



Multidisciplinaire aanpak van vulvaire problematiek

I.M. Hendriks¹, M.J. Ten Kate-Booij², E.M. Roes², C.L.M. Van Hees³

Patiënten met vulvaire klachten kunnen worden verwezen naar een gynaecoloog of dermatoloog. Vulvaire problematiek kan door beide specialisten behandeld worden, maar wordt vaak eenzijdig benaderd. Voorbeelden van problemen die zich hierdoor voordoen zijn onder andere het stellen van de verkeerde diagnose, het starten van de verkeerde behandeling en/of het onderbelichten van seksuologische problematiek. Hierdoor ontstaat het risico dat vrouwen langer met hun klachten rondlopen.

VULVAPOLI

Met de komst van de eerste vulvapoli in 1999 is de zorg voor deze patiëntengroep aanzienlijk verbeterd. In 2009 werd de Nederlandse Vereniging voor Vulvopathologie (NVvVP) opgericht. Dit is een vereniging waaraan dermatologen, gynaecologen, seksuologen, pathologen en bekkenbodempysiotherapeuten deelnemen met als doel de zorg voor vrouwen met vulvaire klachten te optimaliseren. Een belangrijke stap hierin was het uitbreiden van het aantal vulvapoli's in Nederland. Inmiddels zijn er 49 vulvapoli's in Nederland en is deze poli niet meer weg te denken binnen de dermatologie en gynaecologie.

In dit artikel wordt stilgestaan bij de organisatie van deze vorm van zorg en de rol van de seksuoloog. De toegevoegde waarde van een multidisciplinaire aanpak wordt besproken aan de hand van twee casus.

ORGANISATIE VAN DE ZORG

Patiënten worden op een vulvapoli meestal gezien door een dermatoloog en gynaecoloog en bezoeken het spreekuur met uiteenlopende klachten. Jeuk en pijn zijn de meest genoemde klachten in de spreekkamer. Ook klachten van dyspareunie en dysurie komen vaak voor. Op de vulvapoli worden deze klachten vanuit verschillende invalshoeken bekeken.

Dermatologische expertise van huid en slijmvlies, en gynaecologische expertise op het gebied van de bekkenbodem, de vagina(wand) en incontinentieproblematiek, vullen elkaar aan. Daar waar nodig worden patiënten verwezen naar de afdeling Urologie, een bekkenbodempysiotherapeut of de seksuoloog.

In het Erasmus MC zijn er om de week twee vulvapoli's. Op een poli worden de patiënten gezien door een aios dermatologie en een aios gynaecologie onder supervisie van een dermatoloog

of gynaecoloog. Op de andere poli worden patiënten door beide stafleden zelf gezien. De andere week is er een tweede-lijns vulvapoli in Dermahaven, een dochteronderneming van het Erasmus MC. Voorafgaand aan het consult krijgen patiënten een vragenlijst opgestuurd met als doel de klacht voor aanvang van het consult beter in kaart te brengen. Tijdens het spreekuur wordt het probleem verder geanalyseerd. Patiënten worden onderzocht in de gynaecologische stoel. Het is daarbij belangrijk dat de patiënt wordt betrokken bij het lichamelijk onderzoek door haar met een handspiegel mee te laten kijken zodat er uitleg gegeven kan worden over de bevindingen.

Op de vulvapoli worden patiënten gezien met diagnoses variërend van (extra)genitale lichen sclerosus, (muco)cutane lichen planus, eczeem en psoriasis tot zeldzamere beelden zoals acuut vulvair ulcus, *cyclist's vulva* en vulvaire M. Crohn. (Pre)maligniteiten zoals *high-grade squamous intraepithelial laesion* (HSIL) en *differentiated vulvar intraepithelial neoplasia* (dVIN) worden regelmatig gezien, soms in het kader van een bestaande huidziekte zoals bij lichen sclerosus, maar vaak ook bij immuungecompromitteerde patiënten. Zeldzamere diagnoses zijn de vulvaire M. Paget en atypische genitale naevi. Pijnklachten (vulvodynie) kunnen primair of secundair zijn. Patiënten met complexe problematiek of uitgebreide comorbiditeit blijven in de derde lijn. Patiënten die voor een second opinion komen of die goed ingesteld zijn op behandeling, worden (terug) verwezen naar de tweede lijn (vulvapoli, dermatoloog of gynaecoloog) of eventueel naar de huisarts.

