



Vulvodynie

H. Verstraelen

Dyspareunie, omschreven als chronische of terugkerende pijn bij seksuele activiteit, treft naar schatting van de Wereldgezondheidsorganisatie 8 tot 21,1% van alle vrouwen. [1] Van alle mogelijke oorzaken, is pijn tijdens, of na het vrijen, minstens in onze contreien, wellicht het vaakst toe te schrijven aan vestibulodynie, een vorm van vulvodynie. [2] Ondanks het feit, of mogelijk juist omdat vulvodynie zich doorgaans duidelijk onderscheidt van ander chronisch vulvovaginaal lijden door de afwezigheid van zichtbare klinische afwijkingen, wordt de diagnose van vulvodynie vaker niet dan wel gesteld, laat staan adequaat behandeld.

PLAATSBEPALING

Chronische aandoeningen van de vulva manifesteren zich met jeuk dan wel pijn als de meest prevalentie presenterende klachten. Symptomen die gepaard gaan met vulvopathologie zijn echter intrinsiek specifiek en nopen derhalve tot een voldoende ruim differentiaaldiagnostisch kader, waarbij uiteraard ook andere elementen uit de anamnese worden meege-
nomen in het diagnostisch denkschema. Chronische vulvaire pijn kan daarbij verband houden met een rits aan vulvovaginaire aandoeningen, zoals opgenomen in de classificatie van de *International Society for the Study of Vulvovaginal Disease* (ISSVD) (zie figuur 1). [2] Bemerkt daarbij dat vulvaire pijn zowel aanwezig kan zijn als een aanhoudende klacht – die mogelijk interfereert met slaap en met algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) – als in de vorm van pijn die specifiek ervaren wordt in aanwezigheid van een uitlokkende factor, meest typisch als dyspareunie. Dyspareunie, breed gedefinieerd als chronische of terugkerende pijn bij seksuele activiteit, is daarbij vele malen prevalenter dan aanhoudende of spontane vulvaire pijn. [1] Ter volledigheid verdient daarbij vermelding dat klinisch doorgaans een onderscheid gemaakt wordt tussen diepe en oppervlakkige dyspareunie, zij het dat oppervlakkige en diepe dyspareunie gelijktijdig aanwezig kunnen zijn, niet zelden in aanwezigheid van concomitante aandoeningen. [3] Diepe dyspareunie wordt typisch hoog in het kleine bekken of zelfs lage abdomen gerefereerd bij diepe penetratie, terwijl bij oppervlakkige dyspareunie de pijn voor, tijdens, of na het vrijen veeleer oppervlakkig wordt ervaren ter hoogte van de distale vagina en vulva en dit niet zelden ter hoogte van het vestibulum vaginae, de ruimte omgeven door niet-gekeratiniseerd epitheel, die reikt van de lijn van Hart over de binnenzijde van de labia minora tot bij de hymenale ring. Oppervlakkige dyspareunie verhoudt zich dan ook doorgaans tot aandoeningen van vulva en vagina, veelal met betrokkenheid van het vestibulum, zoals bijvoorbeeld aanwezig kan zijn bij het genito-urinair syndroom van de menopauze ingevolge atrofie, lichen planus, of bij een (desquamatieve) inflammatoire vaginitis.

