**מבוא**

וולוודיניה vulvodynia (vulvo=פות, עריה. dynia=כאב), הוא מצב כרוני של כאב במבוא העריה, המלווה לעיתים בתחושה של צריבה, שריפה, דקירה, או גירוי מכאיב במשך שלושה חודשים לפחות ללא סיבה ידועה (Pukall, et al., 2016). אחד התסמינים הינו כאב ממוקד במבוא העריה (vestibule) המופק במגע הנקרא וולוודיניה במגע, Localized provoked Vulvodynia אוvestibulodynia , מצב זה כונה בעבר "וסטיבוליטיס" או "דלקת מבוא העריה" (vulvar vestibulitis syndrome) (Henzell, Berzins, & Langford, 2017).

ההערכה היא כי 28%-8% מכלל אוכלוסיית הנשים העולמית סובלות מוולוודיניה (Andres, et al., 2016), הסוג השכיח הינו וולוודיניה במגע ונחשב לסיבה העיקרית לכאב ביחסי מין אצל נשים מתחת לגיל 30 (Sadownik, 2014; Henzell, Berzins, & Langford, 2017). וולוודיניה במגע היא תסמונת המהווה נטל משמעותי על האישה וסביבתה. אישה הסובלת מוולוודיניה במגע חווה פגיעה נפשית ומינית במידה ניכרת (Pukall, et al., 2016). נשים עם וולוודיניה במגע באופן ספציפי מדווחות על ירידה בהערכה מינית עצמית, סיפוק מיני ועוררות מינית כמו גם על הימנעות מיחסי מין (Henzell, Berzins, & Langford, 2017).האטיולוגיה של וולוודיניה במגע אינה ברורה וההערכה היא שקיימים מספר גורמים כגון גורמים גנטיים, הורמונליים, דלקתיים, נוירולוגים, פסיכוסוציאליים וגורמים הקשורים למערכת שלד-שריר ופגמים מבניים (Bornstein, et al., 2016; Pukall, et al., 2016).

וולוודיניה במגע מאובחנת לאחר שלילת כל הגורמים האחרים לכאב במבוא העריה כגון זיהום פטרייתי, דלקות, מחלות עור וכו'. האבחון נעשה על ידי שילוב של היסטוריה רפואית, ובדיקה של מבוא העריה והנרתיק. (Andres, et al., 2016).

היות שהגורמים להופעת וולוודיניה במגע אינם ידועים, הטיפול מכוון להקלת התסמינים והוא עשוי להביא להקלה חלקית או מוחלטת. טיפולים כוללים טיפול פיזיותרפי, תרופתי, פסיכולוגי/מיני וניתוחי. מחקרים רבים בדקו את תפקודם של שרירי רצפת האגן בנשים הסובלות מוולוודיניה במגע ומצאו טונוס גבוה לעומת כוח סבולת וקוארדינציה ירודים, קושי בשליטה ובהרפיה (Morina, et al., 2016). פיזיותרפיה של רצפת אגן מציעה אמצעי טיפול שונים כגון טכניקות הרפיה של רקמות רכות והרפיה כללית, גירויים חשמליים, תרגול שרירי רצפת אגן, טיפול במרחיבים ווגינלים וביופידבק (Morin, Carroll, & Bergeron, 2017) על מנת לטפל בליקויים אלה. אמצעים אלו נחשבים כיעילים ומוצעים כטיפול ראשוני למטופלת עם וולוודיניה במגע. בסקירה ספרותית נמצא מספר מועט של מחקרים שבדקו יעילות הטיפול הפיזיותרפי ואשר דיווחו על הצלחה טיפולית של 60% - 70% בטווח קצר (Morin, Carroll, & Bergeron, 2017).

במקרה של נשים שלא מגיבות לטיפולים אחרים, קיימות מספר טכניקות ניתוחיות להסרת חלק ממבוא העריהvestibulectomy , (Andres, et al., 2016). מחקרים רבים הראו הצלחה של כ-80% בהקלה של סימפטומים בטווח קצר (Goldstien, Klingman, Christopher, & Marinoff , 2006). (Bornstein, Goldic, Stolar, Zarfati, & Abramovici, 1997). יעילות הטיפול הניתוחי לטווח הארוך אינה ברורה, בגלל מספר מועט של מחקרים והבדלים באוכלוסייה (דה ג'ונג 1995Wooddruff, 1995) &Foster, Butts, Shah,). מחקר של בורנשטיין (2017) בדק 32 מטופלות שעברו ניתוח ע"י מנתח אחד לפני מעל עשור דווח על אחוזי הצלחה גבוהים: 100% מהמטופלות חוו יחסי מין ללא כאב בשלב כלשהו אחרי הניתוח(Bornstein, David, Diker, & Zarfati, 2017).

