

וּסְטִיבּוּלּוֹדִינְיָה מִמַּגַּע (provoked vestibulodynia)

ד"ר אחינעם לב-שגיא

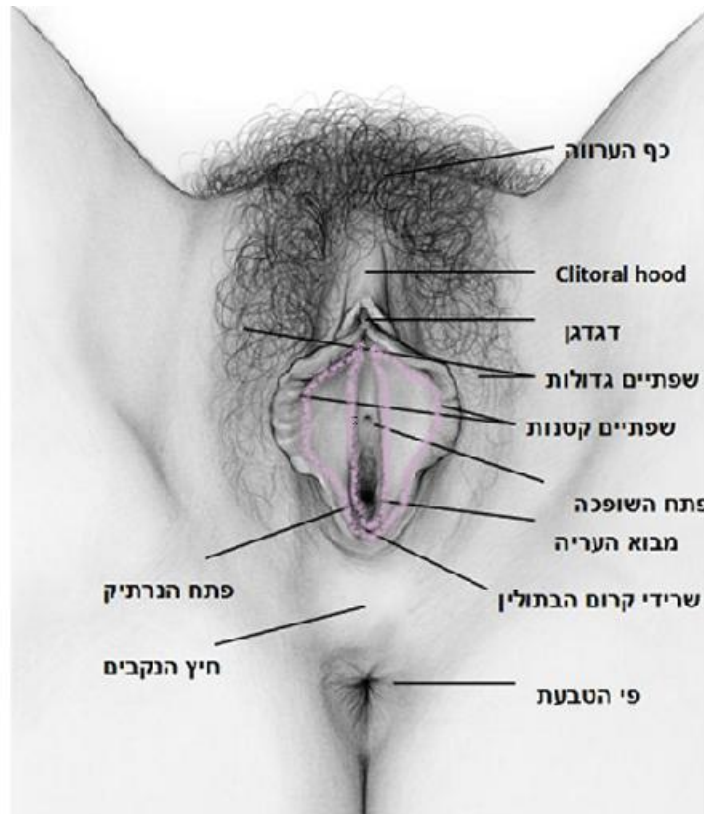
המרפאה למחלות של הפות והנרתיק

מרכז בריאות האישה, קופ"ח כללית, רמת אשכול, ירושלים, ומחלקת נשים, הדסה הר הצופים, ירושלים
אוקטובר 2013

כמעט כל אישה חווה במהלך חייה כאבים בנרתיק ובפות. במרבית הנשים מדובר באירוע זמני הנגרם מדלקת, והכאב חולף עם ריפוי הדלקת. אולם יש נשים הסובלות מכאבים בפות למשך תקופות ממושכות ואפילו באופן קבוע.

וּלּוּוֹדִינְיָה (באנגלית: וולווה=פּוֹת, -דינִיָה=כֶּאֱב) הינה מצב כרוני (מתמשך) של כאב בפות, המלווה לעיתים בתחושת צריבה, שריפה, דקירה, גרוי מכאיב או גרד. עם הזמן, מביא הכאב להשלכות גופניות, מיניות ונפשיות. נהוג להשתמש באבחנה זו רק לאחר בירור רפואי יסודי ובתנאי שלא נמצאה סיבה אחרת הגורמת לכאב, כגון זיהום (פטריה, הרפס), מחלת עור או אלרגיה. מיקום הכאב, עוצמתו ותכיפותו משתנה מאישה לאישה: בעוד נשים מסויימות חוות כאב רק באזור אחד של הפות, נשים אחרות סובלות מכאב במספר אזורים בפות, או בפות כולה. הכאב יכול להיות מתמיד או התקפי, להופיע ללא כל גירוי או להופיע בתגובה למגע באזור.