Eerder dan geassocieerd aan een specifieke, aanwijsbare oorzaak – en dit des te meer voorafgaand aan de menopauze – is oppervlakkige dyspareunie echter het vaakst toe te schrijven aan vulvodynie. [4] Vulvodynie is gedefinieerd als een aandoening of veeleer een verzamelnaam voor de klinische presentatie waarbij chronische vulvaire pijn wordt gerapporteerd door de patiënte en waarbij de pijn bij klinisch en aanvullend technisch onderzoek niet is toe te schrijven aan een aanwijsbare oorzaak of aandoening, zij het dat geassocieerde factoren aanwezig kunnen zijn, zoals comorbide pijn-aandoeningen. [2] In de recent herziene definitie van vulvodynie worden ook een aantal descriptoren voorzien, die toelaten de presentatie van vulvodynie bij een gegeven patiënt nauwer te omschrijven (zie figuur 1). [5] In de meeste klinische omgevingen wordt één presentatie van vulvodynie echter met voorsprong het vaakst waargenomen, met name primair aanwezige of secundair opgetreden gelokaliseerde, uitlokbare vulvodynie ter hoogte van het vestibulum vaginae, ook wel vestibulodynie genoemd. Anders dan de ietwat vage, descriptieve nomenclatuur doet vermoeden, is de klinische presentatie bij vestibulodynie veelal kenmerkend. De vaak jonge patiënte brengt een geïsoleerde klacht van vulvaire pijn in afwezigheid van andere vulvovaginaire symptomen, waarbij de pijn uitgelokt wordt door mechanische stimuli, meest typisch als oppervlakkige dyspareunie, niet zelden ook als pijn bij tampongebruik, of pogingen daartoe. Soms kan de pijn bij vestibulodynie ook uitgelokt worden door strakke kledij, door fietsen, paardrijden, langdurig zitten, enzovoorts. De pijn wordt veelal omschreven als branderig, doch soms ook als schurend, rauw, ruw, snijdend of stekend.

DIAGNOSTIEK

Klinisch onderzoek toont bij vulvodynie doorgaans weinig bijzonderheden bij inspectie. Erytheem ter hoogte van het vestibulum, meest typisch posterieur nabij de mondingen van de klieren van Bartholin beiderzijds kan waargenomen worden, maar dit is noch een specifiek, noch een obligaat teken. Het testen voor mechanische allodynie aanwezig over het vesti-

Vulva-arts, Vrouwenkliniek, Universitair Ziekenhuis Gent;
tevens Hoofddocent, faculteit Geneeskunde & Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent

Figuur 1. 2015 Consensus terminologie en classificatie van chronische vulvaire pijn en vulvodynie [1]

Vulvaire pijn geassocieerd met een specifieke aandoening*

- Infectieus (bijvoorbeeld recurrenente candidiase, herpes genitalis)
- Inflammatoir (bijvoorbeeld lichen sclerosus, lichen planus, immunobulleuze aandoeningen)
- Neoplastisch (bijvoorbeeld ziekte van Paget, plaveiselcelcarcinoma)
- Neurologisch (bijvoorbeeld postherpetische neuralgie, zenuwcompressie, of –beschadiging, neuroom)
- Trauma (bijvoorbeeld genitale mutilatie, obstetrisch)
- Iatrogen (bijvoorbeeld postoperatief, chemotherapie, radiotherapie)
- Hormonale deficiënties (genito-urinair syndroom van de menopauze [vulvovaginale atrofie], lactatie amenorroe)

Vulvodynie – vulvaire pijn aanwezig gedurende minstens 3 maanden, zonder duidelijke aanwijsbare oorzaak, maar mogelijk met geassocieerde factoren.*

De volgende zijn descriptoren:

- Gelokaliseerd (bijvoorbeeld vestibulodynie, clitorodynie) of veralgemeend of gemengd (gelokaliseerd en veralgemeend)
- Uitloikbaar (bijvoorbeeld insertie, contact) of spontaan of beide (uitloikbaar en spontaan)
- Onset (primair of secundair)
- Temporeel patroon (intermittent, persisterend, constant, onmiddellijk, vertraagd)

* Vrouwen kunnen zowel een specifieke aandoening (zoals lichen sclerosus) als vulvodynie hebben

bulum heeft wél een hoge voorspellende waarde, mits correct uitgevoerd. [4,6] Deze test, beschreven als de *Q-tip* of *cotton tip test*, wordt verricht met een wattendrager (bijvoorbeeld ter beschikking voor rechtstreeks microscopisch onderzoek), die bij voorkeur licht bevochtigd wordt en waarbij de onderzoeker dan het vestibulaire weefsel met de met watten beklede tip van de wattendrager zo breed mogelijk zachtjes indrukt (tot een weefseldiepte van ongeveer 0,5 cm) over een zestal punten van een denkbeeldige klok en de patiënte voor elk punt vraagt een allodyniescore volgens een NRS (*numerical rating scale*) of VAS (*visual analog scale*) schaal van 0 tot 10 te willen benoemen. De Q-tip test vraagt enige ervaring en kan derhalve vals negatief tekenen indien niet correct uitgevoerd. Omgekeerd zal de Q-tip test uiteraard ook positief tekenen bij eender welke aandoening met pijn gerefereerd ter hoogte van het vestibulum, bijvoorbeeld bij het genito-urinair syndroom van de menopauze. Daarom is het imperatief om bij elke patiënte die zich aanbiedt met chronische vulvaire pijn en dus ook met oppervlakkige dyspareunie een omstandige anamnese af te nemen, een uitgebreid klinisch onderzoek te verrichten en dit te kaderen in een voldoende brede differentiaaldiagnose om gerichte behandeling toe te laten. [6,7] Toch is vestibulodynie, noch vulvodynie in het algemeen, zoals omschreven in de herziene definitie en classificatie (figuur 1), *stricto sensu* een uitsluitingsdiagnose en sluit de aanwezigheid van een aanwijsbare vulvaire aandoening zoals lichen sclerosus, de concomitante aanwezigheid van vulvodynie niet *per se* uit.

FYSIOPATHOLOGIE

De fysiopathologie van vestibulodynie is slechts fragmentarisch bekend en betreft wellicht een complex samenspel van zowel perifere als centrale pijnmechanismen. [4,7] Histopathologisch zijn er enkele terugkerende bevindingen gedocumenteerd die een licht werpen op de onderliggende perifere processen. De meest consistente bevinding is neuroproliferatie (nerve sprouting), gekenmerkt door een manifeste

toename (zowel hyperplasie als hypertrofie) van terminale zenuwuiteinden van A δ - en C-vezels betrokken bij nociceptie ter hoogte het vestibulaire epitheel. Deze sterk toegenomen perifere zenuwdensiteit lijkt gepaard te gaan met chronische inflammatie, waarbij verschillende studies onderscheiden celltypes voor het voetlicht brachten (onder andere lymfocyten, mastcellen, fibroblasten en macrofagen) die centraal zouden staan bij de chronische inflammatie. Het blijft evenwel onduidelijk in welke mate de waargenomen weefselveranderingen het onderliggend anatomopathologisch correlaat zijn voor de perifere sensitisatie. Daarnaast spelen, minstens bij een deel van de patiëntenpopulatie, ook centrale sensitisatiemechanismen. [7] Recent onderzoek toonde daarbij aan dat vulvodynie zowel gemeenschappelijke kenmerken heeft met andere chronische pijn-aandoeningen, als unieke eigenschappen. [8] Tot de meer bestudeerde risicofactoren en associaties weerhouden uit het epidemiologisch onderzoek behoren onder anderen een voorgeschiedenis van recurrenente vulvovaginale *Candida* infecties, een voorgeschiedenis van misbruik, verwaarlozing en/of angst op kinderleeftijd en een voorgeschiedenis van angst- en stemmingsstoornissen. [4,7] Het verband met hormonale factoren en de combinatiepil in het bijzonder blijft onduidelijk. Verder is er een krachtige associatie met co-morbide pijn-aandoeningen, onder andere fibromyalgie, prikkelbare darmsyndroom en interstitiële cystitis/chronische blaaspijn. Waarschijnlijk is vulvodynie en vestibulodynie in het bijzonder slechts een gemeenschappelijke klinische presentatie die kan ontstaan door een samenspel van multi-pele risicofactoren. Als de pijn zich als oppervlakkige dyspareunie manifesteert, zullen heel wat secundaire fenomenen de pathogenese verder beïnvloeden, zoals een verstoorde seksuele responscyclus met verstoorde opwinding en lubricatie enerzijds, een toegenomen bekkenbodemonus en bekkenbodemdysfunctie (secundair vaginisme) anderzijds. De seksualiteit zal dan doorgaans verder verstoord worden door cognitieve en affectieve factoren, waarbij ook de dyadische factoren tussen partners een rol spelen.

BEHANDELING

Bij aanmelding van de patiënte met vestibulodynie zal er doorgaans een manifeste verstoring zijn van de seksualiteit met verstoord zelfbeeld en belangrijke relationele impact. Anderzijds kunnen de coping-strategieën tussen verschillende patiënten en koppels sterk uiteenlopen. Het is alleszins aanbevelenswaardig om patiënte en haar partner een multidisciplinair zorgkader te bieden, waarbij in eerste instantie de aandoening voldoende ruim gekaderd kan worden door zowel arts als de seksuoloog. [6] Tezelfdertijd is er, ondanks de prevalentie en de impact van deze complexe aandoening, bijzonder weinig klinische evidentie voor behandeling voorhanden. [9] Wel zijn er heel wat richtlijnen vanuit verschillende professionele organisaties opgesteld. Medicamenteuze behandeling verloopt in belangrijke mate parallel met de behandeling van chronische (neuropatische) pijnen, waarbij in veel centra primair behandeld wordt met tricyclische antidepressiva. Er is tevens een toenemende interesse voor psychologische interventies, cognitieve gedragstherapie en mindfulness in het bijzonder. [10,11] Parallel aan deze behandelingen wordt het advies verleend om pijn te mijden, terwijl de intimiteit hersteld wordt. De evolutie wordt in deze fase opgevolgd door middel van de hoger vermelde allodyniescores, maar zelfs indien succesvol duurt het gehele behandeltraject eerder lang.

Een belangrijke component is ten slotte de bekkenbodempkinesitherapie ter behandeling van het secundaire vaginisme en de bekkenbodempdysfunctie, doch dit is enkel zinvol indien er reeds voldoende pijnstilling bekomen werd om de kinesitherapeutische begeleiding pijnloos toe te laten. [12] Het dient tot slot vermeld dat heelkunde en met name vestibulectomie eveneens een beproefde behandeling is, overigens wel ondersteund door evidentie. [13] De ingreep is niet altijd succesvol en de meeste richtlijnen voorzien een terughoudendheid voor deze behandeling, met name bij falen van conservatieve maatregelen.

Samenvattend kan gesteld worden dat, hoewel tal van vulvovaginale aandoeningen gepaard kunnen gaan met chronische pijn en/of pijn bij het vrijen, oppervlakkige dyspareunie voor de menopauze het vaakst geassocieerd is aan vestibulodynie, een complexe en wellicht multifactoriële pijn-aandoening die zich kenmerkt door uitgesproken en aantoonbare mechanische allodynie over het vestibulum vaginae bij aanraking. De aandoening gaat meestal gepaard met secundaire bekkenbodempertone of vaginisme en gaat verder niet zelden gepaard met andere pijn-aandoeningen. De behandeling vergt een multidisciplinair zorgkader en zal toegewijde zorg over een langere behandelingsduur behelzen.

SAMENVATTING

Vulvodynie is een bijzonder prevalentie chronische pijn-aandoening van de vulva en dit het vaakst als pijn uitgelokt door druk of wrijving over het vestibulum vaginae en in mindere mate de clitoris. De etiopathogenese is onvolledig begrepen, maar is wellicht complex en multifactorieel, waarbij zowel psychosociale als biologische factoren spelen en zowel genetische als verworven factoren deel hebben in het ontstaan en het persisteren van de aandoening. De vaak jonge patiënte presenteert zich doorgaans met een klacht van oppervlakkige dyspareunie, waarbij in afwezigheid van zichtbare of aantoonbare afwijkingen van het vestibulum, allodynie kan gedocumenteerd worden met de zogeheten Q-tip of cotton tip test. Hoewel er eerder weinig goed opgezet klinisch onderzoek en derhalve weinig evidentie voor mogelijke behandelingen voorhanden is, wordt algemeen vanuit een biopsychosociaal model een multidisciplinaire benadering nagestreefd, die minstens medicamenteuze en psychologisch-seksuologische behandeling zal omvatten, evenals naderhand ook gerichte bekkenbodempkinesitherapie.

TREFWOORDEN

Vulvodynie - dyspareunie - vulva - vulvopathologie

SUMMARY

Vulvodinia is a particularly common chronic pain condition involving the vulva, most often as pain elicited through pressure or friction over the vulvar vestibule, or less common, the clitoral region. The pathogenesis of vulvodinia remains elusive, but is presumably complex and multifactorial, involving biological as well as psychosocial factors, and genetic and acquired elements alike, in the causation and persistence of this chronic pain condition. Patients are typically young women presenting with superficial dyspareunia, with, in the absence of a visible or demonstrable cause, mechanical allodynia of the vestibule, as apparent on Q-tip or cotton tip testing. Although clinical evidence for various treatments for vulvodinia tends to be limited, there is broad consensus that treatment will adhere to a biopsychosocial disease model, and therefore multidisciplinary, minimally involving pharmacological and psychosexual therapy, and eventually also physical therapy of the pelvic muscle floor.

KEYWORDS

Vulvodinia - dyspareunia - vulva - vulvar disease

LITERATUUR

1. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*. 2006 Jul 6;6:177. doi: 10.1186/1471-2458-6-177.
2. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, Coady D; consensus vulvar pain terminology committee of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD);

International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH); International Pelvic Pain Society (IPPS). 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *J Sex Med.* 2016 Apr;13(4):607-12. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.02.167.

3. Yong PJ, Sadownik L, Brotto LA. Concurrent deep-superficial dyspareunia: prevalence, associations, and outcomes in a multidisciplinary vulvodynia program. *J Sex Med.* 2015 Jan;12(1):219-27. doi: 10.1111/jsm.12729.
4. Pukall CF, Goldstein AT, Bergeron S, Foster D, Stein A, Kellogg-Spadt S, Bachmann G. Vulvodynia: definition, prevalence, impact, and pathophysiological factors. *J Sex Med.* 2016 Mar;13(3):291-304. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.021.
5. Bornstein J, Preti M, Simon JA, As-Sanie S, Stockdale CK, Stein A, Parish SJ, Radici G, Vieira-Baptista P, Pukall C, Moyal-Barracco M, Goldstein A; International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD), the International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH), and the International Pelvic Pain Society (IPPS). Descriptors of Vulvodynia: A Multisocietal Definition Consensus (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, the International Society for the Study of Women Sexual Health, and the International Pelvic Pain Society). *J Low Genit Tract Dis.* 2019 Apr;23(2):161-163. doi: 10.1097/LGT.0000000000000461.
6. Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, Bergeron S, Stein A, Kellogg-Spadt S. Vulvodynia: assessment and treatment. *J Sex Med.* 2016 Apr;13(4):572-90. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.01.020.
7. Bergeron S, Reed BD, Wesselmann U, Bohm-Starke N. Vulvodynia. *Nat Rev Dis Primers.* 2020 Apr 30;6(1):36. doi: 10.1038/s41572-020-0164-2.
8. Chisari C, Monajemi MB, Scott W, Moss-Morris R, McCracken LM. Psychosocial factors associated with pain and sexual function in women with Vulvodynia: A systematic review. *Eur J Pain.* 2020 Oct 1. doi: 10.1002/ejp.1668.
9. Andrews JC. Vulvodynia interventions--systematic review and evidence grading. *Obstet Gynecol Surv.* 2011 May;66(5):299-315. doi: 10.1097/OGX.0b013e3182277fb7.
10. Flanagan E, Herron KA, O'Driscoll C, Williams AC. Psychological treatment for vaginal pain: does etiology matter? A systematic review and meta-analysis. *J Sex Med.* 2015 Jan;12(1):3-16. doi: 10.1111/jsm.12717.
11. Dunkley CR, Brotto LA. Psychological treatments for provoked vestibulodynia: integration of mindfulness-based and cognitive behavioral therapies. *J Clin Psychol.* 2016 Jul;72(7):637-50. doi: 10.1002/jclp.22286.
12. Morin M, Carroll MS, Bergeron S. Systematic review of the effectiveness of physical therapy modalities in women with provoked vestibulodynia. *Sex Med Rev.* 2017 Jul;5(3):295-322. doi: 10.1016/j.sxmr.2017.02.003.
13. Tommola P, Unkila-Kallio L, Paavonen J. Surgical treatment of vulvar vestibulitis: a review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010 Nov;89(11):1385-95. doi: 10.3109/00016349.2010.512071.

CORRESPONDENTIEADRES

Hans Verstraelen

E-mail: hans.verstraelen@ugent.be