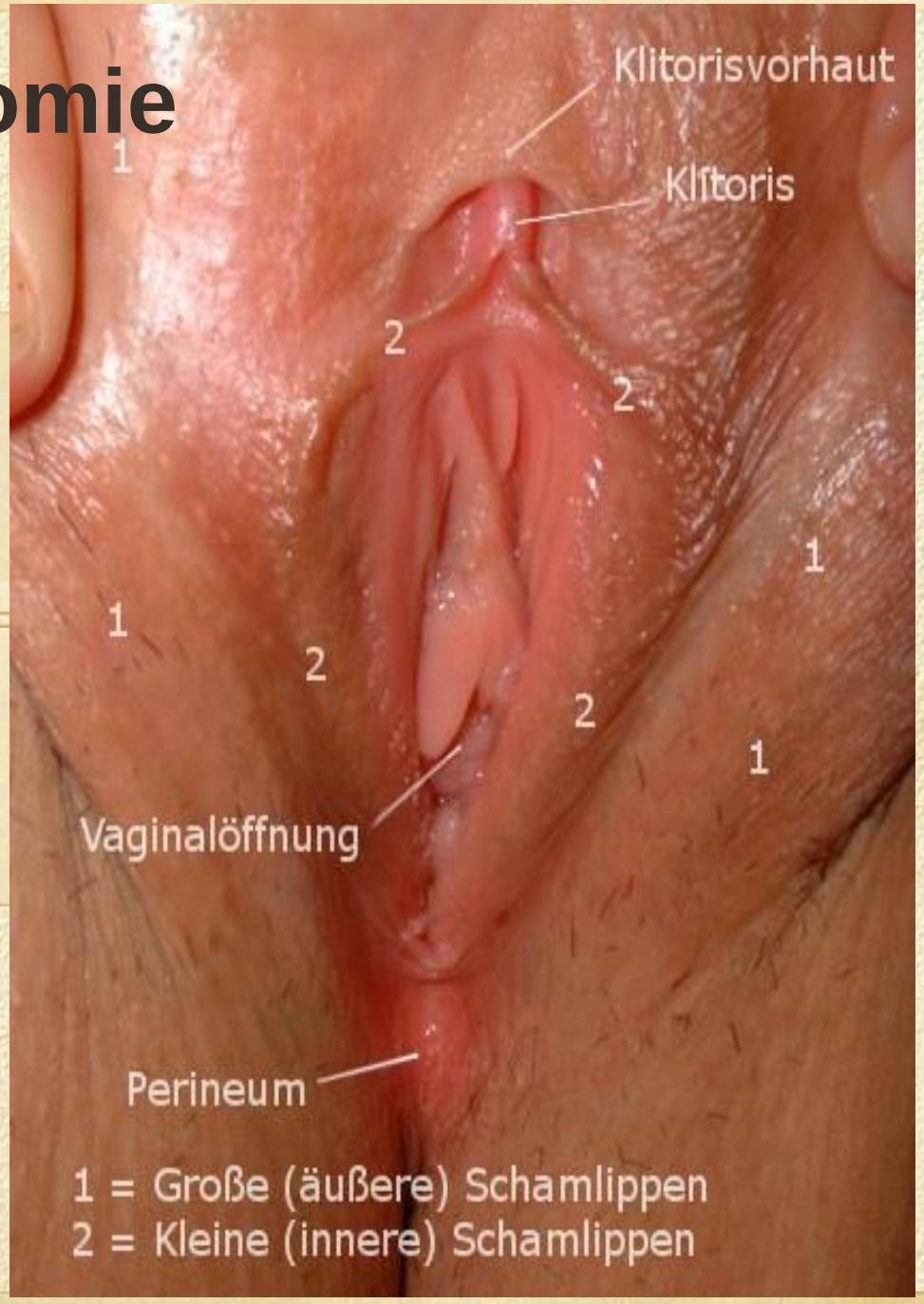
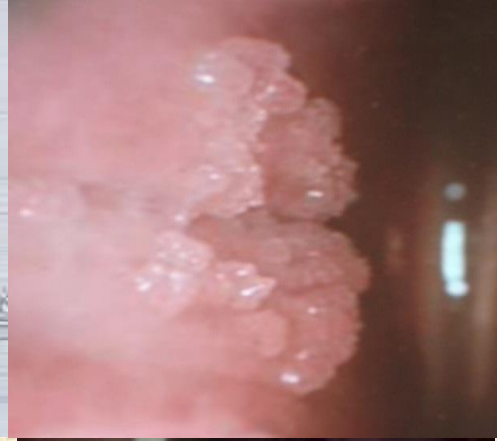
Erkrankungen von Vulva und Vagina

Kränzli Fortbildung Privatklinik Obach
4.September 2014
Dr. med. Angelika Donalies

Anatomie


Klitorisvorhaut
Klitoris
1
2
2
1
1
2
2
1
Vaginalöffnung
Perineum
1 = Große (äußere) Schamlippen
2 = Kleine (innere) Schamlippen



