

GEDRAGSTHERAPIE MET OF ZONDER OPERATIEVE INTERVENTIE BIJ HET SYNDROOM FOCALE VULVITIS: EEN PROSPECTIEF GERANDOMISEERD EN NIET-GERANDOMISEERD ONDERZOEK^o

W.C.M. Weijmar Schultz¹, W.L. Gianotten², W.I. van der Meijden³, H.B.M. van de Wiel⁴, L. Blindeman⁵, S. Chadha⁶, en A.C. Drogendijk⁷

In dit artikel wordt, prospectief gerandomiseerd, het resultaat van de behandeling van focale vulvitis (FV) door middel van operatie plus gedragstherapie vergeleken met een behandeling die alleen maar uit gedragstherapie bestaat. In tweede instantie werd, op basis van de op deze wijze verkregen informatie, aan de patiënt en haar partner de keuze gelaten welke behandeling zij wensten te ondergaan.

De resultaten van de behandeling werden gemiddeld drie jaar na dato geëvalueerd. Zonder operatie blijkt 79% van de vrouwen in meer of mindere mate baat te hebben bij een gedragstherapeutische aanpak van de problematiek zonder operatieve interventie. Als in tweede instantie alsnog wordt geopereerd stijgt dit percentage naar 89. Beide behandelingswijzen blijken daarmee even effectief.

Onze conclusie is dat in dat geval een gedragstherapeutische benadering de voorkeur geniet en dat operatieve interventie moet worden toegepast als een additionele vorm van behandeling in die gevallen waarin de viscieuze cirkel van irritatie, bekkenbodempertonee en seksueel onaangepast gedrag niet kan worden doorbroken.

Achtergrond

In Nederland heeft het afgelopen decennium de onzekerheid over de juiste wijze van behandelen van FV geleid tot een polarisatie van standpunten. Terwijl sommige dokters claimen dat ze goede resultaten behaalden met een gemodificeerde Woodruffplastiek en kennelijk bij iedere patiënte bij wie zij FV diagnostiseerden deze operatie uitvoerden, zijn er anderen die hun twijfels uiten over deze wijze van behandelen en de daarbij bereikte resultaten en principieel tegenstander zeggen te zijn van iedere vorm van operatieve interventie.

¹ Dr. W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog/seksuoloog NVVS, Academisch Ziekenhuis Groningen. ² Drs. W.L. Gianotten, arts-seksuoloog NVVS, Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam. ³ Dr. W.I. van der Meijden, dermatoloog, Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam. ⁴ Dr. H.B.M. van de Wiel, psycholoog/seksuoloog NVVS, Academisch Ziekenhuis Groningen. ⁵ Dr. L. Blindeman, dermatoloog, Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam. ⁶ Dr. S. Chadha, patholoog-anatoom, Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam. ⁷ Prof. dr. A.C. Drogendijk, gynaecoloog, Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam. Correspondentie-adres: dr. W.C.M. Weijmar Schultz, afd. Obstetrie/Gynaecologie, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

^o Dit artikel is een uitgebreide versie van een artikel door dezelfde auteurs verschenen in the Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, september 1996. Het artikel werd tevens gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie, 1996, 109: 78-85.

Geaccepteerd voor publicatie 2 augustus 1996.

Dat is bij uitstek een situatie die vraagt om een gerandomiseerd onderzoek waarin, idealiter, een operatieve en een niet-operatieve behandeling van de problematiek worden vergeleken.

Literatuur

Het syndroom FV is geen nieuw ziektebeeld. Het is voor het eerst beschreven aan het einde van de vorige eeuw (Skene, 1889; Thomas, 1891). De diagnose kan worden gesteld op basis van de anamnese, pijn of brandende sensaties bij aanraken van het vestibulum of bij poging tot penetratie, en op basis van de bevindingen bij onderzoek: aspecifieke lokale roodheid in de fourchette en in de fossa vestibularis, met name op 5 en 7 uur, en pijn bij het voorzichtig aanraken van de lokale roodheid met een natte wattenstok (Woodruff en Parmley, 1983; Friedrich, 1987; Peckham e.a., 1986; McKay e.a., 1991; Goetsch, 1991; Schover e.a., 1992; Mann e.a., 1992). We spreken dan van een positieve Touch-Test. Om de diagnose FV te mogen stellen dienen eerst andere oorzaken voor oppervlakkige dyspareunie te worden uitgesloten en de symptomen moeten langer dan zes maanden bestaan (Peckham e.a., 1986).

Hoewel inmiddels meer dan 100 jaar oud, weten we nog steeds niet wat de oorzaak van dit ziektebeeld is. Er is onder andere gedacht aan een hoge gevoeligheid voor candida-infecties, contact dermatitis, allergie, seksueel dysfunctioneren, HPV-infectie, recidiverende candida-infecties, een chemische ontsteking (cryo, podophylline, laser, 5-fluoro-uracil), cosmetische producten, oxalaatkristallen in de urine en emoties. Echter, geen van deze verklaringen bleek afdoende. In een recent overzichtsartikel over FV luidde de conclusie dan ook: "*The etiology of vulvar vestibulitis continues to elude us. However, it does seem plausible that the cause of this syndrome may be multifactorial with both a pathophysiologic and psychologic component*" (Baggish en Miklos, 1995).

Anders dan deze woorden doen verwachten zijn er voor wat betreft de behandeling van FV in de literatuur tot nu toe praktisch alleen onderzoeksresultaten te vinden die een biomechanische benadering voorstaan (Friedrich, 1987; Peckham e.a., 1986; Baggish en Miklos, 1995; Davis, 1989; Marinoff en Turner, 1991; Michlewitz e.a., 1989). Het zijn vooral de operateurs

Tabel 1. Behandelresultaat FV bij opereren*, lasertherapie** en bij opereren in combinatie met sekstherapie***

	< 6 maanden >	
** Baggish and Reid		87%
** Davis '89		67%
* Friedrich '87		60%
* Mann et al. '92		66%
* Marinoff and Turner '91	82%	
* Michlewitz et al. '89	100%	
* Peckham et al. '86	88%	
* Woodruff et al. '83	100%	
*** Schover et al. '92		56%

en de mensen die werken met laser die de boventoon voeren en goede resultaten claimen. In tabel 1 ziet U die resultaten op een rij. Evident is een hoog succespercentage op de korte termijn. Tot succes rekent men "complete cure" en "much improved". Echter, zodra de follow-up langer wordt dan zes maanden daalt het succespercentage naar 40-60. Twee onderzoeken verdienen onze speciale aandacht. Baggish en Reid (Baggish en Miklos, 1995) behandelden FV door middel van CO₂ laser microchirurgie. De klier van Bartholin werd gevisualiseerd met methyleenblauw en geëxcideerd. Vervolgens werd de bekleding van het vestibulum verwijderd en het weefseldefect gesloten met vaginawand. Van de 15 aldus behandelde vrouwen bleek de behandeling bij 12 van hen succesvol, ook na meer dan 1 jaar follow-up.

Schover en medewerkers (1992), die als enige in het kader van een operatieve interventie wel aandacht besteedde aan de psychologische kant van de zaak en postoperatief seks therapie gaf (gemiddeld slechts 2 tot 3 consulten), kwam in haar materiaal, zelfs na een korte follow-up, niet veel verder dan een succespercentage van 56%. Overigens valt bij al deze onderzoeken op dat controlegroepen ontbreken en dat er niet werd gerandomiseerd.

De vraag rijst dan ook of we met zo'n hoofdzakelijk biomedische benadering van FV wel op de goede weg zijn. Je kunt je zelfs afvragen of we, mede gezien het bekende zo niet beruchte placebo-effect van ingrijpende behandelingen, op deze wijze niet net als voorheen bij de behandeling van vaginisme, opnieuw bezig zijn een emotioneel probleem met het mes op te lossen. De vraag ligt dan ook voor de hand of FV succesvol behandeld kan worden zonder te opereren.

Het onderzoek

Daartoe werd in Groningen en Rotterdam, prospectief gerandomiseerd, het resultaat van een behandeling van FV door middel van operatie met gedragstherapie vergeleken met een behandeling die enkel en alleen uit gedragstherapie bestond. In tweede instantie werd op basis van de op deze wijze verkregen informatie aan de patient en haar partner de keuze gelaten welke behandeling zij wensten te ondergaan.

De diagnostiek

De diagnose FV werd pas gesteld als alle andere mogelijke oorzaken voor de dyspareunie waren uitgesloten. Iedere patiënt waarbij gedacht werd aan de mogelijkheid van FV onderging daartoe een nauwkeurige genitale inspectie per colposcoop inclusief aankleuring met verdunde azijn en op geleide daarvan een histologisch onderzoek. Tevens werd microbiologisch onderzoek verricht op chlamydia, gonorrhoe, candida en banale micro-organismen. Daarnaast werd onderzoek gedaan naar Herpes en naar het Humaan Papilloma Virus.

De operatie

De operatieve interventie bestond uit een gemodificeerde Woodruff perineoplastiek volgens het protocol van Dony en De Rooy (1992). Bij deze operatie wordt een deel van de hymenaalring en het aangrenzende vulvaire weefsel verwijderd waarna het defect wordt gesloten met ge-

mobiliseerde vagina-achterwand. De operatie vond bij ons plaats onder algehele anaesthesie en betekende een nacht opname in het ziekenhuis.

De gedragstherapie

Bij seksuele problemen, en dyspareunie is een seksueel probleem, is vrijwel altijd het ingewikkelde samenspel van gevoelens, gedrag en fysiologische veranderingen in het geding. Voor vrouwen met FV als probleem betekent vrijen een confrontatie met pijn. Dit negatief aspect van het vrijen, al of niet ten gevolge van een seksueel trauma of een nare eerste seksuele ervaring of relatieproblematiek, werkt remmend op het verloop van seksuele opwindning. In plaats van in een spiraal van steeds meer opwindning komen deze vrouwen daardoor terecht in een spiraal van steeds negatievere gevoelens. Zij kunnen hun aandacht niet richten op prettige aspecten van de situatie, en als zij dat al proberen, komen er vervelende gedachten op. Het is bekend dat allerlei, ook niet-seksuele spanningen zich kunnen vertalen in een verhoogde spierspanning, algemeen maar ook op het niveau van de bekkenbodem. Chronisch aangespannen levatoren vernauwen de introïtus waardoor insertie van de penis juist datgene oplevert waar men bang voor is, namelijk pijn.

Uit onderzoek weten we inmiddels dat vulvodynie patiënten in vergelijking met een populatie vrouwen zonder gynaecologische klachten significant hoger scoren ten aanzien van gevoelens van angst, neiging tot somatiseren en hypochondrie (Stewart, 1994). Schover et al. (1992) in de VS en Van Lankveld en medewerkers in Nederland (1995) konden dit overigens in hun onderzoekspopulaties niet hard maken. Schover et al. suggereren dat, bij het invullen van de vragenlijsten, een relatie tussen de klachten en psychologische factoren wordt ontkend, vooral omdat tijdens de interviews met deze vrouwen psychologische factoren als klachtenonderhoudend element overduidelijk wel aanwezig waren. Mogelijk raakt dit de kern van het probleem. Wat blozen is voor sociaal angstigen, is een verhoogde spierspanning (in de bekkenbodem) voor deze patiënten. De klacht c.q. de spierspanning is als het ware geworden tot een manier van spreken. Het probleem zit genitaal en dat is lastig te meten met vragenlijsten.

Overigens kan men zich, medisch-biologisch gedacht, ook voorstellen dat, via het zenuwstelsel, spieren kunnen worden geactiveerd door lokale weefselschade en omgekeerd. Vulva en levatoren hebben, wat hun innervatie betreft, immers een gemeenschappelijke origine, namelijk de plexus pudendus (S3 en S4).

De gedragstherapie in de praktijk

Bij een gedragstherapeutische aanpak wordt er naar gestreefd de vrouw optimaal controle te geven over de situatie, eerst op verstandelijk, vervolgens op gevoelsniveau. Daartoe wordt eerst een goed inzicht verschaft in de oorzaak van haar klachten. Dit impliceert behalve een zorgvuldige anamnese, inclusief vragen over het seksuele functioneren, een zogenaamd educatief gynaecologisch seksuologisch onderzoek. Dat wil zeggen, er wordt uitvoerig de tijd genomen om patiënte en haar partner voorlichting te geven over de anatomie van de genitalia in het algemeen en bij haar in het bijzonder. Tijdens dit onderzoek, met handspiegel, krijgt patiënte de volledige controle over de situatie. Er gebeurt niets wat zij niet wil. Het onderzoek

bepert zich tot een inspectie van de genitalia externa inclusief het vestibulum. Onderzoek in speculo en het bimanuele vaginaal toucher worden bewust achterwege gelaten.

Met name wordt gelet op de aanwezigheid van bekkenbodempertone, hetgeen praktisch altijd het geval is. Dit bevestigt het idee dat het vooral deze reactie op spanning is waar het om gaat, ongeacht de primaire achtergrond. U kunt bekkenbodempertone op het spoor komen door voorzichtig met een vinger plus glijmiddel te toucheren zonder daarbij de uitwendige hand te gebruiken en patiënte te vragen haar bekkenbodempieren aan te spannen of te ontspannen. Vaak lukt dit niet of nauwelijks en wordt, ook in de onderzoekssituatie, alleen al het aanraken van de levatoren als pijnlijk ervaren. Desgevraagd zal patiënte niet zelden aangeven dat dit ook precies de pijn is waar zij tijdens het vrijen het meeste last van heeft, en niet zozeer de hyperaemische plekjes in het vestibulum. Zo gaf één van onze patiënten, na evaporisatie van de huidlaesies elders, aan dat dit bij haar wel verbetering had gegeven "maar daaronder doet het ook pijn". Soms zijn de levatoren zodanig aangespannen dat ze aanvoelen als "kabeltouwen".

Bij gedragstherapie gaan we ervan uit dat er sprake is van verkeerd aangeleerd gedrag i.c. het spannen van de bekkenbodempieren in reactie op emotionele problemen of spanningen of gebrek aan controle over de situatie. Verkeerd aangeleerd gedrag kun je ook weer afleren. Daartoe krijgt patiënte huiswerkopdrachten mee in de vorm van bekkenbodempieroefeningen, zelfexploratie der genitalia en biofeedbackoefeningen, digitaal of met behulp van pelotes. De pelotes dienen niet om de introitus op te rekken, een veel voorkomende misvatting, maar vormen slechts een hulpmiddel voor de vrouw om te leren haar bekkenbodempieren te controleren. Gedurende deze oefeningen geldt een coïtusverbod doch met daarnaast het advies vooral door te gaan met vrijen. Bij deze benadering behoren ook hygiënische adviezen zoals het niet toepassen van vaginale douches, geen strakke panty's etc. Zijn er aanwijzingen voor bijvoorbeeld problemen met het zelfbeeld of met de autonomie of problemen in de relatie dan vindt psychologische counseling plaats of zonodig verwijzing voor relatietherapie. Soms zijn wijzigingen in het maatschappelijk functioneren gewenst.

Als patiënte na verloop van tijd in staat is zich optimaal te ontspannen, ook op bekkenbodempniveau, en ook in aanwezigheid van de partner (hiervoor is doorgaans één tot anderhalf jaar nodig), dan kan de stap worden gemaakt richting coïtus. Hierbij is het van essentieel belang is dat zij zelf het moment aangeeft waarop en zelf de condities bepaalt.

Methode

De volgende inclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek werden gehanteerd: 1. Dyspareunie, hyperaemische foci en positieve Touch Test; 2. Leeftijd ouder dan 18; 3. Klachten gedurende tenminste 6 maanden; 4. Chronische niet-specifieke ontstekingsreactie in het histopathologisch substraat; 5. Geen actieve infectie bij microbiologisch onderzoek; 6. Niet zwanger; 7. Geen operatie in de voorgaande 6 maanden; 8. Geen andere therapie in de voorgaande 2 maanden en 9. De Nederlandse nationaliteit.

Om louter methodologische redenen werden in het gerandomiseerde gedeelte van het onderzoek ook vrouwen die alleen behandeld werden met gedragstherapie gedurende één nacht in het ziekenhuis opgenomen en "behandeld" met een lokaal anaestheticum.

De resultaten van de behandeling werden gemiddeld drie jaar na dato geëvalueerd. Patiëntes werden daartoe opgebeld. Hen werd gevraagd aan de hand van een score 1 t/m 5

het resultaat van hun behandeling te beoordelen. Score 1: de klacht is geheel verdwenen; score 2: de klacht is minder geworden; score 3: de klacht is niet veranderd, maar vormt minder een probleem; score 4: de klacht is niet veranderd; score 5: de klacht is verergerd. De scores 1, 2 of 3 werden door ons beschouwd als een "positief resultaat".

Resultaten

Na randomisatie

Om te beginnen het resultaat van het gerandomiseerde gedeelte van het onderzoek. In 3 jaar tijd werd bij 33 vrouwen de diagnose FV vermoed. Bij diagnostiek werd 16 keer een andere diagnose gesteld: 12 keer was dat chronisch recidiverende candidiasis, 2 keer een HPV-infectie en 2 keer een herpes infect. Bleven 17 vrouwen over waarvan er 14 bereid waren te participeren in het onderzoek. Bij al deze vrouwen vond, als gevolg van de klachten, coïtus praktisch niet meer plaats. Van de 7 vrouwen die voorafgaand aan de gedragstherapie werden geopereerd waren er drie jaar na dato 4 geheel klachtenvrij, 2 hadden duidelijk minder klachten en bij 1 vrouw waren de klachten niet veranderd, doch vormden minder een probleem. Allen hadden dus baat bij de therapie gehad.

Tabel 2. Behandelresultaat focale vulvitis: de gemiddelde score (range 1 t/m 5), het gemiddeld aantal consulten en de gemiddelde duur van de behandeling in maanden (n=14)

	Gedragstherapie		
	Met OK	Zonder OK	P
behandelresultaat	1.86	1.57	0.58
aantal consulten	13.14	13.28	0.96
duur behandeling	16.86	11.29	0.18

De groep vrouwen die alleen gedragstherapie hadden ondergaan scoorden praktisch identiek: bij 3 vrouwen waren de klachten over, bij 3 waren de klachten duidelijk minder geworden en bij 1 vrouw waren de klachten niet veranderd doch vormden minder een probleem. Er was dus geen verschil in de uitkomst van de behandeling (Tabel 2). Ook was er geen verschil in duur van de behandeling of het aantal consulten tussen beide groepen, ook niet na "statistische toetsing", en dat tussen aanhalingstekens, want de aantallen zijn maar klein. *Conclusie op dat moment: FV kan worden behandeld zonder te opereren.*

Toen dit duidelijk was geworden kregen we een probleem. De onderzoekers onder ons wilden het onderzoek in zijn oorspronkelijk opzet continueren. De patiëntenzorgers onder ons echter hadden er problemen mee om met deze gegevens in het achterhoofd vrouwen toch primair te laten opereren voor hun FV. Na ampel overleg werd besloten in het vervolg vrouwen en hun partners de keuze te laten welke therapie te ondergaan na te zijn geïnformeerd over de resultaten tot dan toe.

Na vrije keuze

In de loop van drie jaar kozen van de 34 vrouwen bij wie de diagnose FV werd gesteld 28 vrouwen, dat is 82%, voor een gedragstherapeutische aanpak van de problematiek zonder operatie vooraf. Slechts 6 vrouwen wensten primair geopereerd te worden. Van deze 6 vrouwen verdwenen de klachten bij 3 van hen, verminderden de klachten bij 2 en vormde voor 1 vrouw de klacht niet meer zo'n probleem. Ze had er mee leren omgaan.

Van de 28 vrouwen die van operatie afzagen en alleen gedragstherapeutisch waren behandeld, verdwenen de klachten bij 10 van hen, werden de klachten minder bij 8 en melden 4 vrouwen dat de klachten weliswaar niet veranderd waren maar niet meer zo'n probleem vormden. Bij 5 vrouwen veranderden de klachten niet ondanks de gedragstherapie. Van 1 patiënte kon het resultaat niet worden achterhaald.

Tabel 3. Behandelresultaat focale vulvitis na vrije keuze: de gemiddelde score (range 1 t/m 5), het gemiddeld aantal consulten en de gemiddelde duur van de behandeling in maanden (n=34)

	Gedragstherapie		
	Met OK	Zonder OK	P
behandelresultaat	2.14	1.67	0.33
aantal consulten	10.00	12.50	0.34
duur behandeling	13.41	18.00	0.26

De verschillen tussen de geopereerde groep en de niet geopereerde groep waren statistisch niet significant (Tabel 3). Ten aanzien van de behandelduur of het aantal consulten vonden we ook nu weer geen verschillen.

Twee van de 5 vrouwen waarbij de gedragstherapie faalde werden verwezen voor psychiatrische consultatie vanwege ernstige intrapsychische problematiek. Voor een van deze vrouwen was deze behandeling succesvol en verminderden de klachten in tweede instantie toch nog (score 2). De ander is nog onder behandeling. De drie overige vrouwen werden alsnog geopereerd waarna voortzetting van de gedragstherapie. Allen zijn hierop klachtenvrij geworden (score 1).

Beschouwing

Zonder operatie heeft dus, ook op de langere termijn, 79% van de vrouwen in meer of mindere mate baat bij een gedragstherapeutische aanpak. Als in tweede instantie alsnog wordt geopereerd stijgt dit percentage naar 89. Onze conclusie is dan ook dat een gedragstherapeutische benadering de voorkeur geniet bij de behandeling van FV en dat operatieve interventie moet worden toegepast als een additionele vorm van behandeling in die gevallen waarin de vicieuze cirkel van irritatie, bekkenbodempertontie en seksueel onaangepast gedrag niet kan worden doorbroken.

Ligt daarbij het accent niet zozeer op weefselbeschadiging maar meer op bekkenbodempertonee dan is nog een andere additionele behandeling te overwegen in de vorm van biofeedbackoefeningen met behulp van electromyografie. Recent publiceerden Glazer en medewerkers (1995) hun resultaten met deze methode: na 16 weken oefenen namen in hun onderzoekspopulatie van 33 vrouwen met FV de spiercontracties toe met 95%, nam de rusttonus af met 68% en de spierinstabiliteit in rust met 62%. Coïtus werd weer mogelijk voor 22 van de 28 vrouwen voor wie dat voor de behandeling onmogelijk bleek (79%). 17 van de 33 vrouwen (52%) werden zelfs geheel pijnvrij. Enige voorzichtigheid ten aanzien van dit behandelresultaat is wel geboden vanwege een follow-up van slechts zes maanden.

Idealiter zouden we de niet-operatieve behandeling van FV hebben moeten vergelijken met een operatieve behandeling zonder gedragstherapeutische begeleiding. Echter, in overeenstemming met Schover en medewerkers (1992), waren wij de mening toegedaan dat opereren zonder intensieve aandacht ook voor de belevingskant van de zaak, niet juist is. Het ligt voor de hand dat tenminste een gedeelte van de vrouwen met FV die wordt geopereerd zonder verdere begeleiding blijft hangen in een negatieve pijnspiraal. Het betreft immers, psychologisch gezien een bijzondere populatie met een uiterst beladen problematiek. Dit verklaart mogelijk ook het teleurstellende 40-60% lange-termijn-resultaat van de operatieve interventie in de literatuur. Voor ons vormde dit reden om a priori af te zien van alleen opereren als behandelingsoptie. De tegenvallende resultaten van Schover et al. zijn mogelijk te wijten aan de korte duur van haar psychoseksuele interventie (gemiddeld 2 tot 3 consulten). De goede resultaten die Baggish en Reid (1995) melden door met laser te opereren doen sterk denken aan de enthousiaste publikaties over operatieve interventie in de jaren tachtig.

Het onderzoek maakt ook duidelijk dat opereren niet bij voorbaat een verwerpelijke optie is, zoals elders wel wordt gesuggereerd (De Jong e.a., 1995). Integendeel, die vrouwen die in tweede instantie bij stagneren van de gedragstherapeutische aanpak een gemodificeerde Woodruff perineoplastiek ondergingen hadden daar wel degelijk baat bij. Ook objectief gezien was het operatieresultaat naar wens en deden zich bij ons geen complicaties voor.

De uiteindelijke besluitvorming, welke behandeling te ondergaan, is er een van de patiënte en de dokter samen. Daarbij spelen zowel objectieve als subjectieve beslismomenten. Niet iedereen is tevreden met een bepaald soort behandeling, noch zal iedereen daarvoor geschikt zijn. Dat geldt zowel voor patiënten als voor dokters. Echter, alleen opereren omdat men niet in staat is zijn of haar patiënten een adequate gedragstherapeutische begeleiding te bieden mag niet voorkomen. In dat geval heeft verwijzen de voorkeur. Opereren kan immers altijd nog en dan in overleg met de andere behandelaar(s). Teamwork dus. De meeste Academische Ziekenhuizen hebben tegenwoordig een afdeling seksuologie waar de benodigde expertise voor zo'n gedragstherapeutische aanpak, individueel of in groepsverband, aanwezig is en vooral niet te vergeten de bereidheid tot samenwerking.

Summary

Behavioural approach with or without surgical intervention to the vulvar vestibulitis syndrome: a prospective randomized and non-randomized study.

This article describes the outcome of a behavioural approach with or without preceding surgical intervention in 48 women with the vulvar vestibulitis syndrome. In the first part of the study, 14 women with the vulvar vestibulitis syndrome were randomly assigned to one of two treatment programmes: either a behavioural

approach or a behavioural approach preceded by surgery. In the second part of the study 34 women and their partners were given a choice of treatment. Follow-up data were collected on average 3 and 2½ years after treatment, respectively.

In the randomized patient population, the intervention had a positive effect on all of them: the complaints disappeared, diminished or did not change but formed less of a problem. The difference in outcome between the two different treatments, a behavioural approach with or without preceding surgery, was not statistically significant.

In the second non-randomized part of the study, 28 out of the 34 women (82%) chose the behavioural approach without preceding surgery. The difference in outcome between the two treatments was not statistically significant. Two out of the 28 women who chose behavioural treatment without preceding surgery had to be referred for psychiatric consultation because of serious psychosexual problems. In one woman, psychiatric treatment was successful. Three other women, whose behavioural treatment failed, underwent additional surgery, which clearly helped them to overcome the deadlock in the behavioural approach.

The behavioural approach should be the first choice of treatment for the vulvar vestibulitis syndrome. Surgical intervention should be considered as an additional form of treatment in some cases of the vulvar vestibulitis syndrome to facilitate breakthrough of the vicious circle of irritation, pelvic floor muscle hypertonia and sexual maladaptive behaviour.

Literatuur

- Baggish, M.S. en J.R. Miklos (1995). Vulvar Pain Syndrome: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 50: 618-627.
- Davis, G.D. (1989). The management of vulvar vestibulitis syndrome with the CO laser. *J. of Gynecological Surgery*, 5: 87-91.
- De Jong, J.M.J., R.H.W. van Lunsen, E.A. Robertson, L.N.E. Stam en F.B. Lammes (1995). Focal vulvitis: a psychosexual problem for which surgery is not the answer. *J. of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 16: 85-93.
- Dony, J.M.J. en H.J.M. de Rooy (1992). Focale Vestibulodynie: primair een medisch probleem en met chirurgie te verhelpen. *Ned. Tijdsch. v. Obstetrie en Gynaecology*, 105: 326-328.
- Friedrich, E.G. (1987). Vulvar vestibulitis syndrome. *J. Reproductive Medicine*, 32: 110-114.
- Glazer, H.I., Rodke, G., Swencionis, C., Hertz, R. and A. Young (1995). Treatment of vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. *J. of Reproductive Medicine*, 40: 283-90.
- Gietsch, M.F. (1991). Vulvar vestibulitis: prevalence and historic features in a general gynecologic practice population. *Am. J. of Obstetrics and Gynecology*, 164: 1609-1616.
- Mann, M.S., R.H. Kaufman, D. Brown en E. Adam (1992). Vulvar vestibulitis: significant clinical variables and treatment outcome. *Obstetrics and Gynecology*, 79: 123-125.
- Marinoff, S.C. en M.L.C. Turner (1991). Vulvar Vestibulitis Syndrome: an overview. *Am. J. of Obstetrics and Gynecology*, 165: 1228-1231.
- McKay, M., O. Frankman en B.J. Horowitz (1991). Vulvar vestibulitis and vestibular papillomatosis: report of the ISSVD Committee on vulvodynia. *J. of Reproductive Medicine*, 36: 413-415.
- Michlewitz, H., R.D. Kennison, R.N. Turksoy en L. Ferti (1989). Vulvar Vestibulitis: Subgroup with Bartholin gland duct inflammation. *Obstetrics and Gynecology*, 73: 410-413.
- Peckham, B.M., D.G. Maki, J.J. Patterson en G.R. Hafez (1986). Focal vulvitis: a characteristic syndrome and cause of dyspareunia. *Am. J. Obstetrics and Gynecology*, 154: 855-864.
- Schover, L.R., D.D. Youngs en R. Cannata (1992). Psychosexual aspects of the evaluation and management of vulvar vestibulitis. *Am. J. of Obstetrics and Gynecology*, 167: 630-636.
- Skene, A.J.C. (1889). *Treatise on the disease of women*. Appleton and Co, New York.
- Stewart, D.E., A.E. Reicher, A.H. Gerulath en K.M. Boydell (1994). Vulvodynia and psychological distress. *Obstetrics en Gynecology*, 84: 587-590.
- Thomas, T.G. and P.F. Munde (1891). A practical treatise on the disease of women. Lea Brothers & Co, Philadelphia.
- Van Lankveld, J., P. Weijnenborg en M. ter Kuile (1995). Sexological and psychological conditions of women with focal vulvitis. In: J. Bitzer en M. Stauber (eds). *Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, Monduzzi, Bologna (Italy).
- Woodruff, D. and T.H. Parmley (1983). Infection of the minor vestibular gland. *Obstetrics and Gynecology*, 62: 609-612.