

Beschouwing

NHG-Standaard Seksuele klachten

Jip de Jong¹, Peter Leusink² en Tjerk Wiersma¹

¹Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht

²Groene Hart Ziekenhuis, Gouda

Samenvatting

De NHG-Standaard Seksuele klachten beschrijft diagnostiek en beleid bij veel voorkomende seksuele klachten. Een adequate seksuele anamnese is essentieel om een goed beeld van de klachten en onderliggende oorzaken te krijgen. De plaats van lichamelijk en aanvullend onderzoek is beperkt.

Bij de behandeling van seksuele klachten staan voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen centraal; er is aandacht voor de diverse aspecten van seksueel functioneren: lichamelijk, psychisch, relationeel, sociaal/cultureel en genderverschillen. In veel gevallen is een oorzakelijke factor bepalend voor het beleid, zoals comorbiditeit, seksueel trauma of relatieproblemen. In andere gevallen wordt een meer specifieke diagnose gesteld en is het beleid hierop afgestemd.

De nieuwe standaard 'Seksuele klachten' van het Nederlands Huisartsen Genootschap geeft richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van patiënten met seksuele klachten in de huisartspraktijk (NHG werkgroep Seksuele klachten, 2015). Deze standaard is een herziening en uitbreiding van de NHG standaard 'Erectiele disfunctie' uit 2008.

Belangrijke discussiepunten tijdens de ontwikkeling van de standaard betroffen de plaats van signalering van seksuele klachten door de huisarts, de plaats van het lichamelijk onderzoek en van de testosteronbepaling, de diagnostische indeling en het medicamenteus beleid bij vroegtijdige zaadlozing. Deze discussiepunten worden hieronder toegelicht.

Domein van de standaard

De standaard beperkt zich tot een aantal veel voorkomende seksuele klachten en bespreekt een aantal voor de huisarts belangrijke 'oorzakelijke factoren', zoals beperkte kennis van de anatomie, veranderingen bij het

ouder worden en de gevolgen van mutilerende operaties. De besproken problemen zijn geselecteerd op grond van een knelpuntanalyse. Andere onderwerpen zoals hyperseksualiteit (seksverslaving), parafilieën, genderdysforie en (levenslange) asexualiteit vallen buiten het domein van de standaard.

Actief exploreren van seksuele klachten

Het aantal mensen dat bij onderzoek aangeeft seksuele klachten te hebben, is veel groter dan het aantal mensen dat zich bij de huisarts meldt. In vragenlijst-onderzoek bleek 19% van de mannen en 27% van de vrouwen ten minste één seksueel probleem te hebben (Kedde, 2012). Het aantal patiënten dat voor een seksueel probleem bij de huisarts komt is echter veel lager: de totale incidentie was 0,95 per 1000 patiënten per jaar; voor mannen was deze 1,32 en voor vrouwen 0,6. Voor een normpraktijk (2350 patiënten) betekent dit 2,2 nieuwe patiënten per jaar (Kedde, 2013).

Omdat seksuele klachten gepaard gaan met persoonlijk lijden en kunnen leiden tot relatieproblemen of medicatieontrouw wordt aanbevolen seksuele klachten altijd *actief* te exploreren bij onderbuikklachten, urologische klachten en gynaecologische klachten zoals soa's, recidiverende candida-infecties of subfertiliteit. Het verdient aanbeveling om seksualiteit *op enig moment* ter sprake te brengen bij patiënten met psychische problematiek, seksueel misbruik of mishandeling in de voorgeschiedenis; chronische lichamelijke aandoeningen zoals diabetes mellitus, COPD, maligne

Dr. J. de Jong, huisarts n.p., wetenschappelijk medewerker
Drs. P. Leusink, huisarts, seksuoloog NWS
Dr. Tj. Wiersma, huisarts, senior wetenschappelijk medewerker
Correspondentie: Dr. J. de Jong, E: J.deJong@nhg.org

Ontvangen en geaccepteerd: 29 oktober 2015
Dit artikel is een herpublicatie met toestemming van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.
De integrale NHG-Standaard Seksuele klachten is toegankelijk via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-seksuele-klachten-eerste-herziening>

niteiten, hart- en vaatziekten; chronisch gebruik van geneesmiddelen die in verband worden gebracht met seksuele bijwerkingen of een zieke of langdurig opgenomen partner.

