

Behandlingsrekommendation

Behandling av vulvovaginit

Bakgrund

Fysiologi

Den naturliga miljön i vagina hos den fertila kvinnan (ytor, fuktning, lokalt immunförsvar, pH) utgör sammantaget ett skydd mot infektion.

Ytor

Hudytan i stora delar av vulva utgörs av keratiniserat skivepitel och ytan i vestibulum och vagina av icke keratiniserat skivepitel. I cervix, vestibulära körtlar och delvis i uretra utgörs ytan av cylinderepitel. Skivepitelet i vagina hos kvinnor i fertil ålder är flerskiktat i motsats till det tunna vaginalpitelet hos prepubertala flickor och det atrofiska epitelet hos postmenopausala kvinnor utan östrogensubstitution.

Fuktning

Fuktning av slemhinnorna sker genom transudation genom epitelet och sekretion från cylinderepitelet.

Lokalt immunförsvar

Utgörs bl a av bildning av immunglobulin A, lysozymer, transferrin och komplement samt T- och B-celler i epitelet.

pH

I fertil ålder stimulerar östrogen till glykogeninlagring i epitelet som efterhand stöts av. Glykogen metaboliseras av lactobaciller till sura produkter som åstadkommer den sura miljön med pH cirka 4. Den är en ospecifik skyddsmekanism mot kolonisering av patogener. Före menarche, vid östrogenbrist i vuxen ålder och hos den äldre icke östrogensubstituerade kvinnan är miljön neutral i vagina.

Mikrobiologi

Mikrofloran i vagina hos friska kvinnor i fertil ålder eller vid östrogensubstitution domineras av olika arter av laktobaciller.

Dessutom förekommer många olika bakterier i små mängder liksom svamp och virus.

Vulvafloran hos postmenopausala kvinnor utan östrogensubstitution liksom hos den prepubertala flickan domineras av tarm- och hudbakterier.

Klassificering av mikrobiella störningar i nedre genitalia

- Infektion av skivepitelet (vulvit, vaginit)
- Rubbningar av den normala vaginala floran (till exempel vaginos)
- Infektion av cylinderepitelet (till exempel cervicit, uretrit). Dessa tillstånd tas inte upp i denna rekommendation.

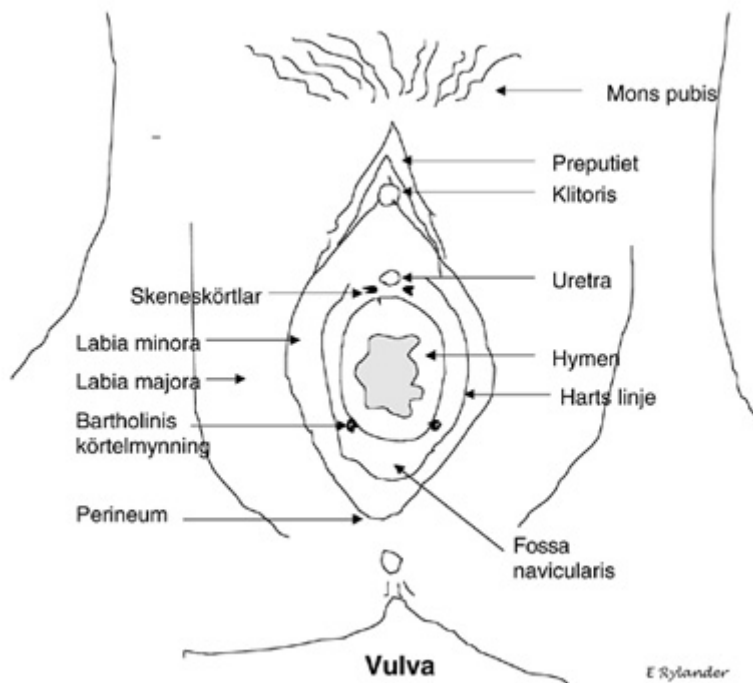
Allmänt om diagnostik

- Utredning och behandling av sjukdomar i vulva och vagina är en angelägenhet för läkare.
- Kvinnor med besvär från vulva och vagina bör undersökas vid akuta besvär, vilket är enda möjligheten att ställa rätt diagnos.
- Behandling för vulvovaginala besvär skall som regel inte insättas om inte specifik diagnos föreligger.

Anamnesen är mycket viktig eftersom symtombilden ger en god fingervisning om vilket problem som är aktuellt (Faktaruta 1). Den bör även omfatta sexualanamnes och frågor om symptom hos partnern.

Undersökningen bör omfatta inspektion av vulva och vagina och bedömning av bäckenbotten samt allmänt hudstatus vid misstanke om dermatoser. Patologiska hud- och slemhinneförändringar i vulva kan lämpligen noteras på en mall (se exempel i figur).

Figur.