למרות שיעורי ההצלחה המשמעותיים של ניתוח כטיפול לוולוודיניה במגע, הוא לא נכנס כקו ראשון לטיפול. זאת עקב כך שאינו מצליח להגיע להצלחה מלאה, הכאב ממנו סובלות הנשים במשך שבועות אחרי הניתוח. כמו כן יש מעט מנתחים שרכשו מיומנות בניתוח זה, ורופאי נשים חוששים לבצע חיתוך רקמות מאבר המין פן תיפגע התחושה בו.

בעבודה הנוכחית חקרנו מהו הטיפול היעיל ביותר לטווח הארוך, שכן במחקרים הקיימים כעת מדווח רק על מעקב לטווח הקצר והאם ישנם גורמים מנבאים להצלחת הטיפול. ההשוואה נעשית בין שתי קבוצות נשים שאובחנו כסובלות מוולוודיניה במגע, אחת טופלה בפיזיותרפיה והשנייה בניתוח, במטרה לבדוק יעילות הטיפול לאחר מספר רב של שנים ולנסות להבין האם ניתן מראש להתאים סוג טיפול מסוים באופן אישי לכל אישה בכדי להשיג יעילות מרבית.

**שיטות המחקר**

**סוג המחקר**

המחקר מסוג מחקר עוקבה היסטורי, Observational cohort Historical.

**אוכלוסיית המחקר**

**מאפיינים כללים**

קבוצת נשים אשר אובחנו בעבר כסובלות מוולוודיניה במגע וטופלו בגישה ניתוחית ע"י פרופסור בורנשטיין, וקבוצת נשים שטופלו בטיפול פיזיותרפי ולא עברו קודם לכן ניתוח, במסגרת טיפולי פיזיותרפיה לרצפת אגן במכוני הפיזיותרפיה במכבי שרותי בריאות לפני יותר מעשר שנים. במחקר השתתפו 56 נשים, 32 שנותחו ו 24 שקיבלו טיפול פיזיותרפי

**קריטריונים להכללה במחקר**

1. נשים שאובחנו סובלות מוולוודיניה במגע ע"פ בדיקת מבוא העריה בעזרת Q-tip test.
2. נשים שהיו בזמן הטיפול בין הגילאים 18-35.
3. נשים שהיו בטיפול לפני מעל עשר שנים.
4. נשים שטופלו בסדרת טיפולים אחת בפיזיותרפיה לרצפת אגן.

**קריטריונים להוצאה מהמחקר**

1. נשים שעברו ניתוח לפני טיפולי הפיזיותרפיה.
2. נשים שאובחנו כסובלות ממחלות אחרות בפות.
3. נשים שעברו יותר מסדרת טיפול פיזיותרפיה אחת.
4. נשים שהיו בסדרת טיפול פיזיותרפיה שכללה פחות משלושה מפגשים.
5. נשים שעברו יותר מניתוח אחד.

**הליך המחקר**

המחקר קיבל אישור משתי וועדות האתיקה: של מכבי שירותי בריאות ושל המרכז הרפואי לגליל-נהריה.

הנתונים נאספו בעזרת שאלון מובנה על ידי עורכת המחקר, גב' עולא ג'השאן-דוכי פיזיותרפיסטית לשיקום רצפת אגן, ממטופלות שעברו טיפול ניתוחי אצל פרופסור בורנשטיין ומטופלות שעברו טיפול פיזיותרפיה לשיקום רצפת אגן במכבי שירותי בריאות.