וּסְטִיבּוּלּוֹדִינְיָה מִמַּגַּע (provoked vestibulodynia-PVD) אשר כונתה בעבר "וּסְטִיבּוּלִיטִיִּס" או "דלקת מבוא העריה" (vulvar vestibulitis syndrome) הינה תסמונת של כאב המופק בעת מגע במבוא העריה (vestibule), שהיא רקמה ברוב מספר מילימטרים המצויה בפתח הנרתיק. הכאב אינו מוסבר על ידי קיומו של גורם אחר, ונמשך מעל 3 חודשים. מחקרים הראו כי שכיחות הבעיה, הגורמת לפגיעה ניכרת באיכות החיים, ביחסים הזוגיים ובדימוי הגוף, נעה בין 18%-3. כוללים: 1. כאב חמור במבוא העריה בעת מגע או ניסיון חדירה לנרתיק; 2. רגישות ממוקמת למגע במבוא העריה (ללא רגישות דומה ברקמות הסמוכות למבוא העריה); 3. שלילת גורמים אחרים היכולים לגרום לרגישות, כגון דלקת, זיהום, מחלת עור וכד'.



הכאב מופיע בדרך כלל במהלך או אחרי הפעלת לחץ קל על מבוא העריה, למשל בעת חדירה לנרתיק במהלך יחסי מין, החדרת טמפון, בדיקה גינקולוגית, ולעיתים אפילו בעקבות ישיבה ממושכת, רכיבה על אופניים או לבישת ביגוד הדוק. נשים הסובלות מוסטיבולודיניה ממגע מספרות בדרך כלל על כאב בעת חדירה לנרתיק, ועל כאב ממושך או תחושת צריבה בפות לאחר נסיון החדירה, אשר עשוי להמשך שעות ואף ימים. לעיתים מלווה המגע באזור בהופעת נפיחות וצריבה בשתן לאחר יחסי מין. דרגות הכאב שונות בכל אישה ואישה, ואצל נשים רבות הכאב עז עד כדי כך, שהן נמנעות מקיום יחסי מין.

היסטוריה

הספרות הרפואית תיארה לראשונה את התסמונת של כאב בפות בסוף המאה השמונה עשרה. מאז זכתה התסמונת לשמות רבים. ב-1987 טבע ד"ר פרידריך את השם "וסטיבוליטיס" (Vulvar vestibulitis syndrome) המתייחס לתחושת כאב בפתח הנרתיק ("מבוא העריה" או "וסטיבול", vestibule). המושג "וסטיבוליטיס" על פי ד"ר פרידריך התייחס לקיומם של שלושה מרכיבים: 1. כאב בפתח הנרתיק, המתבטא בעיקר בעת נסיון חדירה לנרתיק; 2. אודם ברקמה; 3. בדיקה מתאימה על ידי הרופאה, בה מופקים רגישות וכאב על ידי מגע קל בוסטיבול. מאחר ופרידריך ורופאים אחרים העריכו כי המצב נגרם מדלקת, הם כינו את התסמונת "וסטיבוליטיס" (שמשמעותה באנגלית "דלקת של הוסטיבול"). הנושא עבר הערכה מחדש על ידי החברה הבינלאומית לחקר מחלות העריה והלדן (ה-

International society for the study of vulvovaginal disease-ISSVD), ובשנים האחרונות הוחלט להמנע משימוש במילה "וסטיבוליטיס" לאור התפיסה הרווחת בקרב רבים מן העוסקים בתחום, שלא מדובר בתהליך דלקתי כגורם לכאבים הממושכים. מ-2003 נהוגה שיטת סווג חדשה, בה מכונה התופעה של כאבים בפות "וולוודיניה", והכאב במבוא הנרתיק מכונה "וסטיבולודיניה" (כאב בוסטיבול) עם זאת, מטפלים רבים העוסקים בתחום ממשיכים לקרוא לתסמונת "וסטיבוליטיס".

האם מדובר בתופעה נדירה?

