

וסטיבוליטיס – תהליך דלקתי במבוא העריה

ד"ר ירון בוקר

מהי וסטיבוליטיס?

וסטיבוליטיס או בעברית דלקת מבוא העריה, היא תגובת רגישות יתר בעור הוסטיבולום (הוסטיבולום הוא האזור שבין הפות לפתח הנרתיק). זהו תהליך שכיח מאד בנשים ואחד הגורמים המשמעותיים לכאבים בעת קיום יחסי מין. הבעיה שכיחה בעיקר בנשים צעירות בשנים הראשונות לחיי המין שלהן. התלונה האופיינית היא תחושת כאב או צריבה עזה בנסיון חדירה במהלך יחסי מין, אך גם בנסיון להחדרת טמפון או בבדיקה גינקולוגית.

הסיומת "איטיס" קשורה בד"כ לתהליך של דלקת. כאן מדובר בתגובה דלקתית בגוף. לא בתהליך זיהומי הנוצר ע"י חיידק, וירוס וכדומה אלא בתגובה של הגוף כנגד גורם חיצוני לא לגמרי ידוע. כנראה שהאבחנה "וסטיבוליטיס" היא מעין שק גדול הכולל בתוכו מספר תת-אבחנות. מדובר בסינדרום הטרונגי, מולטיסיסטמי ומולטיפקטוריאלי. שמות אחרים לאותה בעיה הם - וולוודיניה, VVS, Vestibular Adenitis, Vestibulodynia ועוד.

כיצד מאבחנים וסטיבוליטיס?

הסינדרום תואר לראשונה רק בשנת 1984 כחלק מהאבחנה של וולוודיניה (כאב בפות). הקריטריונים הראשוניים לאבחנה נקבעו בשנת 1987 ע"י ד"ר פרידריך שתאר את הסינדרום.

שלושת הקריטריונים של פרידריך לאבחון וסטיבוליטיס הם -

1. כאב חזק במגע בוסטיבולום או בנסיון חדירה לנרתיק
2. רגישות בלחץ על הוסטיבולום
3. בבדיקה – רואים בוסטיבולום אריתמה ובצקת

ישנה חשיבות רבה ללקיחת אנמנזה מליאה ומדויקת מהאשה, כי חלק חשוב מהאבחנה הוא תאור התלונות. בנוסף חשובה בדיקה ע"י גינקולוג מומחה בטיפול מיני או במחלות העריה. האבחנה הינה פשוטה עבור המומחים, אך רופאים שאינם מיומנים בסינדרום הזה יכולים בקלות לפספס את האבחנה.

מהי שכיחות הבעיה?

שכיחות המחלה אינה ידועה אך ההערכות הן שבין 10-20 אחוז מהנשים תסבולנה מוסטיבוליטיס בשלב כלשהו של חייהן.

הבעיה שכיחה כאמור בנשים צעירות בתחילת חיי המין שלהן ובעיקר בנוטלות גלולות למניעת הריון (אם כי הקשר לגלולות לא הוכח מדעית). ישנה טענה, לא מוכחת שהתופעות חולפות לאחר הלידה הראשונה.

מה גורם לוסטיבוליטיס?

הגורם לבעיה אינו ידוע ברור. בעבר חשבו שזה קשור להפרעות נפשיות או לשקיעת מלחי אוקסלאט ברקמה. יש גם מחשבות שהגורם הוא גנטי או אולי הורמונלי. כיום די ברור שהבסיס העיקרי לסימפטומים קשור בהפעלת מערכת הכאב הקשור לתהליך דלקתי עצבי מקומי וכן לסך רגישות עצבית נמוך.

מהם שלבי המחלה?

לא מדובר במחלה, אלא סינדרום או מצב. בשלב הראשוני ישנו כאב הנגרם ע"י גרוי עצבים ספציפיים מקומיים ובהמשך, בשלב הכרוני של הסינדרום, הכאב הוא כאב נירופטי המופעל ע"י

מרכזי כאב במערכת העצבים המרכזית. אחד המרכיבים העקריים של הסינדרום הוא כיווץ שרירים דפנסיבי, הגורם למיאליגיה (כאב שרירים) קשה ובעקבות כך לבעיות בתפקוד המיני.

