



Vulvanın Benign Hastalıklarının Tanı ve Tedavisi

Pınar Solmaz Hasdemir¹

1 Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Manisa, Türkiye ORCID: 0000-0002-0754-4655

Geliş: 21.06.2019; Revizyon: 20.08.2019; Kabul Tarihi: 19.09.2019

Öz

Vulva, genital, gastrointestinal ve üriner traktın birleştiği, tüylü ve tüysüz keratinize ciltten mukozal yüzeylere geçişin olduğu özel bir cilt bölgesidir. Vulvaya ait benign hastalıklar, yaşam kalitesini oldukça düşürmekle birlikte, hayati önem arz etmemeleri ve sıklıkla kronik bir süreci takip etmeleri nedenleri ile hasta tarafından sıklıkla göz ardı edilmekte ve hekime başvurmakta geç kalınmaktadır. Biz hekimlerin de vulvar hastalıkları sorgulamakta ve tedavi etmekte geri planda kaldığımız yadsınamaz bir gerçektir. Bu makalede güncel literatür ışığında öncelikle vulvanın genel bakımına ait önerilerde bulunulacak, vulvaya ait belli başlı semptomlar olan vulvar kaşıntı ve ağrıya değinilecek ve ardından da sık görülen vulvar dermatozlar olan liken sklerozus, liken simpleks kronikus ve liken planus ile psoriasis ve vulvar atrofi durumlarında tanı ve yönetimden bahsedilecektir.

Anahtar kelimeler: Vulvar dermatoz, liken sklerozis, liken planus, liken simpleks kronikus, vulvar atrofi

Diagnosis and Management of the Benign Diseases of Vulva

Abstract

The vulva is the area comprising the external genitals. It contains several different structures, including labia majora, labia minora, clitoris and vestibule. Vulvar symptoms such as pain and itching usually progresses slowly and can occur in any of these structures. Effective treatment strategies for benign vulvar diseases are still lacking despite their prevalence and their significant effect on quality of life. In this review article, we first aimed to provide recommendations on daily vulvar care, secondly focusing on obtaining relevant, in-depth information about vulvar symptoms and lastly discuss the differential diagnosis and management of common vulvar dermatoses such as lichen sclerosus, lichen simplex chronicus, lichen planus, psoriasis and vulvar atrophy.

Keywords: Vulvar dermatosis, lichen sclerosus, lichen planus, lichen simplex chronicus, vulvar atrophy.

DOI: 10.5798/dicletip.661426

Yazışma Adresi / Correspondence: Pınar Solmaz Hasdemir, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Manisa, Türkiye
e-mail: solmaziyildiz@yahoo.com

GİRİŞ

Vulva, genital, gastrointestinal ve üriner traktın birleştiği, tüylü ve tüysüz keratinize ciltten mukozal yüzeylere geçişin olduğu özel bir cilt bölgesidir. Isı, nem ve sürtünme vulvar cildin bariyer fonksiyonunu zayıflatarak irritasyona neden olur¹. Kaşıntı, ağrı, dispareni gibi vulvar semptomlar oldukça sık görülmekle birlikte kimi zaman hastanın şikayetini dile getirmekten çekinmesi, kimi zaman da biz hekimlerin semptomlara yeterince önem vermemesi nedenleriyle göz ardı edilmektedir². Vulvanın olağan günlük bakımına dair öneriler Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo I: Vulvanın günlük bakımına dair öneriler

Vulvar bakım önerileri
Vulva temizliğinde yalnızca su kullanılması
Banyodan sonra nazıkçe kurulanması
Gerekirse nemlendirme için yağ bazlı topikal kremlerin tercih edilmesi
Temizlikte doğal sabunların tercih edilmesi
İdrar sonrası vulvanın durulanması
Yalnızca pamuklu çamaşır ve hijyenik ped kullanılması
İlişki sırasında gerekli ise silikon temelli lubrikanların kullanılması

Liken sklerozus, liken planus ve liken simpleks kronikus vulvanın en sık rastlanılan non-neoplastik epiteliyal bozukluklarıdır. Vulvar semptomları iyi bilmek ve duruma göre tanısall yaklaşım uygulamak, başarılı tedavi için ilk adımdır³. Başlıca vulvar semptomlara göz gezdirecek olursak;