ROL VAN SEKSUOLOG

Veel patiënten met klachten in het anogenitale gebied ervaren problemen van seksueel disfunctioneren. [1,2] De betrokkenheid van een seksuoloog bij het spreekuur is essentieel. Een seksuoloog is een psycholoog of arts, die gespecialiseerd is in

¹ Aios dermatologie, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam

² Gynaecoloog, afdeling Gynaecologische Oncologie, Erasmus MC, Rotterdam

³ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam

het behandelen van mensen met vragen en problemen op het gebied van seksualiteit. Door te praten met de patiënt en bij voorkeur ook met de partner wordt de hulpvraag in kaart gebracht. Klachten kunnen variëren van pijn bij het vrijen, het beschadigen van de huid tijdens het vrijen en/of verminderd libido. Ook het hebben van actieve ziekte zelf, schaamte of schuldgevoel kunnen een belemmering zijn. Soms is het anatomisch niet haalbaar om coïtus te hebben en wordt gezocht naar een alternatieve manier van vrijen. Vaak bestaat de behandeling uit gesprekken waarna patiënt thuis aan de slag gaat met adviezen en huiswerkopdrachten. Bij patiënten met anatomische problemen kan soms door middel van vaginale pelottes en oefeningen verbetering worden bereikt. Bij patiënten met (muco)cutane ziekten als lichen planus en lichen sclerosus moet men altijd wel bedacht zijn op het koebnerfenomeen. De meeste seksuologen zijn gespecialiseerd in deze stappen en begeleiden hierin. De titel 'seksuoloog' is niet beschermd. Alleen seksuologen met de titel 'seksuoloog NVVS' hebben voldaan aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS) en staan geregistreerd bij het Nederlands Register voor Seksuologie (www.nvvs.info).

CASUS 1

Een 55-jarige patiënte bezocht het spreekuur met klachten van een droge harde plek aan de binnenkant van haar rechter schaamlip. Patiënte onderging in augustus 2017 chemotherapie in verband met een stadium IV-hodgkinlymfoom. Sindsdien bemerkte zij dat de huid van de vulva wat droger was geworden. Kort daarna bemerkte zij ook een droge harde plek. De plek was verder asymptomatisch. Eerdere behandeling met een miconazolcapsule, miconazolnitraatcrème en zinkzalf gaf geen verbetering van de klachten. Haar voorgeschiedenis vermeldt een matige dysplasie van de cervix waarvoor exconisatie twintig jaar geleden. In de afgelopen jaren lieten aanvullende cervixuitstrijkjes geen bijzonderheden zien.

Lichamelijk onderzoek

Huidtype IV volgens Fitzpatrick. Afwezigheid van de labia minora en clitoris. Labia majora met droog aspect van de huid. Ter plaatse van de commissura posterior op 7 uur is een verruceuze plaque van circa 13 mm in doorsnede zichtbaar.

Voor de differentiële diagnose werd lichen sclerosus, dVIN, HSIL en plaveiselcelcarcinoom overwogen. De anatomische veranderingen zouden goed kunnen passen bij een vulvaire lichen sclerosus. Bij navraag bleek patiënte echter als jong meisje te zijn besneden, wat de afwijkende anatomie verklaarde.

Aanvullend histologisch onderzoek

Biopst commissura posterior, overgang perineum: HSIL. Geen aanwijzingen voor infiltratieve groei.

Conclusie

1. HSIL bij immuungecompromitteerde patiënte (figuur 1).
2. Status na female genital mutilation, geen lichen sclerosus.
3. Status na CIN II.



Figuur 1. HSIL ter plaatse van de commissura posterior.

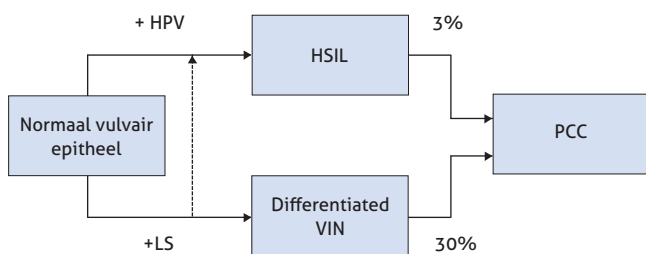


Figuur 2. Na behandeling met imiquimodcrème.

Beloop

Er werd gestart met imiquimodcrème 3x per week gedurende zestien weken. Na zestien weken was er klinisch geen residu meer zichtbaar (figuur 2). Gezien het hoge risico op recidief wordt patiënte halfjaarlijks (tot jaarlijks) vervolgd, en wordt haar uitstrijkje over een jaar herhaald. HSIL is een HPV-gerelateerde afwijking en geeft een verhoogd risico op de

ontwikkeling van een plaveiselcelcarcinoom (figuur 3). Een goede follow up is noodzakelijk. Bij een recidief kan een behandeling met imiquimodcrème opnieuw worden gestart. Ook kunnen CO₂-laser, excisie of behandeling met 5-fluorouracilcrème worden overwogen.



Figuur 3. De route van normaal vulvair epitheel tot de ontwikkeling van het plaveiselcelcarcinoom. [3] Volgens de laatste nomenclatuur van de ISSVD ('international society for the study of vulvovaginal disease') uit 2015, is de term usual VIN ('uVIN') vervangen door HSIL ('high-grade squamous intraepithelial lesion'). In de praktijk wordt bij patiënten met vulvaire lichen sclerosus, soms ook HSIL gezien.



Figuur 4. Actieve vulvaire lichen planus.

CASUS 2

Een 70-jarige patiënte bezoekt het spreekuur met pijnklachten bij mucosale lichen planus. Zij had sinds ruim 8 jaar klachten van afwijkingen op de gingivale mucosa, de tong en het vulvovaginale gebied. De huidige behandeling bestond uit azathioprine 50 mg 1dd, clobetasolpropionaat zalf 0,5% vulvair en betamethason in propyleenglycol hydrogel 0,05% oraal 1dd 4 dagen van de week. Hiermee waren haar klachten onvoldoende onder controle. De klachten van pijn in het vulvovaginale gebied bleven aanwezig. Patiënte gaf aan sinds 1,5 jaar tevens klachten te hebben van urineverlies. Eerdere behandeling via een bekkenbodempysiotherapeut gaf helaas onvoldoende verbetering van de klachten. Een *tension-free vaginal tape* (TVT)-procedure werd elders al overwogen, maar was vanwege de ernstige vernauwing van de introïtus en het niet à vue krijgen van de urethra bij lichamelijk onderzoek, technisch niet uitvoerbaar.

Lichamelijk onderzoek

Geheel verstreken labia minora. Introïtus sterk vernauwd, met ongeveer 2 cm grote opening naar de vagina toe. Vagina slijmvliesen op 5-7 uur erythemateus met op dat moment geen erosieve afwijkingen. Periaanaal rustig aspect van de huid. In de mond en op de binnenzijde van het wanglijmvlies beiderzijds wickhamstriae zichtbaar, met rechtsachter op de tong een 1,5 x 1,0 cm grote witte plaque, niet pijnlijk bij aanraking. Nagels en behaarde hoofd vrij van afwijkingen.

Conclusie

1. Ernstige mucocutane lichen planus (figuur 4).
2. Mixed type urine-incontinentie.

Tabel 1. Typen urine-incontinentie (UI) en gerelateerde dermatosen.

| Type incontinentie | Risicofactoren | Gerelateerde dermatosen |
|--|---|---|
| Stressincontinentie: onwillekeurig urineverlies bij abdominale drukverhogende momenten | Zwangerschap, vaginale partus, postmenopauzale status, urogenitale verzakking, chronische hoest | Intertrigo Ortho-ergisch eczeem |
| Urge-incontinentie: onwillekeurig urineverlies door m. detrusor instabiliteit | Neurologische aandoening, irritatie na cystitis of radiotherapie, cafeïne. Oorzaak vaker onbekend | Verergering van atopisch of seborroïsch eczeem |
| Mixed-type incontinentie: gemene incontinentie | Een combinatie van bovengenoemde oorzaken, geneesmiddelen | Koebnering van bestaande dermatose zoals lichen planus, lichen sclerosus, psoriasis inversa Dermatomyose en/of Bacteriële infectie van de huid |

De prevalentiecijfers per type incontinentie zijn lastig te definiëren. De cijfers in de literatuur lopen uiteen omdat er verschillende definities van UI worden gehanteerd. Ongeveer 57% van de vrouwen tussen de 45-70 jaar lijkt in mindere of meerder mate last te hebben van UI. [4]

Beloop

In deze casus speelt de urine-incontinentie van patiënte een belangrijke rol. De incontinentie zelf, maar ook het dragen van incontinentiemateriaal, kan de lichen planus doen verergeren (koebnerfenomeen). Urine-incontinentie is een veelvoorkomend probleem en is gerelateerd aan het ontstaan van verschillende dermatosen (tabel 1). Patiënte werd mede beoordeeld door de gynaecoloog en uroloog. Een behandeling met bulkamidinjecties werd overwogen. Hierbij wordt ondersteunend materiaal (homogene hydrogel) rondom de plasbuis ingebracht met als doel urine-incontinentie te verbeteren. Aanvullend werd een behandeling met tacrolimus 0,1% zalf naast haar clobetasolpropionaat 0,5% zalf en paraffine-vaseline gestart, maar dit gaf geen aanvullende verbetering van haar klachten. Het ophogen van de dosering azathioprine werd overwogen, maar dit had in het verleden geleid tot leverfunctiestoornissen. Ook hydroxochloroquine had eerder tot bijwerkingen geleid. Er werd met patiënte afgesproken om het effect van de bulkamidinjecties af te wachten. Bij onvoldoende effect hiervan zal een behandeling met methotrexaat worden overwogen.

CONCLUSIE

Dermatologische expertise van huid en slijmvliezen, en gynaecologische expertise op het gebied van de bekkenbodemp, de vagina(wand) en incontinentieproblematiek, vullen elkaar aan. Het bundelen van deze kennis leidt tot het gerichter

stellen van diagnoses en starten van de juiste behandeling. Naast het medische aspect mag ook het seksuologische aspect niet onderbelicht blijven. Bij seksuele klachten kan worden overwogen patiënt te verwijzen naar een daarvoor gecertificeerde seksuoloog (seksuoloog NVVS). Bij onvoldoende verbetering van klachten, bij twijfel over de diagnose en/of te starten beleid, adviseren wij uw patiënt door te verwijzen naar één van de gespecialiseerde vulvapoli's in Nederland (www.vulvapoli.nl/adressen). [5]

LITERATUUR

1. van de Nieuwenhof HP, Meeuwis KA, Nieboer TE, Vergeer MC, Massuger LF, De Hullu JA. The effect of vulvar lichen sclerosus on quality of life and sexual functioning. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2010;31(4):279-84.
2. Meeuwis KA, de Hullu JA, van de Nieuwenhof HP. Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *Br J Dermatol* 2011;164(6):1247-55.
3. van de Nieuwenhof HP, Massuger LF, van de Avoort IA. Vulvar squamous cell carcinoma development after diagnosis of VIN increases with age. *Eur J Cancer* 2009;45:851-6.
4. van der Vaart CH, de Leeuw JRJ, Roovers JP, Heintz AP. De invloed van urine-incontinentie op de kwaliteit van leven bij thuiswonende Nederlandse vrouwen van 45-70 jaar. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:894-7.
5. www.vulvapoli.nl/adressen

SAMENVATTING

Patiënten met vulvaire klachten kunnen worden verwezen naar een gynaecoloog of dermatoloog. Vulvaire problematiek kan door beide specialisten behandeld worden, maar wordt vaak eenzijdig benaderd. Een eenzijdige aanpak van deze problematiek leidt in sommige gevallen tot het stellen van een verkeerde diagnose of het starten van de verkeerde behandeling. Dermatologische expertise van huid en slijmvliezen, en gynaecologische expertise op het gebied van de bekkenbodemp, de vagina(wand) en incontinentieproblematiek, vullen elkaar aan. Met de komst van een gezamenlijke vulvapoli is de zorg voor deze patiënten verbeterd. Soms zijn ook andere disciplines betrokken zoals een bekkenbodempfysiotherapeut of uroloog. Naast het medische aspect mag ook het seksuologische aspect niet onderbelicht blijven. Bij seksuele klachten kan worden overwogen patiënt te verwijzen naar een daarvoor gecertificeerde seksuoloog (seksuoloog NVVS).

TREFWOORDEN

vulvapoli – seksuoloog – HSIL – anogenitale lichen sclerosus – mucosale lichen planus

SUMMARY

Patients with complaints of the vulvar area can be referred to a gynecologist or dermatologist. Vulvar problems can be treated by both specialists, but are often treated from a single perspective. In some cases this may lead to the wrong diagnosis or treatment. Dermatological expertise of skin and mucosa, and gynecological expertise in the area of the pelvic floor, the vagina (wall) and incontinence problems, complement each other. The introduction of a multidisciplinary vulvar clinic attended by dermatologist and gynecologist simultaneously, has led to improvement of the care for these patients. When necessary other disciplines are involved, such as a pelvic floor physiotherapist or urologist. In addition to the medical focus, sexological aspects should always be attended to. For sexual complaints a referral to a certified sexologist (sexologist NVVS) should be considered.

KEYWORDS

vulvar clinic – sexologist – HSIL – anogenital lichen sclerosus – mucosal lichen planus

CORRESPONDENTIEADRES

Iris Hendriks

E-mail: i.hendriks@erasmusmc.nl