

Ved smerter i underlivet er deskvamativ inflammatorisk vaginitis en vigtig differentialdiagnose

Eva Johannsen¹, Jane Baumgartner-Nielsen² & Mette Meinert³

KASUISTIK

1) Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet
2) Dermatologisk Klinik, Aarhus Universitets-hospital
3) Afdeling Y, Aarhus Universitetshospital

Ugeskr Læger
2015;177:V12140693

Kronisk vaginitis er en hyppig henvendelsesårsag hos gynækologer [1]. Deskvamativ inflammatorisk vaginitis (DIV) er et sjældent, kronisk syndrom af ukendt ætiologi og prævalens [2].

SYGEHISTORIE

En 41-årig kvinde, para II, pådrog sig en sfincterruptur ved en fødsel i 2001 og fik herefter tiltagende gener med smerter og rødme i vulva, dyspareuni samt udtalt, hvidgulligt fluor vaginalis. Hun havde ingen øvrig sygdom, fraset let asthma bronchiale, høfeber og atopisk eksem som barn. Symptomerne gav betydelige gener og markant nedsat livskvalitet, og tilstanden blev undervejs vurderet på flere gynækologiske afdelinger, en klinik for dyspareuni, et psykiatrisk ambulatorium for seksuel dysfunktion, en praktiserende gynækolog og en dermatolog. Hun blev forsøgt behandlet med antibiotika, antiviral medicin, lokal steroidcreme gruppe III og IV, lokal estriolcreme og mælkesyreholdige vaginalkapsler. Effekten var enten kortvarig eller mangelfuld.

Histologi fra vulvabiopsier viste akut og kronisk inflammation i 2010 og kronisk inflammation med få plasmaceller i 2011. En vaginal ultralydundersøgelse viste intet abnormt, og en venerologisk undersøgelse viste intet abnormt fraset positivt fund af *Gardnerella vaginalis* og *Candida* samt øget pH på 5,8. En behandling med metronidazol som suppositorier × 2 i en uge kombineret med fluconazol per os som engangs-

dosis havde nogen effekt, men blev efterfulgt af et hurtigt recidiv.

Pga. vedvarende gener blev patienten på ny vurderet i Vulvaklinikken, Gynækologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, i 2013. Ved inspektion af genitalia interna fandt man enkeltstående, højrøde, makulære områder på 1-3 mm i diameter på labia minoras inderside, ved urethra og vestibulum (**Figur 1**). Herudover var der positivt resultat af en vatpindtest samt hypertoni og ømhed af bækkenbundsmuskulatur ved vaginal palpation.

Patienten blev henvist til Dermatologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, til tværfaglig vurdering og behandling. En fornyet vulvabiopsi viste svær kronisk inflammation uden plasmaceller. Der blev ikke fundet anden hud- eller slimhindesygdom ved dermatologisk gennemgang. Det kliniske billede pegede i retning af DIV, og der blev påbegyndt behandling med clindamycin 2% dagligt i fire uger. Hun oplevede nu tydelig bedring af smerter og udflåd og genoptog efter års pause det seksuelle samliv.

DISKUSSION

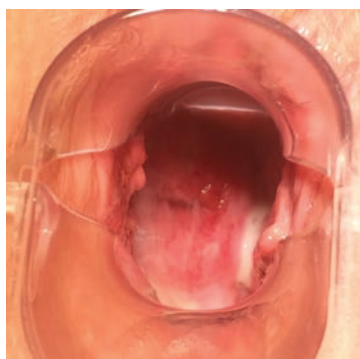
Recidiverende eller persisterende vaginitis er ud over det fysiske ubehag en stor psykisk belastning, som kan medføre fravær fra arbejdet, påvirkning af seksuallivet samt lav selvtilid og derved have betydelig indflydelse på livskvalitet [1].

Hos præmenopausale kvinder udgør bakteriel vaginose, vulvovaginal candidiasis og trichomoniasis ca. 70% af alle tilfælde af vaginitis, hvor det hos menopausale kvinder oftest drejer sig om atrofisk vaginitis [3]. Differentialdiagnostisk må man ved behandlingsrefraktære tilfælde overveje bagvedliggende årsager som infektioner, anden sygdom herunder autoimmune, inflammatoriske og/eller dermatologiske diagnoser samt hormonelle eller neuropatiske årsager [3, 4].

DIV er en steril inflammatorisk vaginitis [2], som oftest ses hos kaukasider [4], både præ- og postmenopausalt dog hyppigst perimenopausalt [5]. Oftest er kvinden i behandling med minipiller, post partum og ammende eller peri-/postmenopausal, hvilket tyder på en (delvis) hormonelt betinget ætiologi. Ud over dette er DIV tidligere blevet associeret med bl.a.