**גיוס משתתפות**

גיוס המשתתפות בוצע בשתי דרכים:

1. אותרו 347 מטופלות אשר אובחנו עם וולוודיניה במגע והופנו לטיפול פיזיותרפיה לשיקום רצפת אגן לפני מעל 10 שנים (בין השנים 2004-2008), מתוך מאגר תיקי הפיזיותרפיה הממוחשבים של מכבי שירותי בריאות. בבחירה אקראית ממוחשבת עורכת המחקר בדקה 200 תיקים של מטופלות, מתוכם 101 מטופלות (50.5%) נמצאו מתאימות להשתתפות במחקר מתוכן נבחרו בבחירה אקראית 48 מטופלות (48%). סה״כ הסכימו להשתתף במחקר 24 מטופלות.
2. 85 תיקי מטופלות אשר עברו ניתוח להסרת חלק ממבוא העריה נסרקו לשם כריית הנתונים הדרושים ליצירת קשר. רק 50 מתוך 85 המטופלות (59%) אותרו בהצלחה, 32 מתוך המטופלות שאותרו (64%) הסכימו להתראיין למחקר.

**כלים**

במחקר השתמשנו בשאלון ייעודי מתורגם לעברית ומתוקף בו נעשה שימוש במחקרים קודמים בנושא וסטיבולודיני,. שאלון הכאב, עוצמתו, מאפייניו והשפעתו על התפקוד המיני והיומיומי מבוסס על שאלון ה-modified Brief Pain Inventory (Cleeland, 1994) , ה- McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1987) וה-International Society of Vulvovaginal Disease vulvodynia questionnaire (Edwards, 2012).

**משתני המחקר**

משתנים תלויים:

* סוג הטיפולי (פיזיותרפי/ניתוחי)
* תוצאות הטיפול שנמדדים לפי השאלון, נמדדים על פי:
	+ תפקוד מיני
	+ עוצמת כאב על פי סולם הנע בין 0-10
	+ שביעות רצון מהטיפול.

משתנים בלתי תלויים

* + גיל
	+ רקע מילדותי
	+ וולוודיניה במגע ראשונית/משנית

**עיבוד סטטיסטי**

תוצאות המחקר הוקלדו לתוכנת SPSS (גרסה 23) לצורך עיבוד סטטיסטי.

נתונים המתפלגים נורמלית הוצגו בעזרת ממוצע וסטיית תקן, נתונים שלא מתפלגים נורמלית הוצגו בעזרת חציון וטווח בין רבעוני, נתונים קטגוריאליים הוצגו בעזרת אחוזים ושכיחות, לבדיקת הגורמים המשפיעים על הצלחת הטיפול השתמשנו ברגרסיה לוגיסטית, להשוואה בין קבוצות/מאפיינים לסוג הטיפול השתמשנו במבחן חי בריבוע.

**תוצאות**

**נתונים דמוגרפיים**

הנתונים הדמוגרפיים של המטופלות אשר הסכימו להשתתף במחקר מוצגות בטבלה מספר 1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

ניתן לראות כי כיום רוב הנדגמות הן כיום נשואות, וגרות עם בן זוגן אתו הן נמצאות בקשר אינטימי. בזמן ביצוע הטיפול, רוב הנשים היו בשנות ה-20 לחייהן, כאשר הצעירה ביותר הייתה בת 20 והמבוגרת ביותר בת 33. נכון להיום, עברו בממוצע כ-22±4 שנים מאז שהנשים עברו את הניתוח, לעומת 13±1 שנים עבור הנשים אשר עברו פיזיותרפיה.

**רקע מיילדותי**

מתוך 32 הנשים אשר עברו את הניתוח, 25 ילדו בלידה וגינלית (78.1%) ומתוך 24 הנשים אשר עברו טיפול פיזיותרפי, 18 ילדו לידה וגינלית (75%). מתוך הנשים אשר ילדו בלידה וגינלית לאחר ניתוח, ל-12 (48.0%) לא בוצע חתך חיץ, 10 (40.0%) בוצע חתך חיץ בלידה אחת, וב-3 (12.0%) בוצע חתך חיץ ביותר מלידה אחת. מתוך הנשים אשר ילדו לפחות לידה וגינלית אחת לאחר טיפול פיזיותרפי, ל-4 (22.2%) לא בוצע חתך חיץ, 10 (55.6%) בוצע חתך חיץ בלידה אחת ו-3 (16.7%) בוצע חתך חיץ ביותר מלידה אחת.

**תוצאות הטיפול**

**תפקוד מיני**

 כל הנשים אשר נבדקו קיימו יחסי מין לאחר הטיפול, וכולן חוו יחסי מין ללא כאב. כיום, הרוב המוחלט של הנשים (91% מהנשים שעברו ניתוח ו-75% מהנשים שעברו פיזיותרפיה) מקיימות יחסי מין מלאים כרצונן וללא כאב, כאשר הנשים אשר עברו ניתוח מדווחות על פחות כאב כיום מאשר הנשים אשר עברו טיפול פיזיותרפי (χ2(2)=2.48, p=0.29). כל הנשים חזרו לקיים יחסי מין מהתקופה שלפני הטיפול ועד היום.

