



Infectieuze genitale pathologie

H.J.C. de Vries

Genitale dermatosen worden voor een groot deel veroorzaakt door seksueel overdraagbare infecties. Er zijn echter ook genitale infecties die niet via seksueel contact worden opgelopen en genitale dermatosen die indirect te relateren zijn aan infecties, al dan niet geassocieerd met seksueel overdragen infectie. Als laatste zijn er genitale dermatosen waarvan een infectieuze oorzaak wordt vermoed maar nog niet is aangetoond. Per dermatose uit die rijke scala zal ik ingaan op de pathogenese, diagnostiek, behandeling en de prognose.

ANAMNESE EN ONDERZOEK

Genitale dermatosen vormen een belangrijk deel van de dermatologische praktijk. Het is goed je te realiseren dat de drempel om hulp te zoeken voor veel patiënten met genitale problematiek hoog is. Het is om die reden van belang bij een vermoeden op genitale problematiek, hier actief naar te vragen. Dit is bijvoorbeeld het geval bij patiënten met lichen planus; vraag altijd naar genitale klachten. Bij elke patiënt met

(ano)genitale pathologie moet een seksuele anamnese worden afgenomen waarbij de seksueel overdraagbare infecties (SOI)-voorgeschiedenis, seksuele voorkeur (en technieken), en mogelijke seksuele dysfuncties aan de orde moeten komen. Ook het navragen van seksueel misbruik (in het verleden) is relevant. Als hier sprake van is, moet hiermee bij het lichamelijk onderzoek rekening worden gehouden omdat dit mogelijk traumatische herbelevingen bij het slachtoffer kan veroorzaken.



Dermatoloog Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, afdeling Dermatologie, Amsterdam Infection and Immunity (AI&I), locatie Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, Nederland & Centrum Seksuele Gezondheid/SOA polikliniek, afdeling Infectieziekten, GGD Amsterdam

Bij inspectie van het genitale gebied moet altijd de anale regio worden meegenomen. Tevens is inwendig onderzoek (speculum onderzoek en/of anoscopie) geïndiceerd bij perivaginale en/of perianale problematiek. Ook dient palpatie van de inguinale regio ter objectivering van lymfadenopathie plaats te vinden. Bij elke patiënt met (ano)genitale pathologie moet aan een mogelijke SOI worden gedacht en testen hierop laagdrempelig worden afgenomen. Met name hiv- en syfilis-serologie hebben veel waarde vanwege het scala aan (atypische) presentaties. Voor meer informatie over de rol die dermatologen kunnen spelen bij het diagnosticeren van nieuwe hiv-infecties verwijs ik graag naar de EADV onderwijsmodule hivindv.org, die is samengesteld door de EADV STI Taskforce. Daarnaast is bij recent seksueel contact ook onderzoek naar acute soa zoals gonorrhoe en chlamydia geïndiceerd.

BALANITIS

Balanitiden komen veel voor, niet alleen op middelbare en oudere leeftijd, maar ook worden balanitiden vaker gezien bij onbesneden jongens, omdat in de sulcus coronarius talg en zweet ophopen die een balanitis kunnen induceren. [1] Veelal is er sprake van te weinig of verkeerde hygiëne zoals

overmatig gebruik van zeep. Een vernauwde voorhuid, trauma door kleding, diabetes mellitus en verlaagde weerstand, zoals bij hiv, ook kunnen predisponerende factoren zijn. Als ook de voorhuid betrokken is spreekt men van balanopostitis. Sluit onderliggende oorzaken voor immuunsuppressie (diabetes mellitus, immunosuppressieve therapieën et cetera), schadelijke hygiënische gewoonten (overmatig zeep gebruik) en andere huidziekten uit. Een dysfunctionele voorhuid, die een permanent te vochtig milieu creëert, kan de oorzaak zijn van een dysbiotisch microbioom met recidiverende balanitiden tot gevolg. [2] De meest voorkomende verwekkers zijn groep A en B streptokokken, maar ook *Candida species*, *Bacteriodes melanogenicus* en non-venerische spirocheten. Veroorzakende soa's zijn: *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, syfilis en HSV. Balanitis circinata komt voor in het kader van reactieve arthrititis, al dan niet geassocieerd met SOI. [3] Diagnostiek bestaat uit soa-screening, een KOH preparaat, gistkweek en/of banale kweek.