ההערכה היא כי 3-18% מאוכלוסית הנשים סובלות מוסטיבולודיניה ממגע בדרגת חומרה משתנה. למרות המספר הגבוה של נשים הסובלות מכאבים, נשים רבות אינן מדברות על הבעיה, ורופאים רבים אינם מודעים להיקף הבעיה ולאפשרויות הטיפול. לפיכך, נמצא כי יש עיכוב משמעותי באבחון המדוייק (עבודות אף הראו עיכוב של שנתיים-שלוש באבחנה והערכה על ידי 15 רופאים בממוצע, לפני האבחון המדוייק!)

כיצד נעשית האבחנה?

האבחנה נעשית על ידי שילוב של היסטוריה רפואית, בה מספרת האישה על אופי הכאבים שהיא חווה, ובדיקה של הפות והנרתיק. מטרת הבדיקה הינה לוודא כי מקור הכאב הוא במבוא העריה ולשלול גורמים אחרים לכאב, כגון זיהום פטרייתי, דלקת, מחלת עור וכו'. במהלך הבדיקה נוגעת הרופאה בעדינות באמצעות מטוש (הדומה למקל לניקוי האוזניים- מקלון דק שבקצהו צמר גפן) במספר נקודות במבוא העריה ומעריך את מידת הרגישות המופקת בבדיקה זו. אם לא נעשית בדיקה מכוונת, קל מאוד "לפספס" את האבחנה בבדיקה גינקולוגית רגילה, ולכן בכל מצב של כאבים בקיום יחסי מין ללא אבחנה ברורה, רצוי לפנות לרופאה המכיר את הבעיה ויודע כיצד לאבחן אותה.

מה הגורם להופעת וסטיבולודיניה ממגע?

הסיבה להתפתחות וסטיבולודיניה ממגע אינה ידועה בוודאות; היא אינה תוצאה של זיהום פעיל או של העברת מחלה ביחסי מין.

מחקרים רבים ניסו לאפיין את הגורמים לתסמונת ואת יעילותן של צורות טיפול שונות, אך עדיין לא ברור מה הגורם לתסמונת ומה הטיפול המיטבי בה. המידע הקיים כיום תומך בתיאוריה כי מנגונים שונים עשויים לגרום להופעת וסטיבולודיניה ממגע או להשתתף בהתפתחותה. בין המנגונים המוצעים ניתן למנות קשר בין התפתחות וסטיבולודיניה לבין שימוש באמצעי מניעה הורמונליים (גלולות, מדבקות וטבעת נרתיקית). מחקרים אחרים הראו, כי בנשים הסובלות מוסטיבולודיניה ממגע יש ריבוי של קצוות

תאי עצב תחושתיים ברקמת מבוא העריה. בנוסף, נמצא כי בקרב חלק מן המטופלות תרגילי הרפייה של שרירי רצפת האגן משפרים את הכאב בצורה משמעותית, ולפיכך נראה כי שרירי רצפת האגן עשויים להשתתף בפתופיזיולוגיה. וסטיבולודיניה ממגע עשויה להופיע כבר בניסיון החדירה הראשון (וסטיבולודיניה ראשונית) או יכולה להופיע לאחר תקופה ממושכת ללא כאב דומה במגע (וסטיבולודיניה שניונית).

הממצאים השונים בקרב מטופלות שונות הביאו להשערה כי וסטיבולודיניה ממגע אינה מייצגת הפרעה אחת, אלא מספר מצבים שונים, היוצרים סימפטומים וביטויים קליניים דומים. מרבית הטיפולים המצויים בשימוש (משחות, תרופות נוגדות כאב מקבוצת הטריצקליים, טיפולים פסיכותרפיים, טיפולי פיזיותרפיה של רצפת האגן או ניתוח) מראים יעילות מוגבלת של 40-85% בד"כ, עם שונות גדולה של תגובה בקרב נשים שונות, ושיעור ניכר של נשים שאינן מגיבות לטיפולים השונים.

