

VULVODİNİ

MUZAFFER SANCİ
S.B.S.B.Ü.TEPECİK S.U.A.M.
JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ KLİNİĞİ

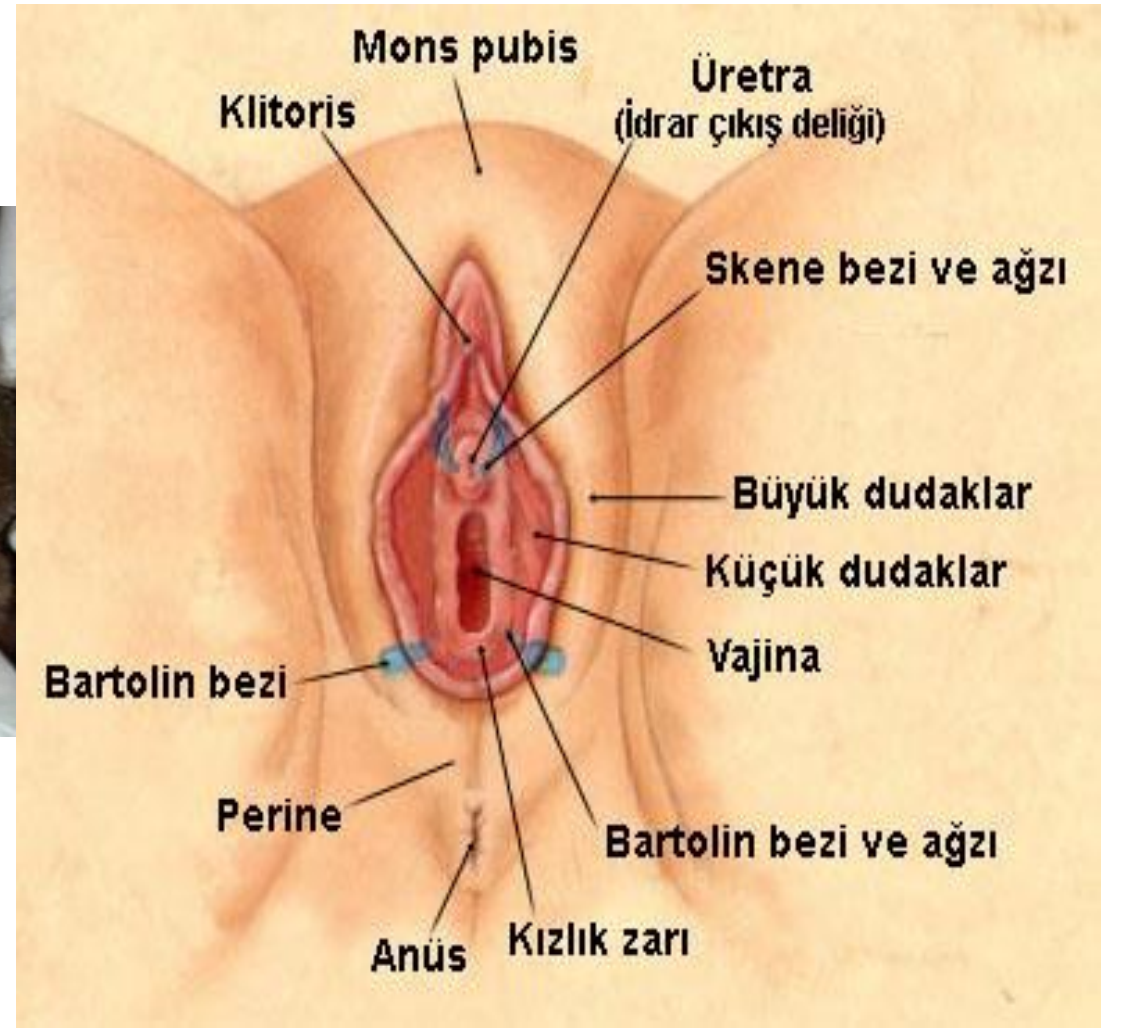


Servikal Patolojiler ve Kolposkopi Derneği
TURKISH SOCIETY FOR COLPOSCOPY AND CERVICAL PATHOLOGY



