

## WHAT'S IN A NAME?

# Focale vulvitis, vestibulodynie, vulvaire vestibulitis of toch maar gewoon dyspareunie<sup>o</sup>

J.J. Drenth\*

Dit artikel besteedt aandacht aan de opkomst van het seksuologische probleem dat vulvaire vestibulitis genoemd wordt. Het wetenschappelijk onderzoek wordt samengevat en op klinische relevantie beoordeeld. De schrijver presenteert voorts een aantal casus, ter illustratie van de complexe samenhang van anatomie, fysiologie, gedrag en motivatie in de genese van het individuele geval. Het artikel bevat voorts een persoonlijk standpunt van de auteur over de mogelijke gevaren met betrekking tot onnodige medicalisering, die zijns inziens aan het gebruik van de classificatie vulvaire vestibulitis kleeft.

In één van de eerste jaren dat ik als consultatiebureau-arts bij de Rutgers Stichting werkte, kwam op mijn medisch spreekuur een meisje van net 20, voor een second opinion over haar wel heel frequent recidiverende blaasontstekingen. Ik had toen net iets gelezen over de invloed van plaspgewoontes op die problematiek (helaas kan ik dat referaat niet terugvinden), en toen ik daar wat over vroeg herkende zij dat ze gewend was erg lang haar urine op te houden. Soms uit gene, als ze in gezelschap niet ongemerkt even retireren kon; het was echter ook wel een "tic" geworden. Desgevraagd bleek er ook een relatie tussen de blaasklachten en seksueel contact: de coïtus deed haar vaak pijn (oppervlakkig), en het was niet duidelijk of die pijn nu voor of na de blaasontstekingspijn kwam. Bij vaginaal toucher was de pijn te reproduceren door druk en wrijving tegen de binnenkant van het schaambeentje. Ook daar had ik toevallig net over gelezen in een stokoud artikel van Van Emde Boas (1941, geciteerd in Drenth, 1990); dat had mij alert gemaakt op de gevolgen voor het coïtusgemak van een iets van het gemiddelde afwijkende anatomie (een brede symfyse, die aan de binnenkant een wat scherpe richel kan hebben). De kern van Van Emde Boas' boodschap aan vrouwen met deze bouw is, dat ze tijdens de coïtus moeten streven naar beperking van de wrijving aan de voorkant (bij voorbeeld door hun knieën flink op te trekken, of door standjes "a tergo"). Na enig nadenken vertelde de patiënte dat zij en haar vriend het dan wel helemaal fout deden. Haar vriend was, zolang ze met elkaar vrijden, consequent aan het proberen om haar tijdens de coï-

tus een orgasme te laten bereiken, "zonder handen", en daartoe streefden ze naar maximale wrijving in de buurt van de clitoris.

Ik heb dit meisje eenmaal teruggezien. Ze was toen zonder klachten, en ze kwam geheel gerustgesteld en tevreden op mij over. De klacht was over en van de hulpeloosheid in het eerste consult was eveneens geen spoor meer over; zij leek in een maand tijd aanzienlijk "rijper" geworden.

Deze casus herinnerde ik mij toen ik in de tachtiger jaren steeds vaker hoorde en las over focale vulvitis cq vestibulodynie. Het beeld stond na een snelle introductie sterk in de aandacht; hoewel er zeker "oude" publicaties zijn over soortgelijke syndromen (zie Ramakers en Van Lunsen, 1997) lijkt het erop dat we van een nieuwe ziekte kunnen spreken. Het symptoom waarvoor de patiënte hulp vraagt is pijn bij de coïtus (en soms ook bij andere activiteiten zoals fietsen). Bij lichamelijk onderzoek vindt men in de klassieke gevallen in de vagina-ingang, net buiten de hymenring (noot 1), vooral aan de achterkant, kleine rode slijmvliesdefecten (foci), die ook bij lichte aanraking met een nat wattenstaafje extreem pijnlijk zijn. De oorzaak is onduidelijk. Microscopisch onderzoek van biopten heeft geleerd dat er wel een ontstekingsbeeld gezien wordt (de term "-itis" is dus wel gerechtvaardigd), maar er zijn geen specifieke veroorzakers gevonden. In de vroege Amerikaanse literatuur over het beeld werd operatieve behandeling (een plastiek volgens Woodruff: een ruime excisie van het afwijkende gebied, met bedekking van het ontstane

\* Drs J.J. Drenth, arts-seksuoloog-NVVS. Rutgers Stichting, Hereweg 4, 9724 AA Groningen.

<sup>o</sup> Geaccepteerd voor publicatie 29 juni 1998.

defect door het naar buiten verplaatsen van de achterwand van de vagina) vanzelfsprekend gevonden. In Nederland was men vanaf het begin wat huiverig voor die oplossing. Ook werd al na korte tijd opgemerkt dat de seksuele klachten vaak gepaard gingen met plasproblemen, en soms obstipatie (De Jong e.a., 1995). Daardoor verschoof de aandacht van het ziektemodel naar een meer psychosomatische analyse.

### **Aandacht voor het (seksuele) gedrag bij de interpretatie van klachten**

Wat zijn onze uitgangspunten bij complexe syndromen, waarvan bovenstaande casus een voorbeeld is? In ieder geval is het nuttig om bij klachten in het onderlijf de seksualiteit niet te verwaarlozen (en vice versa). Voorts dienen bij de behandeling van seksproblemen met pijn in de hoofdrol, kennis van anatomie, fysiologie en gedrag elkaar aan te vullen bij de probleemanalyse. Tenslotte: gedrag staat ook weer niet op zichzelf. Gedrag wordt gestuurd door ideeën en wensen, en niet altijd zijn die constructen realistisch. (Ik heb daar eerder over geschreven, in een betoog over de wenselijkheid van multidisciplinariteit (Drenth, 1985).)

### **Dilemma's rond "vulvaire vestibulitis"**

De wetenschappelijke analyse van het nieuwe syndroom is in volle gang; wie de literatuur een beetje bijhoudt kan weleens wat moe worden van de heterogenie van de verklaringshypothesen. Illustratief voor de conceptuele problemen is de levendigheid van de discussie over de meest correcte term. Het oorspronkelijke "focale vulvitis" is in de vakliteratuur geleidelijk verdrongen door "vulvaire vestibulitisyndroom", maar in de communicatie met de vrouwen waar het over gaat zal de inmiddels ingeburgerde oude term nog wel het meest gebezigd worden (en dan vaak verkeerd gespeld; we lezen nogal één i en twee u's).

De behandelpraktijk is in Nederland waarschijnlijk behoudender geweest dan in de VS. Nog niet zo lang geleden heeft Frenken (1987) de Nederlandse gynaecologen nogal hardhandig geconfronteerd met de ongewenstheid van operatieve ingrepen op indicatie "vaginisme"; zijn publicatie leidde zelfs tot kamervragen. Mede daardoor ligt het voor de hand dat niet iedereen in de beroepsgroep warm kan lopen voor een nieuwe operatie-indicatie voor een coïtusprobleem. Gedragsmodificerende methodes zonder operatieve ingrepen zijn dan ook al

snel intensief beproefd; ondersteuning bij het leren ontspannen van de bekkenbodemmusculatuur is hierin het kernpunt, en assertiviteit ten aanzien van persoonlijke keuzes in het seksueel gedrag zal ook meestal in het behandelpakket zitten.

### **Empirisch en klinisch onderzoek naar "vulvaire vestibulitis"**

De in Nederland zo openlijk uitgedragen controverse (in 1991 besteedde de jaarvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie en Obstetrie er een symposium aan) leidde tot de planning van een methodisch zuiver, landelijk opgezet onderzoek naar drie vragen (Gianotten e.a., 1988):

- kan er gesproken worden van een aparte ziekte-entiteit?
- is er een oorzaak te vinden?
- wat is de beste behandeling?

Aanvankelijk hadden 4 academische poliklinieken seksuologie medewerking toegezegd: Amsterdam, Nijmegen, Rotterdam en Groningen. De uiteindelijke publicatie levert echter gegevens van slechts de laatstgenoemde 2 centra (Weijmar Schultz e.a., 1997). Men hanteerde zeer strikte inclusie-criteria, en daardoor kon in 3 jaar tijd slechts een groep van 14 patiënten deelnemen aan de gerandomiseerde fase van het onderzoek. In beide groepen was de gedragstherapeutische behandelwijze indentiek, maar in de experimentele groep ging hieraan een operatieve ingreep vooraf. Bij follow-up na gemiddeld 3 jaar blijkt de geopereerde groep er niet beter aan toe te zijn dan de niet-geopereerden. De randomisatie werd gestopt, en bij vrije keuze nam het aantal primair geopereerden uiteraard sterk af. Van 28 vrouwen die in eerste instantie kozen voor gedragstherapie vertelden 9 dat hun klacht niet verbeterd was, maar voor 4 vrouwen uit deze groep was de urgentie ervan wel verdwenen. 3 vrouwen kozen uiteindelijk alsnog voor operatie (met goed gevolg).

Dit methodologisch excellente onderzoek heeft dus terzake van de behandelpraktijk duidelijke conclusies opgeleverd. Eén beperking mag niet onvermeld blijven: de randomisering kon uiteraard niet blind zijn.

In een andere publicatie van dezelfde twee centra (Chada e.a., 1998) werden biopten uit de vestibulitislaesies van vrouwen die aan de diagnostische criteria voldeden vergeleken met controles. Hier was het resultaat dat de patiënten zeer overtuigend verschilden van de controles, namelijk dat er een chronisch ontstekingsbeeld gezien werd, echter

zonder enige aanwijzing voor een specifieke oorzaak.

De Nijmeegse groep, die zich al tijdens het NVO&G-symposium het meest chirurgie-minded betoonde (Dony en De Rooy, 1992), trok zich uit het landelijk onderzoek terug en heeft zich beperkt tot een telefonische follow-up onder 215 geopeerde vrouwen (Schreuders-Bais e.a., 1996). De respons was met 70 % iets teleurstellend; van deze groep was 57 % klachtenvrij, en 13.3 % onveranderd of verslechterd. Onverwacht was de bevinding dat 39 % aangaf na de operatie minder lubricatie te hebben tijdens seksuele opwinding.

De deelnemers werkzaam in het AMC haakten eveneens af, omdat men al in 1991 bij een follow-up-onderzoek 2 tot 7 jaar na de operatie zeer teleurstellende resultaten gevonden had; in sommige gevallen zozeer dat van iatrogene schade gesproken moet worden (De Jong e.a., 1995). De gehanteerde methodiek was hier het diepte-interview, en dat leverde een groot aantal hypothesen op aangaande de etiologie (die, wanneer wij methodisch recht in de leer willen zijn, allemaal nog empirisch geverifieerd moeten worden). Bekkenbodempertontie lijkt een *conditio sine qua non*; deze overtuiging komen wij ook in andere Nederlandse publicaties tegen, en nog nauwelijks in de internationale literatuur. Voor de meerderheid van de Amsterdamse respondentes ging dat gepaard met het boven beschreven inadequate plagedrag. Voorts is kenmerkend dat deze vrouwen, die een onmiskenbaar slijmvliesdefect hebben, doorgaans in dezelfde frequentie doorgaan met coïteren. Dit inadequate pijngedrag wordt gestuurd door een laag zelfgevoel, onwetendheid en subassertiviteit ten aanzien van seks, en gebrekkige communicatie. Deze laatste aspecten zijn soms moeilijk aan het licht te krijgen. Overziet men het Amsterdamse onderzoek, dan is het niet zo'n gekke gedachte om "je te laten opereren" ook als inadequate pijngedrag te labelen.

Willen wij een compleet overzicht geven van het wetenschappelijk onderzoek in Nederland rond vulvaire vestibulitis, dan moet de Leidse seksuologiepoli nog genoemd worden. Deze onderzoeksgroep heeft een onderzoek met behulp van vragenlijsten gedaan waaraan vrouwen en hun partners participeerden (Van Lankveld e.a., 1996). Zij vonden bij de vrouwen uiteraard meer seksuele problematiek dan bij controles, en niet alleen dyspareunie, maar ook geen zin, verminderde subjectieve opwinding en andere negatieve gevoelens rond het vrijen. De afwijkende scores beperkten zich tot het

vrijen à deux; over masturbatie werden geen moeilijkheden vermeld. De groep partners scoorde gemiddeld qua seksuele problematiek, in solo- en in partnerseksualiteit. Bij de (korte versie van de) MMPI werd bij de vrouwen slechts een geringe afwijking van normalscores gevonden; psychologische en relationele stress zijn van normaal niveau, alsook psychopathologie. Afwijkende getallen vonden men in de categorie somatisatie en verlegenheid; deze scores zijn vergelijkbaar met die van patiënten met chronische pijnklachten. De partners hadden slechts geringe, en moeilijk interpreteerbare afwijkingen van de normalscores. Dit artikel zal hulpverleners niet veel houvast bieden, enerzijds omdat er nogal wat statistische bewerkingen toegepast zijn waarvan de portee de lezer niet goed duidelijk wordt gemaakt, maar vooral omdat de auteurs het gebruik van psychometrische testen niet relativeren. Uit Amerikaans onderzoek weten wij dat vrouwen met dit klachtenpatroon geneigd kunnen zijn om psychologische en relationele stress te verdoezelen. Schover e.a. (1992) vonden grove discrepanties tussen psychometrische scores en het gesprek. Van Lankveld e.a. vergelijken hun uitkomsten wel met Schover's vragenlijstresultaten, maar laten de zoveel problematischer interviewresultaten onbesproken. Misschien hadden zij ook meer gevonden, als ze zich in hun manier van zoeken niet zozeer beperkt hadden.

Evaluëren wij de wetenschappelijke inspanningen van de laatste jaren, dan kunnen we betreuren dat het niet gelukt is om de verschillende centra onder één onderzoeksregie te brengen. De hoge empirische ambitie heeft alleen terzake van de operatieve ingreep een voor de praktijk bruikbaar resultaat opgeleverd (namelijk dat operatie in eerste instantie zeker geen beter resultaat oplevert dan alleen oefentherapie). Welomschreven klinisch materiaal vult het empirisch getoetste beeld echter op zinvolle wijze aan.

#### Hoe zinvol is het concept "vulvaire vestibulitis"?

Het is jammer dat de vraag naar de houdbaarheid van een aparte ziekte-entiteit (de eerste vraagstelling van het multi-centrisch onderzoek) op de achtergrond geraakt is. In de gezondheidszorg is dat een kernprobleem; er verschijnen steeds nieuwe ziekten, en soms verdwijnen ze ook weer. De clinicus moet iets met die patiënten, maar hij moet oppassen voor classificaties en taalgebruik die kennis suggereren die er niet is. Over zo'n oud concept als hysterie wordt nog steeds kritisch-metho-

dologisch gereflecteerd (Verhaeghe, 1996), en terecht. In de beschouwingen over het concept vulvaire vestibulitis mist de kritische lezer diepgang in de reflectie.

Ter illustratie: het ziektebeeld multiple sclerose (MS) wordt algemeen als conceptueel onbetwist ervaren, hetgeen niet wil zeggen dat er niet een heel scala aan etiologische en therapeutische vragen op antwoord wachten. Vergelijken we MS met myalgische encefalitis (ME), dan is er een elementair verschil. Ook bij ME zijn er vele vragen die onderzoekers en hulpverleners nog decennia lang bezig zouden kunnen houden, maar de discussie is van een andere orde, omdat er geen zekerheid is over de essentie van het probleem. Ook bij ME wordt dat geïllustreerd door een groot aantal synoniemen. De wetenschappelijke controverses zijn feller, en meer gekleurd door competentiekwesties. Bij ME spelen de patiënten in het geheel een grote rol; de erkenning van het concept heeft grote waarde voor hun identiteit, en in vele gevallen ook voor hun economische bestaanszekerheid. Een beschrijvende diagnose zou voor veel patiënten een degradatie zijn; men beleeft de diagnose ME als een persoonlijke erkenning. De geëscaleerde discussie maakt een zinvolle beoordeling van wat nu een kansrijke aanpak is van de individuele patiënt met het klachtpatroon zeker niet makkelijker.

Ook in de seksuologie zijn er problemen die niet ter discussie staan. Wie zich bezighoudt met primaire anorgasmie bij vrouwen, heeft een weelde aan onderzoeksvragen te beantwoorden, maar hoeft er niet aan te twijfelen dat hij met een welomschreven probleem bezig is. Vulvaire vestibulitis staat voor mij dichterbij ME. Bij "vulvaire vestibulitis" speelt het erkenningsgevoel bij de patiënten niet, maar wie de discussie tijdens het bovengenoemde symposium nog eens naleest ontkomt niet aan een indruk van enige hanigheid bij de sprekers. Sommige medici zullen het stellen van de diagnose presenteren als een houvast ("uw klachtpatroon is geen onzin, we hebben er zelfs een naam voor"). Het is de vraag of zo'n aanpak de vrouw niet bevestigt in een afhankelijke opstelling, en gezien de bovengenoemde hypothesen over de etiologische rol van subassertiviteit zou dit anti-therapeutisch genoemd moeten worden.

Draagt "potjeslatijn" niet altijd in zekere mate bij aan somatische fixatie? Is het vergezocht om te veronderstellen dat een medicaliserend etiket de deur opent naar chirurgische, onomkeerbare oplossingen? Zou het zinvoller zijn om terug te keren naar een beschrijvende diagnostiek ("dyspareunie

met bekkenbodempertone en slijmvliesbeschadiging in de introitus vulvae")?

### **Twee ziektegeschiedenissen die een etiologisch aspect illustreren**

Wie als seksuologisch hulpverlener patiënten met "vulvaire vestibulitis" wil helpen om de problematiek uit de wereld te krijgen, zal steeds de noodzaak voelen om, samen met de cliënte (en soms haar partner) uit te vinden wat in haar concrete geval predisponerend, uitlokkend en onderhoudend (Hawton, 1985) is met betrekking tot haar klachten. Een paar waarvan de therapie onlangs werd afgerond, gaf mij veel materiaal waarmee de samenhang tussen anatomie, fysiologie, gedrag en cognitie helder aan bod kwam.

Cliënte A is 20 als ze zich voor de eerste keer meldt op het medisch spreekuur van de Rutgers Stichting. De diagnose focale vestibulitis wordt gesteld: er is een klein slijmvliesdefect, waarop ze duidelijk reageert bij de touchtest. Ze komt de volgende keer met haar vriend op de afdeling seksuologie, en ik heb hen daarna ongeveer één keer per maand gesproken. De behandeling draait aanvankelijk vooral rond het goed omgaan met het kapotte plekje, ontspanning van de bekkenbodempertone en herstel van prettig en niet-herbeschadigend seksueel contact. Zij nemen hier ruim de tijd voor, ze hebben geen haast. Na ruim een jaar, en in een periode van stagnatie, beslist ze dat ze wel een poosje extra wil oefenen met vaginastaven van kunststof, en dat levert inderdaad een versnelling op. Na 1½ jaar kan de therapie afgesloten worden; ze zijn zeer tevreden met hun erotisch contact, waarin de coïtus inmiddels een plezierige plaats heeft ingenomen. Een beetje pijn bij de inbrenging (m.a.w. enige moeite om anticiperend te ontspannen) is er nog regelmatig, maar dat vinden ze niet erg.

Tijdens de therapie wordt uiteraard af en toe teruggekomen op haar seksuele levensverhaal, en daarbij ontstaat een redelijk consistent beeld over de origine van haar klachtpatroon:

Zij was al jong begonnen met masturberen, en dat deed ze door zich ergens tegenaan te wrijven (meestal haar teddybeer). In haar puberteit was ze heel nieuwsgierig naar alles rond seks, en ze heeft alle mijlpalen van de "seksuele interactiecarrière" in haar eigen tempo genomen, maar "on the road" waren een paar jongens wat ruw en drammerig. In haar hoofd zat wel altijd een zekere twijfel over haar vagina, bij voorbeeld of zij ooit wel in staat zou zijn

om een kind te baren. Ze heeft weinig ervaring met tampons mede omdat ze maar heel licht menstrueerde. Toen ze in de eerste week dat ze op kamers woonde met haar toenmalige vriend vond dat ze toe was aan penetratieseks, was ze zich ervan bewust dat hij ervaren was op dat punt. Dat vond ze niet zo leuk. Zij verkoos boven te liggen tijdens de ontmaagdingspoging, en merkte al snel dat het niet lukte. Dat was heel gênant en ze vond zonder nadenken een manier van bewegen waardoor ze de illusie creëerde dat ze wel degelijk gemeenschap hadden. Dit bewegingspatroon was bovendien erg effectief, want het leek op wat ze met haar teddybeer deed; beide partners kwamen op die manier makkelijk tot orgasme. Het heeft een jaar geduurd, en ze weet eigenlijk niet zeker of haar vriend wel in de gaten had dat hij niet in haar vagina zat.

Achteraf lijkt het plausibel dat dit patroon met forse spanning in de kringspieren gepaard ging, en dat de aanwezigheid van zijn eikel zo dicht bij haar ingang toch wel een griezelig soort ambivalente spanning hooghield. Daarbij kwam dan een vrij stevige wrijving; al met al lijkt deze manier van vrijen beschadigend geweest voor het slijmvlies van de vagina ingang.

De tweede casus illustreert de plaats van pijn in de genese en het onderhouden van het symptomencomplex. Ziet men rode, open plekjes, dan is het logisch dat men deze als de pijnbron ziet, maar zeker is het niet. De hypertone spieren zouden de bron van de pijnsensatie kunnen zijn, en er is nog wel ruimte voor een nog minder grijpbare psychogene etiologie.

Cliënte B was net 16 toen zij voor de eerste keer het bureau van de Rutgersstichting bezocht vanwege pijn bij de coïtus. Ze had sinds 1½ jaar een vaste relatie; aanvankelijk werd er met condooms gevrijd, maar al vrij snel was zij aan orale anticonceptie begonnen. (Haar huisarts had bij het pilconsult iets gezegd over haar leeftijd, hetgeen haar zodanig in het verkeerde keelgat geschoten was dat zij met de huidige klacht nooit bij hem aangeklopt had. Wel had de schoolarts een keertje gekeken, en geen afwijkingen geconstateerd.) Ten tijde van haar eerste bezoek op ons medisch spreekuur waren er geen fluorklachten, maar zij dacht dat die er toch wel geweest waren. Bij onderzoek werden aan de slijmvliesen geen bijzonderheden gezien, en de fluor was van normaal aspect, bij pH 4.0. Tijdens het onderzoek werd haar gevraagd mee te kijken, en het effect van persen en knijpen werd haar ge-

toond. Met geruststelling, een programma van Kegeloefeningen op schrift en de suggestie om een tijdje niet te coïteren werd patiënte naar huis gestuurd. Revisie werd aan haar initiatief overgelaten, mede omdat ze nogal ver van ons bureau af woonde.

Haar tweede consult was een ½ jaar later. De klachten waren identiek, maar bij microscopie werd deze keer een bacteriële vaginose geconstateerd. Bij die gelegenheid werd voor het eerst het beeld van focale vulvitis gezien: kleine rode plekjes op 5 en 7 uur, die gevoelig waren bij lichte aanraking. Drie maanden later was haar klachtenpatroon uitgebreid met jeuk, en werd een trichomonas gediagnosticeerd. Bij de touchers is geen enkel keer vermeld dat zij in sterke mate spierverzet vertoonde, m.a.w. de vaginistische component van de problematiek werd niet al te groot geacht. Behandeling van haar en haar vriend deed de jeuk verdwijnen, maar de pijn niet. Bij dat consult was haar vriend voor de eerste keer meegekomen, en vanwege de hardnekkigheid van het probleem werd verwijzing naar de afdeling seksuologie voorgesteld.

Toen zij daar een maand later arriveerden werd met hen samen uitvoerig aandacht besteed aan hun motivatie voor seks. Beiden hadden bijzonder positieve herinneringen aan hun coïtuservaringen; het penetratieaspect had voor hen veel betekenis. Alternatieven in de meer knusse sfeer zijn acceptabel, en ook wederzijdse masturbatie en orale seks hebben zij in hun repertoire. Er zijn geen evident-verkeerde hygienische gewoontes, maar het is nog niet zo lang geleden dat ze gebruik van zeep in het genitale gebied heeft afgeschaft.

Tijdens dit consult is bewust gekozen om geen onderzoek te doen. Er was geen reden om aan "schimmelinfecties" te denken, en wij waren wat bezorgd of er toch geen sprake was van enige somatische fixatie. Het beleid dat afgesproken werd behelsde:

- een strikt coïtusverbod (ik was er niet helemaal zeker van of ze zich op dit punt wel helemaal gedroegen zoals ze rapporteerden);
- lokale verzorging met lanettecreme FNA (een neutrale vette creme);
- instructie om samen goed in de gaten te houden of de introïtus gaaf werd.

In een tweede fase, als de slijmvliesen weer geheeld zouden zijn, zou zij kunnen experimenteren met het aanraken van haar vagina, met als bedoeling dat zij zelf goed haar mate van ontspanning zou kunnen voelen. In die fase is creme overbodig; het

motto luidt: hoe droger hoe liever. (Dus ook, hoe vaker je bloot kunt zijn, hoe beter.) Verondersteld wordt dat het slijmvlies bij opdrogen geprikkeld wordt tot verhoorning van de top laag, en dat zou de kwetsbaarheid verminderen. Of dit objectief waar is, valt moeilijk te bewijzen; het omgekeerde, namelijk dat "broei" niet goed is voor de vaginale hygiëne, spreekt vrouwen zelf meestal wel aan.

Enige tijd later belt de (vrouwelijke) vervanger van haar huisarts, omdat zij uit pragmatische overwegingen in haar woonplaats weer eens aangeklopt heeft. De huisarts zag de klassieke focale vulvitisplekjes. Bij de snel daarop volgende afspraak was zij weer alleen; het bleek dat haar vriend de gesprekken behoorlijk confronterend gevonden had. Zij vertelde nu dat hij in zijn penishygiëne in haar ogen toch wel heel fanatiek was, en dat zij die gewoonte aanvankelijk wat overgenomen had. Ze is wat hopeloos onder haar toestand: hoewel ze zich aan het vette regime goed gehouden heeft, zit er geen vooruitgang in; zelfs het opbrengen van de zelf is al pijnlijk. Ze is zich wel veel bewuster geworden van de spanning van haar kringpijlen, de Kegeloefeningen worden weer eens goed benadrukt. Deze keer wordt wel gekeken, en het beeld is dat van de superdunne introitus met egale roodheid, zonder sterk eruitspringende plekjes. Het ziet er knap ongezond uit. Ze laat zich motiveren tot geduld, maar als ze vraagt naar mogelijke alternatieven, vertel ik haar van de mogelijkheid om te opereren (de Wooddruff-plastiek).

Drie maanden later komt ze binnen met de verwachting dat verwijzing er nu maar eens van moet komen. Er is in haar onderlijf niets veranderd, maar dat is dan ook zo ongeveer het enige wat niet veranderd is. Haar relatie is min of meer uit; er is vrij veel ruzie. Ze vindt dat ze maar weer eens een eigen leven op moet gaan bouwen, want ze is wel erg in zijn sociale sfeer opgegaan. Ze heeft voorts keuzes gemaakt over haar studie, en die brengen haar naar een andere stad dan haar vriend. Hij is al een jaar op kamers, en die verandering kon zij aanvankelijk erg slecht accepteren. Nu is ze zelf ook veel verder met haar losmaking van thuis.

Voor verwijzing naar een seksuologisch-gynaecologische polikliniek wil ik haar zelf nog even zien. De verrassing is groot als blijkt dat haar introitus volledig gaaf is, en ook de fluor geheel gezond. Het onderzoek doet haar wel degelijk pijn, en het valt nu op dat ze haar spieren bepaald niet zo goed onder controle heeft. Voorts is haar symfyse nogal geprononceerd; de consequenties daarvan worden besproken, en ze herkent het specifieke wrijfgevoel

in de urethrastreek.

Bij het napraten over deze ontknoping realiseert ze zich dat ze toch altijd wel veel weerstand had tegen de voorgestelde zelfexploratie. Ze durft niet zo goed. De conclusie dat haar pijn vanaf nu puur psychogeen genoemd moet worden, wordt door haar echter zonder morren geaccepteerd. Ze zal nu echt gaan oefenen, en ook weer eens tampons gebruiken.

Helaas is de cliënte uit mijn gezichtsveld verdwenen. Of het helemaal goed met haar gekomen is weten we dus niet. Een ander schoonheidsfoutje dat ik nog niet vermeld heb: de arts die haar bij het eerste consult zag had, onder het motto "baat het niet, het schaadt ook niet" toch maar een kuurtje gyno-daktarin gegeven, hetgeen ertoe geleid heeft dat cliënte wel dacht dat alles met schimmelinfecties begonnen was. In het onderzoek van De Jong e.a. (1995) wordt verondersteld dat nogal wat vrouwen met het vulvaire vestibulitisbeeld veel meer vaginale medicatie gekregen hebben dan rationeel verantwoord was. Van onze cliënte is duidelijk dat zij kwam met pijn zonder zichtbaar somatische substraat en dat zij, na een periode met uitgesproken beschadiging genezen, nog steeds dezelfde pijn had. Conclusie: laten we voorzichtig blijven in onze aannames over oorzaak en gevolg. Het zijn lang niet altijd een-op-eenrelaties.

#### noot 1:

Het gebied waar de specifieke foci zitten, is in de gynaecologie een bekend problematisch gebied, ook vanwege de grote belasting ervan bij bevallingen. Mede daarom zijn er aparte namen voor: men spreekt van de fossa navicularis ("bootvormige nis") of het fourchettegebied. Het slijmvlies is ter plekke vaak erg dun, en het gebied is meestal permanent vochtig. Als ik de term "lekbakje" gebruik, begrijpen de meeste cliënten waarom dit gebied zo kwetsbaar is.

#### Summary

##### *What's in a name?*

This article reports the ascent of the sexual dysfunction, called vulvar vestibulitis. Empirical and clinical research, mostly Dutch, is summarized and put into clinical perspective. The author adds case histories to illustrate the complex interrelations between anatomy, physiology, behavior and cognition in the etiology of the individual case.

The author also communicates his personal concern about possible negative, e.g. medicalising effects that might result from an uncritical acceptance of this new classification of a subtype of dyspareunia.

**Literatuur**

- Chada, S., W.L. Gianotten, A.C. Drogendijk, W.C.M. Weijmar Schultz, L.A.J. Blindeman en W.I. van der Meijden (1998). Histopathologic features of vulvar vestibulitis. *International Journal of Gynaecological Pathology*, 17: 7 - 11.
- Dony, J.M.J. en H.J.M. de Rooy (1992). Focale vestibulodynie: primair een medisch probleem en met chirurgie te verhelpen. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie*, 105: 326-328.
- Drenth, J.J. (1985). Idealen over samenwerking tussen medici en gedragswetenschappers. In: Moors-Mommers, M.M. e.a. (red), *Handboek Seksuele Hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Emde Boas, C. van (1941). Coitusmoeilijkheden (pseudovaginisme) door een variatie des symphysis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 85: 2178-2181.
- Frenken, J. en P. van Tol (1987). Sexual problems in gynaecological practice. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 6: 143-155.
- Gianotten, W.L., A.P. Bak, A.C. Drogendijk en W.I. van der Meijden (1988). Focale vulvitis en focale vestibulodynie: een vorm van pijn bij het vrijen. Voorlopige stand van zaken. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 12: 181-188.
- Hawton, K. (1985). *Sex therapy; a practical guide*. Oxford University Press, Oxford.
- Jong, J.M.J. de, H.W. van Lunsen, E.A. Robertson, L.N.E. Stam en B.F. Lammes (1995). Focal vulvitis: a psychosexual problem for which surgery is not the answer. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 16: 85-91.
- Ramakers, M.J. en H.W. van Lunsen (1997). Vulvodynie met als oorzaak vulvair vestibulitisyndroom. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141: 2100-2105.
- Schover, L.R., D.D. Young en R. Canata (1992). Psychosexual aspects of the evaluation and management of vulvar vestibulitis. *American Journal for Obstetrics and Gynaecology*, 167: 630-636.
- Schreuders-Bais, C.A., M.I. Baas en J.M.J. Dony (1997). De waardering voor operatieve behandeling van focale vulvitis. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie*, 110: 37-38.
- Verhaeghe, P. (1996). *Tussen hysterie en vrouw*. Acco, Leuven.
- Weijmar Schultz, W.C.M., W.L. Gianotten, W.J. van der Meijden, H.B.M. van der Wiel, L. Blindeman, S. Chadha en A.C. Drogendijk (1997). Gedragstherapie met of zonder operatieve interventie bij het syndroom van focale vulvitis: een prospectief gerandomiseerd en niet-gerandomiseerd onderzoek. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 21: 1-9.

**MEDEDELING**

Jaren geleden lag het in de traditie van CGSO Trefpunt om via lezingen een geïnteresseerd publiek op de hoogte te houden van evoluties op het terrein van seksualiteit en relaties. CGSO Trefpunt ging van start met een nieuwe lezingenreeks: de Van Ussel-matinees. Dit betekent echter geenszins dat we oude koeien uit de gracht zullen halen. Integendeel. De weloverwogen thema's spelen in op de actualiteit en zijn hopelijk een aanzet tot discussie en reflectie.

Toen in 1968 de seksuele revolutie uitbrak, waarschuwde Jos van Ussel dat deze bevrijding op termijn een nieuwe verknechting, een andere disciplinerende met zich zou meebrengen. De problemen die Van Ussel toen voorspelde, liggen nu immers voor het rapen. Patrick Gyselen herleest voor u het werk van Van Ussel in een poging de uitgangspunten van toen tot leven te roepen en hierover met de toehoorders in discussie te gaan.

Patrick Gyselen is psycholoog en seksuoloog en werkzaam in CGSO Oostende.

**Afspraak op vrijdag 12 februari 1999 om 14.00 uur in het Geuzenhuis,  
Kantienberg 9, 9000 Gent. Toegangsprijs: 200 Bfr.**

Voor inlichtingen en inschrijvingen: CGSO Trefpunt, Meersstraat 138B, 9000 Gent - 09/221.07.22

\*\*\*\*\*