 **כאב**

בהשוואת רמת הכאב לאחרונה לעומת תקופת ההחלמה אחרי הטיפול רוב הנשים לא חוו כאב לאורך כל התקופה (72% ו-42% אצל נשים אשר עברו ניתוח ופיזיותרפיה, בהתאמה). לא נמצאו הבדלים סטטיסטיים מובהקים בין הקבוצות (χ2(2)=3.1, p=0.213)

כשנשאלו לגבי דרגת הכאב בזמן יחסי מין כיום, רוב הנשים ציינו כי אין להן כאבים כאשר הן מקיימות יחסי מין, אך חלק מהנשים (3% ו-8% בניתוח ופיזיותרפיה בהתאמה) טענו כי למרות שעוצמת הכאב חזקה, הן עדיין יכולות לקיים יחסי מין (**גרף 3**). אחוז הנשים אשר עדיין יש להן את הכאבים הללו גדול יותר בנשים אשר עברו פיזיותרפיה, אך מדובר על אישה אחת בניתוח לעומת שתי נשים בפיזיותרפיה ולכן לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטיים בין הקבוצות (χ2(3)=4.85,p=0.183). מספר גדול של נשים (31% ו-54% בניתוח ופיזיותרפיה בהתאמה) ציינו שיש להם כאבים מסוימים במהלך קיום יחסי מין, אך לא היה הבדל מובהק בין הקבוצות. אף אחת מהנשים לא חוותה כאב כה גדול עד שאינה מסוגלת לקיים יחסי מין כלל או שנאלצה להפסיקם באמצע בעקבות הכאבים.

הנשים נשאלו לגבי רמת הכאב (מ-0 עד 10) לפני ואחרי הטיפול במגוון מצבים ובאופן גורף רמת הכאב ירדה באופן דרסטי לאחר הטיפול (p<0.0001 בכל המצבים) (**גרף 4**). באופן כללי, לא היו הבדלים בין קבוצת הפיזיותרפיה לקבוצת הניתוח בערכי הכאב לפני ואחרי בכל המצבים. האינטראקציה בין סוג הטיפול לזמן (לפני או אחרי הטיפול) ברמת הכאב עבור כל השאלות הייתה משמעותית ברמת מובהקות p<0.001. בשאלות לגבי קיום יחסי מין ללא חדירה והכנסת טמפון בטיפול פיזיותרפי האינטראקציה הייתה משמעותית ברמת מובהקות p=0.018 ו-p=0.006 בהתאמה (**גרף 4**).

מתוך הנשים שענו כי יש להן כאבים בזמן קיום יחסי מין היום, הנשים אשר עברו פיזיותרפיה סבלו בעיקר מכאבים בכניסה לפתח הנרתיק (עם חדירה שטחית) ובכאבים מחדירה עמוקה (10 ו-9 נשים בהתאמה). מתוך הנשים אשר עברו ניתוח, 8 סבלו מכאבים בחדירה עמוקה, 6 מכאבים בכניסה, 3 מכאבים משפשוף חיצוני בלבד ואחת דיווחה על כאבים בהכנסת טמפון (**גרף 5**). לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות (χ2(5)=8.66, p=0.12).

**פנייה לייעוץ או טיפול נוסף**

הרוב המוחלט של הנשים (94% ו-83% בניתוח ופיזיותרפיה בהתאמה) לא עברו טיפול נוסף בנוסף לטיפול הראשוני בפיזיותרפיה או ניתוח.הטיפולים הנוספים כללו משחה מקומית (אחת מקבוצת הפיזיותרפיה ושתיים מקבוצת הניתוח) וטיפול בדיקור (שתיים מקבוצת הפיזיותרפיה).