Faktaruta 1. Symtom vid vulvovaginala tillstånd / Undersökning

Faktaruta 1. Symtom vid vulvovaginala tillstånd / Undersökning

Symtom	Candi- diasis	BV	Tricho- monas	Herpes	Kondy- lom	Dermatos	Klamydia*	Vestibulit	Vaginism	Dysestesisk vulvodyni	Atrofisk vaginit
Blödning	-	-/+	+/-	-	-/+	-	+/-	-	-	-	+
Sveda/ Smärta	+	-/+	+/-	+	+/-	+	-	+	+	+	+
Klåda	+	-	+	+	+	+	-	-	-	-	+
Flytning	+/-	+	+	-	-	-	+/-	-	-	-	+/-
Lukt	-	Fisk	Fisk	-	-	-	-	-	-	-	-
Sprickor	+	-	-	+/-	+	+	-	-	-	-	-
Torrhet	+	-	-	+/-	+	+	-	-	-	-	+
Dysuri	-	-	+	-/+	-	-	+	-/+	-	-	+
Dyspareuni	+	-	-	+	+/-	+/-	-	+	+	-	+

*) Tillståndet berörs ej i dokumentet för övrigt

Följande moment är basala:

Vulva:

- Inspektion
- Riktad biopsi (dermatoser, maligna tillstånd)

Vagina:

- Inspektion
- Sniffstest
- pH
- Mikroskopisk undersökning av slidsekretet, s k wet-smear eller våtutstryk för bedömning av till exempel bakterietyper, candida, clueceller, trichomonas
- Riktad biopsi
- Bedömning av tonus i bäckenbottenmuskulaturen

Riktade mikrobiologiska undersökningar avseende till exempel klamydia, gonorré, herpes och trichomonas kan vara indicerade vid sjukdomar både i vulva och vagina.

Bakteriell vaginos (BV)

Anamnes/klinik

Bakteriell vaginos är ett syndrom som kännetecknas av att den normalt ganska sparsamma lactobacillfloran är ersatt av en mycket riklig överväxt av anareoba korta bakterier. Orsaken är oklar. Teorierna sträcker sig från en "ekologisk" störning till en utifrån kommande infektion. Typiskt märks illaluktande flytning, mest i samband med menstruation och samlag, men frånvaro av symtom är vanligt. Diagnosen ställs med hjälp av kliniska objektiva kriterier. En del kvinnor uppfyller bara delar av dessa kliniska kriterier och det kan vara svårt att alltid avgöra om de har eller inte har BV. Hur man frågar kvinnan om symtom spelar också en mycket stor roll.

Undersökningsfynd

Flytningen är illaluktande, tunn, homogen, ibland luftskummig men inte speciellt rikligt. Slemhinnorna är oretade och pH är över 4,5. Vid mikroskopi ses en dominans av små bakterier som ofta vidhäftar på epitelceller (glueceller). Allmän odling är ej en del av diagnostiken.

Differentialdiagnoser: andra orsaker till flytning såsom främmande kropp, cervixcancer, atrofisk vaginit eller trichomonas.

Behandling

Det är oklart om asymtomatiska kvinnor ska screenas och behandlas. Symtomgivande BV behandlas med oralt metronidazol 400-500 mg tabletter två gånger dagligen i sju dagar eller

klindamycin 2% vaginalkräm, en dosspruta (5 g) till natten i sju dagar. Utläkningen efter en vecka är hög men efter en månad (efter nästa mens) är den inte bättre än 60-70%. Det finns ingen evidensbaserad kunskap att stödja sig på när man vill förbättra utläkningen, men tills vidare rekommenderas att ge upprepade behandling. Partnerbehandling rekommenderas inte.

Utförda studier med laktobakterier respektive surgörande gel har ej visat någon effekt. Ej heller har säkerheten tillfredställande dokumenterats vid användning av laktobakterier.

Profylax inför kirurgiska ingrepp

Inför hysterectomi, sectio och legal abort bör profylax ges vid förekomst av BV.

Graviditet

Epidemiologiska data talar för en dubblerad risk för för tidig förlossning vid samtidig BV. Resultaten från behandlingsstudier är motstridiga. Studier finns som visar att behandling av BV reducerar denna risk, men andra studier har ej kunnat visa detta.

Jästsvamp

Vulvovaginal jästsvampinfektion är en vanlig orsak till genital klåda och sveda. Särskilt den recidiverande formen av svampinfektion ökar. För säker diagnos är det väsentligt att patienten undersöks i akut skede. Diagnostiska kriterier är inflammation i slemhinnor/hud förutom att jästsvampen måste påvisas, oftast med mikroskopi. Vulvovaginal jästsvampinfektion ska handläggas av läkare. Egenbehandling med receptfria medel bör inte ske mer än vid två tillfällen. Vid ytterligare recidiv eller behandling utan effekt bör kvinnan uppmanas att söka läkare för noggrann diagnostik.

Akut candidainfektion

Anamnes/klinik

Snabbt insjuknande med intensiv klåda.

Undersökningsfynd

Inflammerade glansiga slemhinnor och ibland inflammation i huden. Förändringarna är alltid symmetriska. Ibland ses en kesoartad flytning. Jästsvampen påvisas vid direktmikroskopi av wet-smear, spätt med natriumklorid eller kaliumhydroxid 10%.

Differentialdiagnos: akut trichomonasinfektion.

