

W. I. VAN DER MEIJDEN*

Niet-specifieke vaginitis

Klachten over abnormale vaginale afscheiding komen frequent voor, waarbij zowel de aard als de hoeveelheid in het geding kunnen zijn. Overigens kunnen arts en patiënte van mening verschillen over wat precies als abnormaal beschouwd moet worden. Toename van op zichzelf normale afscheiding kan hinderlijk of verontrustend zijn, en samenhangen met de lichamelijke of emotionele toestand. Vaak zal een abnormale afscheiding echter wijzen op een infectie, waarbij enkele verwekkers onderscheiden dienen te worden. Op een van deze vormen van vaginitis wordt in dit artikel nader ingegaan.

Inleiding

Abnormale vaginale afscheiding is een probleem waarmee veel vrouwen te kampen hebben.

De omvang van het probleem is moeilijk exact aan te geven. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat sommige vrouwen aan hun afscheiding geen of onvoldoende aandacht besteden. De introductie van het inlegkruisje kan hebben bijgedragen aan de gedachte dat afscheiding er nu eenmaal bij hoort. Ook gène speelt waarschijnlijk een rol van betekenis. Dat ook artsen soms de neiging hebben de klacht „afscheiding” te bagatelliseren, lijdt geen twijfel.

Er zijn velerlei oorzaken van abnormale vaginale afscheiding. Een weinig frequent voorkomende oorzaak is de vergeten tampon. De hierbij optredende afscheiding (vaak overvloedig en sterk riekend) verdwijnt meestal na verwijdering van het corpus alienum, zonder dat een medicamenteuze therapie behoeft te worden ingesteld. Post-menopauzale vrouwen, met name als zij een pessarium dragen, vertonen niet zelden het beeld van een seniele (atrofische) colpitis. Het tijdelijk uitlaten van het pessarium en het appliceren van oestrogenen bevattende vaginaalcrème leidt snel tot vermindering van de klachten.

* Gynaecoloog te Nieuwerkerk aan den IJssel. De auteur dankt Prof. Dr. A. C. Drogendijk, kliniek voor obstetrie en gynaecologie Academisch Ziekenhuis Rotterdam Dijkzigt, voor zijn hulp bij het tot stand komen van dit artikel.

De invloed van de psyche op het ontstaan van abnormale vaginale afscheiding blijft omstreken. Trichomoniasis en emotionele labiliteit zijn ooit met elkaar in verband gebracht, maar harde gegevens hieromtrent ontbreken.¹ Wel is er een onderzoek over psychosomatische vulvovaginitis: de auteurs stelden deze diagnose bij 2 procent van hun patiëntes met „persisterende vulvovaginale klachten”. De klachten (dyspareunie, jeuk, branderig gevoel) correleren meestal niet met de bevindingen bij lichamelijk onderzoek. Microscopisch en bacteriologisch onderzoek van de fluor vaginalis levert meestal geen bijzonderheden op. Deze patiëntes zijn gewoonlijk al door veel artsen gezien en zonder succes met uiteenlopende medicamenten behandeld. Niet zelden blijkt sprake te zijn van onderliggende seksuele en/of relationele problemen. Psychotherapie lijkt daarom bij deze patiënten aangewezen.²

Abnormale vaginale afscheiding wordt echter meestal veroorzaakt door een verstoring van het microbiële evenwicht ter plaatse. De candida- en trichomonas-vaginitis zijn hiervan de bekendste voorbeelden. In dit verband moet worden opgemerkt, dat gebruik van het woord *vaginitis* niet zonder meer inhoudt dat de vaginawand ontstoken is. Dit is betrekkelijk zelden het geval.

De diagnostiek van de specifieke vaginitiden (candida species, *Trichomonas vaginalis*) behoeft nauwelijks enige toelichting. De candida-hyfen zijn in een

(eventueel opgewarmd) KOH-preparaat in het algemeen goed te herkennen. *Trichomonas vaginalis* valt op door zijn typische peervorm en de karakteristieke bewegingen („ballet der lage landen”). Hierbij is van belang, maar dit geldt voor fluor-onderzoek in het algemeen, dat het „verse” preparaat wordt bekeken.

