedan slappna av på de muskler hon spände. När svedan minskat kan fingret tas bort. Efteråt förklarar man vad som hände, vad vaginism är, och att problemet troligen går att behandla. Du som är intresserad av att lära dig att utreda och behandla "enkla fall" av vaginism, bör kontakta närmaste ställe där man driver "behandling av specialist". Tillsammans skulle ni kunna komma överens om utredningsgång, tillgång till eventuella formulär och utredningsmallar. För varje patient Du utreder behöver Du handledning vad gäller bedömning efter utredning. Det finns kvinnor som blir bra med korrekt information, bra råd och med hjälp av en bra partner.

### **Utredning på en specialenhet**

1. Noggrann genomgång av problemets debut, utveckling samt ev tidigare behandlingar.
2. Beteendeanalys, dvs en analys av vilka faktorer som bidragit till problemets uppkomst och som idag underhåller det (1,10).
3. Psykiatrisk anamnes med fokus på olika former av ångestsyndrom (3,4).
4. Sexuell anamnes inklusive sexuellt status av båda parter.
5. Förekomst av övergrepp, även i form av en traumatisk första gynundersökning (9).
6. Sexuella eller psykiska problem hos partnern.
7. Inspektion av vulva och vestibulum.
8. Bedömning av bäckenbottenmuskulaturens tonus

### **Behandling av "specialist" med beteendeterapeutisk kompetens**

1. Dagliga mätningar av målbeteende och problembeteende.
2. Successiv exponering för penetrations-situationen med hjälp av gynundersökningssituationen.
3. Patienten tränar att ta medveten kontroll över sin bäckenbottenmuskulatur.
4. Undervisning och involvering av partnern som coterapeut i senare skede av behandlingen.
5. Undervisning i sexualanatomik.

### **Sammanfattning**

När en patient klagar över sveda/klåda vid penetration eller ständigt: undersök om hon har partiell vaginism! I så fall behövs nämligen andra strategier i bemötandet av henne än om man väljer en somatisk utgångspunkt. Partiell vaginism går att behandla med kognitiv beteendeterapi.

## FAKTARUTA

- Förekomsten av vaginism är okänd.
- Vaginism finns i flera olika former och svårighetsgrader: Total – ofta en fobisk reaktion. Partiell – ofta debut som dyspareuni.
- Vaginism kan uppstå sekundärt till all penetration som är smärtsam, t ex när en kvinna med vestibulit har samlag.
- Kvinnor med vaginism kan ha besvär/svårigheter i form av sveda eller klåda vid eller efter penetrationsförsök. De kan också ha mer eller mindre ständiga symtom.
- När man konstaterat att reflexen/tonusökningen finns, skall ytterligare undersökning *inte* genomföras, eftersom denna kan förstärka reflexen.
- Enkla fall kan bli bra med korrekt information, bra råd och med hjälp av en partner.
- Komplicerade fall kräver omhändertagande av specialist med utbildning i beteendeterapi.

## Referenser

1. Wijma B, Wijma K. A cognitive behavioural treatment model of vaginismus. *Scand J Behav Ther* 1997;26(4):145-5.
2. Wijma B, Jansson M, Nilsson S, 2. Hallbook O, Wijma K. Vulvar vestibulitis syndrome and vaginismus. A case report. *J Reprod Med* 2000;45:219-23.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC:American Psychiatric Association;1994.
4. American Psychiatric Association. Mini-D IV. Diagnoskriterier enligt DSM-IV. 2 ed. Danderyd: Pilgrim Press; 1995.
5. Wijma B, Wijma K. Utdomsgynekologi. Stockholm: SFOG ARG rapport nr 40;1999.
6. Wijma B, Wijma K. Kronisk bäcken-smärta. In: Gottlieb C, von Schoultz B, eds. Öppenvårdsgynekologi. Stockholm: Almqvist & Wiksell Medicin; 1995:253-79.
7. Berglund AL, Nigaard L, Rylander E. Vulvar pain, sexual behavior and genital infections in a young population: a pilot study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81(8):738-42.
8. Engman M, Lindehammar H, Wijma B,.Pelvic Floor Muscle Surface Electromyography in Asymptomatic Women and in Women with Partial Vaginismus with and without Vulvar Vestibulitis. *J* 1983.
9. Wijma B, Gullberg M, Kjessler B. Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77(4): 422-8.
10. Hawton K, Salkovskis P, Kirk J, Clark D. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide. Oxford: Oxford University Press; 1989.