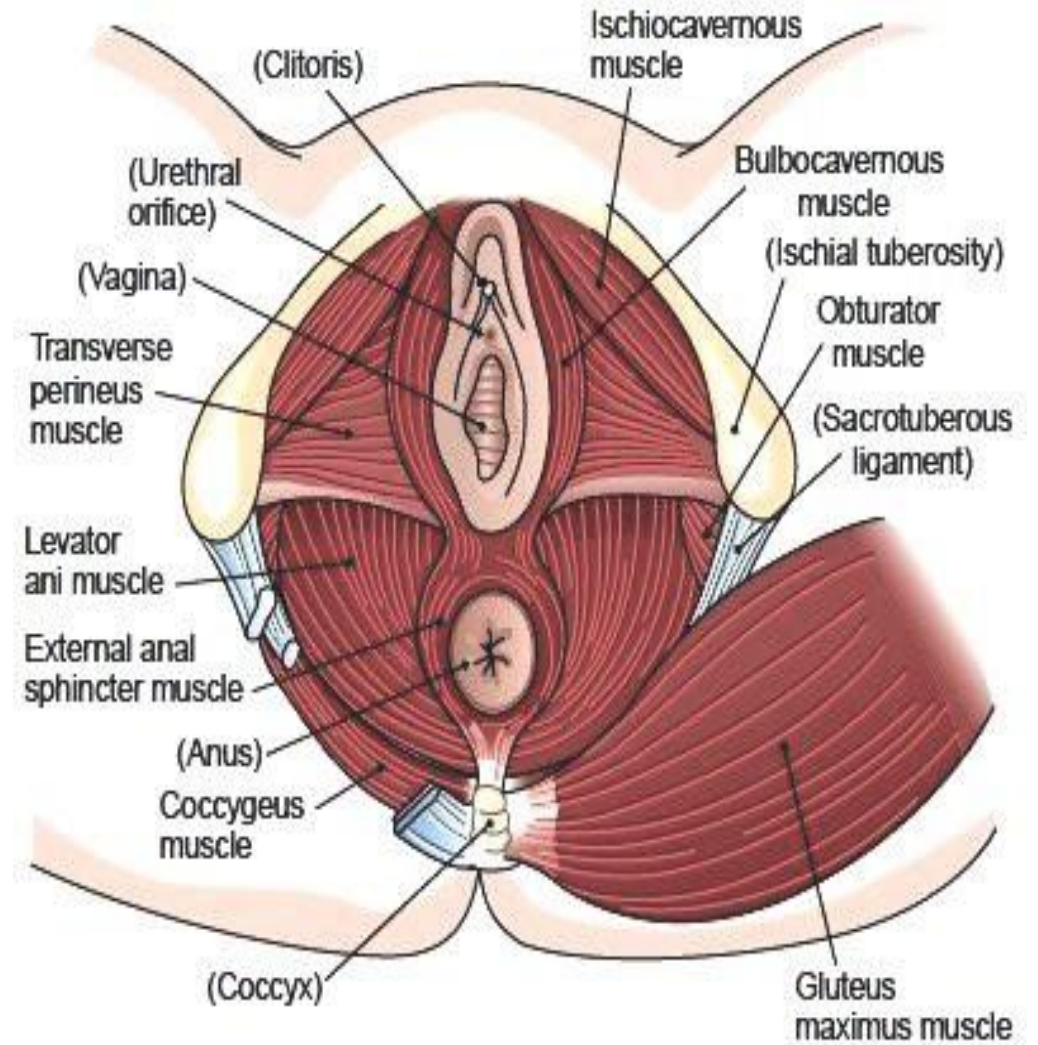
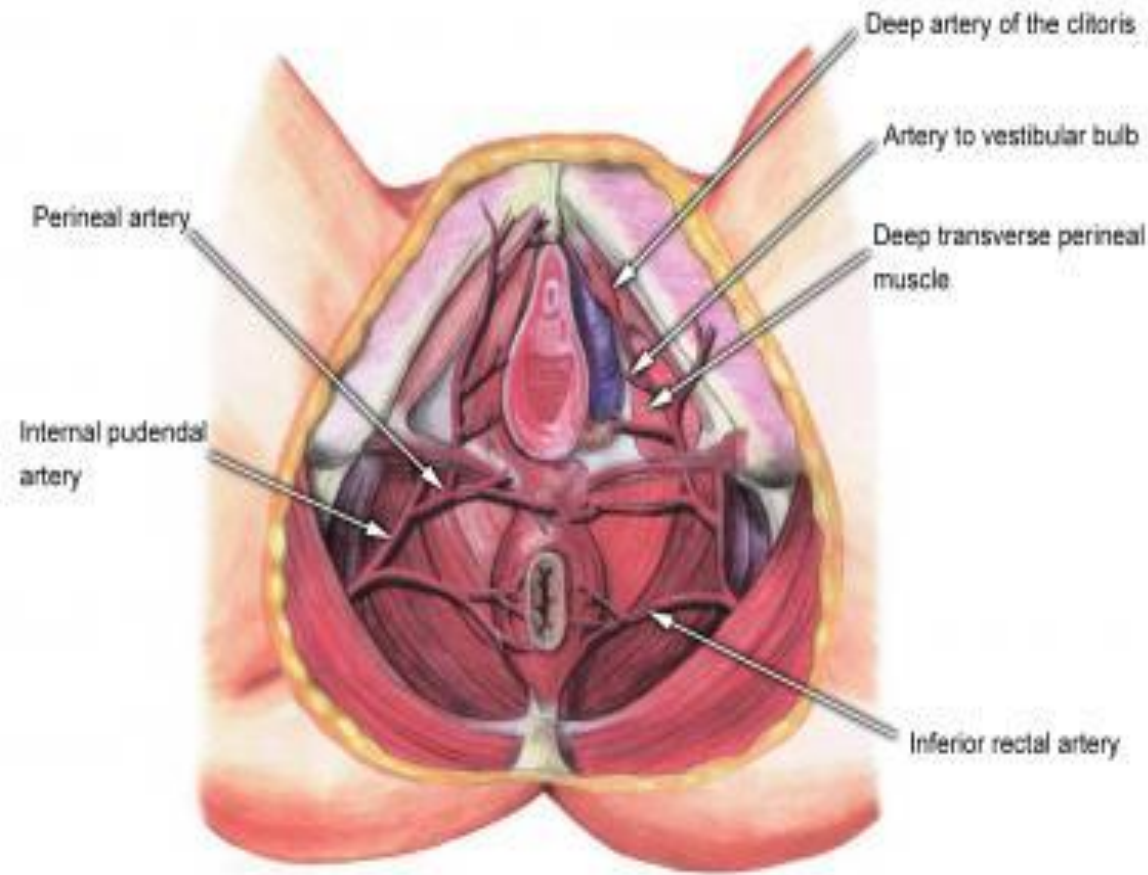
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

VULVA VE VULVAR VESTİBUL

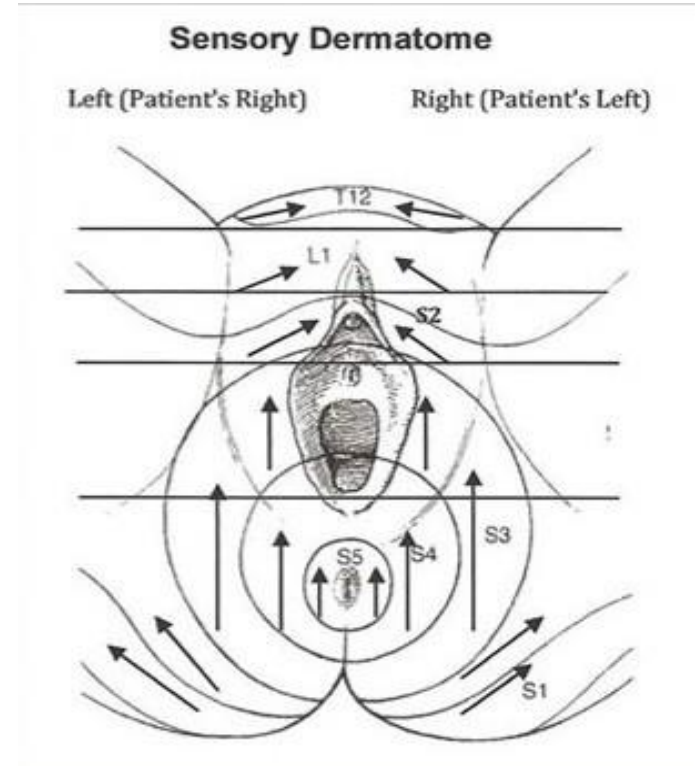
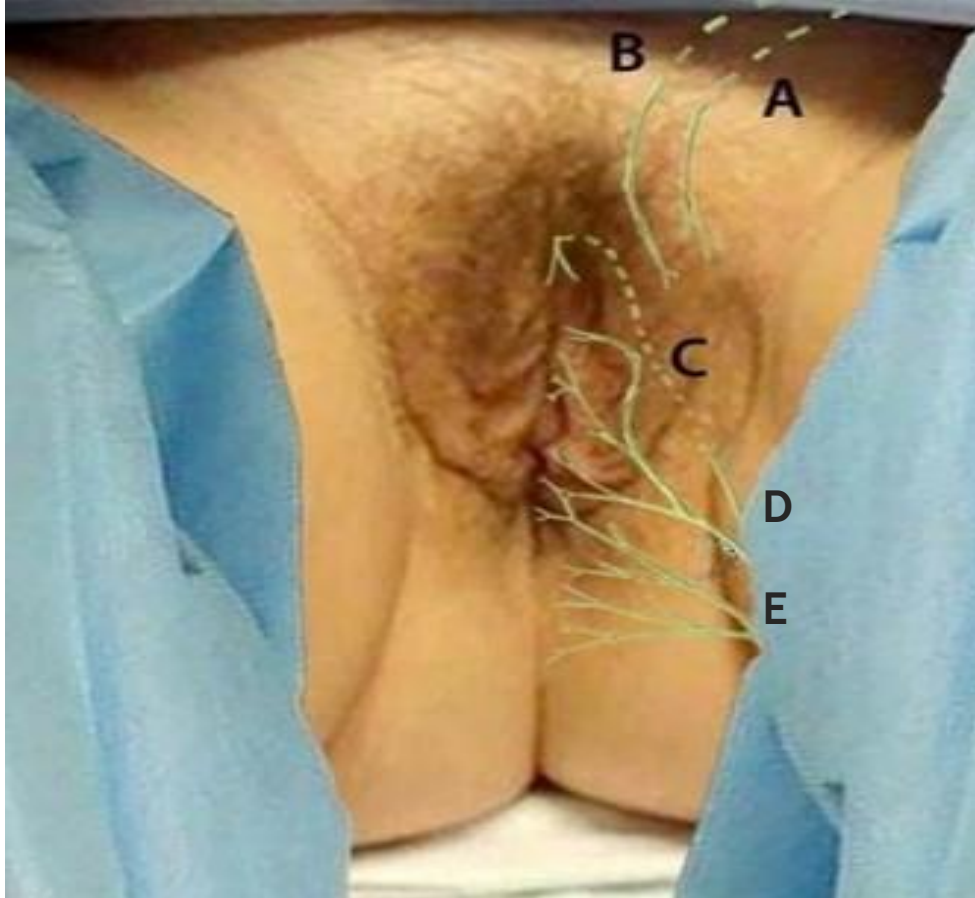