עבודות שונות הראו כי גורמים גנטיים, חומרי דלקת, דלקות נרתיקיות חוזרות, אלרגיה וחבלה עשויים להיות מעורבים בהתפתחות וסטיבולודיניה ממגע. מטופלות רבות עם וסטיבולודיניה ממגע מדווחות על היסטוריה של דלקת נרתיק פטריתית חוזרת, אם כי לא ברור האם התלונה מייצגת עליה אמיתית בשכיחות הדלקת או טעות באבחון וסטיבולודיניה ממגע עם הופעתה (כלומר, התלונות מיוחסות בטעות לדלקת נרתיקית). קיימת תיאוריה הגורסת כי דלקת נרתיק חוזרת עשויה לגרום להתפתחות

וסטיבולודיניה ממגע אצל חלק מן המטופלות, במנגנון של התרבות תאי עצב ברקמת מבוא העריה. היות והאבחנה של וסטיבולודיניה ממגע אינה ספציפית ונעשית על ידי שילוב ממצאים קליניים ושילית הפרעות אחרות, ולמרות שנים רבות של מחקר שמטרתו להבין את הגורם להתפתחות התסמונת, מקורה והגורמים לה עדיין לא מובנים. בהעדר הבנה של הגורמים ומנגנון ההתפתחות של וסטיבולודיניה ממגע, הטיפול בה אינו מבוסס ראיות (evidence based) ומתבצע בדרך של ניסוי וטעיה. מעל 30 טיפולים שונים תוארו בספרות לוסטיבולודיניה ממגע, בו בזמן שראיות ממחקרים קליניים מראים כי ערכם של הטיפולים בוסטיבולודיניה ממגע מוטל בספק. ההמלצות הטיפוליות הנוכחיות הינן שילוב טיפולים בצורה רב תחומית, תוך הקלת הכאב.

התוצאה של גישה טיפולית זו אינה מעודדת: ראשית, נמצא כי המידע העולה ממחקרים קליניים אינו מספיק על מנת להוכיח כי מי מן מהטיפולים הנהוגים מביא לתועלת. יתרה על כן, במחקרים בודדים שבדקו טיפולים בצורה אקראית- מבוקרת וסמויה, נמצא כי אף אחד מן הטיפולים התרופתיים שנבדקו אינו יעיל לטיפול בוסטיבולודיניה ממגע. היות ושאר המחקרים היו בעלי איכות נמוכה, לא ניתן להסיק מסקנות לגבי יעילותם האמיתית של הטיפולים. בנוסף, תוצאות של מחקרים טיפוליים שונים בוסטיבולודיניה ממגע מראים טווח רחב של תגובות לטיפולים השונים, כאשר רק 35%-79% מן הנשים מדווחות על שיפור בערכי הכאב שלהן בטווח של 6 חודשים מתחילת הטיפול.

גם התוצאות ארוכות הטווח של הטיפולים הינן מאכזבות, ו-66% מן הנשים מדווחות על שיפור "כלשהו", אך רק 57% מדווחות על יותר מ-50% שיפור מאז אבחנתן, ויותר ממחציתן מתארות כאב עז והפרעה תפקודית בפעילות היומיומית ובקיום יחסי מין.

אחד ההסברים לתוצאות הללו הינו כי וסטיבולודיניה ממגע מייצגת קבוצה מעורבת של הפרעות, כאשר בכל תת קבוצה מנגנון הכאב הינו שונה והטיפול היעיל שונה גם כן. כאשר מקבצים הפרעות שונות תחת אותה "מטריה אבחנתית" ובודקים את יעילות הטיפול, מקבלים תוצאות הטרוגניות, של חוסר תגובה מוחלט לעומת 100% שיפור בקרב נשים שונות.

גישה אבחנתית וטיפולית שונה הוצעה לאחרונה על ידי ד"ר אנדרו גולדשטיין במאמרים ובספרו "When Sex Hurts". ד"ר גולדשטיין מסווג קבוצות שונות של וסטיבולודיניה ממגע על פי ההיסטוריה והממצאים בבדיקה:

1. Hormonally mediated PVD - הכאב החל בעת נטילת אמצעי מניעה הורמונליים. למטופלות יש ערך נמוך מן הצפוי של סטטוסטרון חופשי בדמן, והן מתלוננות על יובש, קושי בסיכוך, ירידה בחשק המיני ובעוררות המינית. בבדיקה, רקמת הוסיבול דקה ורגישה, והוסיבול רגיש בכל היקפו. הטיפול כולל הפסקת גלולות ומריחת משחה הורמונלית (אסטרויל, עם או בלי סטטוסטרון) על רקמת מבוא העריה.

2. Hypertonic pelvic muscle dysfunction - בקבוצה זו, שרירי רצפת האגן מכווצים ורגישים במישוש. למטופלות יש לרוב תסמינים אחרים המעידים על כוּוץ יתר, כגון תכיפות ודחיפות בהשתנה, טחורים ופיסורות בפי הטבעת. ההפרעה יכולה להיות משנית לגורמי כאב אחרים, או להופיע בצורה מבודדת, לרוב עם הפרעות אחרות במערכת השרירים והשלד (בעיות גב תחתון, מפרקי ירכיים וכו'). באופן טיפוסי הכאב מרוכז במבוא העריה התחתון בלבד עם כאב קל או ללא כאב בחלקו העליון. הטיפול כולל פיזיותרפיה של רצפת האגן, תכשירים תרופתיים להרפיית השרירים וטיפולים התנהגותיים.

3. Neuroproliferative PVD - בקרב נשים אלה ישנו מספר גבוה מן הרגיל של תאי עצב תחושתיים לכאב באפיתל מבוא העריה. קבוצה זו מתחלקת לשתי קבוצות משנה, נשים עם ריבוי תאי עצב מולד (congenital) או נרכש (acquired). הקבוצה עם congenital neuroproliferative PVD מצויה עם כאב ראשוני, מראשית קיום יחסי מין או נסיונות החדרת טמפון. לעיתים קרובות תמצא רגישות למגע במרכז הטבור בשל מקור עוברי משותף (the primitive urogenital sinus). בקרב נשים עם acquired neuroproliferative PVD, הכאב החל אחרי תגובה אלרגית קשה או דלקות נרתיק.

לנשים יש רגישות בכל היקף רקמת מבוא העריה. הטיפול כולל תרופות מאלחשות, תרופות המשפיעות על מערכת העצבים כגון תרופות לטיפול בדכאון (אלטרול, סימבלטה), תרופות

נוגדות פרכוס (גבפנטין, ליריקה) במתן סיסטמי או במשחה, capsaicin (החומר הפעיל בצ'ילי חריף) או ניתוח להסרת רקמת מבוא העריה (vestibulectomy).

הטיפול בוסטיבולודיניה ממגע

היות ואיננו יודעים מה הגורם להופעת וסטיבולודיניה ממגע, הטיפול מכוון להקלת התסמינים והוא עשוי להביא להקלה חלקית או מוחלטת בכאב. היות ולא מדובר בבעיה גינקולוגית פשוטה, מומחים רבים מעדיפים טיפול רב תחומי, הכולל טיפול תרופתי בכאב, פיזיותרפיה של רצפת האגן, טיפול פסיכותרפי וטיפול מיני. נהוג לטפל בוסטיבולודיניה באמצעים שונים, ומילת המפתח בטיפול הינה סבלנות, היות ונשים שונות מגיבות באופן שונה לטיפולים השונים, ולא ניתן לחזות מראש כיצד תגיב כל אישה לכל טיפול וטיפול. הדבר דורש תקופת מה של "נסיון וטעיה" עד לקבלת תוצאות מקסימליות. בחלק מן הנשים ניתן להביא להקלה ולשיפור משמעותיים עם הזמן. לאור הקשר הקיים בין וסטיבולודיניה להפרעות אחרות של כאב כרוני ושכיחות גבוהה של דכאון והפרעות חרדה, אנו ממליצים לעיתים על שילוב של אמצעים התנהגותיים להקלת מתח או טיפול פסיכולוגי במקביל לשימוש באמצעים תרופתיים. הטיפולים השונים כוללים: מניעת חשיפה לחומרים מגרים, חומרי הרדמה מקומית, טיפולים הורמונליים, טיפול בתרופות נוגדות דכאון (אשר משפיעות באופן ישיר על תאי עצב ונועדו להפחתת כאב), פיזיותרפיה של רצפת האגן המשולבות בטכניקות הרפיה של הרקמות הרכות, משחות בהכנה מיוחדת המכילות תרופות המשפיעות על תאי העצב, תרופות נוגדות דלקת במתן מקומי, טיפולים פסיכותרפיים, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, או ניתוח הכולל הסרה של אזור הוסטיבול במקרים שלא הגיבו לטיפולים אחרים.

כמה מילים אישיות...

לוסטיבולודיניה, כמו לכל כאב כרוני, עשויה להיות השפעה עצומה על איכות החיים. התסמינים עלולים להיות עזים כל כך עד שקיום יחסי מין הופך לבלתי אפשרי, ואפילו ישיבה, רכיבה על אופניים, הליכה או לבישת מכנסיים הדוקים יהיו בלתי נסבלים. הכאב עלול להציק במהלך כל היום, להגביל את תפקוד האישה בעבודתה ולהשפיע על חיי החברה שלה. הקושי שהוא יוצר בקיום יחסי מין משפיע על חיי הזוגיות ועל היכולת ליצור מערכת יחסים. המגבלות האלה יכולות לפגוע בדימוי העצמי ולהשרות חרדה ודיכאון. לכך נוספת הסטטיסטיקה העגומה על העיכוב באיבחון, ומשפטים כמו "זה הכל בראש שלך", "תלמדי לחיות עם זה" ו"אין לך שום דבר", שנאמרים לעיתים קרובות מדי על ידי רופאים/ות עד שחלק גדול מן הנשים מתייאשות ומוותרות על הזכות הבסיסית שלהן לחיות ללא כאבים.

את לא לבד! נשים רבות סובלות מוסטיבולודיניה ממגע, ולצדך, רבות מהן כואבות בסתר ובשקט....אני מאמינה כי אבחון מדויק ומהיר, מלווה בהדרכה נכונה, תמיכה והפניה לטיפולים המתאימים, עשויה

להקל משמעותית את הכאב ואף לפתור אותו במקרים רבים. טיפול נכון מתחיל באבחנה נכונה ויש לוודא כי גורמים אחרים, הניתנים לאבחון וטיפול, נשללו. בשנתיים האחרונות אימצתי את המודל של ד"ר גולדשטיין, והתוצאות הטיפוליות בהתאם למודל זה טובות באופן משמעותי יותר מן התוצאות הטיפוליות שהשגתי בעבר. לדאבוני, אין "טיפול מנצח" בוסטיבולדיניה, ויש לבצע התאמות ושינויים תכופים בטיפול. יש לזכור כי בטיפול בתסמונות כאב כרוניות, נדרשות סבלנות והתמדה, הן מצד המטופלת והן מצד המטפלת. גישת טיפול רב תחומית, אמון ותקשורת טובה עם המטפלת הינם מרכיבים חיוניים בהשגת ריפוי. חשוב לדון עם המטפלת בציפיות שלך מן הטיפול ובמטרותיך, ולנסות לשלב את כל מרכיבי הטיפול שיכולים לעזור במקרה הפרטי שלך.