Niet-specifieke vaginitis

Op enkele vormen van niet-specifieke vaginitis werd in dit artikel reeds ingegaan. In het vervolg wordt alleen aandacht besteed aan de primair bacteriële vorm; deze is qua incidentie veruit het belangrijkste.

De term niet-specifieke vaginitis is lange tijd een verlegenheidsdiagnose geweest. Bij het ontbreken van candidahyfen en/of *Trichomonas vaginalis* in het directe preparaat werd aan de patiënte medegedeeld dat er „niets te vinden” was, of er werd een specifiek therapeutikum voorgeschreven. Dat deze handelwijze vaak tot teleurstellingen heeft geleid, behoeft geen betoog.

In 1955 werd door Gardner en Dukes *Haemophilus vaginalis* „geïntroduceerd”. Deze Gram-negatieve kokkobacil zou het merendeel van de zogenaamde niet-specifieke vaginitiden veroorzaken. De *Haemophilus vaginalis* zou gepaard gaan met een typische vaginale afscheiding: grijs, pasteus en riekend. De auteurs gaven door de invoering van deze term te kennen, dat zij het bestaansrecht van de term „niet-specifieke vaginitis” betwijfelden.³

Dit bestaansrecht is inderdaad beperkt; bij gebruik van de juiste hulpmiddelen is bij meer dan 90 procent der vaginitiden een oorzaak aan te wijzen. Niettemin wordt de term niet-specifieke vaginitis veelvuldig gebruikt.

De afgelopen vijftientig jaar zijn talrijke publikaties verschenen over niet-specifieke vaginitis (NSV). Hierin stonden vooral de taxonomische positie en de pathogeniteit van de bacterie centraal. Uitgebreide taxonomische studies maakten duidelijk, dat de bacterie niet tot de geslachten *haemophilus* (*Haemophilus vaginalis*) en *corynebacterium* (*Corynebacterium vaginale*) behoort. Daarom werd voorgesteld voortaan van *Gardnerella vaginalis* te spreken.⁴ Deze naam lijkt inmiddels algemeen ingang gevonden te hebben.

De pathogeniteit van *Gardnerella vaginalis* blijft onderwerp van discussie. Sommige onderzoekers beschouwen *G. vaginalis* als commensaal. Zij zien geen

relatie tussen het voorkomen van de bacterie in de fluor vaginalis en het verschijnsel vaginitis.^{5,6} De meeste auteurs echter schrijven *G. vaginalis* een zekere mate van pathogeniteit toe. De pathogeniteit van het micro-organisme wordt meestal aangeduid als mild. De *Gardnerella vaginalis*-infectie gaat slechts zeer zelden gepaard met vaginale ontstekingsverschijnselen.

Sinds enkele jaren worden ook anaëroben in verband gebracht met niet-specifieke vaginitis. De opvatting van Gardner, dat het in de meeste gevallen van non-specifieke vaginitis om „reinculturen” van *G. vaginalis* gaat, lijkt geen stand te kunnen houden. In een kwantitatief bacteriologisch onderzoek bleek dat de concentratie van *G. vaginalis* én anaëroben in de fluor vaginalis significant hoger was bij NSV-patiënten dan bij de leden van de controlegroep.⁷ Een zekere mate van symbiose tussen *G. vaginalis* en anaëroben zou verantwoordelijk zijn voor de bij niet-specifieke vaginitis optredende verschijnselen.^{8,9}

Diagnostiek

Het beantwoorden van de vraag of een patiënte abnormale afscheiding heeft of niet, wordt vergemakkelijkt als de kenmerken van „normale” („fysiologische”) fluor vaginalis ons duidelijk voor ogen staan.

