

KARTOITUS VULVODYNIAN TAUSTATEKIJÖISTÄ JA HOIDOSTA
SAIRAUSKERTOMUSTIETOJEN PERUSTEELLA

Heidi Tuomaala

Tampereen yliopisto

Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta

Lääketieteen syventävät opinnot

Helmikuu 2017

Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta

TUOMAALA HEIDI: KARTOITUS VULVODYNIAN TAUSTATEKIJÖISTÄ JA HOIDOSTA SAIRAUSKERTOMUSTIETOJEN PERUSTEELLA

Kirjallinen työ, 26 s.

Ohjaajat: professori Johanna Mäenpää, dos., LT Synnöve Staff ja LL Anu Aalto

Helmikuu 2017

Avainsanat: ulkosynnyttimet, kipu, vulvodynia, vestibulodynia, neuropaattinen kipu, dyspareunia

JOHDANTO: Vulvodynia on ulkosynnyttimien kiputila, jonka esiintyvyys on noin 10 % naisväestössä. Taudin etiologia on epäselvä. Hoitokäytännöt perustuvat pitkälti kliinisessä työssä havaittuihin kokemuksiin.

TAVOITTEET: Tavoitteena oli kuvata tyypillinen vulvodyniapotilas taustatekijöiden ja taudinkulun osalta sekä selvittää eri hoitomuotojen yleisyys ja hoidoista koettu vaste.

AINEISTO JA MENETELMÄT: Kyseessä oli sairauskertomuksiin perustuva retrospektiivinen kohorttitutkimus, jonka 133 potilasta olivat olleet vulvodynian vuoksi hoidossa Tays:n gynekologian poliklinikalla 2003-2013 välisenä aikana.

TULOKSET: Vulvodyniaoireet alkoivat 21,4 vuoden mediaani-ikässä. Yhdyntäkipu oli merkittävin oire lääkäriin hakeuduttaessa. Vulvodyniadiagnoosi asetettiin keskimäärin 1,5 vuotta (mediaani) oireiden alusta (vaihteluväli 0,0 – 17,0 vuotta). Kolmasosalla (30,1 %) potilaista oli psykiatrasta sairastavuutta. Valtaosa potilaista (78,2 %) kärsi paikallisesta vulvodyniasta eli vestibulodyniasta. Nämä potilaat olivat nuorempia kuin essentiaalisesta eli yleistyneestä vulvodyniasta kärsivät ($p < 0,005$). Yleisimmät hoitokeinot olivat puudutegeeli, fysioterapia, seksuaalineuvonta sekä gabapentiinivoide. 74,4 % potilaista koki hyötyneensä hoidoista merkittävästi tai jonkin verran. Vain vulvodynian tyyppi vaikutti merkitsevästi hoitovasteeseen, ja vestibulodyniapotilaat saivat hyvän hoitovasteen muita useammin (63,3 % vs. 32,0 %, $p = 0,005$). Ikä, diagnoosiviive tai psykiatrinen sairastavuus ei assosioitunut vulvodynian hoitovasteeseen.

POHDINTA: Vulvodynia on varsin yleinen, mutta valitettavan huonosti tunnettu sairaus. Lisää tutkimusta tarvitaan etiologian ja tehokkaampien hoitojen tunnistamiseksi.

Tämän opinnäytteen alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-ohjelmalla Tampereen yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti.

Sisällys

Johdanto	1
Määritelmä.....	1
Esiintyvyys	2
Etiologia	2
Diagnoosi.....	3
Hoito.....	4
Yleistä	4
Itsehoito	5
Fysioterapia.....	5
Seksuaalineuvonta ja psykoterapia	6
Ulkoisesti käytettävät valmisteet ja injektiot	6
Systeminen lääkehoito	7
Kirurginen hoito.....	7
Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	9
Aineisto ja menetelmät.....	10
Aineisto	10
Menetelmät	10
Tulokset.....	11
Potilaiden kuvailu.....	11
Vulvodynian kuvailu	16
Hoitojen ja hoitovasteen kuvailu	17
Pohdinta	21
Lähteet.....	24
Liite 1: Sairauskertomuksista kerätyt tiedot.....	26

1. JOHDANTO

1.1 Määritelmä

Vulvodynia tarkoittaa nimensäkin mukaisesti ulkosynnyttimien kiputilaa. Oireina voivat olla vulvan alueen kosketusarkuus, kirvely sekä polttava tai pistävä kipu. Ulkosynnyttimiin luetaan häpykarvoituksesta peräaukkoon ulottuva alue, joka käsittää klitoriksen, virtsaputken aukon, emättimen suuaukon eli introituksen vieruskudoksineen, emättimen eteisen rauhaset sekä pienet ja isot häpyhuulet. Emättimen eteinen (vestibulum vaginae) käsittää hymenaukkoa ja virtsaputken aukkoa ympäröivän limakalvon, joka rajoittuu pieniin häpyhuuliin epiteelin muuttuessa keratinisoituneemmaksi.

Vulvovaginaalisia sairauksia tutkiva kansainvälinen järjestö (The International Society for the Study of Vulvovaginal Disease eli ISSVD) luokittelee vulvodynian paikalliseen tai yleistyneeseen eli essentiaaliseen muotoon. Paikallinen vulvodynia voi rajoittua pienellekin alueelle, esimerkiksi klitorikseen tai emättimen eteiseen. Kivun paikantuessa emättimen eteiseen puhutaan vestibulodyniasista, joka on tutkituin ja yleisin vulvodynian muoto. Essentiaalista vulvodyniaa voidaan kutsua pudendaalneuralgiaksi tai neuropaattiseksi vulvodyniaksi johtuen sen hermokiputyypisistä oireilusta. Kipua voi esiintyä vulvan alueen lisäksi peräaukon, välilihan sekä virtsaputken seudulla. Näiltä alueilta kipu voi säteillä alavatsaan, pakaroihin sekä reisiin. Paikallinen ja yleistynyt vulvodynia jaetaan vielä alaryhmiin riippuen siitä, onko kipu ärsykkeestä laukeavaa, jatkuvaa vai näiden yhdistelmä. Ärsykkeellä voidaan tarkoittaa esimerkiksi yhdyntää, tamponin asetusta tai vaatteiden aiheuttamaa painetta. (1,2,3)

Vulvodynian määritelmään kuuluu, että kiputilan tulee olla kestänyt vähintään kolme kuukautta. Lisäksi seuraavat etiologiset tekijät tulee olla poissuljettuna: infektio (hiiva, herpes ym.), inflammaatio (punajäkälä, valkojäkälä ym.), neoplasia (Pagetin tauti, levyepiteelikarsinooma ym.), neurologinen sairaus (postherpeettinen neuralgia, spinaalihermon kompressio ym.), trauma (ympärileikkaus, synnytys ym.), iatrogeeninen syy (postoperatiivinen tilanne, sytostaattihoido, sädehoito ym.), hormonipuutos (postmenopausaalisen vulvovaginaalinen atrofia, imetykseen liittyvä amenorrea ym.). (1)

1.2 Esiintyvyys

Vulvodynian esiintyvyys on ikäryhmästä riippuen arviolta 6-13 % (2). Yli 2000 naisen aineistossa esiintyvyys oli 8,3 % (4). Heistä valtaosa (64,8 %) sairasti vestibulodyniam, yleistynyttä vulvodyniam sairasti 20,3 % ja näiden sekamuotoa 14,3 % (4). Vestibulodyniam on yleisempää nuorilla synnyttämättömillä naisilla (3,4) ja se on myös yleinen syy fertiili-ikäisten naisten yhdyntäkipuihin eli dyspareuniaan (2). Vulvodynian essentiaalista muotoa tavataan enemmän postmenopausaalisilla naisilla. Vulvodynian esiintyvyys väestössä pysyy vakaana aina 70. ikävuoteen saakka, minkä jälkeen se pienenee (4). Kahden vuoden seurantatutkimuksen mukaan joka vuosi keskimäärin yksi viidestäkymmenestä naisesta sairastuu vulvodyniam (5). Kuitenkin vain pieni osa vulvodyniatapauksista todellisuudessa diagnosoidaan, sillä potilaat eivät herkästi hakeudu lääkärin vastaanotolle. Vastaanottokäynnillä vulvodyniam saattaa myös jäädä toteamatta sairauden tuntemattomuuden sekä oireiden monimuotoisuuden takia. Yhdysvaltalaisen kyselytutkimuksen mukaan noin puolet vulvodyniamoireista kärsivistä naisista oli hakenut kipuihinsa hoitoa, ja vain noin 3 %:lla heistä diagnosoitiin vulvodyniam (4). Alidiagnosoinnin vuoksi tuhansien naisten elämänlaatu ja parisuhde ovat heikentyneet tunnistamattoman vulvodynian takia (6,7). Sukupuoliyhdyntät voivat olla jopa mahdottomia ja vulvodyniapotilaat ovatkin usein lapsettomia nuoria naisia (8).