# Bemötande, anamnes och råd vid vulvasmärta

*Nina Bohm-Starke, Ingela Danielsson, Lotti Helström och Ulla Sellgren*

Kvinnor med smärta i vulva har ofta sökt många läkare och barnmorskor för sina besvär. De har genomgått olika behandlingar med utebliven eller endast tillfällig effekt. De känner sig missförstådda och avvisade. Framgångsrik behandling bygger på att kvinnan känner sig trygg, trodd och förstådd. Först måste patienten få delge sina tolkningar. Om hennes övertygelse är att slemhinnan är sjuk bör man börja med en inspektion av denna. Utifrån patientens berättelse kan man därefter ställa mer specifika frågor. Allmän medicinsk och psykosocial anamnes skall ingå. Ett strukturerat frågeformulär kan vara till hjälp.

Anamnes/frågeformulär bör innehålla följande (se kapitel Pedagogisk vulvaundersökning; anamnesformulär):

- **När gör det ont?** I samband med samlag, beröring, oprovocerat/provocerat, relation till menscykeln? Om ont vid samlag: vid inträngandet av penis, efter inträngandet, under hela samlaget, efter samlag? Ont vid sexuell tändning utan beröring? hur länge: timmar/dagar?
- **Var gör det ont?** I slidöppningen? En bit in? Ibland kan man behöva hjälpa kvinnan att hitta ord (använd ev bild).

- **Hur gör det ont?** Vid vestibulit är smärtan intensiv, brännande och/eller svidande. Vid vaginism är smärtan ofta lokaliserad en bit in i slidan.
- **Tecken på vaginism?** Känns det trångt vid inträngandet, djup smärta?
- **Har det alltid gjort ont/vad hände när besvären började?**
- **Tidigare sexuell samvaro?** Bra eller har det alltid gjort ont?
- **Sexuell funktion?** Lust, upphetsad, orgasm: med partner/på egen hand, hur ofta samlag?
- **Vad händer vid smeksex? Vid munsex? Vid andra tillfällen?** Kommer tändningen före eller efter penetrationen?
- **Partner?** Attityd till problemet, sexuell funktion, ev sjukdomar, relationen i övrigt?
- **Kränt eller illa behandlad av någon hon litat på?**
- **Övriga smärttillstånd?**
- **Erfarenhet av hot eller våld.**

De flesta kvinnor med vulvasmärta kommer till gynekologen för att få en somatisk bedömning. Därför är det endast en liten grupp som ej vill utsätta sig för gynekologisk undersökning. Gör ett avtal med dessa om att de själva avgör vad som skall undersökas och hur.



## Undersökning

Inspektera vulva. Finns synliga lesioner?

**OBS!** Eventuella rodnader skall bedömas före beröring. Smärtupplevelsen undersöks med tryck av fuktad bomullspinne. Börja i bleka områden och tryck sedan över ev rodnader. Be kvinnan tala om var det gör mest ont.

**OBS!** Många kvinnor känner obehag vid tryck mot Bartholinikörtlarnas mynningar, men kvinnor med vestibulit upplever en intensiv smärta där.

Vaginism syns genom att slidöppningen är indragen. Be kvinnan att knipa allt hon

kan och sedan slappna av, ev krysta lätt. Då kan man se om hon verkligen slappnar av muskulaturen och "släpper ned" bäckenbotten. Graden av ev vaginism och spändhet i bäckenbotten är bra att notera vid försiktig palpation.

Spekulumundersökning går ibland inte att genomföra på grund av smärta. Om kvinnan har symtom som talar för genital infektion, kan odlingsprover tas med odlingspinne vaginalt enbart. För ytterligare synpunkter se kapitlet *Pedagogisk vulvaundersökning*.

# Pedagogisk vulvaundersökning

*Ulla Sellgren och Lotti Helström*

Genom ett pedagogiskt arbetssätt ges möjlighet att hjälpa kvinnan att skilja på överkänslighet i slemhinnan och muskelsmärta vid vaginism. Detta i sig ger henne bättre kontroll över situationen och kan medföra att hon känner sig mindre förtvivlad och hjälplös. Psykologer skulle tala om detta som att öka hennes LOC, locus of control.

