

Vulvodynie und Vaginismus als sexualmedizinische Krankheitsbilder – drei Kasuistiken

Roswitha Engel-Széchenyi

Vulvodinia and Vaginismus as Sexual Medical Diseases – Three Case Reports

Abstract

The following three case reports describe the clinical treatment of pain that women experience in their vulva and/or vagina and which impedes or prevents sexual intercourse and reduces the women's sexual sensitivity, both of which can cause feelings of insufficiency. The causes of these often interlinked and mutually present disorders are often (psycho-)somatic in origin. An initial gynecological examination should be followed by a comprehensive psychosomatic anamnesis. Three courses of therapy are presented in which vulvodinia and vaginismus are treated holistically in accordance with the concept of biopsychosocial causes of disease.

Schlüsselwörter: Vulvodinia, Vaginismus, Sexual avoidance behavior, Couple relationships, Biopsychosocial disease concept

Zusammenfassung

Die folgenden drei Fallberichte beschreiben die klinische Behandlung von Schmerzen, die Frauen in ihrer Vulva und/oder Vagina erfahren und die den Geschlechtsverkehr erschweren oder verhindern und die sexuelle Sensibilität der Frauen verringern, was zu Insuffizienzgefühlen führen kann. Die Ursachen dieser oft miteinander verknüpften und wechselseitig vorhandenen Störungen sind häufig (psycho-)somatischen Ursprungs. Auf eine gynäkologische Eingangsuntersuchung sollte eine umfassende psychosomatische Anamnese folgen. Es werden drei Therapieverläufe vorgestellt, in denen Vulvodynie und Vaginismus nach dem Konzept der biopsychosozialen Krankheitsursachen ganzheitlich behandelt werden. Schlüsselwörter: Vulvodynie, Vaginismus, sexuelles Vermeidungsverhalten, Paarbeziehung, biopsychosoziales Krankheitskonzept

Die Erkrankungen und ihre Behandlung

Vulvodynie sowie Vaginismus werden als psychosomatische Schmerzstörungen aufgefasst.

Vulvodynie

Bei dem Krankheitsbild Vulvodynie brennt, sticht, juckt und schmerzt es im Bereich der äußeren Geschlechtsorgane (Vulva, Venushügel, Schamlippen, Klitoris). Die dadurch entstehenden Einschränkungen im Alltags- sowie Sexualleben bewirken oft eine depressiv-ängstliche Grundstimmung, die das Schmerzerleben zusätzlich verstärkt. Die Ursachen der Krankheit sind noch nicht gänzlich bekannt, aber körperliche, psychische und emotionale Faktoren sind entscheidend daran beteiligt. Vulvodynie und ihre lokalisierte Form (Vestibulodynie) treten mit einer geschätzten Häufigkeit von 5–10 % der weiblichen Bevölkerung auf und sind somit keine seltene Erkrankung.

Häufig geht der Diagnosestellung eine jahrelange Leidensgeschichte der betroffenen Frauen mit Konsultationen von Ärzten verschiedenster Fachrichtungen (Gynäkologen, Urologen, Dermatologen) mit wenig erfolgreichen Therapieversuchen (Antibiotika, Antimykotika etc.) voraus, die in der Regel nicht lindern, sondern zu einer Chronifizierung führen.

Vulvodynie kann nur durch ein multimodales Therapiekonzept gelindert oder geheilt werden. Hilfreich ist, wenn der mit der Therapie betraute Arzt ein ganzheitlich biopsychosoziales Krankheitskonzept anbieten kann, da die Patientinnen eher auf eine somatische Schmerzursache fixiert sind und oft hartnäckig daran festhalten. Durch die wiederholt nicht hilfreichen Therapieversuche wird das Arzt-Patientinverhältnis zunehmend von Mißtrauen geprägt. Ein vertrauensvolles Arzt-Patientinverhältnis sowie die Etablierung eines neuen, von der Patientin akzeptierten Krankheitsmodelles sind wesentlich für eine erfolgreiche Therapie. Wichtigstes Ziel ist es zunächst, den quälenden Schmerz zu lindern, sowie die Patientin aus der depressiven Stimmungslage zu befreien. Dann erst kann an der Wiederherstellung einer befriedigeren Sexualität gearbeitet werden.

Eine ausführliche und genaue Anamnese ist in der Sexualmedizin (wie in jedem anderen Bereich der Medizin) der Schlüssel zur erfolgreichen Diagnosestellung und letztlich zum Therapieerfolg. Eine gründliche gynäkologische Untersuchung mit Inspektion, Fluor- und pH-Diagnostik sowie Palpation des muskulären Beckenbodenbereiches sind unerlässlich, um Fehldiagnosen zu verhindern und um geeignete sexualtherapeutische Interventionen einzuleiten.

Vaginismus

Das zweite hier behandelte Frauenleiden, der Vaginismus, bezeichnet die unwillkürliche Verkrampfung der Beckenbodenmuskulatur, die die Vagina umgibt und den Koitus äußerst schmerzhaft oder unmöglich macht.

Wie bei Vulvodynie kann auch Vaginismus nur durch ein kombiniertes Therapiekonzept mit Fachleuten aus verschiedenen Bereichen erfolgreich behandelt werden.

Vaginismus wird unterteilt in primären (d.h. Koitus war im Leben der Frau nie möglich) und sekundären Vaginismus (Koitus war früher schmerzlos). Primärer nichtorganischer Vaginismus – der hier behandelte Fall – wird nach einer Untersuchung von Ahrendt & Friedrich¹ mit etwa 1 % des Patientinnenklientels einer gynäkologischen Praxis angegeben. Die Dunkelziffer beider Formen wird wesentlich höher geschätzt, da Vaginismus-Patientinnen nur selten zur gynäkologischen Untersuchung gehen.

Kann sich eine vaginistische Patientin auf dem Untersuchungsstuhl nicht gut entspannen, führt dies oft zu einer Verhinderung einer gynäkologischen Inspektion, was zu einem Abbruch der Untersuchungssituation führt. Dieser wird von der Patientin oft schambehaftet empfunden und sollte behutsam und verständnisvoll thematisiert werden, um dann gemeinsam das weitere Vorgehen zu besprechen. Hilfreich ist hier die Überweisung an einen Gynäkologen/eine Gynäkologin mit sexualmedizinischer Weiterbildung. Ein Vertrauensverhältnis zwischen Patientin und Arzt/Ärztin muss aufgebaut werden, sodass die gynäkologische Untersuchung durchgeführt werden kann, die notwendig ist, um gynäkologische Begleiterkrankungen oder gar anatomische Fehlbildungen ausschließen zu können.

Erster Fall: Vulvodynie mit chronischer Dyspareunie und konsekutiver Vermeidung von vaginalpenetrativer Sexualität

Die 31-jährige Patientin stellt sich vor mit seit 7 Jahren bestehenden chronischen Berührungsschmerzen am Scheideneingang sowie „Brennschmerzen“ in der Vagina, welche genitale Berührungen sowie penetrative vaginale Sexualität unmöglich machten.

Mit ihrem Ehemann sei sie erst seit 2 Jahren verheiratet, sie seien aber schon 10 Jahre zusammen. Zu Beginn habe Sexualität „gut und schmerzfrei zur Zufriedenheit beider“ funktioniert. Begonnen habe alles mit einer vermuteten Pilzinfektion im Genitalbereich, die die Patientin zunächst mit frei verkäuflichen Medikamenten behandelt habe. Als die Beschwerden („Juckreiz und Brennen“) nicht verschwunden seien, habe

sie ihre Gynäkologin aufgesucht, und es habe eine lange Phase der unterschiedlichsten antibiotischen-antifungiziden, desinfizierenden und östrogenisierenden Therapieversuche begonnen. Dies habe „alles nichts geholfen“, die Beschwerden seien immer schlimmer geworden. Nach Weglassen sämtlicher Maßnahmen sei das Brennen im vestibulären Eingang sowie intravaginal besser geworden und einem Berührungsschmerz und einem ununterbrochen wahrnehmbaren „unangenehmen irritierten“ Gefühl gewichen. Dies würde sie zunehmend „wahnsinnig“ machen, da sie immerzu daran denken müsse. Sie befürchte, dass sie dieses Symptom nie mehr loswerden würde, das mache sie traurig und hoffnungslos, mittlerweile gebe es kaum noch Dinge, über die sie sich freuen könne. Der Schmerz läge „wie ein dunkles Tuch“ über ihrem Alltag.

Seit Beginn der vaginalen Beschwerden sei auch die partnerschaftliche Sexualität immer schwieriger geworden. Intime Berührungen ihres Partners hätten Brennschmerzen ausgelöst, Penetration habe sie nicht mehr zulassen können. So habe sie sich immer mehr körperlich aus der Beziehung zurückgezogen. Seit nunmehr fast 6 Jahren fände gar kein Körperkontakt mehr statt, was die Beziehung sehr belaste. Ihr Partner habe ihr dennoch völlig überraschend vor 2,5 Jahren einen Heiratsantrag gemacht, dem sie zunächst gar nicht habe beantworten können, letztlich habe sie doch in eine Eheschließung eingewilligt, weil sie sich sicher sei, ihn zu lieben. Ihr Mann hege einen großen, offen ausgesprochenen Kinderwunsch, der sie stark unter Druck setze, da sie sich überhaupt nur schwer vorstellen könne, Mutter zu werden und mit den Symptomen erst recht nicht. Wegen einer Essstörung im jungen Erwachsenenalter (Anfang 20, Anorexia nervosa) habe sie eine Verhaltenstherapie gemacht und sei seit einigen Jahren diesbezüglich stabil.

Bei VAS (Visual Analogskala), die die subjektive Schmerzwahrnehmung erfasst (Skala zwischen 1–10, 1 kein Schmerz, 10 stärkster Schmerz im beobachteten Körperareal), lag die Intensität des Berührungsschmerzes der Patientin bei 3–4 (Eigenberührung) und 7–8 (Berührung durch den Partner).

Die symptombezogene Untersuchung zeigte ein makroskopisch unauffälliges äußeres Genitale, der Berührungsschmerz mit dem Wattestäbchentest wurde im hinteren Introitus Bereich bei 3–9 Uhr angegeben. Die digitale Palpation des Beckenbodens zeigte ein druckdolentes Centrum perinei (Beckenbodenbereich), an dem die Mm.transversi superfizialis, die Mm.bulbospongiosi sowie der M.spinctor ani externus zusammenlaufen. Bei der Palpation der beschriebenen Muskelbereiche kam es zu einem verstärkten Brennen im vaginalen Eingangsbereich sowie zu einer vaginistischen Abwehrreaktion. Das Nativpräparat sowie der vaginale pH-Wert waren unauffällig.

Die erhobenen Befunde wurden ausführlich mit der Patientin besprochen und die Diagnose einer Vulvodynie (somatoforme Schmerzstörung) mit sekundärer Dyspareunie mit sexuellem Vermeidungsverhalten gestellt. Allein schon, dass die Patientin das Gefühl bekam, das ihr Gegenüber sich

¹ Ahrendt, H.-J., Friedrich, C. (Hg.), 2015. Sexualmedizin in der Gynäkologie. Springer, Berlin.

mit Vulvodynie und sexuellen Störungsbildern auskannte und sie nicht für „verrückt“ hielt, entlastete die Patientin sehr und motivierte sie für die Aufstellung ihres multimodalen Therapieplanes.

Vorrangiges Ziel war bei diesem chronifizierten Verlauf die Patientin so schnell wie möglich von diesem „diffus unangenehmen Vulvovaginalgefühl“ zu befreien und den Berührungsschmerz zu lindern. Medikamentös wurde eine hochdosierte Magnesiumtherapie eingeleitet und mit einem Antidepressivum (*Citalopram* 10 mg einschleichend zur Linderung der Angst und Depressionssymptomatik sowie zur Veränderung der Schmerzwahrnehmung) begonnen. Des Weiteren wurde die Patientin an einen Osteopathen (spezialisiert auf Beckenbodenschmerzsyndrome) verwiesen und eine tiefenpsychologische Psychotherapie im wöchentlichen Rhythmus aufgenommen.

Nach drei Monaten war die Patientin nahezu schmerzfrei, sodass mit der sexualmedizinischen Therapie der chronischen Dyspareunie begonnen werden konnte. Zunächst erhielt die Patientin die Aufgabe im Sinne einer Eigenmassage die schmerzenden inneren muskulären Beckenbodenbereiche bei sich „weichzumassieren“, danach begannen die Einführübungen mit Finger/Dilatoren bis Penisgröße, wie sie aus der Vaginismus-Therapie bekannt sind. Hierbei ist zum einen wichtig, dass Penetration wieder angstfrei erlebbar ist, zum anderen, dass Penetration nicht symptomauslösend ist (Brennschmerz!), wovor regelhaft eine große Angst besteht.

Die Einführübungen zogen sich in die Länge. Zwar war und blieb die Patientin beschwerdefrei, wurde aber mit zunehmender Dilatorengöße damit konfrontiert, dass die Sexualität mit dem Partner wieder möglich werden könnte und geriet darüber unter Druck. Letztlich musste zunächst das ambivalente Kinderwunschthema mit der Patientin reflektiert und eingeordnet werden, ehe sie weiterüben konnte. Nach vier Monaten Eigenübungen wurde der Partner in die Therapie mit einbezogen und das Paar durchlief aufgrund seit Jahren ausgesetzter Körperlichkeit zum Aufbau eines neuen Körpervertrauens eine Körperpaartherapie nach der Sensate-Fokus-Methode.

Immer wieder wurden die Körperübungen durch die Patientin unbewusst „torpediert“, bis sich ein weiteres schamhaftes Thema offenbarte: der Partner hatte über die Jahre massiv an Gewicht zugenommen (+20 Kilogramm), und seine veränderte Körperform nahm ihr jegliche Lust auf ihn. Versuche dies anzusprechen seien im Vorfeld im Streit und mit Kränkungen geendet. In den Körperübungen konnte jedoch diese Ablehnung des adipösen Männerkörpers nicht mehr ausgeblendet werden und musste offen thematisiert werden. Nachdem der Partner einer Gewichtsreduktion mit Hilfe eines Ernährungsberaters eingewilligt hatte und erste Erfolge zu verzeichnen waren, konnten die Körperübungen fortgeführt werden.

Die penile Penetration wurde mit Finger sowie Dilatorenbenutzung seitens des Partners vorbereitet. Nachdem diese Kontrollabgabe von der Patientin gut akzeptiert werden konn-

te, wurde in Reiterposition penetrative Sexualität wieder aufgenommen und schmerzfrei praktiziert. Für die Restitutio ad integrum (*Citalopram* wurde nach 12 Monaten wieder ausgeschlichen) war insgesamt 15 Monate intensiver gynäkologischer-psychotherapeutischer und sexualmedizinischer Begleitung notwendig. Aktuell bemüht sich das Paar an der Verwirklichung des nun beiderseitigen Kinderwunsches.

Zweiter Fall: Chronische sekundäre Dyspareunie mit konsekutivem sekundärem Vaginismus mit Entwicklung einer Vulvodynie im Vestibulum vaginae

Die 19-jährige Studentin (Psychologie, 2. Semester) stellt sich mit diffusen Schmerzen am Scheideneingangsbereich („fühlt sich gereizt und unangenehm an“, VAS 5) zur weiteren Abklärung bei mir vor. Die ausführliche zunächst symptomorientierte Anamnese lässt folgenden Verlauf rekonstruieren:

Im Dezember 2018 sei sie mit ihrem jetzigen (ersten) Freund zusammengekommen und mit ihm erstmalig überhaupt sexuell aktiv geworden. Ab Januar 2019 habe sie eine „Pille“ (*Maxim*) zur Verhütung eingenommen, die ersten drei Monate der penetrativen Sexualität seien von ihr schmerzfrei und gut erlebt worden. Im April 2019 habe die Penetration dann plötzlich angefangen weh zu tun, weswegen der Sex dann abgebrochen worden sei. Dies sei mehrfach hintereinander passiert. Weder sie noch ihr gleichaltriger (ebenfalls bis dato sexuell unerfahrener Partner) habe sich dies erklären können. Zu diesem Zeitpunkt habe aber immer nur der Penetrationsversuch, nicht die Berührungen im Vulva-Klitoris Bereich weh getan, im Alltag habe sie auch keinerlei Schmerzproblematik gehabt.

Aufgrund der Schmerzproblematik beim Sex habe sie ihren Frauenarzt aufgesucht, der die Diagnose Dysbiose (Ungleichgewicht der Darmflora) gestellt habe und ihr *Kadefungin* (Antimykotikum) verschrieben habe. Dies habe aber nichts verbessern können. Bei einer erneuten Konsultation sei ihr dann ein Antibiotikum verschrieben worden, mit dem Hinweis, dass „man eigentlich nichts sehen würde, sie aber sicherheitshalber doch etwas nehmen solle“. Dieses Antibiotikum (vaginale Applikation) habe schon beim Einführen weh getan, in der Vagina habe es gebrannt „wie Feuer“, dennoch habe sie es zu Ende genommen. Das Brennen sei zwar wieder verschwunden, am Penetrationsschmerz habe sich jedoch nichts geändert, im Gegenteil, dieser sei immer schlimmer geworden. Dies habe zunehmend bei beiden die Lust und die Bereitschaft genommen, miteinander intim zu werden, was vor allem bei der Patientin zu starken Schuldgefühlen gegenüber ihrem verständnisvollen Freund geführt habe. Auf der Suche nach Verbesserung ihrer sexuellen Situation habe sie auf Anraten ihres Frauenarztes noch die Pille gewechselt (*Swingo* 30), was leider auch nicht den gewünschten Erfolg gebracht habe.

Sie sei aufgrund dieses Verlaufes immer unsicherer und ängstlicher geworden, und habe sich zunehmend kontrollverlustig gefühlt, vor allem auch, weil sie ab Januar 2021 kontinuierlich einen unangenehmen diffusen Brennschmerz am Scheideneingang verspürt habe, der sich durch Sitzen, Fahrradfahren und Sporttreiben verschlimmerte. Dies würde sie nun auch deutlich im Alltag einschränken, da ihre Hobbies im Sportbereich (Fußball, Fitness, Radfahren) lägen. Sie habe bemerkt, dass sie an „nichts mehr anderes denken“ könne und aus dem „Googlen“ nach Ursachen und Lösungen für sie selbst nichts mehr herauskäme.

Letztlich sei sie dann zu einer anderen Frauenärztin gewechselt. Diese habe versucht mit Milchsäurebakterien und *Deumavan*-Salbentherapie eine Linderung herbeizuführen, was ebenfalls scheiterte. Eine Überweisung in die Dysplasie-Sprechstunde eines in der Nähe gelegenen Universitätsklinikums habe einen „Normalbefund“ ergeben.

Im Gespräch wirkte die Patientin deutlich belastet durch die lange Vorgeschichte. Der diffuse Schmerz sowie die Unmöglichkeit Geschlechtsverkehr auszuüben „nage“ an ihrem Selbstbewusstsein. Sie sei in ihrem Leben bislang gewohnt gewesen „alles unter Kontrolle zu haben“ und mit Disziplin und Fleiß Ziele zu erreichen. Hierbei erlebe sie sich als „klein, verängstigt und hoffnungslos“, was sie in eine zunehmende traurige und hoffnungslose Stimmungslage versetze.

Bei der symptomorientierten gynäkologischen Untersuchung zeigte sich eine koloskopisch unauffällige Vulva und Vagina; der als diffus beschriebene Schmerz wurde im Vestibulum Bereich von 9 Uhr bis 3 Uhr angegeben, die Berührung mit einem feuchten Wattestäbchen wurde als symptomverstärkend angegeben. Das Nativpräparat und der vaginale pH waren unauffällig.

Bei der daraufhin erfolgten Palpation des muskulären Beckenbodens zeigte sich das Centrum perinei druckdolent und die beteiligten Muskeln chronisch verspannt. Die Palpation löste bei der Patientin eine vaginistische Abwehrreaktion aus, und sie konnte angeben, dass dies genau der Bereich sei, bei dem die Penetration seit Anbeginn wehtue. Im Anschluss an die Untersuchung fanden eine ausführliche Befundbesprechung anhand von anatomischem Bildmaterial sowie eine Interpretation der Krankheitsgeschichte in folgender Weise statt.

Mutmaßlich kam es aufgrund einer schmerzhaften Penetrationserfahrung des sexuell noch unerfahrenen Paares zu der Entwicklung eines Angst-Anspannungs-Schmerz-Teufelskreises, der Penetrationsversuche immer schmerzhafter werden ließ und eine Erwartungsangst vor Penetration sowie eine hypochondrische Angst weckten, somatisch „krank“ zu sein. Mehrere erfolglose und unwissentlich falsche Therapieversuche führten letztlich zu der beschriebenen Schmerzsymptomatik im Scheideneingangsbereich mit Auslösung weiterer diffuser Ängste und Unsicherheiten. Eine Gedankeneinengung und Fixierung auf das Symptom verstärkten dieses weiter. Die Einschränkungen im Sexualleben

mit Verlustangst die Partnerschaft betreffend sowie die zunehmenden Alltagsbeschränkungen im ausgleichend-sportlichen Bereich führten zur Entwicklung einer dysthymen Stimmungslage mit Hoffnungslosigkeit und dem Gefühl „ausgeliefert“ zu sein.

Allein die ausführliche Anamnese, die ärztliche Einordnung der Symptome sowie klare Benennung der Schmerzursachen bei Penetration anhand von Bildmaterial führten bei der Patientin zu einer deutlichen Entlastung. Als therapeutische Intervention wurde zunächst die „erlaubte“ Beobachtung des Vestibulär-Schmerzes im Alltag mittels Schmerztagebuch besprochen, sowie die gezielte Selbstmassage des verhärteten Muskelbereiche unter Zuhilfenahme eines Öles. Die Patientin kam mit den genannten Maßnahmen gut zurecht, bereits in der Verlaufskontrolle nach vier Wochen berichtete sie von einer fast kompletten Schmerzfremheit bei Massage.

Der Schmerz im Scheideneingangsbereich wurde im Symptomtagebuch kontinuierlich zwischen VAS 1–3 angegeben, was die Patientin beruhigte („damit kann ich leben“). Eher niedrig wurden die Schmerzen bei Ablenkung und in der Nacht beschrieben. Infolgedessen wurde die Patientin zur Einführung von Dilatoren angeleitet, um schmerzfreie Penetration wieder zu erlernen, nach weiteren vier Wochen konnte die Patientin bis Dilatorgröße 5 schmerzfrei und ohne Probleme einführen.

Die Vulvodyniebeschwerden verbesserten sich kontinuierlich (VAS 1-2), sie konnte sich immer besser gedanklich von ihnen lösen. Daraufhin konnte sich die Patientin nun auf die Wiederaufnahme von partnerschaftlicher Sexualität einlassen, was sie hinsichtlich der Schuldgefühle ihrem Partner gegenüber deutlich entlastete. Dies wurde angeleitet durch schrittweise Penetration (1 Finger, 2 Finger) durch ihn, und nachdem diese schmerzfrei möglich war mit Penetration in der Reiterposition unter voller Kontrolle der Patientin. Entgegen der Erwartung der Patientin verschlimmerte sich der Schmerz im Eingangsbereich nicht, sondern wurde mit zunehmender sexueller Aktivität weniger. Auch die verstärkte Aufnahme sonstiger Aktivitäten führte zu keiner Beschwerdeverschlimmerung und zu einer immer besseren Abgrenzung „vom Symptom“, sodass in einer weiteren Verlaufskontrolle nach sechs Monaten keine Beschwerden mehr angegeben wurden.

Dritter Fall: Primärer nichtorganischer Vaginismus und Lichen sclerosus als Erstdiagnose

Die 23-jährige bildhübsche BWL-Studentin mit türkischen Wurzeln stellt sich auf eigene Veranlassung bei mir vor. Sie sei seit zwei Jahren mit ihrem Freund zusammen, vaginale Penetration habe noch nie funktioniert, auch Berührungen im Intimbereich könne sie nicht zulassen, sie müsse immer ihre Beine „zusammenpressen“. Er sei immer sehr verständnisvoll mit ihr, und mache ihr keinen Druck. Auch könnten sie „ande-

re Dinge“ miteinander tun, die „schön seien“. Weil sie ihren Freund liebe, wolle sie sich nun ihrer Problematik stellen.

Sie sei in einem kleinen Dorf bei Stuttgart geboren und aufgewachsen, die Eltern, beide Türken, trennten sich als sie fünf Jahre alt war. Beide Eltern seien sehr „westlich“ gewesen, und hätten sie immer sehr darin unterstützt ihr Leben zu leben. Mit etwa 14 Jahren habe sie das erste Mal Tampons vor einem Freibadbesuch verwenden wollen, diese habe sie „nicht hineinbekommen“, was sehr frustrierend gewesen sei. Mit 16 Jahren habe sie ihr erstes Mal „hinter sich“ bringen wollen, sie habe von Freundinnen „so schlimme Dinge“ darüber gehört, sodass sie es einfach abhaken wollte. Dafür habe sie sich einen guten Freund ausgesucht, jedoch habe die Penetration nicht funktioniert, und der Versuch sei abgebrochen worden. Dann habe sie erstmal „genug vom Sex“ gehabt, und habe nur mit sich selber Sexualität gelebt: sie sei schnell und gut zum Höhepunkt gekommen. Im Alter von ca. 19 Jahren habe ein starker, schubweiser Juckreiz im Vulva-Bereich begonnen, sie habe sich oft kratzen müssen. Ihre Frauenärztin habe per Telefon zur „Pilzcreme“ geraten, die jedoch nichts bewirkt habe. Mal sei der Juckreiz besser, mal wieder schlechter geworden, sie habe eine zunehmende Hauttrockenheit bemerkt. Als sie dann mit etwa 20 Jahren ihren Freund kennenlernte, habe sie einen Untersuchungstermin ausgemacht und sich eine „Pille“ zur Verhütung verschreiben lassen. Die gynäkologische Untersuchung habe nicht geklappt, sie habe sich auf dem Untersuchungsstuhl nicht fallenlassen können, und so habe kein Abstrich entnommen werden können. Sie habe sich diesbezüglich „schlecht“ gefühlt; eine Erklärung, warum sie die Probleme mit der Penetration habe, konnte ihr nicht gegeben werden.

Sie habe mich nun im Internet gefunden und erhoffe einen Therapieversuch. Die Patientin wurde im Untersuchungszimmer gebeten, unbekleidet auf dem Untersu-

chungsstuhl Platz zu nehmen. Sie erhielt einen Handspiegel, in dem sie jeden meiner Handgriffe sowie ihr eigenes Genitale im Blick hatte. Hierbei fiel bereits eine starke Anspannung im Adduktorenbereich sowie im Gluteal-Bereich auf, die auf beruhigende Aufforderung aber deutlich gelindert werden konnte. Schließlich gelang der Patientin relativ entspannt mit geöffneten Beinen vor der Untersucherin zu liegen. Vor allem im Bereich der kaudalen 2/3 der Labia majora bds. zeigte sich eine auffällige Hautvergrößerung mit Kratzspuren und Weißfärbung, die Haut erschien trocken und ausgelaugt, die rechte Labia minora war partiell bereits mit der anliegenden Labia majora synechial verwachsen. Hier wurde erstmalig der Verdacht auf Lichen sclerosus gestellt, der die oben beschriebenen Hautsymptome bestens erklären konnte. Bei vorsichtiger Palpation der Beckenbodenmuskulatur zeigte sich wiederum ein druckdolentes Centrum perinei, welche bei Palpation und Schmerzauslösung zur vaginistischen Abwehrreaktion führte.

Die im Anschluss erfolgte Erklärung und Benennung der zwei Diagnosen (primärer Vaginismus und Lichen sclerosus) konnten von der Patientin nachvollzogen und verstanden werden.

Zunächst erfolgte die Einleitung einer täglichen hochdosierten lokalen Kortisontherapie nach Leitlinie sowie *Deumavan* Fettpflege. In der Nachkontrolle nach vier Wochen hatte sich das Hautbild bereits stark verbessert, sodass die Kortison-Gabe reduziert werden konnte. Zeitgleich wurde nun mit der Vaginismus-Therapie (Eigenmassage, Einführübungen bis Penisgröße, Hinzuziehen des Partners, Körperpaartherapie nach der Sensate Fokus-Methode zum Aufbau eines beidseitigen Körpervertrauens) begonnen, die bei dieser Patientin ohne größere Schwierigkeiten in sechs Sitzungen bewältigt wurde. Aktuell kann die Patientin vaginalpenetrative Sexualität erleben und erhält eine Kortisonerhaltungstherapie lokal von 3x wöchentlich, unter der der Lichen sclerosus stabil ist.

Autorin

Dr. med. Roswitha Engel-Széchényi, Stephanstrasse 33, 70173 Stuttgart, www.engel-gyn.de, e-mail: servus@engel-gyn.de
