



Peter Leusink: “De boeiende vraag is: waarom doet u iets dat pijnlijk is?”

Huisarts en seksuoloog Peter Leusink promoveerde in 2018 op ‘De diagnostiek van vulvodynie in de huisartsenpraktijk’ bij de afdeling Eerstelijngeneeskunde Gender & Women’s Health van het Radboudumc. Daarnaast is hij hoofddocent van de opleiding tot consulent seksuele gezondheid en hoofdredacteur van het Tijdschrift voor Seksuologie.

Belemmeringen en onvervulde behoeften in de zorg voor vulvodynie

Daniël Dresden

Provoked vulvodynia (PVD) is een biopsychosociale pijnconditie waarbij de vrouw langer dan drie maanden pijn van de vulva ervaart, waarvoor geen somatische oorzaak te vinden is. Waarschijnlijk door *doctors and patients delay* is er een discrepantie tussen de lage prevalentie van PVD in de huisartsenpraktijk en de veel hogere prevalentie van 5-10% in de algemene bevolking. Peter Leusink promoveerde onlangs in Nijmegen op onderzoek naar de belemmeringen en mogelijkheden die huisartsen en vrouwen met PVD in het consult ervaren en hoe huisartsen kunnen worden ondersteund in de diagnostiek.

In het voorwoord van zijn proefschrift beschrijft Leusink een casus van een jonge vrouw die pijn had tijdens de gemeenschap. Dit voorbeeld stamt van medio jaren negentig toen Leusink net huisarts was. Het was beslissend voor zijn keuze om seksuoloog te worden. Als huisarts had Leusink geen oplossing voor deze dame. Ook de gynaecoloog kon geen afwijkingen vinden. “Niemand kon iets voor haar betekenen”, memoreert hij. “Tijdens de huisartsenopleiding hadden we hier slechts een middag onderwijs over gehad; dat vond ik wat armoedig. Dat was de reden om hierover een opleiding te doen.”

Na een opleiding en supervisie was hij seksuoloog. Samen met andere huisartsen die hiermee bezig waren, vormden ze de stichting ter bevordering van de seksuologie in de huisartsenpraktijk, samen met de soa-consulenten voor huisartsen, de voorlopers van de seksHAG, die nu 25 jaar bestaat. “We blijven dit onderwerp agenderen, want het heeft nog steeds geen structurele aandacht binnen de huisartsenopleiding.”

“Ga niet over op de orgaangerichte gynaecologische modus”

Verkeerde diagnose

Vulvovaginale symptomen die kunnen wijzen op PVD, zijn brandende genitale pijn en pijnlijke geslachtsgemeenschap. PVD wordt uitgelokt en onderhouden door diverse biopsychosociale factoren, zoals somatische en psycho-

logische comorbiditeit, problemen in de seksualiteit of reacties van de partner, schaamte en een negatief (genitaal) zelfbeeld.

Tijdens zijn promotieonderzoek onderzocht Leusink de relatie tussen vulvovaginale symptomen die kunnen wijzen op PVD, en bepaalde comorbiditeit, zoals pijnsyndromen, psychologische aandoeningen en urogenitale infecties, specifiek vulvovaginale candidiasis (VVC). De aanwezigheid van dergelijke symptomen in de context van deze comorbiditeit zou de huisartsen kunnen helpen om PVD in een eerder stadium te signaleren. Daarom wilden Leusink en collega's weten of 15- tot 50-jarige vrouwen met vulvovaginale klachten die op PVD wijzen, vaker dergelijke comorbiditeit hebben dan even oude vrouwen zonder PVD.

In een retrospectieve cohortanalyse vonden ze dat bij premenopauzale vrouwen met symptomen die op PVD kunnen wijzen, vaker VVC en prikkelbare darmsyndroom (PDS) was vastgesteld dan in de controlegroep. Vrouwen met PVD-achtige symptomen rapporteerden vaker spierpijn, moeheid, slapeloosheid, depressieve klachten en angst. Mogelijk is bij een deel van de vrouwen met een vastgestelde vulvovaginale candidiasis of PDS de diagnose PVD meer op zijn plaats. De overlap in symptomatologie van VVC en PVD maakt de diagnostiek lastig.

Wel of geen schimmel?

Een mogelijke verklaring voor de gevonden relatie tussen VVC en PVD is dat sommige vrouwen met VVC een verkeerde diagnose krijgen, waarbij een subgroep van vrouwen met PVD wordt gemaskeerd. Leusink evalueerde de gegevens van vrouwen met een onzekere vs. zekere diagnose van VVC, die prospectief waren verzameld in de NIVEL-database. In deze case-controlstudie had 28% een onzekere VVC, gedefinieerd als episodes met persisterende en recidiverende VVC ondanks behandeling, wat overeenkomt met internationale onderzoeken. Conform de verwachting kwamen PVD-gerelateerde factoren vaker voor bij vrouwen met onzekere VVC dan bij degenen met zekere VVC. “Ook hadden vrouwen met recidiverende candida-vaginitis meer kenmerken van vulvodynie dan degenen met een enkelvoudige candida-infectie”, voegt Leusink toe.



Een onzekere diagnose VVC kan dus een teken van PVD zijn. Tegelijkertijd is het mogelijk dat VVC PVD kan veroorzaken. In een systematisch literatuuronderzoek vond Leusink dat in alle populatiestudies gebruik is gemaakt van een zelfdiagnose VVC, wat ontoereikend is. Daarnaast waren de pathofysiologische *in vitro* onderzoeken niet overtuigend en hadden de meeste onderzoeken een lage methodologische kwaliteit. Er was dan ook geen overtuigend bewijs voor een verband tussen VVC en PVD.

“We blijven de seksuele gezondheid agenderen, want het heeft nog steeds geen structurele aandacht binnen de huisartsenopleiding”

Diagnostische delay en belemmeringen

Door een vroege diagnose en een adequate aanpak in de eerste lijn kan de vicieuze cirkel van de chronische pijn en medicalisering van aanhoudende en recidiverende vulvovaginale klachten doorbroken worden. Echter, artsen én patiënten ervaren barrières om dit probleem bespreekbaar te maken. Om te beginnen vinden huisartsen dit lastig. Een reden is dat seksualiteit zo in de persoonlijke levenssfeer zit. “Dat geldt ook voor veel andere onderwerpen zoals de dood, depressie of suïcidale gedachten”, voegt Leusink toe. “Daar spreken huisartsen blijkbaar makkelijker met mensen over. Dat geldt ook voor depressie of suïcidale gedachten.” Een andere verklaring voor de onderdiagnostiek van PVD is dat huisartsen nogal eens de kennis en vaardigheden missen om dit probleem te diagnosticeren en aan te pakken. Daarnaast blijken vrouwen met PVD terughoudend te zijn met het zoeken naar hulp. Ze schamen zich voor het probleem, zijn bang voor psychologisering ervan en verwachten een somatische oplossing.

Leusink onderzocht de belemmeringen in het diagnostisch proces in geval van aanhoudende en recidiverende vulvovaginale klachten. In een kwalitatief focusgroeponderzoek met zeventien huisartsen (vijf mannen en twaalf vrouwen) kwamen enkele belemmeringen naar voren: terughoudendheid om seksualiteit te bespreken, mannelijke geslacht van de huisarts, negatieve emotionele reacties van de huisarts vanwege professionele onzekerheid en een gebrek aan scholing over PVD. Het vrouwelijk geslacht van de huisarts en de wetenschap dat patiënten baat kunnen hebben bij vragen naar seksuele gezondheidsproblemen, bleken faciliterende factoren te zijn. “Huisartsen voelen zich machteloos bij recidiverende vulvovaginale pijnklachten”, reageert Leusink naar aanleiding van dit onderzoek. “Ze blijven doorgaan met het zoeken naar de onderliggende oorzaak, maar komen niet verder. Daarin zagen we overeenkomsten met andere somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).”

Vicieuze cirkel doorbreken

Tot slot evalueerde Leusink of de huidige aanpak van vulvovaginale klachten door huisartsen in overeenstemming is met de behoeften en verwachtingen van vrouwen met PVD. In diepte-interviews met twaalf vrouwen met PVD gaven ze onder andere aan dat empathie van de huisarts en de betrokkenheid van vrouwen bij de besluitvorming en doorverwijzing belangrijke factoren waren in de waardering van het consult. De communicatie met en de competentie van de huisarts waren belangrijker in het contact met de vrouw dan het geslacht van de huisarts. Omdat vrouwen terughoudend waren om een gesprek over seksualiteit te beginnen, verwachtten ze hierin een proactieve houding van hun huisarts. “Als je bij haar doorvraagt over deze klachten, dan komen er vaak verhalen dat ze al een paar jaar pijn heeft tijdens de gemeenschap, maar desondanks hiermee doorgaat. Dan kom je op de boeiende vraag: waarom doet u iets dat pijnlijk is? Dit probleem hoeft de huisarts niet op te lossen, maar kan de vrouw vervolgens met de seksuoloog bespreken. Om die cirkel te doorbreken, zal ze wel moeten stoppen met datgene wat pijn doet en alternatieven verzinnen en langzaam weer opbouwen, om wel weer gemeenschap mogelijk te maken als ze dat wenst.”

Adviezen voor juiste aanpak

Huisartsen zouden hun diagnostiek en aanpak van recidiverende en aanhoudende vulvovaginale klachten moeten aanpassen, vooral als ze gepaard gaan met dyspareunie, functionele syndromen, mictieklachten en psychische aandoeningen. Vrouwen met vulvovaginale klachten hebben baat bij huisartsen die de biopsychosociale dimensies van de klacht durven te verkennen. Vrouwen met PVD verwachten van huisartsen dat ze seksualiteit bespreekbaar maken, zolang ze empathie tonen en hen serieus nemen. Leusink adviseert om hierbij gebruik te maken van de aanpak die in het algemeen wordt toegepast bij SOLK. “Maak seksualiteit bespreekbaar bij recidiverende klachten en ga niet over op de orgaangerichte gynaecologische modus.” ■