

Een bijzonder geval van vaginisme

Conny Schreuders-Bais*

SC 2.8 SB6.21

Gevalsbeschrijving van een 28-jarige gehuwde vrouw, die negen jaar primair vaginistisch was, als psychische reactie op een lichamelijke aandoening, welke deels is miskend door de behandelende artsen en deels is ontkend door haarzelf. Er was een huwelijks crisis voor nodig om haar te motiveren tot adequate behandeling. Deze kon tenslotte met succes gerealiseerd worden dankzij goede samenwerking tussen seksuoloog en gynaecoloog.

Intake

Op verwijzing van een Info-huis van de NVSH zie ik in september 1980 op mijn spreekuur Mevrouw A., 28 jaar oud, secretaresse van beroep. Zij is gehuwd sedert 1973; er zijn geen kinderen. Zij maakt een licht ontreddende indruk. Het blijkt, dat haar man kortgeleden het huis heeft verlaten wegens huwelijksproblemen. Deze problemen zijn volgens haar het gevolg van reeds jarenlang bestaande seksuele moeilijkheden. Daarom is zij nu ook in eerste instantie bij de NVSH om raad gaan vragen.

Op mijn vraag waaruit het seksuele probleem bestaat, vertelt ze snikkend, dat ze nog nooit gemeenschap heeft gehad omdat zij zich niet kan ontspannen. Twee jaar geleden was zij in verband met deze klacht al eens verwezen naar een gynaecoloog. Deze had toen een 'weefselbruggetje' bij de schede-ingang (waarschijnlijk een onvolledig geperforeerd maagdenvlies) onder algehele narcose operatief verwijderd. Helaas bleek echter ook ná deze ingreep de samenleving niet mogelijk. De teleurstelling hierover verergerde de spanningen in de relatie, welke escaleerden naar de huidige crisis.

Mevrouw zelf is van mening, dat de schedekramp veroorzaakt wordt door 'iets lichamelijks', al weet zij niet wát. Zij zegt geen angst te hebben voor de gemeenschap, zij vindt het alleen 'vies'. Ze vertelt nooit aan zelfbevrediging te hebben

* Arts - seksuologe, Dennenweg 2, 6881 KB Velp.

gedaan, omdat ze het 'vies' vindt zichzelf van onderen aan te raken; ook haar man mag haar genitaalstreek niet betasten. Ze heeft nog nooit een orgasme gehad.

Van deze tot in de puntjes verzorgde vrouw valt mij verder op, dat zij zeer open en communicatief is, in tegenstelling tot veel vaginistische vrouwen, wier beperkte verbale contact dikwijls een afspiegeling vormt van haar problematiek. Daar het mijn gewoonte is om bij mogelijk vaginisme nooit bij het eerste contact reeds tot lichamelijk onderzoek over te gaan, maken wij hiertoe een nieuwe afspraak.

Tweede consult

Tijdens het tweede consult staat het gynaecologisch onderzoek centraal. Ik signaleer, dat zij zich hierbij voor een vrouw met vaginisme opvallend coöperatief en ontspannen gedraagt. Zo is er bijvoorbeeld geen spoor van de typisch vaginistische reactie op de onderzoekbank: het reflexmatig samenknijpen van de bovenbenen. Bij de inspectie van het perineum valt mij een verlittekend gebied ter linkerzijde op (een gevolg van de operatieve behandeling in 1978?). De toucherende vinger in de schede laat zij gemakkelijk toe en vindt zij niet pijnlijk. Het onderzoek van de inwendige geslachtsorganen levert geen afwijkingen op. Na terugtrekken van de vinger zie ik echter iets zeer ongebruikelijks, namelijk faeces aan de handschoen. Als ik haar mijn bevinding meedeel, wordt zij plotseling nerveus en geëmotioneerd. Vanwege haar gemoedstoestand zie ik af van verder onderzoek. Ik verzoek haar zich aan te kleden, en we praten in de spreekkamer verder. Dan komt het volgende relaas.

Zij heeft al jaren last van 'vieze afscheiding', waarvoor ze routinematig steeds doekjes draagt en angst heeft dat iemand het zal ruiken. Tijdens het gesprek, dat zich nu ontspint, komt bij brokjes en beetjes de hele voorgeschiedenis in beeld. Nog vóór haar huwelijk in 1973 heeft zij een ontsteking doorgemaakt aan de Klier van Bartholin links (de klieren van Bartholin zijn twee erwt-grote kliertjes ter weerszijden van de schede-ingang). Deze ontstoken klier is aanvankelijk door de huisarts behandeld, maar wilde niet goed genezen; vervolgens is zij geruime tijd onder controle van een gynaecoloog geweest. Zij gebruikte meer dan een half jaar soda-zitbaden. Omdat het proces tenslotte wel enigszins tot rust was gekomen, alhoewel de klier wat opgezet bleef, is patiënte niet meer teruggegaan naar de gynaecoloog.

