

## HET VULVAIR VESTIBULITIS SYNDROOM, EEN REVIEW. DE DYNAMIEK VAN EEN PIJNLIJK SYNDROOM<sup>o</sup>

Jip de Jong<sup>1</sup>, Marjo Ramakers<sup>2</sup> en Rik van Lunsen<sup>3</sup>

Het Vulvaire Vestibulitis Syndroom (VVS) is een relatief onbekende oorzaak voor klachten van dyspareunie en chronische pijn aan de vulva (vulvodynie). Sinds het syndroom begin jaren tachtig in de aandacht kwam is er veel geschreven over mogelijke oorzaken en zijn zeer uiteenlopende behandelingsmethoden beschreven. Waarschijnlijk spelen bij het ontstaan verschillende somatische en niet-somatische factoren een rol. De aanvankelijk gepropageerde operatieve behandeling wordt meer en meer verdrongen door een geïntegreerde benadering, bestaande uit een combinatie van conservatieve lokale maatregelen, bekkenbodemplaxatie oefeningen, seksuologische therapie en psychotherapie.

Het Vulvaire Vestibulitis Syndroom (VVS), ook wel Focale Vulvitis genoemd, is een syndroom dat wordt gekenmerkt door scherpe pijn of brandende sensaties als de vulva wordt aangeraakt, met name bij coïtus (pogingen) en/of daarna, maar ook bij plussen, tijdens fietsen, of op andere momenten. Kenmerkend voor VVS zijn rode plekjes in het vestibulum van de vulva die bij licht aanraken met bijvoorbeeld een wattenstokje erg pijnlijk zijn. Als de aandoening erger wordt, kan het branderige gevoel na coïtus langer duren en uiteindelijk chronisch worden. Libidoverlies en opwindingsstoornissen zijn primair of secundair aanwezig. Bij lichamelijk onderzoek wordt bij alle patiënten een verhoogde tonus van de bekkenbodemmusculatuur gezien. Door onbekendheid met het syndroom stellen artsen de diagnose vaak niet, of laat.

In dit artikel willen we een overzicht geven van oudere en recente literatuur, alsmede nieuwe inzichten in het ontstaan en de behandeling van VVS. Wat onmiddellijk opvalt bij het bestuderen van alle publicaties, is dat er weinig discussie wordt gevoerd over psychosociale aspecten die een rol spelen in de etiologie van het syndroom, noch dat er sprake is van een bio-psychosociale benadering van het probleem. De beschrijvingen van conservatieve behandelingen zijn weinig expliciet. In dit artikel zal daarom ook aandacht worden gegeven aan het behandelingsprotocol zoals dat op de Polikliniek Seksuologie en Psychosomatische Gynaecologie van het Academisch Medisch Centrum

wordt gehanteerd en waarbij zowel met lichamelijke als met sociale, psychologische en relationele factoren rekening wordt gehouden.

Over de oorzaak van VVS bestaan vele hypothesen. Tot nu toe kon er geen éénduidige oorzaak-gevolg relatie worden aangetoond. Het ligt dan ook voor de hand om te veronderstellen dat er sprake moet zijn van een multifactorieel bepaald syndroom, waarbij tal van oorzakelijke en onderhoudende factoren elkaar beïnvloeden, zowel psychologisch, lichamelijk, als relationeel.

### *Naamgeving*

Het beeld van Vulvaire Vestibulitis Syndroom is al beschreven in leerboeken uit de vorige eeuw. Zo beschrijven Thomas en Munde (1891) een 'excessieve gevoeligheid' en Skene 'hyperesthesie' van de vulva. Treub schreef in 1917 over 'ondraaglijk branderige jeuk, in combinatie met 'roodheid van de vulva'. Friedrich (1983; 1987; 1988) vestigde er met een reeks artikelen in de jaren tachtig opnieuw de aandacht op. Hij stelde de naam 'Vulvar Vestibulitis Syndrome' voor, die in de Engelse en Amerikaanse literatuur inmiddels algemeen geaccepteerd wordt, in plaats van het volgens hem te brede 'Focal Vulvitis', dat in de Nederlandstalige literatuur veel voorkomt (Gianotten et al., 1988; Gianotten, 1996; Van Lunsen et al., 1992, 1996; Weijmar Schultz et al., 1992; 1997). Deze term is volgens sommigen

<sup>1</sup> Drs. J. de Jong, student geneeskunde, Universiteit van Amsterdam. <sup>2</sup>Mw. drs. M.J. Ramakers, arts-seksuoloog NVVS, <sup>3</sup>Dr. H. W. van Lunsen, arts-seksuoloog NVVS, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam. Divisie Verloskunde en Gynaecologie, afdeling Seksuologie en Psychosomatische Gynaecologie.

Correspondentie-adres: J. de Jong / M.J. Ramakers, AMC A1-233, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam.

<sup>o</sup> Geaccepteerd voor publicatie 5 februari 1998.

heel duidelijk: het gaat om foci in de vulva, die ontstoken zijn.

Een belangrijke discussie die gevoerd is, betreft dan ook de naam van het syndroom. Er zijn nogal wat namen in omloop. Naast VVS worden ook de termen 'Pudendagra' (Sonnendecker et al., 1993), 'Psychosomatic vulvitis' (Dodson & Friedrich, 1978), 'Vulvar Pain Syndrome' (Baggish & Miklos, 1995), 'Erythematous Vulvitis en Plaques' (Pelisse & Hewitt, 1976), 'Burning Vulvitis' (Gianotten et al., 1988) en 'Burning Vulva Syndrome' (McKay, 1984) gebruikt. Dony & de Rooy (1992) en Gianotten et al. (1988) spreken over 'Focale Vestibulodynie' als naam voor de klacht en gebruiken 'Focale Vulvitis' als naam voor het syndroom. McKay heeft veel geschreven over de indeling van diverse pijnsyndromen van de vulva (McKay, 1984; 1985; 1988; 1989; 1992; McKay et al., 1991). Wij hebben gekozen voor de term 'Vulvair Vestibulitis Syndroom' om aan te sluiten bij de term die internationaal het meest gebruikt wordt (Bergeron, 1997). Met name de benadering als syndroom lijkt terecht, mede gezien de complexe etiologie.

#### Prevalentie

In een klein aantal artikelen is een aanwijzing voor de incidentie en prevalentie van VVS te vinden. Goetsch (1991) noemt een prevalentie van 15% in haar eigen, algemeen gynaecologische praktijk. Gianotten ziet 12-15 patiëntes in zijn behandelcentrum per jaar (Gianotten et al., 1988). Volgens Glatt et al. (1990) heeft 61% van de seksueel actieve vrouwen wel eens last van dyspareunie (gehad). Wigersma (1990) vindt daarentegen een prevalentie van dyspareunie van ongeveer 1 per 1000 vrouwelijke patiënten in de huisartsenpraktijk. De karige gegevens over de epidemiologie van VVS en dyspareunie (Meana & Binik, 1994), en de regelmaat waarmee VVS in de seksuologische praktijk gezien wordt, doen vermoeden dat een hogere dan de gerapporteerde prevalentie van VVS waarschijnlijk is.

