

Erfarenheter med særskilt vulvamottagning i Oslo

Sammandrag

Bakgrund. Kvinner med vulvaproblem og samlagssmerter kan ha svært att få medicinsk hjelp.

Material og metod. I 2000 öppnades i Oslo en vulvamottagning vid den venereologiska Olafiaklinikken. Verksamheten övertogs i 2003 av ett tvärprofessionellt vulvateam vid Rikshospitalet. Data blev samlat vid en retrospektiv genomgång av samtliga patientjournaler.

Resultat. Olafiaklinikens vulvamottagning besöktes av 217 patienter som tillsammans gjorde 470 besök. Medelålder var 31,4 år. Vulvodyni diagnostiserades hos 52 %, genital infektion hos 30 %, genital hudsjukdom hos 22 %, och primärt sexuella problem hos 21 %. Vid Rikshospitalets vulvaklinik gjorde 141 patienter 206 besök i 2003; medelålder var 42,5 år. 38 % hade vulvodyni, 26 % genital hudsjukdom, 11 % primärt sexuella problem, 10 % genital infektion og 10 % annat gynekologiskt hälsoproblem.

Förtolkning. Mottagningarnas tjänster har blivit efterfrågade. Korrekt diagnostik og behandling av infektioner og hudsjukdom är angelägen. Resurserna för patientgruppen har ökat med tillkomsten av Vulvaklinikken vid Rikshospitalet.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Karin Edgardh

karin.edgardh@rikshospitalet.no
Vulvaklinikken
Kvinneklubben
Rikshospitalet
0027 Oslo

Kvinner med vulvasjukdom har ofta långvariga besvær av klåda, sveda og smerte, og livskvaliteten är försämrad. Orsakerna kan vara hudsjukdom, genital infektion eller vulvodyni, samlingsnamnet för smertsyndrom i vulva (1). Penetrationsmerter vid samlag (dyspareuni) rapporteras öka bland yngre kvinner (2, 3). I två svenska sexualvaneundersökninger angav respondenterna med dyspareuni stora svårigheter att finna läkarhjälp (2, 3).

I flera länder finns särskilda vulvamottagningar, ofta med samverkan mellan gynekologer og hudläkare, bl.a. i Sverige og Storbritannia (4–6). I Storbritannia er vulvasjukdomar en oppgift också för faget *genitourinary medicine*, som i Norge täcks av spesialiteten *hud- og veneriske sykdommer*. En ny norsk lärobok om venereologi inneholder ett kort kapitel om vulvasjukdomar (7). Under slutet av 1990-talet ökade antalet besök av kvinner med långvariga vulvaproblem vid den venereologiska Olafiaklinikken i Oslo, og derfor inrättades i 2000 en vulvamottagning vid klinikken, den första vulvamottagningen i Norge (8). Hänvisning krävdes för besök. Verksamheten flyttades i 2003 till Kvinneklubben, Rikshospitalet. Syftet med denna framställning är att redogöra för verksamheten vid dessa mottagningarna.

Material og metod

Oppgifterna är baserade på en retrospektiv genomgång av samtliga patientjournaler. Mottagningen vid Olafiaklinikken sköttes av undertecknade överläkare, som er spesialist i gynekologi og dermatovenereologi. Tre timmars mottagningstid avsattes per vecka. Begränsade resurser gjorde efterhand att endast patienter i fertil ålder og från Oslo kunde tas emot.