Pas vijf jaar later is zij via haar huisarts weer bij de gynaecoloog terecht gekomen, ditmaal in verband met coitusproblematiek: het echtpaar had tot op dat moment nog nooit gemeenschap gehad. Het onderzoek in 1978 deed vermoeden, dat dit kwam door een nog niet geperforeerd maagdenvlies, en dit werd vervolgens operatief verwijderd. Tijdens deze ingreep zou de gynaecoloog ook faeces

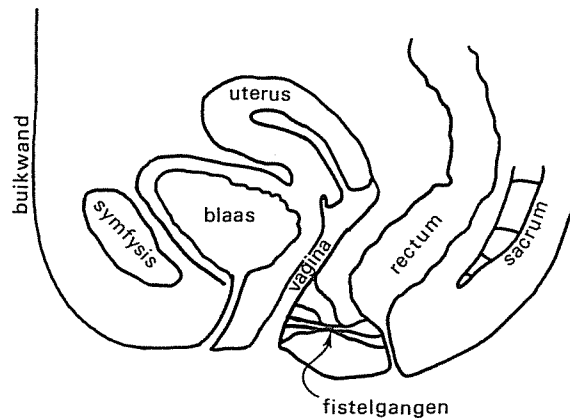
in de schede hebben ontdekt; bij het daaropvolgend röntgen-onderzoek zou aan het licht gekomen zijn dat er een z.g. fistelgang (= een onnatuurlijke verbindingsweg) bestond tussen de endeldarm en de schede. Er is toen aan de patiënte voorgesteld om de fistel te opereren. Zij is echter van de hele benadering erg geschrokken, en heeft zich aan verdere behandeling onttrokken.

Zij vertelt nu spontaan, dat ze zich altijd bewust tegen gemeenschap heeft verzet, omdat ze het zo vies vond tegenover haar man. Mijn voorstel luidt nu, dat allereerst de fistel behandeld dient te worden, en daarna het seksuele probleem. Zij gaat hiermee grif akkoord.

De ingreep

Bij het derde gesprek is de gynaecoloog* aanwezig die ik in overleg met patiënte in consult heb geroepen. Inmiddels is ook de echtgenoot teruggekeerd, die op hun beider verzoek van nu af aan bij alles betrokken wordt. De gang van zaken bij het onderzoek wordt tevoren uitvoerig doorgesproken. Bij het vervolgens plaatsvindend vaginaal en rectaal onderzoek door de gynaecoloog ontspant zij zich goed. Het onderzoek bevestigt het bestaan van waarschijnlijk diverse openingen tussen de endeldarm en het onderste derde deel van de schede (zie illustratie). Omdat een aangeboren fistel van dit type uiterst zeldzaam is, rijst het vermoeden, dat destijds in 1973 fisteling van de doorgebroken klier van Bartholin is ontstaan. Vervolgens wordt een behandlingsplan ter correctie van de fistel(s) voorgelegd en aanvaard door het echtpaar.

In het kader van dit artikel zou het te ver voeren om uitvoerig in te gaan op het verloop van de operatie, welke zeer gecompliceerd was. Patiënte kreeg te



* Met dank aan M.D. Kloosterman, gynaecoloog, voor de vruchtbare samenwerking.

kampen met vele tegenslagen, waar zij zich op bewonderenswaardige wijze doorheen heeft geslagen. Zo heeft zij bijvoorbeeld gedurende een half jaar moeten leven met een z.g. 'anus praeter' (= kunstmatige darmuitgang), teneinde het wondgebied vrij te houden van infectiegevaar. Helaas bleek zelfs een tweede operatie noodzakelijk. In dat moeilijke jaar heeft zij veel steun ondervonden van haar man.

Uiteindelijk werd in november 1981 de controle door de gynaecoloog bevredigend gevonden, en kon zij ontslagen worden. Op haar verzoek werd de anticonceptie-pil voorgeschreven.

Follow-up

In december 1981 zag ik het echtpaar terug op mijn spreekuur. De relatie was zeer sterk verbeterd. Zij vrijden veel met elkaar, maar hadden nog geen poging tot samenleving gedaan 'om niets te overhaasten' en uit bezorgdheid, vooral van de kant van de man, dat er toch nog iets mis zou kunnen gaan. Op dit punt heb ik hen gerustgesteld.

Twee maanden later werd de eerste geslaagde coitus gemeld, en in september 1982 kwamen ze blij vertellen, dat ze het afgelopen half jaar regelmatig en probleemloos gemeenschap hadden gehad: 't Is grandioos. We hebben het gevoel helemaal opnieuw te beginnen!' Mevrouw was inmiddels gestopt met de pil, wegens kinderwens.

Tijdens het schrijven van dit artikel bereikte mij het goede nieuws, dat zij nu in verwachting is. Een onverwacht gelukkig einde van een lange lijdensweg.

Summary

An unusual case of vaginismus

Case description of a 28-year-old woman, whose marriage has not been consummated for nine years, due to primary vaginismus. The cause turned out to be the existence of fistulae rectovaginalis, of which she has been chronically suffering, but which she wanted to conceal for her husband. While describing the therapeutic approach (including surgery) and the successful outcome of the case, the necessity of a good cooperation between medical sexologist and gynecologist is implicitly dealt with.