#### Pathofysiologie

Er zijn erg veel hypothesen over de etiologie van VVS. Veel onderzoek is gedaan naar de rol van het Humaan Papillomavirus (HPV), dat een rol speelt bij het ontstaan van maligne vulva- en cervix-aandoeningen. In een flink aantal artikelen wordt betwist of een HPV infectie verband houdt met het ontstaan van VVS (Bergeron et al., 1994; Bornstein et al., 1993; Bornstein et al., 1996; Dennerstein, 1993;

Hatch, 1988; Kent & Wisniewski, 1990; Ledger et al., 1996; Marinoff & Turner, 1991; Marks et al., 1994; Nadarajah & Haye, 1990; Nunns, 1994; Sonnendecker et al., 1993; Umpierre et al., 1991; Welch et al., 1993; Wilkinson et al., 1993). De rol van HPV is niet definitief aangetoond (Bergeron et al., 1994; Dennerstein et al., 1994; Wilkinson et al., 1993) en werd in 1983 als mogelijk oorzakelijk agens door de International Society for the Study Vulvar Disease verworpen (Young et al., 1984). Recent is de discussie echter weer opgegaard (Bornstein et al., 1996).

Ook vaginisme wordt als mogelijke oorzaak genoemd (Abramov & Wolman, 1994; Huffman, 1993). Net als 'hogere urethradrukvariaties' (Foster et al., 1993) heeft dit wellicht een relatie met 'bekkenbodempertone' , waarop nog zal worden ingegaan.

Bakteriële vaginose (Baggish & Miklos, 1995; Marinoff & Turner, 1991) en (recidiverende) candida infecties (Ashman & Ott, 1989; Dennerstein, 1993; Friedrich, 1988; Ledger et al., 1996; Mann et al., 1992; Peckham et al., 1986) kunnen een rol spelen bij het ontstaan van VVS. In dit verband is ook gekeken naar IgA deficiënties (Scrimin, 1991), candida kruisreacties (Krvavac, 1992) en autoimmunitet (Ashman & Ott, 1989; Scrimin, 1991). In de praktijk blijken veel vrouwen voor candida infecties te zijn behandeld (Mann et al., 1992; Peckham et al., 1986). Het is achteraf echter vaak onduidelijk of er inderdaad sprake was van een candida infectie, of dat onterecht de diagnose candida in plaats van VVS gesteld is. Antimycotica gericht tegen candida kunnen een contactdermatitis veroorzaken, en daarmee vestibulaire irritatie veroorzaken (Dennerstein, 1993). Andere onderzochte somatische factoren zijn: oxalaat kristallen uit de urine (Ledger et al., 1996; Rendler & Herzl Melmed, 1995; Solomon et al., 1991) interstitiele cystitis (Fitzpatrick et al., 1993; McCormack, 1990), allergie (Ledger et al., 1996; Mann et al., 1992), beschadiging van de innervatie (Bornstein et al., 1993; Stewart et al., 1994), 'membraneuze hypertrofie van de fourchette posterior' (Barbero et al., 1994) en orale anticonceptie (Bazin & Bouchard, 1994). Er is ook gezocht naar erfelijke factoren (Bornstein et al., 1992).

Wellicht door de vele aandacht voor HPV is het onderzoek op andere gebieden tot nu toe onderbelicht gebleven. Duidelijk is dat onderzoek naar één factor als oorzaak voor het ontstaan van VVS tot nu toe weinig heeft opgeleverd. Gianotten concludeert dat 'de variëteit van oorzaken zo groot is dat we moeten stoppen alle patiënten in één

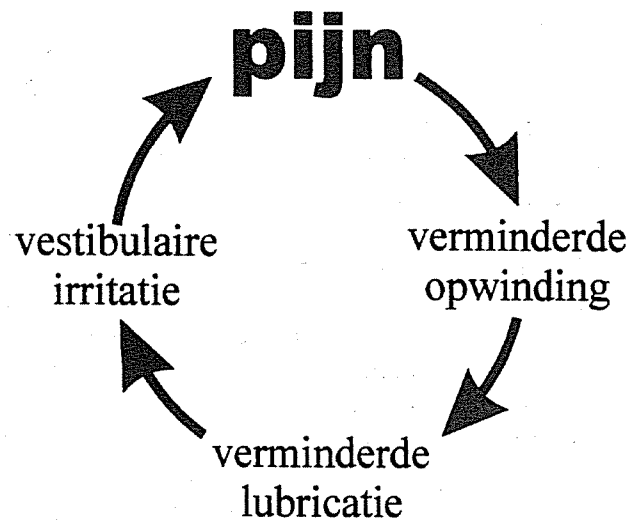
etiologisch plaatje te stoppen' (Gianotten, 1996).

Eenduidige oorzaak-gevolg verklaringen hebben geen afdoende verklaring gegeven voor het ontstaan van VVS. Een aantal auteurs bepleit dan ook een 'multifactoriële benadering' (De Jong et al., 1995; Van Lunsen et al., 1996; Lynch, 1986; Ramakers & Van Lunsen, 1997<sup>1</sup>, 1997<sup>2</sup>; Schover et al., 1992; Weijmar Schultz et al., 1996) van het syndroom die zich richt op de interactie tussen bij seksueel functioneren per definitie van belang zijnde lichamelijke, psychologische, seksuologische en relationele factoren (Cohen-Kettenis & Everaerd, 1988; Poinard, 1966; Stewart et al., 1994; Vliet et al., 1994). Lynch geeft hiertoe al in 1986 een aanzet. Zij veronderstelt een 'pain awareness cycle' bij vrouwen met pijn die door een betrekkelijk onschuldige ziekte is ontstaan. Door de preoccupatie met die pijn, wordt de pijn-perceptie steeds sterker. De Jong sluit hierop aan door de nadruk die zij legt op de pijnklachten en het typische inadequate pijn-gedrag van patiënten met VVS die blijven doorgaan met coïtus, ondanks hevige pijn (De Jong, 1991; De Jong et al., 1995).

Schover heeft de psychoseksuele aspecten van VVS onderzocht met vragenlijsten en een psychologisch consult. Zij legt een link tussen emotionele stress en een reactie hierop van ontstekingscellen in de huid. Ze beschrijft een 'complex en interactief proces van verhoogde kwetsbaarheid van de vulva door ten eerste, onbegrepen lokale of genetische factoren, een pathogeen of een 'hypo-oestrogene status' en ten tweede, een somatische reactie op stress, door het aanspannen van de bekkenbodemspieren (vaginisme)'. Het regelmatig plaatsvinden van coïtus zonder opwinding kan ontsteking en beschadiging van de vulva veroorzaken (Schover et al., 1992). Van Lankveld vindt weinig verschil tussen het psychologisch profiel van vrouwen met en zonder VVS; vrouwen met VVS scoren wel hoger wat betreft somatisatie en verlegenheid (Van Lankveld et al., 1995; 1996).

In de nederlandse literatuur noemen Gianotten et al. (1988) 'het anticiperen op pijn waardoor vaginale droogheid met dyspareunie kan ontstaan. Van Lunsen et al. (1989; 1992; 1996) beschrijven de "mechanische irritatie hypothese": door 'chronische mechanische irritatie van de introïtus bij coïtus zonder lubricatie en/of met vernauwing van de introïtus door een versterkte aanspanning van de bekkenbodemspieren'. De zo ontstane chronische irritatie gaat niet in spontane remissie als de causale factor (coïtus) niet wordt weggenomen en er sprake is van 'inadequaat pijngedrag' (Van Lunsen et al., 1996).

Uit het voorgaande is de volgende 'pijncyclus' af te leiden (zie figuur 1).



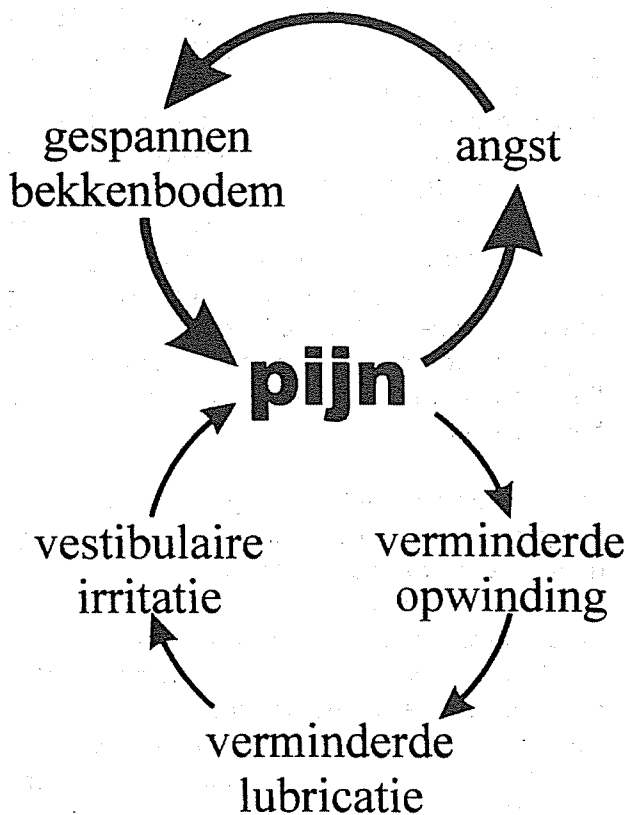
Figuur 1. Eerste fase pijncyclus

Zowel de vestibulaire irritatie, als de verminderde opwinding kunnen startpunt zijn in deze cirkel. Van Lunsen noemt een aantal specifiek lokaal onderhoudende factoren, zoals vocht, warmte en urine, en bijkomende onderhoudende factoren, zoals het gebruik van inlegkruisjes en overdreven hygiënisch gedrag: wassen met zeep, gebruik van deodorantia en dergelijke (Van Lunsen et al., 1992; 1996; Van Lunsen, 1995; 1996). Andere factoren van invloed zijn: (contact)allergie voor bijvoorbeeld wasmiddelen, een gevoelige huid, strakke kleding en 'bekkenbodempertonie'. Deze door Van Lunsen et al. in 1989 geïntroduceerde term is ook door anderen beschreven (Abramov & Wolman, 1994; Foster et al., 1993; Glazer et al., 1995; Den Hartog, 1996; Van Lunsen, 1995; Weijmar Schultz et al., 1997). Bekkenbodempertonie is een verhoogde spanning en/of spasme van de bekkenbodemspieren rond urethra, vagina en anus. Sinds duidelijker is geworden dat bekkenbodempertonie bij elke patiënte met VVS aanwezig is, is men anders gaan denken over de etiologie (en de therapie) van VVS.

Van Lunsen (1995) zijn hypothese is dat 'bekkenbodempertonie ontstaat door ingewikkelde seksuologische, psychologische en relationele factoren. Het kan leiden tot diverse lichamelijke symptomen, veelal versterkt door een vicieuze cirkel van pijn, angst en spannen. In de klinische praktijk vindt men dan ook vaak een comorbiditeit van VVS met chronische onderbuikspijn, Irritable Bowel Syndrome (IBS) en het Urethra Syndroom (Den Hartog,

1996; De Jong et al., 1995; De Jong, 1991; Van Lunsen, 1995; Van Lunsen et al., 1996). De onderliggende oorzaak lijkt vaak gerelateerd aan de seksuele geschiedenis van de patiëntes, zoals ondermeer blijkt uit hoge percentages ernstige seksuele traumata bij patiëntengroepen met bijvoorbeeld chronische onderbuikspijn (Peters, 1989) en IBS (Drossmann et al., 1990). Bekkenbodempertonie kan een primair of secundair verschijnsel zijn, d.w.z. een oorzaak van VVS of juist erdóór veroorzaakt (Ramakers & Van Lunsen, 1997<sup>1</sup>, 1997<sup>2</sup>). In ieder geval is het een onderhoudende factor; bij coïtus (poging) is de introïtus vernauwd en is er mechanische frictie van de vulvahuid tussen de penis en de verkrampde vaginale bekkenbodempieren.

Uit het voorgaande is de pijncyclus te completeren (zie figuur 2).



**Figuur 2.** Complete pijncyclus

Duidelijk mag zijn dat genezing van VVS pas te verwachten is als ook de bekkenbodempertonie wordt behandeld, zoals ook Glazer et al. (1995) beschrijven met een biofeedback programma met goede resultaten.

Er zijn weinig gegevens over het verloop van de ziekte. Onbekend is of de ziekte -al of niet behan-

deld- de neiging heeft te genezen, of vrijwel altijd erger wordt. Peckham et al. (1986) noemen een spontane remissie van 50 % binnen 6-12 maanden. Een soort stagering (een 'fase-indeling'), waarbij gekeken wordt naar zaken als ernst van de afwijkingen zowel lichamelijk als psychologisch, duur van de aandoening, en anamnestiche factoren, ontbreekt.

### Diagnostiek

Vrijwel alle auteurs zijn het erover eens dat Vulvaire Vestibulitis een goed omschreven syndroom is aan de hand van de klassieke trias van Friedrich (1987): 1. Ernstige pijn bij aanraken van het vestibulum of poging de vagina binnen te gaan, 2. Pijn bij druk op het vestibulum, 3. Bij lichamelijk onderzoek vulvair erytheem. Peckham et al. (1986) stellen: 4. Tenminste 6 maanden dyspareunie. De Jong et al. (1995), Van Lunsen et al. (1992) en Weijmar Schultz et al. (1996) voegen hieraan toe: 5. Geen duidelijke somatiek (negatief kweek en/of biopt), 6. Aanwijzing voor vaginisme of bekkenbodempertonie. 7. Anamnestiche gegevens (langdurige pijnlijke coïtus pogingen, opwindingsstoornissen e.d.). De Nederlandse toevoegingen zijn in de Engelse en Amerikaanse literatuur (nog) niet overgenomen.

Om pijn bij druk op het vestibulum te onderzoeken beschrijven Friedrich (1983) en Woodruff & Parmley (1983) een test met een wattentip, die later als 'touch test' (Peckham et al., 1986), 'Q-tip test' (Michlewitz et al., 1989) of 'swab test' (Goetsch, 1991) is beschreven. Met een (vochtig) wattenstokje worden de erythemateuze foci licht aangeraakt. Bij heftige pijn is de test positief. De plek waar de meeste foci worden gevonden is op 5 en 7 uur in het vestibulum. Gemiddeld zijn er 3 erythemateuze foci (Goetsch, 1991; Peckham et al., 1986).

Over het algemeen lijkt men het eens over de te volgen diagnostiek. Dony et al. (1992) merken op dat een touch test niet tot het standaard lichamelijk onderzoek behoort, dus lastig kan zijn en apart aangeleerd moet worden.

Vulvoscopie, microscopische inspectie van de vulva, kan bij twijfel over de diagnose zinvol zijn. Als er een biopt wordt genomen uit het erythemateuze gebied wordt een specifieke chronische ontsteking gezien, dus geen tekenen van infectie (O'Keefe et al., 1995; Pyka et al., 1988). Sommige auteurs bioteren altijd om de diagnose te stellen, anderen alleen bij onzekerheid.