VULVOVAGINITIS

Onder fluor vaginalis wordt verstaan: niet-bloederige vaginale afscheiding die volgens de patiënte afwijkt van wat voor haar gebruikelijk is wat betreft hoeveelheid, kleur of geur, en die al of niet gepaard gaat met jeuk of irritatie in of rond de vagina. [1] Vraag naar: klachten (jeuk, irritatie, pijn, branderig gevoel); lokalisatie van klachten; kleur en geur van de afscheiding; eerdere episode met dezelfde klachten; co-morbiditeit die de kans op candidiasis verhoogt (diabetes mellitus, hiv); geneesmiddelengebruik (immuunsuppressiva, antibiotica, oestrogenen of tamoxifen); zelfzorg (vaginale douches en zeep); bijkomende klachten (contactbloedingen, intermenstrueel bloedverlies, pijn in de onderbuik en koorts); invloed van klachten op de seksualiteit; en risico op SOI.

Lichamelijk onderzoek: doorgaans wordt bij kinderen geen speculumonderzoek en/of vaginaal toucher verricht. Inspectie van de vulva en speculumonderzoek (roodheid vulva; kleur en aspect van de vaginawand; aspect van de portio, bloedverlies en uitvloed; kleur en consistentie van de fluor; erosies), bij verdenking op een opstijgende infectie verricht vaginaal toucher en buikonderzoek. Lichamelijk onderzoek kan achterwege blijven bij klachten identiek aan eerdere aangetoonde candida of bacteriële vaginose. Veel voorkomende oorzaken zijn vulvovaginale candidiasis, bacteriële vaginose, trichomoniasis, groep A streptokokken (*S. pyogenes*, met name bij kinderen), opstijgende genitale infecties (bijvoorbeeld *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*).

OVERIGE GENITALE DERMATOSEN

Balanitis circinata is een voorbeeld waarbij de immunologische reactie gericht tegen een pathogeen de oorzaak is van de genitale dermatose. Andere voorbeelden van reactieve genitale manifestaties zijn de ziekte van Mondor [4], gekenmerkt door een trombophlebitis van de oppervlakkige vene op de dorsale zijde van de penisschacht en sclyserende lymfangitis. [5] Sclyserende lymfangitis van de penis is een aandoening die verband houdt met ruwe of langdurige seksuele activiteit en zich manifesteert als een asymptomatische, stevige



Geen huismiddeltje of kwakzalver heeft ooit syfilis of gonorrhoe gezezen.
Bron: United States Public Health Service, National Library of Medicine

koordachtige zwelling rond de coronale sulcus van de penis. Omdat het vanzelf over gaat, zijn alleen geruststelling en onthouding van seksuele activiteit vereist. Zowel de ziekte van Mondor als scleroserende lymfangitis zijn echter ook geassocieerd met onderliggende (schijnbaar asymptomatische) SOI;

een complete SOI-screening is dan ook geïndiceerd. Als laatste zijn er genitale dermatosen waarvan een infectieuze oorzaak wordt vermoed maar nog niet is aangetoond; dit zijn onder meer balanitis plasmocellularis (volgens van Zoon) [6], lichen sclerosus [7], en lichen planus. [8]

SAMENVATTING

In deze presentatie zal een scala aan genitale dermatosen de revue passeren. Voor een groot deel worden deze veroorzaakt door seksueel overdraagbare infecties. Er zijn echter ook genitale infecties die niet via seksueel contact worden opgelopen, zoals anaerobe en aerobe balanitis, bacteriële vaginose en candidiasis. Er zijn daarnaast genitale dermatosen die indirect te relateren zijn aan infecties, zoals balanitis circinata in het kader van reactieve artritis, al dan niet geassocieerd met een seksueel overdragen infectie. Andere voorbeelden van reactieve genitale manifestaties zijn de ziekte van Mondor en scleroserende lymfangitis. Als laatste zijn er genitale dermatosen waarvan een infectieuze oorzaak wordt vermoed maar nog niet is aangetoond; dit zijn onder meer balanitis plasmocellularis (volgens van Zoon), lichen sclerosus, en lichen planus. Per dermatose zal worden ingegaan op de pathogenese, diagnostiek, behandeling en de prognose.

SUMMARY

In this presentation, a range of genital dermatoses will be reviewed. To a large extent, these are caused by sexually transmitted infections. However, there are also genital infections that are not contracted through sexual contact, such as anaerobic and aerobic balanitis, bacterial vaginosis and candidiasis. There are also genital dermatoses indirectly related to infections, such as circinate balanitis in the context of reactive arthritis, whether or not associated with sexual transmission. Other examples of reactive genital manifestations are Mondor's disease and sclerosing lymphangitis. Finally, there are genital dermatosis for which

an infectious cause is suspected but not yet proven; these include balanitis plasmocellularis (according to van Zoon), lichen sclerosus, and lichen planus. The pathogenesis, diagnostics, treatment and prognosis will be discussed for each dermatosis.

LEERPUNTEN

- Een groot deel van de genitale dermatosen worden veroorzaakt door seksueel overdraagbare infecties, en deze dienen om die reden altijd te worden uitgesloten.
- Niet seksueel overdragen genitale infecties zijn anaerobe en aerobe balanitis, bacteriële vaginose en candidiasis.
- Verder zijn er genitale dermatosen die indirect te relateren zijn aan mogelijke infecties, zoals balanitis circinata in het kader van reactieve artritis, de ziekte van Mondor en scleroserende lymfangitis.
- Als laatste zijn er genitale dermatosen waarvan een infectieuze oorzaak wordt vermoed maar nog niet is aangetoond, zoals balanitis plasmocellularis, lichen sclerosus, en lichen planus.

TREFWOORDEN

Seksueel overdraagbare infecties – balanitis – vaginitis - genitale huidafwijkingen

KEYWORDS

Sexually transmitted infections – balanitis – vaginitis - genital skin lesions

Gemelde (financiële) belangenverstremgeling: Geen.

LITERATUUR

1. Seksueel Overdraagbare Aandoeningen Multidisciplinaire Richtlijn 2018 (Update 2019) <https://www.soa aids.nl/files/2020-01/mdr-multi-disciplinaire-richtlijn-soa-2018-update-2019-versie-oktober-2019.pdf>
2. Porter WM, Bunker CB. The dysfunctional foreskin. *Int J STD AIDS*. 2001 Apr;12(4):216-20
3. Quint KD, van der Helm-van Mil AH, Bergman W, Lavrijsen AP. *Mucocutane afwijkingen bij reactieve artritis door Chlamydia trachomatis [Mucocutaneous abnormalities in Chlamydia trachomatis-induced reactive arthritis]*. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2010;154:A1614.
4. Linden-Castro E, Pelayo-Nieto M, Ramirez-Galindo I, Espinosa-Perezgrovas D, Cornejo-Davila V, Rubio-Arellano E. *Mondor disease: thrombosis of the dorsal vein of the penis*. *Urol Case Rep*. 2018 May 5;19:34-35.
5. Rosen T, Hwong H. *Sclerosing lymphangitis of the penis*. *J Am Acad Dermatol*. 2003 Nov;49(5):916-8.
6. Murray WJ, Fletcher MS, Yates-Bell AJ, Pryor JP, Darby AJ, Packham DA. *Plasma cell balanitis of Zoon*. *Br J Urol* 1986 Dec;58(6):689-91.
7. Levy A, Browne B, Fredrick A, Stensland K, Bennett J, Sullivan T, Rieger-Christ KM, Vanni AJ. *Insights into the pathophysiology of urethral stricture disease due to lichen sclerosus: comparison of pathological markers in lichen sclerosus induced strictures vs nonlichen sclerosus induced strictures*. *J Urol*. 2019 Jun;201(6):1158-1163.
8. de Vries HJ, Teunissen MB, Zorgdrager F, Picavet D, Cornelissen M. *Lichen planus remission is associated with a decrease of human herpes virus type 7 protein expression in plasmacytoid dendritic cells*. *Arch Dermatol Res*. 2007 Jul;299(4):213-9.

CORRESPONDENTIEADRES

Henry J.C. de Vries

E-mail: h.j.devries@amsterdamumc.nl