

Lichen planus der Vulva

Werner Mendling¹

■ **Der historische aus dem Griechischen stammende Begriff „Lichen“ bedeutet „Flechte“. Im Alltagsjargon wird oft unscharf von „Lichen“ gesprochen, ohne dass zwischen Lichen (L.) sclerosus, L. planus und L. simplex unterschieden wird. Mit drei Beiträgen zum Thema Lichen werden diese für die einzelne Patientin quälenden und langfristig die Lebensqualität beeinträchtigenden Erkrankungen vorgestellt: in FRAUENARZT 12/2023 der Lichen sclerosus, in diesem Heft der Lichen planus, in der Februar-Ausgabe der Lichen simplex.**

Lichen planus (frühere Bezeichnungen auch Lichen ruber oder Lichen ruber planus) ist eine inflammatorische, T-Zell-vermittelte Erkrankung unbekannter Ursache der Haut und/oder Schleimhaut und kann auch Haare und Nägel betreffen. Erkrankungen der Schleimhaut bzw. der vulvovaginalen Region sind meist chronisch. Eine Spontanremission ist aber möglich. Sie kommt oft bei Lichen planus der Haut und selten im Genitalbereich vor. Frauen mit genitalem Lichen planus können vermehrt unter Depression, Angststörung und sonstigem psychosozialen Stress leiden.

Die Erkrankung tritt in vielfältigen Erscheinungen auf (14) und birgt ein erhebliches Risiko für ein Vulvakarzinom.

Häufigkeit

Die exakte Häufigkeit des vulvovaginalen Lichen planus ist unbekannt. Meist

tritt er um das 50.–60. Lebensjahr auf. Es sind vermutlich 0,2–1 % der Erwachsenen betroffen. Frauen erkranken etwas häufiger daran als Männer. Vulvovaginaler Lichen planus ist bei Kindern sehr selten.

Typisch und häufig ist die Koinzidenz mit anderen Autoimmunerkrankungen,

z. B. Hashimoto-Thyreoiditis, Autoimmungastritis, perniziöse Anämie, Alopecia areata u. a. Es gibt auch Hinweise für eine Assoziation mit der Einnahme von Betablockern sowie nicht-steroidalen antiinflammatorischen Medikamenten. Auch Traumen der Haut können ein Trigger sein (Köbner-Phänomen) (25, 15, 16).

Lichen planus (modif. nach 14, 6, 15, 16)

Typisch sind an den Beugeseiten von Handgelenken und Unterschenkeln, aber auch am Stamm flache, wenige Millimeter große violette, glänzende, juckende Papeln und Plaques („Knötchenflechte“, Abb. 12 und 13 auf Seite 31), besonders an kleinen Hautläsionen (Köbner-Phänomen), die konfluieren, hyperpigmentieren und hyperkeratotisch werden können.

Anogenitaler Lichen planus:

| | |
|---|--|
| Klassisch | Rotblaue, flache, juckende Papeln mit Wickham'schen Streifen (große und kleine Labien, Sulcus interlabialis) |
| Hypertrophisch | Dicke, sehr juckende, hyperkeratotische Plaques mit Wickham'schen Streifen, meist an großen Labien |
| Lichen planopapillaris | Feine hyperkeratotische Papeln und Erytheme um Haarfollikel der Vulva und des Mons pubis, kann dort zur narbigen Alopezie führen |
| Atrophisch-erosiver-ulzerativer (mukosaler) Lichen planus | Glänzendes Erythem, erosiv-ulzerös, meist von einem feinen weißen Saum umgeben, meist schmerzhaft, innen an den kleinen Labien, im Vestibulum und in der Vagina, oft vernarbend. |
| Vaginal | Erosionen, desquamative Vaginitis, Vernarbungen, Stenose (Abb. 8, S. 30) |
| Urethral | Erosionen und Stenose mit schmerzhafter Miktion |
| Anal | Schmerzhafte Defäkation, vernarbende Stenose |

Weitere mögliche Lokalisationen des Lichen planus:

| | |
|------------------------------------|--|
| Mundraum | Wangenschleimhaut, Zahnfleisch, Zunge, Lippen: gerötete entzündete Regionen, desquamative Gingivitis, Wickham'sche Striae, oft an der Wangenschleimhaut. Bei gleichzeitigen Symptomen oral und genital: „vulvovaginal-gingivales Syndrom“ (Abb. 10 und 11 auf Seite 31) |
| Konjunktiven inklusive Tränenkanal | Konjunktivitis (Gefühl wie Sandpapier), Vernarbungen möglich |
| Äußerer Gehörgang | Erosionen, Krusten, eventuell Verengung |
| Nasenschleimhaut | Erosionen, Krusten |
| Rachen und Ösophagus | Erosionen und Narben, Schluckbeschwerden |
| Kopfhaut | Inflammation der Haarfollikel, vernarbende Alopezie |
| Nägel | Nagelmatrixschaden, dadurch Rillen in den Nägeln |

Tab. 1

¹ Arbeitsgemeinschaft für Infektionen und Infektionsimmunologie in der Gynäkologie und Geburtshilfe (AGII) und Deutsches Zentrum für Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe an der Landesfrauenklinik, Helios Universitätsklinikum Wuppertal

9 typische diagnostische Kriterien von vulvarem L. planus erosivus (18)

| | |
|---|---|
| 1 | Gut demarkierte Erosion oder glänzendes Erythem am Introitus vaginae |
| 2 | Hyperkeratotischer weißer Randsaum der Erosion, evtl. mit Wickham'schen Streifen |
| 3 | Schmerzen, Brennen |
| 4 | Evtl. auch vestibuläre und vaginale Inflammation |
| 5 | Narbige Schrumpfungen, Verlust der normalen Architektur |
| 6 | Andere Schleimhäute können auch betroffen sein |
| 7 | Inflammation im superfiziellen Bindegewebe, das die dermoepitheliale Junction einschließt (Interphase-Dermatitis) |
| 8 | Nachweis von Basalzelldegeneration, Civatte bodies (bestimmte apoptotische Keratinozyten in der papillären Dermis), abnormale Keratinozyten oder basale Apoptose |
| 9 | Histologisch außerdem (Regauer, pers. Mittlg. 2023): Nachweis eines gut definierten hauptsächlich lymphozytären inflammatorischen Bandes mit proinflammatorischen (Th1) und antiinflammatorischen (Th2) Zytokinen. Die Balance zwischen den TH1- und Th2-induzierten Zytokinen bestimmt das klinische und histologische Bild (dichte inflammatorische Infiltrate und/oder sklerotische Papeln, keratinozytäre Apoptose mit Destruktion der Basalzellen und der Basalmembran mit Folge einer vakuoligen Interphasendermatitis). |

Tab. 2

Symptome

Frauen mit genitalem L. planus klagen oft über Wundheitsgefühl und Schmerz im Vestibulum. Geschlechtsverkehr brennt oder ist gar nicht möglich, da im Gegensatz zum L. sclerosus das hintere Vestibulum und auch die Vagina betroffen sein können. Ansonsten sind die subjektiven Symptome denen bei L. sclerosus ähnlich. Immer sollte auch nach Beschwerden im Mundraum gefragt werden. Die meisten Patientinnen klagen über Schmerzen/Brennen mit und ohne Berührung, Geschlechtsverkehr ist meist unzumutbar, bei L. planus erosivus der Vagina kann auch gelber dünner, lästiger Fluor auftreten.

Klinische Zeichen

Bei Verdacht auf L. planus muss eine sorgfältige Anamnese und eine Untersuchung des gesamten Körpers, besonders der Prädispositionsstellen (Tab. 1) erfolgen. Lichen planus tritt in sehr unterschiedlicher Symptomatik und nicht nur im Vulvovaginalbereich auf (Tab. 1 und 2). Er kann besonders im fortgeschrittenen, „ausgebrannten“ Stadium klinisch schwer vom fortgeschrittenen Lichen sclerosus unterschieden werden, sofern er nur an



Abb. 2: Lichen planus der Vulva, hier Nahaufnahme oberhalb der Klitoris Spitze. Deutlich zu sehendes, im Gegensatz zum Lichen sclerosus unregelmäßiges Hautrelief

der Vulva vorkommt. Etwa in 90 % der Fälle liegen Erosionen und Inflammationszeichen im Introitus/Vestibulum vor, in 20–38 % ist die Vagina betroffen, die Vulva in 37 %, die Perianalregion in 8 % der Fälle. Die Hälfte der Patientinnen hat Läsionen im Mund, die in einem Drittel denen der Vulva vorausgehen (15).

Schrumpfungen finden wie beim L. sclerosus statt und können, müssen aber



Abb. 1: Lichen planus der Vulva mit buried clitoris und papillärem Hautrelief sowie feinen Wickham'schen Streifen am Frenulum der kleinen Labie links und im linken Sulcus interlabialis



Abb. 3: Lichen planus der Vulva, hier Nahaufnahme der Dammregion. Weißgraue unregelmäßig-papulöse Haut und Haarfollikel

nicht auch an der Klitorisvorhaut auftreten (Abb. 1). Die erkrankte Haut der Vulva ist auf ihrer Oberfläche eher unregelmäßig („pflastersteinartig“) strukturiert (Abb. 2), während sie beim L. sclerosus porzellanartig glatt ist. Dieser Unterschied fällt oft erst bei der Betrachtung mit dem Vulvoskop auf. Haarfollikel an den großen Labien oder in Dammnähe können etwas prominent sein (Abb. 3).

Das Vestibulum und die Scheide sind stark gerötet, oft glänzend. Der laterale Rand der Läsionen ist meist relativ scharf von einem schmalen weißen Saum abgegrenzt (Abb. 4 und 5). Am Rand finden sich (Sulcus interlabialis, laterale Region zu beiden Seiten des Vestibulums) oft netzartige feine Streifen (Wickham'sche Striae nach Louis-Frédéric Wickham 1895) – ein typisches diagnostisches Kriterium, das durch Reflektierung bei papulöser Verbreiterung im Stratum granulosum entsteht (Abb. 6 und 7).

Bei Befall der Vagina (eventuell inklusive Portiooberfläche) ist die Vaginalwand blass- bis hochrot (Abb. 8). Der Fluor ist meist dünn, gelblich, er kann auch spärlich sein, der vaginale pH ist stark erhöht um 5,5–7.

Im Nativpräparat (400-fach, Phasenkontrast) fehlen Laktobazillen auch trotz guter Östrogenwirkung, man sieht zahlreiche toxische Leukozyten und Parabasalzellen als Folge der Inflammation sowie eine spärliche dysbiotische Mischflora (Abb. 9 auf Seite 31). Die Gabe von Laktobazillen oder



Abb. 4: Lichen planus erosivus der Vulva. Zuvor war eine Plasmazellvulvitis (M. Zoon) angenommen worden. Typisch ist die glänzend rote (und meist sehr schmerzhaft) Veränderung der Innenseite der kleinen Labien, ihre Schrumpfung und Verschmelzung mit der Haut des Sulcus interlabialis und dort der weißgraue, fast lila wirkende, verschmelzend-papulös angrenzende Rand. Die Klitorissspitze ist unter der Schrumpfung verschwunden. Wickham'sche Streifen links am Rand des Vestibulums



Abb. 5: 19-jährige Patientin mit Lichen planus erosivus der Vulva, Ausdehnung bis perianal. Typisch ist auch hier die erosiv aussehende, schmerzhafte rote Zone im Vestibulum und nach lateral der scharf abgesetzte weiß-graue Rand bis zur Haargrenze an den großen Labien.

Estriol verbessert das Bild nicht. Oft haben die Frauen eine Odyssee mit

Therapieversuchen gegen Pilze oder Bakterien hinter sich.



Abb. 6: 33-jährige Patientin mit Lichen planus der Vulva, die aus der gynäkologischen Klinik einer Universität mit der Verdachtsdiagnose eines Ekzems kam. Blass-rotes berührungsempfindliches Vestibulum, nach lateral grau-weißer Rand mit pflastersteinartigem Relief papillärer Veränderungen bzw. Wickham'schen Streifen



Abb. 7: Gleiche Patientin wie Abbildung 6. Wickham'sche Striae auf der Innenseite der kleinen Labie links. Hier ist das für Lichen planus pathognomonische Muster von Wickham'schen Striae ideal zu sehen!

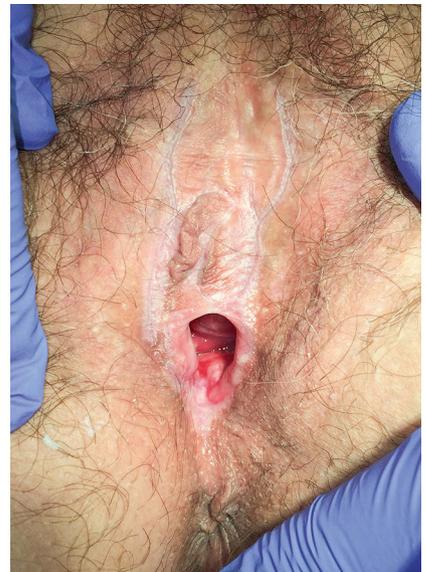


Abb. 8: 51 Jahre alte Patientin. Fortgeschrittener, vernarbender Lichen planus der Vulva und Lichen planus erosivus des Vestibulums und der Vagina. Buried clitoris, an den anatomischen Randzonen weiße Streifenmuster mit scharf abgesetzten Rändern, Schrumpfung und Synechie der kleinen Labien, schmerzhaftes Vestibulum, (nicht sichtbar) auch wund-rote schmerzhaftes, kaum noch dehnbare Vagina

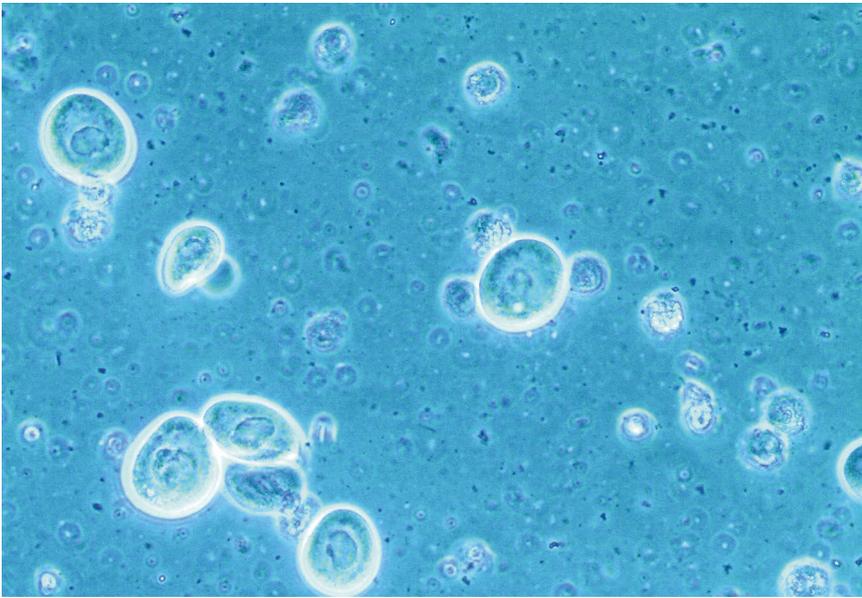


Abb. 9: Nativpräparat (Phasenkontrast, $\times 400$) aus vaginalem Fluor einer prämenopausalen Patientin mit Lichen planus erosivus der Vagina, pH um 7. Parabasalzellen, toxische Leukozyten, spärliche, stark gestörte Mischflora ohne Laktobazillen

Diagnostik

Die Diagnose erfolgt primär klinisch durch eine sorgfältige Anamnese, die Vulvoskopie, die SpekulumEinstellung von Vagina und Portio mit Kolposkopie sowie Nativpräparat und pH-Wert. Da die SpekulumEinstellung sehr schmerzhaft sein kann, muss entsprechend rücksichtsvoll vorgegangen werden. Gegebenenfalls wird auf eine digital-bimanuelle und vaginalsonografische Untersuchung verzichtet. Das innere Genitale kann sonografisch auch transabdominal oder rektalsonografisch beurteilt werden.

Die Benutzung des Kolposkops zur Vulvoskopie ist zwar nicht evidenzbasiert, jedoch keinesfalls von Nachteil. Der Essigsäure-Test, der bei HPV-assoziierten Läsionen vorteilhaft ist, verursacht hier wegen der Erosionen Schmerzen, ist ohne diagnostischen Vorteil und wird nicht empfohlen (2). Ein gleichzeitiges Vorliegen von typischen Zeichen im Mundraum ist im Zweifel wegweisend (Abb. 10 und 11). Typisch sind an den Beugeseiten von Handgelenken und Unterschenkeln, aber auch am Stamm flache, wenige Millimeter große violette, glänzende, juckende Papeln und Plaques („Knötchenflechte“, Abb. 12 und 13), besonders an kleinen Hautläsionen

(Köbner-Phänomen), die konfluieren, hyperpigmentieren und hyperkeratotisch werden können.



Abb. 10: „Vulvovaginal-gingivales Syndrom“ bei Lichen planus von Zahnfleisch und Vulva



Abb. 11: Wickham'sche Streifen in der Wangenschleimhaut rechts bei Lichen planus im Mundraum und der Vulva



Abb. 12: Rötliche juckende Papeln an der Schulter einer Patientin mit Lichen planus auch der Vulva



Abb. 13: Pinkfarbende fein-papulöse Makula am Unterarm einer Patientin mit Lichen planus auch der Vulva

Im Zweifel wird eine Stanzbiopsie durchgeführt (s. Kasten auf Seite 32). Dabei soll an einer Randzone unter Mitnahme eines Teils der gesunden Haut und nicht mitten im erosiven Gewebe biopsiert werden, da sekundär entzündliche Veränderungen die histologische Diagnose erschweren oder unmöglich machen. Gewebeproben inmitten eines erosiven L. planus können enttäuschend unspezifisch ausfallen. Außerdem soll mindestens 3 Wochen nicht mit Kortikoiden vorbehandelt sein. Der histologische Anforderungsschein soll mit allen wichtigen Informationen ausgefüllt werden!

Eine Fotodokumentation (mit Einverständnis der Patientin) sollte erfolgen. Das Foto soll der Frau selbst auch zugestellt werden, damit sie im Lauf der Jahre auf Augenhöhe Veränderungen verfolgen kann. In der eigenen Sprechstunde werden die Befunde der Patientin immer mithilfe eines Handspiegels erklärt. Nicht selten sieht eine Frau dann zum ersten Mal ihre Vulva!

Entsprechend den klinischen Erscheinungsformen kann auch pathohistologisch z. B. vulväre Hyperkeratose oder vaginale Pseudoerosion beschrieben werden, doch sind eine bandförmige lymphozytäre Inflammation nahe der Basalmembran und Hypergranulose mit Bildung einer Interphasen-Dermatitis typisch (5, 14, 15).

Ein internationales Konsensusmeeting formulierte neun typische Symptome von vulvarem L. planus erosivus (18) (Tab. 2 auf Seite 29).

Differenzialdiagnostisch ist im Vulvabereich gegebenenfalls bioptisch der Lichen sclerosus abzugrenzen (in der Vagina kommt er nicht vor). Die starke und schmerzhaft Rötung im Vestibulum und in der Vagina könnte gelegentlich auch von einer desquamativen inflammatorischen Vaginitis/schwerer aerober Vaginitis, einer Plasmazellvulvovaginitis

oder infektiologisch von einer Trichomoniasis oder einer A-Streptokokken-Vulvovaginitis abzugrenzen sein.

Karzinomrisiko!

Der Lichen planus der behaarten extragenitalen Haut geht nicht mit einem erhöhten Karzinomrisiko einher. Der L. planus der Vulva/des Vestibulums und auch der Mundschleimhaut ist jedoch mit einem um 5 % bezifferten Karzinomrisiko verbunden. Exakte Zahlen fehlen, weil vermutlich mancher „ausgebrannte“ L. planus als L. sclerosus missdeutet wird (17). Die Veränderungen können innerhalb eines Jahres auftreten (die kürzeste dokumentierte Zeit liegt bei 3 Monaten!). Der Tumor ist meist HPV- und p16ink4a-negativ. In etwa 80 % der Fälle liegen Mutationen im TP53-Gen vor, was auch zum schlechteren Ansprechen von Strahlen- und Chemotherapie führt, da p53 für



Abb. 15: Lichen planus erosivus der Vulva. Patientin mit Mischkollagenose/Sharp-Syndrom, Lupus erythematodes und Sjögren-Syndrom. Auf der Innenseite der kleinen Labien rosaroter schmerzhafter Anteil mit nach lateral scharf abgesetztem grauweißem Teil, der in die Verschmelzung des Labienrandes mit dem Sulcus interlabialis übergeht. Links hinten im Vestibulum in kurzer Zeit entstandenes, fast ulzeröses suspektes Areal. Der Verdacht auf eine differenzierte intraepitheliale Neoplasie (dVIN) bestätigte sich histologisch nicht.

Die Stanzbiopsie

- Es sollte mindestens 3–4 Wochen lang keine Therapie erfolgt sein, da ansonsten durch Unterdrückung der Inflammation keine verlässliche histologische Diagnose gestellt werden kann.
- Aufklärung, Einholen des Einverständnisses
- Lokale Desinfektion mit kleinem Tupfer (nicht Spray oder großflächiges Tupfen, da das im Vestibulum unnötiges Brennen verursachen kann, es reicht ein Abstrichtupfer!)
- Vulvoskopisches Aussuchen einer idealen Stelle, nicht in einer chronisch entzündeten Fissur oder Einblutung, ggf. am Rand einer Veränderung unter Mitnahme von normal erscheinender Haut. Bei Verdacht auf ein Melanom darf ohne Nachteil für die Patientin – entgegen alten Meinungen – eine Biopsie durch die Veränderung hindurch geschnitten werden. Bei starker Hyperkeratose muss bedacht werden, wirklich die veränderte Haut und nicht nur die darüber liegende unspezifische Veränderung zu erfassen. Bei multizentrischen Läsionen muss ggf. mehrfach biopsiert werden.
- Lokalanästhesie mit z. B. Lidocain, ca. 0,5 ml subkutan mit kleinster Nadel (ein kurzer Pieks, wenige Sekunden später Schmerzfreiheit!) (Abb. 16). Creme/Gel zur Anästhesie hat Nachteile: langes Warten auf die Wirkung mit zunehmender Erwartungsangst der Patientin, oft schlechte Wirkung!
- 4 mm Punchbiopsie (keine Schere, kein Skalpell!) durch alle Hautschichten (Abb. 17)
- Abtrennen des Gewebes vom Unterhautfettgewebe mit Pinzette und Skalpell (Abb. 18)
- Einlegen in Formalin, Gefäß sofort oder vorher korrekt beschriften
- Keine Naht, nur bei unzumutbarer Blutung 4x0 resorbierbare Naht mit einem Stich
- Patientin bekommt eine kleine Vorlage/Slipereinlage zum Wäscheschutz und setzt sich zum Komprimieren
- Ab dem 2. postoperativen Tag 1x/Tag Clobetasol- oder Mometason-Salbe auch auf diese frische Wunde, um einem Köbner-Phänomen vorzubeugen
- Toilettengang und Duschen sind problemlos möglich



Abb. 16: Lokalanästhesie mit kleinster Nadel, ca. 0,5 ml



Abb. 17: Schmerzlose (!) Stanzbiopsie durch alle Hautschichten, hier 4 mm (Instrument der Fa. Stiefel)



Abb. 18: Abtrennen des Präparats vom Unterhautfettgewebe

die DNA-Reparatur wichtig ist. Der schnelle Progress und die Aggressivität dieser Karzinome erfordert eine kompetente Kontrolle des vulvovaginalen L. planus alle 6 Monate und bei Auffälligkeiten die sofortige Stanzbiopsie und Entfernung (Abb. 15). Von 38 Vulvakarzinomen bei L. planus waren 16 (43 %) bei der Stellung der Diagnose bereits inguinal metastasiert, 39 % entwickelten trotz Entfernung im Gesunden Rezidive, 14 der 38 (37 %) Patientinnen verstarben am Karzinom (17)!

Therapie

Während die Erkrankung am Stamm und den Extremitäten, den Kopfharen oder den Nägeln spontan nach 2 oder 3 Jahren verschwinden kann, ist eine Spontanremission und selbst eine komplette Heilung durch Therapie im Vulvovaginalbereich eher unwahrscheinlich.

Es gibt kein Vorgehen mit sicherer Aussicht auf Erfolg! Erste Wahl sind hoch-

Behandlung des Lichen planus der Vulva und Lichen planus erosivus der Vagina (16, 15, 14, 9)

| | |
|--|--|
| Nötige Voraussetzungen | <ul style="list-style-type: none"> - Ärztin/Arzt ist erfahren in der Therapie - Die Diagnose ist, ggf. auch durch Biopsie, gesichert - Mindestens drei der diagnostischen Kriterien aus Tabelle 2 liegen vor - Anamnese und alle Beschwerden, auch psychosexuell und seitens der Miktion, sind erfasst - Patientin muss über alle Verhaltensweisen/mögliche Irritationen der Haut aufgeklärt werden - Patientin soll schriftliche Anleitung erhalten - Es muss eine ausreichend gute regelmäßige Kontrolle mit Feedback für die Patientin erfolgen - Patientin muss genau erklärt bekommen, auf welche Areale die Medikamente aufzutragen sind! - Verlaufsfotos! |
| Lokale Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - Clobetasolpropionat-Salbe (Vulva) - Beginn mit Stoßtherapie für 3 Monate (auch in Schwangerschaft und Stillzeit problemlos möglich): <ul style="list-style-type: none"> - 4 Wochen 1x täglich abends dünn auftragen - 4 Wochen 1x alle 2 Tage abends - 4 Wochen lang 2x pro Woche abends - Begleitend möglichst keine Seife, als Basispflege zusätzlich täglich Fettsalbe, wie bei L. sclerosus der Vulva - Danach je nach Verlauf individuell 1-2x pro Woche z.B. Mometason-Salbe - An erhöhte Gefahr von Vulvakandidose, Herpes genitalis usw. denken - 30 g Clobetasol pro Vierteljahr sind für die Haut unbedenklich! - Für Calcineurin-Inhibitoren wie <i>Elidel/Protopic</i>-Salbe (um etwa 40% schwächer als Clobetasol, Pimecrolimus wird besser vertragen, Rückfallquote hoch) oder Retinoide gibt es keine gesicherte Evidenz! - Intravaginal bei L. planus erosivus: Schwierig! Z. B. Prednisolon-Vaginalcreme, Clobetasol 0,05% Vaginalcreme: Resorption beachten (Rp. Clobetasolprop. 0,05% Vaginalcreme mit Vaginalapplikatoren, 2-3x/Woche ca. eine halbe Applikatorfüllung) |
| Möglichkeiten bei Versagen der lokalen Therapie | <p>Bei Versagen von lokalen Kortikoiden oder Calcineurin-Inhibitoren interdisziplinär mit Kompetenz und Erfahrung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oral: Prednisolon 40 mg/Tag, langsam über Wochen ausschleichend, ggf. wiederholt - Methotrexat z. B. 5-10 mg/Woche - Mycophenolatmofetil, Mycophenolsäure/<i>Myfortic</i> (Immunsuppressivum) 180/360 mg Tbl. - Hydroxychloroquin/<i>Quensyl</i> - Azathioprin, Metronidazol, Rituximab, Photodynamische Therapie <p>Bei Vaginalstenose Operation (schwierig, nur mit großer Erfahrung, nicht bei aktiver Inflammation!) (8, 19)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laser: keine Evidenz. „Softlaser“: nicht indiziert |
| Allgemeine Empfehlungen | <ul style="list-style-type: none"> - 1- bis 2x pro Jahr kompetente Untersuchung. Bei suspekten Veränderungen Stanzbioptie - Druck und Reizungen vermeiden (Urintropfen, enge Kleidung, Radfahren, Reiten), gut sind Seiden- und Baumwollwäsche |

Tab. 3

potente lokale Kortikoide wie Clobetasol oder Mometason, die in einer Studie in 75 % Verbesserung und in 54 % Symptombefreiheit ergaben, jedoch nur in 9 % die Inflammation beseitigten. Pimecrolimus kann als zweite Wahl versucht werden, wird besser als Tacrolimus vertragen und wirkt antiinflammatorisch. Ein klarer Konsens für systemische Therapien besteht nicht. Hier ist interdisziplinäre gynäkologisch-dermatologi-

sche Kompetenz gefordert. Mit gewissem Erfolg werden Hydroxychloroquin (in einer Studie 60 % Besserung), Methotrexat (in Studien bis 70 % Besserung), Mycophenolatmofetil, Cyclosporin oder Prednisolon 40 mg oral angewendet (12, 16).

Bei Vaginalstenose kann operiert werden. Das ist schwierig und bedarf großer Erfahrung. Das intra- und postope-

derative Vorgehen ist nur selten klar beschrieben worden (8, 19).

Zwei- oder mehrmals täglich Fettsalbe ist als Basispflege langfristig sinnvoll.

Die Empfehlungen werden in Tabelle 3 zusammengefasst.

Fettsalben

Es gibt zahlreiche Aktivitäten in den verschiedenen Medien und Foren von Frauen mit Lichen sclerosus und Lichen planus, bei denen Meinungen über Fettsalben, Öle und sonstige Pflegemittel ausgetauscht werden und somit schnell virale Verbreitung finden, ohne dass wissenschaftliche Belege für deren Wirkung vorliegen. Jedenfalls wird in den Leitlinien und Empfehlungen als wichtige Begleitmaßnahme eine Hautpflege mit Fettsalbe empfohlen, die möglichst auch eine Barrierefunktion zum Schutz der Haut im Vulvoanalebereich bieten (16). Studien im gynäkologischen Bereich dazu sind sehr rar.

Anzeige

13. ESSENER SYMPOSIUM
ZUR GYNÄKOLOGISCHEN ONKOLOGIE UND SENOLOGIE

9. MÄRZ 2024
CONGRESS-CENTER ESSEN + LIVE-STREAM

Endometriumkarzinom • Zervixdysplasie • Zervixkarzinom • Erbliche Tumoren • Ovarialkarzinom: Operative Therapie und Systemtherapie • VIN und Vulvakarzinom • Molekulargenetik • Lokoregionäre Therapie • Neoadjuvante / Adjuvante Chemotherapie • Endokrine und Osteonkologische Therapie • Metastasiertes Mammakarzinom • Nebenwirkungsmanagement • und mehr

7 CME-Punkte

VORAB ONLINE

3 Satelliten-Symposien zum Mammakarzinom

- ▶ Mittwoch, 6. März 2024, ab 17.30 Uhr
- ▶ Freitag, 8. März 2024, ab 17.00 Uhr



Anmeldung

THERAPIESTANDARDS 2024 NUR VOR ORT

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG
 Prof. Dr. med. Philipp Harter und Prof. Dr. med. Sherko Kümmel
 KEM | Evang. Kliniken Essen-Mitte
INFORMATION, ORGANISATION, VERANSTALTER
 Jörg Eickeler, Beratung - Organisation - Veranstaltung, Düsseldorf
 0211/688150-0, info@eickeler.org, www.eickeler.org

www.essener-symposium.com

In Paris wurde bei Frauen mit verschiedenen vulvären Dermatosen, darunter 26 mit L. sclerosus unter einer Erhaltungstherapie mit meist Clobetasol, zusätzlich eine aus Vaseline und Paraffinöl bestehende Salbe über im Mittel 66 Tage zusätzlich angewendet. Es erfolgten zu Beginn (T1) und mindestens 30 Tage danach (T2) standardisierte Bewertungen durch die Patientinnen mit einem Symptomen-Score sowie einem dermatologischen Quality-of-Life-Fragebogen und durch Ärzte mit einem klinischen Symptomen-Score in einer visuellen Analogskala. Die Daten von T1 und T2 wurden statistisch verglichen. Bei den Frauen mit L. sclerosus waren alle Parameter statistisch signifikant gegenüber der Zeit vor zusätzlicher Anwendung von Fettsalbe verbessert (1)!

Mineralische Paraffine wurden in einer weiteren Studie an 144 Frauen in deren Bauchfettgewebe (bei einer Sectio caesarea entnommen) und signifikant korrelierend in deren Muttermilch nachgewiesen. Die Konzentrationen im Fettgewebe lagen meist um 80–100 mg/kg Körpergewicht und korrelierten signifikant mit dem Alter, dem Body-Mass-Index, der Abstammung (türkisch – österreichisch) sowie der Verwendung von Hand- und Sonnencremes während der Schwangerschaft. Es findet also bei eventuell lebenslanger Verwendung von Paraffin-haltigen Fettsalben eine Kumulation im Fettgewebe statt (4).

Andererseits werden gereinigte und zertifizierte Paraffine seit Jahrzehnten in Hautpflegeprodukten eingesetzt und gelten als sehr sicher und nicht allergen (13). Sie sollen nach der aktuellen Leitlinie (16) allerdings nicht bei Lichen simplex chronicus verwendet werden, weil sie zu fett und okklusiv sind.

Fazit für die Praxis

Lichen planus (erosivus) ist seltener als Lichen sclerosus und betrifft eventuell auch Vestibulum und Vagina. Es handelt sich um eine Autoimmunerkrankung, die oft mit anderen Autoimmunerkrankungen bei der Patientin oder ihren

Blutsverwandten vorkommt. Das Risiko für ein Vulvakarzinom liegt bei leitliniengerecht behandeltem Lichen sclerosus nur um 1 %, bei Lichen planus aber um 5 %.

Die Diagnose erfolgt mit Anamnese, Klinik und gegebenenfalls Stanzbiopsie. Primäre Therapie ist primär Clobetasol-Salbe als Stoßtherapie über 3 Monate und täglich Fettsalbe gefolgt von einer individualisierten Erhaltungstherapie. Bei genitalem Lichen planus muss gegebenenfalls durch damit Erfahrene mit oralen Immunsuppressiva behandelt werden. Calcineurin-Inhibitoren sind Mittel zweiter Wahl.

Literatur

- de Belilovsky C, Bohbot J-M: Welchen Nutzen bietet eine zusätzliche Salbenanwendung bei gängigen Behandlungen von Vulvaerkrankungen? *J Women's Health Care*. 2019;8:3. DOI: 10.4172/2167-0420-1000463
- Cobos GA, Pomeranz MK: A General approach to the evaluation and the management of vulvar disorders. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2017;44:321–327
- Committee on Practice Bulletins-Gynecology: Diagnosis and management of vulvar skin disorders. *Obstet Gynecol*. 2020;136:e1–e12
- Concin N, Hofstetter G, Plattner B, Tomovsky C, Ramoni A, Windbichler G, Zeimet A, Grob K, Concin H: Akkumulation von mineralischen Paraffinen im menschlichen Körper und deren Mobilisation im Rahmen der Laktation. *Geburtsh Frauenheilk*. 2007;67 – V4_1. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s2007-983459>
- Day T, Weigner J, Scurry J: Classic and hypertrophic vulvar lichen planus. *J Low Genit Tract Dis*. 2018;22:387–395
- Das S: Lichen planus. *MSD Manual*. [msdmanuals.com](https://www.msdmanuals.com), 2020
- Day T, Otton G, Jaaback K, Weigner J, Scurry J: Is vulvovaginal lichen planus associated with squamous cell carcinoma? *J Low Genit Tract Dis*. 2018;22:159–165
- Fairchild PS, Haefner HK: Surgical management of vulvovaginal agglutination due to lichen planus. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214:289.e1–289.e2. Doi: 10.1016/j.ajog.2015.08.070
- Fruchter R, Melnick L, Pomeranz MK: Lichenoid vulvar disease: A review. *Int J Women's Dermatol*. 2017;3:58–64
- Goyal LD, Garg P, Kaur: Unwarranted hysterectomy in a case of oro-vulval lichen planus in a young woman: a case report. *J Med Case Reports*. 2021;15:97 <https://doi.org/10.1186/s13256-021-2720-w>
- Günther AR, Duclos K, Jahns BG, Krause E, Amann E, Limacher A, Mueller MD, Jüni P: Clinical scoring system for vulvar lichen sclerosus. *J Sex Med*. 2012;9:2342–2350
- Jacques L, Kornik R, Bennett DD, Eschenbach DA: Diagnosis and management of vulvovaginal lichen planus. *Obstet Gynecol Surv*. 2020;75:624–35
- Kammerlander G: Paraffin-/Vaseline für Hautpflege und Hautschutz? *ProVita*. 2/2014:20–24
- Kirtschig G, Cooper SM: Lichen planus. In: Kirtschig G, Cooper SM. *Gynecologic dermatology*. Chapter 20, S. 97 –105. JP Medical Publishers London/Philadelphia/Panama City/New Delhi 2016
- Mauskar M: Erosive lichen planus. *Obstet Gynecol Clin*. 2017;44:407–420
- van der Meijden W, Boffa MJ, ter Harmsel B, Kirtschig G, Lewis F, Moyal-Barraco M, Tiplica G-S, Sherrard J: 2021 European guideline for the management of vulval conditions. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36:952–972
- Regauer S, Reich O, Eberz B: Vulvar cancers in women with vulvar lichen planus: a clinicopathological study. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:698–707
- Simpson RC, Thomas KS, Leighton P, Murphy R: Diagnostic criteria for erosive lichen planus affecting the vulva: an international electronic-Delphi consensus exercise. *Br J Dermatol*. 2013;169:337–343
- Suzuki V, Haefner HK, Kraus Piper C, O'Gara C, Reed BD: Postoperative sexual concerns and functioning in patients who underwent lysis of vulvovaginal adhesions. *J Low Genit Tract Dis*. 2013;17:33–37

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Werner Mendling
Deutsches Zentrum für Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe an der Landesfrauenklinik
Helios Universitätsklinikum
Heusnerstraße 40, 42283 Wuppertal
www.werner-mendling.de
w.mendling@t-online.de

