Warsztaty mentoringowe

Dr n.med. Ewa Baszak-Radomańska
www.ewabaszakradomanska.pl

Wulwodynia - gdzie „nie ma co boleć, a boli", czyli przewlekłe dolegliwości na sromie

Wulwodynia (Vulvodynia) w Międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-11 ma kod GA34.02, to przewlekły ból sromu, który spełnia warunki:

- trwa co najmniej trzy miesiące (w sposób ciągły bądź nawrotowy)
- ból, także świąd, pieczenie, dyskomfort czy nadwrażliwość. Ból może przebiegać pod postacią, uczucia gniecenia, kłucia, ciągnięcia, rozpierania, obrzmienia, uczuciem otarcia czy innego specyficznego wrażenia.
- okolice: srom (najczęściej przedsionek pochwy), krocze czy odbyt, spojenie łonowe
- bez widocznej przyczyny na sromie ani możliwej do zidentyfikowania choroby neurologicznej (choroba z wykluczenia innych przyczyn bólu)
- może mieć czynniki czy choroby współistniejące: mięśniowo-powięziowe, neurologiczne, psychospołeczne i współistniejące zespoły bólowe, np. zespół jelita drażliwego (Irritable colon syndrome, IBS), dysuria lub fibromialgia, liszaje sromu

Nasilenie też bywa różne, określane w skali NRS (Numeric pain rating scale) od 0-brak bólu do 10 – ból nie do wytrzymania. Uznaje się, ze funkcjonowanie z bólem NRS ≥ 3 pogarsza komfort życia, niekorzystnie wpływa na codzienne funkcjonowanie.

Ból może występować stale lub nawrotowo, bywa także, że nawroty mogą przebiegać inaczej niż poprzednie epizody, czyli początkowo wulwodynia objawiała się dyskomfortem przy wprowadzania członka (czy wibratora) do pochwy, z czasem zaczęły się pojawiać spontaniczne dolegliwości na sromie.

Odczuwanie bólu może być bardzo różne (**dolegliwości spontaniczne**), od niewielkiego dyskomfortu czy świądu w obrębie przedsionka pochwy np. przed miesiączką (co traktowane jest jako nawrotowa „infekcja intymna") do silnych dolegliwości „jakby ktoś dźgał nożem". Podobnie

dolegliwości prowokowane mogą przebiegać od uczucia podrażnienia sromu przez krótki czas po penetracji, do bólu przedsionka pochwy, gdzie penetracja jest niemożliwa ze względu na ból.

W zakresie dolegliwości spontanicznych czy prowokowanych, spektrum bólu jest bardzo szerokie, obraz choroby jest niejednorodny, co utrudnia rozpoznanie i stanowi jedną z przyczyn błędnych rozpoznań.

Kamienie milowe w rozumieniu wulwodynii

W nomenklaturze, kryteriach rozpoznania i różnicowaniu, wulwodynia ma ponad 20 lat.

- 2003 rok wprowadzono pojęcie wulwodynii (International Society the Study for Vulvovaginal Diseases, ISSVD).
- 2010 rok opublikowano w Journal of Dermatology „Przewodnik po wulwodynii", wynik pracy grupy roboczej pod przewodnictwem Mandal D. (ISSVD).
- 2015 rok uzgodnienia The XXIII World Congress of the ISSVD w zakresie różnicowania przyczyn przewlekłego bólu sromu, wprowadzono określenie chorób współistniejących z wulowodynią, a w konsekwencji 2016 rok rekomendacje American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG, nowelizacja 2020 rok.
- 2022 rok, w klasyfikacji ICD -11 wulwodynia ma kod GA34.02, jako rodzaj przewlekłego pierwotnego bólu trzewnego (chronic primary visceral pain)

Synonimy wulwodynii

Opisano 11 określeń, m.inn.:

- Excessive hypersensibility of the nerves (1880 Thomas)
- Supersensitiveness of the vulva (1889 Skene)
- Zespół zapalenia przedsionka (Vulval Vestibulitis Syndrome, VVS) (1987 Friedrich E.G. Jr)
- Westibulodynia (Vestibulodynia) (1997 Bornstein)
- Przewlekły ból urogenitalny (Chronic Urogenital Pain, CUP) (2015 Jantos)
- Neuralgia Nerwu Sromowego (Pudendal neuralgia, PN, vs. nerve entrapment PNE)

Rodzaje wulwodynii

- **Wulwodynia prowokowana** (Provoked vulvodynia, PVD):

Najczęstsza postać wulwodynii, charakteryzująca się bólem wywołanym dotykiem, na przykład podczas stosunku płciowego, wkładania tamponu, badania ginekologicznego, czy noszenia obcisłych ubrań. Jest to główna przyczyna dyspareunii powierzchownej (ból przy ucisku sromu lub

wprowadzaniu członka czy wibratora do pochwy). W zmieniającej się nomenklaturze, uznaje się, że jeśli występuje ból przy badaniu z wykorzystaniem wacika (cotton swab test), czyli ból u podstawy błony dziewiczej przy ucisku patyczkiem z wacikiem), jest to cecha dysfunkcji mięśni dna miednicy pod postacią nadmiernego napięcie (Pelvic floor muscle dysfunction/overactitity, PFMD/overactivity), rozpoznajemy PVD, nawet jeśli kobieta nie współżyje.

- **Wulwodynia spontaniczna** (Spontaneous vulvodunia, SVD):

Ból występuje bez żadnej zewnętrznej przyczyny, bez kontaktu fizycznego. Nasilenie dolegliwości może być różne i zmienne, czasem zależne od czynników takich jak cykl miesiączkowy.

- **Wulwodynia mieszana**:

Łączy cechy wulwodynii prowokowanej i spontanicznej. Istnieje tendencja do unikania tego określenia, na korzyść rozpoznawania PVD (z dolegliwościami spontanicznymi) jeśli jest komponenta prowokowana, czyli ból przedsionka przy teście z wacikiem.

Wulwodynia prowokowana jest najczęstszą (po brutalnym współżyciu) przyczyną bolesnej penetracji. Dyspareunia jest określona w skali Marinoffa (M 0-3), gdzie:

- Marinoff 0, to brak bólu przy penetracji,
- Marinoff 1, w czasie penetracji (czy po współżyciu) występuje ból sromu (w dyspareunii powierzchownej) czy miednicy (w dyspareunii głębokiej), ale samo współżycie przebiega w sposób niezaburzony,
- Marinoff 2, czasem stosunek trzeba przerwać z powodu bólu,
- Marinoff 3, ból jest powodem zaniechania odbywania stosunków pochwowych ze względu na ból.

Dyspareunia powierzchowna jako skutek wulwodynii prowokowanej może pojawiać się zarówno w trakcie jak też po stosunku seksualnym (jako pieczenie czy świąd, uczucie otarcia, obrzęku czy bólu sromu), co może się utrzymywać przez chwilę, godziny, aż do kilku dni po współżyciu. Kobieta pozostaje w przekonaniu, że została w czasie kontaktu seksualnego „zarażona" przez partnera, bo objawy jednoznacznie kojarzą się z zapaleniem.

Inny podział wulwodynii

Ból może być:

zlokalizowany (Localised vulvodynia, LVD) jeśli dolegliwości występują w zakresie przedsionka pochwy jako westibulodynia (vestibulodynia), to najczęstsza postać wulwodynii lub ból łechtaczki (clitorodynia)

uogólniony (Generalised vulvodynia, GVD) obejmujący inne części sromu i okolice lub pojawia się zmiennie w różnych obszarach, np. jako ból krocza, okresowo ze świądem odbytu.

Najczęściej w literaturze podaje się nazwę LPV, czyli opis odnosi się do zlokalizowanej do przedsionka, prowokowanej wulwodynii.

Częstość występowania i koszty społeczne

Wulwodynia nie jest chorobą rzadką, szacuje się, że choruje (na różnych etapach życia) do 10-ta kobieta. Choroba dotyka 8,3–16% a nawet do 28% dorosłych kobiet w populacji ogólnej. Pomimo znaczącego obciążenia, tylko około **60% kobiet z bólem sromu poszukuje pomocy medycznej**, a 40% z nich nigdy nie otrzymuje prawidłowej diagnozy.

W publikacji z 2025 roku oceniono, że tylko 1,4% kobiet w USA otrzymuje diagnozę od pierwszego lekarza do którego przyjdzie z problemem. W Polsce zapewne jest podobnie a należy zaznaczyć, że wczesna interwencja jest kluczowa, aby „zdążyć przed chronifikacją" czyli zanim ból stanie się bólem przewlekłym, po 3 miesiącach utrzymywania się dolegliwości.

Ból może się pojawić w każdym wieku, także u dzieci. Najczęściej jednak dotyczy kobiet młodych, a około 3/4 pacjentek z wulwodynią nie ukończyło 34 roku życia.

Obciążenie systemu ochrony zdrowia przez pacjentów z bólem przewlekłym, w tym z wulwodynią jest znaczące. W 2012 roku w USA pacjentka z wulwodynią odbyła średnio 9 wizyt w ciągu roku, generując roczny koszt 17 724 dolarów/pacjentkę. Całkowity koszt, który system ponosi w związku z wulwodynią jest wyższy niż z powodu endometriozy, fibromialgii i Zespołu bolesnego pęcherza/ śródmiąższowego zapalenia pęcherza (Bladder pain syndrome/ Interstitial cystitis, BPS/IC) łącznie wziętych i wynosi 31-72 miliarda dolarów/rok.

Przed ukończeniem 40-go roku życia 7% kobiet w USA doświadczy bólu, 60% kobiet odwiedza 3 lub więcej ginekologów, większość nie otrzymuje prawidłowego rozpoznania. Połowa kobiet potrzebuje 2-5 lat aby lekarz rozpoznał wulwodynię, takie jest opóźnienie w otrzymaniu diagnozy i zastosowaniu odpowiedniego leczenia.

Wulwodynia jako ból przewlekły

Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu (International Association the Study for Pain, IASP) klasyfikuje wulwodynię jako przewlekły pierwotny ból trzewny. Różne rodzaje przewlekłego bólu trzewnego w ICD-11 to wulwodynia, przewlekły ból miednicy (Chronic pelvic pain, CPP) oraz schorzenia współistniejące, takie jak fibromialgia, IBS, BPS/IC, bóle głowy i inne zespoły złożonego bólu regionalnego (CRPS) typu 1.

Nieco zmieniona definicja bólu przyjęta przez IASP w 2020 r. opisuje ból jako „nieprzyjemne doznanie sensoryczne i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanki lub przypominające takie uszkodzenie, gdzie ból jest osobistym, subiektywnym doświadczeniem, na który mają wpływ na czynniki biologiczne (patologia tkanek lub nerwów), psychologiczne i społeczne". Jednoznacznie obowiązuje model biopsychospołeczny w rozumieniu przyczyn bólu przewlekłego.

Ból rzutowany, który jest głównym objawem istnienia punktów spustowych (Trigger points, TrP), jest zjawiskiem centralnym (powstaje w mózgu) wywołanym przez bodźce obwodowe (w układzie mięśniowo-powięziowym).

Ból przewlekły (trwający > 3 miesiące) dzieli się głównie na ból nocyceptywny (pobudzanie zakończeń nerwowych przez np. proces zapalny), ból nocyplastyczny i ból neuropatyczny.

Wulwodynia jest przykładem przewlekłego **bólu nocyplastycznego**, gdzie przyczyna leży w zakresie:

- sensytyzacji obwodowej, czyli nadmiernej wrażliwości obwodowej na ból co jest spowodowane neuroproliferacją na sromie
- sensytyzacji centralnej (Central sensitisation, CS) czyli nadmiernej wrażliwości mózgu na ból. CS definiuje się jako wzmocnienie sygnalizacji neuronalnej w ośrodkowym układzie nerwowym, które powoduje nadwrażliwość na ból. Zgodnie z najnowszą literaturą (IASP 2020) termin CS (z IASP 2014) jest stopniowo zastępowany terminem ból nocyplastyczny, chociaż nie są to synonimy.

Ból nocyplastyczny wynika ze zmienionej nocycepcji (wrażliwości na bodźce bólowe), przy braku wyraźnych dowodów uszkodzenia tkanki lub układu nerwowego. IASP zdefiniowało ból nocyplastyczny jako „ból powstający w wyniku zmienionej nocycepcji (wrażliwości na bodźce bólowe), pomimo braku wyraźnych dowodów rzeczywistego lub grożącego uszkodzenia tkanki, powodującego aktywację obwodowych nocyceptorów lub dowodów choroby lub uszkodzenia układu somatosensorycznego (nerwów obwodowych lub centralnego układu nerwowego) powodującego ból". Zatem, skoro nie ma uszkodzenia układu nerwowego ani choroby somatycznej będącej przyczyną bólu, ból jest odwracalny.

Wulwodynia może też być innym rodzajem bólu przewlekłego, **bólem neuropatycznym**, wynikającym z uszkodzenia ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego, np. w neuralgii (PN) lub uwięźnięciu nerwu sromowego (PNE).

Przebieg wulwodynii

Naturalny przebieg choroby bywa bardzo różny. Remisje (albo zmniejszenie dolegliwości) i nawroty, występują często. Bywają remisje długotrwałe lub całkowite, bywa spontaniczne ustąpienie dolegliwości. Jeśli pacjentka otrzymała trafną diagnozę wulwodynii, poznała charakter schorzenia (Patient scientific education, PSE), odkryła indywidualne czynniki powodujące nasilenie dolegliwości, potrafi redukować lęk i zaburzenia nastroju, ma szansę znaleźć swoją drogę wyjścia z bólu przewlekłego.

Przeprowadzono szerokie badania ankietowe, zadając pytanie: czego się człowiek boi najbardziej, z upływem czasu. Najbardziej boimy się duszności, bólu przewlekłego i utraty kontroli.

Ból przewlekły:

- Dotyczy 20% dorosłej populacji, w Polsce choruje ponad 8 mln ludzi, w tym 5,1 mln to kobiety. „Ból ma twarz kobiety" jak mówi dr Magdalena Kocot-Kępska, Prezes Polskiego Towarzystwa Badań nad Bólem.
- Jest chorobą społeczną, jak cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe i nowotwory.

Lekarz ma obowiązek leczenia bólu i oceny postępów w leczeniu bólu, zgodnie z Ustawą Praw Pacjenta (z 03/2017), a zgodnie z Rozporządzenie Ministra Zdrowia „w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych" (z 02/2023).

Po co te regulacje? „Bo wciąż źle leczymy ból" (M.Kocot-Kępska).

Etiologia i mechanizmy patofizjologiczne

Etiologia wulwodynii pozostaje niewyjaśniona, jednak uważa się, że jest ona wynikiem złożonej interakcji czynników.

Główne czynniki współistniejące (potencjalne przyczyny lub modyfikatory dolegliwości na sromie):

- Mięśniowo-powięziowe: Ponad 90% przypadków wulwodynia współistnieje z **dysfunkcją mięśni dna miednicy pod postacią nadmiernego napięcia (PFMD/overactivity)**, objawiającą się przewlekle zwiększonym napięciem i niezdolnością do relaksacji mięśni. Może to prowadzić do niedokrwienia i niedotlenienia mięśni i powięzi, skrócenia sarkomerów i być przyczyną powstawania punktów spustowych bólu (TrP). Mięśnie, może nawet bardziej układ powięzi miednicy odgrywają kluczową rolę w wystąpieniu wulwodynii, a terapia jest ukierunkowana na rehabilitację.

- Neurologiczne: Obejmują sensytyzację centralną i obwodową, czyli nadmierne uwrażliwienie układu nerwowego na bodźce bólowe. Neuralgia nerwu sromowego (PN) bywa związana z uwięźnięciem lub uszkodzeniem nerwu sromowego (PNE). Najczęstsza przyczyną jest jednak PFMD/overactivity, wówczas PN jest synonimem wulwodynii. Niektóre choroby neurologiczne mogą się objawiać przewlekłymi dolegliwościami bólowymi, również w zakresie sromu, np. neuralgia opryszczkowa (Herpes simplex virus, HSV), stwardnienie rozsiane (Sclerosis multiplex, SM), zespół Marfana lub zespoły marfanopodobne jak zespół Ehlersa-Danlosa.
- Neuroproliferacyjne: Obserwuje się nawet 10-krotnie zwiększoną gęstość receptorów włókien nerwowych „C" oraz zwiększoną ilość komórek tucznych (mastocytów) w błonie śluzowej przedsionka pochwy, w porównaniu do zdrowych kobiet. Przewlekła aktywacja mastocytów powoduje wydzielanie czynnika wzrostu nerwów (NGF) i heparynazy. Pozwala to nowo powstałym zakończeniom nerwowym wnikać do powierzchownych warstw błony śluzowej przedsionka pochwy (neuroproliferacja).
- Psychospołeczne: Lęk, depresja, zaniedbania i traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa (w tym molestowanie seksualne) są czynnikami ryzyka rozwoju wulwodynii. Kobiety z wulwodynią mają 4-krotnie wyższe ryzyko zaburzeń nastroju lub lęku. Czynniki psychologiczne, takie jak katastrofizm bólu (niepokój związany z budowaniem najczarniejszych scenariuszy) i obniżone poczucie własnej sprawczości, wiążą się z większą intensywnością odczuwania bólu.
- Hormonalne: Zmniejszony poziom krążących estrogenów np. w menopauzalnym zespole moczowo-płciowym (Genitourinary syndrome of menopause, GSM do 2014 roku używano określenia atrofia urogenitalna) ale też w okresie laktacji, czasami także przy stosowaniu antykoncepcji hormonalnej, może wpływać na wrażliwość tkanek sromu i pochwy. Chociaż antykoncepcja hormonalna była badana jako czynnik ryzyka, ostatecznie nie potwierdzono, aby zwiększa ryzyko występowania wulwodynii.
- Genetyczne: Występowanie rodzinne wulwodynii sugeruje pewną predyspozycje genetyczne, związaną z cechami układu mięśniowo-powięziowego i nerwowego. Polimorfizm niektórych genów może predysponować do intensywniejszej odpowiedzi zapalnej, co predysponuje do zespołów bólowych.
- Zaburzenia seksualne: Wulwodynia często prowadzi do dyspareunii powierzchownej (bolesna penetracja, dolegliwości w zakresie sromu), lęku przed seksem penetracyjnym oraz trudności z przeżywaniem orgazmu, co negatywnie wpływa na jakość życia seksualnego.

Biorąc pod uwagę powyższe czynniki współistniejące, mające wpływ na występowanie przewlekłych dolegliwości na sromie, opracowano diagnostykę różnicową przetrwałego bólu sromu w 2015 roku jako Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain (ISSVD), co stanowiło podstawę do opracowania rekomendacji ACOG w 2020 roku.

Dla uproszczenia, aby zapamiętać spektrum potencjalnych przyczyn dolegliwości na sromie (co uwzględnić w różnicowaniu), stworzyłam akronim „ZJEDZMY LWA":



- **Z**apalenia (infekcje) pochwy i sromu: grzybicze, bakteryjne, wirusowe (np. HSV), pierwotniakowe i pasożytnicze i oraz Kontaktowe zapalenie skóry (Contact dermatitis, CD)
- **J**atrogenne: po leczeniu zabiegowym, radioterapii, epizjotomii oraz po urazie
- **e**ee... Neurologiczne: neuralgia opryszczkowa, PN vs. PNE, SM, zespół Marfana lub zespoły marfanopodobne, polineuropatia np. w cukrzycy, odczynowe zapalenie stawów
- **D**ermatozy ogólne z zajęciem sromu, np. łuszczyca
- **Z**miany śródnabłonkowe (V LSIL/ V HSIL / dVIN), rak i inne nowotwory sromu
- **M**enopauzalny Zespół Moczowo - Płciowy (GSM)
- **Y**y... ?
- **L**iszaje: prosty (Lichen simplex chronicus, LSC), płaski (Lichen planus, LP) i twardzinowy (Lichen sclerosus, LS) współistnieją z wulwodynią
- **W**ulwodynia, gdzie „nie ma co boleć a boli" czyli rodzaj przewlekłego bólu sromu
- **A**aa!

Nadaktywność mięśni dna miednicy (PFMD/overactivity)

Dysfunkcyjne, nadaktywne mięśnie dna miednicy są źródłem przewlekłego bólu u prawie wszystkich kobiet z wulwodynią. Nadmierna aktywność mięśni miednicy występuje, gdy mięśnie nie rozluźniają się, a nawet kurczą, gdy relaksacja jest konieczna, na przykład podczas defekacji lub oddawania moczu. Kobiety z PFMD/overactivity zwykle zgłaszają objawy z przepony miednicy: ginekologiczne, żołądkowo-jelitowe, urologiczne, oraz zaburzenia seksualne i mięśniowo-powięziowe, co wiąże się z nadmierną wrażliwością obwodowego i/lub centralnego układu nerwowego.

Szerokie spektrum przewlekłego bólu miednicy wiąże się ze zwiększonym napięciem mięśni dna miednicy (Pelvic floor muscle, PFM), co można ocenić za pomocą badania palpacyjnego, w trakcie badania dwuręcznego (Bimanual examination, BME), diagnostyki ginekologicznej. Najważniejszą cechą związaną z nadaktywnością PFM jest ból uciskowy (cotton swab test) w zakresie przedsionka pochwy, określana jako ból rzutowany, przeniesiony na srom z mięśni miednicy. Głębokie mięśnie również są bolesne uciskowo podczas badania wewnętrznego przez pochwę lub odbytnicę.

Zaproponowano kilka protokołów badania PFM. Harm-Ernandes i wsp., na podstawie przeglądu literatury, nie udowodnili wyższości żadnej metody diagnostycznej. Brakuje również konsensusu w sprawie definicji bólu mięśniowo-powięziowego dna miednicy i kryteriów diagnostycznych.

Ponieważ do tej pory nie były dostępne proste procedury diagnostyczne PFMD/overactivity, stworzyłam Protokół VAMP, która został pomyślnie zwalidowany w badaniu klinicznym.

Badanie dna miednicy jest zalecane u pacjentek ginekologicznych (ale może być przeprowadzone u ciężarnych) z nawrotowym bólem lub innymi dolegliwościami w obrębie sromu, zarówno prowokowanymi (dyspareunia powierzchowna), jak spontanicznymi (zwykle postrzeganymi przez pacjentkę i lekarza jako „nawracające infekcje intymne"), oraz w przypadku rozpoznania wulwodynii czy przewlekłego bólu miednicy (Chronic pelvic pain, CPP). W literaturze wulwodynia należy do spektrum CPP.

Kryteria diagnostyczne wulwodynii ograniczały się najczęściej do oceny bolesności błony śluzowej przedsionka pochwy w teście z wacikiem, od czasu ustalenia kryteriów diagnostycznych Zespołu zapalenia przedsionka pochwy (Vulvar vestibulitis syndrome, VVS) wg. Friedricha E. G. z 1987 roku. VVS to synonim (wcześniejsze określenie) wulwodynii. Niemniej, w badaniu przeprowadzonym przez Reeda i wsp. 13,8% pacjentek z wulwodynią nie wykazało zwiększonej wrażliwości na ucisk wacikiem, co sugeruje, że badanie wrażliwości sromu może nie być istotnym elementem algorytmu diagnostycznego wulwodynii. Badania własne pokazują, że zaledwie 3% kobiet z wulwodynią nie odczuwa bolesności przy ucisku przedsionka pochwy (u podstawy błony dziewiczej).

Badanie mięśni dna miednicy (PFM): protokół VAMP

Według publikacji Meister i wsp., na podstawie systematycznego przeglądu literatury (55 badań w latach 1946-2017), sformułowano osiem zaleceń dotyczących badań bólu mięśniowo-powięziowego u kobiet, które Protokół VAMP wypełnia, co zostało opisane w publikacji w Pleviperneology.

Protokół VAMP jest stworzony jako proste narzędzie do badania fizykalnego pacjentki z przewlekłymi czy nawrotowymi dolegliwościami na sromie.

Ogólne informacje o Protokole VAMP:

- Ginekolog czy fizjoterapeuta bada **4 okolice: srom (V) i odbyt (A) za pomocą ucisku wacikiem, mięśnie dna miednicy (M) poprzez badanie palcem badającym mięśnia dźwigacza odbytu oraz prowadzi badanie palpacyjne okolicy okołocewkowej (periurethral area, P)** (Ryc. 1).
- Dla pacjentki i świadczeniodawcy badanie nie jest czasochłonne, zabiera do 2 minut, przeprowadzony jest w czasie badania ginekologicznego.
- Celem badania jest uzyskania informacji o dysfunkcji nadaktywnych mięśni (PFMD/overactivity), jako czynnika sprawczego, współistniejącego lub jak sądzą niektórzy badacze, będącego

skutkiem wulwodynii.

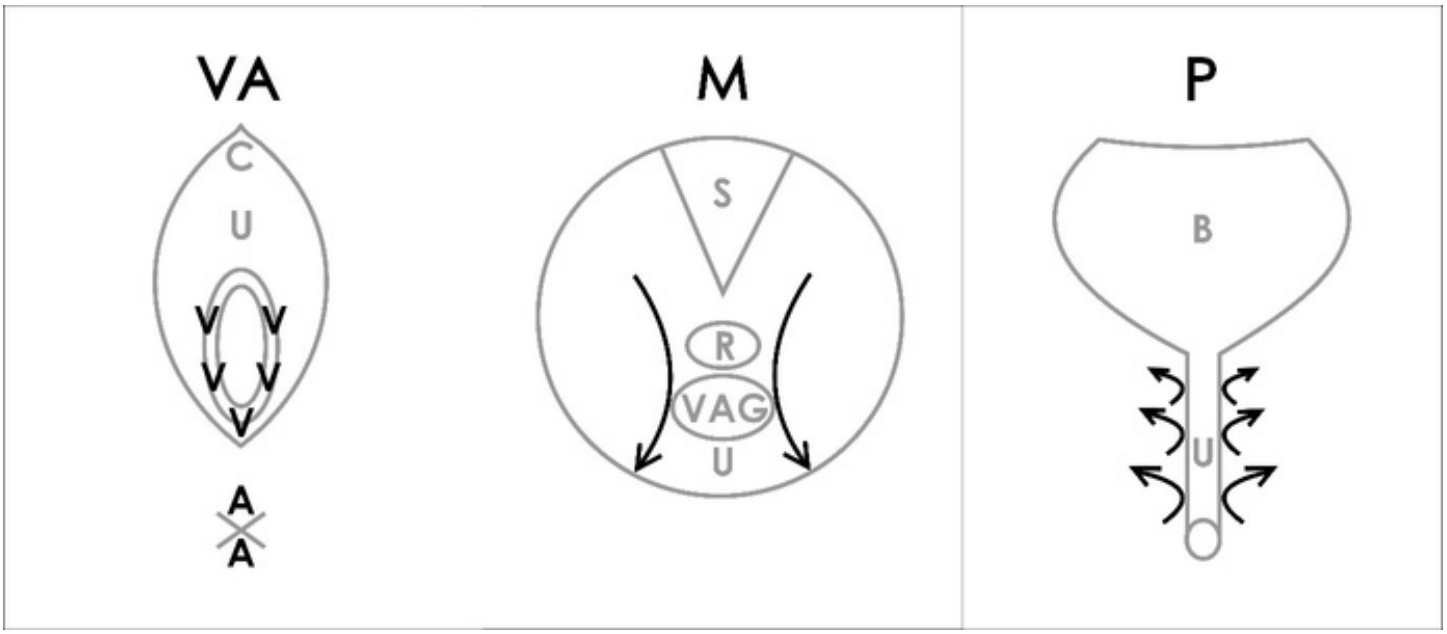
- Badanie wnosi więcej informacji niż powszechnie stosowany test z wacikiem w badaniu kobiet cierpiących na wulwodynię.
- Ból odczuwany w czasie badania przez pacjentkę jest oceniany w 11-punktowej skali numerycznej (Numeric pain rating scale, NRS) od 0 do 10, gdzie 0 oznaczało „brak bólu", a 10 „najsilniejszy możliwy ból".

Z mojej kilkunastoletniej pracy z pacjentkami z bólem sromu, badaniu kobiet zdrowych (na wizytach follow-up) z zastosowanie Protokołu VAMP, mogę jednoznacznie wnioskować, że PFMD/overactivity jest linkiem do wulwodynii, podobnie jak do dolegliwości bólowych w endometriozie.

Na podstawie wieloletniej współpracy z ośrodkiem M.Jantosa w Australii, prowadzeniu wspólnych badań i korzystaniu z doświadczenia terapeutów, dla celów naukowych badacze wypracowali Protokół IMAP, gdzie oceniano 51 punktów u kobiet z wulwodynią i BPS/IC (określane łącznie jako przewlekły ból urogenitalny, CUP), wyciągnięto wnioski, które obszary są bolesne przy ucisku u kobiet cierpiących na CUP. Na podstawie tych ustaleń zaproponowałam, przeprowadziłam badania i wykonałam walidację (z kwestionariuszem centralnej sensytyzacji, CSI) Protokół VAMP, uproszczony schemat badania fizykalnego u kobiet z wulwodynią, który ocenia tylko referencyjne punkty, stanowi proste i użyteczne narzędzie do wykorzystania klinicznego. Protokół jest zwalidowany w badaniu przez pochwę, ale przy braku dostępu lub akcepracji pacjentki, badanie można wykonać przez odbyt.

Potwierdzenie bólu i dysfunkcji PFM jest niezbędne, aby zalecić leczenie zachowawcze obejmujące fizykoterapię miednicy, ogólną terapię mięśniowo-powięziową i biofeedback. Odkrycia te dają znaczące dowody na obwodowe mechanizmy bólu, w których ból pochodzenia tkanek miękkich jest badany i potencjalnie reaguje na terapie mięśniowo-powięziowe.

Ryc. 1. Schemat badania VAMP (przedruk za zgodą Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników).



V-srom 5 punktów ucisku wacikiem; A-odbyt 2 punkty ucisku wacikiem; C-łechtaczka, U-cewka moczowa, S-kość krzyżowa, R-odbytnica, VAG-pochwa; B-pęcherz moczowy, kierunek strzałek pokazuje sposób wewnętrznego badania palcem.

Protokół VAMP krok po kroku:

1. Przygotowanie i zgoda pacjentki

- Wyjaśnienie schematu badania.
- Uzyskanie ustnej świadomej zgody pacjentki.
- Wyjaśnienie metody oceny bólu w skali NRS (od 0 gdzie odczuwany jest ucisk do 10 gdzie ból jest nie do wytrzymania)
- Pacjentka proszona o ocenę bólu w każdym badanym punkcie, w dokumentacji notujemy najwyższą punktację w danym obszarze.

Technika badania zakłada ocenę 2 obszarów zewnętrznych (V,A), badanie wacikiem oraz badanie wewnętrzne (przez pochwę lub przez odbyt) 2 obszarów anatomicznych miednicy (M,P). Badanie zewnętrzne można przeprowadzić przez wziernikowaniem pochwy, wewnętrzne w czasie badania dwuręcznego, po ocenie macicy i przydatków.

2. Moduł V – Srom (Vulva)

- Delikatny nacisk suchym wacikiem na **5 punktów u podstawy błony dziewiczej** w przedsionku:
  - Punkty od godziny 2 do 10 (jak „zegar przedsionkowy") lub w kolejności losowej (randomowo).
- Nacisk dostosowany do poziomu tolerowanego przez pacjentkę (Patient Pressure Tolerance, PPTol).
- W dokumentacji notujemy maksymalny wynik NRS: np. VAMP 8 … … …

3. Moduł A – Odbyt (Anus)

- Powtórzenie testu z wacikiem na **2 punktach wokół odbytu**.
- Nacisk podobny do tego stosowanego na srom.
- Okolica odbytu jest niebolesna przy ucisku wacikiem (NRS=0), nawet jeśli są żylaki czy inne zmiany tej okolicy. Wyższa punktacja wskazuje na katastrofizm pacjentki, która przeszacowuje odczucia, niemniej ból jest subiektywny.
- W dokumentacji notujemy maksymalny wynik NRS: np. VAMP 80… …

4. Moduł M – Mięśnie dna miednicy (Muscle)

- Badanie dwuręczne pochwy przy użyciu **jednego palca wskazującego**, nawilżonego żelem.
- Technika badania:
  - Palec skierowany do tyłu.
  - Ruch ślizgowy po obu stronach miednicy, z pominięciem odbytnicy w części centralnej tylnej ściany miednicy.
  - Wywieranie nacisku wzdłuż m. ischiococcygeus do przedniej części m. puborectalis (mięsień najbardziej zewnętrznie, przyczepy do kości łonowych).
  - Ruch wysuwający palec (od wewnątrz na zewnątrz).
  - Technika PPTol wykonywana obustronnie.
- W dokumentacji notujemy maksymalny wynik NRS: np. VAMP 808…

5. Moduł P – Okolica okołocewkowa (Paraurethra)

- Odwrócenie palca wskazującego dłoni ku górze i w bok od cewki moczowej.
- Wykonanie ruchu podobnego do „odpreparowania" cewki od kości łonowej.
- Ucisk powięzi okołocewkowej od zewnątrz do wewnątrz po prawej i lewej stronie (kolejność dowolna).
- Stopniowe zwiększanie nacisku zgodnie z techniką PPTol.
- W dokumentacji notujemy maksymalny wynik NRS: np. VAMP 80810

6. Dokumentacja wyników

- Wyniki zapisać w formacie, maksymalne wyniki NRS w czterech obszarach: VAMP XXXX, ponieważ A (odbyt) jest zazwyczaj niebolesny (NRS=0), można pominąć i oznaczyć VMP jako VAMP XXX

7. Czas trwania badania

- Całkowity czas wykonania protokołu VAMP: **około 2 minut**.

Wynik VAMP ≥ 3 w przynajmniej jednym badanym obszarze wskazuje na nadaktywność mięśni dna miednicy (PFMD/overactive state lub overactivity), co u pacjentki z wulwodynią ukierunkowuje leczenie w zakresie terapii mięśniowo-powięziowej ogólnej czy uroginekologicznej ale też zwraca uwagę na inne potencjalne przyczyny dysfunkcji mięśniowo-powięziowych, np. określona predyspozycja psychologiczna, depresja, lęk, przewlekły stres. Powodem może być również przyczyna w obrębie samej miednicy, np. zapalenie miednicy, zabiegi chirurgiczne w zakresie miednicy (w zaburzeniach statyki, nietrzymaniu moczu, z przyczyn onkologicznych) czy aktywność fizyczna powodująca napięcie, mobilizację przepony miednicy (np. jazda konno, taniec na rurze, podskoki, robienie „brzuszków", pływanie żabką).

Protokół VAMP jest dodatni u prawie wszystkich kobiet z wulwodynią, u wszystkich z wulwodynią prowokowaną (z lub bez dolegliwości spontanicznych), jest wykładnikiem bólu nocyplastycznego. U kobiet z wulwodynią spontaniczną PFMD/overactivity co do zasady nie występuje (VAMP ≤ 3), przewlekły ból jest zazwyczaj bólem neuropatycznym (wynika z uszkodzenia obwodowego bądź ośrodkowego układu nerwowego).

Neuralgia nerwu sromowego (Pudendal neuralgia, PN)

Uogólniony (generalised), szczególnie jednostronny ból w obrębie sromu (raczej nie przedsionka pochwy) rzadko może mieć związek z uwięźnięciem, uszkodzeniem nerwu sromowego (pudendal nerve). PN należy podejrzewać gdy są spełnione kryteria z Nantes z 2008 roku:

1. ból nasila się przy siedzeniu, nie powoduje bolesnego współżycia, stanowi przyczynę dolegliwości spontanicznych na sromie (wulwodynia spontaniczna zazwyczaj jest bólem neuropatycznym), często pod postacią parestezji, mrowienia, ciągnięcia.

2. nie wybudza ze snu (w wulwodynii też tak jest)

3. obszar unerwienia przez nerw sromowy, dotyczy łechtaczki, pochwy i/lub krocza (nie jest to westibulodynia, czyli ból przedsionka pochwy)

4. nie obserwuje się zaburzeń czucia w obszarze występowania bólu (podobnie jak w wulwodynii)

5. występuje pozytywna odpowiedź na blokadę nerwu sromowego, określana jako terapeutyczne znieczulenie miejscowe (Therapeutic local anaesthesia, TLA), określane również jako blokada przezskórna nerwu sromowego (TransLigamentous Approach, TLA, technika przezwięzadłowa).

Uszkodzenie nerwu może być spowodowane przez rotację miednicy, zmiany anatomiczne ze znacznym pogłębieniem lordozy lędźwiowej.

Dodatkowo, w PN nie zostaje potwierdzona PFMD/overactivity. Uwięźnięcie nerwu sromowego (Pudendal nerve entrapment, PNE) związane bywa z uciskiem w przebiegu nerwu (guz, ciasnota w kanale Alcocka), powinno objawiać się dolegliwościami po jednej stronie sromu.

Są jednak opinie badaczy wykonujących blokady nerwu sromowego (w Poradni Leczenia Bólu), że znaczna liczba pacjentek z wulwodynią cierpi na neuralgię sromową a dysfunkcja dna miednicy może być następstwem, a nie przyczyną zaburzenia neurogennego, czego jednak nie potwierdzam, pracując z kobietami z bólem i chorobami sromu od 2008 roku.

Diagnostyka wulwodynii

Rozpoznanie wulwodynii ma kluczowe znaczenie dla procesu zdrowienia, opiera się na sekwencji kroków diagnostycznych:

1. **Wywiad medyczny**, w większości przypadków sugeruje wulwodynię:
   - Charakter **dolegliwości** (np. ból, pieczenie, kłucie, ucisk, swędzenie, suchość), czas trwania (stele czy nawrotowo). Proszę o określenie nasilenie dolegliwości w ciągu ostatniego tygodnia (lub nawrotu) w skali NRS, zostawiam informacje w dokumentacji. Może dolegliwości występują wyłącznie lub dodatkowo przy penetracji pochwy (prowokowane), może penetracja przynosi ulgę lub zaostrza dolegliwości spontaniczne?
   - Cechy dolegliwości: Czy wraz z nasileniem lub nawrotem objawów na sromie pacjentka obserwuje upławy? Kiedy pojawiają czy nasilają się dolegliwości (z czym łączy początek, nawroty dolegliwości): penetracja, stres, stosowanie antybiotyku, pojawienie się dolegliwości pęcherzowych czy inne? Czy coś pomaga zredukować dyskomfort na sromie?
   - Mogą być pomocne pytania przesiewowe o wysokiej wartości predykcyjnej walidowane i zalecane w diagnostyce wulwodynii (wg. National Institute of Health):
     - Czy odczuwa Pani ból (też pieczenie, świąd, suchość, dyskomfort) sromu?
     - Czy te dolegliwości towarzyszą Pani przynajmniej 3 miesiące? (96% prawdopodobieństwa wulwodynii)
     - Czy ból ma charakter spontaniczny lub/i występuje np. przy zakładaniu tamponu, w trakcie penetracji lub po stosunku? (74% prawdopodobieństwa wulwodynii)
     - Czy zdarzyło się 10 lub więcej takich epizodów?
     - Czy unika Pani kontaktów seksualnych z powodu bólu sromu? (83% prawdopodobieństwa wulwodynii)

Rozpoznanie wulwodynii jest wysoce prawdopodobne (80% swoistości, 95% czułości), gdy wszystkie odpowiedzi są pozytywne.

   - **Choroby współistniejące z wulwodynią**, jak objawy dyzuryczne (BPS/IC, pęcherz nadreaktywny, częstomocz, nawrotowe zapalenia pęcherza), wzdęcia, zaparcia, biegunki, nieregularne wypróżnienia, bóle brzucha np.IBS, migreny, fibromialgia, a także problemy emocjonalne czy psychiczne. Ból przewlekły (B) często współistnieje z bezsennością (B), depresją (D) i lękiem (L) jako Zespól BBDL. Ponadto, wulwodynia współistnieje z innymi rodzajami bólu: dolegliwości korzeniowe (bóle pleców), zaciskanie i zgrzytanie zębami (Dysfunkcja stawów skroniowo-żuchwowych), czy chorobami autoimmunologicznymi jak alergie np. Atopowe zapalenie skóry, AZS.

- Ważne fakty **z wywiadu ogólnego i ginekologicznego**: status menopauzalny czy laktacyjny brak miesiączki, nawrotowa opryszczka narządów płciowych (HSV), choroby lub objawy neurologiczne (np. Stwardnienie rozsiane, Zespół Marfana lub marfanopodobne), aktualne choroby ogólne (np. cukrzyca), przebyte urazy i operacje w obszarze brzucha czy miednicy.
- **Przyjmowane leki**, stosowanie maziдeł, ziół, specyfików na srom. Każdy lek, suplement do pochwy, specyfik na srom, może powodować reakcję kontaktową (CD). Należy czytać ulotki przyjmowanych leków przez pacjentkę, potencjalnie każdy lek może być przyczyną podrażnienia sromu czy reakcji alergicznej, co objawiać się może każdym rodzajem zmian skórnych. Niemniej, czasem pacjentka ma uogólniony świąd skóry (także innych miejsc prócz sromu), nie ma zmian na skórze sromu.

1. **Dotychczasowe leczenie dolegliwości na sromie.** Wiele pacjentek przychodzących do lekarza same rozpoznają „infekcje intymne", oczekując kolejnego leku. Leki dopochwowe nie przynoszą poprawy albo nasilają dolegliwości („już się tak wyjałowiłam, że każdy lek zakładany do pochwy powoduje pieczenie") albo krótkotrwale redukuje świąd i pieczenie sromu, ponieważ neutralizacją prawidłową wydzielinę pochwową. Często bywa, że uporczywe dolegliwości rozpoczynają się drożdżakowym zapaleniem pochwy, z jednoznacznymi upławami albo zapaleniem pęcherza moczowego. Włączone leczenie, zmieniane, powtarzane leczenie, nowe leki, nie przynoszą ustąpienia dolegliwości. Problem nie jest w „niedoleczonej infekcji" tylko dolegliwości nie mają związku z zapaleniem. Najczęściej już sam epizod infekcji drożdżakowej wynikał z nasilonego epizodu znacznego napięcia miednicy. Powód czasem udaje się znaleźć (np. znaczny stres, infekcja i antybiotykoterapia w zakresie głowy i szyi, zabieg operacyjny).

Na podstawie zebranego wywiadu w każdym przypadku można podejrzewać wulwodynię (rozpoznanie stawiamy po badaniu ginekologicznym).

Kluczowa jest umiejętność zadawania pytań. Po zadaniu pytania „na co pani choruje", niemalże każda pacjentka odpowie „na nic". A na pytanie „jakie leki czy suplementy diety pani przyjmuje", pacjentka opowie o całym spektrum suplementów, probiotyków stosowanych doustnie lub dopochwowo, ale np. zapomni o antykoncepcji hormonalnej.

1. **Badanie ginekologiczne**: ma na celu wykryć widoczne i znane przyczyny uporczywych dolegliwości na sromie. Większość dolegliwości o charakterze nawrotowym, uporczywym, krótkotrwale reagujących na leczenie dopochwowe, występujących często pod postacią świądu, pieczenia, nie wynika z infekcji pochwy. Ale praktyka jest inna, pacjentki są latami uporczywie leczone przeciwbakteryjnie i przeciwdrożdżakowo, najczęściej nie mając żadnych wykładników zaplenia. Różnicowanie przyczyny uporczywych dolegliwości powinno być zgodne z akronimem „ZJEDZMY LWA" , co zostało opisane powyżej (w części o Etiologii i mechanizmach patofizjologicznych).

Oglądanie sromu i wziernikowanie pochwy: Wulwodynia jest chorobą z wykluczenia innych, widocznych patologii powodujących dolegliwości: „nie ma co boleć, a boli". Obecność na sromie zmian o charakterze liszaja: Liszaj prosty (Lichen simplex chronicus, LSC), twardzinowy (Lichen sclerosus, LS) i płaski (Lichen planus, LP) sromu.

Liszaje współistnieją z wulwodynią, wymagają leczenia w pierwszej kolejności.

U pacjentki z pierwotną dyspareunią powierzchowną (ból sromu przy próbie penetracji, od pierwszych penetracji czy prób współżycia), warto **wykluczyć stenozę błony dziewiczej**. Diagnostyka polega na delikatnej próbie wsunięcia 2 palców badających, przy rozszerzaniu palców w pochwie, wyczuwa się wówczas twardy „rzemień" u podstawy błony dziewiczej (stenoza ma niepodatną, sprężystą strukturę)**.** Kolejna anatomiczna przyczyna bólu przy próbie penetracji jest gruby, wysoki fałd błony dziewiczej, wsuniecie palców nie jest możliwe. Ocenia się, że 10-15% kobiet z pierwotną dyspareunią powierzchowną będzie wymagać interwencji chirurgicznej. W obu przypadkach warto wykonać nacięcie (hymenotomia) czy lepiej, częściowe usunięcie błony dziewiczej (częściowa hymenectomia). Należy uprzedzić pacjentkę, że jest w grupie ryzyka pęknięcia krocza śródporodowo, ze względu na budowę dystalnej części pochwy czy krocza.

Ocena mięśni dna miednicy: Protokół VAMP (ocena sromu, odbytu, mięśni dna miednicy i okolicy okołocewkowej) jest narzędziem służących do oceny PFMD/overactivity u kobiet z dolegliwościami na sromie. Protokół został opisany powyżej (w części Badanie mięśni dna miednicy (PFM): protokół VAMP).

1. **Badanie wydzieliny pochwowej** (ocena pH, preparat bezpośredni, ewentualnie wymaz w kierunku wykonania posiewu).

Wartościowa jest ocena wydzieliny pochwowej „przy fotelu ginekologicznym":

   a. **ocena pH i test zapachowy** (z 5% KOH): do oceny bakteryjnej waginozy (Bacterial vaginosis, BV), gdzie wydzielina posiada pH ≥4,7, wyczuwalny jest rybi zapach po dodaniu KOH.

BV stanowi dysbiozę pochwy, która nie powoduje dolegliwości bólowych, ale może być uciążliwa dla pacjentki z powodu złowonnych (rybi zapach) upławów. Może dawać poczucie choroby (tym bardziej, gdy otrzymywała taki przekaz od lekarzy prowadzących), natomiast bardzo kwaśne środowisko pochwy, przy obecności upławów, może świadczyć o drożdżycy czy Tlenowym zapaleniu pochwy (Aerobic vaginitis, AV), albo oba na raz (Ryc. 2).

   a. **wykonanie 2 preparatów bezpośrednich**, kropla wydzieliny na 2 szkiełka
   2. z 5% KOH do oceny drożdży (obecne czy brak): strzępki i spory
   3. z 0,9% NaCl w celu określenia:

- dojrzałości komórek nabłonka, w obecności estrogenów są to dojrzałe komórki warstwy powierzchownej, w warunkach atrofii będą przeważać komórki warstw pośrednich (parabazalne). Po menopauzie u części pacjentek, przy dolegliwościach określamy jako Atroficzne zapalenie pochwy (Atrophic vaginitis, czy obecnie stosowane określenie GSM) gdzie obserwuje się nieznaczną liczba komórek parabazalnych i leukocytów, przy braku dojrzałych komórek nabłonkowych.
- obecność leukocytów w bakteryjnym stanie zapalnym, jako Tlenowe zapalenie pochwy (Aerobic vaginitis, AV) czy rzadko odmiana określana jako Złuszczające zapalenie pochwy (Desquamative inflammatory vaginitis, DIV), kiedy w preparacie widać tyle samo (1:1) lub więcej leukocytów niż komórek parabazalnych.
- rzęsistka pochwowego (Trichomonas vaginalis, TV) jako poruszające się twory (w powiększeniu 400x)
- tzw. komórki jeżowe, „clue cells" czyli komórki nabłonka pochwy z widocznymi leukocytami na minimum 70% brzegu komórki, w minimum co 5 komórka nabłonka pochwy, jako cecha BV.
- "nagie jądra" czyli znaczna cytoliza, określana także jako Cytolityczne zapalenie pochwy (Cytolitic vaginitis, CV) gdzie obserwuje się kwaśnie środowisko pochwy z obecnością długich pałeczek kwasu mlekowego. Kolejnym znaleziskiem w preparacie, w warunkach cytolizy, mogą być bardzo długie pałki (jak włosy w preparacie), określonych jako Lepthotrix. Cytolityczna waginoza (CV) i Leptothrix bywają przyczyną podrażnienia, świądu czy pieczenia sromu w 2-giej fazie cyklu. Niskie pH wydzieliny pochwowej i typowy obraz długich czy bardzo długich pałek w preparacie bezpośrednim są podstawą rozpoznania. Leptothrix to także czynnik ryzyka do współistnienia rzęsistka pochwowego (TV). Niemniej, najczęściej CV i Leptothrix są bezobjawowe.

Rycina 2. Tlenowe zapalenie pochwy (Aerobic vaginitis, AV) i drożdżyca. Upławy i kwaśnie środowisko pochwy, pH 4,0.





Raport z badania preparatu bezpośredniego:

- Test zapachowy: dodatni/ujemny; pH wydzieliny: poniżej 4,7/ powyżej 4,7
- 2 preparaty:

1. z 5% KOH: strzępki, spory: + / ++ / +++
2. z 0,9% NaCl:

- dobre pałki: obecne/nieobecna
- komórki jeżowe min. 70% brzegu komórki, min. co 5 komórka: obecne / nieobecne
- TV: obecne/nieobecne
- długie pałki / Leptothrix (bardzo długie pałki): obecne/nieobecne
- Parabazalne w przewadze: tak / nie
- Leukocyty więcej niż komórek nabłonkowych: tak / nie
- Nagie jądra (cytoliza): tak / nie

a. **Badania laboratoryjne: posiew wydzieliny z pochwy** nie mają większego znaczenia.

W pochwie kobiety występują różnorodne mikroorganizmy – bakterie, wirusy i grzyby. Zbiór genomów różnych mikroorganizmów pochwy (VMGC), obejmuje 33 804 drobnoustrojów (w większości pałeczki kwasu mlekowego, Lactobacillus spp.), z czego można określić:

- 786 gatunków bakterii
- 11 gatunków grzybów
- 4263 jednostek taksonomicznych wirusów.

Co ciekawe, ponad 25% gatunków bakterii i 85% rodzajów wirusowych nie daje się hodować. Czasem pobieram wymaz na tlenowy posiew wydzieliny pochwowej, żeby ocenić lekowrażliwość grzybów lub w celu pokazania pacjentce, że posiada florę saprofityczną. Przy braku cech zapalenia pochwy, gdy wydzielina pochwowa makroskopowo jest prawidłowa, właściwie wszystkie bakterie tlenowe są saprofitami. Można przemyśleć leczenie Staphylococcus aureus, szczególnie szczepy MRSA, u dzieci dodatkowo Staphylococcus pyogenes czy Haemophilus influenzae.

Uznaje się, że u 20–30% zdrowych kobiet w pochwie można wykryć Candida spp. (najczęściej Candida albicans) a Escherichia coli jest saprofitem u 15% kobiet, kolonizuje okrężnicę i występuje powszechnie w obszarze anogenitalnym. Nierzadko występują Enterobacteriaceae, takie jak Proteus spp. i Klebsiella spp., warunkowo wymagają leczenie (gdy są cechy zapalenia pochwy).

Jakie drobnoustroje jednoznacznie wymagają eradykacji (wymaz z kanału szyjki macicy)?

Są to droboustroje przenoszone drogą płciową (Sexual transmitted infection, STI):

Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, niemniej wykrywane są kosztownym badaniem PCR (Polymerase Chain Reaction) jako rodzaj testu NAAT (Nucleic Acid Amplification Test). U pacjentki z bólem sromu, która współżyje, pobieram wymaz z kanału szyjki w celu oceny STI, żeby je wykluczyć. Warunki bakteryjnej waginozy (BV) nie wymagają leczenia, stanowią zestaw nieoptymalnej flory pochwowej, mało stabilnej, co stanowi czynnik ryzyka do nawrotowych infekcji drożdżakowych, przetrwałego nosicielstwa HPV. Czasami bywa przyczyną podrażnienia sromu. Prowadzimy leczenie (leczymy również partnera, jak w STI), jeśli pacjentka obserwuje śmietanowe, złowonne (rybi zapach) upławy.

Dla łatwiejszego zapamiętania sekwencji w procesie diagnostycznym pacjentki z przewlekłymi dolegliwościami na sromie, opracowałam **Protokół badania ginekologicznego u pacjentki z bólem sromu (spontanicznym czy prowokowanym) i dyspareunią,**

11 **kroków**, akronim **ZŁO-SPAL-W-POMPie:**

1. **Z jak zgoda**, wyjaśniamy kolejne etapy postępowania diagnostycznego i pacjentka wyraża ustną zgodę.

2. **Ł jak łoże**, gdzie prosimy o przygotowanie się do badania i położenie na fotelu ginekologicznym czy na leżance.

3. **O jak oglądanie** sromu, można wykonać woskopię prostą czyli ocenić srom w powiększeniu (na monitorze pokazujemy pacjentce srom, odpowiadamy na pytania), archiwizujemy obrazy (o ile są cechy do ponownej oceny).

-

4. **S jak skala** NRS 0-10, wyjaśniamy zasady szacowania dolegliwości przy badaniu: 0 to brak bólu (tylko ucisk) do 10 to ból nie do wytrzymania.

5. **P jak przedsionek** ocena skóry, śluzówki i wydzieliny na sromie. V (vulva) w protokole VAMP.

6. **A jak anus**: A (anus), w protokole VAMP.

7. **L jak luz** dla 2 palców badających aby wykluczyć stenozę błony dziewiczej lub wysoki, niepodatny fałd błony dziewiczej u pacjentki z dyspareunią powierzchowną.

-

8. **W jak wziernikowanie** pochwy (z zastosowaniem małego wziernika), jeśli jest to możliwe i akceptowane, badanie wydzieliny pochwowej i preparat bezpośredni: pH ≤ 4,7; test zapachowy z 5% KOH brak rybiego zapachu; preparaty bezpośrednie z 5% KOH (drożdże nieobecne lub pojedyncze) i 0,9% NaCl (ocena BV, TV, AV/DIV i cytolizy). Ewentualne pobranie wymazu w kierunku STI.

-

9. **PO jak poruszanie macicą**: podejrzenie zapalenia miednicy (Pelvic inflammatory disease, PID)

10. **M jak mięśnie miednicy:** M (muscles) w protokole VAMP

11. **P jak paraurethra**: P (paraurethra) w protokole VAMP i ocena uszkodzeń mięśni miednicy po porodzie (jeśli dolegliwości bólowe po porodzie naturalnym)

ie...

1. **Badanie ultrasonograficzne narządu rodnego i miednicy** ze zwróceniem uwagi na cechy:

- endometriozy: rozpoznanie endometriozy nie wyklucza rozpoznania wulwodynii, co więcej istnieje link łączący dolegliwości bólowe w tych chorobach, dysfunkcja mięśni miednicy PFMD/overactivity.
- chorób żylnych miednicy (Pelvic venous disordrs, PeVD), określanej wcześniej jako Zespół przekrwienia miednicy czy żylaki przymacicz. PeVD często bezobjawowe, rzadko powoduje dolegliwości na sromie. Jeśli już jest przyczyną bólu sromu (obrzęku, rozpulchnienia, ciężkości) to dolegliwości pojawiają się po współżyciu (bez względu czy kobieta przeżyła orgazm czy nie) oraz po długim staniu, najczęściej z końcem dnia.
- widocznej torbieli Tarlova (okołokorzeniowa, z opony twardej): duże torbiele mogą być widoczne w usg miednicy, małe zazwyczaj nie powodują dolegliwości.

Badanie usg narządu rodnego jest kluczowe w dyspareunii głębokiej (ból miednicy, podbrzusza przy głębokiej penetracji), która jest inną chorobą niż dyspareunia powierzchowna i wymaga wykluczenia patologii w miednicy.

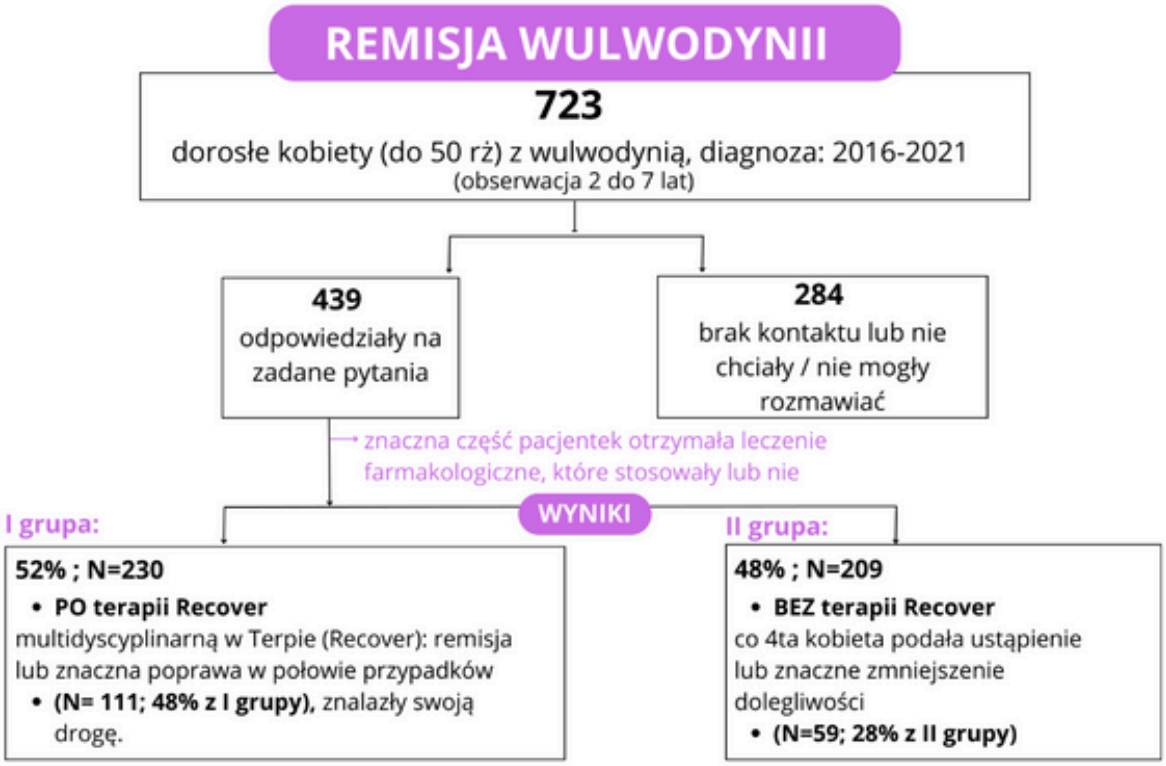
Leczenie i postępowanie

Kluczowe znaczenie dla skutecznego postępowania z pacjentką ma postawienie właściwego rozpoznania. Jeśli pacjentka jest nieustannie leczona na „infekcje intymne" i pozostaje w poczuciu, że jest „zarażana" przez partnera seksualnego, bo dolegliwości pojawiają się lub nasilają po penetracyjnym współżyciu, w większości przypadków uporczywe leczenie p/drożdżakowe,

p/bakteryjne, ostrzykiwanie osoczem bogatopłytkowym (Platelet-Rich Plasma, PRP) czy toksyną botulinową (Botulinum Toxin Type A, BTA), tropokolagenem, zabiegi laserowe czy stosowanie innych metod, nie będzie skuteczne.

Uzyskano odpowiedzi w ankiecie telefonicznej od 439 pacjentek, które otrzymały rozpoznanie wulwodynii w Terpie w Lublinie od 2 do7 lat wcześniej (Ryc. 3, niepublikowane dane). Zadano pytanie: Czy dolegliwości na sromie ustąpiły całkowicie lub zmniejszyły się do stopnia, który umożliwia normalne funkcjonowanie, od czasu rozpoznania wulwodynii?" . Niejednorodna grupa ankietowanych pacjentek, niektóre otrzymały leczenie farmakologiczne, inne chciały mieć dziecko, niemniej połowa z nich (52%) przeszła stacjonarną terapię multidyscyplinarną Recover™ w Lublinie (20 spotkań terapeutycznych w ciągu 5 dni, edukacja, podstawy terapii poznawczo-behawioralnej i intensywna praca urofizjoterapeutyczna i fizjoterapia ogólna). Druga połowa ankietowanych kobiet z wulwodynią (48%) znalazła swoją drogę, nie uczestniczyła w Recover™. Remisję całkowitą lub częściową (skuteczne leczenie) doświadczyła połowa kobiet, które przeszły terapię multidyscyplinarną oraz ¼ kobiet, które nie wzięły udziału w Recover™. Wnioskiem z tej analizy, prócz skuteczności podejścia multidyscyplinarnego, jest wartość otrzymania rozpoznania, które rozpoczyna leczenie.

Rycina 3. Wyniki ankiety telefonicznej u pacjentek, które otrzymały rozpoznanie wulwodynii. Zadano pytanie: Czy dolegliwości na sromie ustąpiły całkowicie lub zmniejszyły się do stopnia, który umożliwia normalne funkcjonowanie, od czasu rozpoznania wulwodynii?".



W oparciu o dowody medyczne (przegląd literatury i metaanalizy, 5 publikacji z okresu 2022-2024, przegląd literatury odnośnie do skuteczności leczenia wulwodynii z 2025 roku niewiele wniósł) określono **skuteczność terapii wulwodynii i przewlekłego bólu miednicy (CPP)**:

1. **Podejścia biopsychospołeczne oparte na Terapii poznawczo-behawioralnej** (Cognitive – Behavioral Therapy, CBT) oraz tzw. terapii trzeciej fali nurtu poznawczo-behawioralnego czyli Terapia akceptacji i zaangażowania (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) okazały się skuteczne w zmniejszaniu bólu i poprawie wyników psychometrycznych; Edukacja w zakresie mechanizmów bólu (PSE) oraz świadoma ekspozycja zaangażowanie w wartościową aktywność są ważnymi elementami zarządzania w zakresie bólu przewlekłego w podejściu biopsychospołecznym.

2. **Multimodalna fizjoterapia** (tj. kompleksowe podejście w ramach fizjoterapii, obejmujące kilka różnych metod, takich jak edukacja, ćwiczenia mięśni miednicy, masaż, strategie samokontroli itp.) jest skuteczna.

3. **Fizjoterapia miednicy** jest skuteczna u kobiet z nadmiernym napięciem mięśni dna miednicy (PFMD/overactivity)

4. Większość wyników ocenianych badań w przeglądzie systematycznym (szwedzki, opiniotwórczy ośrodek Prof. Niny Bohm-Starke) miały bardzo niską pewność dowodów, co oznacza, że **nie jesteśmy w stanie wyciągnąć żadnych wniosków na temat efektów interwencji, jedno badanie kliniczne** (Randomised clinical trials, RCT) **potwierdza wyższość multimodalnej fizjoterapii** w porównaniu z leczeniem lidokainą (opisane w pkt 2).

5. Często konieczne jest stosowanie strategii łączonych z wykorzystaniem wielu leków razem z technikami rehabilitacji dna miednicy i wsparciem psychologicznym (znane są wyniki oceniające skuteczność pojedynczych metod na podstawie RCT). Większość terapii farmakologicznych wymaga dalszych dowodów, aby można je było zalecić. Z drugiej strony **potwierdzono skuteczność metod niefarmakologicznych: psychoterapia, fizjoterapia i wycięcie błony śluzowej przedsionka pochwy (westibulektomia)**. Skuteczność westibulektomii została określona na 60-90%, potwierdzona w wielu badaniach retrospektywnych (wiodące doniesienia Prof. Jacoba Bornsteina).

Wulwodynia jest coraz większym problemem, dlatego ważne jest opracowanie właściwego postępowania terapeutycznego.

Obecnie nie ma ogólnego konsensusu co do algorytmów leczenia wulwodynii, a wytyczne opierają się głównie na opiniach ekspertów i metaanalizach dostępnych publikacji oraz badaniach klinicznych (RCT).

Jest wiele problemów z prowadzeniem RCT w grupie kobiet z wulwodynią, podobnie jak w innych przypadkach bólu przewlekłego. Szwedzki ośrodek opracowuje punkty końcowe (Core outcome set, COS), które mają obowiązywać w ocenie skuteczności leczenia. Obecne warunki oceny skuteczności terapii są trudne do przeprowadzenia, obowiązuje rekomendacja oceny punktów końcowych. Opracowana w 2003 roku, Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials (IMMPACT) zakłada ocenę sześciu kluczowych parametrów: ból, funkcjonowanie fizyczne i emocjonalne, subiektywna poprawa oceniana przez pacjenta, objawy i zdarzenia niepożądane, dyspozycyjność pacjenta w badaniu i parametry dodatkowe.

Wiele RCT nie spełnia kryteriów poprawności. Ostatecznie, trudno ocenić skuteczność leczenia, gdzie jest znaczny wpływ placebo (wykazano skuteczność terapii, ale nie było różnicy z grupą placebo) oraz pacjentki, które przyjmowały placebo równie często zgłaszały objawy niepożądane co pacjentki przyjmujące lek (efekt nocebo).

Nie ma standardów leczenia wulwodynii

Podsumowując, zasady postępowania oparte są o dowody medyczne (Evidence based medicine, EBM) jak publikacje, metaanalizy, ale także stanowisko towarzystw naukowych (np. ISSVD, ACOG, IASP) czy praktykę kliniczną ekspertów, która nie może być sprzeczna z podejściem naukowym. Ośrodki pracujące z pacjentkami z bólem i chorobami sromu wypracowują postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne oparte o własne doświadczenie i doniesienia naukowe.

Wulwodynia jest uznawana za ból złożony (complex case), co oznacza, że leczenie powinno uwzględniać kontekst biologiczny, psychologiczny i społeczny pacjentki.

Postępowanie terapeutyczne u pacjentek z wulwodynią:

1. Kluczowe jest **rozpoznanie choroby i rzetelna edukacja pacjentki** (Patient scientific education, PSE) w zakresie wulwodynii, bólu przewlekłego, psychoedukacja z uwzględnieniem aspektów seksuologicznych (w przypadku dyspareunii).
2. **Interwencja psychologiczna lub psychoterapia**: Interwencje psychospołeczne w tym Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) i Terapia akceptacji i zaangażowania (ACT) czy terapia poznawcza oparta na uważności (Mindfulness based cognitive therapy, MBCT jako rodzaj CBT) w zaburzeniach seksualnych (dyspareunia) są uznawane za terapie pierwszego wyboru, zalecane przez National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w rekomendacji z 2021 roku. Skuteczność CBT okazała się skuteczna w zmniejszaniu bólu i poprawie funkcji

seksualnych. Długoterminowe wyniki CBT mogą być porównywalne z leczeniem chirurgicznym (westibulektomią), jak wykazało jedno badanie. Użyteczne okazują się techniki relaksacyjne i redukcja stresu, szczególnie w zakresie technik uważności.

3. **Fizjoterapia dna miednicy** (Pelvic floor physical therapy, PFPT) dotyczy interwencji manualnych (hands-on) w zakresie samej miednicy (urofizjoterapia) jak i redukcja napięcia miednicy przez redukcję odległych, nieskompensowanych dysfunkcji mięśniowo-powięziowych (fizjoterapia ogólna). Ma uzasadnienie u pacjentek, które mają dysfunkcję mięśni dna miednicy pod postacią nadmiernego napięcia (PFMD/overactivity), w przypadku wulwodynii prowokowanej (PVD), co dotyczy ogromnej większości kobiet z wulwodynią. Niemniej, nie ma zastosowania u pacjentek z wulwodynią spontaniczną, która jest uznawana za rodzaj bólu neuropatycznego. PFPT, podobnie jak CBT, jest uznawana za terapię pierwszego rzutu, ma na celu rehabilitację mięśni dna miednicy poprzez poprawę relaksacji, normalizację napięcia mięśniowego i desensytyzację bolesnych tkanek sromu.

Techniki obejmują biofeedback EMG, terapię manualną, masaż krocza piłką tenisową, elektrostymulację, radiofrekwencję oraz użycie dilatorów jako trening desensytyzacji (nie jako rozszerzanie sromu), czasem korzystny jest masaż relaksacyjny. Wartościowa jest informacja jakich aktywności fizycznych warto unikać, żeby nie aktywować mięśni miednicy (np. jazda konno, taniec na rurze, podskoki, pływanie żabką, „robienie brzuszków", skoki na trampolinie).

Dilatory

Stosowanie dilatorów pochwy stanowi ważny element terapii wulwodynii prowokowanej, która jest najczęstszą przycyzną dyspareunii powierzchownej (ból sromu przy wsuwaniu członka czy wibratora do pochwy), zmniejszając katastrofizm związany z penetracją (desensytyzacja), umożliwiając stopniową adaptację do wypełnienia pochwy, zmniejszanie napięcia mięśni dna miednicy oraz redukcję bólu.

Instrukcja używania dopochwowych dilatorów: 8-tygodniowy trening

Przygotowanie:

- Dilatory (dildo) są zazwyczaj z 4-5 różnych rozmiarach
- Użyj żel lubrykacyjny na bazie wody (nie silikonowego, bo może uszkodzić materiał z którego dilator jest wykonany).
- Ułóż się wygodnie, najlepiej na plecach.

Schemat treningu:

1. i 2. tydzień:

- Wsuń najmniejszy dilator do pochwy na tyle głęboko, na ile czujesz się komfortowo.
- Pozostań w tej pozycji przez 10 minut, możesz obserwować swoje powolne oddechy.
- Następnie wykonaj 3 serie po 8 ruchów wsuwania i lekkiego wysuwania dilatora (bez całkowitego wyjmowania).
- Ćwiczenia powtarzaj 3 razy w tygodniu.

3. - 8. tydzień

- Wsuń dilatator z poprzedniego tygodnia i pozostaw na 5 minut.
- Wyjmij go, a następnie wsuń kolejny co do wielkości dilator i pozostań 10 minut, możesz obserwować powolne oddechy.
- Wykonaj 3 serie po 8 ruchów wsuwania i wysuwania, bez wyjmowania.
- Powtarzaj 3 razy w tygodniu (każdy rozmiar po 2-3 sesje)

Skrócona wersja treningu dilatorami (diagnostyczna, pacjentka może wykonać te ćwiczenia zanim przyjdzie na konsultację ginekologiczną):

- Wybierz rozmiar dilatatora odpowiadający wielkości członka partnera, ale zacznij od dilatorów o 2 rozmiary mniejszych.
- Posmaruj dokładnie wszystkie dilatory żelem lubrykacyjnym (nie silikonowym).
- Powoli wsuwaj i wysuwaj kolejne rozmiary dilatorów, samodzielnie kontrolując komfort i reakcje.

Jeśli penetracja dilatorów jest możliwa i niebolesna, ból przy współżyciu może mieć podłoże psychoseksualne lub relacyjne (np. nieefektywna gra wstępna, trudności w relacji z partnerem, przemoc). Natomiast jeśli wsuwanie dilatorów wywołuje ból, wskazana jest dalsza diagnostyka w kierunku wulwodynii lub przeszkód anatomicznych, np. stenozy błony dziewiczej.

Stosowanie dilatorów jest kluczową formą fizjoterapii, umożliwia kontrolowaną ekspozycję na penetrację. Pozostaje przy tym w poczuciu bezpieczeństwa, jest sprawcza, toleruje pewien rodzaj dyskomfortu który obserwuje, nabywa stopniowe zwiększanie komfortu penetracji pochwy oraz zmniejszenie napięcia mięśni.

Siedzenie na piłce tenisowej

Trening ten łączy cechy masażu i akupresury i może złagodzić napięcie mięśni i ból, pozwala obserwować ustępujące z czasem dolegliwości. Krocze tworzą mięśnie powierzchowne oraz środek ścięgnisty, który leży w centralnej części krocza, zbudowany jest z przeplatających się włókien tkanki łącznej i mięśniowej. Stanowi miejsce przyczepu mięśni powierzchownych i mięśnia poprzecznego głębokiego krocza. W PFMD/overactivity zaleca się siadanie w bieliźnie na piłce tenisowej układając ją pod krocze, a całe ciało, szczególnie srom i krocze powinno być zrelaksowane, należy siedzieć luźno na piłce. Ucisk piłki na kroczu może wiązać się ze zwiększonym

dyskomfortem na sromie, ale w miarę rozluźniania się mięśni powierzchownych, dolegliwości ustępują. Czas terapii piłką tenisową to od 1 minuty, stopniowo wydłużając czas do 15 minut dziennie przynajmniej przez ostatni tydzień, prowadząc masaż piłką przez 6 kolejnych tygodni.

Terapia multidyscyplinarna (współpraca różnych terapeutów) czy multimodalna (jeden terapeuta pracuje w różnych obszarach terapeutycznych).

Przegląd systematyczny wykazał skuteczność PFPT, ze znaczną poprawą bólu u 71–80% kobiet. Badania wykazały również, że terapia multimodalna, łącząca różne techniki PFPT, jest skuteczniejsza niż pojedyncze techniki. Doświadczenia własne nie potwierdzają tak optymistycznego wyniku. W badaniach teleankietowych połowa kobiet podała remisję całkowitą lub prawie całkowitą stosując szerokie spektrum działań terapeutycznych lub nie robiąc nic (Ryc.3). W kolejnej pracy zespołu Terpy, w spójnej grupie pacjentek z wulwodynią, 2/3 kobiet podało remisję bólu o 50% w 2 i 6 miesięcy po terapii Recover™.

Terapia hands-on (manualna, w zakresie miednicy) oraz terapia hands-off (instrukcja dotycząca własnej pracy pacjenta) są skuteczne w leczeniu bólu przewlekłego.

Moje doświadczenie z wykorzystaniem terapii multidyscyplinarnej (Program Recover™) w terapii wulwodynii, wskazuje na skuteczne postępowanie. Niemniej po 8 latach pracy z Recover™ (2016-2024) i przeprowadzeniu terapii u około 600 kobiet z wulwodynią, zamknęłam prowadzenie programu stacjonarnego w Terpie. W to miejsce stworzyliśmy program terapii online OVER (https://over.wulwodynia.com/), 10 etapów w 3 modułach, zachowując multidyscyplinarny charakter terapii. Zmiana w kierunku programu online ma zwiększyć dostępność oraz pokazać sprawczość pacjentki w radzeniu sobie z problemem, szczególnie w sytuacji braku intencji lekarzy i fizjoterapeutów do pracy w zespołach terapeutycznych.

Podsumowując, terapia multidyscyplinarna czy multimodalna, w oparciu o dowody medyczne, jest podstawowym, skutecznym leczeniem wulwodynii.

Postępowanie multidyscyplinarne jest podstawą podejścia terapeutycznego w Modelu biopsychospołecznym bólu przewlekłego, który zakłada wpływ czynników:

- Biologicznych (sensytyzacja nerwowa centralna i obwodowa jako neuroproliferacja na sromie, dysfunkcja mięśni dna miednicy)
- Psychicznych (depresja, lęk, katastrofizm, bezsenność, przewlekły stres)
- Społecznych (toksyczne otoczenie, samotność, wycofywanie się z życia zawodowego)

Techniki terapeutyczne z wykorzystaniem urządzeń

Skuteczność w łagodzeniu objawów bólowych pozostaje niejasna w zakresie chirurgicznych zabiegów ablacyjnych, mikroablacyjnych i nieablacyjnych. W szczególności niektóre badania kwestionują kliniczną użyteczność leczenia laserem CO2, chociaż jest wiele sprzecznych wyników badań. Pojedyncze badanie na niewielkiej grupie potwierdziło skuteczność lasera niskoenergetycznego (Low-Level Laser Therapy, LLLT) czy światła LED (ledoterapia) określane jako fotobiostymulacja (photobiomodulation, PBM) ale nie jest to postępowanie rekomendowane ze względu na niewielką liczbę i niezadowalającą jakość doniesień. Akupunktura została pozytywnie oceniona w pojedynczych badaniach. Przezskórna stymulacja elektryczna (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, TENS) i terapia falą uderzeniową o niskiej intensywności również okazały się obiecujące w zmniejszaniu bólu i dyspareunii.

Leczenie farmakologiczne

Na podstawie ostatniego przeglądu literatury (Bajzak i wsp., 2023) w zakresie farmakologicznego leczenia wulwodynii, potwierdzono skuteczność niektórych leków stosowanych miejscowo: Nifedipina (0,2%) i Lidokaina (5%) oraz enoksaparyna, natomiast leki stosowane ogólnie posiadają sprzeczne wyniki badań w ocenie skuteczności leczenia wulwodynii.

Preferencje drogi podania leków w wulwodynii:

- Doustne leczenie jest preferowane przez 72% kobiet z wulwodynią
- Doustna droga jest oceniana jako wygodniejsza, bezpieczniejsza i bardziej efektywna
- Ból przy aplikacji leków miejscowych (dotykanie sromu) zmniejsza chęć do stosowania leków na srom czy do pochwy

1. Farmakoterapia bólu miejscowa

A. Środki znieczulające miejscowo: ukierunkowana na zmniejszenie nadwrażliwości receptorów bólu (nocyceptorów), ponieważ wzrost włókien nerwowych C uznawany jest za bezpośrednią, obwodową przyczynę bólu.

- **Lidokaina** 2-5% krem: miejscowa aplikacja na srom może być wykorzystana w zmniejszaniu dolegliwości w trakcie stosunku. Lidokaina blokuje kanały sodowe w obwodowych nocyceptorach i blokuje przekaźnictwo w obwodowych nerwach czuciowych. Aplikację można stosować w kombinacji z innymi metodami (toksyna botulinowa lub terapia manualna miednicy przed stosunkiem).

Lidokaina pozostaje jednak umiarkowanie skutecznym postępowaniem interwencyjnym. Można zastosować krem na przedsionek pochwy przed penetracją. Nie wszystkie pacjentki odczują

redukcję bólu penetracyjnego, u części ból ulegnie zmniejszeniu, u części (szczególnie u kobiet po menopauzie z objawami GSM) ból penetracyjny ustąpi.

Zalecania odnośnie do stosowania lidokainy:

  - 1-3 razy dziennie przez 6–8 tygodni
  - Aplikacja na tylną część przedsionka pochwy, ok. 10 minut przed stosunkiem, można wielokrotnie w ciągu dnia w bólu spontanicznym
  - Umiarkowana skuteczność (do 50%), możliwe pieczenie po aplikacji
  - Nie zalecana jako jedyne leczenie, korzystna jako interwencyjna pomoc w terapii multidyscyplinarnej, przy stosowaniu dilatorów
- **Kapsaicyna** (0,025–0,05%), niedostępna w Polsce
  - Aplikacja 20 minut na srom, codziennie lub ze zmniejszającą się częstotliwością przez kilka miesięcy

B. **Czynniki przeciwzapalne:** wykorzystuje mechanizm zwiększonego stężenie cytokin prozapalnych w błonie śluzowej u kobiet z wulwodynią. Triamcynolon jest w Polsce niedostępny.

- Miejscowe iniekcje kortykosteroidów (np. metyloprednizolon) stosowane eksperymentalnie, nie ma potwierdzonej skuteczności, raczej nie jest zalecany:
  - Dawka: iniekcje podśluzówkowe 1 x w tygodniu przez 3 tygodnie

C. **Leczenie hormonalne**: wskazane u kobiet z niedoborem estrogenów (menopauza, poporodowo) w GSM.

- Estrogeny miejscowo (na srom, do pochwy) oraz prasteron (Dehydroepiandrosteron, DHEA)
- Testosteron nie wykazuje skuteczności w zmniejszaniu bólu penetracyjnego, choć może poprawić libido i lubrykację

D. **Toksyna botulinowa A** (BTA): działanie polega na rozluźnieniu spastycznych mięśni poprzez blokadę uwalniania acetylocholiny w płytce nerwowo-mięsniowej, bardzo małe dawki działają biostymulująco. Wykazano skuteczność i bezpieczeństwo małych dawek w CPP i wulwodynii, ale wyniki badań odnośnie do BTA w leczeniu wulwodynii nie są jednoznaczne.

Zasady stosowania:

- Iniekcje do mięśni dna miednicy i przedsionka pochwy, dawki 100–500 j.m.
- Efekt pojawia się po 2–14 dniach, utrzymuje się ok. 3 miesięcy
- Możliwość powtarzania iniekcji co 3 miesiące, efekty różne u poszczególnych pacjentek, czasem u tej samej pacjentki wyniki po kolejnej iniekcji są inne
- Terapia eksperymentalna, brak rejestracji dla wulwodynii
- Przeciwwskazania: ciąża, laktacja, infekcje dróg rodnych, uczulenie na BTA, miesiączka
- Możliwe działania niepożądane: ból, nietrzymanie moczu, infekcje układu moczowego, zaparcia, suchość sromu, reakcje alergiczne

E. **Leki miorelaksujące, p/drgawkowe, p/lękowe, inne:** leki robione, do wykonania w nielicznych aptekach.

- Diazepam: benzodiazepina o działaniu rozkurczowym i przeciwlękowym
  - Preferowana droga dopochwowa (czopki 10 mg), epizodycznie, nie dłużej niż przez 7 dni (ze względu na działanie ogólne), brak dowodów na długotrwałą skuteczność
  - Objawy uboczne przy podaniu doustnym: senność, zmęczenie
- Baklofen
  - Miejscowo 5% maść na srom, działanie spazmolityczne przez receptory GABA-B
  - Redukuje napięcie mięśni dna miednicy, bez objawów ogólnych,
- Pregabalina i gabapentyna: 8% maść na srom 1/dz, zmniejsza nadmierną aktywność nerwów obwodowych na sromie
- Amitryptylina: w maści 2% - 5% maści, aplikacja 2razy/d przyniosło zmniejszenie dyspareunii u 60% kobiet
- Nifedypina: bloker kanału wapniowego, w stężeniu 0,2%, i 0,4%, były równie skuteczne w aplikacji na przedsionek pochwy 4razy/d przez 6 tygodni.
- Enoksaparyna jest jedynym lekiem, który zmniejsza ból w iniekcji miejscowej (podskórnie w przedsionek), samodzielnie podawana 1/dz przez 3 miesiące 40 mg, odnotowano zmniejszenie bólu w teście przy użyciu wacika w porównaniu z grupą otrzymującą placebo. Nie stwierdzono istotnych różnic w nasileniu dyspareunii, teście z użyciem tamponu. Zmniejszenie bólu było skorelowane z mniejszą liczbą włókien nerwowych w nabłonku na podstawie biopsji sromu przed i po zabiegu, co jest zgodne z rolą heparynazy w mechanizmie neuroproliferacji w błonie śluzowej przedsionka pochwy. Praca jest cytowana w każdym przeglądzie literatury, niemniej w metodyce nie ma opisu jak pacjentki wykonywały zastrzyki w przedsionek pochwy i z tego powodu raczej nie ma wpływu na praktykę kliniczną.
- Osocze bogatopłytkowe (PRP) i tropokolagen (kolagen typu III): jest wiele ośrodków stosujących iniekcje w przedsionek pochwy, wnioskując z mechanizmów działania preparatów, że mogłyby przynieść korzyść pacjentkom z wulwodynią, ale nie ma przekonywujących wyników badań potwierdzających tą hipotezę (inaczej niż w przypadku liszajów czy menopauzalnego zespołu moczowo-płciowego).

2. Leki ogólne stosowane w leczeniu wulwodynii: należy sprawdzać interakcje z innymi lekami stosowanymi przez pacjentkę

A. Trójcykliczne antydepresanty (TCA)

- Amitryptylina:
  - Doustnie (początkowo 10 mg/d, stopniowe zwiększanie do 150 mg/d) możliwie w jednej dawce, na noc
  - Odstawianie stopniowe

- Działanie przeciwbólowe niezależne od efektu przeciwdepresyjnego, poprawa po ok. 3 tygodniach
- Działania niepożądane: sedacja, suchość w ustach, zaparcia, przyrost masy, wzrasta ryzyko demencji przy długim stosowaniu (lek nie powinien być stosowany dłużej niż przez rok)
- Przeciwwskazania: choroby serca, zaburzenia rytmu, ciężka niewydolność wątroby
- Stosować wyjątkowo, po ocenie ryzyka, na krótko.

  - Selektywne inhibitory wychwytu serotoniny i noradrenaliny (SNRI)

- Duloksetyna (lek z wyboru w terapii wulwodynii):
- Dawka: początkowo 30mg 1 raz dziennie, stopniowy wzrost dawki do 120 mg/d, przyjmowana rano
- Pełne działanie po 4–6 tygodniach, zazwyczaj dobra tolerancja
- Korzystna u pacjentek z depresją, lękiem i bólem przewlekłym
- Objawy niepożądane: nudności, suchość w ustach, zaburzenia snu, parestezje, bóle głowy, rzadko dysfunkcje seksualne

Inne SNRI: Wenlafaksyna (w dawce min. 150 mg/d), Milnacipran (niedostępny w Polsce.

Leki z grupy Inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI) raczej nie powinny być stosowane u ludzi z bólem przewlekłym, ponieważ przejściowo nasilają dolegliwości. Wyjątek stanowią wskazania psychiatryczne i zła tolerancja leków SNRI.

  - Leki przeciwdrgawkowe

- Gabapentyna
  - Doustnie od 100 mg do maksymalnie 3600 mg/d, stopniowo zwiększana dawka
  - Dobra skuteczność, choć częsta nietolerancja i odstawienia
- Pregabalina: piramida terapeutyczna
  - Dawka początkowa 75 mg na noc, potem 75 mg 2×/d, stopniowo zwiększana (jeśli efekt nie jest zadowalający i dobra tolerancja) co 7 dni do max 600 mg/d, z posiłkiem
  - Możliwe działania uboczne: senność, zawroty głowy, zaburzenia równowagi
  - Odstawianie stopniowe co 7 dni
  - Stosowana najczęściej w wulwodynii spontanicznej lub prowokowanej z dolegliwościami spontanicznymi oraz u pacjentek z wysokim poziomem leku, katastrofizmem i bezsennością.

Duloksetyna i pregabalina wykazują synergizm addytywny, przy niewielkich dawkach obu leków, efekt jest znacznie lepszy niż przy stosowaniu pojedynczego leku.

  - Opioidy

- Stosowane w Poradniach Leczenia Bólu, u pacjentek z przewlekłym bólem spontanicznym

- NLPZ i paracetamol nie są skuteczne w wulwodynii i nie powinny być stosowane

D. Inne substancje stosowane ogólnie

- Kannabinoidy (THC, CBD)
  - Skuteczne w redukcji bólu ginekologicznego, w tym wulwodynii
  - Stosowane doustnie lub wziewnie
- Niskie dawki naltreksonu (LDN): prowadzone w Terpie badanie kliniczne (RCT) nie potwierdziło skuteczności większej niż placebo
  - Dawkowanie 1,5–12 mg (zazwyczaj 4,5mg)
  - Moduluje receptory opioidowe i zmniejsza zapalenie w układzie nerwowym

Zasady ogólne stoswania farmakoterapii

- Jednoznacznie nie potwierdzono skuteczności w leczeniu wulwodynii żadnego leku do stosowania ogólnego czy miejscowego (farmakoterapia), chociaż istnieje wiele pojedynczych prac, badania niezbyt licznych grup, potwierdzające skuteczność. Uznaje się za uzasadnione (wiele doniesień potwierdzających skuteczność w leczeniu bólu przewlekłego) stosowanie leków p/depresyjnych (Duloksetyna) i p/drgawkowych (Pregabalina i Gabapentyna).
- Leki ogólne można rekomendować u kobiet stosujących skuteczną antykoncepcję, nieplanujących ciąży w okresie stosowania leczenia.
- Należy poinformować pacjentki o możliwym wpływie leków na koncentrację, prowadzenie pojazdów.
- Leczenie farmakologiczne jest bardziej skuteczne w wulwodynii z dolegliwościami spontanicznymi niż wyłącznie prowokowanej (w dyspareunii)

6. Leczenie zabiegowe

- Westybulektomia (Vestibulectomia) częściowa lub całkowita
  - U kobiet z oporną na leczenie wulwodynią prowokowaną, zlokalizowaną wyłącznie do przedsionka.
  - Skuteczność 60–94%, jest to najskuteczniejsza metoda terapeutyczna, powinna być stosowana po wykorzystaniu innych metod.
  - Ryzyko powikłań: krwawienie, infekcje, rozejście blizny, torbiele gruczołu Bartholina, utrata lubrykacji

Kolejne kroki w terapii wulwodynii, w oparciu o własne doświadczenie:

Pierwszy krok: rozpoznanie choroby i edukacja pacjentki.

Drugi krok: zalecenia na pierwszej wizycie („see and treat") do dyspozycji 7 zaleceń, zgodnie z indywidualnymi wskazaniami:

1. eliminacja czynników drażniących i emolienty: pielęgnacja sromu z unikaniem czynników drażniących jak golenie sromu, płyny do higieny intymnej, wkładki na stałe, ciemna bielizna. Zalecane jest stosowanie naturalnych emolientów (olej migdałowy, z czarnuszki czy inny, ze sklepu spożywczego). Obowiązuje zasada: „na srom można aplikować co jesteś w stanie zjeść".
2. lubrykanty przed penetracją z techniką współżycia (pozycja „na słonia" czyli kobieta wstępnie rozchyla nogi leżąc na plecach, po dokonaniu penetracji, zsuwa nogi, mężczyzna ma nogi na zewnątrz. Penetracja w sytuacji kiedy kobieta jest bardzo podniecona lub przeżywa orgazm, kobieta daje znać mężczyźnie zachęcając do penetracji w określonym czasie (kontrola i sprawczość).
3. miejscowe leczenie 5% krem z lidokainą przed współżyciem lub w ciągu dnia gdy nasilenie dolegliwości, o ile pacjentka widzi poprawę
4. siedzenie na piłce tenisowej (do 15 min/d przez 6 tygodni)
5. dilatory
6. leki doustne: duloksetyna i leki p/drgawkowe pregabalina (w wulwodynii z dolegliwościami spontanicznymi, u kobiety nie planującej ciąży)
7. Program terapii online OVER (https://over.wulwodynia.com), zawierający 10 etapów w 3 modułach: fizjoterapia hands-off, interwencja w nurcie terapii poznawczo - behawioralnej i jej modyfikacje (np. MBSR czy ACT), edukacja i poradnictwo seksuologiczne. W programie jest rekomendacja udziału w psychoterapii stacjonarnej i fizjoterapii.

Na drugi krok pacjentka wykorzystuje 4 miesiące, żeby podjąć kolejne kroki terapeutyczne.

Trzeci krok: Polega na podaniu osocza bogatopłytkowego (PRP) łącznie z BTA, wyłącznie dla pacjnetek z westibulodynią, zlokalizowaną wulwodynią prowokowaną.

- **Trzeci krok**:
- Westibulektomia: częściowe lub prawie całkowite usuniecie błony śluzowej przedsionka pochwy
- Chirurgiczne uwolnienie uwięźniętego nerwu sromowego, nie jest rekomendowane, chyba, że rozpoznanie PNE jest jednoznaczne.

Jeśli wymienione postępowanie jest nieskuteczne lub pacjentka nie spełnia kryteriów do prowadzenia kolejnych kroków w leczeniu wulwodynii, bądź nie decyduje się na proponowane leczenie, kierowana jest do Poradni Leczenia Bólu. W poradni prowadzone jest leczenie zabiegowe (w przypadkach, które kwalifikują się do określonego postępowania), m.inn:

- Radiofrekwencja (Radiofrequency, RF) jako termiczne uszkodzenie nerwów przewodzących ból przy użyciu fal radiowych, poprzez ciągłą RF (Continous radiofrequency, CRF), gdzie temperatura sięga powyżej 70°C (**termolezja**). Określenie **neuromodulacja**, stosuje się dla metody pulsacyjnej (Pulsed radiofrequency, PRF), aplikując temperaturę 42°C.
- Blokada nerwu sromowego; określana jako terapeutyczne znieczulenie miejscowe (Therapeutic local anaesthesia, TLA), m.inn. Blokada przezskórna nerwu sromowego (TransLigamentous Approach, TLA, technika przezwięzadłowa), to procedura polegająca na wstrzyknięciu środka miejscowo znieczulającego w okolicę nerwu sromowego, zwykle pod kontrolą ultrasonograficzną lokalizuje się nerw sromowy i więzadło krzyżowo-kolcowe. Igła wprowadzana jest przezskórnie, przebija więzadło krzyżowo-guzowe, podaje się środek miejscowo znieczulający (np. lidokainę, bupiwakainę) w ilości około 10 ml. Zabieg, o ile jest skuteczny, może być powtarzany gdy powracają dolegliwości.
- Blokada zwojów nerwowych autonomicznych (Ganglion impar block, GIB).
- Neurostymulacja nerwów rdzeniowych (Spinal cord stimulation, Selective stimulation of sacral nerve roots).