Berätta och visa före, under eller efter undersökningen några enkla fysiologiska sanningar, såsom:

- "Kanske vet Du att alla foster från början är 'kvinnliga'. När pojkfostren är 7-8 veckor kommer ett ämne (AMH) som gör att de yttre blygdläpparna går ihop till pungen, Du har säkert sett att det finns en "söm" på pungen. På liknande sätt går de inre blygdläpparna hos pojkfostret ihop över klitoris och bildar penis. Sömmen bakpå penis är ofta mörk och på många kvinnor ser man denna pigmentering ytterst på de inre blygdläpparna."
- "När Du är sexuellt upphetsad blir Du fuktig och svullen. Det motsvarar mannens stånd. Om han förlorar sitt stånd kan han inte genomföra ett samlag. Det kan kvinnan, men det är inte meningen. Svullnaden/ståndet/blodöverfyllnaden är till för att underlätta för penis att tränga in och för samlaget. Utan svullnad skaver det mer och slidöppningen kan bli irriterad."

- Några kvinnor beskriver hur de känner sitt "inre stånd", att slidan blir djupare och vidare, som ett rör, och upplever att de vill ta emot mannens penis. Andra beskriver hur de efter smeksex, med eller utan orgasm, förlorar sin upphetsning. Detta kan ske sekundsnabbt. Smärta eller oro för att det skall göra ont kan utlösa förlust av ståndet. Upprepas det flera gånger kan en skyddsreflex såsom vaginism/slidkramp utvecklas.

1. Klargör att du utgår från att kvinnan väljer att låta dig undersöka och stoppar dig om det blir obehagligt. Tala uttryckligen om att du inte avser att använda några instrument.
2. Erbjud henne handspegel – "titta som det passar dig".
3. Håll isär labia majora något med dina båda händer – "låt mig se" – ev vagnismreflex?
4. Efter att ha bedömt vestibulum vaginae bedöms tonus i bäckenbotten med ett finger, vaginism kan vara partiell. Be kvinnan knipa, slappna av och krysta. Har hon svårt att krysta så kan du be henne "trycka ut" ditt finger. Påtala att hon nu kan styra sin bäckenbotten, att den inte styr henne.
5. Avsluta undersökningen med att sammanfatta det du sett och ge din tolkning av undersökningsresultaten.



# Precancerösa tillstånd i vulva

*Thomas Rådberg och Eva Rylander*

## **Vulva intraepitelial neoplasi (VIN)**

VIN orsakas ofta av HPV (i majoriteten av fallen HPV 16). Incidensen har fördubblats under de senaste 20 åren, vilket delvis beror på bättre diagnostik. VIN tycks ha blivit vanligare hos yngre kvinnor som ofta har multifokala förändringar. Dessa förändringar spontanläker oftare än VIN hos äldre kvinnor, som ofta har unifokala förändringar.

Risken för progression mot invasiv cancer har uppskattats till 2-4% och latenstiden från precanceröst stadium till invasiv cancer mellan 15-30 år. Följande riskfaktorer för progression till invasiv cancer anges: papulös och unifokal lesion, lokalt recidiv, rökning, immuninsufficiens och hög ålder. Kvinnor över 45 år som utvecklar VIN har/eller har ofta haft CIN. VIN hos äldre är oftare HPV-negativa. Det finns ett samband mellan VIN och lichen sclerosus (LS). Hos kvinnor som utvecklar invasiv vulvacancer finner man ofta områden med LS i vulva.

## **Symtom**

Lokal klåda som pågått länge.

## **Klinisk bild**

VIN kan ha mycket varierande utseende. Rosa/vita, brunröda eller pigmenterade områden. Förändringarna kan vara platta, lätt upphöjda och någon gång exofytiska.

Många av dem vitnar distinkt efter ättiksyrepensling. De blir välavgränsat gulbruna

efter pensling med 5% kaliumjodid. Kolposkopiskt iakttagbara kapillärmönster som vid CIN (punktering, mosaik eller bisarra kärl) förekommer. Det kan finnas allt från små enstaka fläckar till stora ytor med atypiskt epitel. Lesionerna kan vara multipla och konfluerande. En del förändringar är hyperkeratotiska och kan vara svåra att skilja från LS eller eksem. VIN och LS förekommer ibland samtidigt.

## **Lokalisation**

VIN är ofta lokaliserat till nedre delen av labia, bakre kommissuren och perineum och även perianalt eller analt, dvs predilektionsområden för HPV infektioner. I övre omfånget ser man oftast VIN runt och på klitoris. Vid utbredda förändringar kan hela vulvaregionen vara angripen.

## **Diagnostik**

Riktade biopsier eller lokal excision. Vulvacytologi har mycket låg sensitivitet och rekommenderas ej.

## **Behandling**

Enstaka förändringar kan lätt avlägsnas genom lokal excision. Tidigare utfördes oftare vulvektomi om multipla förändringar förelåg. Det innebar dock ett stort trauma och garanterade inte recidivfrihet. Därför är utvidgade lokala excisioner att föredra. Områden med starkaste atypigrad avlägsnas för

PAD. Områden med lindrigare förändringar kan avlägsnas med laservaporisering under kolposkopisk kontroll. Försök med imiquimod pågår.

### Uppföljning

Recidivrisk är stor (>20 %) även om excisionen varit radikal. Detta gäller särskilt för storrökare och immunokomprimerade individer. Kvinnan bör informeras om att hon måste kontrolleras livslångt. Vid oklara fynd rekommenderas nya biopsier men ej cytologi (se ovan). Små recidiv kan ofta avlägsnas i samband med mottagningsbesök.

### Mb Paget (Extramammar)

Precancerös förändring som främst drabbar äldre kvinnor.

### Symtom

Klåda, brännande smärta.

### Klinisk bild

Tydligt avgränsad rodnad över t ex labia majora, perineum, perianaltområdet och ljumskar. Millimeterstora erosioner i hyperkeratotiskt område ger flugsvampsliknande bild.

### Diagnostik

Histopatologi: Pagetceller dvs ljusa polygonala celler, ofta gruppvis intraepitelialt. Maligniteter i bröst och genitalia förekommer i ökad utsträckning hos kvinnor med Mb Paget.

### Behandling

Lokal utvidgad excision. Recidiv är vanligt eftersom pagetceller kan finnas i epitelet utanför synliga förändringar. Omhändertagande och uppföljning av specialkunnig gynekolog.

#### FAKTARUTA

- VIN orsakas ofta av HPV 16.
- Äldre kvinnor har ofta unifokala förändringar. Dessa kan vara HPV-negativa.
- För diagnostik: riktade biopsier eller lokal excision.
- Vulvacytologi har mycket låg sensitivitet och rekommenderas ej.
- Riskfaktorer för progression till invasiv cancer: papulös, unifokal lesion, lokalt recidiv, rökning, immuninsufficiens och hög ålder.

### Referens

Jones R W. Vulval intraepithelial neoplasia: Current perspectives. Review. Eur J Gynaecol Oncol 2001;22:393-402.

# Chirurgia minor

*Eva Rylander och Inga Sjöberg*

## Lokal excision

I vulva förekommer många av de benigna och maligna tumörer som kan angripa huden i övrigt. I allmänhet är det lätt att excidera dem med god marginal eftersom det finns så mycket "extra" vävnad. Om man skär i hudens sprickriktning blir det sällan ärr. Finns misstanke om malignitet kan det vara bättre att avlägsna hela förändringen än att ta en biopsi.

**Förlossningsskador** eller snedklipp kan ibland orsaka smärtsamma ärrbildningar. Kirurgi bör ej ske förrän menstruationen återkommit, så att god estrogenpåverkan föreligger i vävnaden. Perineum kan ha blivit för hög efter suturering vid förlossningen. Ett finger kan då föras in bakom vävnadsbryggan eller också stramar det vid tänjning av området. Incisionen görs i dessa fall sagittalt och sutureringen transversellt. Ibland kan motsatt förhållande uppkomma, dvs för stor introitus. Incision görs då transversellt och suturering sagittalt. Kirurgi skall endast utföras om det föreligger en tydlig anatomisk avvikelse som förklarar besvären.

## Bartholinit

Incision med fenestrering kan ske efter Emlabedövning och ev lokal infiltration av bedövningsmedel. Den bör göras på insidan av labium minora eftersom läkningen sker snabbast där. Ett stort kryss skärs upp. Flikarna avlägsnas och cystkapselns kanter sys mot vulvaslemhinnan.

## Bartholinicysta

Bartholinicystor kan brännas ur med laser. Först öppnar man ganska brett och tömmer ut sekretet. Incisionen vidgas så att cystkapselns kanter kan fattas med peanger. Med CO<sub>2</sub> laser, kopplad till kolposkop, vaporiseras sedan cystkapselns insida genom att laserljuset föres fram och tillbaka. Med en lång peang genom öppningen kan cystväggen vinklas så att laserljuset riktas vinkelrätt mot vävnaden. Soturering är ej nödvändig. Öppningen läker inom några dagar och det postoperativa förloppet blir mycket lindrigare än efter klassisk kirurgi. Recidivtendensen är lägre jämfört med fenestrering.

## Atherom och syringom

Dessa är lätta att destruera med kolposkopiskt riktad CO<sub>2</sub> laser. Ofta kan detta ske i lokalbedövning. Ur atherom kan långa trådar av gammalt epitelmaterial klämmas ut och så småningom når man botten där en liten cystkapsel kan destrueras. Syringomen består av kompakt vävnad och kan destrueras på samma sätt som kondylom. **Obs!** riktade biosprier bör alltid tas vid osäker diagnos.

## Hidroadenitis suppurativa

Dessa förändringar kan brännas ur med kolposkopiskt riktad CO<sub>2</sub> laser, en teknik som är mycket skonsam. Ofta förekommer långa gångar i dermis fyllda av sekret som ibland är infekterat. Laserljuset riktas in i gångarna som på så sätt kan destrueras. Det är lämpligt att öppna hål på flera ställen över långa gångar. Laser ljuset kan då riktas in genom öppningen. Med knappsond in i öppningen kan gången vinklas så att laserljuset träffar väggarna optimalt. Vid denna behandling blir defekterna i huden inte större än 0,5 - 1 cm. De läker mycket snabbt och utan smärta.

## Vestibulektomi

Den skonsammaste metoden är partiell vestibulektomi. En halvmåneformad bit av nedre koommissuren inkluderande nedre hymenalkanten bortskäres, varefter en lossad del av nedre vaginalslemhinnan dras över defekten. .

## Omskurna kvinnor

Omskärelse kan ske på olika sätt. I lindrigaste fall är labia minora ihopsydda och täcker klitoris. Det finns bara en liten öppning baktill för urin och mensblod. I dessa fall kan en incision göras i medellinjen varefter det är lätt att atraumatiskt tänja isär labierna. Nå-

gon gång finns behov av suturering av större sårtytor. I andra fall är olka stora områden av vulva avlägsnade varför det operativa ingreppet blir mycket större och faller utanför denna skrifts ämnesområde.

## Hymenoperationer

En del kvinnor önskar få hymen ihopsydd inför giftemål. På vissa håll har principbeslut tagits att endast åtgärda detta om det gäller livet för kvinnan. Det är tekniskt svårt att sy ihop hymen. Det är bättre att råda kvinnan att själv åstadkomma en blödning efter samlaget.

## Labioplastik

Ibland är/blir labierna så stora att de kommer i kläm vid cykling, ridning, samlag m m. Labia majora kan vara mycket tunna hos en del magra kvinnor och därför upplevs labia minora för stora. I sådana fall går det inte att hjälpa kvinnan kirurgiskt. Labiareduktion kan göras i lokalbedövning eller narkos och behöver inte ta mer än 10 minuter. Blödning sker sällan och läkningen går mycket snabbare än efter en vestibulektomi. Labierna återfår ofta sin pigmentering längs yttre kanten. I vissa fall är det lämpligare att skära ut en trekant i nedre delen av blygdläppen. Kvarvarande kanter adapteras mot varandra med suturering på båda sidor av blygdläppen. Detta ingrepp tar därför litet längre tid. Man bör vara återhållsam med operation om det gäller dysmorfofi, dvs kvinnor som är missnöjda med sin kropp.

## Referens

Woodruff JD, Geandry R, Poliakoff S. Treatment of dyspareunia and vaginal distortions by perineoplasty. Obstet Gynecol 1981;57: 750-4.

# Anamnesformulär för vulvamottagning

*Eva Rylander, Karin Edgardh och Lotti Helström*

För att underlätta anamnestagningen och möjligheten av en systematisk uppföljning av patienten med vulvasymtom har vi gjort ett förslag till anamnesmall som kan vara till hjälp. Mallen har vi stött och blött i arbetsgruppen och därmed också fått tips och kunskap om varandras arbetssätt.

Ett sånt här formulär är under ständig bearbetning. Det står var och en fritt att lägga till eller dra ifrån frågor som man finner intressanta och väsentliga.

Anamnesmallen har formen av en enkät som patienten kan fylla i medan hon väntar på läkaren före konsultationen.



**Välkommen till vår mottagning!**

Vi ber Dig fylla i det här frågeformuläret före läkarbesöket för att underlätta samtalet och att alla viktiga uppgifter kommer med! När det finns olika alternativ att välja mellan, ber vi Dig kryssa för de som är aktuella för Dig. Din läkare går sedan igenom formuläret med dig. Det är naturligtvis frivilligt att svara på frågorna, och Du väljer själv hur mycket Du vill fylla i!

**Sociala förhållanden**

- studerar  
 arbetar  yrke .....  
 arbetssökande  
 gift  sambo  
 bor ensam  
 bor med föräldrar

**Besvär från underlivet**

- klåda  blåsor  
 svider  sprickor  
 bränner  sår  
 svullen  torr  
 flytningar  kissnödig ofta

**Besvär sedan hur länge?**

År..... Månader.....

**Vad hände då besvären började?**

.....  
 .....  
 .....

**Tidssamband**

- ont hela dagen  besvär ibland  
 värst före mens  under mens  
 efter mens

**Situationssamband**

- ont av tampong  
 ont i början av samlag  
 sveda efter samlag  
 ont av tajta kläder  
 ont vid cykling, ridning

**Partner**

- fast relation, sen hur länge.....  
 ej fast relation  
 sex med män  med kvinnor

**Hud och allergier**

- atopiker  
 tål inte sol  
 haft barneksem  
 har / har haft astma, hösnuva  
 har handeksem  
 tål inte nickel  plåster  parfym  
 gummi  konserveringsmedel  
 allergisk mot annat.....  
 får klåda av kondom  
 återkommande sår i munnen (afte)  
 mjälleksem  
 psoriasis  lichen sclerosus

**Urinvägsinfektioner**

- aldrig  ibland  ofta  
 när senast?.....

**Gynekologi**

- ålder vid första mens .....  
 glesa mens (2 månader eller mer emellan)  
 antal barn.....  
 missfall.....  abort.....  
 p-piller tidigare  p-piller nu  
 ålder vid p-pillerstarten.....  
 vilket preventivmetod nu.....  
 När senaste mens.....  
 mensen upphört, år.....  
 cellförändringar på livmodertappen  
 behandlats för cellförändringar  
 när.....hur.....

**Underlivsinfektioner**

- Svampinfektion** började år.....  
 diagnos av:  läkare  barnmorska  
 egen diagnos, "känt igen besvären"  
 besvär 1-2 ggr  3-5 ggr  
 6-10 ggr  mer än 10 ggr  
 behandling med slidpiller, och/ eller kräm  
 1-3 ggr  4-10 ggr  mer än 10 ggr  
 penslad med lila lösning  
 behandling med tabletter

- fått engångsdos  
 långtidsbehandling:  
 varje dag  1g/ vecka  2ggr/ mån  
 1 g/mån  
 **Haft illaluktande flytning ("slidkatarr", bakteriell vaginos)**  
 första gången år.....  
 behandlad av läkare  
 haft besvär  1-2 ggr  mer än 3 ggr  
 använt: Lactal gel eller Ellen®  
 **Kondylom (könsvärtor)**  
 upptäckte själv könsvärtor  
 läkare upptäckte kondylomen  
 började år.....  
 behandlad med Wartec (lila eller turkos lösning)  Aldara  laser, år.....  
 diatermi (bränning), år.....  
 på annat sätt, hur.....  
 **Herpesinfektion**  
 började år.....  
 hur ofta besvär.....  
 diagnos av läkare  
 tablettbehandling mot herpes:  
 vid besvär  långtidsbehandling  
 **Klamydiainfektion**  
 behandlad för klamydia år.....  
 antal infektioner.....  
 **Äggledarinflammation**

## Motion

Tränar du  nej  ja Hur ofta.....  
 vad.....

## Sexualitet

- ålder vid första samlag.....  
 goda erfarenheter av sex  nej  ja  
 torrhet vid sex  nej  ja  
 så ont att samlag inte går  nej  ja  
 tappat lusten till sex  nej  ja  
 hur ofta samlag senaste året.....  
 när var senaste samlag.....  
 hur ofta smeksex, men inte samlag.....  
 brukar ha  oralsex  analsex  
 får orgasm  aldrig  ibland  alltid  
 har tråkiga erfarenheter av sex (påtryckningar, tvång, våld)  
 dåliga erfarenheter av gynundersökning

## Hygienvanor för underlivet

- tvål sort.....  olja.....  
 mensskydd:  binda  tampong  
 trosskydd mellan mens  
 bomullstrosor  stringtrosor  
 rakar underlivet regelbundet  
 simhall hur ofta.....  
 naturprodukter Vad?.....  
 .....

## Ätproblem

- haft anorexi  bulimi  ätproblem nu  
 godis  aldrig  1g/ v  1 g/dag  
 tobak  aldrig  5/dag  10/dag eller mer

## Magtarm-besvär

- diarré  magkatarr (gastrit)  
 tål gluten  ja  nej  vet ej  
 tål laktos  ja  nej  vet ej

## Smärtproblem

- spänningshuvudvärk  migrän  
 ryggbesvär  fibromyalgi  
 mensvärk  
 urinrörssmärtor (uretrit)

## Tidigare och nuvarande hälsotillstånd

- antibiotika mer än 4 ggr sammanlagt  
 mot halsinfektion,  bihålor,  influensa,  
 urinvägsinfektion,  acne  annat  
 när antibiotika senast.....  
 vilken sort.....  
 Har du någon sjukdom?  
 vad? .....  
 .....  
 behandlats för depression  
 går/gått hos psykolog  
 går/gått hos sjukgymnast

Vilka läkare har du varit hos för besvären?  
 .....

Vilka mediciner (tabletter, salvor, slidstavar)  
 har du fått för dina besvär?  
 .....



# Terminologi

Olle Frankman

En ny terminologi och klassifikation föreslogs 1987 av International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD). Man beslöt att upphöra med begreppet *vulva dystrofi* som är mycket ospecifikt.

*Lichen sclerosus* skall användas utan tillägget *et atrophicus*.

Bowen's sjukdom skall ersättas med Vulvar Intraepithelial Neoplasia (VIN) (som analogt med CIN graderats 1-3, se nedan).

Här följer en sammanfattning av 1987 års överenskommelse.

## Terminologi och klassifikation

Icke neoplastiska sjukdomar

- lichen sclerosus
- skivepitelhyperplasi
- andra dermatoser

Vulvar Intraepithelial Neoplasia

- VIN 1 (mild dysplasi)
- VIN 2 (måttlig dysplasi)
- VIN 3 (stark dysplasi, ca *in situ*)

Övriga

- Paget's disease (intraepithelial melanoma *in situ* (level 1)

Denna terminologi bjöd på en del problem och redan 1989 började man arbeta med en ny. Borde de olika typerna av skivepitelcancer som man kan hitta i vulva listas? Skulle "andra dermatoser" nämnas? Skivepitelhyperplasi har ansetts som ett dåligt uttryck – hur kan man förbättra detta? Slutligen hur får man med de besvärliga smärttillstånden i vulva?

Vid ISSVD-mötet 2001 föreslogs följande förändringar i klassifikationen: Man har tagit hänsyn till patologernas terminologisystem SNOMED (Systematized Nomenclature of human and veterinary MEDicine) med två undantag, dels för smärttillstånd i vulva, dels för VIN. Vid samma organisations möte i oktober 2003 fastställdes terminologin.

## Terminologi och klassifikation av smärtor i vulva

- A. Smärta i vulva beroende på diagnostiserbar sjukdom.
- B. Smärta i vulva utan påvisbar diagnostiserbar sjukdom.
  1. Generaliserad smärta.
    - a. provocerad
    - b. oprovocerad
    - c. blandad
  2. Lokaliserad smärta.
    - a. provocerad (f.d. vestibulit)
    - b. oprovocerad
    - c. blandad

**Terminologi beträffande intra-epitelial neoplasi**

Reaktiva förändringar i epiteliets basalcellslager, tidigare VIN 1 (ses vid HPV-infektioner, lichen sclerosus och lichen planus).

VIN vårtliknande, basaloid (HPV-relaterad), tidigare VIN 2-3

VIN differentierad (icke HPV), tidigare VIN 2-3

Alla övriga sjukdomar skall således bedömas enligt SNOMED 2 som följer ICD-9 och ICD-10.

# Vulvadiagnoser ICD 10

Lotti Helström

		<i>Kommentar , klassifikationer</i>
<b>INFEKTIONER m m</b>		
Abscess i vulva	N76.4	
Bakteriell Vaginos	N89.9	Eg icke <b>inflammatorisk</b> sjuk i vagina
Åven	N76.8	Eg annan <b>specificerad inflammation</b> i vagina och vulva
Bartholinit - ej gonorroisk	N75.1	
-"- Cysta	N75.0	
Candida genital	B37.3	
Sår	N77.1	tilläggskod
Gonorré – ospec	A54.9	A 54.0-A54.9 är gonorrédiagnoser
Herpes Infektion	A 60,9	
Sår i vulva	N77.0	tilläggskod
Impetigo	L01.0X	
Klamydia – ospec	A56,2	A56.0- A56.8 är klamydiadiagnoser
Kondylom Accuminata	A63,0	
Mollusker	B08.1	
Syfilis, primär genital	A51.0	Obs! A50-53 är syfilisdiagnoser
Trikomonas	A59.0	
Vulvovaginit UNS	N76.0	
<b>DERMATITER &amp; DERMATOSER</b>		
Allergisk kontaktdermatit	L23.9	
Atopiskt eksem	L20.9	
Atrofisk vaginit	N95.2	
Behcets sjukdom	M35,2	
Sår	N77.8	tilläggskod
Eksem UNS	L30.9	
Follikulit	L73.9	
Kontaktdermatit, irritativ	L24.9	
Kroniskt hudsår, fissur	L98,4	
Lichen Ruber Planus	L43,9	
Lichen Sclerosus	L90,0	
Lichen Simplex	L28.0	Neurodermatit
Pemfigus	L10.9	
Pemfigoid	L12.9	
Pilonidalcysta	L05.0	

---

KOMMENTAR , KLASSIFIKATIONER

---

Psoriasis	L40.9
Talgcysta	L72,1
Vulva ulceration	N76.6
Vulvitis granulomatosa	L92.8

---

**NEOPLASI m m**

Bowenoid papulos	D07.1
Cancer i vulva	C52.9

VIN	I - lätt dyspl	N90.0	Obs! sista siffra skiljer sig från grad av dysplasi
	II – måttl	N90.1	
	III	N90.2	
	Ospec	N90.3	

---

**SYMPTOM m m**

Depressiv episode	F32.9	
Dyspareuni	Organisk	N94.1
	Icke organisk	F52,6
Dysmorfofobi	F45.2	
Klåda i vulva	L29,2	
Labia- Hypertrofi	N90.6	
Nedsatt lust	F52.0	
Nedsatt sexuellt gensvar	F52.2	Torrhet vid samlag
Orgasmstörning	F52.3	
Post Traumatiskt Stress Syndrom	F43.1	PTSS
Stödsamtal	Z73.8	
Sexuellt övergrepp	T74.2	
Sexualrådgivning	Z70.9	
Smärta i underlivsorganen	N94.9	Eg. icke spec tillstånd kv könsorganen
Vaginism	Organisk	N94.2
Vad är det?		
Icke organisk	F52.5	
Vulvavestibulit	N76,3	Samma kod som Kronisk Vulvit
Vulvodyni	N94.8	
Våldtäkt	T74.2+	Sexuellt övergrepp
	Y05.9	
Ätstörning	F50.9	

---