**שביעות רצון מהטיפול**

לרוב המוחלט של הנשים יש שיפור ברמה גבוהה או רמה גבוהה מאוד ברמות הכאב בעקבות הטיפול (94% ו-83% בניתוח ופיזיותרפיה בהתאמה), כאשר היו הבדלים מובהקים בין הטיפול הפיזיותרפי לטיפול הניתוחי (χ2(3)=16.10, p=0.001). עבור הטיפול הניתוחי היו יותר דיווחים על שיפור ברמה גבוהה מאוד ורמה גבוהה מאשר בפיזיותרפיה (t(54)=-3.638, p<0.01). רק אישה אחת אשר עברה פיזיותרפיה דיווחה שאין שינוי במצבה בעקבות הטיפול (**גרף 7א**). מתוך הנשים אשר עברו את הניתוח, ל-12 (כ-38%) לקח עד שלושה חודשים לרמת השיפור המרבית, ל-13 נשים (41%) לקח עד חצי שנה, ולשלוש נשים לקח שנתיים ומעלה (**גרף 7ב**). לעומת זאת, נשים אשר עברו פיזיותרפיה חוו את השיפור בזמן קצר הרבה יותר וכ-71% מהן הגיעו לרמה המקסימלית לאחר כ-3 חודשים, ל-29% הנוספות לקח עד 6 חודשים על מנת להגיע לשיפור המקסימלי.

עבור שני סוגי הטיפולים, מעל 80% מהנשים אמרו שהיו עושות שוב את הטיפול, חלק ענו שהיו עוברות אותו שוב עם הסתייגות (16% ו-13% בניתוח ופיזיותרפיה בהתאמה), ואחת מכל קבוצה ענתה שלא הייתה עוברת את הטיפול שנית (**גרף 8א**). ההבדלים בין קבוצת הניתוח לקבוצת הפיזיותרפיה לא היו מובהקים (χ2(2)=0.143, p=0.931). בהתאמה, כשנשאלו האם היו ממליצות על הטיפול לחברה, הרוב היו ממליצות מכל הלב, וחלק (16% ו-8% בניתוח ופיזיותרפיה בהתאמה) היו ממליצות עליו עם הסתייגות (**גרף 8ב**). ההבדלים בין קבוצת הניתוח לקבוצת הפיזיותרפיה לא היו מובהקים (χ2(2)=1.932, p=0.381).

 **השפעת סוג הוולוודיניה על תוצאות הטיפול**

הנשים אשר ענו על שאלות, נתבקשו גם לענות על השאלה האם הכאבים הופיעו מהפעם הראשונה בו הן קיימו יחסי מין. נשים אשר ענו "כן" סווגו כסובלות מוולוודיניה במגע ראשונית, ונשים אשר ענו "לא" סווגו כסובלות מוולוודיניה במגע משנית. מתוך קבוצת הנשים אשר עברו טיפול פיזיותרפי, 62.5% אובחנו כסובלות מוולוודיניה במגע ראשונית, בניגוד ל-28.1% מהנשים אשר עברו ניתוח. בהתאם, וולוודיניה במגע משנית אובחנה אצל 37.5% מהנשים אשר עברו פיזיותרפיה וב-45.9% מהנשים אשר עברו ניתוח.

בהשוואת רמת היעילות של הטיפול על שני סוגי הוולוודיניה במגע נמצא כי לא היו הבדלים בין וולוודיניה במגע ראשונית ומשנית בהשוואת רמת הכאב לפני (F(1,44)=1.406, p>0.05) ואחרי (F(1,44)=0.207, p>0.05) הטיפול, ולא נמצא אפקט מובהק לאינטראקציה בין סוג הוולוודיניה במגע לסוג הטיפול לפני (F(1,44)=0.464, p>0.05) ואחרי (F(1,44)=0.528, p>0.05) הטיפול.

בהשוואת שביעות רצונן של המטופלות מהטיפול, נמצא כי לא היו הבדלים בין וולוודיניה במגע ראשונית ומשנית (F(1,44)=0.528, p>0.05) או באינטראקציה בין סוג הוולווידיניה במגע לסוג הטיפול (F(1,44)=0.378, p>0.05).

בבדיקת ההבדלים בין סוגי הוולוודיניה במגע ולשאלה האם היית חוזרת על הטיפול, לא נמצא אפקט מובהק לסוג הטיפול (F(1,44)=0.005, P>0.05) או לסוג הוולוודיניה במגע (F(1,44)=1.909, p>0.05). כמו כן, לא נמצא אפקט מובהק לאינטראקציה בין סוג הטיפול, סוג הוולוודיניה במגע והשאלה (F(1,44)=1.528, p>0.05).

