

HET VULVAIR VESTIBULITIS SYNDROOM PRIMAIR OPERATIEF EN NIET PRIMAIR GEDRAGSTHERAPEUTISC H BEHANDELEN: WETENSCHAPPELIJK EN ETHISCH EEN PIJNLIJKE PRAKTIJK

L. P. Scharwächter*

Refererend aan de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek en geïllustreerd met een casus wordt in dit artikel de operatieve behandeling van het vulvair vestibulitis syndroom als de primaire therapie boven de gedragstherapeutische behandeling ter discussie gesteld. De operatieve behandeling wordt verworpen als niet noodzakelijk op basis van deze wetenschappelijke resultaten. Bovendien wordt het op deze gronden als ethisch onaanvaardbaar beoordeeld: een niet noodzakelijk ingrijpen op de fysieke integriteit van het menselijk lichaam. De beroepsvereniging dient een standaard op te stellen om het beroepsveld niet de primaire keuze van de behandelvorm te laten bepalen. De Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie komt met richtlijnen om het vulvair vestibulitis syndroom primair gedragstherapeutisch en eventueel secundair operatief te behandelen.

In mijn praktijk heb ik een vrouw met het vulvair vestibulitis syndroom behandeld. Deze bleek hieraan te zijn geopereerd zonder dat de klacht veranderde. De klacht reageerde goed op mijn seksuologische behandeling die gedragstherapeutisch was. Dit riep bij mij de vraag op of de operatie wel een eerste keuze van behandeling had mogen zijn.

In dit artikel zal eerst het vulvair vestibulitis syndroom worden omschreven. Vervolgens worden de operatieve en de gedragstherapeutische behandeling als de twee meest gepraktiseerde behandelvormen voor het vulvair vestibulitis syndroom in Nederland en de onderzoeksresultaten ervan beschreven. Daarna wordt de casus gepresenteerd. Als laatste volgt de discussie en mijn conclusie.

Definitie

Het Vulvair Vestibulitis Syndroom (VVS) of Focale Vulvitis (FV) is een vorm van dyspareunie - recidiverende of aanhoudende genitale pijn samenhangend met de coïtus (American Psychiatric Association, 1994; Koster van Groos, 1995) - waarbij scherpe pijn of schrijnende, brandende sensaties wordt ervaren bij het aanraken van de vulva (Abramov et al., 1994; Bergeron et al., 1997a+b; Byth, 1998; Friedrich, 1987, 1988; Gianotten et al., 1988; Jantos & White, 1997; de Jong et al., 1995, 1998; van Lunsen et al., 1996; van der Meijden et al., 1994; McKay,

1989, 1991, 1992; Pagano, 1999; Peckham et al., 1986; Ramakers & van Lunsen, 1997a+b; Weijmar Schultz et al., 1992, 1996a+b, 1997; White & Jantos, 1998).

De diagnose wordt gesteld als er pijn optreedt bij het aanraken van of het drukken op het vulvaire vestibulum en het aanwezig zijn van vulvair erytheem (rode plekjes in het vestibulum van de vulva) bij lichamelijk onderzoek.

De duur van de symptomen is minstens zes maanden. Veelal leidt de pijn tot vermindering van het seksuele verlangen en seksuele opwinding. Er is vaak verminderde lubricatie. Er kan een hypertonie van de bekkenbodemmusculatuur en/of een vaginistische reactie - een recidiverende of aanhoudende onwillekeurige spasme van de musculatuur van het buitenste derde deel van de vagina waardoor geslachtsgemeenschap wordt belemmerd (American Psychiatric Association, 1994; Koster van Groos, 1995) - aanwezig zijn. De vaginistische reactie is primair wanneer het vanaf het begin van het seksuele functioneren aanwezig is en secundair wanneer het na een periode van seksueel functioneren is ontstaan. De vulvaire vestibulitis is primair

wanneer de pijn bestaat vanaf de eerste pogingen om tampons vaginaal in te brengen of de eerste pogingen tot coïtus (Byth, 1998; Goetsch, 1996; Marinoff & Turner, 1992). De vulvaire vestibulitis is secundair wanneer er een periode is geweest waarbij het inbrengen van de tampons en de seksuele gemeenschap zonder pijn

* Drs. L. P. Scharwächter, klinisch psycholoog NIP/psychotherapeut BIG/filosoof/ seksuoloog NVVS. Rutgers Stichting, Apeldoornseweg 52-54, 6814 BM Arnhem. Afdeling Medische Psychologie, Bosch Medicentrum, locatie Groot Ziekengasthuis, Nieuwstraat 34, 5211 NL `s Hertogenbosch.

⁰ Geaccepteerd voor publicatie 7 maart 2000

Het Vulvaire Vestibulitis Syndroom 153

was.

White en Jantos (1997) bestudeerden in een gecontroleerd onderzoek de elektromyografieresponsen van de bekkenbodemspiermusculatuur bij patiënten met het vulvair vestibulitis syndroom. De groep met het vulvair vestibulitis syndroom heeft vergeleken met de controlegroep een verhoogde grondlijn in de rusttoestand (71%), een slechte contractiepotentiaal (65%), een verhoogde standaarddeviatie in de rusttoestand (93%), langzaam tot slecht herstel na contractie (86%) en een lage frequentie (69%). De studie laat zien dat 88% van de patiënten met het vulvair vestibulitis syndroom op zijn minst aan drie van de hier genoemde elektromyografieresponscriteria beantwoordt en dat de diagnose vulvair vestibulitis kan worden bevestigd door: 1. de instabiliteit van de bekkenbodemspieren, 2. het slechte herstel van de bekkenbodemspieren na contractie en 3. de verhoogde grondlijn in de rusttoestand met een ander te kiezen criterium: of 4. de gereduceerde frequentie of 5. de gereduceerde bekkenbodemspiercontractiesterkte.

Incidentie en prevalentie

De incidentie en prevalentie van het vulvair vestibulitis syndroom zijn onbekend (Baggish & Miklos, 1995; Barbero et al., 1994; Furlonge et al., 1991; Glatt et al., 1990; de Jong et al., 1998; Meana & Binik, 1994; Paavonen, 1995a+b; Pagano, 1999). Het syndroom is voor het eerst door Skene in 1889 beschreven. Sinds het syndroom in het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw opnieuw in de aandacht is gekomen, wordt er in de gynaecologische

Etiologie

Over de oorzaak van het VVS bestaan meerdere hypothesen. Tot nu toe is er geen éénduidige oorzaak-gevolg verband bewezen (Abramov et al., 1994; Baggish & Miklos, 1995; Barbero et al., 1994; Bazin, et al., 1994; Bergeron et al., 1997a+b; Bornstein et al., 1992; Byth, 1998; Dennerstein & Scurry, 1999; Drenth, 1998; Dupree & Tyler, 1994; Glazer et al., 1995; Foster et al., 1993; Friedrich, 1987, 1988; Furlonge et al., 1991; Gianotten et al., 1988; Jantos & White, 1997; de Jong et al., 1995, 1998; van Lankveld et al., 1995, 1996; van Lunsen et al., 1992, 1996; Mann et al., 1992; Marinoff & Turner, 1991, 1992; McKay, 1989, 1991, 1992; van der Meijden et al., 1994; Michlewitz et al., 1989; Nadarajah & Haye, 1990; Oates, 1990; Ostergard, 1990; Paavonen, 1995a+b; Pagano, 1999; Peckham et al., 1986; Ramakers & van Lunsen, 1997a+b; Rendler & Melmed, 1995; Sjöberg & Lundqvist, 1997; Stewart et al., 1994; Sonnendecker et al., 1993; Weijmar Schultz et al., 1992, 1996a+b, 1997; White & Jantos, 1998). Verondersteld wordt dat de oorzaak multifactorieel is en zowel lichamelijke, psychologische, seksuologische, relationele, sociale als culturele componenten een rol spelen, die op elkaar inwerken en de dyspareunie circulair in stand houden. Voor een bespreking van de etiologieën verwijs ik naar de hier genoemde overzichtsartikelen.