Voorbijgaand aan de hoeveelheid fluor, die per individu sterk kan verschillen, zou men normale afscheiding als volgt kunnen definiëren: wit, smeug (stevige consistentie) en reukloos. Als de fluor vaginalis vloeibaar is en onaangenaam ruikt, dient men op zijn hoede te zijn. De behandeling van abnormale afscheiding begint bij een adequate diagnostiek. De anamnese kan ons om te beginnen belangrijke informatie verschaffen: de ervaring heeft geleerd dat bepaalde klachten vaker voorkomen bij bepaalde vormen van vaginitis (tabel 1).

Het onderzoek van de macroscopische en microscopische fluorkwaliteiten neemt in de diagnostiek een centrale plaats in. Bij de – enigszins – ervaren onderzoeker kan alleen al door het ma-

croscopisch aspect van de fluor verdenking rijzen op pathologie. Voor het vaststellen van de oorzaak van abnormale afscheiding blijft het gebruik van de microscoop onmisbaar!

Bij patiënten met een niet-specifieke vaginitis is in het algemeen sprake van een onwelriekende afscheiding. Met de klacht „het stinkt” of „ik denk dat mijn omgeving het ruikt” komt de patiënte nogal eens bij haar behandelend arts. Sommige patiëntes bemerken met name na de coïtus een versterking van deze onaangename geur. De afscheiding bij niet-specifieke vaginitis is vaak grijs en pasteus (dik vloeibaar); soms is er enige gasvorming. Dit laatste kenmerk staat bij de trichomonas-infectie meer op de voorgrond (tabel 2).

De geur van NSV-fluor kan worden versterkt door er KOH 10% aan toe te voe-

Tabel 1. Fluor-anamnese bij abnormale vaginale afscheiding.

Vraag 1. Heeft u (vooral) last van jeuk aan de schaamlippen?

Indien ja, cave candida-infectie.

Vraag 2. Heeft u (vooral) last van riekende afscheiding?

Indien ja, cave niet-specifieke vaginitis/trichomonas-infectie.

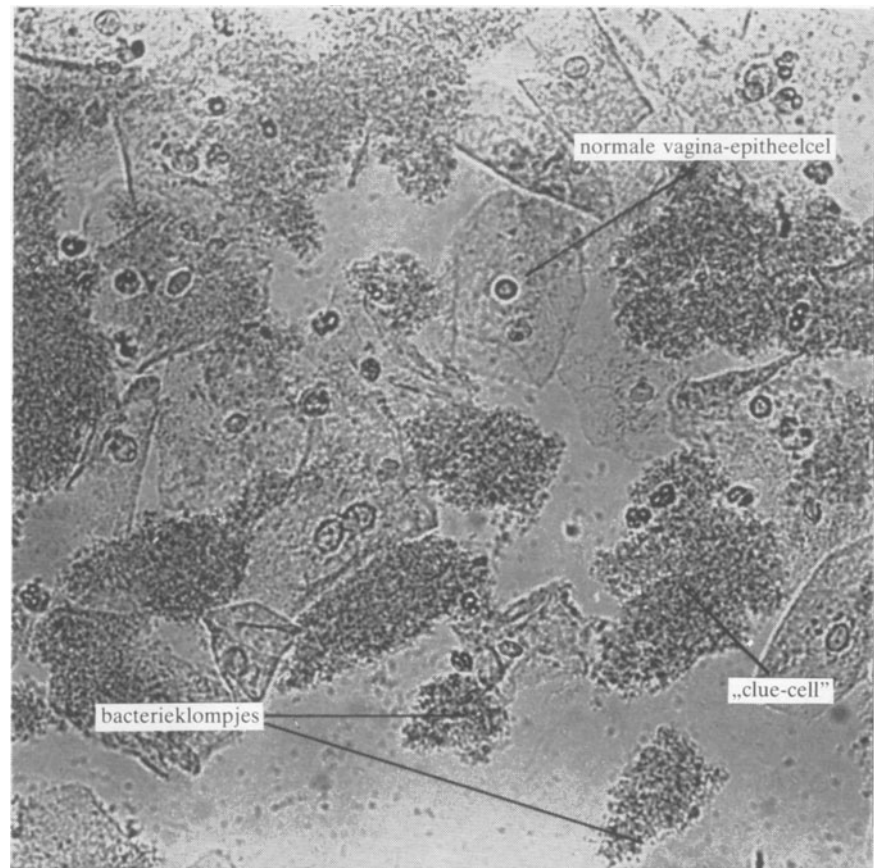
Vraag 3. Heeft u last van pijn bij de coïtus?

Indien ja, cave vulvitis/vaginitis.

Vraag 4. Heeft uw partner last van afscheiding uit de penis?

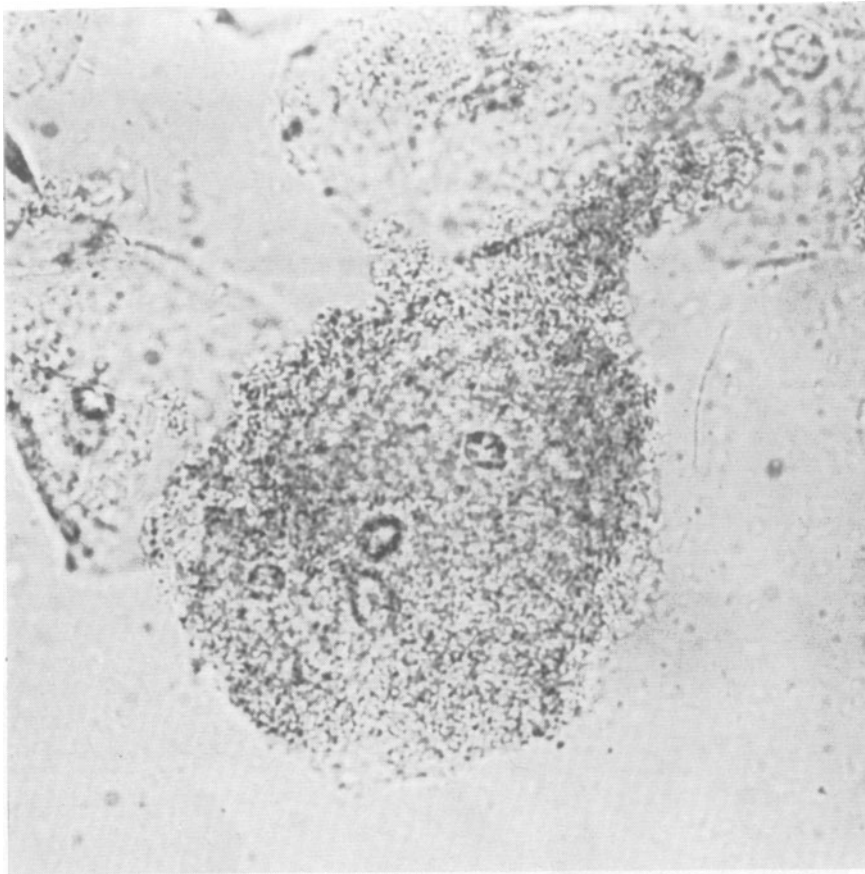
Indien ja, cave gonorrhoe/niet-specifieke genitale infectie.

Figuur 1. Microscopie NSV-fluor (200x).



