

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Kürzl R

Differentialdiagnose von Hautveränderungen der Vulva

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2008; 26 (2)
(Ausgabe für Österreich), 12-15*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2008; 26 (2)
(Ausgabe für Schweiz), 12-12*

Homepage:

www.kup.at/speculum

**Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig





Differentialdiagnose von Hautveränderungen der Vulva

R. Kürzl

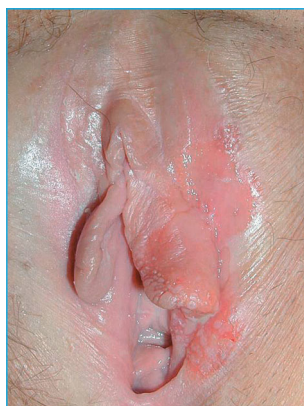
Sehr häufig stellen sich Frauen unterschiedlichen Alters beim Gynäkologen vor, die über Juckreiz, Brennen und Wundsein im Vulvabereich klagen. Diese Symptome finden sich bei vielen u. U. chronischen Hauterkrankungen der Vulva und hier ergibt sich fast regelmäßig ein chronisches Problem der Gynäkologen.

Es laufen nämlich fast immer folgende therapeutische Reflexe ab: Die junge Frau mit solchen Beschwerden bekommt ein Rezept für ein Antimykotikum, die alte Frau mit derartigen Beschwerden erhält ein Rezept für ein lokal anzuwendendes Östrogenpräparat. Ist die Haut weißlich verändert, so hält sich immer noch, soweit überhaupt eine Diagnose gestellt wird, eine obsoletere Nomenklatur aus dem 19. Jahrhundert mit Begriffen wie „Leukoplakia vulvae“ oder „Kraurosis vulvae“. Der erste Begriff wurde 1877 von Schwimmer, einem Derma-

tologen in Budapest, geprägt, der zweite 1885 von Breisky, einem Gynäkologen in Prag [1–3]. Leukoplakie ist die griechische Bezeichnung für „weißer Fleck“ und Kraurosis ist abgeleitet von griechisch „krauros“, auf Deutsch „trocken, spröde“. Damit sollte klar sein: Mit diesen Begriffen können klinische Bilder u. U. deskriptiv erfasst, aber nicht diagnostiziert werden. Darüber hinaus zeigt sich das klinische Bild der Hautveränderungen an der Vulva viel „bunter“ mit roten, weißen, ulzerösen und dunklen Läsionen sowie mit kleinen und großen Tumoren. Diese Vielfalt soll nach E. Friedrich Grundlage einer einfachen klinischen Einteilung der Vulvaläsionen sein und erst innerhalb dieser unterschiedlichen klinischen Bilder, die oft auch gemischt auftreten können, erfolgt dann die Differentialdiagnose [4].

Anhand der Abbildungen soll exemplarisch die Schwierigkeit der klinischen Differentialdiagnose erläutert werden: Abbildung 1 zeigt eine ausgedehnte Läsion im Bereich der linken Vulva: Große und kleine Labie sind betroffen mit gemischt erythro- und leukoplakischen Hautveränderungen. Ein ähnliches und doch anderes Bild zeigt die Vulva in Abbildung 2: Auch hier sind große und kleine Labie links mit gemischt erythro- und leukoplakischen Hautveränderungen betroffen. In Abbildung 1 handelt es sich um eine vulväre intraepitheliale Neoplasie (VIN) bei einer 55-jährigen Frau, in Abbildung 2 um einen Morbus Paget der Vulva bei einer Frau mit 64 Jahren.

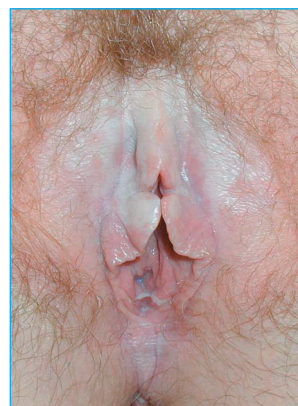
Die Vulva in Abbildung 3 zeigt im vorderen Bereich eine ausgedehnte leukoplaki-



1: Gemischt erythro- und leukoplakische Läsion der linken Vulva bei einer 55-jährigen Patientin. Histologie: Vulväre intraepitheliale Neoplasie (VIN)



2: Gemischt erythro- und leukoplakische Läsion der linken Vulva bei einer 64-jährigen Patientin. Histologie: Morbus Paget der Vulva



3: Ausgedehnte leukoplakische Veränderungen an den vorderen Abschnitten der kleinen Labien, am Präputium klitoridis und am Perineum bei einer 24-jährigen Patientin. Histologie: Lichen sklerosus der Vulva

sche Hautveränderung mit Fusion des Präputium klitoridis, so dass die Glans klitoridis nicht mehr freiliegt. Ähnlich und doch wieder anders die Hautveränderung der Vulva in Abbildung 4: Die kleinen Labien zeigen ausgedehnte Leukoplakien mit deutlich vergrößertem Hautrelief; Präputium und Glans klitoridis sind in den pathologischen Prozess mit einbezogen. Obwohl das klinische Bild in beiden Fällen leukoplakisch ist, handelt es sich in Abbildung 3 um einen Lichen sklerosus bei einer Frau, die erst 24 Jahre alt ist, und in Abbildung 4 um eine vulväre intraepitheliale Neoplasie (VIN) bei einer 47-jährigen Frau.