Twee behandelmethoden en hun resultaten

Het vulvair vestibulitis syndroom wordt farmacologisch, operatief en gedragstherapeutisch behandeld (Baggish & Miklos, 1995; Bergeron

praktijk een toenemend aantal vrouwen met het vulvaïr vulvitis syndroom geconstateerd. Het is onduidelijk of het syndroom meer voorkomt of meer wordt waargenomen. Goetsch (1991) vindt bij een studie in haar eigen, algemeen gynaecologische praktijk een prevalentie van 15%.

Glatt et al. (1990) krijgen uit een vragenlijstonderzoek onder vrouwen met een respons van 75.5% dat 39% nog nooit, 7% zelden, 46% soms, 5.4% frequent en 2.6% altijd dyspareunie had gehad. Van de onderzochten had 13.7% voor de pijnklacht een professionele hulpverlener in de gezondheidszorg geconsulteerd en maar 4.8% ontving een specifieke diagnose of behandeling. Van de onderzochten wist 19.2% niet wat de oorzaak van de dyspareunie was en 15.7% wist niet wat ze konden doen om de pijn te vermijden of te verminderen. Bij 15% was de klacht spontaan verdwenen.

et al., 1997a; Byth, 1998; de Jong et. al., 1998; Marinoff & Turner, 1991, 1992). De resultaten van de medicamenteuze behandelingen zijn beperkt en wisselend. Er zijn weinig goed gecontroleerde studies en er zijn weinig goed gedocumenteerde onderzoeken naar de lange termijn resultaten van de verschillende behandelvormen. Voor een samenvattende beschrijving van de onderzoeken en de onderzoeksresultaten van de behandelingen verwijs ik naar de hier genoemde overzichtsartikelen.

Door een gebrek aan goed gecontroleerd onderzoek is over het spontaan herstel bij het vestibulair vestibulitis syndroom nauwelijks iets bekend. Peckham (1986) neemt bij een onbehandelde controlegroep waar dat 37% volledig verbetert, 16% gedeeltelijk verbetert en 47% onveranderd blijft. Pagano (1999) vindt een spontane verdwijning of verbete

154 L. P. Scharwächter

ring na het eerste contact in 21% van zijn onderzoeksgroep. In het eerste gesprek pleegt hij echter een aantal interventies. Hij geeft een

candida, behandelt hij met een antischimmeltherapie (carbamazepine). Hij vermoedt dat het positieve behandelresultaat bij

verklaring voor de klacht en een aantal gedragsadviezen. Een deel van zijn onderzoeksgroep (13%), patiënten zonder

13% een placebo-effect is.

Op het moment zijn er twee behandelmethoden

Tabel 1.

Behandelresultaten bij het opereren van het vulvair vestibulitis syndroom (gem. = gemiddeld, med. = mediaan)

onderzoekers aantal follow-up helemaal veel enigzins onver verslechterd

pat. maanden verbeterd verbeterd verbeterd veranderd

Abramov et al., 7 12 100%

1993

Barbero et al., 21 1-6 90.5% 9.5%

1994

Bergeron et al., 38 13-120 31.5% 26.3% 13.2% 26.4% 2.6%

1997b gem.=39

Bornstein et al., 11 ? 82% 9% 9%

1995

Friedrich, 25 3-36 56% 32% 12%

1987

Goetsch, 12 6-72 83.3% 8.3% 8.3%

1996 med.=26

de Jong et al., 14 36-84 21.4% 21.4 57.2%

1995

Mann et al., 56* 6-54 29% 37% 21% 9% 2%

1992

Marinoff & Turner, 73 ? 82% 15% 3%

1991

Marinoff et al., 19 ? 84% 11% 5%

1993

Michlewitz et al., 16 ? 100%

1989

Pagano, 22 12-60 63.6% 27.3% 9.1%

1999

Peckham et al., 8 >5 75% 12.5% 12.5%

1986

Reid et al., 22 ? 59% 41%

1988

Schover et al., 38 8 47% 37% 16%

1992

Schreuder-Bais 158 24-36 57% 29.7% 12% 1.3%

et al., 1997

Weström, 12 19 58.3% 25% 16.7%

1991

Weijmar Schultz et 7 8-56 57.1% 28.6% 14.3%

al., 1996a+b, 1997 gem.=36

Woodruff & et al., 18 6-60 100%

1981

Woodruff et al., 14 6-36 100%

1983

Woodruff & Fried- 44 ? 81.8% 13.6% 4.6%

rich, 1985

* 1 (2%) geen

Het Vulvair Vestibulitis Syndroom 155

die in Nederland het meest worden voorgestaan en toegepast. De ene is een operatieve behandeling: de perineoplasty van Woodruff (Woodruff et al., 1981; Woodruff & Parmley, 1983; Woodruff & Friedrich, 1985). Deze operatie houdt in het wegnemen van vestibulumepitheel en hymen, gevolgd door een opschuifplastiek van de vaginawand.

Het gerapporteerde succes varieert van 21.4% tot 100%. (Zie tabel 1). Woodruff en collega's (1981, 1983) berichten een 100% succespercentage. Een dergelijk hoog percentage is nog alleen door Abramov et al. (1993) en Michlewitz et al. (1989) gerepliceerd. De laagste uitkomst krijgt de Jong et al. (1995): 21.4%. Op basis van een vergelijkend literatuuronderzoek constateren Baggish en Miklos (1995) en Weijmar Schultz et al. (1996a+b, 1997) dat de lange termijn succespercentages tussen de 40% en 60% liggen. Bij het onderzoek van Friedrich (1987) klagen twee vrouwen (8%) dat na de operatie het gebrek aan lubricatie voor hen een significant probleem is geworden. Schreuder-Bais et al. (1997) vinden in hun onderzoek dat er sinds de operatie bij 39,2% van de patiënten tijdens de

De andere behandeling is gedragstherapeutisch (de Jong et al., 1995, 1998; van Lunsen et al., 1992, 1996; van Lunsen & Stam, 1990; Ramakers & van Lunsen, 1997a+b; Schacht, 1982; Weijmar Schultz et al., 1996a+b, 1997). Naar deze behandelvorm is nog nauwelijks wetenschappelijk onderzoek verricht. De gedragstherapie probeert het geconditioneerde pijngedrag te deconditioneren. De gedragstherapie doet dit onder andere door het op natuurlijke wijze laten herstellen van de geïrriteerde huid in het vestibulum van de vulva door de instandhoudende factoren weg te nemen. Er wordt gebruik gemaakt van maatregelen ter vermindering van de mechanische irritatie zoals een coïtusstop en het vervangen van schurende kleding door zachte stoffen, hygiënische maatregelen zoals de vulva niet met zeep wassen, beschermende maatregelen zoals het aanbrengen van een beschermende, inerte crème (bijvoorbeeld met Lanette Crème FNA), ontspanningsmaatregelen zoals bekkenbodemuisculatuurrelaxatieoefeningen, seksuele maatregelen zoals het herstellen of aanleren van het door de cliënte en haar partner gewenste seksuele gedrag, psychologische en relationele maatregelen.

Van Lunsen et al. (1992) vinden dat 75% van 200 behandelde vrouwen volledig klachtenvrij is bij een follow-up van drie maanden na afsluiting van de therapie.

Weijmar Schultz et al. (1996a+b, 1997) die in een prospectief gerandomiseerd

seksuele opwinding minder lubricatie dan voorheen is hetgeen door de schrijvers als een negatief effect van de operatie wordt gezien.

Bij de wetenschappelijke onderzoeken zijn veel methodologische tekortkomingen die de resultaten afzwakken (Bergeron et al, 1997a+b; de Jong et al., 1995; Lunsen et al., 1992). In de meeste studies is geen controlegroep aanwezig. Veelal zijn er retrospectief, geselecteerde, kleine en geen prospectief gerandomiseerde, grote steekproeven. Gestandaardiseerde protocollen zijn zeldzaam. De selectiecriteria zijn minimaal, onduidelijk en/of onsystematisch. De pijnmeting is rudimentair of wordt helemaal niet gedefinieerd. Het is niet duidelijk hoe de gerapporteerde succespercentages moeten worden geïnterpreteerd, omdat de criteria voor succes niet worden gedefinieerd, er geen standaard assessmentprocedure wordt beschreven en er weinig informatie over de lengte van de follow-up is. De evaluatie van de behandeling is altijd niet "blind" hetgeen ze zeer subjectief maakt. Vergelijking tussen de verschillende onderzoeksresultaten wordt nog meer gehinderd door het gebruik van variaties in de operatietechniek. Mogelijke andere behandelingen tijdens de periode tussen de operatie en de follow-up worden niet genoemd. Daarnaast wordt een operatie nogal eens gecombineerd met gedragstherapeutische technieken. Hierdoor is het niet mogelijk om de verbetering

onderzoek gedragstherapie zonder en met een Woodruff-perineoplastieke operatie volgens het protocol van Dony (1992) vergeleken, krijgen drie jaar na de behandeling als resultaat dat 79% van de vrouwen in meerdere of mindere mate met een gedragstherapie geholpen is. Als daarna alsnog wordt geopereerd dan stijgt het percentage naar 89%.

Toen bleek dat er geen statistisch significant verschil tussen de twee onderzoeksgroepen bestond qua uitkomst, behandelduur en het aantal consulten en de onderzoekers het onderzoek wilden continueren, kregen de "patiëntenzorgers" onder de onderzoekers er (ethische?) problemen mee om toch primair te blijven opereren. Besloten werd de randomisatie van de toewijzing aan de onderzoekscondities op te heffen en aan de patiënten zelf de keuze te laten welke therapie ze wilden ondergaan.

"Onze conclusie is ... 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

alleen aan de operatie toe te
schrijven.

van irritatie, bekkenbodempertone en seksueel onaangepast gedrag niet kan worden doorbroken" (Weijmar Schultz et al., 1996a, p. 83; 1997, p. 7).

In 1998 schrijven Weijmar Schultz en van de Wiel dat sinds de resultaten van het bovenstaande onderzoek patiënten met het vulvair vestibulitis syndroom in het Academisch Ziekenhuis Groningen primair met gedragstherapie worden behandeld. "Er wordt alleen geopereerd op strikte indicatie: 1. als geen duidelijke winst meer te behalen valt met de gedragstherapeutische maatregelen, 2. als ook de bekkenbodemspierspanning geen klachtenonderhoudend moment meer vormt en 3. als de hyperaemische foci ter plaatse van het vestibulum dat nog wel zijn. Patiëntes die niet voldoende gemotiveerd kunnen worden voor een niet-operatieve aanpak worden ... niet meteen geopereerd." (p. 157). Sinds 1991 zijn er op basis van deze criteria in het Academisch Ziekenhuis Groningen negen vrouwen met het vulvair vestibulitis syndroom met een Woodruff plastiek geopereerd. Na de operatie werd de gedragstherapeutische behandeling voortgezet. Zeven vrouwen zijn genezen en twee zijn nog onder behandeling en hun prognose wordt gunstig geacht.

De Jong et al. (1998) schrijven: "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

sibel. De conclusie dat er niet alleen geen indicatie is voor irrationeel chirurgisch ingrijpen, maar dat er een reëel behandelingsalternatief is" (p. 23-25).

De Jong et al. (1998) trekken de consequentie uit hun conclusie: "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 behandelalternatief voorhanden was..." (p. 58).

Weijmar Schultz en van de Wiel (1998) reageren hier op met: "... Hulpverleners doen patiënten onrecht door, conform het AMC-standpunt, in een zogenaamde geïntegreerde benadering operatieve interventie bij voorbaat uit te sluiten, en dat notabene op 'theoretische en ethische overwegingen' en niet door deugdelijk onderzoek. Bij een werkelijk geïntegreerde benadering past het de patiënt mede de keuze te laten welke therapie aan te gaan, vooral ook als de literatuur geen uitsluitsel geeft" (p. 157).

Geconcludeerd kan worden dat er op basis van de resultaten van het huidige wetenschappelijke onderzoek geen significant verschil is tussen een operatieve en een gedragstherapeutische behandeling van het vulvair vestibulitis syndroom. De keuze voor een bepaalde behandelvorm wordt nogal eens op praktische gronden genomen: de stijl van de kliniek of

worden dat de rationaliteit om te opereren ontbreekt. Gedragstherapeutische behandelingen, waarbij met verschillende causale en onderhoudende factoren rekening gehouden wordt, zijn de behandeloptie van eerste keus" (p. 58).

Van Lunsen et al. (1996) formuleren het als volgt: "In een eigen studie bleek dat de gevolgen van operatie vaak desastreus waren (de Jong et al., 1995). De conclusie van dit onderzoek was dat geen enkele aanwijzing gevonden kon worden voor een positieve bijdrage van de operatie aan het genezen van focale vulvitis. Integendeel. De emotionele schade van de operatie was aanzienlijk. Het is overigens opvallend hoe weinig aandacht in de literatuur is voor de psychologische en seksuologische aspecten van focale vulvitis. Chirurgische behandeling van focale vulvitis is ons inziens niet geïndiceerd omdat de ratio voor een dergelijke behandeling ontbreekt en de resultaten matig tot slecht zijn. Een chirurgische interventie houdt geen rekening met de psychologische en psychoseksuele aspecten van het probleem en is bovendien irrever-

de eigen discipline. De keuze om primair gedragstherapeutisch en niet primair of helemaal niet operatief te behandelen wordt op ethische gronden genomen. Er zijn meer goed gecontroleerde en goed gedocumenteerde studies nodig met een standaard assessment procedure, met een lange termijn follow-up en met succescriteria op fysiek, seksueel, psychologisch, relationeel, sociaal en cultureel vlak.

De casus

De aanmeldingsklacht

Cliënte had zich met dyspareunie (DSM-IV-As I-codering: 302.76 (American Psychiatric Association, 1994; Koster van Groos, 1995)) en een vaginistische reactie aangemeld. Ze had sinds zeven jaar pijn bij de gemeenschap. Sinds twee jaar had ze vanwege angst voor de pijn geen gemeenschap meer. De zin in coïtale seks was sterk verminderd. Ze had als gevolg van dit probleem een chronische aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken (DSM-

IV-As I-codering: 309.0 (American Psychiatric Association, 1994; Koster van Groos, 1995)) ontwikkeld.

Enige biografische gegevens

Bij de aanmelding was cliënte 24 jaar. Haar man was 27 jaar. Ze waren tweeënehalf jaar gehuwd en hadden daarvoor vijf jaar verkering.

Cliënte is een zich afhankelijk opstellende, hardwerkende kraamverzorgster, die niet snel kwaad wordt. Zij komt uit een Nederlands-Hervormd gezin. Haar vader is boer. Moeder helpt mee op de boerderij mee. Cliënte is de oudste van vier dochters. In het praktische en lacherige meidengezin wordt over gevoelens niet gepraat.

De man van cliënte is een volgzame, weinig pratende, weinig zelfreflectieve, hardwerkende bouwvakker. Ook hij komt uit een Nederlands-Hervormd gezin. Zijn vader legt riolering aan. Hij is het vierde kind, de tweede zoon en heeft nog vier zussen. Zijn moeder hield haar kinderen in de hand en liet ze in de puberteit wat vrijer. In zijn gezin van herkomst wordt eveneens niet over gevoelens gepraat.

Seksuologische anamnese

Cliënte is in de puberteit niet seksueel met haar lichaam bezig geweest. Ze streefde en masturbeerde zichzelf niet. Net als bij haar man werd in haar gezin van herkomst niet over seks gepraat. De echtelieden hadden met elkaar het eerste seksuele contact. Zij is bij coïtale seks erg gespannen, wordt niet opgewonden en lubriceert niet.

hetgeen onvoldoende effect had. De overgang van de pelottes naar de gemeenschap lukte niet.

In verband met de aanwezige afwijkingen aan het epitheel van de introitus vaginae werd cliënte voor een opschuifplastic naar een gynaecoloog van een academisch ziekenhuis verwezen. Tien maanden na de eerste aanmelding bij de gynaecoloog van het streekziekenhuis werd cliënte geopereerd. De ingreep vond plaats onder narcose. Er vond een resectie van het vestibulum epitheel en hymen tot naast de meatus urethra en tot twee centimeter onder de commissura posterior plaats. Hierna volgde een opschuifplastic van de vagina. Postchirurgisch blijkt cliënte niet meer op natuurlijke wijze te lubriceren en is ze voor vaginale seks de rest van haar leven op kunstmatige lubricans aangewezen.

De pelottenabehandeling is bij de seksuoloog van het academische ziekenhuis niet opgestart, omdat cliënte vanwege een drie maanden durende wachttijd zich inmiddels bij de Rutgers Stichting had aangemeld. Een belangrijke, andere reden was dat cliënte zich door de gynaecoloog van het academische ziekenhuis in de steek gelaten voelde en het vertrouwen in hem verloren had omdat de dyspareunische klacht onveranderd was gebleven, terwijl de gynaecoloog haar had verteld dat de operatie medisch gezien was geslaagd en cliënte niet meer bij hem hoefde terug te komen. Dit vertelde cliënte.

Het bleek dat cliënte haar vagina vooraf aan het vrijen met zeep waste, omdat ze de vaginale

In het begin van hun seksuele relatie was ze angstig, gespannen, verkrampde ze vaginaal en lukte de penetratie niet. Geleidelijk aan wel, maar zij bleef angstig en gespannen en de gemeenschap gaf een branderige, schrijnende pijn, hetgeen haar weer angstig en gespannen voor de volgende gemeenschap maakte. In het begin van de relatie coïteerde het stel twee keer per week. Later hadden ze één maal per twee weken seks, meestal oraal en manueel, waarbij zij beiden tot een orgasme kunnen komen.

Cliënte consulteerde voor vaginale infecties en pijn tijdens haar verkering regelmatig de huisarts. Deze constateerde rondom haar huwelijk bij inwendig onderzoek geen fysieke afwijkingen. Een half jaar na het huwelijk had zij geen zin meer in seksuele gemeenschap, omdat ze veel vaginale pijn had. De huisarts had haar een jaar voor de aanmelding bij de Rutgers Stichting naar een gynaecoloog van een streekziekenhuis verwezen. Deze concludeerde vaginistische klachten leidend tot dyspareunie. Hij behandelde een schimmelinfectie (candida) met diflucan en de vaginistische reactie met pelottes,

afscheiding vies vond. De geslachtsgemeenschap deed en wilde ze primair voor haar man. Ze vond dat ze dat als gezonde vrouw hem geslachtsgemeenschap diende te bieden. Ze voelde zich als vrouw tekort schieten, zichzelf minder waard en zich schuldig dat ze hem dit niet kon geven. Hij vond gemeenschap wel fijn, maar hij zei zonder te kunnen leven. Dit kon zij zich niet voorstellen. Tijdens de behandeling bleek echter dat hij zich inderdaad tevreden voelde met de extracoïtale seks die ze hadden. Cliënte dacht dat haar vagina te krap was om zijn penis te herbergen. Middels seksuele educatie over de rekbaarheid van de vaginawand heb ik in het begin van de behandeling geprobeerd deze gedachte te corrigeren. Bij het echtpaar was een zwangerschapswens aanwezig.

De behandeling

Na de intake met beide partners werd cliënte voor een inwendig onderzoek naar een consult bij de arts van de Rutgers Stichting verwezen. Bij het vaginaal toucher werd hypertonie van de bekkenbodem-

musculatuur geconstateerd. In het begin van het vestibulum van de vagina werden erythemateuze foci (rode plekjes) tussen vijf en zeven klokuur waargenomen die bij de touch test (lichte aanraking met een wattenstokje) pijnlijk waren. Cliënte kreeg ter bescherming van de vulvaire huid een afdekkende, inerte crème (cremor cetomacrogolis FNA) mee die ze elke ochtend moest aanbrengen.

Vervolgens hebben er acht behandelsessies en één afsluitende sessie met een maandelijks frequentie plaatsgevonden. De behandeling was gedragstherapeutisch en daarmee op de leertheorie gebaseerd. De gedragstherapie richtte zich op de behandeling van het vulvaire vestibulitis syndroom, de vaginistische reactie en de hypertonie van de bekkenbodemmusculatuur.

De eerste behandelsessie werd, na de psycho-educatie over de klacht en de voorgenomen behandeling volgens het meersporenmodel (de Jong et al., 1995, 1998; van Lunsen, 1995; van Lunsen et al., 1992, 1996; Lunsen & Stam, 1990; Ramakers & van Lunsen, 1997a+b; Weijmar Schultz et al., 1996a+b, 1997), met de echtelieden afgesproken dat de coïtusstop als pijnstop vooreerst zou blijven gehandhaafd. Tevens werden maatregelen ter voorkoming van de mechanische huidirritatie, zoals de vulva niet met een washand wrijvend wassen maar alleen spoelen met de douchestraal en na het wassen niet wrijvend drogen met de handdoek maar drogen met de föhn, in plaats van het herenzadel een dameszadel op de fiets zetten, en hygiënische adviezen, zoals de

rose. Cliënte had haar bekkenbodemspieren ontdekt en kon deze aan- en ontspannen. Als huiswerkopdrachten werden afgesproken dat cliënte tijdens het opbrengen van de beschermende, inerte crème de huid lichtjes zou masseren en op een ander tijdstip haar vinger met een lubricatiemiddel stap voor stap geleidelijk aan met behulp van de Kegeloefening in de vagina zou inbrengen (Yaffé & Fenwick, 1990). Het ontspannen van de bekkenbodemmusculatuur en het steeds laten rusten van de vinger tijdens het inbrengen ervan kreeg daarbij speciale aandacht.

In mijn seksuologische praktijk werk ik niet met pelottes vanwege het lichaamseigene van vingers waardoor niet alleen in de vaginawand zintuiglijk wordt waargenomen maar ook in de vingers. Het lichamelijke tweezijdig voelen van de spiercontractie en -ontspanning vergroot de controle en relaxatie door biofeedback. Tevens lijkt me in verband met de beleving van zelfcontrole de psychologische betekenis van belang: vingers zijn van jezelf, pelottes komen van een ander. Door dit proces wordt mijns inziens het vagina- en lichaamsbewustzijn vergroot, het lichaam meer eigen gemaakt als behorend tot het persoonlijke zelf en de autonomie vermeerderd.

De derde sessie bleef de huid rose en de pijn weg. Cliënte kon de vinger goed inbrengen. Afgesproken werd dat ze zou gaan oefenen met twee vingers. De vierde sessie bleek dit goed te gaan. Afgesproken werd dat ze het zou gaan oefenen met drie vingers die tot een driezijdige pyramidevorm

vulva niet reinigen met zeep maar met water, doorgenomen. Vervolgens werd afgesproken dat cliënte met een handspiegel haar vulva zelf zou onderzoeken op de roodheid van de huid en het natuurlijk herstel van de vulvaire huid met haar eigen waarneming zelf zou gaan volgen. Om de bekkenbodemmuscultuur te ontdekken en te leren aan- en ontspannen werd de Kegeloefening (het streepjesplassen) als huiswerkopdracht meegegeven. Als ze de spieren op deze wijze had ontdekt dan zou ze het aan- en ontspannen met een handspiegel gaan observeren. Vervolgens zou ze ook overdag een paar maal met haar kleren aan gaan zitten en het aan- en ontspannen van de bekkenbodemmuscultuur oefenen. Bij de ontspanning zou ze speciaal receptieve aandacht aan de inwendige, zintuiglijke waarneming van de bekkenbodemspieren geven om de ontspanning te vermeerderen en te laten bestaan. Aangezien er geen afwijkend mictiepatroon aanwezig was, werd er geen mictie regime afgesproken.

De tweede sessie was de huid hersteld en weer

zouden worden gelegd.

De vijfde sessie meldde cliënte dat ze twee vingers ontspannen kon inbrengen. Bij drie vingers kwam ze halverwege vast te zitten. De vagina beleefde ze als te krap, hetgeen haar angstig en gespannen maakte. Ze was bang om weer pijn te ervaren. Ze dacht nog steeds dat haar vagina te nauw was om een penis of drie vingers te herbergen. Het niet lukken van de oefening zag ze als een bewijs. Met seksuele educatie werd opnieuw deze irrationele gedachte uitgedaagd en de instructies voor het aan- en ontspannen van de bekkenbodemmuscultuur werden herhaald.

De zesde sessie bleek het tot haar eigen verbazing wel te gaan, hetgeen ze als een opluchting ervoer. Vervolgens werd afgesproken dat de man dezelfde stapsgewijze opbouw met zijn vingers zou verrichten, zodat zij kon gaan wennen aan het onder haar controle toelaten van het niet lichaamseigene in haar vagina. De zevende sessie bleek dat cliënte twee vingers van haar man in haar vagina kon toelaten. Het onder haar controle geleidelijk de

penis in haar vagina toelaten werd afgesproken.

De achtste sessie bleek dat goed te gaan. Stapsgewijs opbouwend, eerst met haar vingers en daarna met zijn vingers en vervolgens op dezelfde wijze met de penis, kon ze de penis in haar vagina toelaten. Als huiswerk oefening werden ter opeenvolging de "sensate focus" oefeningen van Masters en Johnson (1970), het opbouwen met de vingers en het toelaten van de penis voorgesteld. Cliënte werd uitgenodigd om hierbij te proberen zich iets meer aan haar spontane seksuele behoeften en reacties over te geven.

De negende sessie bleken ze samen vijf maal prettig gemeenschap te hebben gehad. De seksuele consumptie werd onmiddellijk met een zwangerschap vruchtbaar bekrond. Cliënte ervoer geen pijn en was minder angstig en gespannen geworden. Ze kreeg meer zin in coïtale seks en raakte steeds sneller opgewonden. Haar visie op seksualiteit was veranderd. In tegenstelling tot voor de sekstherapie durfde ze zichzelf toe te staan dat ze op andere manieren dan gemeenschap mocht vrijen en tijdens het vrijen te volgen wat ze lichamelijk als prettig ervoer in de plaats van te volgen wat volgens haar normen hoorde. Ze durfde nu "nee" te zeggen als ze niet wilde vrijen. De depressieve stemmingstoestand was verdwenen.

Uit een telefonische follow-up, een jaar na de bevalling, bleek het behaalde behandelresultaat te zijn gehandhaafd.

Discussie

Geenszins wordt hier beweerd dat deze vorm van gedragstherapie de

Tweeëntwintig van de 28 patiënten (78,6%) die

gemiddeld 13 maanden abtinent van de coïtus waren geweest, hernamen na de behandeling de seksuele gemeenschap. Zeventien van de 33 patiënten (51,5%) rapporteerden een pijnvrije seksuele gemeenschap. Vanuit de literatuur is er geen evidentie dat het bewustzijn van de bekkenbodemspieractiviteit in combinatie met de bekwaamheid om de bekkenbodenmusculatuur vrijwillig te relaxeren bijdragen aan het neutraliseren van de onvrijwillige bekkenbodemspieractiviteit (van der Velde, 1999).

De hier beschreven klachtgerichte gedragstherapie werd niet gecompliceerd door traumatische ervaringen in het verleden of communicatie- en partnerrelatieproblematiek. De relatief snelle verbetering van de vaginistische reactie is mogelijk toe te schrijven aan het feit dat cliënte eerder met een pelotte-behandeling bij de gynaecoloog van het streekziekenhuis bezig is geweest.

Retrospectief is niet meer aan te tonen of deze casus voor de operatie met de gedragstherapie succesvol zou zijn behandeld en of het succes van de gedragstherapie juist aan de operatieve behandeling is te danken. Het naar voren brengen van deze gevalsbeschrijving heeft echter een andere reden die hieronder zal worden uitgelegd.

In de patiëntenvoorlichtingsfolder van het academisch ziekenhuis staat: "In [dit ziekenhuis] gaat de voorkeur uit naar een operatieve

enige vorm is. Cognitieve en emotionele herstructurering kan op een andere manier worden gedaan, zoals bijvoorbeeld door bibliotherapie, rationeel emotieve therapie van Ellis (van Lankveld, 1993) en het socratische gesprek volgens de cognitieve therapie van Beck (1995). Voor het ontspannen van de bekkenbodemspiermusculatuur zijn er andere gedragsoefeningen voorhanden, zoals autogene relaxatietraining (van der Velde & van Lunsen, 1997). Er kan ook van biofeedbackapparatuur gebruik worden gemaakt (Glazer et al., 1995). Glazer et al. vinden na vier maanden oefenen met elektromyografie een toename van de bekkenbodemspiermusculatuurcontracties met 95,4%, een afname van de bekkenbodemspiermusculatuurspanning in de rusttoestand met 68% en een afname van de bekkenbodemspierspanninginstabiliteit in de rusttoestand met 62%. Na zes maanden was bij 83% van de 33 patiënten een afname van de pijn.

behandeling gecombineerd met pelotte-therapie. In [dit] ... ziekenhuis is hier veel ervaring mee en worden goede resultaten bereikt. In andere academische ziekenhuizen wordt in eerste instantie veel gebruik gemaakt van een niet-operatieve therapie." Naast de operatieve behandeling wordt de niet-operatieve meersporenbehandeling kort uitgelegd.

De cliënte van de hierboven beschreven casus was een zich afhankelijk opstellende jong volwassene. Na de intake heb ik met haar besproken dat ze zich ten opzichte van de deskundigen wel erg afhankelijk had opgesteld. Uit wat ze vertelde bleek dat ze zich hopeloos voelde en dacht dat de pijn nooit over zou gaan. Ze hoopte dat de operatie haar de oplossing zou bieden. Ze legde alle verantwoordelijkheid over haar eigen lichaam in de handen van de arts. Ze heeft niet met de gynaecoloog het behandelalternatief onderzocht. In de folder staat vermeld dat de patiënt niet hoeft te aarzelen om aan de gynaecoloog vragen te stellen. Ze heeft aan hem nooit vragen over de andere behandeling gesteld. Volgens zeggen van de cliënte is de gynaecoloog zelf ook niet op het behandelalternatief inge

gaan. In de verwijzersbrief van de gynaecoloog van het streekziekenhuis wordt al een behandelindicatiestelling vermeld. Er staat feitelijk dat patiënte naar het academisch ziekenhuis voor een "opschuifplastiekje" wordt verwezen. Aangezien cliënte een functioneel en praktisch ingesteld iemand is, paste de operatie als een "snelle", technische oplossing van het probleem bij haar beleving.

De keuze van de behandeling voor het vulvair vestibulitis syndroom kan niet alleen aan de patiënt of alleen aan de arts worden overgelaten. Ik ben het met Weijmar Schultz et. al. (1996 a+b, 1997) en Weijmar Schultz en van de Wiel (1998) eens dat de uiteindelijke beslissing voor welke behandeling te volgen een van de patiënt en de dokter samen is, maar ook dat ze voorstellen om niet meteen te opereren omdat dat nog altijd nog kan. "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 verdient verwijzen de voorkeur (Weijmar Schultz et. al., 1996a, p. 83.)". Ik ben het met Abramov et al. (1994), Baggish en Miklos (1995), Byth (1998), Marinoff en Turner (1992), Paavonen (1995 a+b) en Pagano (1999) eens die vinden dat het vulvair vestibulitis syndroom in eerste instantie conservatief moet worden behandeld en dat een operatieve behandeling een laatste toevlucht is.

De hier gepresenteerde casus deed mij verdiepen in de wetenschappelijke basis van de operatieve behandeling. Aangezien

de huidige resultaten van het empirisch onderzoek is dit laakbaar en ethisch onaanvaardbaar.

Gezien de wetenschappelijk gelijke behandelresultaten dient mijns inziens op basis van de hierboven genoemde ethische grond het vulvair vestibulitis syndroom in eerste instantie gedragstherapeutisch te worden behandeld en pas in tweede instantie aan de cliënte een operatie te worden voorgelegd. Vanuit de beroepsvereniging dient mijns inziens een standaard opgesteld te worden om niet aan het beroepsveld de vrijheid over te laten deze volgorde om te draaien. Navraag bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie leert dat zij binnenkort met richtlijnen voor de behandeling van het vulvair vestibulitis syndroom ten behoeve van de beroepsgroep komt. Informeel is mij medegedeeld dat deze richtlijnen lijken op de in dit artikel genoemde indicatiecriteria van Weijmar Schultz en van de Wiel (1998). Hopelijk wordt er door de beroepsgroep aan gehouden.

Conclusie

Het vulvair vestibulitis syndroom primair gedragstherapeutisch en niet primair operatief behandelen is wetenschappelijk en ethisch een minder pijnlijke praktijk. Een operatieve behandeling kan altijd nog secundair plaatsvinden.

Summary

The primacy of surgery over behavioural therapy as the first treatment of choice for vulvar vestibulitis syndrome: scientifically and ethically a painful practice

In this article, the results of scientific research and a casestudy on the surgical

er tot nu toe geen duidelijke medische etiologie is gevonden en er statistisch gezien geen significant verschil is met het niet operatieve behandelalternatief van de gedragstherapie is er wetenschappelijk gezien geen noodzaak om het vulvaire vestibulitis syndroom primair operatief te behandelen. Een operatie is een ingrijpen in het lichaam dat mijns inziens zorgvuldige afweging over de noodzaak ervan behoeft. Een niet noodzakelijk ingrijpen op de fysieke integriteit van het menselijk lichaam is volgens mijn ethisch normbesef onacceptabel. Zeker als het tot onherstelbare, lichamelijke beschadigingen kan leiden. Daarnaast is nog nauwelijks wetenschappelijk onderzocht wat de psychologische gevolgen van een dergelijke operatie op de lichaamsbeleving, het (seksuele) zelfbeeld, de seksualiteitsbeleving en de autonomie zijn en wat de gevolgen voor het seksuele gedrag en voor de partnerrelatie zijn. Dit geldt ook voor de gedragstherapie. Bij de in dit artikel beschreven casus is bij de start van de diagnostiek en de therapie de stap van een gedragstherapeutische diagnostiek en behandeling overgeslagen. Op grond van

and behavioural therapy of the vulvar vestibulitis syndrome are presented. The primacy of surgery over behavioural therapy as the first treatment of choice for vulvar vestibulitis syndrome is questioned and rejected as being unnecessary because of these scientific results and on these grounds it is judged as ethically unacceptable: an unnecessary intervention on the physical integrity of the human body. The profession has to standardize the first treatment of choice. The Dutch Society of Obstetrics and Gynaecology comes with directives to treat the vulvar vestibulitis syndrome primary with behavioural therapy and secondary with surgery.

Literatuur

Abramov, L., I. Wolman & M. P. David (1994). Vaginismus: an important factor in the evaluation and management of vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecology obstetrics Investigation*, 38: 194-197.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition*. American Psychiatric Association, 1994, Washington.

- Baggish, M. S. & J. R. Miklos (1995). Vulvar pain syndrome: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 50:618-627.
- Barbero, M., L. Micheletti, M. C. Z. Valentino, M. Preti, P. Nicolaci, B. Ghiringhello & G. Borgno (1994). Membranous hypertrophy of the posterior fourchette as a cause of dyspareunia and vulvodynia. *The Journal of Reproductive Medicine*, 39:949-952.
- Bazin, S., C. Bouchard, J. Brisson, C. Morin, A. Meisels & M. Fortier (1994). Vulvar vestibulitis syndrome: an exploratory case-control study. *Obstetrics & Gynecology*, 83 (1): 47-50.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. The Guilford Press, New York.
- Bergeron, S., Y. M. Binik, S. Khalifé, & K. Padigas (1997a). Vulvar vestibulitis syndrome: a critical review. *The Clinical Journal of Pain*, 13: 27-42.
- Bergeron, S., C. Bouchard, M. Fortier, Y. M. Binik & S. Khalifé (1997b). The surgical treatment of vulvar vestibulitis syndrome: a follow-up study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 23: 317-325.
- Bornstein, J., Y. Ben-David, L. Hornstein & H. Abramovici (1992). Vulvar vestibulitis: a familial occurrence? *The Cervix and the lower female genital tract*, 10: 167-169.
- Bornstein, J., D. Zarfati, Z. Goldik & H. Abramovici (1995). Perineoplasty compared with vestibuloplasty for severe vulvar vestibulitis. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 102: 652-655.
- Byth, J. L. (1998). Understanding vulvodynia. *Australasian Journal of Dermatology*, 39: 139-150.
- Dennerstein, G. & J. Scurry (1999). Vulvar vestibulitis syndrome. *Australian and NZ Journal of Obstetrics and Gynecology*, 174: 1701-1707.
- Goetsch, M. F. (1996). Simplified revision of the vulvar vestibule for vulvar vestibulitis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 174: 1701-1707.
- Jantos, M. & G. White (1997). The vestibulitis syndrome: medical and psychosexual assessment of a cohort of patients. *The Journal of Reproductive Medicine*, 42: 145-152.
- Jong, J. M. J. de, R. H. W. van Lunsen, E. A. Robertson, L. N. E. Stam & F. B. Lammes (1995). Focal vulvitis: a psychosexual problem for which surgery is not the answer. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 16: 85-91.
- Jong, J. de, M. Ramakers en R. van Lunsen. (1998). Het vulvar vestibulitis syndroom, een review. De dynamiek van een pijnlijk syndroom. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 22: 52-61.
- Koster van Groos, G. A. S. (1995). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Lankveld, J. J. D. M. van (1993). *Zelf je seksuele relatie verbeteren*. Servire, Cothen.
- Lankveld, J. J. D. M. van, A. M. A. Brewaeys, M. M. ter Kuile & P. Th. M. Weijdenborg (1995). Difficulties in the differential diagnosis of vaginismus, dyspareunia and mixed sexual pain disorder. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 16: 201-209.
- Lankveld, J. J. D. M. van, Ph. Th. M. Weijdenborg & M. M. ter Kuile (1996). Psychologic profiles of and sexual function in women with vulvar vestibulitis and their partners. *Obstetrics & Gynecology*, 88: 65-69.
- Lunsen, H. W. van (1995). Het (hypertone)bekkensyndroom (HBS). *Profundum*, 2: 19-22.
- Lunsen, R. van & L. Stam (1990). Dyspareunie, de multidisciplinaire behandeling van een pijnlijk probleem. In: J.P.C. Moors (red.). *Vaginisme en*

Gynaecology, 39: 397.

Dony, J. M. J. & 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.

Drenth, J. J. (1998). What's in a name? Focale vulvitis, vestibulodynie, vulvair vestibulitis of toch maar gewoon dyspareunie? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 22: 145-151.

Dupree Jones, K. & S. Tyler Lehr (1994). Vulvodynia: diagnostic techniques and treatment modalities. *Nurse Practitioner*, 19: 34-46.

Foster, D. C., J. C. Robinson & K. M. Davis (1993). Urethral pressure variation in women with vulvar vestibulitis syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 169:107-112.

Friedrich, E. G. (1987). Vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Reproductive Medicine*, 32: 110-114.

Friedrich, E. G. (1988). Therapeutic studies on vulvar vestibulitis. *The Journal of Reproductive Medicine*, 33:514-518.

Furlonge, C. B., R. N. Thin, B. E. Evans & P. H. McKee (1991). Vulvar vestibulitis syndrome: a clinicopathological study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 98: 703-706.

Gianotten, W. L., A. P. Bak, A. C. Drogendijk & W. I. van der Meiden (1988). Focale vulvitis en focale vestibulodynie: een vorm van pijn bij het vrijen. Voorlopige stand van zaken. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 12: 181-188.

Glatt, A. E., S. H. Zinner & W. M. McCormack (1990). The prevalence of dyspareunia. *Obstetrics & Gynecology*, 75: 433-436.

Glazer, H. I., G. Rodke, C. Swencionis, R. Hertz & A. W. Young (1995). Treatment of vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor

dyspeuranie. Bohn Stafleu en Van Loghum, Houten/Antwerpen.

Lunsen, H. W. van, M. J. de Jong, E. A. Robertson, F. B. Lammes & N. E. Stam (1992). Focale vulvitis: een multifactorieel bepaald syndroom dat een seksuologische meersporenbenadering behoeft, geen chirurgisch ingrijpen. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie*, 105: 324-326.

Lunsen, H. W. van, M. J. Ramakers, D. J. Duyvis & L. N. E. Stam. (1996). Focale vulvitis: een syndroom gekenmerkt door oppervlakkige dyspareunie, vulvodynie, seksuele disfunctie en bekkenbodempertone. *Profundum*, 2:20-25.

Mann, M. S., R. H. Kaufman, D. Brown & E. Adam (1992). Vulvar vestibulitis: significant clinical variables and treatment outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 79: 122-125.

Marinoff, S. C. & M. L. C. Turner (1991). Vulvar vestibulitis syndrome: an overview. *American Journal of Obstetry and Gynecology*, 165: 1228-1233.

Marinoff, S. C. & M. L. C. Turner (1992). Vulvar vestibulitis syndrome. *Dermatologic Clinics*, 10: 435-444.

Marinoff, S. C., M. L. Turner, R. P. Hirsch & G. Richard (1993). Intralesional alpha interferon: cost-effective therapy for vulvar vestibulitis syndrome. *The Journal of Reproductive Medicine*, 38: 19-24.

Masters, W. H. & V. E. Johnson (1970). *Human sexual inadequacy*. Little Brown, Boston.

McKay, M. (1989). Vulvodynia. A multifactorial clinical problem. *Archives of Dermatology*, 125: 256-262.

McKay, M. (1991). Vulvitis and vulvovaginitis: cutaneous considerations. *American Journal of Obstetry and Gynecology*, 165: 1176-1182.

McKay, M. (1992). Vulvodynia. Diagnostic patterns. *Dermatologic*

musculature. *The Journal of Reproductive Medicine*, 40: 283-290.

Goetsch, M. F. (1991). Vulvar vestibulitis: prevalence and historic features in a general gynecologic practice population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 164: 1609-1616.

Clinics, 10: 423-433.

Meana, M. & Y. M. Binik (1994). Painful coitus: a review of female dyspareunia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182: 264-272.

Meijden, W. I. van der, L. A. J. Blindeman, W. A. Gianotten, A. C. Drogendijk & S. Chadha-Ajwani (1994). Focal vulvitis. *British Journal of Dermatology*, 131: 727-728.

- Michlewitz, H., R. D. Kennison, R. N. Turksoy & L. C. Fertitta (1989). Vulvair vestibulitis - Subgroup with Bartholin gland duct inflammation. *Obstetrics & Gynecology*, 73: 410-413.
- Nadarajah, R. & K. R. Haye (1990). Focal vulvitis and localised dyspareunia. *Genitourinary Medicine*, 66: 463.
- Oates, J. K. (1990). Focal vulvitis and localised dyspareunia. *Genitourinary Medicine*, 66: 28-30.
- Ostergard, D. R. (1990). Vestibulitis: a cause of dyspareunia. *Medical aspects of Human Sexuality*, 24: 36-39.
- Paavonen, J. (1995a). Diagnosis and treatment of vulvodynia. *Annals of Medicine*, 27: 175-181.
- Paavonen, J. (1995b). Vulvodynia - a complex syndrome of vulvar pain. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 74: 243-247.
- Pagano, R. (1999). Vulvair vestibulitis syndrome: an often unrecognized cause of dyspareunia. *Australian and NZ Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39: 79-83.
- Peckham, B. M., D. G. Maki, J. J. Patterson & G-R. Hafez (1986). Focal vulvitis: a characteristic syndrome and cause of dyspareunia. *American Journal of Obstetry and Gynecology*, 154: 855-864.
- Ramakers, M. J. & H. W. van Lunsen (1997a). Vulvair vestibulitis (focale vulvitis): oorzaken, diagnostiek en behandeling. *Bijblijven*, 13: 20-27.
- Ramakers, M. J. & H. W. van Lunsen (1997b). Vulvodynie met als oorzaak vulvair vestibulitisyndroom. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141: 2100-2105.
- Reid, R., M. D. Greenberg, Y. Daoud, M. Husain, S. Selvaggi, & E. Wilkinson, (1988). Colposcopic findings in women with vulvar pain syndromes: a priliminary report. *The Journal of*
- Stewart, D. E., A. E. Reicher, A. H. Gerulath & K. M. Boydell (1994). Vulvodynia and psychological distress. *Obstetrics & Gynecology*, 84: 587-590.
- Velde, J. van der & H. W. van Lunsen (1997). Seksuele disfunctie en de rol van de bekkenbodem bij vrouwen. *Bijblijven*, 13: 5-11.
- Velde, J. van der (1999). *A psychophysiological investigation of the pelvic floor: the mechanism of vaginismus*. Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Weström, L. (1991). Vulvar vestibulitis. *The Lancet*, 338: 1088.
- Weijmar Schultz, W. C. M., H. B. M. van der Wiel, L. van der Schoor, W. L. Gianotten, W. I. van der Meijden, L. Blindeman, S. Chadha & 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 der Wiel, L. Blindeman, S. Chadha & A. C. Drogendijk (1996a). 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 der Wiel, L. Blindeman, S. Chadha & A. C. Drogendijk (1996b). Behavioral approach with or without surgical intervention to the vulvar vestibulitis syndrome: a prospective randomized and non-randomized study. *Journal of Psychomatic Obstetrics and Gynecology*, 17: 143-148.
- Weijmar Schultz, W. C. M., W. L. Gianotten, W. I. van der Meijden, H. B. M. van der Wiel, L. Blindeman, S. Chadha & A. C. Drogendijk (1997). Gedragstherapie met of zonder operatieve interventie bij het syndroom focale vulvitis: een pros-pectief gerandomiseerd en niet-gerandomiseerd onderzoek. *Tijdschrift voor Seksuologie*,

Reproductive Medicine, 33: 523-532.

Rendler, T. J. & M. H. Melmed (1995). Vulvar vestibulitis - with special reference to sexual functioning. *Nurse Practitioner*, 20: 9-10.

Schacht, H. (1982). Seksuele stoornissen. In: Orlemans, J.W.G., W. Brinkman, W. P. Haaijman & E. J. Zwaan (red.). *Handboek voor gedragstherapie, deel 2*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Schover, L. R., D. D. Young & R. Cannata (1992). Psychosexual aspects of the evaluation and management of vulvar vestibulitis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 167: 630-636.

Schreuder-Bais, C. A., M. I. Baas & J. M. J. Dony (1997). De waardering voor operatieve behandeling van focale vestibulitis. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie*, 110: 37-38.

Sjöberg, I. and E. N. Lundqvist (1997). Vulvar vestibulitis in the North of Sweden: an epidemiological case-control study. *The Journal of Reproductive Medicine*, 42: 166-168.

Sonnendecker, E. W. W., H. E. M. Sonnendecker, C. A. Wright & G. B. Simon (1993). Recalcitrant vulvodynia: a clinicopathological study. *South African Medical Journal*, 83: 730-733.

21: 1-9.

Weijmar Schultz, W. C. M. & H. B. M. van de Wiel (1998). Integratie duldt geen uitsluiting: een reactie op De Jong et al., 1998. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 22:157.

White, G. & M. Jantos (1998). Sexual behavior changes with vulvar vestibulitis syndrome. *The Journal of Reproductive Medicine*, 43: 783-789.

White, G., M. Jantos & H. Glazer (1997). Establishing the diagnosis of vulvar vestibulitis. *The Journal of Reproductive Medicine*, 42: 157-160.

Woodruff, J. D., R. Genadry & S. Poliakoff (1981). Treatment of dyspareunia and vaginal outlet distortions by perineoplasty. *Obstetrics & Gynecology*, 57: 750-754.

Woodruff, J. D. & T. H. Parmley (1983). Infection of the minor vestibular gland. *Obstetrics & Gynecology*, 62: 609-612.

Woodruff, J. D. & E. G. Friedrich (1985). The vestibule. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 28: 134-141.

Yaffé, M & E. Fenwick (1990). *Seks; praktisch handleiding voor de vrouw*. Zomer & Keunig, Ede/Antwerpen.