Vulvar Kaşıntı

Vulvar kaşıntısının öncelikle akut mu yoksa kronik mi olduğu ayırt edilmelidir. Akut vulvar pruritis durumunda vulvovajinal kandidiyazis ve bakteriyel vajinozis gibi enfeksiyonlar ve kontakt dermatid ayırıcı tanıda yer almalıdır⁴. Enfeksiyon yönünden ayırıcı tanıyı yapabilmek için kullanılacak yöntemler vajinal pH’ın değerlendirilmesi ve mikroskopik inceleme ile

özellikle mantar tanısında kültür yapılması olabilir. Kontakt dermatid tanısı öykü ve klinik bulgular ile konabilir. Kronik kaşıntı genellikle dereceli olarak artar ve semptomlar ancak bir süre geçtikten sonra kalıcı hal alır. Kronik kaşıntı varlığında altta yatan benign vulvar dermatozlar, vulvar premalign ve/veya malign lezyonlar veya Crohn hastalığı, hidradenitis süpürativa gibi sistemik hastalıklar araştırılmalıdır⁵. Kronik vulvar kaşıntılı olgularda eş zamanlı bir vajinit de bulunabilir. Bu nedenle olguların başlangıç tedavisi sonrası tekrar değerlendirmeye alınarak kronik kaşıntıya katkı sağlayabilecek eşlik eden olası etiyolojik faktörler açısından değerlendirilmeleri önemlidir (Tablo 2).

Tablo II: Vulvar kaşıntı şikayetine sistematik yaklaşım

Vulvar kaşıntı şikayetine sistematik yaklaşım
Öykü İrritan ve allerjen kullanımı, hijyen alışkanlıklarını sorgula Varsa önceki tedavi yaklaşımları ve etkinliklerini sorgula Cilt hastalığı ve atopi varlığı veya öyküsünü sorgula
Muayene Anogenital muayene yap Vajinal enfeksiyon varlığı yönünden mikroskopi ve kültür al
Öneriler İrritan ve potansiyel allerjenleri kes Bariyer fonksiyonunu temin et (oturma banyoları ve uygun kremler) İnflamasyonu azaltmak açısından gerekliyse kortikosteriod başla Kaşınmayı kesmek için gerekliyse medikasyon (citalopram, hidrosizsin, amitriptilin vb) başla Dermatozis mevcutsa tanıya spesifik tedavisini başla

Vulvar Ağrı ve Vulvodini

Vulvar ağrı enfeksiyon, inflamasyon, neoplazi ya da nörolojik hastalıklara bağlı olarak ortaya

çıkabilir⁶. Bazen gözle görülebilir bir bulgu olmaksızın ağrı vardır ve bu durum vulvodini olarak adlandırılır. Tam tanımı ile vulvodini, altta yatan etiyolojik faktör olmaksızın en az 3 ay süren vulvar ağrı olmasıdır⁷. Friedrich'in 1987'de yaptığı klasik tanımına göre vulvar vestibülit sendromu 3 semptom ve bulgu ile karakterize bir klinik hastalıktır; 1- vestibüler kontakt veya vajinal penetrasyon girişimi sırasında ciddi ağrı duyulması 2- vestibüle bası uygulandığında duyarlılık hissi 3- vestibüler eritem⁸. Sonraları diğer vulvar dermatozlara da ait bir bulgu olabileceğinden dolayı eritem tanısız kriter olmaktan çıkarılmıştır⁹.

Vulvodini'nin jeneralize veya lokalize, spontan/provake veya mikst olup olmadığı değerlendirilmelidir. Vulvar ağrı tarif eden bir olgunun muayenesi gözler, oral kavite ve varsa tutulmuş diğer cilt bölgelerini kapsayan kısa bir genel dermatolojik değerlendirme ile başlamalıdır. Vulvodini, kısaca bir dışlama tanısıdır; vulvodini tanısı konmadan önce diğer olası etiyolojik faktörler dışlanmalıdır. Ağrılı bölge dikkatle incelenmeli ve varsa önceden bu şikayetine yönelik almış olduğu tedaviler sorgulanmalı, ağrı nedeni olabilecek faktörler yönünden tıbbi, cerrahi veya seksüel öyküsü sorgulanmalıdır. Fizik muayene sırasında bir pamuklu çubuk vestibül'e saat²⁻⁴⁻⁶⁻⁸⁻¹⁰ hizalarından dokundurularak hastanın ağrı hissedip hissetmediği, hissediyor ise derecesi sorgulanarak not edilmelidir. Bazen levator ani veya obturator internus kası da ağrının kaynağı olabilir. Muayene sırasında bu kasların palpasyonu yapılarak ağrının myofasiyal kaynaklı olup olmadığı da değerlendirilmelidir. Enfeksiyöz etiyolojiler yanma hissine neden olabilir. Enfeksiyon varlığını dışlamak için salinle ve potasyum hidroksitle ıslatılmış vajinal yaymaların mikroskopik değerlendirmesi yapılmalıdır. Mantar enfeksiyonunu dışlamak için vajinal kültür veya herpes vb. viral etiyolojileri dışlamak için serolojik incelemelerden faydalanılabilir¹⁰. Vulvar inflamasyon varlığına rağmen

laboratuvar testlerinde enfeksiyona rastlanmadığında kontakt dermatid ve non-enfeksiyöz inflamatuvar durumlar akla gelmelidir¹¹. Vulvar yakınmaların değerlendirilmesinde henüz rutine girmemiş dahi olsa kolposkopik inceleme, çıplak gözün atlayabileceği bir sorunu ortaya çıkarabilir. Rutin vulva biyopsisi etiyolojik etkenin saptanamadığı durumlarda ve özellikle neoplazi şüphesi varlığında gündeme alınabilir⁵.

BELLİ BAŞLI VULVAR DERMATOZLAR VE TEDAVİLERİ

Vulvar dermatoz, vulvaya sınırlı inflamatuvar durumları tanımlar ve bazen ekstragenital alanlar da olaya dahil olabilir. Skarlı (liken sklerozus, liken planus gibi) ve skarsız (kontakt dermatid ve liken simpleks kronikus gibi) olarak sınıflandırılabilirler. Bazen birbiri üzerine süperimpoze olabilmektedirler (örneğin liken simpleks kronikus ve liken sklerozus).

Liken Simpleks Kronikus

Cildin skarsız, kronik inflamatuvar hastalığıdır, yoğun kaşıntıyla seyrederek. Herhangi bir yaşta görülebilmekle beraber, genellikle orta-ileri yaş erişkinlerin hastalığıdır. Olguların yaklaşık %70'inde astım, çocukluk dermatidi gibi bir alerjik durum öyküsü mevcuttur, bundan dolayı lokalize bir atopik dermatid türü olduğu düşünülmektedir. Çevresel kontakt iritanlar (giysiler, kimyasallar, terleme vb), enfeksiyöz veya kronik dermatolojik durumlar (kandida, liken sklerozus gibi) ve nörolojik veya psikiyatrik hastalıklar da kaşıntıyı artırabilirler¹². Klinik görüntüsü eritematöz, likenifiye plaklar şeklindedir. Hastalığın kronik doğası gereği cilt, hiper veya hipopigmente kalınlaşmış sahalar içerebilir. Yine kronik kaşıntıya bağlı olarak erozyon ve ülserler de görülebilir¹³. Tedavi stratejisi zemin hazırlayan faktörlerin ortadan kaldırılması, cilde bariyer fonksiyonunun tekrar kazandırılması, inflamasyonun azaltılması, kaşıntı-kaşıma