בהתאם, לא נמצא הבדל מובהק בין סוג הוולוודיניה במגע לסיכוי שהמטופלת תמליץ על הטיפול לחברה (F(1,44=0.476, p>0.05) או בין סוג הטיפול לסיכוי על המלצה (F(1,44)=0.030, p>0.05). בנוסף, לא נמצא אפקט מובהק לאינטראקציה בין סוג הוולוודיניה במגע, סוג הטיפול והסיכוי שהמטופלת תמליץ על הטיפול לחברה (F(1,44)=1.903, p>0.05).

לבסוף, בהשוואה בין סוג הוולוודיניה במגע, סוג הטיפול והתפקוד המיני של המטופלת היום בהשוואה לתקופה לפני הטיפול, לא נמצא אפקט מובהק בין סוג הוולוודניה במגע לתדירות (F(1,44)=0.217, p>0.05) או לאינטראקציה בין סוג הטיפול, סוג הוולוודיניה במגע והתדירות (F(1,44)=0.217, p>0.05).

**גורמים מנבאים להצלחת הטיפול**

על מנת לנבא את תוצאות הטיפול בתפיסת המטופלת על סמך סוג הוולוודיניה במגע או הגיל, נערך ניתוח רגרסיה מרובה עבור כל קבוצת טיפול. טבלה 2 מציגה את תוצאות הרגרסיה.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

מניתוח הרגרסיה עולה כי לא ניתן להסביר את תוצאות הטיפול כפי שהן נתפסו על ידי המטופלת על סמך המשתנים הנ"ל בקבוצת הפיזיותרפיה (F(2,21)=0.004, p=0.996) כמו גם בקבוצת הניתוח (F(2,21)=0.852, p=0.441). כלומר, במשתנים אשר בדקנו לא היו גורמים מנבאים להצלחת הטיפול באף אחת מהקבוצות.

**7. דיון ומסקנות**

במחקר זה הממצא העיקרי הוא ששני הטיפולים – ניתוח וסטיבולקטומיה ופיזיותרפיה, יעילים בטווח הארוך לוולוודיניה במגע. עם זאת מידת שביעות הרצון מהטיפול והתפקוד המיני גבוהים באופן משמעותי יותר בין נשים שטופלו בניתוח מאשר בין נשים שעברו טיפול פיזיותרפי.

השערת המחקר הראשונה הייתה כי טיפול פיזיותרפיה וטיפול ניתוחי, שניהם יעילים, אך לכל אחד גורמים מנבאי הצלחה משלו (כגון גיל, וולוודיניה במגע ראשונית/משנית).. אכן, שני סוגי הטיפולים עזרו למטופלות באופן מהותי ברוב הפרמטרים שנבדקו במחקר הנוכחי (תפקוד המיני, רמת הכאב במצבים שונים ושביעות הרצון מהטיפול). לעומת זאת, נשים אשר עברו את הניתוח דיווחו על שיפור גדול יותר ברמות הכאב באופן כללי מאשר נשים אשר עברו טיפול פיזיותרפיה.

באופן כללי הנשים אשר עברו ניתוח סבלו פחות מכאבים בקיום יחסים גם בטווח הקצר לאחר הטיפול וגם בטווח הארוך, בהשוואה לנשים אשר עברו פיזיותרפיה. ההבדלים התבטאו בעיקר בעוצמת הכאב כאשר נשים אשר עברו פיזיותרפיה נטו יותר לדווח על כאבים קלים ביחס לנשים אשר עברו ניתוח שלא דיווחו על כאב כלל. בהשוואה לתחושותיהן לפני הטיפול, הנשים בשתי קבוצות הטיפולים דיווחו על שיפור משמעותי מאוד בעוצמת הכאב בזמן פעילות מינית, לאחריה, בזמן נגיעה באצבע בפתח הנרתיק ובזמן הכנסת טמפון. לפי תוצאות המחקר הנוכחי ניתן לראות כי 91% מהנשים שעברו טיפול ניתוחי חזרו לפעילות מינית ללא כאבים לעומת 75% מהנשים שעברו טיפול פיזיותרפי. ממצאי המחקר הנוכחי, עולים בקנה אחד עם הקיים במחקרים קודמים ואף מראים תוצאות יותר טובות לגבי יעילות שני סוגי הטיפול.