Rode plekjes rond de introïtus komen ook voor bij vrouwen zonder klachten (van Beurden et al., 1997).

Voorop staat dat VVS dus meer is dan dat. Er is pas sprake van VVS als er een chronisch (meer dan een half jaar) bestaand klachtenpatroon is van oppervlakkige dyspareunie en/ of een pijnlijk branderig gevoel op andere momenten, in combinatie met typische erythemateuze foci bij lichamelijk onderzoek en een positieve touch test.

Omdat alle vrouwen met VVS primair of secundair vaginistisch reageren (Abramov et al., 1994; Gianotten, 1996; De Jong et al., 1995; Van Lunsen & Stam, 1990; Weijmar Schultz et al., 1997) moet dit als een inherent symptoom van VVS worden gezien (Van Lunsen et al., 1996; Weijmar Schultz et al., 1996). Ramakers & Van Lunsen denken dat een min of meer permanente hypertonie van de gehele bekkenbodem een oorzakelijke en/of onderhoudende rol speelt.

### Therapie

Er is een ontwikkeling te zien in de literatuur: van een operatieve aanpak op het moment dat het syndroom in de aandacht komt, met als doel een (weer) mogelijke coïtus, naar een niet-operatieve aanpak die zich meer op een bevredigend seksleven richt. De behandelingsdoelen verschillen sterk, tussen behandelaars, maar ook tussen patiënten onderling.

#### *Operatieve behandeling*

Woodruff stelde in 1983 een 'perineoplasty' voor als behandeling (Woodruff et al., 1981; Woodruff & Friedrich, 1985). Sindsdien wordt dit door diverse auteurs gezien als de 'gouden standaard' voor behandeling (Bornstein et al., 1995; Dony & de Rooy, 1992; Glazer et al., 1995; Mann et al., 1992; Paniel et al., 1995; Westrom, 1992). De operatie bestaat uit het wegnemen van vestibulumepitheel en hymen, gevolgd door een opschuifplastiek van de vaginawand. In 1987 meldt Friedrich een succespercentage van 56% na operatie, maar een verergering in 10% van de gevallen. In een vergelijkend literatuuronderzoek (Baggish & Miklos, 1995) variëren de succespercentages van 40% tot 100%.

Volgens een Nederlandse follow-up studie geeft operatie een slecht resultaat op lange termijn. Van 14 geopereerde vrouwen, waren er, minstens een jaar na de operatie drie waarbij de operatie geholpen had, nog eens drie hadden nog steeds milde klachten, maar acht vrouwen hadden een verergering van de klachten ondervonden (De Jong et al., 1995; De Jong, 1991). Een andere Nederlandse follow-up studie meldt hogere succespercentages:

bij 86.7% van de patiëntes is de pijnklacht 2 tot 4 jaar post-operatief verdwenen of verminderd (Schreuder-Bais et al., 1997).

Er is in de literatuur weinig aandacht voor de nadelige aspecten van de operatie zoals irreversibiliteit en verminderde lubricatie (De Jong, 1991). Daarnaast kan operatie littekenvorming geven, en soms ontstaan er cysten in het operatiegebied, die de klachten verergeren en waarvoor opnieuw geopereerd moet worden (Dupree Jones & Tyler Lehr, 1994; De Jong et al., 1995; Van Lunsen et al., 1992; Mann et al., 1992). De emotionele schade van de operatie kan aanzienlijk zijn, als dit als een laatste strohalp wordt aangegrepen en dan toch niet het gewenste resultaat oplevert (De Jong et al., 1995; Ostergard, 1990; Schover et al., 1992).

Ook andere ingrepen zijn geprobeerd. Kleinere excisies (Baggish & Miklos, 1995; Bornstein et al., 1995; Goetsch, 1996; Ledger et al., 1996; Schover et al., 1992), cryo-therapie (Peckham et al., 1986), CO<sub>2</sub> laser (Baggish & Miklos, 1995; Davis, 1989; Maclean & Reid, 1995; Michlewitz et al., 1989; Reid et al., 1988) en excimer laserbehandeling (Lawson et al., 1991; Reid et al., 1985; Reid, 1985; Reid & Omoto, 1995) worden beschreven. Het is jammer dat er weinig goed gedocumenteerde studies naar de lange termijn gevolgen van operatie zijn gedaan. Operatie of destructie wordt nog vaak toegepast. In sommige centra als 1e keus behandeling, in andere centra na mislukte conservatieve behandeling.

#### *Medicamenteuze behandeling*

Er zijn een aantal medicamenteuze behandelingen geprobeerd. Friedrich (1988) probeert Isotretionin, Dapsone, acyclovir, progesteron crème en 0.025% Capsaicin crème. Door te kleine studies kon hij geen conclusies trekken, echter de resultaten zijn niet van dien aard dat ze uitnodigen tot nader onderzoek. Ook calcium citraat wordt geprobeerd (Ledger et al., 1996; Rendler & Herzl Melmed, 1995; Solomon et al., 1991), evenals antidepressiva (Bornstein et al., 1993; Lynch, 1986; McKay, 1993; Reid et al., 1988), carbamazepine/phenytoïne (Bornstein et al., 1993), 5-fluorouracil (Reid et al., 1988; 1995), antihistaminica (Ledger et al., 1996) en het pre-coïtaal aanbrengen van lidocaïne (Dupree Jones & Tyler Lehr, 1994; Van der Meijden et al., 1994), of glijmiddelen.

Op grond van de veronderstelling dat HPV een etiologische rol speelt is interferon (alfa en beta) als therapie geprobeerd (Bornstein et al., 1993<sup>a</sup>; 1993<sup>b</sup>; Hatch, 1988; Horowitz, 1989; Kent & Wis-

niewski, 1990; Mann et al., 1992; Marinoff & Turner, 1991; Marinoff et al., 1993; Umpierre, 1991). De resultaten zijn wisselend (Baggish & Miklos, 1995) en werden bovendien steeds afgezet tegen operatie als gouden standaard.

### Gedragstherapie

In de literatuur is weinig aandacht voor gedrags-therapeutische aanpak. In het meersporenbeleid zoals toegepast in het AMC is daar wel aandacht voor. In Groningen en Rotterdam wordt ook gewerkt met dergelijke standaarden (Gianotten, 1996; Weijmar Schultz et al., 1997).

Het zgn. 'meersporenbeleid' (De Jong et al., 1995; Van Lunsen et al., 1992; 1996; Ramakers & Van Lunsen, 1997<sup>1</sup>, 1997<sup>2</sup>) probeert de beschreven pijncyclus te doorbreken en bestaat uit:

1. Het tot rust brengen van de ontsteking door een coïtus- en pijnverbod en hygiënische maatregelen (geen zeep, inlegkruisjes of vaginale douches gebruiken, de huid met water spoelen, droog depen en föhnen).

2. Het aanbrengen van een inerte beschermende crème (Lanette Crème FNA).

3. Bekkenbodemplaxatie oefeningen. De patiënt wordt geleerd controle over haar bekkenbodemplaxieren te (her)krijgen, deze bewust te voelen en te ontspannen. Indien er sprake is van algehele bekkenbodemplaxatie met gestoorde mictie en defaecatie wordt hier aandacht aan besteed middels het aanleren van een goede toilethouding en mictiefrequentie en het afleren van een mictie met buikpers. Bij IBS worden dieetmaatregelen besproken.

4. Seksuologische partnertherapie gericht op (herstel van) lichamelijk en niet coïtaal seksueel gedrag.

5. Individuele seksuologische psychotherapie gericht op zelfbeeld en lichaamsbeeld.

Weijmar Schultz et al. (1996<sup>a</sup>; 1996<sup>b</sup>; 1997) die de resultaten van conservatieve (gedrags)therapie met en zonder operatie hebben vergeleken, concluderen dat 79% van de patiënten baat heeft bij een gedragstherapeutische aanpak. Als bij het uitblijven van resultaat alsnog geopereerd wordt stijgt dit percentage naar 89 %.

### Discussie

Er is weinig kritiek op de eerste artikelen die Woodruff en Friedrich hebben gepubliceerd (Friedrich, 1983; 1987; 1988; Woodruff et al., 1981; Woodruff

& Parmley, 1983; Woodruff & Friedrich, 1985). Hun behandeling (operatie) is omstreden, maar hun naamgeving en diagnostische criteria zijn grotendeels geaccepteerd.

De meeste auteurs lijken het eens over de te volgen diagnostische procedure. De genoemde Nederlandse toevoegingen zijn nog niet overgenomen. Een onderzoek naar de consistentie en frequentie van alle diagnostische criteria ontbreekt. Het is in de geneeskunde een bekend verschijnsel dat niet alle typische symptomen **altijd** aanwezig zijn. Mag de diagnose dan gesteld worden? En welke consequenties heeft dat voor de behandeling? Over dergelijke zaken is weinig informatie. Ook ontbreekt een 'stagering' van het syndroom, een instrument om de ernst ervan te beschrijven.

De aanvankelijk gerapporteerde positieve resultaten van operatie allèen blijken bij langere follow-up tegen te vallen. Goede gecontroleerde studies ontbreken, ofwel omdat er geen sprake was van een experimentele design, ofwel omdat dit niet uitvoerbaar bleek te zijn (Weijmar Schultz et al., 1997). Operatieve interventie was een behandeling die onmiddellijk na de nieuwe onderkenning van het syndroom voorhanden was en in sommige gevallen, zeker op korte termijn 'genezing' leek te bieden. Door follow-up studie en meer klinische ervaring zijn de beperkte waarde ervan duidelijker zichtbaar geworden. Hetzelfde geldt voor andere behandelingen die het aangedane gebied destrueren, ze zijn minder ingrijpend maar er zijn geen gecontroleerde studies of te weinig gegevens over het succes op lange termijn. Schreuders-Bais et al. (1997) beschrijven resultaten 3 jaar na operatie: 58% van de vrouwen kon binnen drie maanden na de operatie "zowel doenlijk als genoeglijk" coïtus hebben. Zes maanden na de ingreep stijgt het percentage tot 77%, bij 16% is coïtus nog steeds niet mogelijk. Het onderzoek laat een aantal vragen onbeantwoord. Tot wanneer na een operatie kan een effect nog als een direct resultaat van de operatie gezien worden? Onduidelijk is of deze groep patiënten psychologische en/of seksuologische ondersteuning gehad hebben. Dit wordt niet beschreven. Ongeveer 30% van de geopereerde vrouwen hebben niet aan het onderzoek deelgenomen, zijn dit de "ontevreden patiënten of juist heel tevreden patiënten, die liever niet meer aan hun getob van destijds willen worden herinnerd?"

Wat opvalt is dat de resultaten van operatie lijken te verbeteren zodra ze gecombineerd worden met gedragstherapie (Schover et al., 1992). Met alle nadelen van operatie in acht genomen, zoals de

irreversibiliteit en verminderde lubricatie heeft dit ertoe geleid dat een aantal Nederlandse centra in principe 'gedragstherapeutisch' behandelen en alleen als dit te weinig succes heeft opereren. In Groningen en Rotterdam wordt een dergelijke aanpak gehanteerd. Als niet-operatieve behandeling onvoldoende resultaat oplevert, stelt de behandelaar een operatie voor. Patiëntes die niet voldoende gemotiveerd kunnen worden voor een niet-operatieve aanpak worden meteen geopereerd. Het gevoel altijd een noodoplossing achter de hand te hebben zou goed werken. Opvallend is dat er bij dit beleid al lange tijd geen patiënten meer geopereerd zijn (Gianotten, 1996). Dony & de Rooy (1992) stellen dat de conservatieve aanpak in Nijmegen nimmer een goed resultaat heeft opgeleverd en dat na het stellen van de diagnose een ingreep wordt aangeboden.

Het AMC is het enige centrum waar VVS in principe niet operatief wordt behandeld. De keus daarvoor is in eerste instantie gemaakt uit theoretische en ethische overwegingen en in tweede instantie het gegeven dat 91% van de vrouwen een jaar na een Woodruff operatie nog steeds ernstige dyspareunie had, en er een reëel behandelingsalternatief in de vorm van het meersporenbeleid voorhanden was (De Jong et al., 1995; Van Lunsen et al., 1992).

## Conclusie

Zowel naar etiologie als therapie is veel onderzoek gedaan. Er is geen consensus. Vele hypothesen werden gegenereerd en verworpen en de behandeling is niet gestandaardiseerd. Wat betreft de etiologie ligt een multifactoriële benadering het meest voor de hand. Er zou een model geconstrueerd moeten worden van factoren die VVS initiëren, onderhouden en/of beïnvloeden. Ook moet het verloop van de ziekte in kaart worden gebracht, en aan oorzakelijke factoren worden gerelateerd.

Vele centra hebben hun eigen gedachten over de behandeling van VVS. De resultaten van operatie zijn nooit dubbel blind gerandomiseerd vergeleken met conservatieve aanpak. Uit de huidige literatuur valt te concluderen dat operatie een bescheiden plaats zou moeten innemen met een scherpe indicatie, evenals voor andere behandelingen die het aangedane gebied destrueren.

Op grond van de huidige gegevens kan geconcludeerd worden dat de rationaliteit om te opereren ontbreekt. Ook in centra waar de mogelijkheid open wordt gehouden, wordt zelden geopereerd. Gedragstherapeutische behandelingen, waarbij

met verschillende causale en onderhoudende factoren rekening gehouden wordt, zijn de behandeloptie van eerste keus

Onderzoek naar incidentie en prevalentie wordt node gemist, evenals onderzoek naar psychosociale oorzaken en de effectiviteit van verschillende gedragstherapeutische behandelingen.

## Summary

### *The vulvar vestibulitis syndrome, a review.*

Vulvar Vestibulitis Syndrome is still a relatively unknown cause of female superficial dyspareunia and chronic vulvar pain (vulvodynia). Since it was given attention from the early 80's onwards, a lot has been written about etiology and therapy. The syndrome is most likely caused by multiple factors, physical, psychological, sexual and relational. Surgical therapy, which was introduced first, is more and more replaced by an integrative multifacetal approach, consisting of a hygienic regimen, pelvic floor relaxation exercises, sexological therapy and psychotherapy.

## Literatuur

- Abramov, L. en I. Wolman (1994). Vaginismus: An important factor in the evaluation and management of vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecology Obstetry Investment*, 38: 194-197.
- Ashman, R.B. en A.K. Ott (1989). Autoimmunity as a factor in recurrent vaginal candidosis and the minor vestibular gland syndrome. *J. of Reproductive Medicine*, 34: 264-266.
- Baggish, M.S. en J.R. Miklos (1995). Vulvar pain syndrome: A review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 50: 618-627.
- Barbero, M., L. Micheletti, M.C. Zanotto Valentino, M. Preti, P. Nicolaci, B. Ghiringhello en G. Borgno (1994). Membranous hypertrophy of the posterior fourchette as a cause of dyspareunia and vulvodynia. *J. of Reproductive Medicine*, 39: 949-952.
- Bazin, S. en C. Bouchard (1994). Vulvar vestibulitis syndrome: an exploratory case control study. *Obstetrics & Gynecology*, 83: 47-50.
- Bergeron, C., M. Moyal-Baracco, M. Pelisse en P. Lewin (1994). Vulvar vestibulitis. Lack of evidence for a humanpapillomavirus etiology. *J. of Reproductive Medicine*, 39: 936-938.
- Bergeron, S., Y. M. Binik, S. Khalife, K. Pagidas (1997). Vulvar vestibulitis syndrome: a critical review. *Clin. J. Pain*, 13: 27-42.
- Beurden, M. van, N. van der Vange, S.P. Tjong-A-Hung, F.J.W. ten Kate, J. ter Schegget en F.B. Lammes (1997). Normal findings in vulvar examination and vulvoscopy. *British J. of Obstetrics and Gynaecology*, 104: 320-324.
- Bornstein, J., Y. Ben-David, L. Hornstein en H. Abramovici (1992). Vulvar Vestibulitis: a familial Occurence? *The CERVIX and lower female genital tract*, 10: 167-169.
- Bornstein, J., D. Isakov, M. Fisher, T. Troudart en H. Abramovici (1993<sup>a</sup>). The "burning" vulva. *Israel J. of Obstetrics and Gynecology*, 4: 23-27.
- Bornstein, J., B. Pascal en H. Abramovici (1993<sup>b</sup>). Intramuscular B-interferon treatment for severe vulvar vestibulitis. *J. of Reproductive Medicine*, 38: 117-119.
- Bornstein, J., D. Zarfati, Z. Goldik en H. Abramovici (1995). Perineoplasty compared with vestibuloplasty for severe vulvar vestibulitis. *British J. of Obstetrics & Gynaecology*, 102: 652-655.

- Bornstein, J., S. Shapiro, M. Rahat, N. Goldshmid, Z. Goldik, H. Abramovici en N. Lahat (1996). Polymerase chain reaction search for viral etiology of vulvar vestibulitis syndrome. *American J. of Obstetry and Gynecology*, 175: 139-144.
- Broso, P., G. Buffetti en A. Sacco (1994). La vestibulite vulvare. *Minerva Ginecologica*, 46: 109-114.
- Cohen-Kettenis, P. en W. Everaerd (1988). Ontwikkelingen in de seksuologische praktijk. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 12: 31-40.
- Davis, G.D. (1989). The management of vulvar vestibulitis syndrome with the carbon dioxide laser. *J. of Gynecological Survey*, 5: 87-91.
- Dennerstein, G. (1993). Candidiasis. *J. of Obstetrics and Gynecology*, 33: 4.
- Dennerstein, J., P.J. Scurry, S.M. Garland, J.A. Brennan, D.W. Fortune, S.F. Sfameni, R.J. O'Keefe, en S.N. Tabrizi (1994). Human papillomavirus: a new disease or an unfortunate mistake? *British J. of Obstetry and Gynecology*, 101: 992-998.
- Dodson, M.G., en E.G. Friedrich jr. (1978). Psychosomatic vulvovaginitis. *Obstetrics & Gynecology*, 33: 703-704.
- 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 en Gynaecologie*, 105: 326-328.
- Drossmann, D.A., J. Leserman en G. Nachman (1990). Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastro-intestinal disorders. *Annals of Internal Medicine*, 113: 828-833.
- Dupree Jones, K. en S. Tyler Lehr (1994) Vulvodynia: Diagnostic Techniques and Treatment Modalities. *Nurse Practitioner*, 19: no.4, 34-46
- Fitzpatrick, C.C., J.O.L. DeLancey, T.E. Elkins en E.J. McGuire (1993). Vulvar vestibulitis and interstitial cystitis: a disorder of urogenital sinus-derived epithelium? *Obstetrics & Gynecology* 81: 860-862.
- Foster, D.C., J. Courtland Robinson en K.M. Davis (1993). Urethral pressure variation in women with vulvar vestibulitis syndrome. *American J. of Obstetrics and Gynecology*, 169: 107-112.
- Friedrich jr., E.G. (1983). The vulvar vestibule. *J. of Reproductive Medicine*, 28: 773-777.
- Friedrich, E.G. (1987). Vulvar vestibulitis syndrome. *J. of Reproductive Medicine*, 32: 110-114.
- Friedrich, E.G. (1988). Therapeutic studies on vulvar vestibulitis. *J. of Reproductive Medicine*, 33: 514-517.
- Furlonge, C.B., R.N. Thin, B.E. Evans en P.H. McKee (1991). Vulvar vestibulitis syndrome: a clinical-pathological study. *British J. of Obstetrics and Gynecology*, 98: 703-706.
- Gianotten, W.L., A.P. Bak., A.C. Drogendijk en W.I. van der Meijden (1988). Forum: Focale vulvitis en focale vestibulodynie: Een vorm van pijn bij het vrijen. Voorlopige stand van zaken. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 12: 181-188.
- Gianotten, W.L. Omgaan met focale vulvitis (1996). In: W.F.M. de Haes e.a. (red.) *Gynaecologische zorg en vrouwenhulpverlening*. Van Gorcum.
- Glatt, A.E., S.H. Zinner en W.M. McCormack (1990). The prevalence of dyspareunia. *Obstetrics & Gynecology*, 75: 433-436.
- Glazer, H.I., G. Rodke, C. Swencionis, R. Hertz en A.W. Young (1995). Treatment of vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. *J. of Reproductive Medicine*, 40: 283-290.
- Goetsch, M.F. (1991). Vulvar vestibulitis: Prevalence and historic features in a general gynecologic practice population. *American J. of Obstetry and Gynecology*, 164: 1609-1616.
- Goetsch, M.F. (1996). Simplified surgical revision of the vulvar vestibule for vulvar vestibulitis. *American Journal of Obstetry and Gynecology*, 174: 1701-1707.
- Hartog, G. den (1996). De relatie tussen het irritable bowel syndroom en het spastische bekkenbodemp syndroom. *Profundum*, 2: 27-31.
- Hatch, K.D. (1988). Interferon alfa-2(intron-A) for human papillomavirus vaginitis and vulvitis. *J. of Reproductive Medicine*, 33: 718.
- Horowitz, B.J. (1989). Interferon therapy for condylomatous vulvitis. *Obstetrics & Gynecology*, 73: 446-448.
- Huffman, J.W. (1993). Dyspareunia of vulvovaginal origin. Causes and management. *Postgraduate Medicine*, 73: 287-296.
- Jong, M.J. de (1991). Focale vulvitis. Evaluatie van de Woodruff-operatie. Exploraties naar etiologie. *Doctoraalwerkstuk psychologische fakulteit, Universiteit van Amsterdam*.
- Jong, J.M.J. de, 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: 85-91.
- Kent, H.L. en P.M. Wisniewski (1990). Interferon for vulvar vestibulitis. *J. of Reproductive Medicine*, 35: 1138-1140.
- Krvavac, S. (1992). Antitrichomonal (cross) immunity as an important factor in vulvar vestibulitis syndrome pathogenesis. *Genitourinary Medicine*, 196.
- Lankveld, J.D.M. van, A.M.A. Brewaeys, M.M. Ter Kuile en P.Th.M. Weijnenborg (1995). Difficulties in the differential diagnosis of vaginismus, dyspareunia and mixed sexual pain disorder. *J. of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 16: 201-209.
- Lankveld, J.D.M. van, P.Th.M. Weijnenborg en M.M. Ter Kuile (1996). Psychologic profiles of and sexual function in women with vulvar vestibulitis and their partners. *Obstetrics & Gynecology*, 88: 65-69.
- Lawson, A.E., D. Hawtof, M. Gowda, I. Jackson en G. Osgood (1991). Complications of Laser therapy in the gynecological patient: A review of four patients. *Annals of Plastic Surgery*, 27: 364-367.
- Ledger, W.J., A. Kessler, G.H. Leonard en S.S. Witkin (1996). Vulvar Vestibulitis- a complex clinical entity. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 4: 269-275.
- Lunsen, H.W., D.J. Duyvis en N.E. Stam (1989). Dyspareunie. *Bijblijven* 5: 31-39.
- Lunsen, R. van en L. Stam (1990). Dyspareunie, de multidisciplinaire benadering van een pijnlijk probleem. In: J.P.C. Moors (red.). *Vaginisme en dyspareunie*. Bohn Stafleu en Van Loghum, Houten/Antwerpen.
- Lunsen, H.W. van, M.J. De Jong, E.A. Robertson, F.B. Lammes en N.E. Stam (1992). Focale vulvitis: een multi-factorieel bepaald syndroom dat een seksuologische meersporenbenadering behoeft, geen chirurgisch ingrijpen. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie*, 105: 324-326.
- Lunsen, H.W. (1995). Het (hypertone) bekkenbodemsyndroom (HBS) en seksuele dysfunctie; een biopsychosociale benadering. *Profundum*, 1/2: 19-22.
- Lunsen, H.W. van, M.J. Ramakers, D.J. Duyvis en L.N.E. Stam (1996). Focale vulvitis: een syndroom gekenmerkt door oppervlakkige dyspareunie, vulvodynie, seksuele dysfunctie en bekkenbodemp hypertonie. *Profundum*, 2: 20-25
- Lunsen, R.H.W. van (1996). Vulvodynia and the vulvar vestibulitis syndrome: an integrative approach. *Everyday Problems in Gynecology*, 2: 3-8.
- Lynch, P.J. (1986). Vulvodynia: A syndrome of unexplained vulvar pain, psychologic disability and sexual dysfunction. *J. of Reproductive Medicine*, 9: 773-779.
- Maclean, A.B., W.M.N. Reid (1995). Benign and premalignant disease of the vulva. *British J. of Obstetrics and Gynaecology*, 102: 359-363.
- Mann, M.S., R.H. Kaufman, D. Brown en E. Adam (1992). Vulvar vestibulitis: Significant clinical variables and treatment outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 79: 122-125.



- Marinoff, S.C. en M.L.C. Turner (1991). Vulvar vestibulitis syndrome; an overview. *American J. of Obstetry and Gynecology*, 165: 1228-1233.
- Marinoff, S.C., M.L. Turner, R.P. Hirsch en G. Richard (1993). Intralesional A-interferon. Cost effective therapy for vulvar vestibulitis syndrome. *J. of Reproductive Medicine*, 38: 19-24.
- Marks, T.A., K.R. Schroyer, N.E. Markham, J.C. Slocumb en R.S. Gibbs (1994). A clinical, histologic, and DNA study of vulvodynia and its association with human papillomavirus. *J. of the Society for Gynecologic Investigation*, 2: 57-63.
- McCormack, W.M. (1990). Two urogenital sinus syndromes. Interstitial cystitis and focal vulvitis. *J. of Reproductive Medicine*, 35: 873-876.
- McKay, M. (1985). Vulvodynia versus pruritis vulvae. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 28: 123-133.
- McKay, M. (1988). Subsets of vulvodynia. *J. of Reproductive Medicine*, 33: 695-698.
- McKay, M. (1989). Vulvodynia. A multifactorial clinical problem. *Archives of Dermatology*, 125: 256-262.
- McKay, M., O. Frankman, B.J. Horowitz, C. Lecart, L. Micheletti, C.M. Ridley, M.L. Chanco Turner en J.D. Woodruff (1991). Vulvar vestibulitis and vestibular papillomatosis. Report of the ISSVD committee on vulvodynia. *J. of Reproductive Medicine*, 36: 413-415.
- McKay, M. (1991). Vulvitis and vulvovaginitis: cutaneous considerations. *American J. of Obstetrics and Gynecology*, 165: 1176-1182.
- McKay, M. (1992). Vulvodynia. Diagnostic Patterns. *Dermatologic clinics*, 10: 423-433.
- McKay, M. (1993). Dysesthetic ("essential") vulvodynia. Treatment with Amitriptyline. *J. of Reproductive Medicine*, 38: 9-13.
- Meana, M. en Y.M. Binik Y.M. (1994). Painful Coitus: A review of female dyspareunia. *J. of Nervous and Mental Disease*, 182: 264-272.
- Meijden, W.I. van der, L.A.J. Blindeman, W.A. Gianotten, A.C. Drogendijk en S. Chadha-Ajwani (1994). Focal vulvitis. *British J. of Dermatology*, 131: 727-728.
- Michlewitz, H., R.D. Kennison, R. Nuran Tursoy en L.C. Fertita (1989). Vulvar vestibulitis-subgroup with Bartholin gland duct inflammation. *Obstetrics & Gynecology*, 73: 410-413.
- Nadarajah, R., Haye K.R. (1990). Focal vulvitis and localised dyspareunia. *Genitourinary Medicine*, 66: 463.
- Nunns, D. (1994). Human papillomavirus vulvitis: a new disease or an unfortunate mistake? *British J. of Obstetrics and Gynecology*, 102: 584-585.
- Oates, J.K. (1990). Focal vulvitis and localised dyspareunia. *Genitourinary Medicine*, 66: 28-30.
- O'Keefe, R., J.P. Scurry, G. Dennerstein, S. Sfameni en J. Brenan (1995). Audit of 114 non-neoplastic vulvar biopsies. *British J. of Obstetrics and Gynaecology*, 102: 780-786.
- Ostergard, D.R. (1990). Vestibulitis: A cause of dyspareunia. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 24: 36-39.
- Paavonen, J. (1995) Vulvodynia-a complex syndrome of vulvar pain. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 74: 243-247.
- Paavonen, J. (1995). Diagnosis and treatment of Vulvodynia. *Annals of Medicine*, 27: 175- 181.
- Paniel, B.J., B. Haddad en M. El Medjadji (1995). Dyspareunie orificelle: Le point de vue de chirurgien. *Contraception, Fertilité et Sexualité*, 23: 271-274.
- Peckham, B.M., D.G. Maki, J.J. Patterson en G.-R. Hafez (1986). Focal vulvitis: A characteristic syndrome and cause of dyspareunia. *American J. of Obstetrics and Gynecology*, 154: 855-864.
- Pelisse, M. en J. Hewitt (1976). Erythematous vulvitis en plaques. *Proceedings of the Third Congress of the International Society for the Study of Vulvar Disease*, 35-37.
- Peters, A.A.W. (1989). Chronische buikpijn bij vrouwen, een integrale benadering. *Dissertatie*, Leiden.
- Poinsard, P. (1966). Psychophysiologic (psychosomatic) disorders of the vulvovaginal tract. *Psychosomatics*, 7: 338-342.
- Pyka, R.E., E.J. Wilkinson, E.G. Friedrich en B.P. Croker (1988). The histopathology of vulvar vestibulitis syndrome. *International J. of Gynecological Pathology*, 7: 249-257.
- Ramakers M.J. en H.W. van Lunsen (1997). Vulvair vestibulitis (focale vulvitis): oorzaken, diagnostiek en behandeling. *Bijblijven*, 13/6: 20-27.
- Ramakers M.J. en H.W. van Lunsen (1997). Vulvodynie met als oorzaak vulvair vestibulitissyndroom. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141: 2100-2105.
- Reid, R., E.A. Elfont, R.M. Zirkon en T.A. Fuller (1985). Superficial Laser vulvectomy 2. *American J. of Obstetrics and Gynecology*, 152: 261-271.
- Reid, R. (1985). Superficial Laser vulvectomy 3. *American J. of Obstetry and Gynecology*, 152: 504-509.
- Reid, R., M.D. Greenberg, Y. Daoud, M. Husain, S. Selvaggi en E. Wilkinson (1988). Colposcopic findings in women with vulvar pain syndromes. A preliminary report. *J. of Reproductive Medicine*, 33: 523-532.
- Reid, R. en Omoto K.H. (1995). Flashlamp-excited dye laser therapy of idiopathic vulvodynia is safe and efficacious. *American J. of Obstetrics and Gynecology*, 172: 1684-1701.
- Rendler, T.J. en M. Herzl Melmed (1995). Vulvar vestibulitis-with special reference to sexual functioning. *Nurse Practitioner*, 20: no. 12, 9-10.
- Schover, L.R., D.D. Young en R. Cannata (1992). Psychosexual aspects of the evaluation and management of vulvar vestibulitis. *American J. of Obstetry and Gynecology*, 167: 630- 636.
- Schreuders-Bais C.A., M.I. Baas en J.M.J. Dony (1997). De waardering voor operatieve behandeling van focale vestibulitis. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie*, 110: 37-38.
- Scrimin, F., C. Volpe, G. Tracanzan, F.G. Troffoletti en F. Barciulli (1991). Vulvodynia and selective IgA deficiency. Case reports. *British J. of Obstetry and Gynecology*, 98: 592- 593.
- Skene, A.J.C. (1889). *Treatise on the Diseases of Women*. Appleton and Co., New York.
- Solomon, C.C., M. Herzl Melmed en S.M. Heitler (1991). Calcium citrate for vulvar vestibulitis. A case report. *J. of Reproductive Medicine*, 36: 879-882.
- Sonnendecker, E.W.W., H.E.M. Sonnendecker, C.A. Wright en G.B. Simon (1993). Recalcitrant vulvodynia. A clinicopathological study. *South African Medical J.*, 83: 730-733.
- Stewart, D.E., A.E. Reicher, A.H. Gerulath en K.M. Boydell (1994). Vulvodynia and Psychological Distress. *Obstetrics & Gynecology*, 84: 587-590.
- Thomas, T.G. en P.F. Munde (1891). *Hyperesthesia of the vulva. A practical approach on the diseases of women*. Lea's Brothers & Co., Philadelphia.
- Tovell, H.M.M. en A.W. Young (1978). Classification of vulvar diseases. *Clinical Obstetry and Gynecology*, 21: 955.
- Traub, H. (1917). *Leerboek der Gynecologie*, 6e druk. S.C. van Doesburgh, Leiden.
- Umpierre S.A., R.H. Kaufman, E. Adam, E. Woods en K. Adler-Storthz (1991). Human papillomavirus DNA in tissue biopsy specimens of vulvar vestibulitis patients treated with interferon. *Obstetrics & Gynecology*, 78: 693-695.
- Vliet, K.P. van, W. Everaerd, F.J. van Zuuren, F.B. Lammes, M. Bri't, G. Kleiverda en M. Schutte (1994). Symptom perception: psychological correlates of symptom reporting and illness behavior of women with medically unexplained gynecological symptoms. *J. of Psychosometical Obstetry and Gecology*, 15: 171-181.

- Weijmar Schultz, W.C.M., H.B.M. van de Wiel, L. van der Schoor, W.L. Gianotten, W.I. van der Meijden, L. Blindeman, S. Chadha en A.C. Drogendijk (1992). De behandeling van focale vulvitis: een prospectief gerandomiseerd onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie*, 105: 328-330.
- Weijmar Schultz, W.C.M., W.L. Gianotten, W.I. van der Meijden, H.B.M. van de Wiel, L. Blindeman, S. Chadha en A.C. Drogendijk (1996<sup>a</sup>). Zorg rond de seksualiteit (x). Focale vulvitis, wiens vinger op de zere plek? *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie*, 109: 78-83.
- Weijmar Schultz, W.C.M., W.L. Gianotten, W.I. van der Meijden, H.B.M. van de Wiel, L. Blindeman, S. Chadha en A.C. Drogendijk (1996<sup>b</sup>). Behavioral approach with or without surgical intervention to the vulvar vestibulitis syndrome: a prospective randomized and non-randomized study. *J. of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 17: 143-148.
- Weijmar Schultz, W.C.M., W.L. Gianotten, W.I. van der Meijden, H.B.M. van de Wiel, L. Blindeman, S. Chadha en A.C. Drogendijk (1997). Gedragstherapie met of zonder operatieve interventie bij het syndroom focale vulvitis: een prospectief gerandomiseerd en niet-gerandomiseerd onderzoek. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 21: 1-9.
- Welch, J.M., M. Nayagam, G. Parry, R. das, M. Campbell, J. Whatley en C. Bradbeer (1993). What is vestibular papillomatosis? A study of its prevalence, aetiology and natural history. *British J. of Obstetry and Gynecology*, 100: 939-942.
- Westrom, L. (1992). Samlagssmörto av vulvavestibulit-operation gav goda resultat. *LŠkartidningen*, 89: 1460-1461.
- Wigersma, L. (1990). *Huisartsgeneeskundig handelen bij klachten over de geslachtsorga nen en de seksualiteit*. Meditekst, Lelystad.
- Wilkinson, E.J., E. Guerrero, R. Daniel, K. Shah, K. Stone, N.S. Hardt en E.G. Friedrich (1993). Vulvar vestibulitis is rarely associated with human papillomavirus infection types 6,11,16 or 18. *International J. of Gynecological Pathology*, 12: 344-349.
- Woodruff, J.D., R. Genadry en S. Poliakoff (1981). Treatment of dyspareunia and vaginal outlet distortions by perineoplasty. *Obstetrics & Gynecology*, 57: 750-754.
- Woodruff, J.D. en Parmley T.H. (1983). Infection of the minor vestibular gland. *Obstetrics & Gynecology*, 62: 609-612.
- Woodruff, J.D. en Friedrich E.G. (1985). The Vestibule. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 28: 134-141.
- Young, A.W., R.S. Azoury, M. McKay, S.M. Pincus, C.M. Ridley, J. Zorner. (1984) Burning vulva syndrome. Report of the ISSVD task force. *J. of Reproductive Medicine*, 29: 457.

# TIJDSCHRIFT VOOR seksuologie

## VERHUISBERICHT

Met ingang van 1 januari 1998 is het administratieadres van het Tijdschrift voor Seksuologie:

**Drs. Stefan Bogaerts**  
**Bogaardenstraat 87**  
**3000 Leuven**  
**België**

**Tel/Fax: +32 (0) 16 / 23 79 50**

**Tel: +32 (0) 11 / 21 20 20**