Behandling

Rekommenderad behandling är klotrimazol- eller ekonazolvagitorium, gärna i depåberedning för högre compliance, eventuellt kombinerad med kräm. Utläkningen är hög. Patienten ska bli besvärsfri inom fyra dagar. Recidiv förekommer och då rekommenderas upprepade behandling. Systembehandling är onödig. Behandling av besvärsfri partner behövs ej.

Gravida

Candidainfektion är mycket vanligt under graviditet. Endast symtomgivande infektion behöver behandlas.

Kronisk candidainfektion

Anamnes/klinik

Definieras som mer än fyra skov per år, vilka bör diagnostiseras av läkare. Tillståndet är typiskt menstruationcykelberoende på så sätt att symtomen ofta accentueras premenstruellt. Jämfört med den akuta infektionen är symtomen lindrigare. De består av klåda eller sveda. Samlag kan ge upphov till sveda, som ofta kvarstår timmar till dagar efter.

Undersökningsfynd

Inflammatoriska, ofta svullna slemhinnor och rodnad, glansig hud fast vanligen mindre uttalat än vid akut tillstånd. Slemhinnesprickor är vanliga. Jästsvampen kan vara svår att påvisa i wet-smear. Specifik odling är ofta nödvändig. Flytningen kan vara allt från typisk kesoartad till normal.

Differentialdiagnoser: recidiverande herpes, eksem, lichen sclerosus, överkänslighet mot tidigare behandling, erosiv lichen ruber, papillomvirusinfektion, vulvavestibulit och vaginism.

Behandling

Lokalbehandling behövs ej. Peroralt flukonazol 150 mg 1 tablett var fjortonde dag i tre till sex månader. Kontrollera behandlingseffekten efter första dosen. Patienten skall vara besvärsfri under behandlingen, men recidiv förekommer. Alternativt kan fluconazol ges dagligen i dosen 50 mg under en till flera månader. Partnerbehandling är ej aktuell.

Om besvären återkommer eller förvärras under behandlingen rekommenderas odling. Vid negativ odling förekommer sannolikt en allergisk reaktion. I så fall kan antihistaminbehandling prövas. Diagnosen bör också omprövas och patienten eventuellt remitteras till specialist.

Risk för resistensutveckling i samband med långvarig behandling med azoler har på senare tid uppmärksamats. För närvarande är dock de flesta candidaisolat även från patienter med recidiverande candidavaginit känsliga *in vitro*. Odling och artbestämning rekommenderas dock för att följa epidemiologi och för att påvisa arter som ofta uppvisar nedsatt känslighet eller primär resistens för perorala triazoler (*C. glabrata*, *C. krusei*, *Saccaromyces cerviciae*).

Icke rekommenderad behandling

Tea tree oil är ej godkänt för vaginal behandling i Sverige. Stor sensibiliseringsrisk föreligger. Utförda studier med laktobakterier respektive surgörande gel har ej visat någon effekt. Ej heller har säkerheten tillfredställande dokumenterats vid användning av laktobakterier. Förändring av kosten i något avseende har ingen klarlagd effekt.

Man kan söka efter predisponerande faktorer t ex spiral, p-piller eller antibiotikaanvändning, även om sanerande åtgärder ej har påtagliga effekter. Vid dåligt inställd diabetes och candida är det diabetessjukdomen som ska åtgärdas i första hand.

Mycoplasma

Anamnes/klinik

Förekomst av mycoplasma kan ingå som en del av BV syndromet, men den kliniska relevansen av mycoplasma är oklar.

Trichomonas

Anamnes/klinik

Trichomonasinfektion är idag en ovanlig infektion i Norden men förekommer ofta i andra delar av världen. Asymtomatiskt bärarskap kan förmodligen förekomma under flera år. Trichomonasinfektion är en STD och betraktas också som en markör för andra sexuellt överförbara sjukdomar.

Symtom kan helt saknas eller utgöras av klåda, sveda, rikliga missfärgade illaluktande flytningar, sveda och låga buksmärtor beroende på kraftig cervicit.

Undersökningsfynd

Typiska fynd vid symtomgivande infektion är inflammerade slemhinnor och ökad skummig, fiskluktande flytning. Vid svår infektion även petekiala blödningar i slemhinnorna.

Diagnostiken ställs i första hand med mikroskopi men odling är möjlig med speciellt medium. Vid mikroskopisk undersökning av färskt wet-smear ses de typiskt rörliga trichomonaderna med storlek ungefär som en vit blodkropp.

Differentialdiagnoser: candida, bakteriell vaginos, cervixcancer och främmande kropp.

Behandling

Peroral metronidazol eller tinidazol 2 g som engångsdos rekommenderas. Partnerbehandling rekommenderas bland annat för att förhindra återsmitta. Andra möjliga STD hos såväl kvinnan som mannen bör uppmärksammas. Utläkning sker i 80% av fallen. Resistens förekommer, men någon annan effektiv behandling finns ej. Vid recidiv rekommenderas i första hand samma behandling. Tänk på möjligheten av reinfektion.

Betydelsen av behandling av asymtomatisk infektion är okänd.

Smittsamhet

Smittsamheten är sannolikt hög.

Gravida

En gravid kvinna med symtom behandlas på samma sätt som ovan beskrivet. Det har tidigare funnits en oro för att ge gravida kvinnor imidazoler. Under första trimestern behandlas först efter särskilt övervägande.