Omdat vermoedelijk veel patiënten vragen hebben over seksualiteit, waarmee ze niet altijd bij de huisarts komen, is in samenwerking met Rutgers en SeksHAG voorlichtingsmateriaal ontwikkeld op www.thuisarts.nl, onder meer voorzien van een aantal filmpjes.

Plaats van anamnese en lichamelijk onderzoek

Een adequate seksuele anamnese is essentieel om een goed beeld van de klachten en onderliggende oorzaken te krijgen en een op de patiënt afgestemd behandelplan op te stellen.

Lichamelijk onderzoek is bij seksuele klachten doorgaans van beperkte waarde. Alleen bij klachten van oppervlakkige vulvaire of vaginale pijn tijdens of na seksuele activiteit (oppervlakkige dyspareunie) vindt inspectie van vulva, soms vagina, en bekkenbodemonderzoek plaats om lichamelijke aandoeningen uit te sluiten. Tijdens een gynaecologische inspectie kan uitleg worden gegeven aan de vrouw over normale anatomie, fysiologie en de werking van de bekkenbodem. Als dit niet passend is binnen de context van de arts-patiëntrelatie kan als alternatief uitleg worden gegeven aan de hand van afbeeldingen, modellen of een filmpje.

Bij pijn achter in de vagina of onderbuik bij doorstoten van de penis (diepe dyspareunie) is een volledig gynaecologisch onderzoek geïndiceerd, inclusief speculumonderzoek en vaginaal toucher, waarbij vooral gelet wordt op aanwijzingen voor lichamelijke oorzaken zoals endometriose en uterus myomatosus, en verwijzing naar een gynaecoloog overwogen.

Lichamelijk onderzoek draagt zelden bij aan het vinden van de oorzaak van erectieklachten of vroegtijdige zaadlozing. Bij klachten van een pijnlijke erectie kan de huisarts de penis onderzoeken op verhardingen en (para)phimosis.

Plaats van testosteronbepaling

Bij ouder wordende mannen is een daling van de testosteronspiegel fysiologisch. De relatie tussen testosteronspiegel en seksuele klachten is bij oudere mannen onduidelijk en routinematige testosteronbepaling is niet zinvol.

Testosteronbepaling is uitsluitend geïndiceerd bij mannen met erectiele disfunctie waarbij verminderde zin en opwindning op de voorgrond staat en als er bovendien duidelijke aanwijzingen zijn voor een testosterontekort zoals: extreme moeheid, prikkelbaarheid, geheugenstoornissen, stemmingsveranderingen en spierzwakte. Het gaat meestal om mannen met een slechte algemene gezondheid, adipositas of diabetes mellitus. Bij een lage testosteronspiegel wordt de bepaling eerst herhaald. Mannen met een aanhoudend lage testosteronspiegel (gemiddeld < 11 nmol/l) ko-

men in aanmerking voor verwijzing ter nadere analyse en eventuele suppletie.

Specifieke diagnoses

Bij seksuele klachten of problemen kan vaak met een symptoomdiagnose worden volstaan. In een aantal gevallen is het wenselijk de klachten nader te specificeren. *Primaire klachten* die vanaf de eerste seksuele ervaring aanwezig zijn worden onderscheiden van *secundaire klachten* die later in het leven ontstaan.

- In de DSM-5 zijn vaginisme en dyspareunie samengenomen in één overkoepelende diagnose: genitopelvienepijn-/penetratiestoornis; onder meer omdat ze nogal eens lastig van elkaar zijn te onderscheiden. In de standaard worden vaginisme en dyspareunie wel naast elkaar gehanteerd omdat er soms wel een onderscheid gemaakt kan worden en dit dan consequenties heeft voor het beleid. Van vaginisme is sprake bij aanhoudende problemen om een penis, vinger, speculum of iets anders in de vagina naar binnen te brengen, ondanks de uitdrukkelijke wens van de vrouw. Dyspareunie kan het gevolg zijn van vaginisme als ondanks de vaginistische reactie toch coïtus plaatsvindt; omgekeerd kan het continueren van coïtus bij pijn leiden tot secundair vaginisme.
- Bij oppervlakkige dyspareunie wordt eerst nagegaan of er een specifieke lichamelijke oorzaak is, zoals een infectie of een dermatose. Als die niet aanwezig is, wordt vastgesteld of er tevens sprake is van *'provoked vestibulodynia'*: PVD, vroeger vulvaire vestibulitisyndroom of focale vulvitis genoemd. PVD wordt beschouwd als een vast omschreven symptomencomplex. Hiervan is sprake als de klachten langer dan 3 maanden bestaan, vulvaire erytheem kan hierbij aanwezig zijn. Het objectiveren van de pijn door aanraken van de pijnlijke gebieden met een wattentip (de *'touch-test'*) of met een vinger heeft waarschijnlijk enige diagnostische waarde, maar is voor de diagnose niet noodzakelijk. De patiënte kan de pijnlijke plek ook zelf aanwijzen.
- Een verhoogde of verlaagde spierspanning en weinig controle over de bekkenbodemspieren wordt verondersteld samen te hangen met obstipatie, frequent en kleine beetjes plassen en seksuele klachten zoals dyspareunie. Een dergelijke verhoogde spanning van de bekkenbodemspieren, in het verleden omschreven als *'bekkenbodemhypertonie'*, wordt in internationale literatuur aangeduid met de term *'overactieve bekkenbodemspieren'* (*overactive pelvic floor muscles*). Er is sprake van *verlaagde* spanning van de bekkenbodemspieren als deze onvoldoende aanspannen als dit functioneel nodig is (*underactive pelvic floor muscles*). Dit kan onder meer leiden tot incontinentie of urogenitale prolaps. In de standaard is gekozen voor één overkoepelende term voor over- en onderactieve bekkenbodemspieren:

‘bekkenbodempromblematiek’.

- Van vroegtijdige zaadlozing is sprake bij een ejaculatie die vrijwel altijd optreedt binnen 1 minuut na penetratie en gepaard gaat met het gevoel onvoldoende controle over het moment van ejaculatie te hebben. Er is een primaire vorm waarbij de klachten vanaf de eerste seksuele ervaring aanwezig zijn en een secundaire vorm waarbij de klachten later in het leven ontstaan.

Beleid

In veel gevallen is niet zozeer de klacht of diagnose maar de oorzakelijke factor bepalend voor het beleid, zoals een beperkte kennis over seksualiteit, anatomie en werking geslachtsorganen, relatieproblemen en veranderingen bij het ouder worden, en de gevolgen van operaties comorbiditeit, bijwerkingen van medicatie en seksueel trauma. Voorlichting en niet-medicamenteus advies staan in de behandeling centraal. In het verlengde hiervan behandelt de standaard het belang van voldoende opwindingsproblemen en adequate stimulering, vooral ook bij oudere patiënten, evenals de vicieuze cirkels bij pijn en bij vermijding.