Model PLISSIT jako sposób pracy z pacjentką z bólem penetracyjnym (wulwodynia prowokowana)

Model zakłada cztery poziomy wsparcia, to jedna z najczęściej stosowanych koncepcji w terapii seksuologicznej. Został opracowany przez Jacka S. Annon'a w 1976 roku i służy do diagnozowania oraz interwencji w problemach seksualnych.

Przedstawię jak wykorzystuję ten model do pracy z 26-letnią pacjentka z bólem podczas współżycia spowodowanym wulwodynią prowokowaną. Młoda kobieta unika penetracyjnego seksu i bliskości erotycznej, po wielu wizytach u różnych ginekologów czuje się zniechęcona, upokorzona i ma poczucie winy z powodu tego problemu. Postępowanie zgodne z modelem PLISSIT zakłada:

1. **P**ermission (Zezwolenie) – Normalizacja i akceptacja problemu, zapewnienie pacjentki, że jej trudności są zrozumiałe i powszechne. Pacjentka otrzymuje rozpoznanie choroby (krok 1), nazwę. Wulwodynia to częsta postać bólu przewlekłego, leczona medycznie dolegliwość, a nie „problem w głowie".
2. **LI**mited Information (Ograniczone informacje) – Edukacja, dostarczenie podstawowej wiedzy o seksualności i chorobie, eliminacja mitów i błędnych przekonań. Wyjaśnienie przyczyn (nadmierna aktywność mięśni miednicy, rodzaj bólu przewlekłego), pokazanie na modelu miednicy.
3. **SS**pecific Suggestions (Specyficzne sugestie) – Indywidualne porady dotyczące rozwiązania problemu, dostosowane do konkretnego przypadku. Zalecenia już na pierwszej wizycie („see and treat"), pokazanie 7 kierunków terapeutycznych jako krok 2 (nie wszystkie mają są

zalecane, personalizacja, indywidualne podejście), tego co pacjentka może zrobić (sprawczość) i pokazanie strategii terapeutycznej.

4. **IT**Intensive Therapy (Intensywne leczenie) – Wymaga szerszej interwencji terapeutycznej, w wulwodynii dotyczy postępowania multidyscyplinarnego czy leczenia zabiegowego w kolejnych zaawansowanych krokach (o ile będą konieczne). Program online OVER spełnia cele terapii multidycyplinarnej oraz edukacji pacjentki.

Pracując z kobietą z wulwodynią, należy zaznaczyć, że z jednej strony objawy mogą spontanicznie ustąpić a z drugiej strony całkowite ustąpienie bólu bywa nierealistycznym celem terapii, chociaż tak się nierzadko zdarza. Zmniejszenie bólu lub nabycie umiejętności radzenia sobie z bólem może być wystarczające dla polepszenia jakość życia kobiety i może być ważnym punktem końcowym leczenia. Kolejnym problemem w postępowaniu z parą czy kobietą z bólem sromu jest znaczna częstość nawrotów, po różnie długim okresie remisji.

Jakie są oczekiwania pacjentek z wulwodynią odnośnie do możliwości leczenia?

- Uzyskać rozpoznanie choroby.
- Otrzymać informacje na temat radzenia sobie z wpływem choroby na funkcjonowanie społeczne, emocjonalne, rodzinne i partnerskie.
- Pokonać bariery związane z korzystaniem z terapii: rzetelna informacja ze strony lekarza, dostępność wielokierunkowej terapii w jednym miejscu.

Wszystkie te cele można osiągnąć przez edukację i zaangażowanie pracowników ochrony zdrowia, tworzenie zespołów terapeutycznych, aby poprawić sytuację w obu najbardziej zaniedbanych obszarach zdrowia kobiety: w zakresie zdrowia seksualnego i przewlekłego bólu.

Na koniec zawsze pozostaje pytanie: jak postępować z pacjentką czy parą, która nie odniosła korzyści z leczenia, stosunki pochwowe pozostają bolesne lub niemożliwe, mimo wykorzystania poszczególnych etapów leczenia. Pozostaje zachęcić parę, żeby wykorzystała inne niż penetracja pochwy sposoby zaspokojenia potrzeby seksualnej i wyrazów bliskości erotycznej w związku. Należy przenieść ciężar ze stosunku pochwowego na stosunek analny przy akceptacji z obu stron (uzasadniona jest porada z wyjaśnieniem wątpliwości w tym zakresie), praktyki oralno-genitalne czy inne (manualne, masturbacja w obecności partnera) sposoby osiągania orgazmu przez oboje partnerów. W zakresie uzyskania ciąży para może samodzielnie przenieść do pochwy nasienie pozyskane na zewnątrz lub wykorzystać techniki inseminacji domacicznej (podanie przygotowanego nasienia do macicy) lub IVF (przy zupełnym braku dostępu do pochwy).

Kluczowa jest edukacja i wsparcie pacjentek pod kątem zarządzania chorobą i funkcjonowania psychospołecznego, niemniej trwa poszukiwanie innych bezpiecznych i dobrze tolerowanych leków w wulwodynii.

Wpływ na jakość życia

- Wulwodynia ma znaczący wpływ na jakość życia kobiet i ich partnerów.
- Prowadzi do zmniejszonego pożądania seksualnego, zaburzenia pobudzenia seksualnego, zmniejszenia częstotliwości kontaktów seksualnych i satysfakcji seksualnej.
- Wiele kobiet zgłasza uczucie wstydu, nieadekwatności jako partnerka seksualna, osamotnienia, mniejszego uznania dla ciała i niższego poczucia własnej wartości.
- Wulwodynia wiąże się ze znacznym obciążeniem ekonomicznym osobistym i społecznym z powodu długoterminowych kosztów leczenia, a także zmniejszonej produktywności i niepełnosprawności w środowisku pracy i życiu osobistym.
- Wulwodynia nie jest wskazaniem do rozwiązania ciąży cięciem cesarskim, niemniej pacjentki częściej wykazują lęk przed porodem naturalnym, co zwiększa częstość cięć cesarskich. Nowa sytuacja i zwiększone obciążenie związane z urodzeniem dziecka, brak estrogenów spowodowany laktacyjnym brakiem miesiączki zazwyczaj nasilają objawy bólowe.
- Tylko 60% kobiet z objawami wulwodynii szuka pomocy, a 40% z nich nigdy nie otrzymuje diagnozy.

Medyczny gaslighting

Termin "gaslighting" pochodzi od tytułu sztuki teatralnej "Gas Light" z 1938 roku. Mąż celowo manipulował rzeczywistością swojej żony, by sprawić, że zacznie wątpić we własne zmysły i poczytalność. Między innymi ściemniał światło gazowe w domu, a gdy żona to zauważała – twierdził, że jej się wydaje.W medycynie mówimy o gaslightingu medycznym, czyli rodzaju manipulacji w relacji lekarz–pacjent. Definicja określa działanie lekarza, które unieważnia prawdziwe obawy kliniczne pacjenta bez odpowiedniej oceny medycznej – z powodu niewiedzy, uprzedzeń lub medycznego paternalizmu. Relacja lekarz–pacjent jest szczególnie podatna na tego typu nadużycia. Brak wiary w objawy pacjenta może prowadzić do tego, że sam pacjent zacznie kwestionować swoje doświadczenia.

Zjawisko to zostało ocenione i opisane na podstawie m.inn. doświadczeń pacjentek z chorobami sromu i pochwy. Badanie opublikowane w JAMA (2025) podsumowuje opinie pacjentek w znacznej części z bólem sromu, po rozlicznych konsultacjach lekarskich:

- 43,5% lekarzy okazywało wsparcie,
- 52,8% pacjentek rozważało przerwanie leczenia,
- 39,4% usłyszało, że są „dziwne", co zrozumiały jako „bez piątej klepki"
- 26,6% lekarz zlekceważyło pacjentki,
- 20,5% nie wierzyło w ich objawy,
- 41,6% pacjentek usłyszało, że wystarczy „bardziej się zrelaksować"
- 20,6% zalecono picie alkoholu.Najczęstsze problemy z którymi spotykały się pacjentki to brak wiedzy (247 cytatów) i lekceważenie pacjentek (211 cytatów). Na podstawie wyników badania, autorzy publikacji wyciągnęli wniosek, że istnieje pilna potrzeba edukacji lekarzy w zakresie

biopsychospołecznego podejścia do chorób sromu i pochwy. Połączenie niskiego wskaźnika szukania pomocy i ograniczona skuteczność leczenia stanowi istotny problem dla osób cierpiących na wulwodynię. Trudności diagnozowania wulwodynii są potęgowana przez ogólny brak świadomości tej choroby wśród pracowników służby zdrowia. Wiele kobiet zgłasza, że lekarzom i pielęgniarkom brakuje świadomości i edukacji na temat wulwodynii, co przyczynia się do poczucia stygmatyzacji, zakłopotania i zawstydzenia po konsultacjach zdrowotnych. O medyczynym gaslightingu mówi się coraz częściej.Kobiety z bólem i chorobami sromu są dotknięte poczuciem społecznej izolacji, lekceważącym i deprecjonującym podejściem ze strony pracowników medycznych. Z drugiej strony, praca z pacjentami z bólem przewlekłym jest obciążające dla lekarza i terapeutów, którzy mierzą się z lękami , nieprawdziwymi przekonaniami, brakiem wiary w postępy leczenia i przewlekłością dolegliwości u pacjentów. Bywa, że pacjentki z wulwodynią szukają metod niekonwencjonalnych (pijawki na srom) czy stosują ryzykowne działania (np. płukanie pochwy roztworem płynu do mycia toalet, okłady gorącym termoforem, prowadzące do oparzeń skóry). Wykonują kosztowne, powtarzane wielokrotnie badania i wymazy. Mają wykonywane procedury zabiegowe, czasami wielokrotnie ponawiane. Każdy ginekolog praktykujący ambulatoryjnie ma w pamięci powracające do gabinetu pacjentki z tymi samymi objawami. Pacjentki często zmieniają lekarzy z powodu braku skutecznego leczenia czy nieprzychylności pracowników medycznych.

Trzeba jednak zaznaczyć, że coraz więcej lekarzy przynajmniej podejrzewa wulwodynię u pacjentki, co już jest krokiem w kierunku zdrowienia. Ginekolodzy dostrzegają problem, wykazują zainteresowanie i chęć szkolenia w obszarze bólu przewlekłego, zaburzeń seksualnych związanych z bólem i chorób sromu, czego dowodem jest niniejsze opracowanie.

Piśmiennictwo

1. **Bajzak K, Rains A, Bishop L, Swab M, Miller ME, Logan GS, Jackman V, Jackman L, Gustafson DL.** Pharmacological Treatments for Localized Provoked Vulvodynia: A Scoping Review. Int J Sex Health. 2023 Jul 4;35(3):427-443.
2. **Baszak-Radomańska E, Wańczyk-Baszak J, Paszkowski T.** Pelvic floor examination in vulvodynia: VAMP protocol validation in correlation with central sensitization. Women's Health. 2025; Jan-Dec;21:17455057251338410.
3. **Bergeron S, Reed BD, Wesselmann U, et al.** Vulvodynia. Nat Rev Dis Primers 2020; 6: 36: 1–21.
4. **Bohm-Starke N, Ramsay KW, Lytsy P, et al.** Treatment of Provoked Vulvodynia: A Systematic Review. Journal of Sexual Medicine 2022; 19: 789–808.
5. **Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, et al.** 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodynia. Obstetrics and Gynecology 2016; 127: 745–751.
6. **Harm-Ernandes I, Boyle V, Hartmann D, et al.** Assessment of the Pelvic Floor and Associated Musculoskeletal System: Guide for Medical Practitioners. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2021; Dec: 711–718.
7. **Lountzi AZ, Abhyankar P, Durand H.** A scoping review of vulvodynia research: Diagnosis, treatment, and care experiences. Womens Health (Lond). 2025 Jan-

Dec;21:17455057251345946.
8. **Lyra J, Lima-Silva J, Vieria-Baptista P, Preti M, Bornstein J.** Surgical treatment for provoked vulvodynia – Where do we stand? A narrative review. 2021; 40(3): 120-127.
9. **Moss CF, Chinna-Meyyappan A, Skovronsky G, et al.** Experiences of Care and Gaslighting in Patients With Vulvovaginal Disorders. JAMA Netw Open. 2025;8(5):e259486.
10. **Santangelo G, Ruggiero G, Murina F, et al.** Vulvodynia: A practical guide in treatment strategies. Int J Gynaecol Obstet 2023; 163(2): 510–520.