מה יכול להחמיר את הבעיה?

הסימפטומים מוחמרים עקב תהליכים שונים. למשל - זהו בפות או בנרתיק כגון זיהומים נרתיקיים חוזרים (בד"כ קנדידה כרונית אך לעיתים גם זיהומים חיידקיים או ויראליים). גם דלקות חוזרות בדרכי השתן מחמירות את התופעה וכנראה שיש השפעה גם לשינויים הורמונליים כגון בהריון או שימוש בגלולות למניעת הריון וגם חשיפה לכימיקלים ואלרגנים מקומיים יכולה להחמיר את המצב. הטריגר להפעלה הוא בסופו של דבר, טריגר מכני של נסיון חדירה לנרתיק.

מהם סיבוכי הוסיבוליטיס?

1. וגיניזמוס משני (וגיניזמוס = כיווץ בלתי רצוני של שרירי הנרתיק עקב החשש לכאב).
2. ירידה משנית בחשק המיני אצל האשה.
3. דכאון וחרדה משניים להשלכות המיניות והזוגיות.
4. הפרעה בתפקוד המיני אצל בן-הזוג (בעיקר הפרעה בזקפה עקב החשש להכאיב לבת זוג).
5. כל זה מביא לחוסר חיי מין סדירים ומהנים.

מהם הטיפולים הקיימים?

- כיון שהגורם אינו ידוע ויש תאוריות רבות, גם סוגי הטיפולים הם מרובים. חשוב לתפור לכל אשה את הטיפול המתאים לה מתוך מגוון הטיפולים שנזכרו. השלב הראשון בטיפול הוא פתרון בעית הכאב והשלב השני הוא הנסיון לשיפור חיי המין.
1. מניעת החמרת הבעיה - שמוש בתחתוני כותנה, שמוש בסבונים היפואלרגניים, מניעת שמוש בתחתוניות המכילות בשמים, הפסקת גלולות למניעת הריון ועוד.
 2. טיפול מקומי - במשחות המכילות סטרואידים, אנטי חיידקיים, אנטי פטרייתיים, חומרים נוגדי כאב כגון גבפנטין ועוד.
 3. טיפול בכאב - הזרקת אינטרפרון מקומי, תרופות (בעיקר אנטידפרסנטים-טריציקליים).
 4. פיזיותרפיה לרצפת האגן - מטרתה היא הורדת הטונוס העצבי הגבוה ולימוד האשה לשלוט על שרירי האגן ע"י כיווץ והרפיה לפי רצונה. לעיתים יש שמוש בביופידבק.
 5. טיפול פסיכוסקסואלי - זהו מרכיב חשוב בטיפול. בעבר חשבו שחלק מהאטיולוגיה הוא פסיכולוגי. כיום מקובל שהחלק הפסיכולוגי הוא משני לכאבים. ברוב המקרים ישולב טיפול מיני-קוגניטיבי-ביהביוראלי, ועדיף טיפול מיני-זוגי. חשוב לשלב את בן הזוג בטיפול כי גם הוא סובל עקב הכאב ש"הוא גורם" לבת זוגו. במקרים קשים במיוחד ישולב גם טפול פסיכותרפי.
 6. טיפול רפואה משלימה - רוב הטיפולים לא הוכחו מדעית אך לחלקם יש הצלחות בשטח. מדובר בדיקור סיני, אוסטאופטיה, הומאופטיה, טיפול נטרופטי ועוד.
 7. טיפול ניתוחי - כריתת מוקוזת הוסיבולום. מדובר בטיפול עם אחוזי הצלחה גבוהים, אך הוא נתון לויכוח כיון שהנתוח יכול לגרום לפיברוזיס מקומי משני ועקב כך החמרת הסימפטומים. כמו כן מדובר בנתוח באזור הגניטליה בבחורה צעירה בתחילת חיי המין שלה ולכך יש השלכות פסיכוסקסואליות משמעותיות ביותר. ברוב המרכזים מקובל לבצע וסיבולקטומיה רק כשהטיפולים האחרים לא הצליחו.