Erkrankungsspektrum

Nicht infektiös

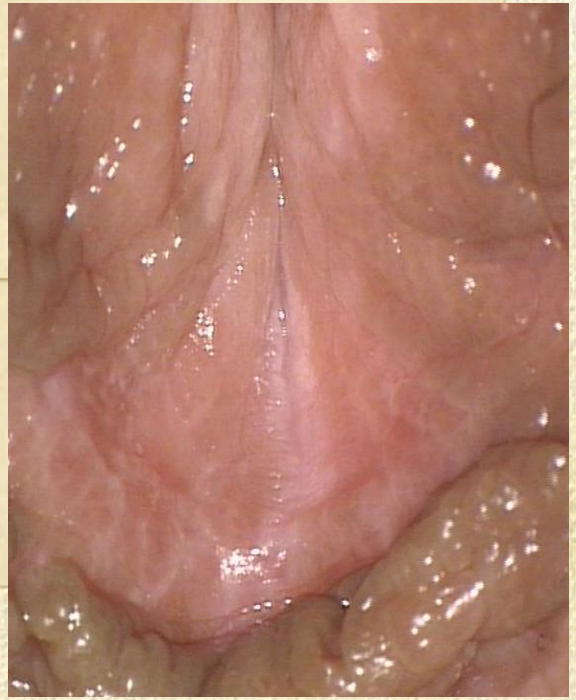
- Angeboren
- Nicht neoplastisch
- Neoplastisch

Infektiös

- Pilze
- Viren
- Bakterien
- Protozoen

Nicht- neoplastische epitheliale Veränderungen

- Lichen sclerosus
- Plattenepithelhyperplasien (hyperplastische Dystrophien)
- Andere Dermatosen
  - Lichen planus
  - Psoriasis
  - Seborrhoische Dermatitis
  - Entzündliche Dermatitis
  - Ulcerative Dermatitis



Lichen sklerosus

- **Umfasst:** 70% der benignen Epithelfehlbildungen
  -> epitheliale Ausdünnung, Entzündung & histologische Veränderungen der Dermis

- **Symptome:**
  Jucken, Wundsein, Dyspareunie, Brennen bis Schmerzen

- **Klinik:**
  knitternde Haut, Atrophie der L. minora,
  Einengung der Vaginalöffnung, Adhäsionen, Fissuren

- **Diagnose:** Biopsie

- **Therapie:** Fetten, topische Steroide

Lichen sklerosus

Plattenepithelhyperplasien

- **Klinik:** verdickte Haut mit weissen hyperkeratotischen Flecken, excoriation und Fissuren

- **Histo:** Hyperkeratose, zelluläre epitheliale Proliferation mit normaler Reifung & Entzündungsreaktion in der Dermis (lymphatisch- und Plasmazellinfiltration)

- **Aethiologie:** repetitive Oberflächenirritation & Verletzungen verursacht durch Kratzen und Reiben.

- **Therapie:** Fetten, topische Cortikoide

Benigne Vulva Tumore

- Kondylome
- Bartholin Zyste
- Epidermale Zyste
- Vestibuläre Zyste
- Schleimhautzyste
- Papillome
- Fibrome
- Lipome
- Naevi

Infektionen

Bartholin` Abszess

Infektionen: Skenitis

•paraurethral,
•normalerweise nicht sicht/- spürbar

- typisch bei Gonokokken od. Chlamydien

Infektionen: Treponema pallidum/ Gonokokken

- Condyloma lata (Syphilis, Lues II)

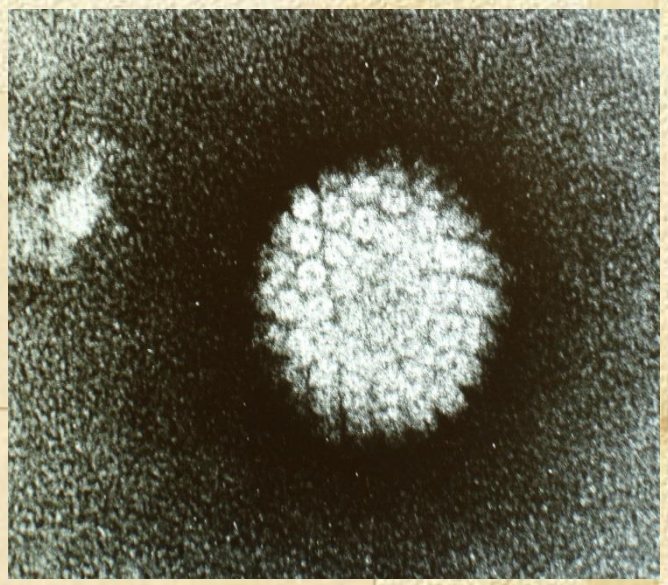
- Gonorrhoe

Virale Läsionen

Herpes genitalis

Molluscum contagiosum

Virale Läsionen
Condylomata acuminata



Condylomata acuminata

- **Synonyme:** spitze Kondylome, Feigwarzen
- **Häufigste benigne Genitaltumore**
- **Erreger:** low risk HPV Typen 6, 11 (40, 42, 44, 54, 61) Inkubationszeit: mind. 4 Wochen- mehrere Monate oft asymptomatisch / subklinisch / oft unerkannt Rezidive
- Maligne Transformation (selten)

Erscheinungsformen

Condylomata acuminata

Keratolytische Condylome

Condylomata plana

Papulöse Condylome

Übertragung/ Risikofaktoren

Übertragung:

- Kontakt/ Schmierinfektion
- GV/ Intimkontakt/ Oralverkehr
- Peripartal
- Kindheit: sexueller Missbrauch?
- Selten: nicht sexuell
  z.B.verunreinigte Gegenstände

Risikofakoren:

- Anzahl Sexualpartner
- Nikotin
- Drogen
- Multiparität
- Immunsuppression

Lokalisation

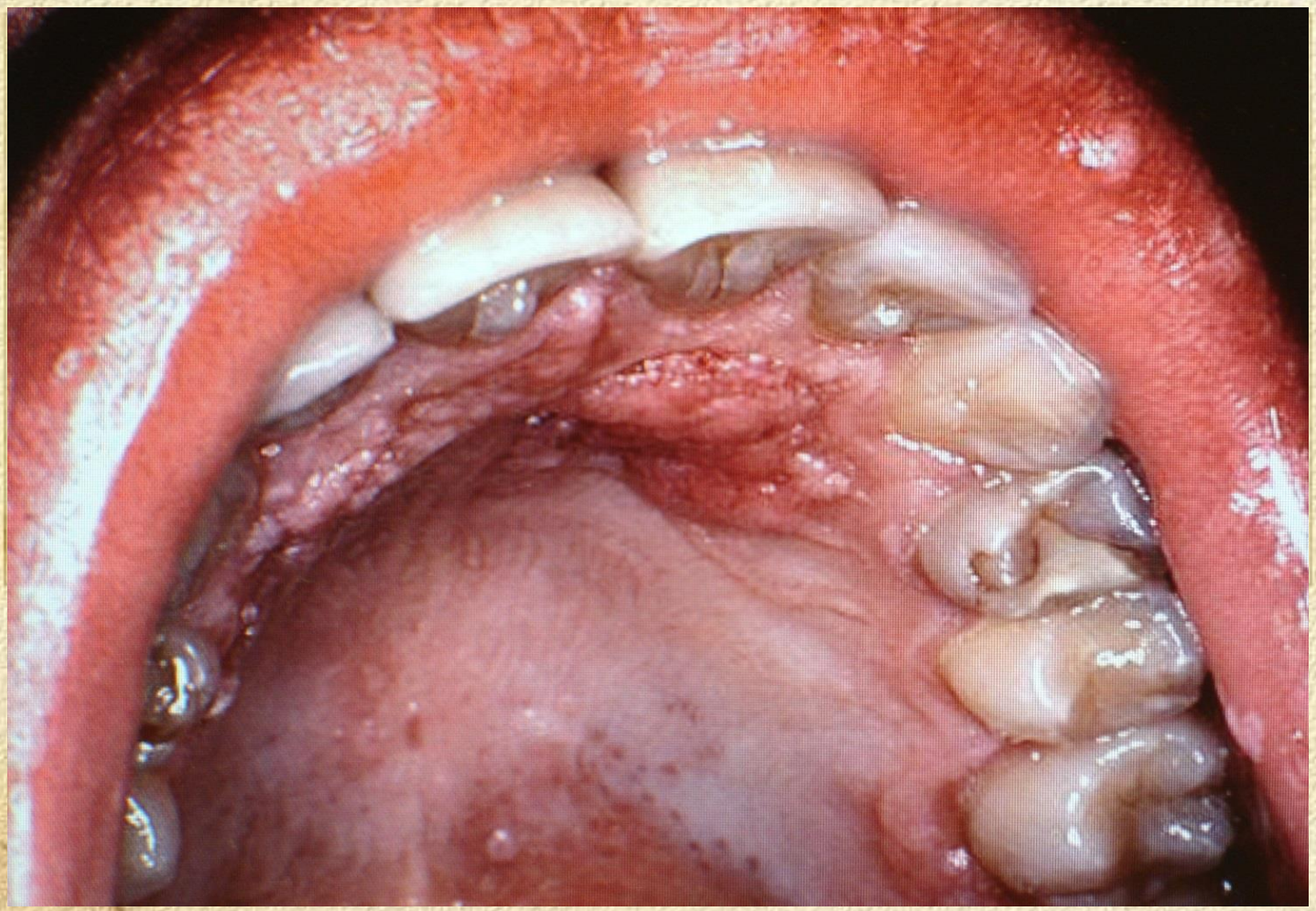
Vulva

Vagina

Anus