För nybesök avsattes 45–60 minuter. Patienterna fick ett frågeformulär (4) i posten före besøket. Genitalundersökningen inkluderade bedömning av hud og slemhinna i vulva, undersökning av eventuell smerte i vestibulum og bäckenbotten, spekulumundersökning og gynekologisk palpation. Sedvanlig venereologisk praksis följdes med avseende på mikroskopi av sekret från vagina, cervix og urethra (7). Vaginalodling för svamp utfördes, men ej allmän bakterieodling. Fullständigt hudstatus, fotodokumentation, stansbiopsi, cytologiskt smear og provtagning för herpesinfektion utfördes på indikation. Diagnos sattes enligt ICD-10-systemet. Djup smerte og/eller

avvikande palpationsfynd av inre genitalia föranledde hänvisning för kompletterande gynekologisk ultraljudsundersökning. Behandlingen har följt de anvisningar som finns publicerade i en svensk bok om vulvasjukdomar (4). En informationsbroschyr för patienter underlättade kommunikationen.

Olafiaklinikens vulvamottagning flyttades till Gynekologisk poliklinikk vid Rikshospitalet i augusti 2003, der et tvärprofessionellt team med tre läkare etablerats: gynekolog, dermatolog från Hudavdelningen og undertecknad som konsulterande venereolog. Mottagningen har också en egen sjuksköterska. Utrymmet för nybesök uppgår till ca. 200 per år, vilket är mer än dubbelt så mycket som vid Olafiaklinikken. Det er nærhet till sjukhusfotograf og mikrobiologisk og histopatologisk expertis.

Resultat

Totalt gjorde 227 patienter 470 besök vid vulvamottagningen vid Olafiaklinikken 2000–02. De flesta hänvisningar, 38 %, kom från gynekologer, 23 % var internhänvisningar från Olafiaklinikken, og övriga hänvisningar från dermatologer og allmänläkare. Patienternas medelålder var 31,4 år (median 28,0 år; spridning 16–79 år). Besök hos fler än två andra läkare före besøket vid vulvamottagningen rapporterades av 57 %.

52 % av patientene hade en smärtdiagnos, främst vestibulit. Genital infektion fanns hos 30 %, vanligen en recidiverande vulvovaginal candidainfektion. Mycket få sexuellt överförbara infektioner diagnostiserades. Genital hudsjukdom förelåg hos 22 %, vanligen enkla irritationseksem, men också nya fall av vulvovaginal lichen planus. Primärt sexuella problem utan specifik somatisk diagnos bedömdes vara besvärsorsak hos 21 % (kombination av flera diagnoser förklarar att procentsiffrorna överstiger 100).

Under startåret 2003 har totalt 141 patienter gjort 206 besök vid Vulvaklinikken, Rikshospitalets kvinneklinikk. 29 % undersöktes

! Huvudbudskap

- Kvinner med vulvaproblem kan ha svært att få medicinsk hjelp
- En vulvamottagning med tvärprofessionell expertis kan gi bättre diagnostik og behandling för vulvabesvær

av minst två läkare i teamet. Patienternas medelålder var 42,5 år (spridning 17–81 år). Majoriteten kom från Oslo och Akershus, men 26 % hänvisades från andra helseregioner. Hänvisande läkare var främst gynekologer vid sjukhus eller i privat praxis. Den största patientgruppen, 38 %, fick en vulvodyni-diagnos, vanligen vestibulit eller essentiell vulvodyni. Hos 26 % förelåg genital hud-sjukdom, 11 % hade en primärt sexuell problematik utan specifik somatisk diagnos, 10 % hade en genital infektion, 10 % andra enklare gynekologiska hälsoproblem, och en liten grupp patienter kom för «second opinion», men hade tillfrisknat.

Diskussion

Vulvamottagningen vid Olafiaklinikken fyllde ett behov. Antalet hänvisningar ökade, likaså telefonförfrågningar från kollegor och önskemål om föredrag om vulvasjukdomar. Men expansionsmöjligheterna vid Olafiaklinikken var begränsade, inte minst då kliniken 2003 förlorade sin tillhörighet till universitetssjukhus.

Vulvamottagningar behövs i Norge, då vulvasjukdomar är ett försummat kvinnomedicinskt problem. Att en första mottagning öppnades vid Olafiaklinikken var ett positivt initiativ inom norsk venerologi. En fördel med att en kvinna med vulvaproblem undersöks vid venerologisk mottagning är att det görs en fullständig infektionsundersökning. Sullivan och medarbetare rapporterade i 1999 från en vulvaklinik i London att mindre än hälften av 135 hänvisade patienter hade undersökts för genital infektion trots sina genitala besvär (9). Av dessa hade en tredjedel genital infektion av klinisk betydelse, främst vulvovaginal candida. Dessa resultat är i överensstämmelse med innehåll i hänvisningar samt resultat av undersökningar vid vulvamottagningen vid Olafiaklinikken. Att färre patienter diagnosticerats med genital infektion vid Olafiaklinikken enn vid Rikshospitalet kan delvis bero på att patienterna där hade en högre medelålder. Candidainfektioner är vanligare hos yngre kvinnor (10).

Genital infektion är inte alltid sexuellt smittad

Epidemiologiska studier visar att kvinnor med samlagssmärta och vestibulit ofta behandlats upprepade gånger för vulvovaginal candida och bakteriell vaginos (11, 12). Samma oberoende riskfaktorer framgick av en väntrumsundersökning vid Olafiaklinikken i 2002 (13). Vulvaproblem med smärta och klåda sedan mer än tre månader rapporterades av 23 %, långvarig och svår ytlig dyspareuni av 6,9 %. Oberoende riskfaktorer var tidigare frekvent behandling för vulvovaginal candida (oddsratio 4,5; 95 % KI 1,81–11,0) samt bakteriell vaginos (oddsratio 2,3; 95 % KI 1,1–4,92) (13). Kvinnorna med vulvaproblem misstänkta

sällan någon sexuellt överförbar infektion som orsak till sina problem, men sökte den lättillgängliga gratiskliniken i hopp om att ändå få hjälp.

Infektionsbehandling är inte alltid baserad på korrekt diagnostik, och behandlingarna kan vara en markör för ett feldiagnosticerat vulvaproblem. Fungistatika för vulvovaginal behandling säljs också receptfritt och i ökande mängd på apotek. Tyvärr finns nackdelar med detta. Ferris och medarbetare har rapporterat att endast en tredjedel av 95 kvinnor som köpte receptfritt medel mot svamp, hade candida vid klinisk undersökning (14). Kvinnor som tidigare diagnosticerats med candida, var inte säkrare i sin egenbedömning. Risken finns att upprepad användning ger en lokal irritation och utlöser vulvasmärta.

Korrekt diagnostik och behandling av kvinnor med så kallade vardagliga besvär med flytning, sveda och klåda kan förhindra såväl över- som underbehandling av genitala infektioner, och därmed förhoppningsvis förebygga ytlig dyspareuni. Den venerologiska subspecialiteten har här ett ansvar för korrekt handläggning och utbildning av kollegor. Uppdaterad information finns tillgänglig i den senaste versionen av veiledningen för norska gynekologer.

Patienter söker både gynekolog och venerolog

Det största antalet hänvisningar av vulvapatienter har remitterats från gynekologer, men smärtpatienter i Oslo söker också venerolog (13). Diagnostik av smärteproblem vid en venerologisk mottagning bygger på kliniskt medvetande och intresse (6). Smärtdiagnostik kräver en annorlunda undersökningsteknik än den gängse venerologiska och en sexualanamnes som inte är begränsad till riskbedömning för sexuellt överförbar infektion. Utan detta kan diagnos ej ställas, och risken finns att patienten inte får adekvat hjälp, t ex med hänvisning till specialmottagning.

Genital hudsjukdom finns hos många vulvapatienter, som dock oftare primärt går till allmänläkare eller gynekolog än till hudläkare med sina besvär. Till vulvamottagningarna har kommit kvinnor med kronisk och svår erosiv vulvovaginal lichen planus, kvinnor som tyvärr fått vänta i år på korrekt diagnos (15). För denna patientgrupp är tvärprofessionell samverkan mellan dermatovenerolog och gynekolog särskilt angelägen.

I Oslo är venerologin skild från de dermatologiska sjukhusavdelningarna. Det innebär en risk för att spetskompetens inte utvecklas när det gäller genitala manifestationer av hud- och slemhinnesjukdom, och är en bidragande orsak till att ett tvärprofessionellt samarbete behövs inom ett vulvateam. Med tillkomsten av Vulvaklinikken vid Rikshospitalet har vulvakompetensen i Oslo breddats, då flera specialist-

läkare ingår i vulvateamet, också med venerologisk kompetens. Verksamheten vid Vulvaklinikken är prioriterad, och cirka 200 nya vulvapatienter kan nu tas emot årligen, oberoende av ålder och bostadsort. Förhoppningsvis kommer tillhörigheten till universitetssjukhus att underlätta kvalitets-säkring av verksamheten och forskningsinsatser på ett område av kvinnomedicinsk betydelse. Undervisning om vulvasjukdomar bör bli en del av utbildningen för blivande läkare, allmänläkare, gynekologer och dermatovenerologer.

Kompetent sexologisk rådgivning av psyko-terapeutiskt skolad expertis kan vara värdefullt för vulvapatienter, och ett samarbete är etablerat med Institutet för klinisk sexologi och terapi. Vid behov informeras patienter om möjligheten till kontakt med institutet, och hänvisning skrivs på begäran. Verksamheten är inte utvärderad, men ett stort antal kvinnor har berättat att de haft stor nytta av kontakten.

Ett postdoktoralt stipendium från Ullevål universitetssykehus i 2002 och ett stipendium från Norske Kvinners Sanitetsforening i 2003 har möjliggjort ett fördjupningsarbete inom området vulvasjukdomar.

Litteratur

- Smart OC, MacLean AB. Vulvodynia. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003; 15: 497–500.
- Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996. Lewin B, red. Stockholm: Folkhälsainstitutet, 1998.
- Danielsson I, Sjöberg I, Stenlund H et al. Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study. *Scand J Public Health* 2003; 31: 113–8.
- Vulvasjukdomar. Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, Arbets- och Referensgruppen för Vulva, 2003.
- Edwards S, Handfield-Jones S, Gull S. National guideline on the management of vulval conditions. *Int J STD AIDS* 2002; 13: 411–5.
- Edwards A, Wojnarowska F. The vulval pain syndromes. *Int J STD AIDS* 1998; 9: 74–8.
- Moi H, Maltau JM. Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer. Oslo: Gyldendal, 2002.
- Edgardh K. The Olafia Vulva Clinic – a new service at the centre for STD in Oslo. *Forum Nordic Dermatol Venereol* 2003; 8: 1–5.
- Sullivan AK, Straughair GJ, Marwood RP et al. A multidisciplinary vulva clinic: the role of genitourinary medicine. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1999; 13: 36–40.
- Sobel JD, Faro S, Force RW et al. Vulvovaginal candidiasis: epidemiologic, diagnostic, and therapeutic considerations. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 203–11.
- Sarma AV, Foxman B, Bayrili B et al. Epidemiology of vulvar vestibulitis syndrome: an exploratory case-control study. *Sex Transm Infect* 1999; 7: 320–6.
- Smith EM, Ritchie JM, Galask R et al. Case-control study of vulvar vestibulitis risk associated with genital infections. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2002; 10: 193–202.
- Edgardh K, Abdelnoor M. Longstanding vulval problems and entry dyspareunia among STD-clinic visitors in Oslo – results from a cross-sectional study. *Int J STD AIDS* 2003; 14: 796–9.
- Ferris DG, Nyirjesy P, Sobel JD et al. Over-the-counter antifungal drug misuse associated with patient-diagnosed vulvovaginal candidiasis. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 419–25.
- Edgardh K. Vulvovaginal lichen planus – diagnos och behandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 5: 618–20.