Die Abbildungen 5 und 6 zeigen ausgedehnte rote Hautveränderungen, jeweils verbunden mit einer massiven Veränderung der üblichen Morphologie der Vulva: Die kleinen Labien sind gar nicht mehr oder nur noch rudimentär erhalten und das Präputium jeweils in Synechie mit der Glans klitoridis, die dadurch „vergraben“ wird. Obwohl hier in beiden Fällen das klinische Bild erythroplakisch erscheint, handelt es sich in Abbildung 5 um eine vulväre intraepitheliale Neoplasie (VIN) bei einer 76-jährigen Frau, in Abbildung 6 aber um einen Lichen ruber planus bei einer 71-jährigen Frau.

Dieses variantenreiche Spektrum von Ähnlichkeiten und Differenzen im Erscheinungsbild unterschiedlicher Hauterkrankungen an der Vulva macht es in der Regel unmöglich, die Differentialdiagnose alleine aufgrund des klinischen Bildes zu entscheiden. Die Auflösung der Differentialdiagnose kann letztlich nur durch die Histologie erfolgen. Die dazu nötige Gewebeprobe sollte als Stanzbiopsie entnommen werden. Diese Prozedur kann ambulant erfolgen. Nach Desinfektion wird die Haut mit einem Lokalanästhetikum infiltriert, der infiltrierte Hautbezirk fixiert und mit einem Einmalinstrument (z. B. Hautstanzen von Stiefel®) ein Hautzylinder ausgestanzt, der mit Pinzette und Schere von der Unterlage abgeschnitten und fixiert zur histologischen Untersuchung gegeben wird. Eine Naht ist selbst bei einem Durchmesser von 6 mm nicht erforderlich. (Wichtig ist die Frage nach Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten, insbesondere nach Thrombozytenaggregationshemmern; erst nach Absetzen sollte die Stanzbiopsie erfolgen, ansonsten können ohne Naht lästige Nachblutungen auftreten.) Die Stanzbiopsie ist der Knipsbiopsie vorzuziehen, da Letztere weniger tief und nicht senkrecht zur Oberflä-

che erfolgt, was Schwierigkeiten beim Mikroskopieren für den Pathologen bringt.

Die genaue Kenntnis der Diagnose ist Voraussetzung, um adäquat behandeln zu können. Dabei geht es zunächst darum, ob eine präinvasive oder eine nicht neoplastische Erkrankung vorliegt. Denn präinvasive Läsionen müssen in aller Regel mit ablativen Verfahren behandelt werden, während nicht neoplastische Dermatosen einer medikamentösen Lokalbehandlung zugänglich sind.

Es muss aber einigermaßen sichergestellt sein, dass die Diagnostik interdisziplinär möglichst nach gleichen Kriterien erfolgt und kommuniziert wird. Um dieses Ziel hat sich die International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) seit vielen Jahren bemüht. Die Vorschläge zur Nomenklatur werden in dieser Gesellschaft immer wieder von Pathologen, Gynäkologen und Dermatologen gemeinsam überarbeitet und publiziert.

Fortsetzung auf Seite 14



4: Ausgedehnte leukoplakische Veränderungen an den vorderen Abschnitten der kleinen Labien, am Präputium klitoridis und am Perineum bei einer 47-jährigen Patientin. Histologie: Vulväre intraepitheliale Neoplasie (VIN)



5: Ausgedehnte erythroplakische Hautveränderung mit vollständiger Rückbildung der kleinen Labien und mit Fusion des Präputium klitoridis bei einer 76-jährigen Patientin. Histologie: Vulväre intraepitheliale Neoplasie (VIN)



6: Ausgedehnte erythroplakische Hautveränderung mit fast vollständiger Rückbildung der kleinen Labien (links vorne noch rudimentär erhalten) und mit Fusion des Präputium klitoridis bei einer 71-jährigen Patientin. Histologie: Lichen ruber planus