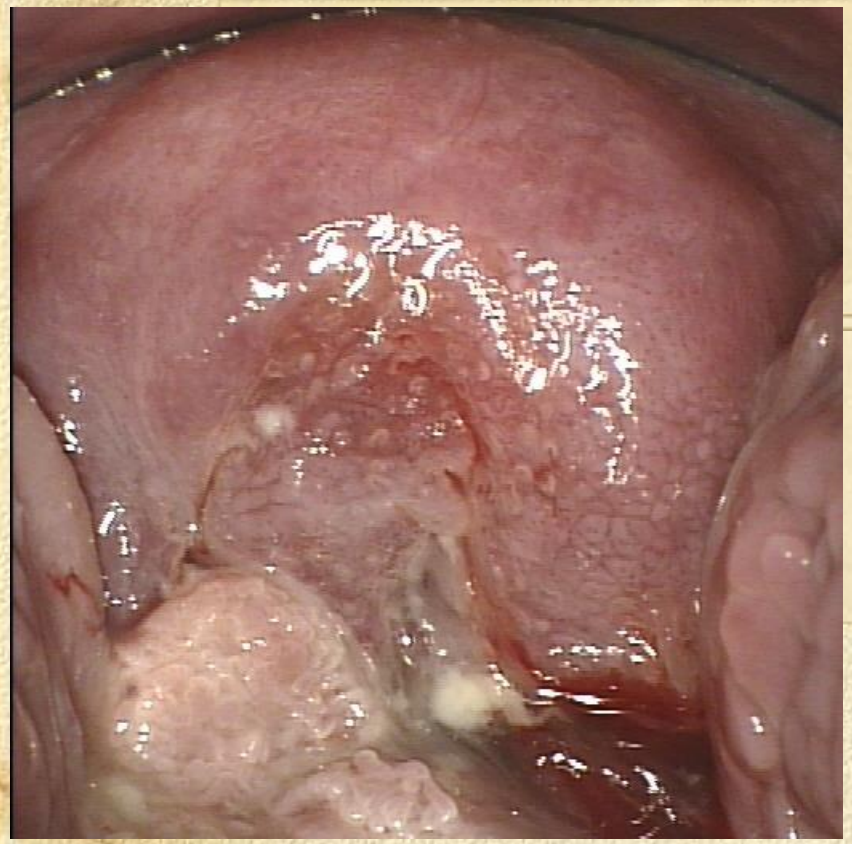
Cervix

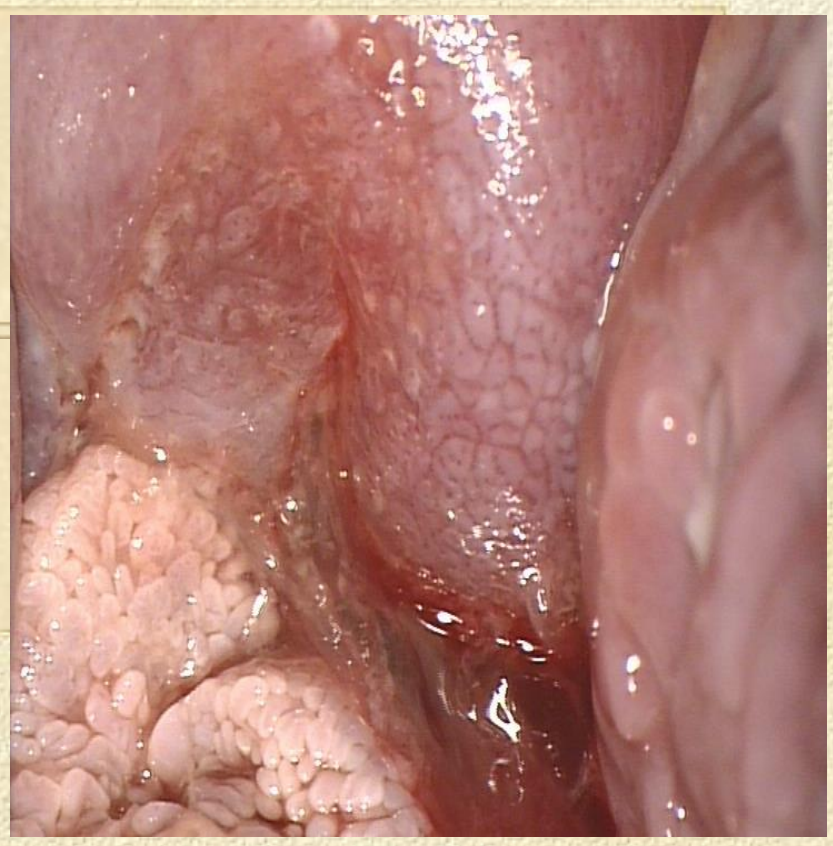
Extragenitale Lokalisation
II° Infektion bei HIV pos. Patientin



Sonderform
Condyloma gigantea/ Buschke Löwensteintumor

Diagnostik I
Inspektion /Kolposkopie

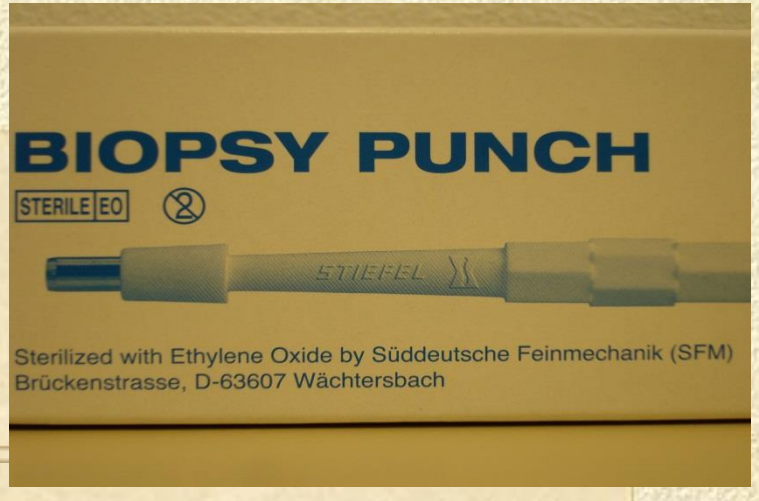




Essigsäuretest

Diagnostik II

Biopsie bei:



- unsicherer Diagnose
- Therapieresistenz
- Frührezidive
- Progredienz unter Therapie
- Effloreszenzen > 1cm Durchmesser
- Atypische Hautveränderungen
- Immunsupprimierten Patienten

Weiteres:

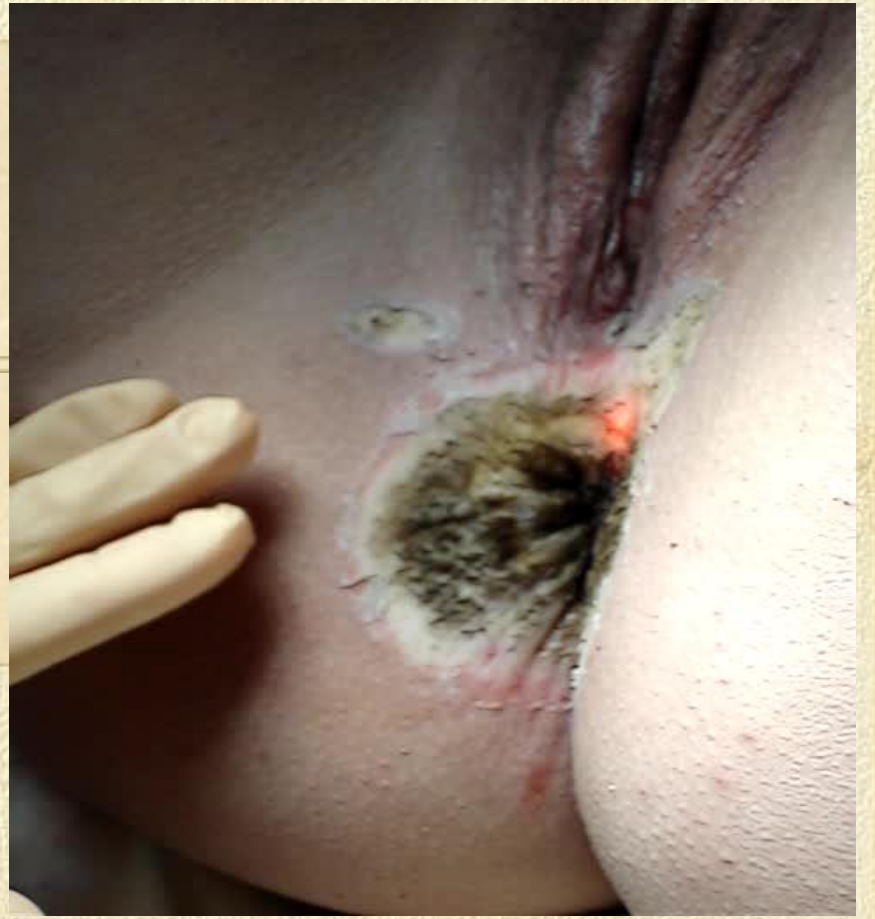
- Molekularbiologischer HPV- DNA- NW (v.a. bei Dysplasien)
- HPV- Serologie: geringe Bedeutung
- Ausschluss anderer STD: Chlamydien, GO, HIV, Hepatitis, Lues,
- Urethroskopie/ Anoskopie

Therapie

Therapie	Ansprechrate	Rezidivrate
Trichloressigsäure	*50- 80%*	*36%*
Podophyllotoxin	*42 %*	*75%*
Imiquimod (Aldara)	*72 %*	*27%*
Interferon topisch *systemisch*	*33%* *7- 82%*	*21-25 %* *23%*
Kryotherapie	*63- 96%*	*25- 39%*
Elektrotherapie	*91- 94%*	*19- 25%*
Skalpellexcision	*89-93%*	*19- 29 %*
CO2 Laser	***91- 97%***	***6- 15%***

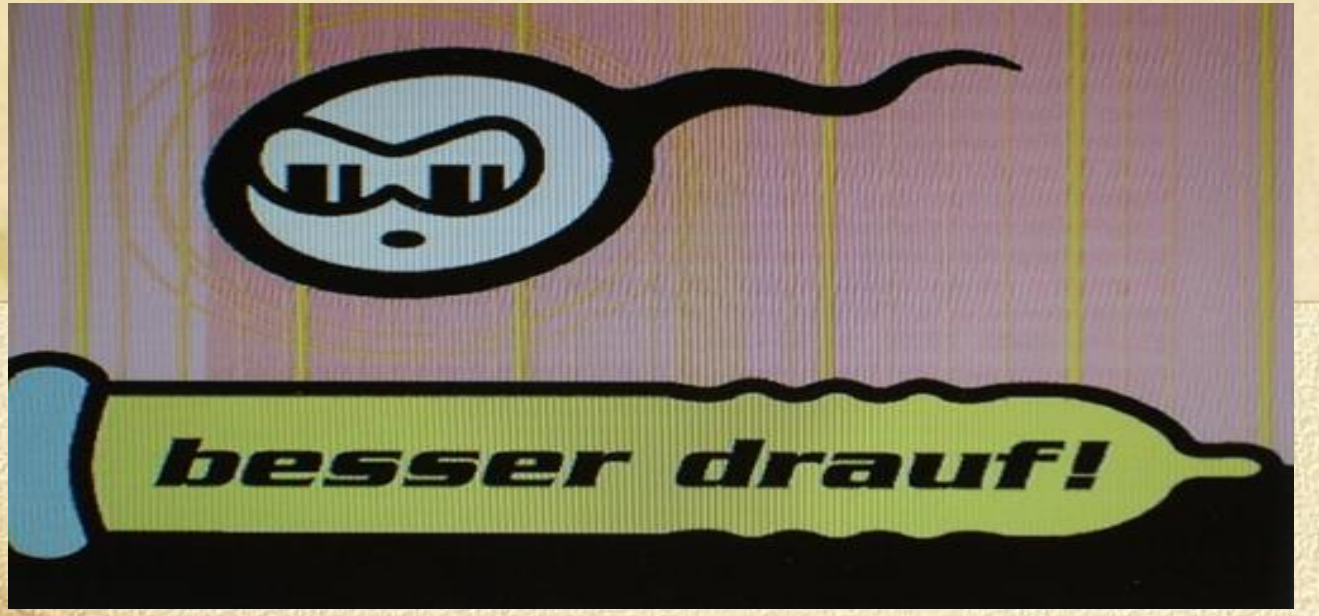
CO2 Laserevaporisation

Laserevaporisation



Prävention

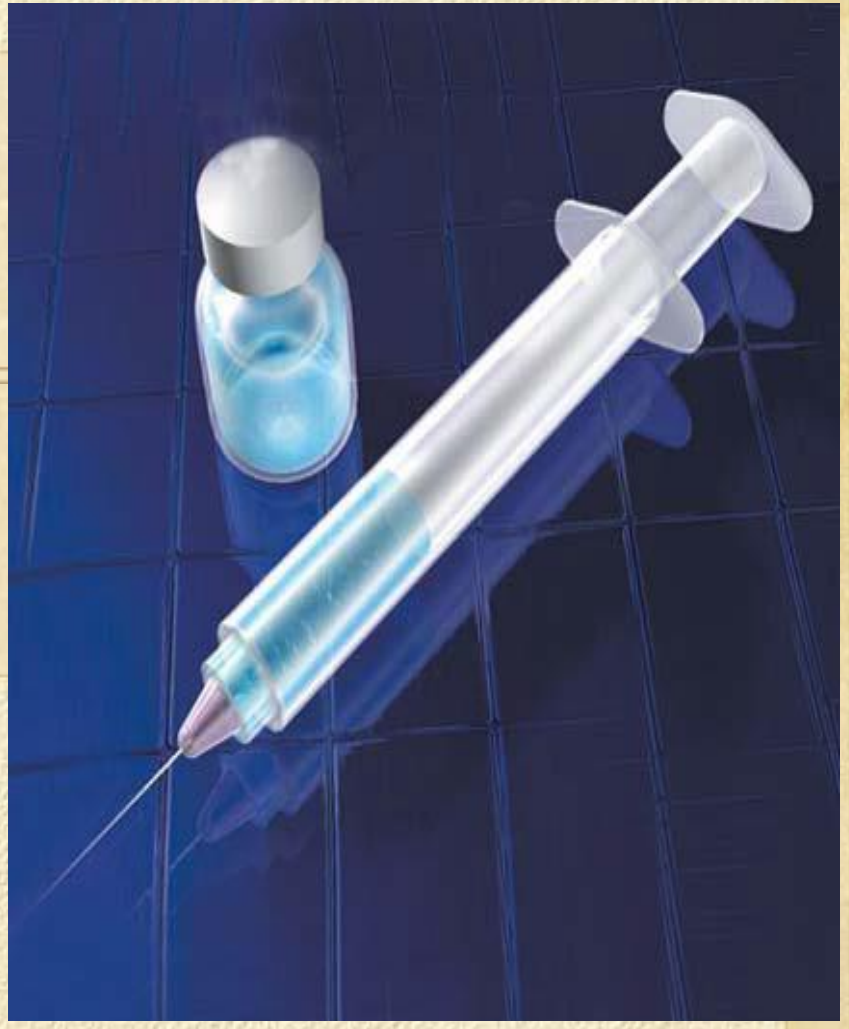
Kondome: mässiger Schutz (70%)



HPV Impfung

Quadrivalenter Impfstoff (Gardasil)

HPV- Typen 6, 11 (low risk)
16, 18 (high risk)



- Ist wirksam gegen
  - 70-75% aller Fälle von CIN 2/3 und Gebärmutterhalskrebs
  - 34% aller CIN 1-Fälle
  - 90% aller Fälle von Genitalwarzen
  - 80% aller Fälle von präkanzerösen Läsionen der Vulva und Vagina sowie deren Karzinome

- Weitere durch HPV-verursacht
  - Analkarzinom
  - Peniskarzinom
  - Respiratorische Papillomatose

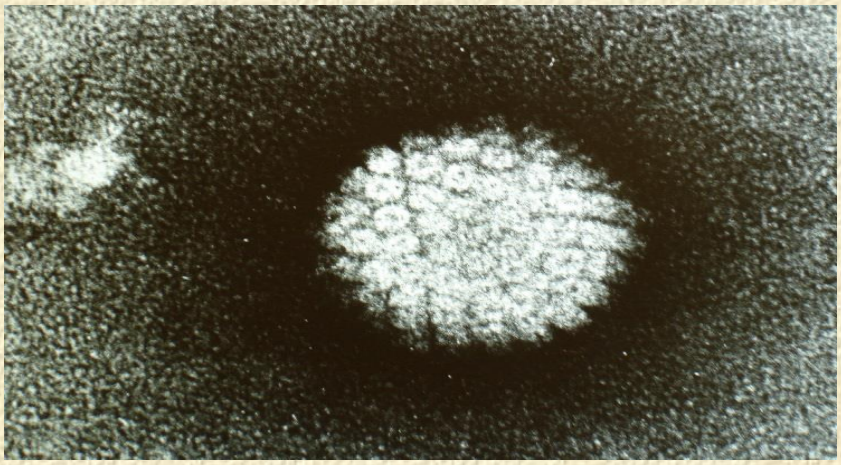
HPV Impfung

Wann und wer sollte geimpft werden?

- Es soll vor dem Kontakt mit HPV geimpft werden, d.h. vor dem Beginn der sexuellen Aktivität
- Im Kindes- / Jugendlichen Alter hat man die beste / stärkste Antwort auf Impfungen und man hat die geringsten Nebenwirkungen
- In den Studien wurde der Impfstoff bis zu einem Alter von 26 Jahren geprüft und zugelassen
- Neu Indikationserweiterung für Frauen bis 45 Jahren

HPV high risk

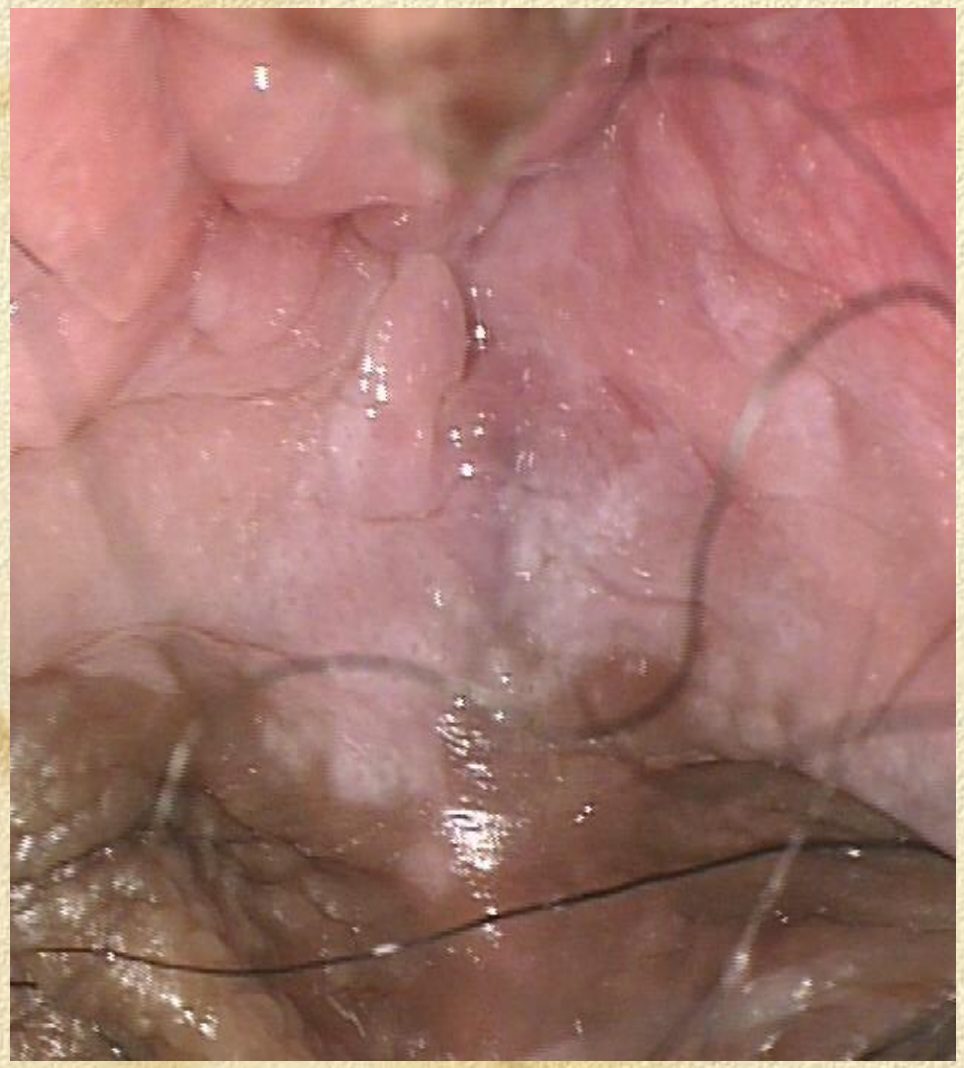
- HPV 16, 18
- assoziiert mit 30% der Vulvakarzinome
- mit 80-90% der Vulvakarzinome bei Frauen jünger als 50 Jahre



Vulväre intraepitheliale Neoplasie

VIN I: leichte Dysplasie

VIN II: mittelschwere Dysplasie; hyperlastische Vulvadystrophie und leichte Atypien



VIN III

- **VIN III:** Schwere Dysplasie
- **Vulva intraepitheliale Neoplasie (VIN):** 80% führt sofern nicht behandelt innerhalb von 10 Jahren zu invasivem Krebs (7-8% bei Behandlung). VIN III ist ein prä-invasiver Zustand

Vulvakarzinom

Stadium I & II:

- Excision

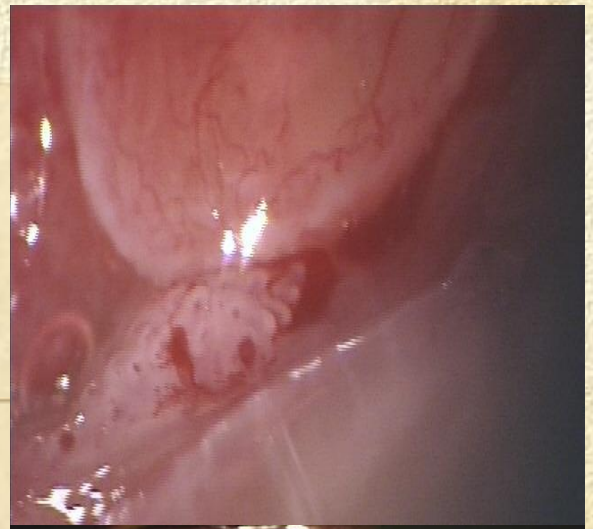
Stadium III & IV:

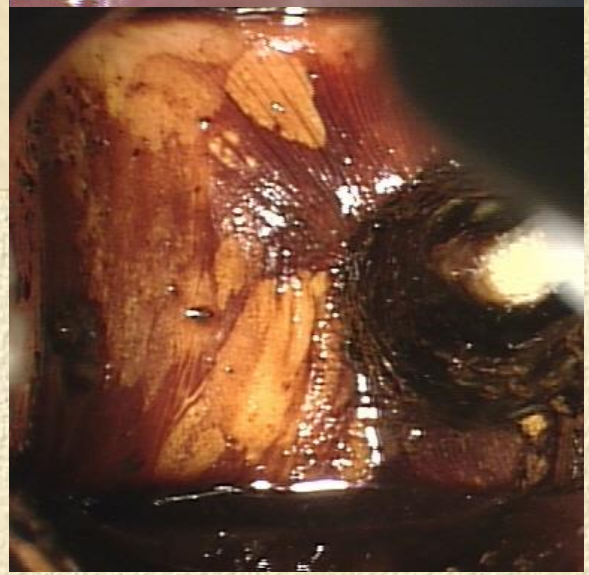
- Abhängig vom Allgemeinzustand
- Chemo- & Radiotherapie
- Radikale Vulvektomie
  + inguniale Sentinel/
  Lymphknotendissektion

- Rekonstruktive OP

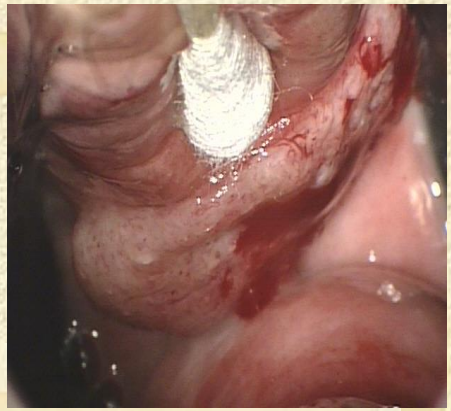
Vaginale intraepitheliale Neoplasien (VAIN)

- Extrem selten (150x < CIN)
- 70% assoziiert mit CIN
  - VaIN1: leichte Dysplasie
  - VaIN2: mittelschwere Dysplasie
  - VaIN3: schwere Dysplasie
- **Diagnose:** Abstrich, Kolposkopie, Biopsie
- **Therapie:**
  - low grade: Beobachtung
  - high grade: Excision
- Laser, 5-FU, Diathermie, ggf. Radiotherapie





Vaginal Karzinome



- **Inzidenz:** 1-2% von allen gyn. Ca`s
- **Klassifikation:**
  1. Primär: Plattenepithelkarzinom (häufig, 85%), Adenokarzinom, klarzelliges Adenokarzinom
  2. Sekundär: Metastasen der Cervix, Endometrium, etc.
- 50% im oberen 1/3, 30% im unteren 1/3, 19% im mittleren 1/3
- Posteriore Vaginalläsionen häufiger als anteriore und anteriore sind häufiger als laterale Läsionen
- **Streuung:** direkt & lymphatisch

Therapie

- **Stage I:**

1. Tumor < 0.5 cm tief
   a. Operation: lokale Excision oder totale Vaginektomie mit Rekonstruktion
   b. Radiotherapie
2. Tumor > 0.5 cm tief: (a) grosszügige Vaginektomie, pelvic Lymphadenektomie und Rekonstruktion der Vagina. (b) Radiotherapie

- **Stage II:** (a) Radikale Vaginektomie, Lymphadenektomie (b) Radiotherapie
- **Stage III:** Radiotherapie

Take home message

Nicht alles was juckt ist ein Pilz

Gegen Infektion sprechen:

- Anamnese über Monate und Jahre
- Keine Besserung durch Antinfektivum
- Normaler Fluor
  mit 3x mehr Epithelien> Leukos
- Scharfer Übergang zur gesunden Haut

Im Zweifelsfall: Abklärung mit Biopsie

Vielen Dank !