ביטוי נוסף ליעילות הטיפולים מתבטא בשביעות הרצון הגבוהה מהטיפול –הנשים אשר עברו ניתוח היו מרוצות יותר מהטיפול יחסית לנשים אשר עברו פיזיותרפיה. באופן מפתיע, הנשים אשר עברו פיזיותרפיה הגיעו לשיפור המרבי בתוצאות באופן מהיר הרבה יותר מאשר הנשים אשר עברו ניתוח, אך ייתכן כי הדבר נובע מכך שלאחר הניתוח היו כאבים כתוצאה מההליך הניתוחי אשר פגמו ביכולת אבחנת הכאב. בהתאם, רוב הנשים אמרו שהיו עוברות שוב את הטיפול והיו ממליצות עליו לחברה מכל הלב.

כאשר הנתונים הופרדו לנשים אשר להן וולוודיניה במגע ראשונית לעומת וולוודיניה במגע משנית, לא היו הבדלים ברמת היעילות של הטיפול בין שני סוגי הטיפולים, בתוצאות הטיפול, בתפיסת המטופלת ובשביעות רצונה מהטיפול. כמו כן לא נמצאה השפעה לגיל בזמן ביצוע הטיפול, על תוצאות הטיפול. אם כך השערת המחקר שלכל אחד משני הטיפולים גורמים מנבאי הצלחה שונים, לא אוששה במחקרנו.

יחודו של מחקר זה, שהינו המחקר הראשון מסוגו לטווח של מעל עשר שנים שבדק יעילות טיפול ניתוחי מול טיפל פיזיותרפיה רב מודאלית, בריאיון אישי עם כל אחת ואחת מהמשתתפות זמן רב אחרי טיפול, ולא הסתמכנו בו רק על נתונים מהתיק הרפואי.

עם זאת למחקר חולשה, שהיא מספר המשתתפות בו. אמנם המספר ענה על הדרישות הסטטיסטיות מבחינת עוצמה, אך יתכן שאם הייתה בנמצא קבוצה יותר גדולה, ניתן היה להשוות תת קבוצות כמו למשל גילאים שונים וסוגים שונים של וולוודיניה במגע. הסיבה למספר המצומצם של משתתפות הינו שאין בנמצא יותר נשים שעברו את הטיפולים האלה לפני שנים כה רבות, ושאיפתנו במחקר הייתה לבדוק את הצלחת הטיפולים לזמן ארוך.

**8. סיכום והמלצות:**

בעבודתנו הדגמנו כי ניתוח לכריתת מבוא העריה וטיפול פיזיותרפיה לרצפת האגן הינם טיפולים יעילים בנשים עם וולוודיניה במגע ובעלי אחוזי הצלחה גבוהים לטווח ארוך. ההצלחה נמדדה ברמת הכאב לאחר הטיפול בטווח הקצר והארוך, בתפקוד המיני ושביעת רצונן של המטופלות מהטיפול.

הטיפול הניתוחי כמו גם הטיפול הפיזיותרפי הציגו תוצאות טובות בשיפור משמעותי ברמות הכאב של המטופלות הסובלות מוולוודיניה במגע, אם כי הטיפול הניתוחי היה מעט יותר מוצלח בטווח הקצר כמו גם בטווח הארוך.

לאור תקופת החלמה ממושכת וכן סיכון קטן אך קיים לסיבוכים בתר-ניתוחיים יש לבחור בהתייעצות עם המטופלת, את שיטת הטיפול המתאימה לה באופן אישי.

**9. ביבליוגרפיה**

Aerts, L., Bergeron, S., Corsini-Mont, S., Steben, M., & Paquet, M. (2015). Are Primary and Secondary Provoked Vestibulodynia Two Different Entities? A Comparison of Pain, Psychosocial, and. *J Sex Med, 15*, 1463–1473.

Andres, J. D., Sanchis-Lopez, N., Asensio-Aamper, J. M., Fabregat-Cid, g., villanueva-perez, v., dols, v. m., & minguez, a. (2016). Vulvodynia---an evidence-based literature review and proposed treatment algorithm. *pain practice, 16*, 204-236.

Arnold, L., Bachmann, G., Kelly, S., Rosen, R., & Rhoads, G. (2006). Vulvodynia: Characteristic and Associations with Co-Morbidities and Quality of life. *Obstetric Gynecology, 107*, 617-624.

Belanger, A. (2014). Therapeutic electrophysical agents: evidence behind practice. *Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins*.