Die vulvären intraepithelialen Neoplasien (VIN) wurden und werden fast immer noch nach Grad 1 bis 3 eingeteilt. Untersuchungen lassen aber diese Einteilung inzwischen als obsolet erscheinen und so hat die ISSVD vorgeschlagen, auf diese Graduierung zu verzichten [5]. Da VIN 1 schlecht reproduzierbar sowie selten ist und im Allgemeinen eine reaktive Veränderung oder einen HPV-Effekt darstellt, wird diese Bezeichnung in der neuen Terminologie nicht mehr gebraucht. Oberbegriff ist „vulväre intraepitheliale Neoplasie“ (VIN, früher VIN 2 und 3), unterteilt in üblichen („usual“) und differenzierten Typ. Beim üblichen Typ wird noch weiter unterschieden nach warzenartig („warty type“), basaloid und gemischt („warty/basaloid type“). VIN „usual type“ ist fast immer HPV-assoziiert, während beim differenzierten Typ HPV nicht nachzuweisen war. Eine weitere prä-invasive Hauterkrankung stellt der schon erwähnte Morbus Paget dar, der jedoch wesentlich seltener auftritt als eine vulväre intraepitheliale Neoplasie. Zu beiden Entitäten gibt es zu weiteren klinischen und therapeutischen Aspekten neuere Übersichtsarbeiten [6, 7].

Unter den nicht neoplastischen Hauterkrankungen der Vulva, für die die ISSVD ebenfalls einen Klassifikationsvorschlag erarbeitete [8], ragt der Lichen sklerosus mit Abstand als häufigste Erkrankung der Vulvahaut hervor. Wichtig für den Frauenarzt ist noch der Lichen simplex chronicus (früher als Plattenepithelhyperplasie be-

zeichnet), der als Folge chronischer Hautirritation auftreten kann. Die zahlreichen weiteren Dermatosen, die an der Haut der Vulva auftreten können, sind in der ISSVD-Klassifikation aufgelistet, darunter auch sehr seltene dermatologische Erkrankungen, deren weitere Abklärung und Therapie wohl besser in die Hände der Dermatologen gelegt werden sollte. Diagnose und Therapie von Lichen sklerosus und Lichen simplex chronicus fallen dagegen auch in die Kompetenz des Gynäkologen. Für beide Erkrankungen ist die lokale Anwendung von Kortikosteroiden das Mittel der Wahl. Bei Lichen simplex chronicus reicht eine Therapie z. B. mit Clobetasol über sechs bis acht Wochen aus. Bei Lichen sklerosus empfiehlt sich eine Induktionstherapie z. B. mit dem hochpotenten Clobetasol für zwei Wochen, gefolgt vom milderen Clobetasol für weitere acht Wochen und anschließender Reduzierung der Anwendungshäufigkeit über mehrere Wochen mit dem Ziel einer Dauertherapie mit einer Anwendung pro Woche. Mit dieser wöchentlichen Applikation ist eine Dauertherapie ohne kortisoninduzierte Nebenwirkungen an der Haut möglich und effektiv.

Zusammenfassend soll nochmals betont werden: Aus dem klinischen Bild einer vulvären Läsion lässt sich eine mehr oder minder einschränkende Differentialdiagnose ableiten, die aber erst durch eine konsequente histologische Abklärung mittels Stanzbiopsie entschieden werden kann. Der Schlüssel zur Differentialdiagnose von

Hautveränderungen der Vulva liegt somit in der konsequenten histologischen Abklärung durch Stanzbiopsie, und die histologische Diagnose ihrerseits ist dann der Schlüssel für die adäquate Therapie.

LITERATUR:

1. Schwimmer E. Die idiopathischen Schleimhautplaques der Mundhöhle; Leucoplakia buccalis. Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis 1877; 4: 511–70.
2. Schwimmer E. Die idiopathischen Schleimhautplaques der Mundhöhle; Leucoplakia buccalis. Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis 1878; 5: 53–114.
3. Breisky A. Ueber Kraurosis vulvae, eine wenig beachtete Form von Hautatrophie am pudendum muliebre. Zeitschrift für Heilkunde 1885; VI: 69–80.
4. Friedrich EG Jr. Vulvar disease. 2nd ed. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1983.
5. Sideri M, Jones RW, Wilkinson EJ, Preti M, Heller DS, Scurry J, Haefner H, Neill S. Squamous vulvar intraepithelial neoplasia: 2004 modified terminology, ISSVD Vulvar Oncology Subcommittee. J Reprod Med 2005; 50: 807–10.
6. Van Seters M, van Beurden M, de Craen AJ. Is the assumed natural history of vulvar intraepithelial neoplasia III based on enough evidence? A systematic review of 3322 published patients. Gynecol Oncol 2005; 97: 645–51.
7. Preti M, Micheletti L, Massobrio M, Ansai SI, Wilkinson EJ. Vulvar Paget disease: one century after first reported. J Low Genit Tract Dis 2003; 7: 122–35.
8. Lynch PJ, Moyal-Barracco M, Bogliatto F, Micheletti L, Scurry J. 2006 ISSVD classification of vulvar dermatoses: pathologic subsets and their clinical correlates. J Reprod Med 2007; 52: 3–9.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Rainer Kürzl
I. Frauenklinik der LMU München
D-80337 München, Maistraße 11
E-Mail:
rainer.kuerzl@med.uni-muenchen.de

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung