

Urogynäkologie-Tagung in Kartause Ittingen

Bitte keine „Therapie auf Verdacht“

Viele Frauen sind sehr sensibel, wenn sich Probleme in der Intimzone bemerkbar machen. Obwohl überall Offenheit propagiert wird, ranken sich doch immer noch viele Mythen und Tabus um vulvovaginale Missempfindungen und Schmerzen. Beim 14. Frauenfelder Symposium Urogynäkologie unter der Leitung von Prof. Volker Viereck, Co-Chefarzt der Frauenklinik Frauenfeld gab es Gelegenheit, Expertinnen zu diesen und weiteren aktuellen Themen zu hören.

Vulvodynie, Vulvitis, Urethritis gehen mit Jucken, Brennen, Rötung und Schmerzen an der Vulva einher. Univ. Prof. Sigrd Regauer, Dermato- und Gynäkopathologin am Institut für Pathologie der Medizinischen Universität Graz und Dr. med. Barbara Eberz, Mürzzuschlag, Österreich, befassen sich wissenschaftlich und praktisch mit diesen Krankheitsbildern. Dr. Eberz bietet eine gynäkologische Spezialsprechstunde an und Prof. Regauer untersucht die dort gewonnenen Biopsien histopathologisch [1]. Gemeinsam will man betroffenen Frauen pathophysiologisch fundiert und nicht nur „auf Verdacht“ helfen können.

Vulvodynie und interstitielle Zystitis

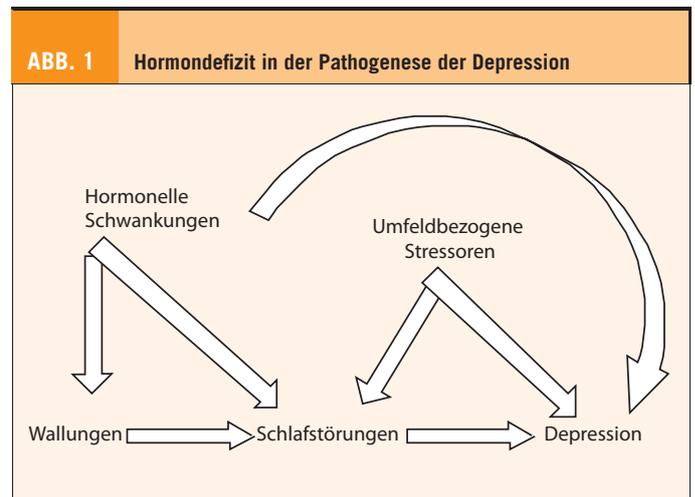
Die interstitielle Zystitis kann mit vielfältigen klinischen Symptomen im Bereich der Harnblase auftreten und sie wird mit dem schmerzvollen Blasensyndrom (EAU) zum Formenkreis des Chronic Pelvic Pain Syndroms (ESSIC) gezählt. Die Pathogenese ist unklar und die Diagnose schwierig. Die Vulvodynie (veralteter Terminus vulvares Vestibulitis-Syndrom) ist meist eine Ausschlussdiagnose und wird von vielen Autoren ebenfalls zum Formenkreis des Chronic Pelvic Pain Syndroms gezählt.

Und es lassen sich tatsächlich Gemeinsamkeiten bei Vulvodynie und interstitieller Zystitis finden. Mastzellen sind die vorherrschenden Zellen in beiden Erkrankungen. Kutane Mastzellen sind mit unmyelinisierten Temperatur- und mechanosensitiven sensorischen Nervenfasern assoziiert und setzen zahlreiche pro- und anti-inflammatorische Zytokine, Wachstumsfaktoren (u.a. Nerve growth factor NGF) und Effektorsubstanzen frei, die zur Proliferation und Ausreifung (sensorischer) Nerven führen.

Das gemeinsame klinische Symptom sind Schmerzen (provozierbar auf minimale Berührung bis unprovocierter Dauerschmerz), die ihr Pendant in einer sensorischen Überinnervierung haben, so die Schlussfolgerung von Prof. Regauer.

Die wohl häufigste Differenzialdiagnose bei chronisch entzündlichen Hauterkrankungen an der Vulva sind der Lichen sclerosus bzw. der genitoanale Befall im Rahmen eines Lichen planus (LP). Auch der vulvovaginale LP kann sehr schmerzhaft sein, was u.a. durch die Freisetzung von pro- und anti-inflammatorischen Mediatorsubstanzen des gemischtzelligen Entzündungsinfiltrat: (Lymphozyten, Histiozyten und Mastzellen) bedingt ist, führte Prof. Regauer aus. Therapieansätze beim LP bestehen in der Reduktion des Entzündungsinfiltrates durch Kortison, Calcineurin-Rezeptorinhibitoren und Biologica.

Dr. Eberz schilderte ihr Vorgehen in der Spezialsprechstunde. Die Vulvodynie ist gekennzeichnet durch eine starke Schmerz- und Berührungsempfindlichkeit im Bereich der Vulva. Besonders bei direkter Berührung des Vestibulums z.B. mit einem Watteabchen („Q-Tip-Test“, Schmerzmapping der Vulva) sind starke Schmerzpunkte zu lokalisieren. Makroskopisch sichtbar sind im Vulvabereich keine bzw. nur geringfügige Veränderungen,





Prof. Dr. med. Volker Viereck,
Frauenfeld



PD. Doz. Dr. Hans-Ulrich Pauer,
München



Prof. Dr. med. Sigrid Regauer, Graz (li.)
Dr. med. Barbara Eberz, Mürtzschlag

teilweise minimale Rötungen v.a. im Bereich von Drüsenausführungsgängen bei sehr exakter Inspektion. Allerdings finden sich in entnommenen Gewebeproben durchaus spezifische histopathologische Veränderungen, darum hat bei ihr die Biopsie einen so hohen Stellenwert.

Für Dr. Eberz gilt immer: Erst Diagnose, dann Therapie. „Ich muss wissen, was ich behandeln soll, dann kann ich verschiedene Behandlungsschemata heranziehen. z.B. Lokalanästhetika, orale Medikamente gegen neuropathische Schmerzen und auch die Biofeedbacktherapie bei Vulvodynieformen sind hilfreich“, so die Gynäkologin.

Die „klassische“ Therapie bei einem histologisch bestätigten Lichen sclerosus besteht in der höherdosierten Gabe von lokal hochpotentem Cortison (Clobetasol 17-Propionat) über drei Monate mit monatlicher Dosisreduktion, bei Wiederauftreten von Beschwerden möglichst sparsam und kurzfristig. Häufig ist jedoch ein individualisiertes Therapieschema mit einer geringeren Anfangsdosis und weiterführender prophylaktischer Anwendung in Intervallen möglich, empfiehlt Dr. Eberz. Bei Vulvodynie-Patientinnen enthält ihr Therapiekonzept topisch Xylocain, eventuell in Kombination mit niedrig potentem lokalem Steroid plus ein Mastzellen-stabilisierendem Spray. Die intravaginale Lasertherapie sowie ein biofeedbackgestütztes Beckenbodentraining sind ebenfalls hilfreich. Besonders wichtig sei, immer mit der Patientin über ihr Sexualeben zu sprechen und somatische und psychosoziale Ursachen zu erfassen, schloss die Expertin.

Und die Hormone?

Männer wie Frauen neigen dazu, die mit dem Älterwerden einhergehenden Veränderungen ihres Körpers und der Libido oft nur den hormonellen Veränderungen zuzuschreiben. Priv. Doz. Dr. Hans-Ulrich Pauer vom Hormon-Zentrum München geht bei sexuellen Störungen (Libidoverlust, Dyspareunie) nicht nur mit einer Hormonbestimmung auf die Suche, sondern klärt selbstverständlich auch psychosoziale und organische Ursachen ab. „Eine Hormontherapie kann zwar bei zahlreichen Beschwerden indiziert sein, ist aber nur ein Baustein für ein Gelingen des Älterwerdens“, sagte Pauer zum Thema „Good Aging“.

Dieser Prozess beginnt bei Frauen relativ plötzlich mit der Menopause. Perimenopausale endokrinologische Störungen führen durch hohe Östrogenfluktuationen zu Zyklus- und Blutungsstörungen, rezidivierenden Mastodynien, vasomotorischen Störungen, Schlafstörungen und gehäuft depressiven Stimmungen.

Wie die Hormon-Fluktuationen Depressionen fördern können, zeigt die Abbildung 1.

Alle Veränderungen tragen zu einer Abnahme des sexuellen Interesses sowie der Fähigkeit, erregt zu werden oder einen Orgasmus zu erreichen, bei „Eine niedrig-dosierte transdermale Hormonersatztherapie mit naturidentischen Hormonen, die auch zyklisch angewendet werden kann, kann zu einer Stabilisierung des Zyklus und zu einer Verbesserung der zentralnervösen Symptome wie der häufigen Wechselbeschwerden führen“, erklärte Pauer. In der Postmenopause könne auch schon eine östrogenhaltige Lokalthherapie (z.B. Östriol) der vaginalen Trockenheit und Atrophie entgegenwirken.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, auf den der Endokrinologe hinwies, ist die Veränderung der Androgenproduktion der Ovarien und Nebennieren, die ebenfalls altersabhängig abfällt. Die Cochrane Database [3] zeigt den Nutzen einer niedrig dosierten Testosterongabe, auch hier sind transdermale Systeme vorhanden. Alternativ stabilisieren orale Antikonzeptiva zwar auch den Zyklus und stellen eine ausreichende Östrogenversorgung sicher, supprimieren aber die ovarielle Testosteronbildung. Der altersabhängige Abfall der DHEA Bildung in der Nebennierenrinde (Adrenopause), ein Prohormon der Testosteronbildung ausserhalb des Ovars, führt dazu, dass die Nebennierenrinde immer weniger Testosteron bereitstellt. Dies kann bei Frauen in der Perimenopause unter oralen Kontrazeptiva den Libidoverlust verstärken. Durch eine DHEA-Gabe in Form eines Prohormons kann ein Ausgleich stattfinden.

▼ SMS

Quelle: 14. Frauenfelder Symposium Gynäkologie, Kartause Ittingen, Oktober 2011

Literatur:

1. Regauer S, Eberz B.: Diagnosis and management of vulvodynia should include biopsy and histological examination. Br J Dermatol. 2010 Sep;163(3):663-5.
2. www.vulvaworkshop.at
3. Somboonporn W et al: Testosterone for peri and postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;(4):CD004509.
4. Soares CN, Frey BN. Challenges and opportunities to manage depression during the menopausal transition and beyond. Psychiatr Clin North Am. 2010 Jun;33(2):295-308.