Bo, K., Kvarstein, B., Hagen, R. R., & Lasern, S. (1990). Pelvic floor muscle exercises for the treatment of female stress urinary incontinence: II.Validity of vaginal pressure measurements of pelvic floo rmuscle strength and the necessity of supplementary methods for control of correct contraction. *neurology and urodynamics, 9*, 479-487.

Bohm-Starke, N., & Rylander, E. (2008). Surgery for localized, provoked vestibulodynia: a long-term follow-up study. *The Journal of reproductive medicine, 53*, 83-89.

Bornstein, J., David, A., Diker, B., & Zarfati, D. (2017). Long-Term Outcome of Total Vestibulectomy. *Journal of Lower Genital Tract Disease, 45*(21).

Bornstein, J., Goldik, Z., Stolar, Z., Zarfati, D., & Abramovici, H. (1997). Predicting the outcome of surgical treatment of vulvar vestibulitis. *obstetric & gynecology, 5*(85).

Bornstein, J., Goldstein, A., Stockdale, C., Bergeron, S., Pukall, C., Zolnoun, D., & Coady, D. (2016). 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus terminology and classification of presistent vulvar pain and vulvodynia. *obstetrics & gynecology, 127*, 745-51.

Cleeland, C. R. (1994). pain assesment: global use of the Breif Pain Questionnairre. *Ann Acad Med Singapore, 23*, 129-38.

Corsini-Munt, S., Rancourt, K., Dube, J., Rossi, M., & Rosen, N. (2017). Vulvodynia: a consideration of clinical and methodological research challanges and recommended solution. *Journal of Pain Research, 10*, 2425-2436.

Edwards, L. (2012, april). *ISSVD Vulvodynia Pattern Questinnarie.* Retrieved from https://netforum.avectra.com./temp/ClientImages/ISSVD/3ef9c6ea-aac7-4d2b-a37f-058ef9f11a67/pdf.

Foster, D. C., Butts, C., Shah, K. V., & Wooddruff, J. D. (1995). Long-Term Outcome of Perineoplasty for Vulvar Vestibulitis. *Journal of Women’s Health*(4), 669–675.

Glazer , H., Rodke , G., Swencionis , C., Hertz, R., & Yong, A. (1995). Treatment of vulvarvestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. *journal of reproductive medicine, 40*, 283-290.

Goldstein , A. (2006). Surgical techniques: Surgery for vulvar vestibulitis syndrome. *The Journal of Sexual Medicine, 3*, 559-562.

Goldstein, A. T., Klingman, K., Christopher, K., & Marinoff , S. C. (2006). Surgical treatment of vestibulitis syndrom: outcome assesment derived from a postoperative questionnaire. *sex medecine, 3*(5), 923-931.

Goldstein, A., Pukall, C. f., Brown, C., Bergeron, S., Stien, A., & Kellogg-Spadt, S. (2016). vulvodynia: Assesment and Treatmen. *sexual medecine, 13*, 572-590.

Henzell, H., Berzins, K., & Langford, J. (2017). Provoked vestibulodynia: current perspective. *intenational journal of women's health, 9*, 631-642.

Melzack, R. (1987). The short-form McGill Pain Questionnarie. *pain*(30), 191-197.

Morin, M., Carroll, M., & Bergeron, S. (2017). Systematic review of the effectiveness of physical therapy modalities in women with provoked vestibulodynia. *Sex Med Rev., 5*, 295-322.

Morin, M., Dumoulinb, C., Bergeronc, S., Mayrandd, M.-H., Khalifée, S., Waddellf, G., & Duboisg, M.-F. (2016, january). Randomized clinical trial of multimodal physiotherapy treatment compared to overnight lidocaine ointment in women with provoked vestibulodynia: Design and methods. *Contemporary Clinical Trials, 46*, 52-95.

Pukall, C., Goldstein, A., Bergeron, S., Foster, D., Stien, A., Kellog-Spadt, S., & Bacharman, G. (2016). vulvodynia: definition, prevalence, impact, and pathophysiological factors. *the journal of sexual medicine, 13*, 291-304.

Randomized clinical trial of multimodal physiotherapy treatment compared to overnight lidocaine ointment in women with provoked vestibulodynia: Design and methods. (2016, january). *Contemporary Clinical Trials*(46), 25-59.

Rosenbaum , T., & Owens , A. (2008). The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine, 5*, 513-523.

Sadownik, L. (2014). Etiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. *International journal of women's health, 6*, 437-449.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |