

Vulvovaginala sjukdomar

| | |
|--|----|
| VAGINAS NORMALFLORA OCH IMMUNFÖRSVAR..... | 1 |
| UTREDNING AV VULVOVAGINALA BESVÄR | 2 |
| <i>Anamnes och bemötande</i> | 2 |
| <i>Undersökningsteknik</i> | 2 |
| <i>Provtagningar</i> | 3 |
| BAKTERIELL VAGINOS | 3 |
| <i>Differentialdiagnoser</i> | 4 |
| <i>Behandling</i> | 5 |
| SVAMPINFEKTIONER..... | 6 |
| <i>Behandling</i> | 7 |
| HERPESINFEKTIONER | 8 |
| <i>Klinisk bild</i> | 8 |
| <i>Diagnostik</i> | 9 |
| <i>Behandling</i> | 9 |
| HUDSJUKDOMAR..... | 10 |
| LICHEN SIMPLEX (KRONISKT RIVEKSEM, NEURODERMIT)..... | 10 |
| <i>Symtom</i> | 10 |
| LICHEN SCLEROSUS | 10 |

Vaginas normalflora och immunförsvar

I slemhinnans bottenskikt finns odifferentierade så kallade parabasceller. Under påverkan av östrogen fram till ägglossningen utmognar dessa till intermediär- och ytepitelceller som innehåller glykogen. Progesteronfrisättning under lutealfasen hämmar tillväxten och ökar cellavstötning. Under p-pilleranvändning kan cellavstötningen bli besvärande och ibland misstolkas som infektion, främst Candida. Vid östrogenbrist som uppkommer postmenopausalt och postpartum sker ingen utmognad av epitelet och avstötta parabasceller kan ses i wet smear.

För att vaginas mikroflora ska vara i balans krävs att laktobaciller dominerar. Laktobacillerna behöver glykogen för att producera laktat och är därför beroende av att slemhinnan är östrogenpåverkad.

En del laktobaciller producerar väteperoxid som anses utgöra ett starkt skydd mot patogener. Vaginas låga pH (<4,5) beror både på laktat och på produktion av organiska syror som bland annat ättiksyra.

Utredning av vulvovaginala besvär

Klåda, sveda, torrhet, sprickor, sår, brännande smärta och smärta vid sex är vanliga vulvovaginala besvär som patienter kan söka för på vårdcentraler, ungdoms-, gynekolog-, barn-, STD- eller hudmottagningar.

Besvären kan orsakas av ett flertal olika tillstånd:

- Störningar av normalflora och hudbarriär
- Infektioner
- Hudsjukdomar och inflammatoriska tillstånd
- Precancerösa förändringar, tumörer
- Smärttillstånd/vulvodyni och/eller vaginism

Anamnes och bemötande

- En noggrann genomgång av aktuella besvär inklusive debut, förlopp samt resultat av eventuella behandlingar ger många ledtrådar till diagnos.
- Klåda i perioder, ofta vid menstid, kan tala för candida, medan hudsjukdomar kan ge mer konstant klåda som ofta förvärras kvälls- och nattetid.
- Gynekologisk och allmänmedicinsk anamnes. Sedvanlig gynekologisk anamnes tas.
- Hudproblem är viktiga att efterfråga då många hudsjukdomar kan manifesteras sig i vulva såsom eksem, psoriasis med mera.
- Torrhet i huden kan även ses i vulva, vilket kan orsaka sprickor.
- Hygienvanor efterfrågas då frekvent tvättning är vanligt och kan ge irriterande besvär i vulva.
- Har patienten tagit prov för cervixcancerprevention, cervixcytologi eller HPV-test, enligt screeningprogrammet?
- Läkemedelsanvändning kan ha betydelse: Lokala applikationer inklusive receptfria svampmedel kan ge irritation, sveda, smärta eller kontaktallergi.

Undersökningsteknik

- Erbjud spegel så att patienten kan vara delaktig och ta del av bedömningen. Genom ett pedagogiskt arbetssätt där kvinnan själv kan delta i undersökningen ges hon möjlighet till ökad kunskap och förståelse av vad som är normalt och vad som avviker.
- Klargör att det är kvinnan som får välja att låta dig undersöka och att hon säger till om det blir obehagligt eller smärtsamt.
- Tala om att det inte är nödvändigt att använda några instrument. Är det ömt och eller stramt får undersökningen anpassas till det.
- Avbryt inte undersökningen helt vid obehag/ smärta/spändhet utan stanna upp och hjälp patienten slappna av i första hand.
- **Inspektion:** Är anatomin normal? Finns synliga lesioner såsom rodnad, blåsor, sår, bleka eller pigmenterade partier? Eventuella rodnader skall bedömas före beröring. Torrhet och fissurer är vanligt och ses ofta interlabialt dvs. mellan inre och yttre labiae, samt i främre och bakre kommissuren.
- Överhygien? Candida? Eksem? Psoriasis? Lichen sclerosus?

- **Palpation** : Palpation av hud och slemhinna i vulva ger information om det finns indurerade förändringar: tumör? Lymfkörtlar?
- **Bäckenbottentonus**: Vaginism kan ses genom att det är svårt att inspektera vestibulum. Slidöppningen är indragen och svår att se, perineum ses uppdragen mot uretra.

Be kvinnan att knipa allt hon kan och sedan slappna av, eventuellt krysta lätt. Då kan man se om hon verkligen slappnar av muskulaturen och "släpper ned" bäckenbotten. Eventuell vaginism och spänning i bäckenbotten går ofta bra att undersöka vid försiktig palpation med ett finger. Frånvaro av vaginism i undersökningssituationen utesluter inte en svår vaginism i annan situation såsom samlag.

Provtagningar

- **Direktmikroskopi: Wet smear**: mikroskopi av direktutstryk med koksalt används för att diagnostisera rubbningar i vaginas normalflora som vid bakteriell vaginos, cerviciter och trichomonasinfektion.
- **Odlingar**
 - Aldrig "allmän vaginal odling", men riktad provtagning kan bli aktuell hos små barn (streptokocker?)
 - Vid svårbedömd flytning kan man fråga efter dominerande patogen
 - Svampodling vid recidiverande infektioner eller terapivikt
 - PCR för herpes vid sår som kommer i skov
 - Glöm inte att erbjuda klamydiaproov frikostigt

- **Stansbiopsi**

Efter anestesi, vanligen med injektion av lokalbedövning, tas biopsin med (minst) 4 mm stans. Se till att stansen når tillräckligt djupt. Ta biopsin så att afficerad vävnad verkligen kommer med. Om biopsin tas för långt ut i kanten kan de förändrade områdena missas. Det är viktigt att epidermis finns med i biopsin för att bedömning ska bli möjlig. Tag alltså inte biopsin mitt i ett sår. För att underlätta bedömningen markera noga på remissen var i vulva biopsin är tagen.

- **Cytologi**

Cytologi från vulva har ingen plats i diagnostiken av vulvasjukdomar inklusive dysplasi i vulva, utan stansbiopsi krävs för histologisk undersökning. Har kvinnan deltagit i screeningprogrammet för cervixcancerprevention genom att ta prov för cytologi eller analys av högskisk-HPV, eller behöver hon hjälp med denna provtagning?

Vid stenosering, svår vaginism eller vulvasmärta kan provtagningen ibland behöva göras under narkos.

Bakteriell vaginos

Kvinnor i fertil ålder kan drabbas av bakteriell vaginos (BV), ett tillstånd med okänd etiologi som karakteriseras av att den normala och skyddande floran av laktobaciller saknas. BV kännetecknas av besvärande **illaluktande vaginala flytningar** och ibland klåda och/eller sveda, men en del kvinnor har inga symtom.

Bakteriell vaginos är en av de vanligaste orsakerna till genitalt obehag hos kvinnor i reproduktiv

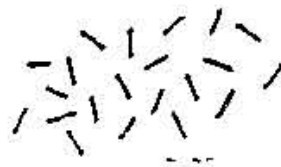
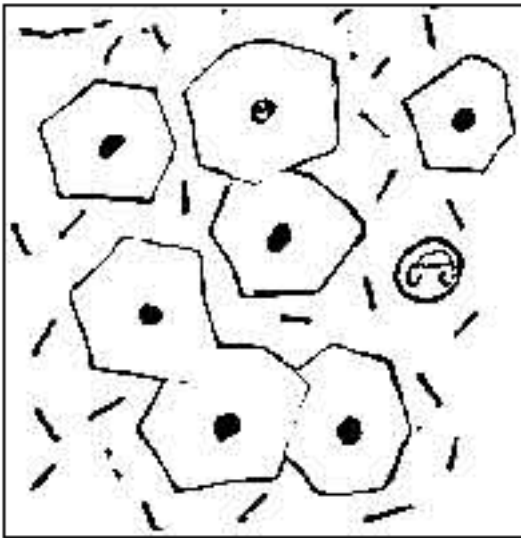
ålder.

Vilken bakterie som orsakar bakteriell vaginos är inte känt. Den normala laktobacillfloran är ersatt av en blandning av anaeroba bakterier, framför allt *Gardnerella vaginalis*, *Atopodium vaginae*, *Bacteroides* spp, *Mobiluncus* spp och andra okända bakterier.

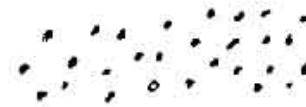
Det finns ett samband mellan sexuellt beteende och risken för BV, men om BV skall räknas som en sexuellt överförbar sjukdom är en mycket omtvistad fråga.

Wet smear

Normal "wet smear"



Wet smear er normalt domineret af stave.



Ved Kok-dominans tyder det på infektion.

Clue cells



Differentialdiagnoser

Illaluktande flytning är inte synonymt med bakteriell vaginos.

- Klamydia, Gc
- Candida: kan ge illaluktande flytning speciellt vid avsaknad av klåda.

- Atrofisk vaginit: vid östrogenbrist postmenopausalt, men även vid amning. Ger överväxt av e-coli och enterokocker.
- Trichomonas: oftare en gulgrön skummig flytning. Ovanligt idag men bör finnas i åtanke vid behandlingssvikt.
 - Främmande kropp: ingen behandling mot bakteriell vaginos får göras utan att kvinnan blivit undersökt.
- Cervixcancer: sällsynt men prov för cytologi eller analys av högrisk-HPV bör tas vid terapissvikt.

Behandling

Behandling av bakteriell vaginos är besvärlig och utmanande, dels på grund av att diagnostiken i olika behandlingsstudier varierar, dels på grund av oklar etiologi men också på grund av att behandlingen generellt inte är så framgångsrik.

Man har använt och studerat metronidazol, tinidazol och klindamycini olika beredningsformer: tabletter, vaginalkräm, vagitorier, vaginalgel och vaginala slow-release krämer.

Förklara noga för patienten att orsaken är multifaktoriell, därför är behandlingen svår och tar tid.

Probiotika

Då BV karakteriseras av brist på laktobaciller ligger det nära tillhands att göra behandlingsförsök med probiotika. Många regimer har provats med både olika beredningsformer, sammansättning av olika laktobaciller och olika grad av förbehandling.

Eco-vag är bra alternativ.

Rekommenderad behandling:

Den idag rekommenderade behandlingen med antingen klindamycin vaginalkräm eller metronidazol gel ger en förväntad utläkning hos ungefär 50-60 procent efter en månad och 20 procent efter 2 år.

Upprepade recidiv

Det finns för närvarande inga evidensbaserade rekommendationer beträffande behandling av upprepade recidiv. Ett behandlingsförslag av Larsson och medarbetare resulterade i utläkning hos 70 procent efter 2 år.

Huruvida partner skall behandlas har varit ifrågasatt. Flera tidigare studier visar ingen förbättrad utläkning trots partnerbehandling, men nu finns två studier som visar att det förbättrar utläkningen.

Recidivierande BV

| | Antibiotika | Probiotika | Partnerbehandling |
|-------------------|---|---------------------------------|---|
| Första menscykeln | klindamycin vaginalkräm 2 procent, 5 g x 1 i 7 dagar + Klindamycin kapslar 300 mg x 2 i 7 dagar | EcoVag laktobaciller i 10 dagar | klindamycin kapslar 300 mg x 2 i 7 dagar till partnern |
| Andra menscykeln | metronidazol vaginalgel 7,5mg/g, 5g x 1 i 5 dagar | EcoVag laktobaciller i 5 dagar | |
| Tredje menscykeln | metronidazol vaginalgel 7,5 mg/g, 5 g x 1 i 5dagar | EcoVag laktobaciller i 5 dagar | |

Svampinfektioner

Vulvovaginal candidainfektion är tillsammans med bakteriell vaginos den vanligaste orsaken till vulvovaginit i västvärlden. Omkring 75 procent av alla kvinnor drabbas av en svampinfektion vid minst ett tillfälle under sitt fertila liv. Enstaka förekommande svampinfektioner i slidan är lättbehandlade med lokala eller orala antifungala medel. Problem uppstår dock hos de 5-8 procent av kvinnor i barnafödande ålder som drabbas av recidiverande vulvovaginal Candida (RVVC), vanligen definierat som minst fyra infektioner/år, varav minst två episoder av odlings- eller mikroskopiverifierad Candida

Candida albicans utgör dominerande agens i 90 procent av fallen av candidavulvovaginit i Sverige. Candida glabrata förekommer i ungefär 4 procent av fallen och C parapsilosis, C tropicalis, C krusei och Saccaromyces cerevisiae i sammanlagt 1 procent.

Hormonella faktorer tycks ha en betydelse för utveckling av RVVC, men sambanden är inte klarlagda. Äldre studier av p-piller med högre östrogenhalt påvisade en högre risk för RVVC, men senare studier med lågdoserade p-piller har inte kunnat bekräfta detta samband.

Postmenopausala kvinnor som behandlas med HRT och kvinnor som genomgår nedreglering inför IVF-behandling löper risk för RVVC.

Det är inte klarlagt huruvida det finns ett samband mellan bruk av spiral och uppkomst av RVVC.

Många kvinnor med RVVC lever ett stressigt liv, där tankar och vardag i många fall cirklar helt kring svampinfektionerna. Vid mätning av cortisol i saliv har man påvisat att kvinnor med RVVC lider av kronisk stress i högre grad, jämfört med friska kontroller.

Partnersmitta har diskuterats. Även misstanke om "allergi" mot partnersnens semen har funnits, men det finns ingen vetenskaplig studie som stärker denna misstanke. Partnerbehandling rekommenderas endast vid kliniska symptom hos partnern.

Symptom och undersökningsfynd

- Vid akut och enstaka skov av candidavulvovaginit får kvinnan typiska symptom med klåda, kesoliknande tjock, vitaktig flytning och rodnade slemhinnor.
- Vid återkommande genitala svampinfektioner minskar vaginitbilden och domineras allt mer av vulvit med rodnade, glansiga slemhinnor, klåda och framför allt sveda och torra slemhinnor. Sprickbildning kan uppstå interlabialt eller i perineum, vilket ytterligare förvärrar symptomen. Det är vanligt att kvinnan anger att besvären uppkommer eller accentueras veckan före menstruationen.
- Genital candidainfektion förekommer i princip aldrig före menarche och sällan hos postmenopausala kvinnor utan östrogensubstitution. Postmenopausala kvinnor kan dock få RVVC om de utvecklar diabetes mellitus.
- Diagnosen genital candidainfektion ställs med wet smear eller svampodling. Glöm inte att utesluta bakteriell vaginos, då denna co-existerar med Candida i 10-15 procent av fallen.
- Svampodling bör tas vid alla svårbehandlade fall av RVVC.

Differentialdiagnoser

- upprepade lokalbehandlingar
- överdriven hygien
- kontaktdermatit
- eksem
- bakteriell vaginos
- HPV (kondylom, VIN)
- herpes genitalis
- hudsjukdomar

Behandling

Enstaka skov av akut candidavulvovaginit lokalbehandlas framgångsrikt med clotrimazol (Canesten) eller econazol (Pevaryl) 1-3 dagar alternativt oralt fluconazol 150 mg i engångsdos, > 80 procents utläkning.

Asymptomatiska bärare av *C albicans* (ca 20 procent av kvinnor i fertil ålder) skall inte behandlas. Det finns inget vetenskapligt stöd för behandling av asymptomatisk partner till en kvinna med RVVC

Observera att nitrat innehållande läkemedel, till exempel Pevaryl och Daktacort efter upprepat bruk kan leda till lokal sveda och klåda och även på sikt till uppkomst av vulvodyni.

Basbehandling vid RVVC

(*C albicans*, men även *C parapsilosis* och *C tropicalis*): Peroral behandling: Fluconazol 150 mg en-två ggr/vecka i sex veckor är tillräcklig dosering och behandlingstid i de allra flesta fall och har visats kunna uppskjuta recidiv i upp till nio månader.

Om denna regim inte räcker, kan fluconazol 50 mg dagligen prövas i 1-2-(6) månader. Fördel: jämnare koncentration och bättre compliance.

Oljeregim!

- Undvik tvål/vatten, vilket är uttorkande och förvärrar kvinnans symptom.
- Använd olja till underlivshygien, vilket minskar klådan, behandlar torrhet och förebygger sprickbildning. Bra oljor är till exempel Apotekets intimolja, ACOs duscholja och barnolja utan salicylsyra. En del kvinnor trivs bättre med Locobase eller vitt vaselin.

Svarar ej på långtidsbehandling med fluconazol- handlingsplan:

- Odla! (och begär resistensbestämning). Resistens mot fluconazol är ovanligt i Sverige. Växer det någon ovanlig sort? Behandling enligt nedan.
- Utveckling av vestibulodyni? Xylocaingel i behandlingsdos kan hjälpa mot sveda och klåda.
- Uteslut differentialdiagnoser

Överkänslighet mot fluconazol

Fluconazol är vältolererat av de flesta kvinnor. Om biverkningar trots allt uppkommer är de vanligast förekommande gastrointestinala besvär, acne och huvudvärk.

Var aktsam hos äldre kvinnor som använder mediciner som inducerar cytokrom P3A4 i levern. Det finns även en ökad risk för arytm. Kvinnor med förlängt QT-intervall och hjärtsjukdom skall inte använda fluconazol. Leversjukdom utgör en annan kontraindikation.

Vid överkänslighet mot fluconazol kan man ge itraconazol (Sporanox) 100 mg, 2 kapslar x 2 som endagsdos eller 100 mg dagligen i 2 veckor. Preparatet rekommenderas inte som förstahandsbehandling vid RVVC, då det har samma antifungala behandlingsspektrum som fluconazol, men högre frekvens biverkningar. Leverprover bör kontrolleras efter längre tids behandling.

Herpesinfektioner

Genital herpes kan orsakas av herpes simplex virus typ 1 (HSV-1) eller herpes simplex virus typ 2 (HSV-2) och är den vanligaste orsaken till genital sårbildning i världen.

Det kliniska utseendet skiljer sig ej mellan HSV-1 och HSV-2 infektion, men täta genitala recidiv brukar orsakas av HSV-2. Däremot har HSV-1 visat sig vara den vanligaste orsaken till primära genitala HSV-infektioner främst hos kvinnor.

Antikroppar mot HSV-1 ses vid både oral och genital infektion, medan HSV-2 antikroppar anses avspegla en genital infektion.

HSV överförs genom direktsmitta vid sexuell kontakt, inklusive oralsex. Viral genital utsöndring kan påvisas även utan samtidiga symtom och denna tysta virusutsöndring står för huvuddelen av virustransmissionen. Kondom minskar, men tar ej bort risken för Smitta.

Klinisk bild

- Primärinfektionen

Kan ge utbredda, smärtsamma genitala blåsor och sår på rodnad botten med svullna lymfkörtlar, allmänpåverkan, feber och dysuri. Även muskelvärk, urinretention och meningit kan förekomma.

- Spekulumundersökning kan oftast inte genomföras på grund av smärta,
- Inkubationstiden är 2-20 dagar (medel 6 dagar) och utan behandling kan symtomen kvarstå i 2-3 veckor.
- Recidiv : Blåsor och sår inom ett avgränsat område ger lindrigare symtom och läkning sker vanligen inom en vecka.
- Cirka hälften av patienterna anger prodromala symtom med parestesier några timmar upp till 1-2 dagar innan recidiv.

- Differentialdiagnoser : Atypisk presentation av HSV finns och symtomen kan misstolkas som till exempel urinvägsinfektion, akut candidavulvit eller streptokockinfektion.

Diagnostik

Provtagning bör ske vid misstänkt primär herpesinfektion och icke-diagnosticerad recidiverande genital herpes. Överväg även HSVprovtagning vid återkommande, oklara genitala symtom. Typning är av vikt då prognosen är olika vid genital HSV-1 och HSV-2 infektion. I samband med primärinfektionen kan virus utsöndras och påvisas i 7-12 dagar, medan man vid recidiv har virusutsöndring 1- 4 dagar.

Prov för analys med PCR tas med steril bomullspinne som rullas mot blåsa, erosion eller fissur och stoppas i 1-2 ml NaCl i plaströr, alternativt i rör med speciellt PCRmedium.

Behandling

Antiviral behandling har funnits tillgänglig sedan mitten av 1980-talet och resistensutveckling är ovanlig.

Lokal antiviral behandling har ingen plats vid behandlingen av genital herpes.

Behandling vid primär herpesinfektion Antiviral behandling kan påtagligt reducera och förkorta besvären vid primär infektion (måttlig evidens) och är indicerat att sätta in så länge nya lesioner kommer.

Peroral behandling ges med aciklovir (Aciklovir, Zovirax) 200 mg x 5 alt. 400 mg x 3, valaciklovir (Valaciklovir, Valtrex) 500 mg x 2 eller famciclovir (Famvir) 250 mg x 3. Jämförande studier visar likvärdig, god effekt mellan aciklovir och valaciklovir (hög evidens).

Behandlingstid 5-10 dagar.

Komplettera vid behov med smärtstillande lokalt eller peroralt. Avvakta med inre undersökning om patienten har mycket besvär. Ge vid behov ny tid för uppföljning, och till exempel klamydiaprovtagning, efter utläkning.

Enstaka patienter kan behöva inläggande vård pga urinretention, meningism eller allmänpåverkan och kan intravenös aciklovir (doser se FASS) ges.

Behandling vid recidiverande herpesutbrott: Vid få och korta utbrott är behandling sällan indicerad, men vid mer uttalade besvär ges: aciklovir 200 mg x 5 alt. 400 mg x 3, valaciklovir 500 mg x 2 eller famciclovir 250 mg x 2.

Alla preparat har i jämförelse med placebo visat sig effektivare avseende reduktion av besvär och duration av skov (hög evidens för valaciklovir, måttlig evidens för aciklovir, famciclovir).

Jämförande studier har även visat likvärdig effekt mellan preparaten (medel-hög evidens).

Behandlingstid 3(-5) dagar. Starta behandling tidigt för effekt. Preliminära data visar även effekt av en-dagsbehandling vid recidiv.

Suppressionsbehandling

Ges vid täta (≥ 6 skov/år), långdragna eller komplicerade skov och är effektivt avseende minskning av antal skov jämfört med placebo (hög evidens). Behandling kan ges med aciklovir 400 mg x 2, valaciklovir 500 mg x 1 eller 250 mg x 2 alt famciclovir 250 mg x 2.

Vid täta skov (≥ 10 skov/år) kan man prova behandling uppdelad på två doser/dag (låg evidens). Trots suppressionsbehandling kan patienten få enstaka genombrott med herpes och dosen kan då ökas till aciklovir 400 mg x 3, alt valaciklovir 500 mg x 2 under 3 dagar (mycket låg evidens). Gör uppehåll och utvärdering av behandlingen med ca 4-6 mån mellanrum.

Hudsjukdomar

Symtomen vid genitala hudsjukdomar är framför allt klåda, sveda och dyspareuni, där klåda är det dominerande symtomet. Ibland kan vulva vara enda lokalen vilket gör diagnostiken svårare. De flesta hudsjukdomar är kroniska och recidiverar. Behandlingen är i första hand symtomlindrande och kan behöva upprepas.

Lichen simplex (kroniskt riveksem, neurodermit)

Karakteristiskt för detta eksem är en lichenifiering, dvs. förgrovning av huden. Orsaken är rivning av huden och man talar om den så kallade klådcirkeln. Klådan leder till rivning som leder till eksem som ger mer klåda och så vidare. Vanligare hos atopiker (sänkt klådröskel) samt under perioder med mycket stress.

Symtom

Långvarig klåda. Kvinnan är ej alltid medveten om rivning som kan ske i sömnen.

Klinisk bild

Vanlig lokalisering är labia majora, ofta ensidigt. Huden är förtjockad och den normala hudteckningen förstärkt. Färgtonen i regel blekrosa, ofta fjällning och exkorationer. Omgivande hud är oretad.

Differentialdiagnoser

Många kliande dermatoser kan på grund av rivning bli lichenifierade såsom till exempel lichen planus, lichen sclerosus och psoriasis.

Behandling

Behandlingen går ut på att bryta klådcirkeln. Grupp III-steroider i nedtrappning under 6 veckor: Till natten i 2 veckor, sedan varannan kväll i 2 veckor, sedan 2 gånger per vecka. Stor risk för recidiv. Återuppta behandlingen vid recidiv som ger klåda. Mjukgörande. Ge återbesökstid. Eventuellt initialt sederande antihistaminer (Tavegyl, Atarax) till natten.

Lichen sclerosus

Lichen sclerosus (LS) är en kronisk, recidiverande inflammatorisk sjukdom med okänd etiologi och oklar patogenes. LS är en relativt vanlig sjukdom men incidensen är okänd och förmodligen underskattad men sannolikt ungefär 1:300-1:100. Den förekommer hos båda könen, i alla åldrar, även hos barn, men oftare hos kvinnor och oftast efter menopaus. Familjär anhopning förekommer liksom en koppling till autoimmuna sjukdomar (thyroidit, vitiligo). Sjukdomen är oftast lokaliserad till den anogenitala huden (90 procent).

Histologin är karakteristisk.

Symtom

Klåda som kan vara mycket svår. Eventuella sår ger sveda. Dyspareuni.

Klinisk bild i vulva

Karaktäristisk blekhet i vulvahuden. Rivmärken. Labiae minora kan helt resorberas och "försvinna". Klitoris kan täckas och introitus försnävas av både främre och bakre sammanväxningar.

Områden med hyperkeratos ses ofta. Subcutana blödningar (eccyloser) ses ibland (kan misstas för våldsutsatthet som måste uteslutas).

Diagnostik

Biopsi bör tas för definitiv diagnos. Histologin typisk. Biopsi måste alltid tas vid sår som inte läker och områden som inte svarar på behandling med tanke på risk för cancerutveckling.

Differentialdiagnoser

Lichen simplex, VIN, lichen planus (övergångsformer finns mellan LS och LP).

Behandling

Högpotent steroid clobetasol (Dermovat) lokalt varje kväll i en månad följt av varannan kväll i en månad, sedan 2 kvällar per vecka i en månad. Därefter underhållsbehandling 1(-2) ggr/vecka. Intensivkur med daglig behandling kan upprepas. För undvikande av överbehandling skall information ges om att använda ett tunt lager, var man ska smörja och förskriv små mängder (25 g/3 mån). Uteslut superinfektion med svamp.