1.3 Etiologia

Vulvodynian etiologia on epäselvä. Tutkimuksissa on kuitenkin osoitettu, että nuorella iällä aloitettu yhdistelmäehkäisytablettien käyttö aiheuttaa jopa kuusinkertaisen riskin sairastua vulvodyniam verrattuna ehkäisytabletteja käyttämättömiin (9). Tätä perustellaan muun muassa yhdistelmäehkäisytablettien käyttöön liittyvän estrogeenipitoisuuden vähentymisen aiheuttamilla muutoksilla emättimen ja ulkosynnyttimien limakalvossa. (10) Vulvodynian syntyyn vaikuttaa todennäköisesti monta eri tekijää. Altistavia tekijöitä voivat olla infektiot kuten hiivasieni-infektio tai virtsatietulehdus, geneettiset, immunologiset sekä hormonaaliset tekijät, lisääntynyt virtsan oksalaatin erityis sekä hermosolujen ja vapaiden hermopäätteiden proliferaatio vulvan limakalvolla

(2,3,10,11). Hiivatulehdusten osalta on kuitenkin epäselvää, olisiko varsinainen altiste itse hiivatulehdus, sen hoidot, kudosten reagoitiherkkyys ylipäättään vai vulvodynian oireet, joita hoidetaan hiivatulehdusina paremman tiedon puutteessa (10). Geneettisenä riskitekijänä pidetään interleukiini-1 β -reseptoriantagonistin geenin alleeli 2:n homotsygotiaa, mikä on tutkimusten mukaan yhteydessä pitkittyneeseen tulehdusvasteeseen (10). Lisäksi on raportoitu, että vulvodyniapotilailla esiintyy muuta väestöä enemmän yleistyneitä kiputiloja kuten fibromyalgiaa, ärtyvän suolen oireyhtymää ja interstitiaalista kystiittiä. Vulvodyniaa sairastavilla on tutkimuksen mukaan 2-3 kertaa suurempi todennäköisyys sairastua yhteen tai useampaan muuhun krooniseen kiputilaan (12). Tämä voi tutkijoiden mukaan viitata yhteiseen patofysiologiaan.

Vulvodyniaa sairastavat kärsivät usein huonosta elämänlaadusta. Tämä ilmenee muun muassa masennuksena, turhautumisena ja ahdistuksena. Usein ongelmia esiintyy myös parisuhteessa ja seksuaalielämässä. Potilaat kokevat itsensä voimattomiksi, koska eivät ymmärrä oireitaan eivätkä voi vaikuttaa niihin. Lisäksi he voivat kuvitella olevansa syyllisiä sairautensa, mikä heikentää psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia entisestään. Vulvodynian onkin tutkimuksissa havaittu esiintyvän yhdessä masennuksen ja ahdistuksen kanssa. Lähes 2000 naisen kyselytutkimuksen perusteella masennuksen kriteerit täyttävillä oli 53 % korkeampi prevalenssi vulvodynian suhteen, ja puolestaan posttraumaattisen stressireaktion kriteerit täyttävillä naisilla vulvodynian prevalenssi oli 2,4-kertainen niihin verrattuna, joilla kyseistä häiriötä ei ollut (13).

Kahdensadanneljänkymmenen vulvodyniapotilaan ja verrokin haastattelun perusteella vulvodynia oli neljä kertaa todennäköisempää, jos taustalla oli masennusta tai ahdistusta (14). Toisaalta vulvodyniaa sairastaville puhkesi muita todennäköisemmin uusi masennus tai ahdistus, tai vanha sairaus uusiutui (riskisuhde 1,7) (14). Voidaan siis olettaa, että psyyken sairastavuus lisää riskiä vulvodynialle, mutta myös vulvodynia lisää todennäköisyyttä sairastua psyykkisesti. Tutkimukset eivät siten tue teoriaa, jonka mukaan psyykkiset ongelmat olisivat vulvodynian pääsyy (10). Yhteinen riskiprofiili näillä sairauksilla voi toki osittain olla.

1.4 Diagnoosi

Vulvodynian diagnoosi on kliininen eli se perustuu anamneesiin, statukseen ja muiden vulvan kipua aiheuttavien tekijöiden poissulkuun (2). Anamneesi usein jo johdattaa diagnoosin jäljille. Vulvodyniapotilaat voidaan kliiniseltä taudinkuvaltaan jakaa pääosin kahteen ryhmään. Näistä

suuremman potilasryhmän muodostavat vestibulodyniaa sairastavat naiset, joilla kipu syntyy ärsykkeestä. Heillä kivut ovat alkaneet varsin nuorina, usein jo ensimmäisessä yhdynnässä tai jopa ensimmäisessä tamponin asetuksessa, jolloin kyseessä on ns. primääri vestibulodynia. Yhdynnät ovat vaikeutuneet tai jopa mahdottomia. Toinen tyypillinen kliininen vulvodynian muoto on keski-iässä alkanut essentiaalinen vulvodynia, jossa kipu ei liity ärsykkeisiin vaan voi olla jatkuvaa tai iskeä yllättäen. Heillä yhdyntäkipu eli dyspareunia ei ole yhtä yleinen ongelma, ja kipu on laaja-alaisempaa kuin vestibulodyniasa.

Kliinisessä tutkimuksessa vulvan alue näyttää terveeltä mahdollista pientä punoitusta lukuun ottamatta. Potilaille tehdään ns. vanutikkutesti, eli vanutikulla hipaistaan kevyesti emättimen eteisen uurretta. Vanutikun provosoima kipu ja mahdollinen väistöliike arvioidaan. Lisäksi tutkitaan mahdolliset kivun triggeripisteet, ja kivun voimakkuus niitä painettaessa arvioidaan VAS-asteikoilla (Visual Analogue Scale). Sisätutkimuksessa voi tulla esille myös lantionpohjan ja emätintä ympäröivien lihasten spasmi, vaginismi. Essentiaalisessa vulvodyniasa istuinkyhmyn mediaalipuolen painaminen voi laukaista kipua n. pudendaliksena ärtyessä, vaikka muutoin kipu ei yleensä ole provosoitavissa. (2)

Ennen kaikkea vulvodynia on kuitenkin poissulkudiagnoosi, joka jää jäljelle, kun muut mahdolliset kivun syyt on poissuljettu. Erotusdiagnostiikassa on tärkeää huomioida hiivasieni-infektiot ja muut akuutit vulvan alueen infektiot, sukupuolitaudit, iho- ja limakalvosairaudet sekä endometriosis (2,15). Tarvittaessa epäselvissä tilanteissa otetaan eritenäyte tai limakalvobiopsia. Mikäli kiputila jatkuu havaitun infektion, inflammaation tai muun vastaavan optimaalisesta hoidosta huolimatta, on tilannetta pidettävä vulvodyniana.

1.5 Hoito

1.5.1 Yleistä

Vulvodynian hoito on haasteellista, koska taudin vaikeusaste ja oirekuva saattavat vaihdella molemmissa vulvodynian muodoissa. Jokaiselle potilaalle tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma. Vulvodynian hoito vaatii pitkäjänteisyyttä, sillä hoitotulosten saavuttaminen vie usein aikaa. (3) Eri hoitomuodoista on tehty vain vähän satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia, ja nykyiset hoitokäytännöt perustuvat pikemminkin kliinisestä työstä saatuihin kokemuksiin.

1.5.2 Itsehoito

Diagnoosin varmistuttua potilaita kehoitetaan lopettamaan tai tauottamaan mahdollinen hormonaalinen ehkäisy. Lisäksi heille annetaan itsehoito-ohjeita, joita toteuttamalla vulvan alueen ärsytys saadaan minimoitua. Mekaanista ärsytystä pyritään vähentämään välttämällä turhia pesuja, kiristäviä alushousuja ja pikkuhousunsuojien käyttöä, ilmakylpyjä suositellaan. Häpykarvoitus toimii suojaavana tekijänä ja sen toistuvaa ajamista kehoitetaan välttämään. Yhdynnöissä kehoitetaan käyttämään ihoöljyä tai liukuvoidetta. Ummetus hoidetaan, jotta ulostamiseen liittyvä ponnistelu vähenee. Kemiaalista ärsytystä vältetään siten, ettei genitaalialueilla käytetä saippuaa, ja pyykinpesuaineet valitaan mahdollisimman hellävaraisiksi. Juomalla riittävästi (vähintään 1,5 litraa/vrk) saadaan virtsa laimeammaksi. Kipua voidaan lievittää kylmä- ja lämpöhauteilla, siedätushoidolla (venyttelyt ja kipupistepainannat) sekä puudutegeeleillä ja -voiteilla. (16)

1.5.3 Fysioterapia

Fysioterapia on hyvin yleinen vulvodynian hoitomuoto, johon kuuluu muun muassa biopalautehoito, TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) -sähkökipuhoito sekä venyttelyn ja kipupistepainannan harjoittelu.

Vulvodyniasta kärsivillä on muita yleisemmin kohonnut lantionpohjan lihasten lepotonus, toisaalta lantionpohjan lihaksisto on heillä myös muita heikompi (10). Biopalautehoidossa potilaan vaginaan asetetaan elektrodi, joka mittaa lihaksiston jänteveyttä, ja lihasten tonusta kuvaava grafiikka on potilaan nähtävillä reaaliajassa. Näin potilas vähitellen tunnistaa jännittyneen ja rentoutuneen lihaksiston eron ja oppii kontrolloimaan lantionpohjan lihastensa jännittyneisyyttä. Tutkimuksessa 46 naista satunnaistettiin saamaan hoidoksi joko biopalautehoitoa tai puuduttavaa lidokaiinivoidetta. Molemmissa ryhmissä tapahtui tilastollisesti merkitsevää parannusta kiputilanteessa ja elämänlaadussa, eikä ryhmien välillä ollut eroa vasteissa 12 kuukauden seurannassa. Molemmat hoitomuodot olivat erittäin hyvin siedettyjä, joskin komplianssi biopalauteharjoitteisiin oli puutteellinen. Tutkijat suosittavat hoitomuotojen käyttämistä yhdessä. (17)

TENS-hoidossa hermopäätteitä ärsytetään sähköisesti, jolloin kipuärsykkeiden eteneminen aivoihin estyy. Hoidosta on hyviä tuloksia. 40 naista satunnaistettiin saamaan joko TENS-hoitoa tai placeboa

kahdesti viikossa yhteensä 20 hoitokertaa. VAS parani tilastollisesti merkitsevästi (6,2 → 2,1) TENS-hoidetuilla, placeboryhmässä näin ei käynyt (6,7 → 5,7). (18) Toisessa tutkimuksessa TENS-hoitoa sai 39 hoitoresistenttiä vestibulodyniapotilasta. VAS-mediaani ennen TENS-hoitoa oli 8,0, hoidon jälkeen 3,4 ja seurannassakin 3,2. Hoidolla oli merkittävä vaikutus myös henkiseen kärsimykseen. 4 % potilaista tarvitsi vestibulektomian, kun ilman TENS-hoitoa luku olisi ollut 23 %. (19)

1.5.4 Seksuaalineuvonta ja psykoterapia

Vulvodynia vaikuttaa usein kokonaisvaltaisesti potilaan seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen. Seitsemän vulvodyniapotilaan syvähaastattelututkimuksessa kuusi heistä koki suurta riittämättömyyttä naisena ja kumppanina. Heille yhdyntäkivun kokeminen merkitsi epäonnistumista, häpeää, syyllisyyttä, kyvyttömyyttä tuottaa kumppanille seksuaalista tyydytystä ja vähentynyttä seksuaalista halukkuutta. (20)

Seksuaalineuvonnassa näistä kuormittavista tunteista keskustellaan sekä etsitään ratkaisukeinoja. Kumppanin osallistuminen seksuaalineuvontaan on toivottavaa. Yhdyntäkeskeisyydestä pyritään eroon. (16)

Myös psykoterapiaa voidaan käyttää vulvodynian hoitomuotona. Etenkin kognitiivis-behavioraalisen terapian tehosta on näyttöä (21).

1.5.5 Ulkoisesti käytettävät valmisteet ja injektiot

Ulkoisesti käytettävät reseptillä saatavat puudutegeelit ja kipulääkevoiteet voivat helpottaa dyspareuniaoireita. Lidokaiinigeeliä käytetään ennen yhdyntöjä, mutta sitä on tutkittu myös yöllisessä käytössä. Yöllinen lidokaiinivoiteen käyttö auttoi seitsemässä viikossa siten, että 76 % 61 naisesta kykeni yhdyntään, kun luku ennen hoitoa oli 36 %. (22) Gabapentiini on hermokipulääke, ja gabapentiinivoide on yleisesti käytössä vulvodynian hoidossa. Tutkimuksessa 35 potilasta käytti gabapentiinivoidetta kahdeksan viikkoa ja keskimääräinen VAS-asteikoilla ilmoitettu kipu aleni merkittävästi (7,26 → 2,49). 80 %:lla naisista kiputilanne parani vähintään 50 %. (23)

Ulkosynnyttimen alueelle käytetään myös penslaus- ja pistoshoitoja. Penslaushoidossa vaikuttavana aineena on podofyllotoksiini, jolla kipupisteet käsitellään 2-4 viikon välein yhteensä 3-5 kertaa. Pistoshoidossa kipupisteisiin injisoidaan paikallispuudutteen ja kortisonin sekoitusta samoilla

aikaväleillä ja frekvensseillä kuin penslaushoidossa. (16) Botuliinitoksiinia voidaan myös injisoida kipupisteisiin, sen vaikutus perustuu kohdekudoksen kolinergisen hermotuksen salpaukseen (10).

Estrogeenivoidetta käytetään osana penslaushoitoa, mutta muuten sen rooli vulvodynian hoidossa on vähäinen. Mikäli potilaan kiputilanne laukeaa pelkän estrogeenivoiteen avulla, lienee kyseessä ollut estrogeenin puutteesta johtuva limakalvojen atrofia.

1.5.6 Systeminen lääkehoito

Suun kautta otettavista lääkkeistä vulvodynian hoidossa käytetään esimerkiksi trisyklisiä antidepressantteja (lähinnä amitriptyliiniä), pregabaliinia, gabapentiinia sekä duloksetiinia. Nämä ovat neuropaattisen kivun lääkehoitoja. Käytetyin ja perinteisin hoitovaihtoehto on amitriptyliini, joka voidaan aloittaa annoksella 10 mg illassa, nostaen annosta 10 mg kerrallaan kahden viikon välein, kunnes vaste on saavutettu. Pregabaliinin aloitusannos on esimerkiksi 75 mg x 2. (2)

Tutkimuksen mukaan trisyklisten antidepressanttien käyttäjistä 59,3 %:lla kivut helpottivat vähintään 50 %, sen sijaan ilman kyseistä lääkitystä 38,0 % koki vastaavan helpotuksen. Kivun voimakkuudella tai vulvodynian tyypillä ei tutkimuksen mukaan ollut vaikutusta lopputulokseen. (24) Toisaalta satunnaistetussa, kaksoissokkoutetussa tutkimuksessa lidokaiinivoide, trisyklinen antidepressantti tai molemmat yhdessä eivät olleet plaseboa parempia 12 viikon hoidossa. (25)

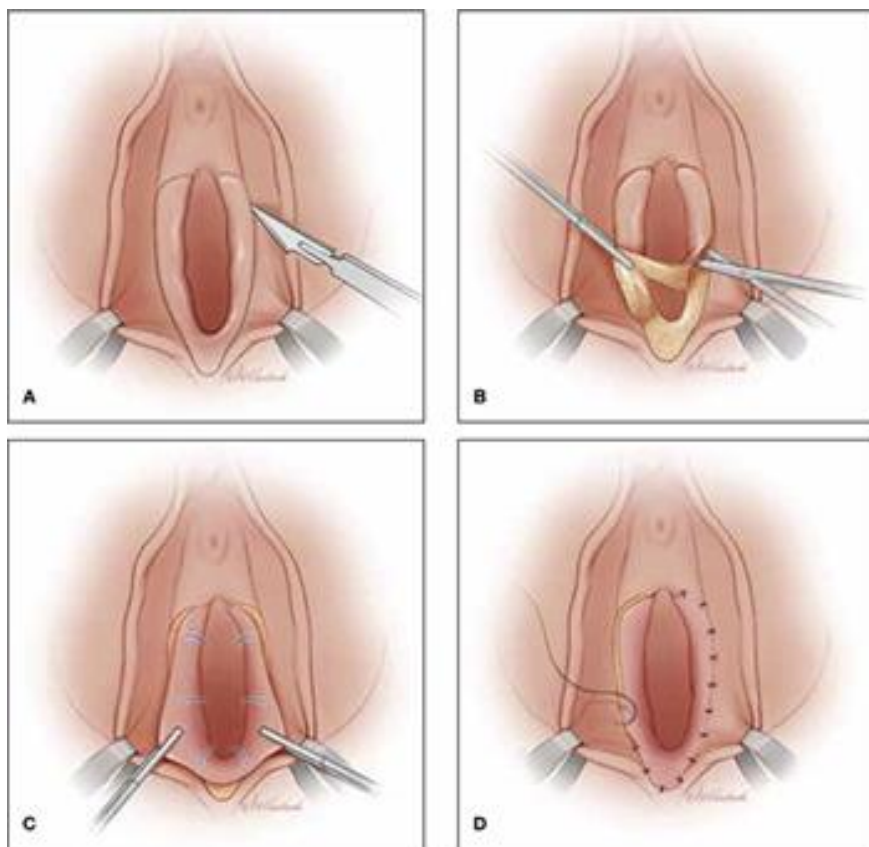
1.5.7 Kirurginen hoito

Mikäli konservatiivisilla hoitomuodoilla ei saada toivottua vastetta, pitkäkestoista vestibulodyniaa voidaan hoitaa kirurgisesti poistamalla kivulias kudosalue. Tyypillisintä tällaista toimenpidettä kutsutaan vestibulektomiaksi. Siinä poistetaan emättimen eteisen limakalvoa hevosenkenkämäiseltä alueelta, ja syntynyt kudospuutos suljetaan mobilisoimalla ja kiinnittämällä emättimen limakalvoa tilalle. (26, Kuva 1)

Suomalaisessa tapaus-verrokkitutkimuksessa verrattiin vestibulektomian ja konservatiivisen hoidon tuloksia. Tulokset osoittivat, että kummallakin hoitomuodolla saatiin lähes yhtä hyviä pitkäaikaisia hoitotuloksia. Vestibulektomian läpikäyneistä potilaista yhdyntäkivut vähenivät 66,7 %:lla ja ei-kirurgisesti hoidetuilla 78,1 %:lla. Konservatiivisesti hoidettujen potilaiden oireet olivat tosin alun alkaenkin lievemmiä. (27) Saman tutkimusryhmän aiemmassa julkaisussa tutkittiin vuodesta 1995 HYKS:ssa leikattuja vestibulektomiapotilaita vuosia leikkauksen jälkeen.

Yhdeksänkymmentä prosenttia leikatuista oli tyytyväisiä lopputulokseen, VAS-mediaani oli laskenut yhdeksästä kolmeen ja 64,2 %:lla ei enää ollut aritusta vestibulumissa posteriorisesti. Komplikaatioita oli verrattain vähän: 8,6 %:lla postoperatiivista verenvuotoa, 15,7 %:lla lievä haavainfektio ja 5,7 %:lla potilaista bartholiniitti. (28) Kanadalaisessa tutkimuksessa vertailtiin kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian, biopalautehoidon ja vestibulektomian hoitovasteita. Potilaat satunnaistettiin eri hoitoryhmiin ja jokaisessa ryhmässä kiputilanne helpottui tilastollisesti merkitsevästi. Hoitotulokset olivat parhaimmat vestibulektomialla hoidetuilla, ja heillä VAS-arvo laski leikkauksella 6,34 → 1,89 ja säilyi puolen vuoden seurannassa samalla tasolla (1,90). (21) Yleistynyttä vulvodyniaa ei hoideta kirurgisesti.

Kuva 1. Vestibulektomian suoritus.



(lähde: Austin Urogynecology. www.austinurogynecology.com/vulvar-vestibulitis)

1.6 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kerätä kattava aineisto Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa (Tays) hoidetuista vulvodyniapotilaista. Tavoitteena oli muodostaa käsitys siitä, millainen on tyypillinen vulvodyniapotilas, kuinka häntä hoidetaan ja miten hän hoidoista hyötyy. Päämääränä oli myös selvittää vulvodynian tausta- ja riskitekijöitä. Tämä olisi ensiarvoisen tärkeää vulvodynian etiologian selvittämiseksi, mikä saattaa mahdollistaa parempien ehkäisy- ja hoitokeinojen tunnistamisen. Lisäksi halusimme tutkia, kuinka tehokkaita käytetyt hoitomuodot olivat.

2. AINEISTO JA MENETELMÄT

2.1 Aineisto

Tutkimus oli retrospektiivinen kohorttitutkimus, jonka tutkimussuunnitelmalle Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta antoi puoltavan lausunnon (ETL-koodi R14037).

Potilasjoukon muodostivat naiset, jotka olivat olleet Tampereen yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikalla (PGY) hoidossa vuosina 2003–2013 ja saaneet diagnoosikoodiksi ICD10-luokituksen mukaan N94.1 (kivulias sukupuoliyhdyntä eli dyspareunia), N94.2 (vaginismus), N90.8 (muu ei-tulehduksellinen ulkosynnyttimien ja/tai välilihan sairaus) tai N90.9 (määrittämätön ei-tulehduksellinen ulkosynnyttimien ja/tai välilihan sairaus). Edellä kuvatut diagnoosikoodikriteerit täytti 318 potilasta. Tutkimuksesta suljettiin pois kaikki ne henkilöt, jotka diagnoosihaun aikana (5/2014) olivat alle 18-vuotiaita. Jäljelle jääneiden potilaiden osalta arvioitiin, sairastavatko he todella vulvodyniaa tarkistamalla heidän sairauskertomustietonsa. Potilaat sisällytettiin tutkimukseen, mikäli kipuoireet olivat kestäneet yli kolme kuukautta ja mikäli oireita eivät selitä iho- tai limakalvotaudit, kuten puna- ja valkojäkälä, genitaalierpes, psoriasis, vaginiitti tai limakalvojen atrofia. Lopulta aineiston kooksi muodostui 133 potilasta.

2.2 Menetelmät

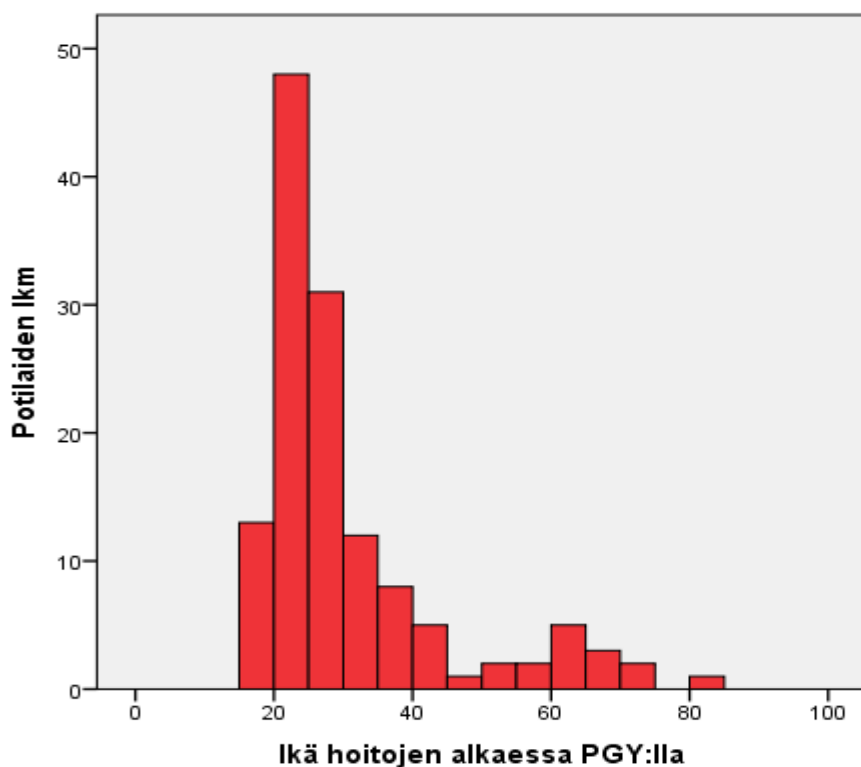
Tutkimukseen valikoituneiden potilaiden sairauskertomuksista poimittiin yleiset ja gynekologiset taustatiedot, tiedot lääkityksistä, muu sairaushistoria sekä luonnollisesti vulvodynian taudinkulkuun ja hoitoon liittyvät tiedot. Kerätyt tiedot tarkemmin ohessa (Liite 1 ”Sairauskertomuksista kerätyt tiedot”). Tiedot tallennettiin Microsoft Excel 2013 – tiedostoksi. Tutkimuksen alkaessa mukaan valikoituneet potilaat olivat saaneet tunnistenumeron, joten kerättyä tietoa käsiteltiin ilman potilaiden nimeä tai henkilötunnusta. Datan analysoinnissa käytettiin IBM SPSS Statistics 20 – ohjelmaa.

3. TULOKSET

3.1 Potilaiden kuvailu

Oireiden alkamisiän keskiarvo oli 26,9 vuotta ja mediaani 21,4 vuotta. Nuorimmillaan oireet alkoivat 14,8-vuotiaana ja vanhimmillaan 82,4-vuotiaana. Hoitoihin hakeutumisessa kuitenkin viivytellään ja gynekologian poliklinikalle potilaat päätyivät keskimäärin 3,4 vuotta oireiden alettua (mediaani 2,0 vuotta). Tuolloin potilaiden keskimääräinen ikä oli 30,4 vuotta (mediaani 25,6) (Kuva 2). Oireiden alusta diagnoosin saamiseen oli viivettä keskimäärin 2,6 vuotta (mediaani 1,5). Tutkimusajanjakson alkuvuosina potilas sai vulvodyniadiagnoosin useimmiten vasta gynekologian poliklinikalla, mutta sittemmin diagnoosi oli yleensä jo PGY:lle lähetettäessä tiedossa.

Kuva 2. PGY:lle tulevien vulvodyniapotilaiden ikäjakauma.



Hoitojen alkaessa 88 % (n=117) potilaista oli fertiili-ikäisiä, postmenopausaalisia sen sijaan oli 11,3 % (n=15). Merkittävin oire oli yhdyntäkipu eli dyspareunia, josta kärsi 92,5 % tutkimukseen osallistuneista (n=123). Tyypillisesti kipu tuntui penetraation alussa emättimen suuaukon seudussa. Yhdyntää oli yrittänyt 95,5 % eli 127 potilasta, onnistunut yhdyntä oli takana 89,5 % :lla (n=119). Ensimmäinen yhdyntä oli tapahtunut keskimäärin 19,5-vuotiaana (mediaani 18,0), mutta tämä tieto puuttui 95 potilaalta. Hormonaalista ehkäisyä oli jossain elämänsä vaiheessa käyttänyt 76,7 % (n=102), tieto kuitenkin puuttui 14,3 %:lta (n=19). Ehkäisypillereiden keskimääräinen aloitusikä oli 20,7 vuotta (mediaani 18,0), mutta jälleen tietoa ei ollut löydettävissä 78:lta. Kivuliaista kuukautisista kärsi 34,6 % (n=46).

Oireiden alkaessa 13,5 % (n=18) potilaista oli synnyttänyt ja gynekologian poliklinikan hoitojen alkaessa 21,0 % (n=28). Tiedonkeruuaajan loppuun mennessä (3/2015) koko potilasjoukosta oli synnyttänyt 30,1 % eli 40 naista. Heistä 27,5 %:lla (n=11) oli merkintä potilastiedoissa synnytyspeloista. Ennen hoitojen alkua 70,7 % (n=94) ei ollut koskaan ollut raskaana.

Taulukko 1. Kuvaus tutkimuspotilaista (n=133).

Ikä oireiden alkaessa	keskiarvo 26,9 vuotta / mediaani 21,4
Ikä PGY-hoitojen alussa	keskiarvo 30,4 vuotta / mediaani 25,6
Postmenopausaalisten osuus	15 (11,3 %)
Yhdyntäkipuja oireena	123 (92,5 %)
Synnyttäneisyys PGY-hoitojen alussa	28 (21,0 %)
Vestibulodynia	104 (78,2 %)
Essentiaalinen vulvodynia	9 (6,8 %)
Sekamuotoinen vulvodynia	20 (15,0 %)

Seksuaalisen hyväksikäytön uhreja oli 4,5 % (n=6) potilaista. Heistä neljä kärsi myöhemmin itsetuhoisuudesta.

Potilaista 20,3 % (n=27) tupakoi, mutta tieto tupakoinnista oli kysytty vain 61,7 %:lta (n=82).

Todettu hiivatulehdus oli 42,9 %:lla (n=57), heistä suurimmalla osalla (n=47 eli 82,5 %:lla) hiivatulehdukset olivat toistuva vaiva. Lisäksi 16 potilasta (12,0 %) käytti hiivalääkkeitä oireisiin, joita ei ollut varmennettu hiivasienitulehdukseksi. Toistuvia virtsatieinfektioita sairasti 17,3 % eli 23 potilasta. Sukupuolitauteja potilailla oli varsin vähän, mikä lienee yhteydessä matalaan seksuaaliseen aktiivisuuteen.

Hoitojen alkaessa säännöllistä lääkitystä käytti 42,1 % potilaista (n= 56) (Taulukko 2).

Psykykenlääkityksen, VTI-estolääkityksen ja reumalääkityksen osalta on huomioitu myös ennen hoitoja tai niiden jälkeen käytössä olleet lääkitykset.

Taulukko 2. Pysyvät lääkitykset.

Lääkeryhmä	n	%
Psykykenlääke	29	21,8
Astma-/allergialääke	11	8,3
Mahansuojalääke	10	7,5
Sydän- ja verisuonitaudin lääkehoito	9	6,8
Vahva kipulääke	8	6,0
Kilpirauhaslääke	8	6,0
Migreenilääke	6	4,5
Hormonikorvaushoito	6	4,5
Nukahtamislääke	6	4,5
VTI-estolääke	4	3,0
Paikallisestrogeni	4	3,0
Reumalääkitys	4	3,0
Epilepsialääkitys	3	2,3
Hiivan estolääke	2	1,5
Insuliini	1	0,8
Metyylifenidaatti	1	0,8
Muistilääke	1	0,8

Potilaiden muut pitkäaikaissairaudet on esitetty Taulukossa 3. Mukaan on otettu potilaan vastaanottokäynnillä kertomat perussairaudet sekä sairauskertomusten perusteella esiin tulleet sairaudet ja oirekokonaisuudet. Psykkistä sairastavuutta on eritelty vielä Taulukossa 4. Taulukossa mainittujen psyyken ongelmien lisäksi potilailla esiintyi epävakaata persoonallisuutta, itsetuhoisuutta sekä päihderiippuvuutta.

Taulukko 3. Vulvodyniapotilaiden pitkäaikaissairaudet.

<i>Sairaus</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Mikä tahansa psykiatrinen sairaus	40	30,1
Astma/allergia/atooppinen iho	24	18,0
TULES	23	17,3
Migreeni	21	15,8
Muuta virtsavaivaa kuin interstitielli kystiitti	12	9,0
Ärtynyt suoli	11	8,3
Endometriosis	8	6,0
Hypotyreoosi	8	6,0
Refluksitauti	7	5,3
Diabetes (myös gestatiidiabetes)	5	3,8
Verenpaineauti	5	3,8
Fibromyalgia	4	3,0
Interstitielli kystiitti	4	3,0
Reuma	4	3,0
Muut autoimmuunisairaudet	4	3,0
Maligniteetti	4	3,0
Hyperkolesterolemia	4	3,0
Atrofinen gastriitti/ulkus	3	2,3
Rytmihäiriöt	3	2,3
Uniapnea	3	2,3
IBD	2	1,5
Epilepsia	2	1,5
Keliakia	2	1,5
Divertikuloosi	2	1,5
PCOS	2	1,5
Hypertyreoosi	1	0,8
CFS	1	0,8
ADD	1	0,8
Muistisairaus	1	0,8
COPD	1	0,8

Taulukko 4. Vulvodyniapotilaiden psyykkinen sairastavuus.

<i>Psyykkinen sairaus</i>	<i>n</i>	<i>% (kaikista)</i>	<i>% (psykiatrasta taustaa omaavista)</i>
Masennus	33	24,8	82,5
Ahdistuneisuushäiriö	11	8,3	27,5
Syömishäiriö	8	6,0	20,0
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	2	1,5	5,0

3.2 Vulvodynian kuvailu

49,6 % potilaista (n=66) yhdisti oireiden alun johonkin tapahtumaan (Taulukko 5). Enemmistöllä näistä potilaista kivut ovat ilmenneet ensimmäisessä tamponin asetuksessa tai ensimmäisessä yhdynnässä eli käytännössä heillä ulkosynnyttimien provokaatiosta syntyviä kipuja on ollut aina.

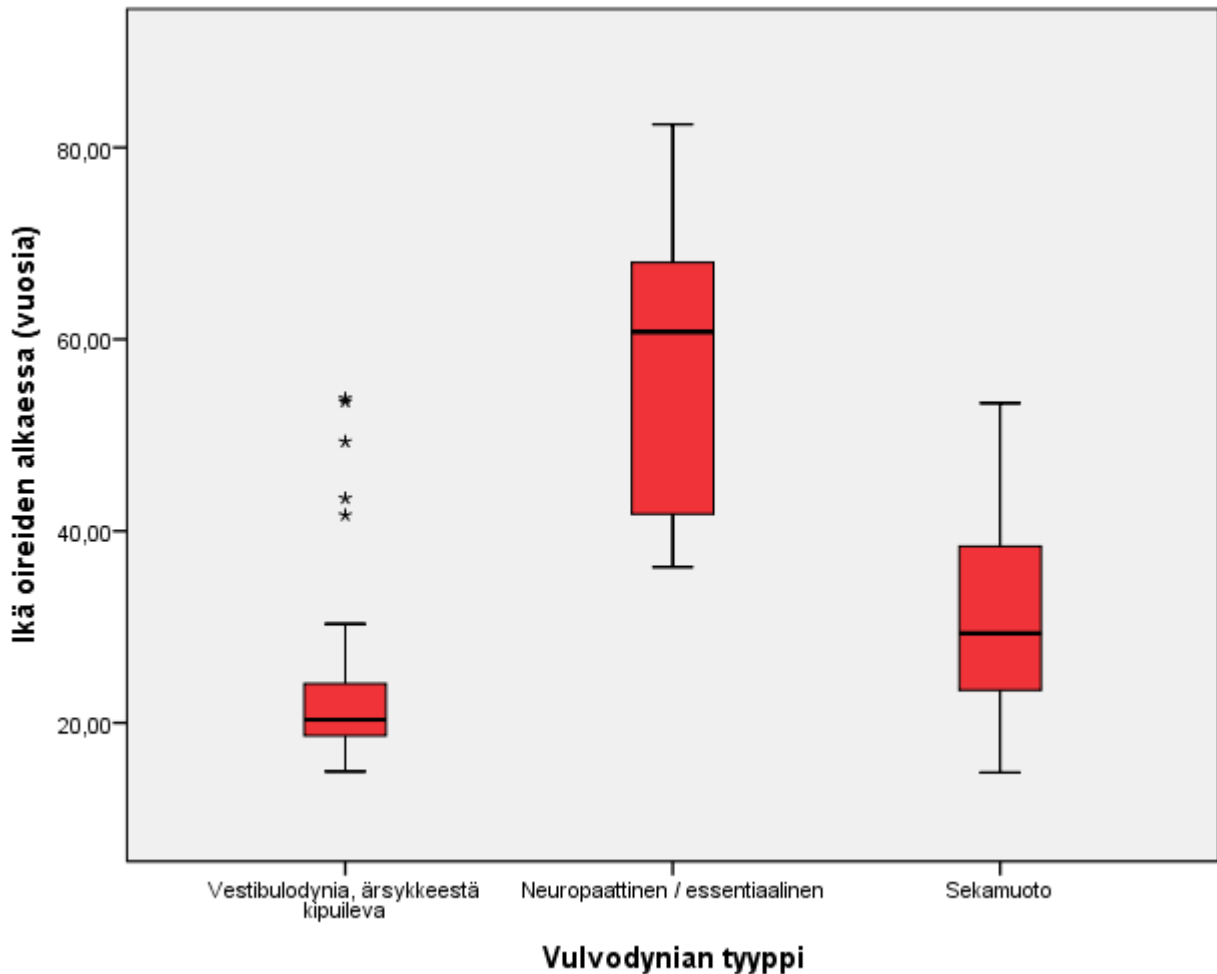
Taulukko 5. Potilaiden kokemus oireiden alkuun assosioituvista tekijöistä.

<i>Mihin yhdistää oireiden alun</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Aina kipuja (1. tamponin asetus, 1. yhdyntä)	34	25,6
Trauma (synnytys, onnettomuus, kirurgia, henkinen trauma)	13	9,8
Infektio (VTI, hiiwa, bartholiniitti)	13	9,8
E-pillereiden aloitus	5	3,8
Ulkosynnyttimien haavauma	1	0,8

Tutkimuspotilaiden joukossa oli sekä vestibulodyniaa (78,2 %; n=104) että essentiaalista vulvodyniaa (6,8 %; n=9) sairastavia. 15,0 %:lla (n=20) oli sekamuotoinen vulvodynia. Tilannetta saattoi vielä komplisoida vaginismi (n=15), vulvan haavauma (n=7) tai ahdas introitus / ”hymen rigidus” (n=4). Vestibulodynian oireet alkoivat keskimäärin 22,8-vuotiaina (mediaani 20,3), kun taas essentiaalisen vulvodynian oireet alkoivat 57,5-vuotiaina (mediaani 60,8). Oireiden keskimääräiset alkamisiät poikkesivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi (p<0,005 Mann-Whitneyn U-test). Tämä tukee tutkimustietoa siitä, että vestibulodynia on nuorempien naisten vaiva

verrattuna essentiaaliseen vulvodyniaan. Sekamuotoisen vulvodynian puhkeamisikä on edellä mainittujen väliltä (keskiarvo 32,9 vuotta, mediaani 29,3 vuotta), Kuva 3. Hoitosuhteen alussa subjektiivinen kiputilanne arvioitiin VAS-asteikolla vain 47 potilaan kohdalla. Heillä VAS-keskiarvo ja -mediaani olivat 8,0. Kahdeksalla potilaalla kivut olivat hoitojen alussa VAS-asteikolla 10.

Kuva 3. Oireiden puhkeamisikä vulvodyniatyypeittäin.



3.3 Hoitojen ja hoitovasteen kuvailu

Tyypillisesti hoidot Tays:n gynekologian poliklinikalla alkoivat sillä, että yhdistelmäehkäisytabletit tauotettiin, käyttöön otettiin puudutegeeli yhdyntöihin, gabapentiinivoide kahdeksaksi viikoksi ja potilas ohjattiin fysioterapiaan ja seksuaalineuvontaan. Fysioterapia piti sisällään biopalautehoitoa sekä tarvittaessa myös TENS-hoitoa. Kipupisteiden siedätyspainantaa, manuaalista venyttelyä sekä dilataattoriharjoitteita ohjattiin. Gynekologin kontrollikäynnillä hoitoon otettiin tarvittaessa mukaan

penslaus- tai pistoshoidot. Vain harvat tarvitsivat suun kautta otettavia lääkkeitä ja operatiiviseen hoitoon päädyttiin vielä harvempien kohdalla. Essentiaalista vulvodyniaa sairastavien kohdalla neuropaattisen kivun lääkehoito oli puolestaan luonnollisesti ensilinjan hoitoa. Tutkimuspotilaiden hoitomuodot frekvensseineen on koottu taulukkoon (Taulukko 6). Mukaan on otettu myös ennen PGY-hoitokontaktia käytetyt hoitomuodot.

Taulukko 6. Vulvodyniapotilaiden hoidossa käytetyt menetelmät.

<i>Hoitomuoto</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Puudutegeeli	113	85,0
Gabapentiinivoide	73	54,9
Penslaus podofyllotoksiinilla tai ferrikloridilla	33	24,8
Puudutepistos (kortisoni+puudute)	24	18,0
Yhdistelmäehkäisyyn tauotus tai vaihto progestiiniehkäisyyn	49	36,8
Fysioterapia	102	76,7
Biopalautehoito	97	72,9
Sähköstimulaatio / TENS	79	59,4
Dilataatioharjoitteet	54	40,6
Seksuaalineuvonta	96	72,2
Trisykliset antidepressantit (amitriptyliini)	33	24,8
Pregabaliini	15	11,3
Muu kipulääke (opioidi, duloksetiini, gabapentiini)	12	9,0
Hiivan estolääke	12	9,0
Neuromodulaatio	3	2,3
Psykoterapia	11	8,3
Laserhoito	5	3,8
Operatiivinen hoito	19	14,3
- vestibulektomia	8	6,0
- hymenrenkaan dilataatio	5	3,8
- haavauma-alueen poisto	4	3,0
- pienialainen vestibulektomia	2	1,5

Hoidot Tays:n gynekologian poliklinikalla kestivät keskimäärin 2,3 vuotta (mediaani 1,1 vuotta), mikä tarkoitti 4,1 käyntiä lääkärillä (mediaani 3). Kolmekymmentäyksi potilasta kävi lääkärillä vain

kerran PGY-seurannan aikana, enimmillään käyntejä kertyi yhdelle potilaalle 17. Pääosin hoidoilla saatiin toivottua vastetta (Taulukko 7). Hoitojen loputtua 30,1 % (n=40) oli vapaita yhdyntäkivuista, 18,0 %:lla (n=24) yhdyntäkipuja oli edelleen merkittävästi. Huomattavaa kuitenkin oli, että 21,8 %:lla (n=29) ei ollut yhdyntöjä ollenkaan. Osalla syy tähän olivat yhdyntäpelot, mutta osalla tilanne johtui muusta elämäntilanteesta. Yhdyntöjen sujumista hoitojen päättyessä oli kuvattu lähinnä fysioterapeuttien kirjauksissa, lääkärit kirjasiivat ennemminkin, kuinka potilas aristaa tutkimista. Hoitojen lopussa potilaan ilmoittama VAS-arvo oli kirjattu vain 35 potilaalta (26,3 %). Heidän joukossaan VAS-keskiarvo oli 4,4 (mediaani 4,0), joten laskua hoitojen alun VAS-arvoista todella tapahtui.

Taulukko 7. Vulvodyniapotilaiden hoitovasteet.

<i>Hoitovaste</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Merkittävästi apua hoidoista	65	48,9
Jonkin verran apua hoidoista	34	25,6
Ei osaa sanoa	18	13,5
Vain hieman apua hoidoista	7	5,3
Ei apua hoidoista	9	6,8

Jaoin potilaat kahteen ryhmään (”merkittävästi hyötynneet” ja ”muut”) hoitovasteen perusteella siten, että ensimmäiseksi mainitun ryhmän muodostivat kuusikymmentäviisi potilasta Taulukon 7 mukaisesti. Muut-ryhmään kuului viisikymmentä potilasta, joiden hoitovaste oli epätydyttävämpi. Kahdeksantoista potilasta jäi tämän jaon ulkopuolelle vaikeatulkintaisesta hoitovasteesta johtuen. Näiden ryhmien välillä verrattiin ikää oireiden alkaessa, diagnoosiviivettä ja hoitojen kestoa PGY:lla. Mann-Whitneyn U-testillä ryhmien välille ei tullut tilastollisesti merkitsevää eroa, vaikka korkeampi ikä tai pidempi hoitojen kesto näyttivät ennustavan huonompaa toipumista (Taulukko 8). Edellä mainittua hoitovastejakoa käyttäen tehtiin myös ristiintaulukointeja muun muassa psyykensäirastavuuden ja vulvodynian tyypin vaikutuksesta hoitovasteeseen. Kävi ilmi, että vulvodynian eri tyyppien välillä hoitovaste erosi tilastollisesti merkitsevästi ($p=0,005$, Chi-square). Vestibulodyniapotilaat hyöttyivät hoidoista paremmin kuin essentiaalista tai sekamuotoista vulvodyniaa sairastavat, jotka oli tässä yhdistetty samaan vertailuryhmään. Muissa ristiintaulukoinneissa ryhmien välillä näytti olevan eroja, mutta nämä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Ristiintaulukoinnit on esitetty Taulukossa 9.

Taulukko 8. Numeeristen muuttujien vaikutus hoitovasteeseen.

	<i>Merkittävästi hyötynneet</i>	<i>Muut</i>	<i>p-arvo (Mann-Whitney U-test)</i>
Ikä oireiden alkaessa, vuotta	25,2 (mediaani 21,3)	30,9 (mediaani 25,0)	0,118
Diagnoosiviive, vuotta	2,8 (mediaani 1,7)	2,4 (mediaani 1,7)	0,968
Hoitojen kesto PGY:lla, vuotta	1,5 (mediaani 1,1)	1,8 (mediaani 1,3)	0,371

Taulukko 9. Kategoristen muuttujien vaikutus hoitovasteeseen.

		<i>Merkittävästi hyötynneet</i>	<i>Muut</i>	<i>p-arvo (Chi-square test)</i>
Psykykinen sairaus	Kyllä	45,9 % (n=17)	54,1 % (n=20)	0,115
	Ei	61,5 % (n=48)	38,5 % (n=30)	
Vulvodynian tyyppi	Vestibulodynia	63,3 % (n=57)	36,7 % (n=33)	0,005
	Essentiaalinen tai sekamuotoinen	32,0 % (n=8)	68,0 % (n=17)	
Primääri vestibulodynia	Kyllä	50,0 % (n=15)	50,0 % (n=15)	0,402
	Ei	58,8 % (n=50)	41,2 % (n=35)	
Operatiivinen hoito	kyllä	62,5 % (n=10)	37,5 % (n=6)	0,603
	ei	55,6 % (n=55)	44,4 % (n=44)	
PGY-käyntien lkm	1-3 käyntiä	63,1 % (n=41)	36,9 % (n=24)	0,106
	4-17 käyntiä	48,0 % (n=24)	52,0 % (n=26)	

4. POHDINTA

Tyypillinen vulvodyniapotilas on tutkimusaineistomme perusteella alle 30-vuotias nainen, joka on kärsinyt vestibulodynian oireista jo vuosia. Merkittävin oire on yhdyntäkipu. Vain harva potilaista oli vielä hankkinut lapsia. Potilaat olivat muuten varsin terveitä, mutta psykiatriset sairaudet olivat melko yleisiä. Lääkityksistä käytössä oli psyykenlääkkeiden lisäksi lähinnä allergia-, mahansuojai- tai muita vastaavia oirelääkkeitä. Essentiaalisesta vulvodyniasta kärsivät olivat pienempi ja keski-ikältään selvästi vanhempi potilasryhmä.

Psyykkisten sairauksien kumulatiivinen prevalenssi tutkimusaineistossamme oli 30,1 %, mikä kuulostaa varsin korkealta. Terveys 2000 ja 2011 -aineistoihin perustuvassa tutkimuksessa masennushäiriöt olivat yleisimpiä 30-44-vuotiailla naisilla, joista 18,6 %:lla oli masennushäiriö 12 kuukauden aikana (29). Kyseisessä tutkimuksessa oli kuitenkin huomioitu vain yli 30-vuotiaat suomalaiset. Toki masennus, ahdistuneisuus ja syömishäiriöt ovat kovin yleisiä myös alle 30-vuotiailla naisilla ja kumulatiivinen prevalenssi kattaa luonnollisesti suuremman osan sairastavuudesta kuin 12 kuukauden seuranta. Silti psyykkinen sairastavuus vaikuttaa aineistossamme hieman muuta väestöä yleisemmältä. Luonnollisesti asian tutkiminen tapaus-verrokkimenetelmällä olisi suotavaa. Kuten johdannossa käsiteltiin, psyykenongelmat lisäävät riskiä vulvodyniaan – ja päinvastoin. Aineistossamme yhdellä potilaalla masennus tuli vulvodyniadiagnoosin jälkeen, pitkällisen kiputilanteen ja henkisen kuormituksen myötä. Muilla psyykkinen sairaus oli olemassa ennen vulvodyniahoitojen alkua, mutta keneltäkään heistä ei kysytty, olivatko vulvodynian oireet jo tulleet esiin, kun psyykkinen vointi heikkeni.

Yhtenä tavoitteenamme oli kartoittaa kirjallisuuden perusteella vulvodynian riskitekijöiksi oletettujen tekijöiden esiintyvyyttä potilasaineistossa. Näitä olivat alle 18-vuotiaana aloitettu yhdistelmäehkäisytablettien käyttö, toistuvat hiivatulehdukset, toistuvat virtsatieinfektiot sekä taipumus kroonisiin kiputiloihin (fibromyalgia, interstitiellinen kystiitti, ärtyvän suolen oireyhtymä). Toki edellä mainittujen tekijöiden esiintyvyydet saatiin selville, mutta ilman verrokkiaineistoa emme osaa sanoa, ovatko esiintyvyydet muita korkeampia vulvodyniapotilailla. Verrokkiaineiston puuttuminen oli tutkimuksemme heikkous. Aineistossamme fibromyaliassa oli 3,0 %:lla, interstitiellistä kystiittiä niin ikään 3,0 %:lla ja ärtyvän suolen oireyhtymästä kärsi 8,3 %. Lähes kahdentuhannen naisen kyselytutkimusaineistossa edellä mainittujen tilojen esiintyvyydet olivat 11,8-7,5-9,4 %. Mikäli naisella oli lisäksi vulvodynia, näiden kiputilojen esiintyvyys oli

tutkimuksen mukaan vieläkin korkeampi. (12) Omaan aineistoomme verrattuna luvut ovat fibromyalgian ja interstitiellin kystiitin osalta melko suuria. Tutkimusasetelma kuitenkin selittänee erot: tutkimissamme sairauskertomuksissa krooniset kiputilat oli mitä todennäköisimmin ilmoitettu vain, mikäli potilas toi vastaanotolla itse esiin niistä kärsivänsä. Muista kroonisista kiputiloista kysyminen olisikin hyvä käytäntö vulvodyniapotilaita hoidettaessa.

Toisena tavoitteenamme oli kartoittaa vulvodynian hoitomuotoja ja niiden vaikuttavuutta. Hoitolinjat olivat Tays:ssa varsin yhtenäiset ja yhtenäistyivät tutkimusajanjakson loppua kohden. Kävi myös ilmi, että mitä enemmän vulvodyniapotilaiden hoitoa keskitettiin samoille lääkäreille, sitä yhtenäisempi hoitopolku oli. Tyypillinen hoitopolku on kuvattu Hoitojen ja hoitovasteen kuvailu -kappaleessa.

Huomattavaa oli, että gynekologin suosittelemista hoitomuodoista myös kieltäydyttiin. Eniten kieltäydyttiin kirurgisesta hoidosta (n=12), mikä selittynee hoidon kajoavuudella. Yllättävän moni myös kieltäytyi fysioterapiasta (n=9) ja seksuaalineuvonnasta (n=4).

Eri hoitomuotojen vaikuttavuuden vertailu olisi ollut haastavaa. Tutkimusaineistossamme kaikkia potilaita on hoidettu useilla eri hoitomenetelmillä. Lisäksi hoitoja ei ole vakioitu esimerkiksi keston tai annosten suhteen. Niin ikään hoitovasteen arviointi olisi luotettavampaa esimerkiksi yhtenäisen lomakkeen avulla. Näihin asioihin ei retrospektiivisessä kohorttitutkimuksessa luonnollisesti pystytä puuttumaan.

Keskimäärin potilaat hyötyivät hoidoista oikein hyvin. VAS- keskiarvo ja -mediaani laskivat ollen ennen hoitoja 8,0 (8,0) ja hoitojen päättyessä 4,4 (4,0). 74,4 % potilaista koki hyötynensä hoidoista merkittävästi tai jonkin verran. Ennen hoitoja yhdyntäkivuista kärsi 92,5 % potilaista, mutta hoitojen jälkeen merkittäviä yhdyntäkipuja oli enää 18,0 %:lla potilaista.

Kun verrattiin hyvän ja huonon hoitovasteen saaneita potilaita keskenään, ainoastaan vulvodynian tyyppi ennusti hoidoista hyötymistä tilastollisesti merkitsevästi. Psykiatrasta taustaa omaavilla potilailla hoitovasteet olivat keskimäärin huonommat. Ajoittain nämä potilaat koetaan varsin kuormittavina lääkärinkin kannalta. Diagnoosiviive ei näyttänyt vaikuttavan hoitovasteeseen tilastollisesti merkitsevästi.

Tutkimuksessamme on muutamia virhelähteitä. Potilaiksi valittiin kaikki Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa tiettyä ajanjaksona hoidetut täysi-ikäiset vulvodyniapotilaat, joten valinta tapahtui systemaattisesti. Otoksen edustavuuteen voi kuitenkin vaikuttaa negatiivisesti se, että kyseessä on yliopistosairaalan potilasmateriaali, oletettavasti keskimääräistä vaikeampaa

vulvodyniaa potevat naiset. Toisaalta, vulvodynian tunnettavuus on ollut vielä viime vuosina varsin huono terveyskeskuslääkärien – ja useiden gynekologienkin piirissä, joten potilaat ovat päätyneet läheteellä yliopistosairaalaan varsin usein. Toinen virhelähde ovat sairauskertomuksista puuttuvat tiedot. VAS kirjattiin hoitojen alussa 35,3 %:lta ja hoitojen lopussa 26,3 %:lta. Tässä olisi parantamisen varaa, sillä kiputilanteen kuvailussa VAS on sanallista kuvailua vertailtavampi suure. E-pillereiden aloitusikä, tupakointia sekä ikää ensimmäisessä yhdynnässä kysyttiin myös valitettavan harvoin. Kolmantena virhelähteenä esiin nousee tiedonkeruuvaiheessa tapahtuneet pyöritykset. Esimerkiksi hoitovasteen luokittelu jälkikäteen viiteen luokkaan oli hieman haastavaa, sillä tieto kiputilanteesta hoitojen jälkeen oli ilmaistu lukuisin erilaisin tavoin – joskus ei lainkaan.

Lisätutkimusta vulvodynian parissa tarvitaan jatkossa. Etenkin satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset eri hoitomuotojen vaikuttavuudesta ovat tarpeen. Etiologiaa selvittävässä retrospektiivisissä tutkimuksissa sen sijaan verrokkiryhmän muodostus olisi ensisijaisen tärkeää. Ilman sitä vulvodyniapotilaiden taustatietojen arviointi jää vaillinaiseksi. Tämänkin tutkimusaineiston puitteissa lisätutkimusta voi vielä harjoittaa.

Vulvodynia on invalidisoiva kiputila, joka vaikuttaa naisen elämään monella eri saralla. Kipujen lisäksi vulvodyniapotilaat kärsivät parisuhdeongelmista, syyllisyyden ja epäonnistumisen tunteista sekä jopa perhehaaveiden kariutumisesta. Ongelmallisia ovat potilaat, jotka eivät hakeudu lääkäriin ulkosynnyttimien kiputilan vuoksi tai joiden kipuja lääkäri ei tunnista vulvodyniaksi. On myös mahdollista, että heidän kipunsa leimataan psyykkisillä syillä selittyviksi, somatisoiduiksi. Yleislääkärikin on ensiarvoisen tärkeää ottaa potilaan kipuanamneesi tosissaan ja luoda rohkaiseva ilmapiiri keskustelulle.

LÄHTEET

- (1) Haefner HK. Report of International Society for the Study of Vulvovaginal Disease Terminology and Classification of Vulvodynia. *J Low Genit Tract Dis* 2007;11:48-9.
- (2) Paavonen J. Vulvodynia. *Suom Lääkäril* 2013;68:487-90.
- (3) Goldstein AT, Marinoff SC, Haefner HK. Vulvodynia: Strategies for Treatment. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48:769-85.
- (4) Reed BD, Harlow SD, Sen A, ym. Prevalence and demographic characteristics of vulvodynia in a population-based sample. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:170.e1-9.
- (5) Reed BD, Haefner HK, Sen A, ym. Vulvodynia Incidence and Remission Rates Among Adult Women. *Obstet Gynecol* 2008;112:231-7.
- (6) Ponte M, Klemperer E, Sahay A, ym. Effects of vulvodynia on quality of life. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:70-6.
- (7) Kraus Piper C, Legocki LJ, Moravek MB, ym. Experience of Symptoms, Sexual Function, and Attitudes Toward Counseling of Women Newly Diagnosed With Vulvodynia. *J Low Genit Tract Dis* 2012;16:447-53.
- (8) Plante A, Kamm M. Life events in patients with vulvodynia. *BJOG* 2008;115:509-14.
- (9) Bouchard C, Brisson J, Fortier M, ym. Use of Oral Contraceptive Pills and Vulvar Vestibulitis: A Case-Control Study. *Am J Epidemiol* 2002;156:254-61.
- (10) Groysman V. Vulvodynia: New Concepts and Review of the Literature. *Dermatol Clin* 2010;28:681-96.
- (11) Bohm-Starke N. Medical and physical predictors of localized provoked vulvodynia. *Acta Obstet Gynecol* 2010;89:1504-10.
- (12) Reed BD, Harlow SD, Sen A, ym. Relationship Between Vulvodynia and Chronic Comorbid Pain Conditions. *Obstet Gynecol* 2012;120:145-51.
- (13) Iglesias-Rios L, Harlow SD, Reed BD. Depression and posttraumatic stress disorder among women with vulvodynia: evidence from the population-based woman to woman health study. *J Womens Health* 2015;24:557-62.
- (14) Khandker M, Brady SS, Vitonis AF, ym. The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodynia. *J Womens Health* 2011;20:1445-51.
- (15) Gevirtz C. Pain Management of Vulvodynia and Dyspareunia. *Postgraduate Obstetrics & Gynecology* 2012;32:1-7.
- (16) Nyberg R, Susi J, Aho T, ym. Vulvodynia - Ulkosynnyttimien kipuoireyhtymä - potilasohjevihko. Tampereen yliopistollinen keskussairaala, Synnytys- ja naistentautien vastuualue.
- (17) Danielsson I, Torstensson T, Brodda-Jansen G, ym. EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: a randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis. *Acta Obstet Gynecol* 2006;85:1360-7.

- (18) Murina F, Bianco V, Radici G, ym. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomized controlled trial. *BJOG* 2008;115:1165-70.
- (19) Vallinga MS, Spoelstra SK, Hemel ILM, ym. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation as an Additional Treatment for Women Suffering from Therapy-Resistant Provoked Vestibulodynia: A Feasibility Study. *J Sex Med* 2015;12:228-237.
- (20) Ayling K, Ussher JM. "If sex hurts, am I still a woman?" the subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women. *Arch Sex Behav* 2008;37:294-304.
- (21) Bergeron S, Binik YM, Khalife S, ym. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain* 2001;91:297-306.
- (22) Zoulnoun DA, Hartmann KE, Steege JF. Overnight 5 % Lidocaine Ointment for Treatment of Vulvar Vestibulitis. *Obstet Gynecol* 2003;102:84-7.
- (23) Boardman LA, Cooper AS, Blais LR, ym. Topical Gabapentin in the Treatment of Localized and Generalized Vulvodynia. *Obstet Gynecol* 2008;112:579-85.
- (24) Reed BD, Caron AM, Gorenflo DW, ym. Treatment of Vulvodynia with Tricyclic Antidepressants: Efficacy and Associated Factors. *J Lower Gen Tract Dis* 2006;10:245-51.
- (25) Foster DC, Kotok MB, Huang L-S, ym. Oral Despiramine and Topical Lidocaine for Vulvodynia – A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2010;116:583-93.
- (26) Haefner HK, Collins ME, Davis GD, ym. The vulvodynia guideline. *J Low Genit Tract Dis* 2005;9:40-51.
- (27) Tommola P, Unkila-Kallio L, Paavonen J. Long-term well-being after surgical or conservative treatment of severe vulvar vestibulitis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:1086-93.
- (28) Tommola P, Unkila-Kallio L, Paavonen J. Long-term follow up of posterior vestibulectomy in the treatment of vulvar vestibulitis syndrome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90:1225-1231.
- (29) Markkula N, Suvisaari J, Saarni SI, ym. Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up – Results from the Finnish Health 2011 Survey. *J Affect Disord* 2015;173:73-80.

Liite 1: Sairauskertomuksista kerätyt tiedot

Yleiset taustatiedot	syntymäaika (kk/vuosi)
	tupakointi
Gynekologiset taustatiedot	menarche
	periodi
	duraatio
	menopausstatus
	dysmenorrea
	kuukautisten säännöllisyys
	dyspareunia
	yhdynnän yrittäminen ja toteutuminen
	ikä ensimmäisessä yhdynnässä
	graviditeetit (lkm hoitojen alussa ja yhteensä)
	partukset (lkm hoitojen alussa ja yhteensä)
	ensimmäinen synnytys (vuosi)
	oliko jo synnyttänyt oireiden alkaessa
	synnytystavat
	synnytyspelot
	raskauden/synnytyksen vaikutus oireisiin
	hyväksikäyttöanamneesi
	ehkäisy hoitojen alussa
	hormonaalisen ehkäisyn anamneesi (onko käyttänyt, aloitusvuosi)
	gynekologiset infektiot
	sukupuolitaudit
Yleiset terveystiedot	pysyvä lääkitys
	lääkityshistoria (psykenlääkkeiden ja VTI-estolääkkeiden osalta)
	perussairaudet
Vulvodynia	milloin oireet alkoivat (kk/vuosi, jos tiedossa)
	yhdistääkö potilas oireiden alun johonkin
	ensimmäinen hoitokontakti (kk/vuosi)
	ensimmäinen PGY-käynti (kk/vuosi)
	milloin vulvodyniadiagnoosi asetettiin
	vulvodynian tyyppi ja mahd. komplisoivat tekijät
	VAS hoitosuhteen alussa
	käytetyt hoitomuodot
	VAS hoitosuhteen lopussa
	ovatko hoidot vielä käynnissä (3/2015)
	hoitojen loppumisajankohta PGY:lla
	PGY-käyntien lkm
	kokemus hoitojen tuomasta avusta
	yhdyntöjen sujuminen hoitojen loppuessa