Ook bij de behandeling van specifieke seksuele klachten staan voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen centraal en is er aandacht voor de diverse aspecten van seksueel functioneren: lichamelijk, psychisch, relationeel, sociaal/cultureel en genderverschillen. Hier volgt een overzicht van de belangrijkste beleidsadviezen:

- Bij oppervlakkige dyspareunie wordt geadviseerd geen seksuele handelingen die pijn geven te verrichten (‘pijnverbod’) en ‘pijnvrij te vrijen’. Daarnaast wordt bekkenfysiotherapie geadviseerd en eventueel het advies het pijnlijke gebied met een indifferente crème te masseren ter bescherming van de huid en om te wennen aan aanraking. In de postmenopauze is voor voldoende lubricatie een voldoende lange, adequate seksuele stimulatie noodzakelijk. Bij secundair vaginisme dat vooral het gevolg lijkt van (langer bestaande) dyspareunie is het beleid overeenkomstig. Bij primair vaginisme wordt verwezen naar een seksuoloog.
- Bij verminderde zin of opwindingsproblemen wordt uitleg gegeven over de factoren die van invloed kunnen zijn op de seksuele beleving en het verlangen. Hierbij kan gedacht worden aan relatieproblemen, verandering van gezinssamenstelling, naast seksuele partner ook de rol van ouder vervullen, stress ten gevolge van werk of financiële problemen. Partners worden aangemoedigd het gesprek hierover aan te gaan, ieders wensen en grenzen te bespreken en zo nodig de seksuele activiteit te plannen. Ook uitleg over het belang van voldoende tijd voor elkaar en voor seksuele handelingen/activiteiten die door beide partners als prettig en seksueel opwindend ervaren kunnen worden is van belang. Coïtus hoeft niet

altijd het doel te zijn.

- Aan vrouwen met primaire orgasmeproblemen wordt uitleg gegeven over de noodzaak van seksuele opwindingsproblemen en stimulatie van de clitoris. Bij langer bestaande primaire orgasmeproblemen wordt verwijzing naar een seksuoloog overwogen. Bij secundaire of situationele orgasmeproblemen wordt nagegaan of deze het gevolg zijn van verminderde zin of opwindingsproblemen, relatieproblemen, comorbiditeit of SSRI-gebruik.
- Bij erectiele disfunctie met een overwegend lichamelijke oorzaak kan worden behandeld met leefstijladviezen, hulpmiddelen of een PDE-5 remmer. Er is geen verschil tussen de drie meest voorgeschreven PDE-5-remmers wat betreft effectiviteit en veiligheid; de keuze wordt gebaseerd op (bij)werkingsduur en de prijs. Bij een overwegend psychische oorzaak kan de huisarts zelf adviezen geven of verwijzen naar een geregistreerd seksuoloog.
- Bij vroegtijdige zaadlozing wordt uitleg gegeven over het leren herkennen en uitstellen van het ‘point of no return’. De patiënt kan oefenen tijdens masturbatie. Daarnaast is het advies de wijze van seksueel contact te variëren, geregeld de genitale stimulatie te onderbreken en meer aandacht aan ontspanning in het seksueel contact te kunnen besteden. Bij mannen met secundaire vroegtijdige zaadlozing is er nogal eens sprake van een complex psychologisch mechanisme: faalangst (soms door afgenomen erectiele functie), soms door seksuele problemen bij de (ex-)partner of relatieproblemen. Veelal is dan seksuologische behandeling of relatietherapie te overwegen. In gevallen waarbij niet-medicamenteus advies niet voldoende effectief is, zoals vaak het geval is bij de primaire vorm, kan (tijdelijke) medicamenteuze behandeling worden overwogen. Dagelijks gebruik van paroxetine of sertraline (beiden *off label*) is effectief en dat geldt vermoedelijk ook voor ‘on-demand’-gebruik. Dapoxetine is geregistreerd voor de behandeling van vroegtijdige zaadlozing maar heeft geen evidente voordelen boven de zo-even genoemde SSRI’s en is fors duurder.

Literatuur

- Kedde H. (2012). Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36: 98-108.
- Kedde H., Donker G.A., & Leusink P. (2013). Incidentie van seksuele functieproblemen. *Huisarts en Wetenschap*, 56: 62-5.
- NHG-Werkgroep Seksuele klachten. (2015). NHG-Standaard Seksuele klachten (eerste herziening). *Huisarts en Wetenschap*, 58: 586-597.