 FIGUR 1

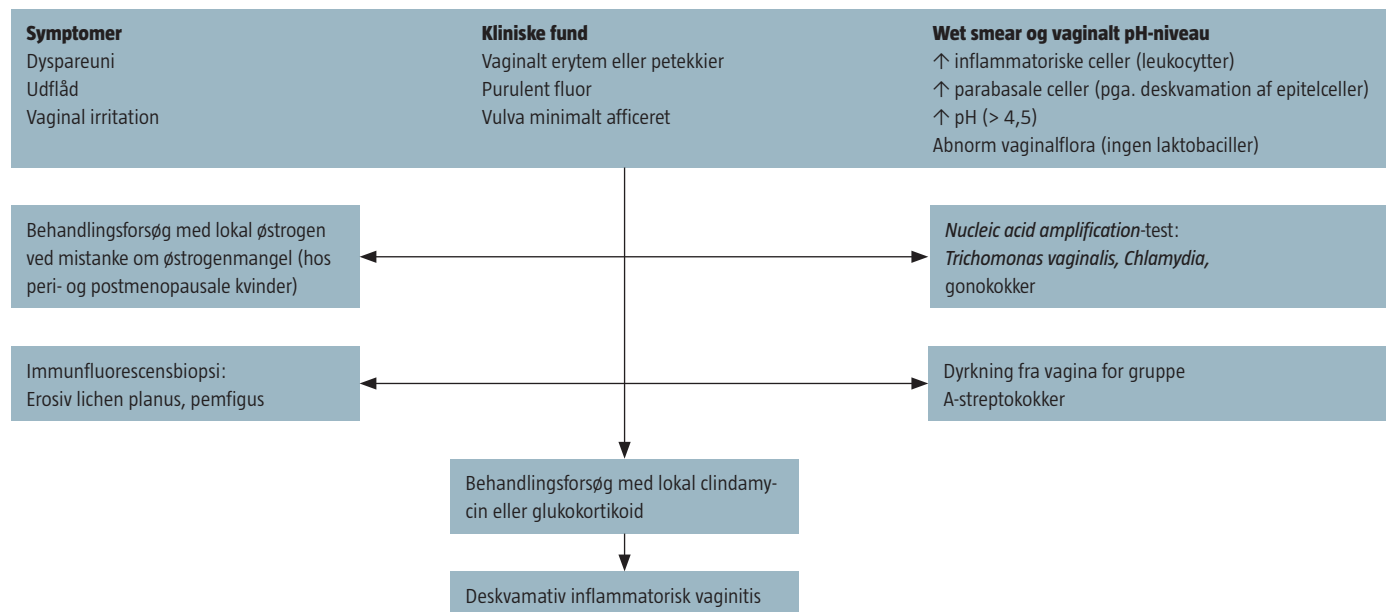
Purulent vaginitis.





TABEL 1

Purulent vaginitis. Modificeret og forenklet fra [4].



lichen planus, pemphigus vulgaris, et uidentificeret mikrobielt antigen, autoimmun defekt og D-vitaminmangel [2].

Hos patienten i sygehistorien blev DIV udløst efter en vaginal fødsel med sfincterruptur og heraf formentlig kontaminering af vaginalfloraen med tarmflora. Dette stemmer overens med litteraturen, hvor det beskrives, at DIV starter i en hypøstrogen periode. Patientens atopi var formentlig også en risikofaktor i forhold til den autoimmune komponent med vedvarende inflammation. I henhold til Reichman & Sobel [4] var kriterierne for DIV opfyldt (Figur 2).

Behandling af DIV er clindamycin 2%, hydrokortisonacetat eller et andet glukokortikoidholdigt præparat, der appliceres vaginalt i fire uger [5] og eventuelt efterfølges af vedligeholdelsesdoser $\times$ 2 ugentligt i to måneder [4]. Begge præparater virker antiinflammatorisk, og i et studie fandt man ingen signifikant forskel mellem de to anvendte regimer [5]. DIV er en kronisk tilstand, og langvarig behandling samt regelmæssig opfølgning er ofte nødvendig. DIV bør overvejes ved kronisk recidiverende eller persisterende purulent vaginitis.

SUMMARY

Eva Johannsen, Jane Baumgartner-Nielsen & Mette Meinert:

In case of pelvic pain desquamative inflammatory vaginitis is an important differential diagnosis

Ugeskr Læger 2015;177:V12140693

Desquamative inflammatory vaginitis (DIV) is an uncommon, severe form of chronic vaginitis of unknown aetiology. The syndrome is characterised by profuse vaginal discharge, vulvovaginal irritation, dyspareunia and vaginal erythema. As the symptoms and signs are nonspecific, other causes of purulent discharge have to be excluded first. Definition necessitates specific wet smear findings. The purpose of this case report is to consider DIV as a diagnosis in women presenting with persistent vaginitis. An effective treatment using clindamycin and/or glucocorticoids is available.

KORRESPONDANCE: Eva Johannsen, Gynækologisk Klinik, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. E-mail: evajohannsen@yahoo.com

ANTAGET: 24. februar 2015

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 1. juni 2015

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Nyirjesy P, Peyton C, Weitz MV et al. Causes of chronic vaginitis. *Obstet Gynecol* 2006;108:1185.
2. Stockdale CK. Clinical spectrum of desquamative inflammatory vaginitis. *Curr Infect Dis Rep* 2010;12:479-83.
3. Nyirjesy P. Management of persistent vaginitis. *Obstet Gynecol* 2014;124:1135-46.
4. Reichman O, Sobel J. Desquamative inflammatory vaginitis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28:1042-50.
5. Sobel J, Reichman O, Misra D et al. Prognosis and treatment of desquamative inflammatory vaginitis. *Obstet Gynecol* 2011;117:880-5.