

5/2019 Oktober

C 14118

derm

Praktische Dermatologie



omnimed
www.omnimedonline.de

Haut- und Schleimhautprobleme: Teil 35

Werner Mendling

Der Lichen sclerosus der Vulva kommt in jedem Alter vor, die Prävalenz steigt aber mit zunehmendem Alter von etwa 1 % in der Kindheit auf bis zu 5 % im Senium an. Die Erkrankung ist unheilbar und schreitet individuell unterschiedlich langsam oder schnell fort (Abb. 1).

Die nach S3-Leitlinie evidenzbasiert beste Behandlungsoption ist die mit Clobetasol-Salbe: Drei Monate Stoßtherapie, anschließend Erhaltungstherapie ein- bis zweimal/Woche, begleitet von täglicher Fettsalbe, wobei im Verlauf ein schwächer wirksames Kortikoid oder auch ein Kalzineurininhibitor möglich ist (den Dermatologen gern primär anwenden, er soll aber nach der interdisziplinären S3-Leitlinie signifikant schwächer als Clobetasol sein). So kann der Krankheitsverlauf gebremst beziehungsweise verlangsamt werden.

Ein wesentliches Problem in der gynäkologischen Praxis ist aber, dass diese Hauterkrankung nicht im typischen Weiterbildungsspektrum von Frauenärzten liegt und darüber hinaus in der Frauenklinik nur zufällig beobachtet wird. Umgekehrt sehen Hautärzte selten die Vulva von Frauen, da diese bei gynäkologischen Problemen halt Frauenärztinnen/Frauenärzte aufsuchen: Die Vulva ist somit im dermatologisch-gynäkologischem Niemandsland.

Das führt im Alltag bei Frauen mit genitalem Juckreiz oder Brennen dazu, dass unkritisch/inkompetent oft »Pilze« verantwortlich gemacht werden und Frauen mit frühen, weniger deutlich ins Auge fallenden Befunden übersehen werden. Sehr viele Frauen ken-



Abb. 1: Ausgeprägter, jahrelang unzureichend behandelter Lichen sclerosus der Vulva- und Perianalregion mit weiß-pergamentartig veränderter Haut, Schrumpfung der kleinen Labien, fast »buried«-Klitoris, Elastizitätsverlust und Spannung der hinteren Kommissur. Beachte: Die Veränderungen enden innen immer am Vestibulum etwa an der Hart'schen Linie, der Grenze zwischen verhornendem Plattenepithel der Vulva (Ektoderm) sowie nicht verhornendem Plattenepithel des Vestibulums (Endoderm) und nach lateral in einer embryologisch-determinierten Grenze im Außenbereich des Sulcus interlabialis. Auch der perianal betroffene Bereich ist typisch in seiner Ausdehnung



Abb. 2: Junge Frau mit leichtem Juckreiz bei beginnendem Lichen sclerosus der Vulva. An der Klitorisvorhaut Schrumpfungen und weißliche Haut erkennbar

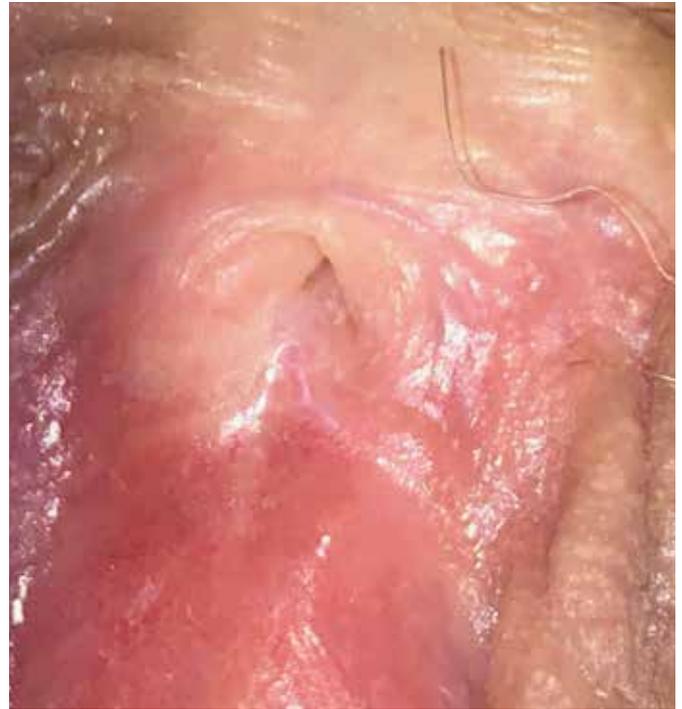


Abb. 3: 21-jährige Frau mit Lichen sclerosus im Bereich der Klitoris mit Schrumpfung und Hautveränderung. Bei der Patientin war im Alter zwischen 11 und 14 Jahren ein Lichen sclerosus der Vulva diagnostiziert und behandelt worden. Sie hatte danach keine Beschwerden mehr und die Erkrankung vergessen, bis sie jetzt wieder aktiv wurde und Juckreiz verursachte. Die weit verbreitete Meinung, ein Lichen sclerosus in der Kindheit heile spontan in der Pubertät aus, kann also so nicht gehalten werden



Abb. 4: Fast vollkommen von der geschrumpften Vorhaut verdeckte und geschrumpfte Klitoris, darüber heller gefärbte, sklerosierte Haut der vorderen Kommissur

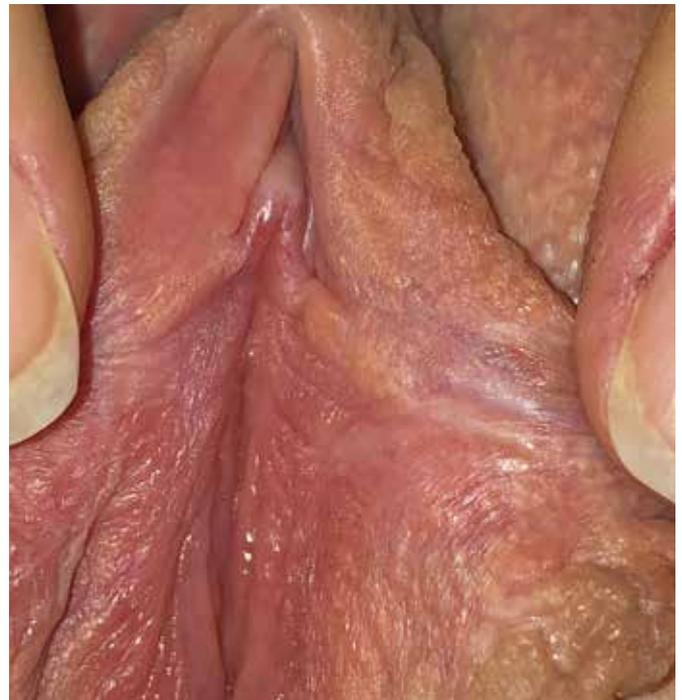


Abb. 5: Weiß veränderte Klitorisoberfläche, dezente Weißverfärbung der Innenseite der kleinen Labie links und rechts (vom Finger fast verdeckt). Die Vorhaut erscheint noch weitgehend unauffällig und nicht geschrumpft

nen außerdem ihre eigene Vulva nicht genau, können Sie nicht korrekt bezeichnen, fühlen zwar ihre Klitoris, wissen aber nicht genau, wie sie aussieht. In Schulbüchern wird sie verschämt als kleine Knospe im Nichts oder gar nicht dargestellt, ist aber in Wirklichkeit ein umgekehrtes großes V von über 10 cm Länge.

Die Abbildungen 2 bis 5 sollen deshalb auf die mehr oder weniger dezenten frühen Veränderungen eines Lichen sclerosus aufmerksam machen, die oft an der Klitorisvorhaut (oder an der hinteren Kommissur und am Damm) beginnen. Sie werden meist nicht beim schnellen Hinsehen bemerkt, wenn nicht die Klitorisvorhaut zurückgezogen und vulvoskopisch mit der Lupe untersucht wird.

Der Verein Lichen sclerosus, der vor etwa sechs Jahren von wenigen betroffenen Frauen in Basel gegründet worden ist, wächst unaufhörlich und hat bereits etwa 3.000 Mitglieder, auch einige Männer. In Deutschland gibt es zahlreiche Gruppen, die ärztlich sehr kompetent leitliniengerecht beraten, den Betroffenen mit Wissen helfen und somit von unten auch Druck auf die Ärzteschaft ausüben. So kommt es vor, dass Patientinnen die Leitlinie kennen, die Ärztin oder der Arzt aber empfiehlt, möglichst »Kortison« nur im Notfall wenige Tage lang wegen möglicher Hautschäden anzuwenden (erwiesermaßen sind bis 30 g Clobetasol/3 Monate unschädlich). Die Erkrankung wird somit und durch jahrelange eigene interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen über Vulvaerkrankungen populärer, was aber zurzeit auch zu »Fake«-Diagnosen führt, wo Juckreiz oder Brennen bei Ekzemen, Lichen simplex chronicus oder Vulvodynie vorliegen.

Literatur

1. Kirtschig G, Becker K, Günthert A, Jasaitiene D, Cooper S, Chi CC, Kreuter A, Rall KK, Aberer W, Riechardt S, Casabona F, Powell J, Brackebury F, Erdmann R, Lazzeri M, Barbagli G, Wojnarowska F (2015): Evidence-based (S3) Guideline on (anogenital) Lichen sclerosus. J Eur Acad Dermatol Venereol 29 (10), e1–43

2. Lewis FM, Tatnall FM, Velangi SS, Bunker CB, Kumar A, Brackebury F, Mohd Mustapa MF, Exton LS (2018): British Association of Dermatologists guidelines for the management of lichen sclerosus, 2018. Br J Dermatol 178 (4), 839–853

Anschrift des Verfassers:

*Prof. Dr. med. Werner Mendling
Deutsches Zentrum für Infektionen
in Gynäkologie und Geburtshilfe
an der Landesfrauenklinik
HELIOS Universitätsklinikum
Heusnerstraße 40
42283 Wuppertal
E-Mail prof@
werner-mendling.de*