kısır döngüsüne son verilmesi şeklinde olmalıdır. Vulvar hijyene önem verilmeli, ancak iritanların kullanımından kaçınılmalıdır. Bariyer fonksiyonu tekrar kazandırmak için çinko oksit içeren merhemler kullanılabilir. İnflamasyonu azaltmak için ise orta-yüksek potensli topikal steroid merhemlerden faydalanılabilir. Özellikle yüksek doz steroid kullanımında ortaya çıkabilecek genital irritasyon ve yanma, uygulama öncesi steroidin bir nemlendirici ile karıştırılması ile azaltılabilir. Uygulamanın gece yatmadan önce yapılması ilacın uyku sırasında yerinde daha uzun süre kalmasını sağlayacağı için daha etkilidir. Kortikosterod kullanımı belirli bir süre ile sınırlandırılmalı, uzun süreli kullanımdan kaçınılmalıdır. Antihistaminik kremler (Hidroksizin 10-25 mg), sedatif ajanlar (Amitriptilin 25 mg) ve SSRI'lar (Paroksetin vb.) kaşıntı hissine karşı koymada yardımcı olabilir¹⁴. Eşlik eden bakteriyel veya fungal enfeksiyon varsa tedavi edilmelidir. Tanıyı kesinleştiremezsek veya tedaviye direnç mevcutsa biyopsi gündeme gelmelidir.

Liken Sklerozis

Başlıca genital ve anal bölgeleri etkileyen, ancak olguların %20'sinde ekstragenital lezyonlarla da kendini gösterebilen kronik inflamatuvar bir hastalıktır¹⁵. Herhangi bir yaşta görülebilmekle birlikte, prepubertal kızlarda ve 40-50'li yaşlarda olmak üzere iki dönemde pik yapar. Bazen tiroid disfonksiyonu, vitiligo, diyabet gibi otoimmün hastalıklarla ilişkisi olabilmekle birlikte, kesin etiyoloji bilinmemektedir. Liken sklerozuslu hastanın geliş yakınması sıklıkla irritasyon, yanma, disparoniye takip eden kaşınma hissi şeklindedir. Muayenede purpuranın eşlik ettiği beyaz papül ve plaklar şeklinde izlenirler. Papirüs kağıdı benzer görünüm almış beyaz, incelmış bir cilt görüntüsü olması, liken sklerozus için tipiktir⁵. Lezyonlar, introitusta ve perianal bölgede daralmaya (anahtar deliği görüntüsü), labia minoral ve klitoral bölgede fimozise yol açabilir. Biyopsi tanıyı

kesinleştirmek ve malignite olasılığını ortadan kaldırmak için önerilmektedir¹⁶. Vitiligo ve tiroid hastalıkları gibi eşlik edebilecek otoimmün patolojiler açısından da araştırma yapılmalıdır. Standart tedavi yaklaşımı topikal kortikosteroid uygulamadır (örn. Klobetazol propionat)¹⁷. Topikal testosteron ve progesteronun ise tedavide yeri yoktur¹⁸. Klobetazol %0,05 merhem tavsiiye edilen kullanım şekli, bir ay süre ile günde iki kez, takip eden 2 ay boyunca günde bir kez, ardından da haftada 2 kez olmak üzere uzun süreli kullanım şeklindedir. Tedavide hedef, cildin normal renk ve yapısına kavuşmasıdır ve 3-6 aylık kullanım sonrasında olgu bu yönden değerlendirilmelidir. İstenen hedefe ulaşılamamışsa intralezyonel seyreltilmiş steroid uygulamaları (0.1 ml triamcinolone, 10 mg SF ile sulandırılarak) düşünülebilir. Topikal steroidlere yanıtız hastalarda kalsineurin inhibitörleri (Tacrolimus) gibi immunmodülatör ve anti-inflamatuvar ajanlar kullanılabilir¹⁹. Topikal retinoidler, oral siklosporin, metotreksat, kök hücre transplantasyonu, plateletten zengin plazma gibi uygulamalar ise henüz deneysel aşamadadır¹². Cerrahi yaklaşım ancak malignite ve postinflamatuvar değişiklikler (introital stenoz veya labial füzyon) için saklanmalıdır. Liken sklerozun kronik bir hastalık olduğu ve uzun dönem takip gerektirdiği, yine liken sklerozusu olan olguların %4-5 oranında vulva kanseri riski altında olduğu akıldan çıkarılmamalıdır¹⁹. Diferansiye VIN (vulvar intraepitelyal neoplazi) ile de ilişkilendirilmektedir; vulvar squamoz hücreli kanserlerin %60'ı HPV ilişkili değildir; bunların liken sklerozus gibi inflamatuvar dermatozlarla ilişkili olduğu düşünülmektedir²⁰. Erken dönemde başlanan etkin steroid tedavisinin, cildi normaleştirerek maligniteye karşı koruyucu rol oynadığı düşünülmektedir²¹.

Liken Planus

İnflamatuvar mukokutanöz bir hastalıktır. T hücre aracılı otoimmün bir hastalık olduğu

düşünülmektedir¹⁶. Tipik görüntüsü eritematöz plakları çevreleyen beyaz çerçeve şeklindedir ancak bazen uniform olarak beyaz bir görünümde olabilir. Mukozal liken planus sistemik bir hastalık olup sıklıkla ağız, vulva ve vajeni tutar, nadiren konjonktiva, lakrimal kanallar ve özefagus gibi diğer mukozal yüzeyleri de tutabilir. Oral kavitede liken planusu olanların %75'ine genital liken planus da eşlik eder. Liken planus olgularına yoğun vajinal akıntı ile karakterize olan desquamatif vajinit eşlik edebilir¹². Eroze vajinal yüzeylerden ülserasyon ve kanama gerçekleşebilir, zamanla eroze olmuş yüzeyler iyileşirken yapışıklıklara ve vajinal darlığa, dolayısı ile disparoni ve postkoital kanamalara neden olabilirler. Aşağıdaki belirtilerden en az üçünün var olması durumunda liken planus tanısı konabilir; ağrı ya da yanma, skarlaşma, hiperkeratotik sınırlar (Wickham striaları), başka mukozal yüzeylerde de tutulum, belirgin sınırlı eroziv değişiklikler içeren vajinal introitus, vajinal inflamasyon, dermis-epidermis sınırında lenfosit ağırlıklı bant şeklinde infiltrat ve bazal dejenerasyon varlığı²². Biyopsi yapılması sıklıkla tanıyı doğrulamak ve neoplaziyi dışlamak amacıyla gerekir. Liken planusun eroziv ve mukokutanöz olmak üzere alt tipleri bulunmaktadır. Eroziv tip en sık rastlanan ve tedavi etmesi en güç alt tip olup, vulvo-vajinal formuna %70 oranında oral tutulum da eşlik ettiğinden dolayı, bir dermatolog veya diş hekimi tarafından bu açıdan da değerlendirilmeleri ve ayrıca eşlik edebilecek otoimmün hastalıklar açısından değerlendirilmeleri gerekir. Genital liken planusun başlangıç tedavisi için topikal kortikosteroidler önerilmektedir. Liken sklerozusta olduğu gibi kalsineurin inhibitörler steroid-rezistan hastalık için saklanmalıdır. Sistemik steroidler, adalimumab, azathiopirin, siklofosamid gibi diğer seçenekler ancak deneysel düzeyde olup, hem yan etkileri yüksek, hem de sonuçları çok başarılı görünmemektedir¹⁵. Vajinal tutulumun eşlik ettiği olgularda steroidlerin intravajinal

kullanımı önerilmektedir (Hidrokortizon asetat supozituar 25 mg gece yatmadan önce 1*1 başlanıp, sempomlar azalınca doz azaltılarak devam edilebilir). Vajinal skar ve/veya sineşi oluşumu varsa seksüel fonksiyona engel olabileceği için östrojen ve steroid içeren krem ile kaplanmış vajinal dilatatörler ile dilatasyon denenebilir¹⁶. Ağır durumlarda dilatatör kullanımı cerrahi işlem sonrasında da bırakılabilir. Emosyonel destek ve seksüel disfonksiyon tedavisini de içeren multidisipliner yaklaşım önemlidir. PUVA (Psoralen + UltraViyole A) ve Retnoik asit uygulamaları için dermatoloji görüşü alınabilir²³. Üç/ altı ay aralarla yakın takibi önemlidir¹⁶.