Vulvovaginala sår

Ytliga sår i vulva, det vill säga fissurer och erosioner, är vanliga fynd hos kvinnor som söker läkare på grund av genitala besvär. Djupa sår i vulva, ulcerationer, är ovanligare och vaginala sår är sällsynta. Den vanligaste infektionen som ger genitala sår är genital herpes, men sårbildning kan också uppträda sekundärt till en infektion eller ekologisk störning av vaginalfloran med fluor. En bedömning av eventuell vaginal/cervical/urethral infektion är därför en nödvändig förutsättning för diagnos av epitelskador i vulva.

Herpes simplex-infektioner (HSV)

Genital herpes kan orsakas av såväl HSV-1 som HSV-2. En förstagångsinfektion av genital herpes med HSV-2 kan vara primär (inga antikroppar finns mot HSV-1), eller icke-primär, det vill säga modifierad av HSV-1-antikroppar. Seroprevalensen för HSV-2 är i vuxen skandinavisk population 15-35%.

De flesta som smittas har inga genitala symptom. Av patienter med HSV-2-antikroppar har 20% klassiska symptom, 60% atypiska symptom och 20% är helt asymtomatiska.

Anamnes/klinik

Genital herpes ger mycket skiftande symptom och kliniska fynd. Det "klassiska" insjuknandet i genital primärinfektion är dock lätt att känna igen. På rodnad botten i vulva ses grupperade tunnväggiga blåsor, vilka snabbt brister och efterlämnar ytliga erosioner. Tillståndet är mycket smärtsamt, ger fluor, dysuri och svullna lymfkörtlar i ljumskarna. Spekulumundersökning är då inte möjlig. (Angeläget blir att senare kontrollera för annan STD). Feber, myalgi och neuropati med urinretention och meningit kan förekomma och kräva sjukhusvård.

HSV-2 recidiverar oftare än HSV-1, tre till fyra gånger under första året jämfört med en till två gånger. Vid recidiv förekommer ofta prodromalsymtom i form av stickningar eller andra parestesier någon tid före utbrott.

Undersökningsfynd

Kliniskt ses en eller flera avgränsade grupper av erosioner (vesiklerna spricker vanligen snabbt). Utslaget kan vara mycket diskret och snabbt övergående.

Enbart klinisk diagnos är ej tillräcklig, utan virusdetektion och typning bör utföras.

Typspecifika serologiska testmetoder föreligger numera. Serologisk undersökning kan användas vid utredning av recidiverande herpessuspekta besvär där agens ej kunnat påvisas. Falskt negativ herpesserologi är beskriven. Kontakt med eget laboratorium rekommenderas.

Behandling

Anfallsbehandling – behandling av symptomgivande förstagångsinfektion minskar besvär, påskyndar läkning, förkortar tiden för virusutsöndring och bör erbjudas alla patienter. Anfallsbehandling kan också erbjudas patienter med besvärande och/eller täta recidiv, se Tabell I. Anfallsbehandling är rekommenderad under fem dagar, men kan förlängas till tio. Recept för fem dagars behandling kan itereras, vilket är aktuellt vid behandling av recidiv.

Lokalbehandling med antivirala läkemedel har, förutom kräm Zovirax 5% (finns i Norge men ej i Sverige), ingen plats i behandlingen av genital herpes.

Tabell I.

Substans	Preparatnamn
Aciklovir	Aciclovir NM Pharma
	Aciclovir Faulding
	Aciclovir Ranbaxy
	Aciklovir Cross Pharma
	Aciklovir Ratiopharm
	Acyclovir Alharma
	Geavir
	Zovirax
Famciklovir	Famvir
Penciklovir	Vectavir
Valaciklovir	Valtrex
Foscarnet	Foscavir

Färre doseringstillfällen kan uppväga det något högre priset på valaciclovir.

Suppressionsbehandling

Patienter med täta skov eller med speciella behov bör erbjudas suppressionsbehandling.

Daglig antiviral behandling reducerar antalet recidiv med 80%, och den asymtomatiska virusutsöndringen med 95%. I vilken omfattning detta innebär minskad partnersmitta – och sänkt prevalens – är föremål för kliniska undersökningar. Behandlingstidens längd utformas i samråd med patienten. Ställningstagande till avbrytande bör ske var 6-12 månad, för värdering av eventuella recidiv. I Norge krävs ansökan till Trygdekontoret, gjord av specialist i dermatovenereologi eller gynekologi för förskrivning av suppressionsbehandling på blått recept.

Smitta och smittskydd

Herpes kan smitta vid smeksex, samlag och munsex. Majoriteten smittas av asymtomatisk partner. Kondom ger ofullständigt skydd. Återbesök för uppföljande information är angelägen. Rådgivning bör erbjudas både patient och partner.

Gravida (taget från workshop Farmakoterapi vid herpes simplex, varicella och herpes Zosterinfektioner nr 1998: 3)

Epidemiologi

I Skandinavien är 25-30% av gravida seropositiva för HSV-2. Smittorisken från mor till barn hos HSV-2-seropositiva gravida är mycket låg (<1:5 000) liksom hos kvinnor med känd recidiverande herpes genitalis. Pågående primär herpes ger betydligt större smittrisk (30-50%) än pågående recidiverande herpes genitalis (<1-4%).

Diagnostik

Prover för odling av virus och för typspecifik serologisk undersökning tas vid primär klinisk herpes genitalis hos gravida kvinnor. Befarad primär herpes genitalis kan visa sig vara ett recidiv efter tidigare icke upptäckt utbrott. Om antikroppar kan påvisas mot den isolerade HSV-typen är det ett recidiv av herpes, om sådan antikroppsverksamhet saknas är det en primärinfektion av aktuell typ av herpes och relativt hög risk för smitta av barnet.

Behandling

Primär herpes genitalis före 35:e graviditetsveckan

Under första trimestern av graviditeten behandlas den gravida endast vid allvarlig herpes genitalis och då med aciklovir. Dessutom ges aciklovirprofylax (200 mg x 5 eller 400 mg x 3 peroralt) från tio dagar före beräknad partus fram till födseln. Kvinnan bör föda på ett sjukhus som har neonatalavdelning. Om det inte finns tecken till utbrott vid partus kan kvinnan förlösas vaginalt. Odling tas från kvinnan (cervix och utbrottsstället) och barnet övervakas särskilt vid positiv odling.

Primär herpes genitalis från och med 35:e graviditetsveckan

Aciklovirbehandling ges fram till partus (400 mg x 4 i en vecka, därefter 400 mg x 3 peroralt) Kvinnan förlöses med kejsarsnitt.

Recidiverande herpes genitalis hos modern

Det föreligger ingen indikation för odling avseende herpesvirus under graviditet. Odling vid recidiverande herpes genitalis ger ingen information om smittrisken vid partus.

Profylaktisk oral aciklovirbehandling (200 mg x 4 eller 400 mg x 3 från cirka tio dagar före beräknad födelse tills förlossningen är överstånden) kan övervägas till gravida med virusverifierad herpes vid

- flera utbrott vid slutet av graviditeten
- stor oro för smitta till barnet
- tidigare långvarig eller komplicerad förlossning.

Hos kvinnor som haft herpes genitalis undersöks förlossningskanalen före partus. Atypiska sår och sprickor i vulva kan förorsakas av herpesvirus. Vid osäkerhet tas prover för odling eller för immunofluorescens, IF, vilket medger snabbsvar. Säkert herpesutbrott i själva födelsekanalen är indikation för kejsarsnitt även vid recidiverande herpes genitalis, fast det kan vara mycket svårt att se dessa blåsor på grund av att de brister redan efter några timmar. I övrigt kan förlossning ske vaginalt.

Syfilis

Syfilis är en sexuellt överförbar infektion orsakad av en spirochet, *Treponema pallidum*. Syfilis förekommer numera med enstaka fall årligen i Sverige och Norge, dock med en ökning i Norge under det allra senaste året.

Klinik

Syfilis indelas i primär, sekundär och tertiär infektion. Primärinfektion ger en eller flera ulcerationer i vulva, den så kallade primära schankern. Från ett lokaliserat erytem med papel bildas ett sår som är cm-stort, med fuktande och djup sårbottnen och vallartad kant. Såret/såren är inte smärtande om inte utpräglad sekundär bakterieinfektion föreligger. Regionala förstörade oömma lymfkörtlar är vanligt. Primärlesionen kan också föreligga intravaginalt eller extragenitalt, till exempel i munhålan efter oro-genital kontakt.

Inkubationstiden för syfilis är 10-90 dagar, men sårbildning kan ske redan efter två till tre veckor. Obehandlad kvarstår primärinfektionen i tre till åtta veckor. Majoriteten av infektionerna läker ut men kan progrediera hos en mindre grupp till ett sekundärt och tertiärt stadium. Misstänkt syfilis är fall för venereologspecialist, som utför mörkfältsmikroskopi. Patienten skall remitteras utan att antibiotika givits systemiskt eller lokalt. Serologisk provtagning skall ske vid misstanke, och kan behöva upprepas.

Differentialdiagnos: Ovanliga men differentialdiagnostiska diagnoser av betydelse är Mb Behcet och recurrenta aftösa sår.

Human papillomvirusinfektion (HPV), kondylom

Anamnes/klinik

Med kondylom avses synliga vårtor i anogenitalområdet. De kan uppträda som enstaka lesioner eller större, ibland sammanflytande kolonier av vårtor. HPV är en sexuellt överförd infektion som ibland kan persistera också efter utläkning av synliga vårtor. De HPV-typer som orsakar kondylom är vanligtvis inte desamma som orsakar cervixdysplasi eller -cancer. Kondylom påverkar inte fertiliteten. HPV-infektionens naturlöslöpp är fortfarande ofullständigt känt, även om allt fler undersökningar idag talar för att den är av övergående natur.

Klinisk undersökning utan hjälpmedel är tillräcklig för att diagnostisera kondylom i de flesta fall, men ibland kan förstoring med hjälp av ett kolposkop eller ett vanligt förstoringsglas underlätta.

Värdet av att rutinmässigt använda ättikslösning som diagnostiskt hjälpmedel för kondylom kan ifrågasättas.

Behandling

Behandling av kondylom bör ske med försiktighet. Spontanläkning förekommer, och lokalbehandlingsmedel kan ge lokal irritation. Det finns olika behandlingsalternativ som bör diskuteras med patienten. Om patienten avstår från behandling kan vårtorna försvinna spontant, kvarstå oförändrade eller tillväxa och i mycket sällsynta fall malignifiera.

Alternativen för behandling av kondylom är antingen de lokala medlen som patienten själv applicerar eller de, huvudsakligen kirurgiska åtgärderna, som läkare kan erbjuda. Se Tabell II. De behandlingar som patienten själv applicerar är podofyllotoxin och imiquimod. Behandlingar som

utförs av läkare är pensling med 80-90%-ig triklorättiksyra eller kirurgisk som excision, elektrokirurgi, kryoterapi eller laservaporisering.

Tabell II. Behandling av kondylom

Behandling	Fördel / Nackdel
podofyllotoxin (Wartec®, Condyline®)	patienten behandlar själv /rekommenderas ej till gravida
imiquimod (Aldara®)	patienten behandlar själv /rekommenderas ej till gravida /försiktighet vid användning under förhuden
kryobehandling	effektiv för alla former av kondylom /kräver stor erfarenhet för optimalt resultat (över- och underbehandling vanligt)
triklorättiksyra	mest effektiv på delvis keratiniserat epitel kan användas under graviditet
excision	patienten blir omedelbart värtfri /anestesi nödvändig
elektrokirurgi	patienten blir omedelbart värtfri /anestesi nödvändig
laser	patienten blir omedelbart värtfri /anestesi nödvändig dyr apparatur

De metoder som finns är säkra och effektiva men vårtorna kan komma tillbaka efter behandling och detta behöver inte bero på reinfektion.

Lång erfarenhet finns av podofyllotoxinbehandling. Jämförande studier med avseende på effekt och säkerhet mellan podofyllotoxin och imiquimod föreligger inte.

Patienter med utbredda kondylom kan med fördel påbörja behandling med podofyllotoxin eller imiquimod för att minska vårtvolymen. Kirurgi kan sedan erbjudas som ett komplement eller alternativ.

Cytologisk provtagning

Cytologisk provtagning från cervix sker enligt sedvanliga rutiner för allmän hälsokontroll från (21-)23 år i Sverige, 25 år i Norge. «Extra» provtagning i samband med, och på grund av, HPV-infektion är inte indicerad.

Gravida

Se Tabell I

Smittsamhet

Kondom ger ett visst, men inget fullständigt skydd mot kondylom och genitalherpes men skyddar effektivt mot andra sexuellt överförbara infektioner som HIV. Kontroll av besvärsfri partner vad gäller HPV-infektion anses ej nödvändig.

Andra tillstånd i vulva/vagina

Vulvodyni

Begreppet vulvodyni är ett samlingsnamn för olika smärttillstånd i vulva:

- sveda vid pågående infektioner och dermatoser
- vestibulitsmärta
- dysestesisk (neurogen) vulvodyni.

Den kroniska samlagssmärtan har hos många kvinnor föregåtts av upprepade candidainfektioner och kurer med lokala antimykotika. Andra triggermekanismer som diskuteras är kemisk irritation på grund av överanvändning av olika lokala produkter, rubbning av den lokala miljön på grund av antibiotika och hormonell antikonception, trauma på grund av kirurgisk behandling i området, sexuell dysfunktion med bristande lubrikation, vaginism och bäckenbottenspasm.

Vestibulit

Vestibulit är ett ofta invalidiserande smärttillstånd med oklar etiologi, vilket främst drabbar unga kvinnor. Smärtan är *provocerad*, det vill säga uppkommer endast vid tryck eller tånjning i området.

Diagnosen är klinisk och baseras på kriterierna:

- penetrationsmärta som funnits under minst sex månader
- lokaliserad rodnad i vestibulum fr a runt Bartholinikörtlarnas mynningar och intensiv smärta vid tryck över dessa områden
- inga andra patologiska fynd.

Smärtan anses kunna bero på en hyperaktivitet i de ytliga nerverna uppkommen genom en påfrestning på slemhinnorna. Naturförloppet är huvudsakligen okänt. Kontrollerade behandlingsstudier med läkemedel saknas. Klinisk erfarenhet talar mot effekt av behandling med kortikosteroider, östrogen lokalt och interferon.

Allmänna råd är att

- behandling för vulvovaginala besvär bör inte insättas om inte specifik diagnos föreligger
- om kvinnor upplever sveda av lokalprodukter, bör dessa utsättas
- kvinnan bör avstå från samlag om det innebär smärta
- patienten bör remitteras till specialintresserad läkare och få en fast läkarkontakt för stöd under lång tid.

Dysestesisk vulvodyni

Dysestesisk vulvodyni förekommer främst hos äldre kvinnor och smärtan är oprovocerad och konstant. Smärtan eller den brännande känslan kan även vara lokaliserad till perianalregionen och lårens insidor. Inga avvikande fynd framkommer vid undersökning. Tillståndet uppfattas som en perifer neuralgi. Behandling med amitryptilin har ofta god effekt.

Vaginism

Vaginism innebär en reflexbetingad återkommande kramp eller ständig tonusökning i musklerna runt den yttre tredjedelen av vagina. Tillståndet stör penetration (partiell vaginism) eller omöjliggör den (total vaginism). Med penetration avses såväl samlag som annan form av penetration, till exempel gynekologisk undersökning. Tillståndet kan uppkomma till följd av alla slags irritationstillstånd i vulva och vagina.

Anamnes/klinik

Kvinnan klarar inte av penetration eller känner sveda under eller efter penetration. Ibland är klåda det dominerande symtomet. Besvären ökar ofta med tiden. En noggrann diagnostik är nödvändig eftersom det ofta samtidigt föreligger andra gynekologiska, psykologiska eller sexuella problem. Anamnesen bör också vara ingående avseende samtidiga infektiösa och dermatologiska sjukdomar. Eventuella psykiatriska och psykologiska problem bör också utredas liksom sexuell funktion hos såväl kvinnan som hennes partner.

Undersökningsfynd

Sveda vid beröring av labia och reflektorisk tonusökning i musklerna kring yttre tredjedelen av vagina vid palpation(sförsök) av vagina varvid introitus lyfts. Musklerna är spända och ömma.

Om man upptäcker vaginism vid en gynekologisk undersökning, bör denna inte fullföljas. I stället bör man undvika att framkalla mer obehag, avsluta undersökningen och förklara för kvinnan vad som hände.

Behandling

Kontrollerade behandlingsstudier saknas men omfattande klinisk erfarenhet talar för att kognitiv beteendeterapi har mycket god effekt.

Graviditet

Behandlade gravida kvinnor får i regel inga problem vid förlossningen.

Urogenital atrofi

Anamnes/klinik

Symtom som beror på urogenital atrofi uppträder ofta några år efter menopaus. Atrofin betingas av den minskade östrogenproduktionen från äggstockarna. De klassiska symptomen är torra slemhinnor med dyspareuni, klåda, sveda, flytning, dysuri och urinträngningar, kontaktblödning och recidiverande urinvägsinfektioner.

Vid inspektion finner man en slät, stundom rodnad och lättblödande slemhinna. Liknande fynd kan uppträda hos fertila kvinnor under amning och har då samma genes. Synechier i övre delen av vagina kan förekomma hos gamla kvinnor.

Behandling

Om det inte föreligger misstanke om annan genes till patientens besvär (till exempel endometriepatologi) är östrogenbehandling indicerad. Den kan inledas även om infektion föreligger. Oftast är annan behandling mot infektionen onödig.

I första hand rekommenderas lokal östrogenbehandling (alltid vid amning). Initialt tolereras ofta kräm bättre än vagitorier. I fall med uttalade besvär där lokal behandling kan verka irriterande kan behandlingen inledas med perorala preparat.

Lokalbehandling ges i form av östriol (vagitorier eller kräm), eller östradiol (vaginaltabletter eller vaginal ring). Det bör observeras att lokal östrogenbehandling skall inledas med daglig dosering i två veckor varefter man övergår till intermittent dosering två gånger i veckan.

Effekten av lokal östrogenbehandling infinner sig inom två till fyra veckor. Om effekten uteblir bör diagnosen omprövas.

Biverkningarna av lokal östrogenbehandling är som regel milda och övergående.

Om lokal behandling av något skäl ej är genomförbar kan östriol ges i tablettform. Epidemiologiska fynd talar för att långvarig systemisk östriolbehandling är förknippad med en något ökad risk för endometrie-cancer. Av detta skäl skall lägsta möjliga dos användas och endometriediagnostik göras vid blödningar.

Om indikation även föreligger för systembehandling med östradiol kan patienten behandlas med något av de konventionella preparaten för östrogensubstitution. För lokalbehandling föreligger inga åldersrestriktioner medan dokumentationen för systembehandling med östradiol till äldre kvinnor (>65 år) är synnerligen begränsad. Sannolikt kan man då använda betydligt lägre doser.

Om behandlingen upphör återkommer symtomen.

Dermatoser i vulva

De flesta hudsjukdomar kan manifestera sig i vulvaområdet. Oftast finns samtidigt typiska förändringar på andra lokaler som leder diagnostiken rätt. Om det föreligger osäkerhet om diagnosen kan en biopsi vara till hjälp. Biopsi kan också vara indicerad om förväntad behandlingseffekt uteblir. De flesta dermatoser har en typisk histologi. När tveksamhet om diagnostik och behandling föreligger bör specialist kontaktas.

Nedan berörs några av de hudsjukdomar som kan uppträda i vulvaområdet.

Eksem

Alla eksem orsakar klåda och mer eller mindre erytematösa och fjällande lesioner. *Neurodermiten* utmärker sig genom en lokaliserad, intensiv attackvis uppträdande klåda och ofta lichenifierad hud inom ett avgränsat område.

Det *seborrhoiska* eksemet uppträder oftast med ljus orange-röda fjällande plaque som inte sällan är sekundärinfekterade och med en mindre uttalad klåda.

