

Vulvasklåda

Bakgrund inklusive epidemiologi

Vulvasklåda är ett vanligt symptom där prevalensen är okänd eftersom epidemiologiska data är begränsade. Klådan har ofta en stor negativ inverkan på patientens livskvalitet med påverkan på sexuella relationer och psykosocialt välbefinnande. Klådan anses vara medierad av fria nervändar på omyeliniserade c-fibrer som aktiveras av olika mediatorer. Vulvasklåda kan vara akut eller kronisk, ha multifaktoriell etiologi och kan förekomma med eller utan kliniska tecken på hudpåverkan. Sannolikt finns motsvarande symptom hos män men dessa är dåligt definierade och beskrivna.

Diagnostik och differentialdiagnoser

Vulvasklåda är en uteslutningsdiagnos när andra diagnoser har exkluderats.

Candida: Jästsvampinfektion, ffa *Candida albicans* som är den vanligaste orsaken till underlivsklåda hos fertila kvinnor och som drabbar ca 75% av alla kvinnor någon gång i livet. Graviditet, diabetes mellitus, antibiotikabehandling och nedsatt immunförsvar är predisponerande faktorer. Postmenopausala kvinnor kan utveckla candidainfektion under behandling med lokalt östrogen. För diagnostik och behandling se

[Microsoft Word - SFOG-råd Vulvovaginala svampinfektioner .docx](#)

Dermatoser: Noggrann anamnes och undersökning av hela hudklostymen krävs vid diagnostik av atopiskt dermatit, seborroiskt eksem, psoriasis, lichen sclerosus och lichen planus som alla kan ge vulvasklåda.

Allergisk och icke-allergisk kontaktdermatit: Innehåll i topikala medel kan orsaka allergisk kontaktdermatit tex parfymer, konserveringsmedel samt lokala behandlingsmedel såsom glukokortikoider, antibiotika och antimykotika. Kontaktdermatitutredning med epikutantest bör övervägas vid dermatit som inte svarar på behandling och vid anamnestisk misstanke. Frekvent underlivstvätt och olika hygienartiklar kan utlösa icke-allergiskt kontakteksem. Vid både allergiskt och icke-allergiskt kontakteksem behöver provocerande faktorer elimineras och behandling sker med mjukgörande samt lokala grupp II-III glukokortikoider

Neurodermit/lichen simplex chronicus: Vid långvarigt kliande kan lichenifiering med förtjockad hud uppstå och leda till en ond klådcirkel där patienten fortsätter riva sig trots att den primära hudåkomman har läkt ut. Lichen simplex uppstår lättare hos atopiker som har lättirritabel hud och sänkt klådröskel. Patienten behöver uppmärksammas på beteendet och få hjälp att bryta klådcirkeln genom smörjning med mjukgörande och grupp III glukokortikoid en längre tid. Efter långvarig glukokortikoidbehandling ses ibland reboundfenomen och längre tids underhållsbehandling (flera månader) kan krävas. Vid terapieresistenta fall kan Buckybehandling övervägas.

Infektioner: STI ffa med riklig flytning kan ge hudirritation, maceration och klåda. Infestation av skabb och flatlöss orsakar besvärande klåda men även kondylom, mollusker och herpes kan ibland ge underlivsklåda.

Dermografism: Ibland föreligger klåda pga dermatografism vilket är vanligare hos patienter med atopiskt eksem. Antihistamin kan användas i full dos med nedtrappning för symptomlindring.

Psykosomatisk genes: Om indikationer finns på psykosociala eller psykosexuella orsaker kan samtalskontakt med kurator/sexolog/psykolog initieras och behandling med antidepressiva läkemedel övervägas.

Premaligna lesioner/malignitet: Vid klåda med svårläkt sår, nekros, blödning, hyperkeratos, leukoplaki, icke-läkande fissurer och behandlingsrefraktära lesioner rekommenderas alltid biopsi för att utesluta premaligna/maligna förändringar såsom dysplasi, extramammär Pagets sjukdom och vulvacancer.

Behandlingsråd

Idiopatisk vulvaklåda med persisterande klåda utan påvisbar bakomliggande orsak är en utmaning behandlingsmässigt. Eftersom störd barriärfunktion associeras med vulvaklåda är det viktigt att patienten undviker potentiella allergen och triggerfaktorer såsom tvål, parfymerade produkter, våtservetter och alltför tät tvättning. Patienten bör använda enbart vatten och/eller parfymfri intimoja istället för tvål. Hudbarriären kan stärkas med mjukgörande, gärna med hög fetthalt tex vitt vaselin. Vid lokal glukokortikoidbehandling använd salva istället för kräm eftersom kräm innehåller fler ingredienser som i sin tur kan vara irritativa. Rakning av underlivet bör undvikas. Eventuellt kan sederande antihistamin ges initialt för bättre nattsömn. Vid svårbehandlade fall kan smärtstillande Xylocain salva alternativt Lidokain 5 % i Essexkräm APL (obs dyrt!) förskrivas eller peroral behandling med Amitryptilin prövas med startdos på 10 mg tn och upptitrering var till varannan vecka vb till 20-75 mg. Buckybehandling kan också prövas i terapieresistenta fall.

Referenser:

Woelber L, Prieske K, Mendling W, Schmalfeldt B, Tietz H-J, Jaeger A. Vulvar pruritus-causes, diagnosis and therapeutic approach. *Dtsch Arztebl Int.* (2020) 116:126–33. doi: 10.3238/arztebl.2020.0126

Bohl T. Overview of vulvar pruritus through the life cycle. *Clin Obstet Gynecol.* 2005;48:786–807.

Raef HS, Elmariam SB. Vulvar Pruritus: A Review of Clinical Associations, Pathophysiology and Therapeutic Management. *Front Med (Lausanne).* 2021 Apr 7;8:649402.

SSDV/ Sektionen för venereologi och genital dermatologi, SVGD /Anna Hestner 2024