Psöriazis

Genel popülasyonun yaklaşık %2'sini etkileyen kronik, inflamatuvar bir cilt hastalığıdır. Sistemik psöriazis 3. ve 6. dekadlarda pik yapmakla birlikte, vulvar psöriazis herhangi bir yaşta görülebilir²². Düzgün sınırlı pembe plaklar şeklinde görülür ve genital mukozanın nemli olması nedeniyle diğer cilt bölgelerinde tipik olarak rastlanılan beyazımsı pullanmayı yapmaz. Tipik plak yerleşimi dirsek, diz, gluteal yarık, tırnak tabanları ve kafa derisi olup, varlıkları tanıyı kesinleştirmeye yardımcı olur¹².

Psöriazis tanısı genellikle klinik olarak konulmakla birlikte, tanıyı kesinleştirmek ve neoplaziyi dışlamak açısından biyopsi değerlidir. Diğer çoğu inflamatuvar dermatozdaki gibi tedavi seçenekleri olgu raporlarına dayanmaktadır ve tedavi uzun süreli orta-düşük etkinlikteki topikal steroid uygulamasına dayanmaktadır. İkincil tedavi seçenekleri arasında nemlendiriciler, topikal D vitamini analogları, pramoksin ve kalsineurin inhibitörleri yer almaktadır. Ciddi vulvar psöriazis varlığında ise sistemik tedavi (metotreksat, oral retinoidler, biyolojik ajanlar) ve fototerapi gündeme gelebilir²⁴.

Vulvar Atrofi

Menopozal döneme ait genitoüriner semptomlardandır. Her iki postmenopozal kadından birinin vulvovajinal kuruluk, irritasyon, disparoni ve alt üriner trakt problemleri yaşadığı tahmin edilmektedir²⁵. Semptomlar, sıcak basması ve diğer menopozal semptomların başlangıcında veya yıllar sonrasında ortaya çıkabilir. Menopozal kadınlarda vulvar doku ince, soluk, iritanlara daha duyarlı bir hal alır. Vajen pH'ında hormonal etki nedeniyle alkaliye dönmesi, vajen florasında laktobasillerin aleyhinde değişikliklere yol açar ve anogenital bölge kimyasal ajanlar, travma ve bakteriyel çoğalmaya daha duyarlı bir hal alır. Kişi bu değişiklikleri yanma, ağrı, disparoni, vestibüler eritem ve fissür, pürülan ve non-infeksiyöz akıntı olarak algılayabilir. Tanı klinik bulgular ve artmış (>5.0) vajinal pH'a dayanarak konur. Atrofi ilişkili semptomlar olguların yaklaşık yarısında tedavisiz de olsa zaman içinde kaybolur. Bu nedenle tedavi semptomların şiddetine ve hastanın tercihlerine göre planlanmalıdır. Tedavi seçenekleri yaşam tarzı değişiklikleri (kontakt iritanlardan kaçınılması), vajinal nemlendirici ajanlar ve düşük doz östrojen içeren vajinal kremlerin kullanımı şeklindedir. Düzenli vajinal ilişkinin devamının, ürogenital atrofiye karşı koruyucu olduğu bilinmektedir. Tedavide vajinal östrojen formülasyonları ilk bir iki hafta günlük, ardından haftada 2 kez idame tedavisi şeklinde planlanır. Bir yıldan uzun süreli topikal östrojen kullanımı durumunda proflaktik progesteron tedavisi eklenmesi, kesin kanıt olmamakla birlikte önerilebilir²⁶.

SONUÇ

Vulvar hastalıkların kontrolü 3-4 ay alabilir ve tekrarlamamaları bakımından 6-12 ay aralarla uzun dönem takip gerektirirler. Biyopsi eşği gerek tanı, gerekse tedaviye yanıtızlık durumlarında düşük tutulmalıdır. Sekonder enfeksiyonlar, altta yatabilecek ek cilt

hastalıkları varsa tedavi edilmelidirler. Tanısı netleştirilemeyen veya kontrol altına alınamayan olgular bu konuda tecrübeli bir jinekolog veya dermatolog ile konsülte edilmelidir.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Finansal Destek: Bu çalışma her hangi bir fon tarafından desteklenmemiştir.

Declaration of Conflicting Interests: The authors declare that they have no conflict of interest.

Financial Disclosure: No financial support was received.

KAYNAKLAR

1. Margesson LJ. Contact dermatitis of the vulva. *Dermatol Ther.* 2004; 17: 20–7.
2. Ozalp SS, Telli E, Yalcin OT, Oge T, Karakas N. Vulval pruritus: the experience of gynaecologists revealed by biopsy. *J Obstet Gynaecol.* 2015; 35: 53–6.
3. O'Connell TX, Nathan LS, Satmary WA, Goldstein AT. Non-neoplastic epithelial disorders of the vulva. *Am Fam Physician.* 2008; 77: 321–6.
4. Weichert GE. An approach to the treatment of anogenital pruritus. *Dermatol Ther.* 2004; 17: 129–33.
5. Diagnosis and management of vulvar skin disorders. ACOG Practice Bulletin No. 93. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2008; 111: 1243–53.
6. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale C, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodinia. *Obstet Gynecol.* 2016; 127: 745–51.
7. Persistent vulvar pain. Committee Opinion No. 673. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2016; 128: 78–84.
8. Friedrich EG Jr. Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med.* 1987; 32: 110–114.
9. De Andres J, Sanchis-Lopez N, Asensio-Samper JM, et al. Vulvodinia--An Evidence-Based Literature Review and Proposed Treatment Algorithm. *Pain Pract.* 2016; 16: 204–36.

10. Vaginitis. Practice Bulletin No. 72. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2006; 107: 1195–206.
11. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015; 64: 1–137.
12. Guerrero A, Venkatesan A. Inflammatory vulvar dermatoses. *Clin Obstet Gynecol.* 2015; 58: 464–75.
13. Lichen Simplex Chronicus: Background, Pathophysiology, Etiology. <https://emedicine.medscape.com/article/1123423-overview>.
14. Lynch PJ. Lichen simplex chronicus (atopic/neurodermatitis) of the anogenital region. *Dermatol Ther.* 2004; 17: 8–19.
15. Moyal-Barracco M, Wendling J. Vulvar dermatosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014; 28: 946–58.
16. Schlosser BJ, Mirowski GW. Lichen sclerosus and lichen planus in women and girls. *Clin Obstet Gynecol.* 2015; 58: 125–42.
17. Kirtschig G, Becker K, Gunthert A, et al. Evidence-based (S3) guideline on (anogenital) lichen sclerosus. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015; 29: 1–43.
18. Chi C, Kirtschig G, Baldo M, et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials on topical interventions for genital lichen sclerosus. *Acad Dermatol.* 2012; 67: 305–12.
19. Saunders NA, Haefner HK. Vulvar lichen sclerosus in the elderly pathophysiology and treatment update. *Drugs Aging.* 2009; 26: 803–12.
20. Bigby SM, Eva LJ, Fong KL, Jones RW. The natural history of vulvar intraepithelial neoplasia, differentiated type: evidence for progression and diagnostic challenges. *Int J Gynecol Pathol.* 2016; 35: 574–84.
21. Fistarol SK, Itin PH. Diagnosis and treatment of lichen sclerosus: an update. *Am J Clin Dermatol.* 2013; 14: 27–47.
22. Simonetta C, Burns EK, Guo MA. Vulvar dermatoses: a review and update. *Mo Med.* 2015; 112: 301–7.
23. Lichen planus. American Academy of Dermatology. <https://www.aad.org/public/diseases/rashes/lichen-planus>.
24. Stull C, Grossman S, Yosipovitch G. Current and emerging therapies for itch management in psoriasis. *Am J Clin Dermatol.* 2016; 17: 617–24.
25. Stockdale CK, Boardman LA. Evaluation and treatment of postmenopausal dyspareunia. *J Clin Outcomes Manag.* 2011; 18: 414–23.
26. Edwards D, Panay N. Treating vulvovaginal atrophy/genitourinary syndrome of menopause: how important is vaginal lubricant and moisturizer composition? *Climacteric.* 2016; 19: 151–61.