Kontakteksem är oftare irriterande än allergiska. En noggrann anamnes och eventuellt epikutantest kan oftast identifiera utlösande agens.

Eksem behandlas med lokala kortikosteroider enligt dermatologiska principer. Styrkan på preparatet bestäms av klådans och inflammationens intensitet. Behandlingen trappas ned successivt under två till tre veckors tid. Risken för steroidatrofi i vulvaområdet är liten.

Lichen sclerosus (LS)

LS uppträder i alla åldrar. Den förekommer främst lokaliserad till vulva, och karakteriseras framför allt av intensiv, långdragen klåda. Vid inspektion ses hypopigmenterade förändringar med finskrynklig hud i vulva och hyperkeratotiska partier omväxlande med tunna ibland erosiva områden. Med tiden uppträder atrofierade labier, ärrbildning och synechier. I första hand ges lokalbehandling med clobetasolpropionat 0,05% dagligen tills förbättring uppnåtts (veckor till månader), varefter dosen trappas ned successivt. Underhållsbehandling en till två gånger i veckan behövs ofta, men i lindriga fall kan det senare räcka med mjukgörande salva och/eller oljehygien (smörjning med barnolja före tvättning av underlivet). Vid LS föreligger en något ökad risk för skivepitelcancer. Patienten bör kontrolleras tätare vid försämring eller nytillkomna symtom. Vid behov utförs provexision.

Psoriasis

I den fuktiga miljön i vulva saknas ofta fjällningen, men det blossande erytemet och den skarpa avgränsningen är karakteristiska vid intertriginös psoriasis. Anogenital lokalisering av psoriasis är vanligt, medan psoriasis enbart lokaliserad till vulva är mycket ovanligt. Psoriasis i vulva behandlas i första hand med medelpotenta lokala kortikosteroider.

Lichen ruber (planus)

LR yttrar sig i vulva ibland som en erosiv, ibland ärrbildande, inflammation. Som vid andra erosiva dermatiter bör diagnostik och behandling ske i samråd med hudläkare. Även vaginalslemhinnan kan drabbas. Ofta föreligger även lesioner i munhålan

Deltagarlista för

Behandling av vulvovaginit

Dr Henrik Almkvist

Vikingavägen 35
133 33 Saltsjöbaden

Dr Karin Andersson

Hudkliniken
Lasarettet
501 82 Borås

Professor Björn Beermann

Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala

Info sekr Christina Brandt

Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala

Senior rådgiver William Bredal
Statens legemiddelkontroll
Sven Oftedals vei 6
0950 Oslo

Överläkare Karin Edgardh

Olafiaklinikken
Grensen 5-7
0159 Oslo

Dr med Bjarne Chr. Eriksen

Haugesund gynekologisk klinikk
Postboks 13 67
5507 Haugesund

Professor Halvard Gjønnæss

Gynekologisk avd
Ullevål sykehus
0407 Oslo

Allm praktiker Hilde Beate Gudim

Skui legekantor
Skuiløkka 17
1340 Skui

Med dr Anders Hallén

Hudkliniken
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala

Allm praktiker Torunn Hilstad

Rosten legesenter
Gjerlovs vei 2
70902 Tiller

Docent Elisabet Holst

Klinisk mikrobiologi
Sölvegatan 23
223 62 Lund

Professor Fridtjof Jerve

Kvinneklinikken
Ullevål sykehus
0407 Oslo

Med dr Anders Johansson

Klinisk mikrobiologi
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala

Allm praktiker Kari Hilde Juvkam

Skolegaten legesenter
Skolegaten 6
4876 Grimstad

Överläkare Per-Göran Larsson

Kvinnokliniken
Kärnsjukhuset
541 85 Skövde

Professor Jan Martin Maltau

Kvinneklinikken
Regionsykehuset i Tromsø
9038 Tromsø

Overlege Randi Nordal

Statens legemiddelkontroll
Sven Oftedals vei 6
0950 Oslo

Med dr Elisabet Nylander Lundqvist

Hud- och STD-kliniken
Norrlands univ sjukhus
901 85 Umeå

Overlæge Jens Jørgen Platz-Christensen

Gynekologisk afdeling
Sønderborg Sygehus
Sydvang 1
DK-6400 Sønderborg

Konsulent Heidi Reinnel

Statens legemiddelkontroll
Sven Oftedals vei 6
0950 Oslo

Docent Eva Rylander

Kvinnokliniken
Danderyds sjukhus
182 88 Danderyd

Med dr Inga Sjöberg

Kvinnokliniken
Norrlands univ sjukhus
901 85 Umeå

Med dr Gunilla Sjölin-Forsberg

Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala

Med dr Anders Strand

Hudkliniken
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala

Professor Babill Stray-Pedersen

Rikshospitalet
Kvinneklinikken
0027 Oslo

Dr Ingrid Trolin

Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala

Apotekare Cecilia Ulleryd

Läkemedelsverket
Box 26
751 03 Uppsala

Professor Barbro Wijma

Avd Medicinsk Kvinnoforskning
IHM, Hälsouniversitetet
581 85 Linköping

Docent Arne Victor

Läkemedelsverket

Box 26

751 03 Uppsala