Mons pubis, klitoris, labia majör, labia minör, vestibulum vajina, introitus, Bartolin ve Skene bezleri ve hymenden oluşan kadın dış genital organına vulva adı verilir.

VULVANIN KAN DOLAŞIMI VE PELVİK TABAN KASLARI



VULVANIN İNNERVASYONU



(Farage 2012)

VULVAR AĞRININ TARİHÇESİ

Period, Author	Term or Terminology
First century AD, Soranus	Satyriasis in females
1880, Thomas	Excessive hypersensibility of the nerves
1889, Kellogg	Sensitive points
1889, Skene	Super sensitiveness of the vulva
1928, Kelly	Exquisitely sensitive in hymeneal ring
1976, Weisfogel	The burning vulva
1976, 3.DÜNYA ISSVD KONGRESİ	The burning vulva syndrome
1978, Dodson and Friedrich	Psychosomatic vulvovaginitis
1978, Tovell and Young	Vulvodynia or pudendagra
1983, ISSVD task force	Vulvodynia or burning vulva syndrome
1983, Friedrich	Vestibular adenitis
1983, Woodruff and Parmley	Infection of the minor vestibular glands
1986, Peckham	Focal vulvitis
1987, Friedrich	Vulvar vestibulitis syndrome
1988, McKay	Classification: vestibulitis and dysesthetic vulvodynia
1997, Bornstein	Vestibulodynia
1999, ISSVD	Terminology: generalized and localized vulvar dysesthesia
2001, ISSVD	Terminology: provoked and spontaneous vulvar dysesthesia, each has subsets of generalized and localized
2003, ISSVD	2003 ISSVD terminology

FRIEDRICH KRİTERLERİ

VULVAR VESTİBULİTİS SENDROM

- Koit / Vajinal muayenede şiddetli- **AĞRI**
- Hafif basınçla vestibüle lokalize duyarlılık -**HİPERESTEZİ**
- Periduktal -**ERİTEM**

2003 ISSVD VULVA AĞRISININ SINIFLAMASI VE TERMİNOLOJİ

A)Spesifik bir duruma bağlı vulvar ağrı:

- Enfeksiyöz (candidiasis, herpes)
- İnflamatuvar (lichen planus, Crohn Hast.)
- Neoplastik (kanser, intraepitelyal neoplazi)
- Nörolojik (herpetik nöraljezi, spinal sinir basısı)
- Travma (Genital kesiler, obstetrik)
- İatrojenik(Post-op, radyoterapi,kemoterapi)
- Hormonal yetersizlik(Laktasyon dönemi, post

menopozal)

2003 ISSVD VULVA AĞRISININ SINIFLAMASI VE TERMİNOLOJİ

B)Vulvodini

1. Generalize
2. Lokalize (vestibulodini, klitorodini, hemivulvodini)

GENERALİZE VULVODİNİ

- Vulvada yaygın yanma
- Diffüz, kalıcı hiperaljezi
- Nullipar, peri-postmenopozal kadınlar
- Ağrı genellikle spontan başlar.
- Muayenede spesifik bulgu yok.

LOKALİZE VULVODİNİ

- Premenopozal- genç kadınlar
- Hafif basınçla, aşırı hassasiyet
- Sıklıkla dispareni ile beraber
- Allodini (Normalde ağrı oluşturmayacak uyarının ağrıya yol açması)

EPİDEMİYOLOJİ

Vulvar ağrı yaygın bir jinekolojik şikayettir.

Üreme çağındaki kadınların %8 ile %15'inde tanımlanmıştır.

ABD'de yıllık 31 ile 72 milyar dolarlık bir maliyete neden olmaktadır.

Kronik vulvar ağrısı olan hastalar; Kötü bir yaşam kalitesi bildirir,

Birden fazla sağlık hizmeti sunucusu arar,

Sıklıkla yanlış teşhis edilir,

Birden fazla tedavi modalitesi kullanır.

The International Society for the Study of Vulvar Disease (ISSVD);

The International Society for the Study of Women's Sexual Health, ve

The International Pelvic Pain Society ile birlikte 2015 yılında vulvar ağrı için yeni bir sınıflandırma sistemi benimsemiştir.

2015 ISSVD VULVA AĞRISININ SİNİFLAMASI VE TERMİNOLOJİ

**Journal of Lower Genital Tract Diseases
Journal of Sexual Medicine
Obstetrics and Gynecology**

- Jacob Bornstein
- Andrew Goldstein
- Colleen Stockdale
- Denniz Zolnoun
- Irwing Goldstein
- Lisa Goldstein
- ISSVD
- ISSWSH
- IPPS
- NVA
- ASCCP
- ACOG

VULVODİNİ GÜNCEL TANIMLAMA

2015 ISSVD'nin tanımına göre:

En az 3 ay boyunca var olan ve açıklanabilir net bir nedeni olmayan vulvar ağrı **vulvodini** olarak tanımlanır.

PATOFİZYOLOJİ

Vulvodiniye Bağlı Potansiyel Faktörler

- Ağrı İletimi
- Nöroproliferasyon
- Mast Hücreleri

AĞRI İLETİMİ

- Myelinize olmayan sinir sonlanmaları vardır
- Mekanik termal veya kimyasal irritanlara karşı duyarlıdır.
- Uyaran güçlü ise ağrı, rahatsızlık hissi

C lifleri (yavaş, yaygın ağrı).

A delta lifleri (sınırlı keskin ağrı)

- Genitüriner sistemde **C lifleri** yoğun (Yanma)

NÖROPROLİFERASYON

- Vulvodininin muhtemel patofizyolojik mekanizması nöroproliferasyondur
(Bornstein 1997, Bornstein 2008)
- Vulvodinili hastalarda subepitelyal ve intraepitelyal artmış sinir lifleri saptanmıştır.

MAST HÜCRELERİ

- Vulvodini'de, mast hücresi sayısı ve aktivitesinde sıklıkla bir artış vardır.
- Mast hücrelerinde degranülasyon gözlenir.
- Boşaltılan granüller, triptaz, histamin, serotonin, bradikinin, heparinaz ve sinir büyüme faktörü içerir.
- Bu enzimlerin bazıları vulvodininin patogeneğinde rol oynarlar.

(Bornstein 2004)

ETİYOLOJİK NEDENLER

- Embriyolojik anormallikler
- Üriner oksalat artışı
- Genetik
- İmmunolojik faktörler
- Hormonal faktörler
- Enfeksiyon
- Psikolojik faktörler
- Nöropatik değişiklikler (Farklı ağrı algılanması)
- İrritan maddeler

VULVODİNİ DEĞERLENDİRİLMESİ

MUAYENENİN BİLEŞENLERİ

Adım 1: Görsel muayene

Adım 2: Pamuklu çubuk ile Vulva ve vulvar vesitbülün muayenesi

Adım 3: Nöroduyu muayenesi

Adım 4: Pelvik taban kasları muayenesi

Adım 5: Ağrının komorbitileri ve katkı sağlayan faktörlerin değerlendirilmesi

VULVODİNİ DEĞERLENDİRİLMESİ

ADIM 1: GÖRSEL MUAYENE

Hasta #1

Ciddi eritem



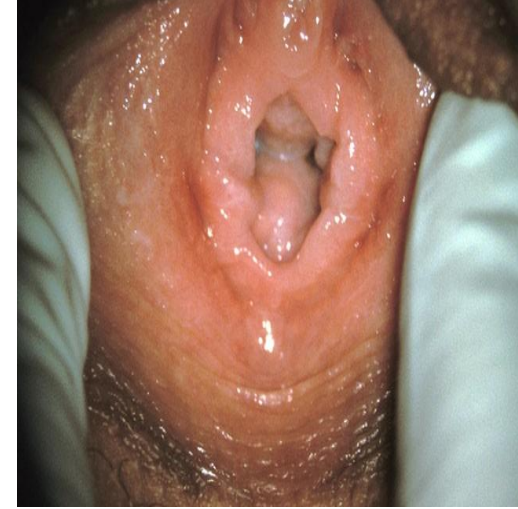
Hasta #2

Orta eritem



Hasta #3

Minimal Eritem ciddi ağrı



Ağrının şiddeti ve inflamasyon ile gözlemlenen eritem arasında bir ilişki bulunmamaktadır

(Bergeron 2001, Farage 2009)

VULVODİNİ DEĞERLENDİRİLMESİ

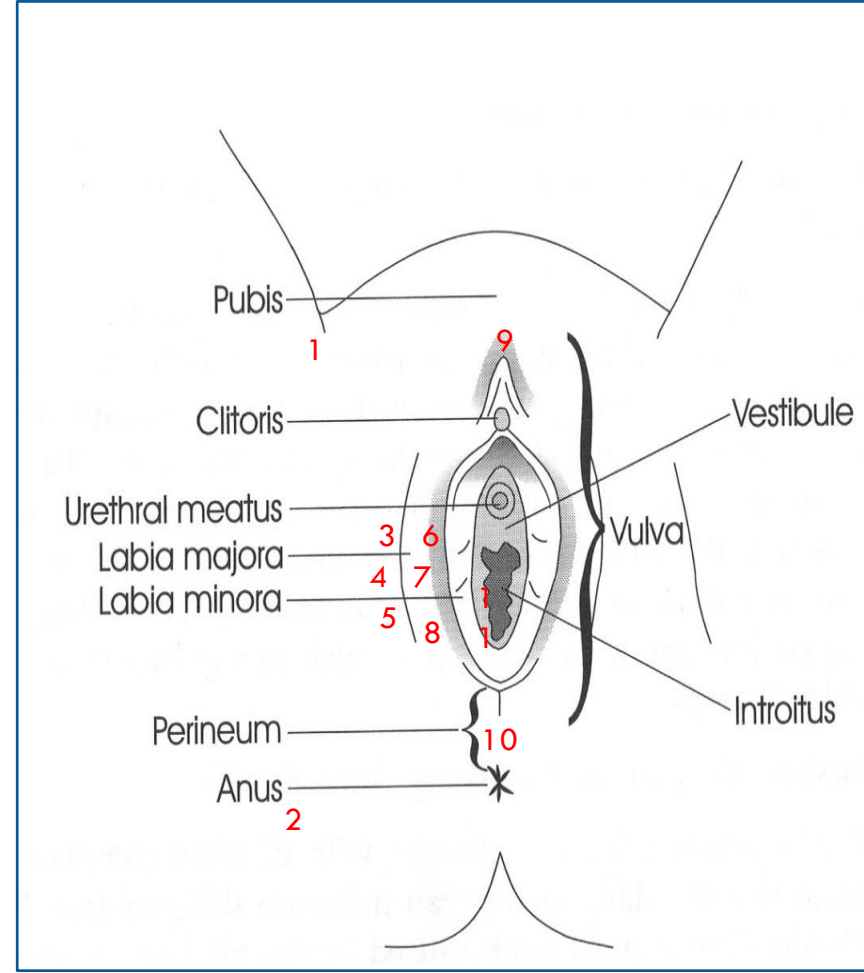
ADIM 2: VULVANIN PAMUKLU ÇUBUK İLE MUAYENESİ

- 1-2 iç uyluk
- 3-5 labia majora
- 6-8 interlabial sulcus
- 9 clitoris, clitoral hood
- 10 perineum
- 11 vestibul içindeki alanlar

Bu bölgelere baskı uygulayarak
hipo-hiperaljezi, pamuklu
çubuk kullanılarak test edilir:

Her bölgede, hasta:

- Ağrının şiddetini skorlar (VAS score)
- Ağrının karakterini tanımlar (yanma, vb.)





(A) Pamuklu çubuk testi, vestibüldeki her noktada (12, 2, 4, 6, 8 ve 10 saat) yumuşak bir yuvarlanma hareketi kullanılarak gerçekleştirilir. Ağrı; 0 ila 10 sayısal derecelendirme skalası kullanılarak rapor edilir. Vestibüler ağrı bildirildiğinde, (B)% 4 topikal lidokain solüsyonu 3 dakika boyunca uygulanır ve test tekrarlanır.

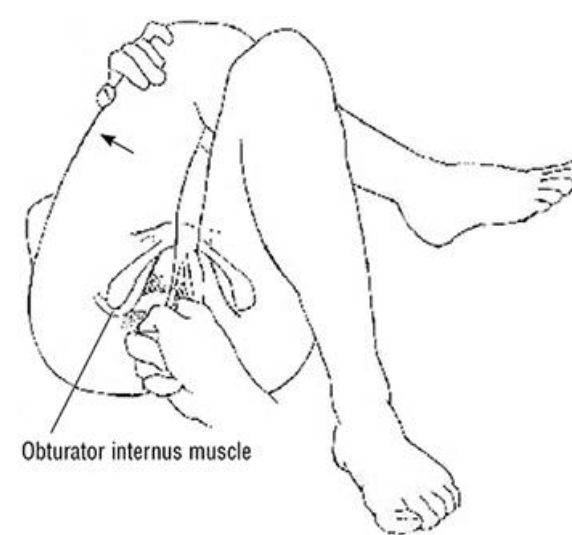
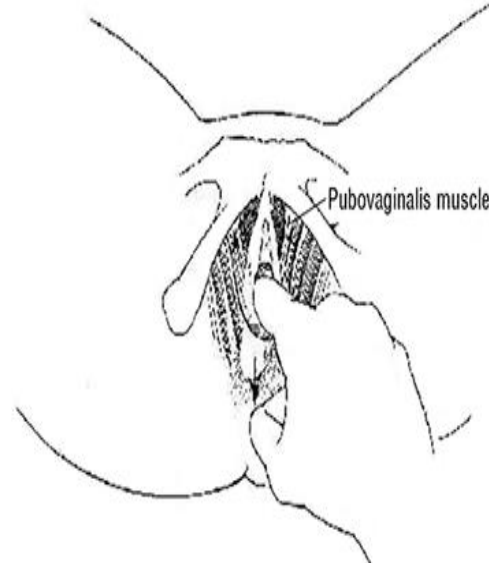
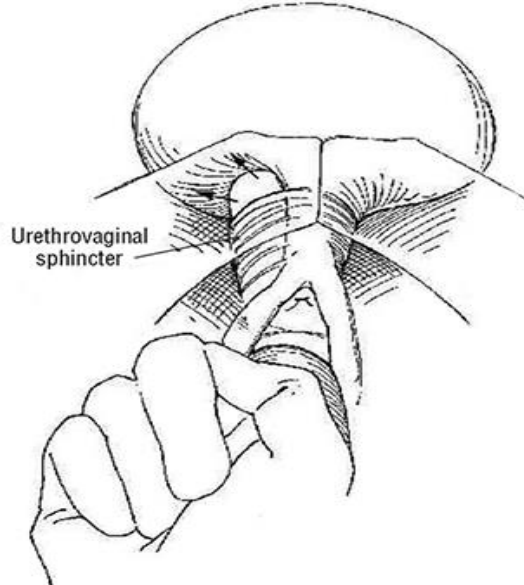
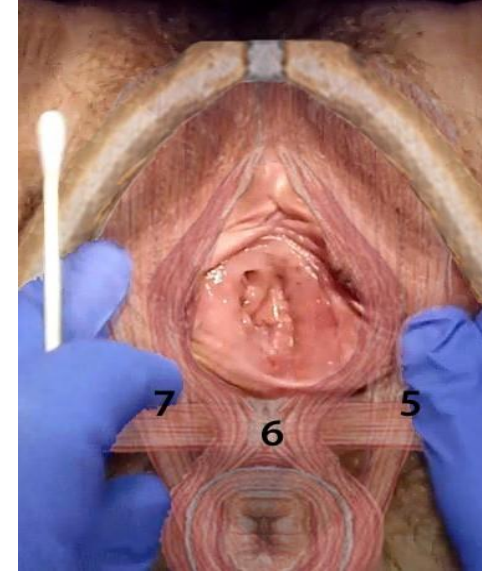
VULVODİNİ DEĞERLENDİRİLMESİ

ADIM 3: NÖRODUYU MUAYENESİ

- Hastanın dış uyluğuna pamuklu çubuğun pamuk ve çubuk kısmı dokundurularak ‘pamuklu’ ve ‘iğneleme’ hissi tanıtılır.
- Duyusal dermatomların herbirine pamuklu çubuk hafifçe dokundurulur
- Duyu not edilir. (ağrı skoru, ağrı karakteri, ve sağ sol arasındaki fark)
- Pamuklu çubuğu kırıp her dermatoma çubuk kısmı bastırılır (1 saniyelik hafif baskı şeklinde)

VULVODİNİ DEĞERLENDİRİLMESİ

ADIM 4: PELVİK TABAN KAS MUAYENESİ



VULVODİNİ DEĞERLENDİRİLMESİ

ADIM 5:Ağrının komorbitileri ve katkı sağlayan faktörlerin değerlendirilmesi

Komorbid ağrı sendromları sıktır, bunlar:

- İnterstisyel Sistit, İrritabl Bağırsak Sendromu, Endometriosis
- Orofasial Ağrı(TMJ), Kronik Baş ağrısı (Migren, Gerilim Tipi)
- Fibromiyalji Kronik Yorgunluk Sendromu

VULVODİNİ DEĞERLENDİRİLMESİ

TARAMA SORULARI

Klinik tanıya götüren 4 soru

- 1) Genital “ağrı” yaşıyor musun?
- 2) Genital bölgedeki yanma 3 aydan fazla sürüyor mu?
- 3) Tampon yerleştirilmesi, cinsel ilişki veya jinekolojik muayene ile 10 veya daha fazla ağrı atağı oluyor mu?
- 4) Temas ile olan ağrı cinsel ilişkiyi sınırlandırıyor/ engelliyor mu?

(Harlow 2009)

LABORATUVAR-HASTA BAŞI TESTLER

Taze preparat,potasyum hidroksit ve vaginal ph uygulaması;

- Bakteriyel vaginosis,kandida,trichomonas gibi enfeksiyöz durumları ya da liken planus,deskuamatif inflamatuvar vaginit gibi inflamatuvar durumları ekarte etmek amacıyla kullanılabilir.
- Normal vajinal pH, 3.5 ila 4.5 arasındadır. pH'ın 4.7'den daha yüksek olması, BV, trichomonas veya inflamatuvar bir durumu düşündürür yada hipoestrojenik durum söz konusudur.
- Vulvodinili hastalar normal pH'a sahiptir.
- Hastaya kandida veya BV tanısı konmuşsa, enfeksiyon iyileştirilmeli ve hasta tedavi sonrası 6-8 hafta içinde tekrar değerlendirilmelidir.

PVD ve GVD'NİN KARŞILAŞTIRILMASI

PVD	GVD
Vagina girişinde lokalize ve dokunma veya penestrasyonla provoke olan ağrı	Yanma,irristasyon şeklinde olan spontan vulvar ağrı
Normal görünümlü vulva(vestibülde eritem olabilir)	Normal görünümlü vulva
Pamuklu çubuk testi vestibul ağrısını anlamlı derecede provoke eder.	Ağrı muayene ile provoke olmaz.Hastalar ağrılı bölgelerini palpasyon sırasında belirtebilir.
Sıvı lidokain ile ağrı iyileşir	Sıvı lidokain ağrıya etki etmez
Normal ph ve wet prep/KOH	Normal ph ve wetprep/KOH

YÖNETİM

Vulvodinin optimal yönetimi alt tiplere göre değişir.

- Vulva sağlığı, psikolojik, fizik ve tıbbi tedaviyi içeren multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir.
- Hastaların iyileşmelerinin yavaş bir süreç olabileceği ve birkaç farklı tedavinin denenebileceği anlatılmalıdır.
- Yeni tedavilere başlamadan önce, vulvar tahriş edici dermatite katkıda bulunabileceği için hastanın tüm topikal vulvar tedavileri durdurulmalıdır.
- Tedavi edilmeyen hastaların %22'sinde 2 yılda ağrının kendiliğinden remisyonu gösterilmiştir.

GENEL PRENSİPLER

- Altta yatan etyolojik sebebin heterojenetisinden dolayı tedaviye cevap, hastalar arasında farklılık gösterir.
- Yararlı tedavi rejimini tanımlamak aylar sürebilir.
- Günümüzde çalışmalar devam etmesine rağmen tedavinin sonuçlarını öngörecekt bilgi çok azdır.

Bireysel, multidisipliner tedavi rejimleri önerilmektedir.

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ MULTİDİSİPLİNER TEDAVİ

FİZİK TEDAVİ

- Musküler gerilim ve spazm düzelir.
- Vajinusmus eşlik ediyorsa daha başarılıdır.
- Tedavi süresi ve sıklığı değişkendir.
- %40-60 oranında ağrı azalır.
- Kegel Egzersizleri
Tüm semptomlarda %50, seksüel fonksiyonda %62, hayat kalitesinde %50 düzelme
- Tetik nokta basınç uygulamaları
- Vajinal dilatasyon
- Terapötik Ultrason
- Mesane, bağırsak egzersizleri

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ MULTİDİSİPLİNER TEDAVİ

PELVİK TABAN KAS TERAPİSİ

Pelvik taban kas terapisi, çeşitli fizik terapi teknikleri, biofeedback egzersizleri, tetik noktası enjeksiyonları , vajinal dilatör kullanımını içermekte olup pelvik taban kası anormalliğı gösteren (ör. kasilma, güçsüzlük, instabilitie) kadınlarda faydalı olduğı görölmüştür.

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ MULTİDİSİPLİNER TEDAVİ

BOTULİNUMUN ETKİNLİĞİ

- Provoke Vulvodinisi olan 20 kadınla yapılan prospektif bir çalışmada hastalara 100 u BTA uygulanmış ve kadınların %80 inde ağrıda iyileşme olduğu, %72 sinde cinsel ilişkiye girebildiği bulunmuştur. (Pelletier)
- Buna karşın,Provoke Vulvodinisi olan 64 kadında yapılan araştırmada 100u BTA uygulanan ve plasebo verilen gruplar arasında ağrı seviyesinde, yaşam kalitesinde ve cinsel fonksiyonları arasında herhangi bir fark bulamamıştır. (Petersen)

Botoks provoke vulvodininin ilk basamak tedavisinde önerilmemektedir.

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ MULTİDİSİPLİNER TEDAVİ PSİKOTERAPİ

- Bilişsel-davranışsal terapi, psikoterapi(bireysel- çift) ve ağrıyı azaltmaya odaklı cinsel terapi , cinsel rehabilitasyon uygulanabilir.
- Stresin ortadan kaldırılması semptomların iyileştirilmesine katkıda bulunabilir.

NÖROSTİMULASYON

- İnatçı hastalarda spinal kord uyarılmasının faydalı olduğu gösterilmiştir.

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ MULTİDİSİPLİNER TEDAVİ

ETKİSİ KANITLANMAMIŞ TEDAVİLER:

- **Diyet düzenlenmesi-** Bazı kadınlarda asidik ve/veya yüksek şekerli yiyeceklerin azaltılması ile semptomlarda rahatlama sağlamıştır.
- **Interferon enjeksiyonları** – İlk çalışmalar umut verici olmasına rağmen, son klinik datalarda çok az veya hiç bir etkinliği olmadığı gösterilmiştir.
- **Topikal kromolin-**İnatçı semptomları olan bayanlarda etkisinin az olduğu raporlanmıştır.

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ MULTİDİSİPLİNER TEDAVİ

ETKİSİ KANITLANMAMIŞ TEDAVİLER:

- **Lökotrin reseptör antagonisti** : PVD olan bayanlarda semptomlarda %50 iyileşme sağladığı gösterilmiştir.
- **Topikal Nitrogliserin**: Ağrı ve disparonide iyileşme olduğu yönünde. Baş ağrısı en önemli yan etkisi
- **Topikal Kapsaisin**: İlk raporlar ağrı ve disparonide iyileşme olduğu yönünde
- **Enoksaparin enjeksiyonları** : Vestibuler hassasiyet ve disparonide etkili deniyor.
- **YAG Lazer Terapi**: İlk çalışmalar disparonide azalma ve cinsel tatminde artış olduğunu göstermiştir.

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ MULTİDİSİPLİNER TEDAVİ

ETKİSİ KANITLANMAMIŞ TEDAVİLER:

- **Fotodinamik terapi** – İlk raporlar tüm semptomlarda azalma yönünde ama cinsel ilişkiyle alakalı ağrıda herhangi bir iyileşme gösterilememiştir.
- **Transkutan sinir uyarımı**– Vulvar ağrı, cinsel ilişkiye bağlı ağrı ve cinsel fonksiyonlarda iyileşme yönünde görüşler vardır.

VULVA BAKIM ÖNERİLERİ

- İrritanlardan sakınılması
- Pamuklu iç çamaşırı kullanımı
- Suyla yıkama ve kurulama
- Badem yağı ve zeytinyağı
- Cinsel ilişkide kayganlaştırıcı kullanımı
- Akut ağrılı durumda buz uygulaması
- Geceleri iç çamaşır giyilmemesi, sıkı giysilerden kaçınılması.

VULVAR İRRİTANLAR

- **Vücut sıvıları :** Ter, vajinal sekresyon, idrar, semen
- **Hijyenik sıvılar:** Sabun, duş yağları, köpükler, parfüm, depilatör kremler, sentetik pedler
- **İlaçlar:** dezenfektanlar, kremli prezervatifler , (antifungal, anestetikler, antibakteriyel pomadlar)
- **Lubrikan ve Kontraseptifler:** Spermisid, kondom, diyafram
- **Fiziksel uyarılar:** Sentetik pedler, tamponlar, dar çamaşır, sentetik iç çamaşırı, tuvalet kağıdı, bisiklete ve ata binme.

DİYET

- Oksalat, besinlerin yıkım ürünü olup idrarla atılır
(ıspanak, pancar, yerfıstığı, çay, buğday kepeği, çikolata)
- Kristallerinin vulva ile teması yanma, irritasyon yapar.
- Düşük oksalat + Kalsiyum sitrat tedavide denenebilir.
 - Kalsiyum sitrat (1200 mg/gün) oksalat etkisini azaltır, hyaluronidazı inhibe eder.
 - Etkisi ?

MEDİKAL TEDAVİ

LOKAL TEDAVİ

- 1)Antinosiseptif ajanlar (lidokain, kapsaisin ve botulinum gibi anestezipler)
- 2)Anti-inflamatuar ajanlar (kortikosteroidler, interferon, kromolin ve lisat)
- 3)Bileşik nöromodülatörler veya kombinasyonlar (trisiklik antidepresanlar, gabapentin ve baklofen)

MEDİKAL TEDAVİ

- Topikal ajanların klinik çalışmaları sınırlıdır ve uzun süreli etkinlik gösterilememiştir.
- Kortikosteroidler ve interferon kullanımını desteklemek için çok sınırlı veri mevcuttur ve önerilmemektedir.
- OKS kullanan PVD'li kadınlarda hormonal topikal tedavinin (% 0,01 östradiol ve % 0,1 testosteron) ağrıyı önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir ancak veriler şu an için yetersizdir.

MEDİKAL TEDAVİ

- Lidokain gibi topikal anestetik kullanımı, hastayı geçici olarak rahatlatabilir.
- PVD'li hastalar için, lidokain ağrılı tüm alanlara uygulanabilir.
- Pek çok hasta lidokaini cinsel ilişki öncesinde veya sonrasında, egzersiz yaparken ya da artan bir ağrı yaşadıkça uygulabilir.

MEDİKAL TEDAVİ

- Tercih edilen formülasyonlar,% 4'lük visköz lidokain sol.
% 5 lidokain merhemi
% 2 lidokain jeldir.
- Sadece ağrılı bölgeyi (vestibül) örtmek için uygun miktar kullanmaya özen gösterilmelidir.
- Maksimum tavsiye edilen miktar,her 3 saatte bir 4.5mg / kg'dır.

PVD'nin tedavisinde yaygın olarak kullanılan topikal ilaçlar

İSİM	ETKİ
Lidokain %5(krem veya merhem)	RKÇ plaseboda üstünlük net değil Tanımlayıcı Çalışma:Ağrı ve ilişkisi sıklığında iyileşme
Gabapentin	RKÇ(-),Ağrı Düzeltme,İlişli sıklığında artma
Amitriptilin %2 veya Baklofen %2(krem)	RKÇ(-),Ağrı iyileşme
Östrojen %0.01ve/veya Testosteron%0.05(krem)	RKÇ(-),Ağrı anlamlı düşüş
Kapsaisin %0.025-%0.05(krem)	RKÇ(-),Ağrı azalma

MEDİKAL TEDAVİ

ORAL TEDAVİ

Bu ilaçların vulvodinide kullanımı, diğer kronik nöropatik ağrı durumlarında (örn., Fibromiyalji) başarılı bir şekilde kullanılmalarına dayanmaktadır.

- 1)TCA(amitriptilin, nortriptilin ve desipramin)
- 2)Serotonin veya norepinefrin geri alım inhibitörleri(duloksetin)
- 3)Antikonvülzanlar (Gabapentin, pregabalin)

Yan etkilere ve potansiyel ilaç etkileşimlerine dikkat etmeli.

GVD tedavisinde yaygın olarak kullanılan ilaçlar

İSİM	DOZAJ	TİTRASYON
TCA: Amitriptilin Nortriptilin Desipramin	10-100mg/d (ortalama 50-75mg/d)	10-25mg ile başlangıç, haftalık 10-25mg artışlarla max doza ulaşılabilir.
Duloksetin	20-60mg/d	20mg ile başlangıç, Haftalık 20mg artışlarla max doza ulaşılabilir.
Gabapentin	100-3600mg/d (bölünmüş 3 doz şeklinde)	100mg ile başlangıç, 5-7 günlük aralıklarla 100mg artırılabilir(iyi tolere edilebilirse)
Pregabalin	150-300mg/d (bölünmüş 2-3 doz şeklinde)	150mg ile başlangıç 1hafta sonra 300mg'a çıkılabilir(iyi tolere edilebilirse)

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ MULTİDİSİPLİNER TEDAVİ

CERRAHİ

- Cerrahi tedavi % 60 ile % 100 başarı oranları ile en etkili terapidir.
- Vulvar vestibülektomi ilk 1981'de Woodruff tanımlamıştır.
- Prosedürünün basamakları; perineal deri, posterior vulvar vestibül ve posterior hymenal ringin semisirküler segmentinin çıkarılmasıdır. Vajinal mukoza 3 cm kaldırılır ve perineye yakınlaştırılır.
- Komplet vestibülektomi, üretraya bitişik kısım da dahil olmak üzere tüm vestibüler mukozanın çıkarılmasını içerir.
- Prosedürün modifikasyonları, eksizyonun muayene sırasında sadece ağrılı olan mukoza ile sınırlandırılması şeklinde olabilir.

PVD'NİN CERRAHİ TEDAVİSİ

- Esas olarak ameliyat lidokainin vestibüle uygulanmasıyla ağrısı giderilen veya önemli derecede iyileşen hastalar için önerilir.
- Cerrahinin etkisinin, psikoterapi cinsel terapi ve pelvik fizik tedavi ile birlikte uygulandığında daha iyi olduğu gözlemlenmiştir.
- Cerrahi tedavi, GVD için etkili değildir.

CERRAHİ TEDAVİ

Fokal eksizyon

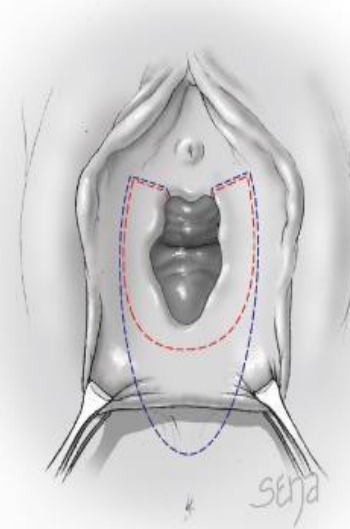
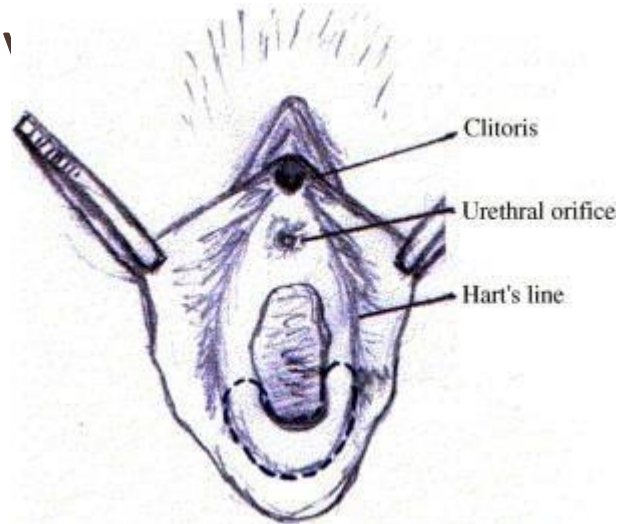
Vestibuloplasti (denervasyon)

Vestibulektomi (%70-95 başarı)

Perineoplasti (%61-83 başarı)

Lazer (CO2/Nd:YAG)

(%62 tam, %92 parsiyel)



Source: Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham FG: *Williams Gynecology*; <http://www.accessmedicine.com>. Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

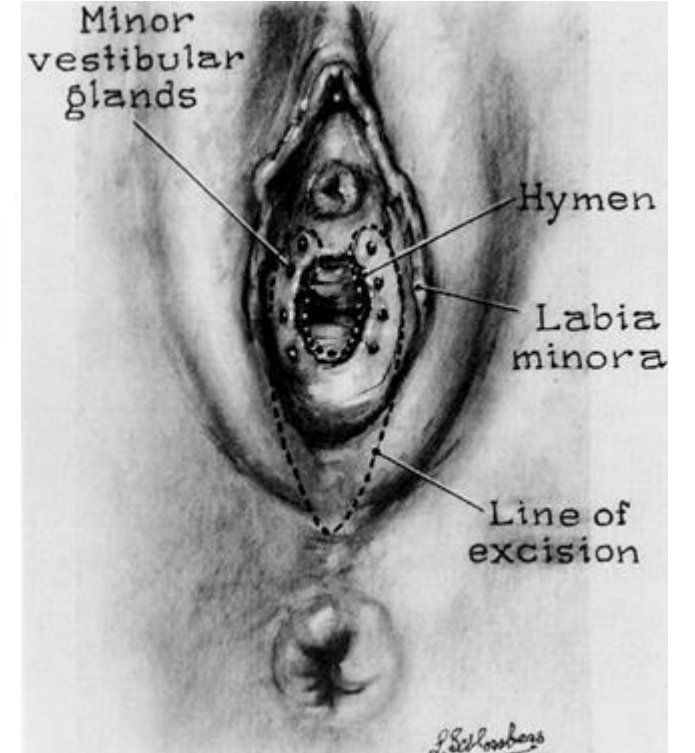
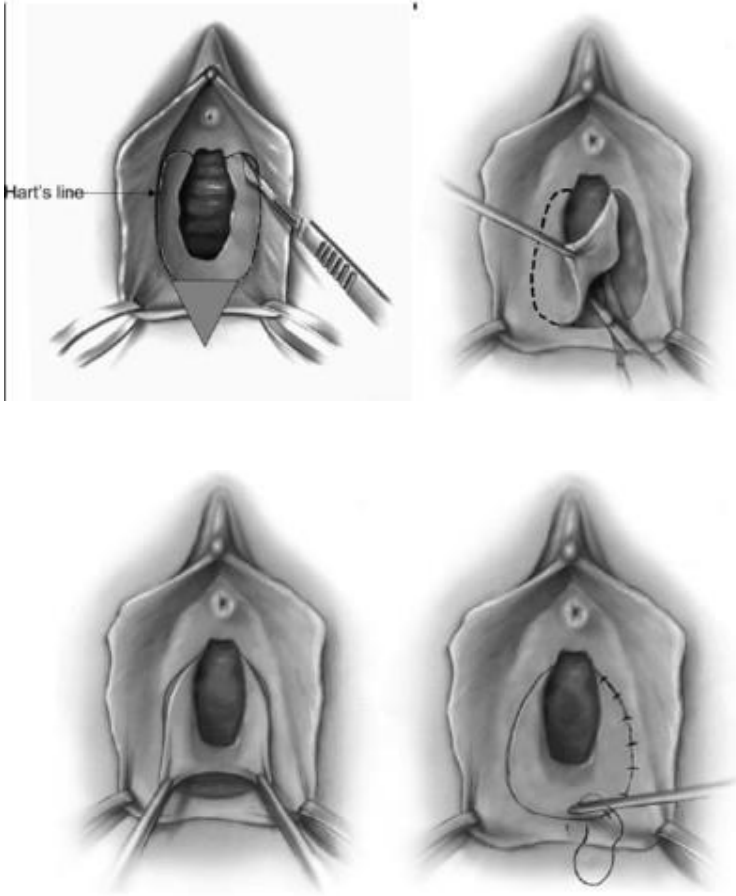


Fig. Vestibulectomy. After full-thickness removal of the skin including the adjacent hymen, the posterior vaginal wall is mobilized to cover the defect.

PVD'li bir hastada vestibülektomi sırasında ağırlı vestibüler bölgelerin haritalandırılması. (A) Hart Çizgisi ile himenal sırt arasındaki posterior vestibüldeki ağrı bölgesi. (B) Anterior vestibüldeki eksizyon için doku adaları, (hastanın en ağırlı olarak belirttiği). (C) Son cerrahi sonuç.



ÖZET

- Vulvodini, psikolojik ve seksüel sorunları da içeren vulvada ağrı/yanma ile karakterize kompleks bir bozukluktur.
- Lokal nöronal proliferasyona neden olabilecek enfeksiyöz, inflamatuvar, genetik, psikolojik ve psikoseksüel çok sayıda mekanizma, vulvar ağrı sendromuna yol açabilir.
- Vulvodini bir “dışlama” tanısıdır. Çok iyi bir anamnez ve fizik muayene esastır.
- Q-tip test halen en yararlı muayene aracıdır.

ÖZET

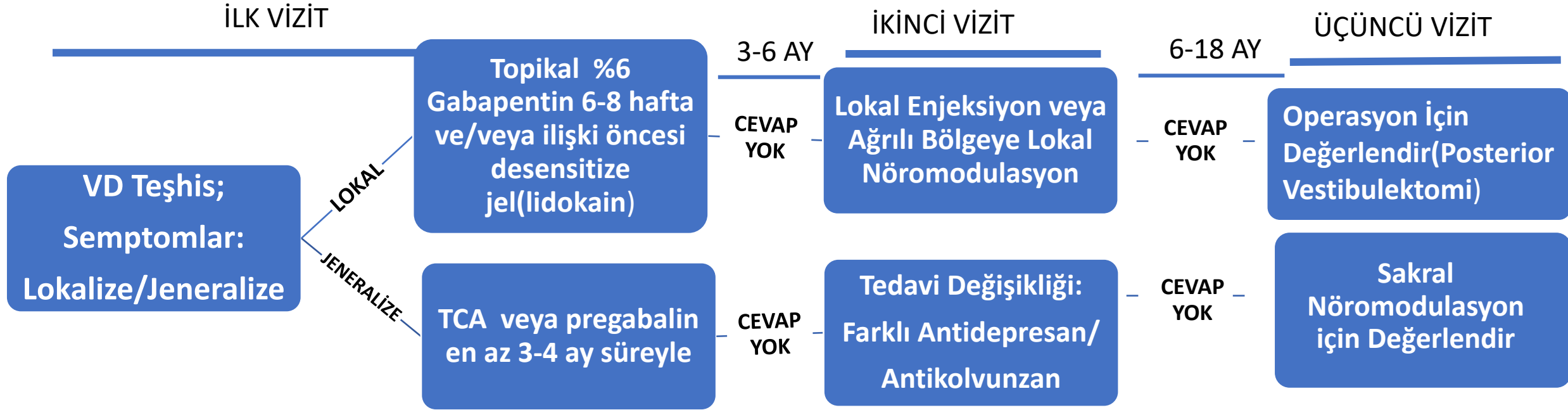
- Vulvar biopsi ve kolposkopi tanıya yardımcı olmaz, ancak diğer tanıları dışlamaya yardımcı olabilir.
- Tam bir spesifik tedavisi halen yoktur.
- Vestibulektomi, vestibulodini için mevcut en etkin tedavi seçeneğidir.
- Topikal lidokain ve lokal enjeksiyonlar, tatminkar sonuçlar vermektedir.
- Biofeedback ve kognitif davranış tedavileri, umut veren noninvaziv yöntemlerdir.

TEŞEKKÜRLER....

VULVODİNİ BİR “DIŞLAMA” TANISIDIR



VULVODİNİ'DE TEDAVİ YAKLAŞIMI 2017



Vuvodini tedavi protokolü 2009 yılından itibaren uygulanmaktadır. Her hasta için VD tedavisi bireyselleştirilir; farklı tedavi protokolleri farklı kombinasyonlarla uygulanabilir. Ayrıca hastalara VD hakkında; kişisel hijyen hakkında (sıkı elbiseler giyilmemesi, sabun kullanılmaması), hormonal kontrasepsiyonun kesilmesi hakkında bilgilendirme yapılır. İlk vizitten sonra hasta fizyoterapi ve/veya sexual danışmanlığa yönlendirilir. Medikal tedaviler veya diğer terapiler üst üste gelebilir ve aynı anda verilebilir. 2) Hastalarda ağrıda kayda değer iyileşme gözlenirse fizyoterapi ve sexual danışmanlığa devam etme konusunda cesaretlendirilmelidir. 3) Lokal enjeksiyonlar ve topikal nöromodulasyon her 3-4 haftada bir 1-3 kez sıklıkla uygulanabilir. Laser terapisi diğer tedavi modalitelerinin yerini çoktan almış bulunmaktadır.