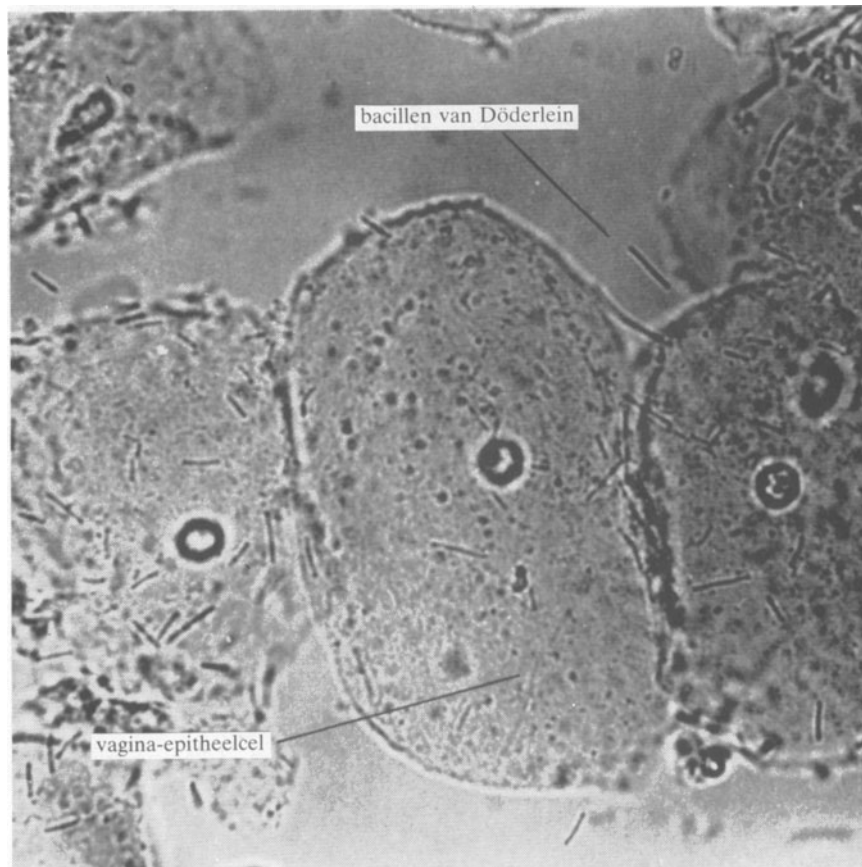
Tabel 2. Kenmerken van normale fluor vaginalis en van fluor vaginalis bij (niet-)specifieke vaginitis.

	Consistentie	Kleur	Geur	Gas-vorming	Aminetest	pH
Normaal	smeug (vast)	wit	reukloos	–	–	± 4
Niet-specifieke vaginitis	pasteus (dik vloeibaar)	grijs	riekend	soms	+	4.5 - 5.5
Candidosis	brokkelig („gestremde melk”)	wit	reukloos	–	–	± 4
Trichomoniasis	waterdun (vloeibaar)	geel (-groen)	sterk riekend	vaak	±	5 - 6.5



Figuur 2 (boven). Detailopname van een „clue-cell (400x).

Figuur 3 (onder). Microscopie fysiologische fluor (400x).



gen (amine-test). Hiertoe kan men enkele druppels KOH 10% op het onderste speculumblad laten vallen; hierop blijft immers altijd wat fluor achter. De amine-test wordt als positief beoordeeld als een rotte-vislucht ontstaat. Deze berust op het vluchtig worden van bepaalde, in NSV-fluor voorkomende, amines (cadaverine, putrescine).

Het microscopisch onderzoek van de fluor vaginalis leidt in de meeste gevallen snel tot de diagnose. We maken hierbij gebruik van een met fysiologisch zout vervaardigd direct preparaat. Van belang is, dat dit preparaat niet te dik (te veel fluor) of te dun is (te veel fysiologisch zout). Gebruik van een öse of een met fysiologisch zout bevochtigde watendrager is aan te bevelen. Als er verdenking bestaat op een candida-infectie, verdient een KOH-preparaat de voorkeur.

In het microscopisch preparaat bevindt zich in geval van niet-specifieke vaginitis een uiterst karakteristiek fenomeen, de zogenaamde „clue-cell”. Deze term werd in 1955 door Gardner en Dukes geïntroduceerd.² De clue-cell is een massaal met bacteriën (*G. vaginalis*) bezette vagina-epitheelcel, die hierdoor een korrelig aspect heeft en onscherpe celgrenzen. Met de benaming „clue-cell” wordt aangegeven dat het aantonen van dergelijke cellen de sleutel is tot oplossing van „het probleem”: men weet dan waarmee men te doen heeft. Bij het zoeken naar clue-cells kan men het beste beginnen met een 200x-vergroting (figuur 1). De clue-cell kan bij een 400x-vergroting in detail worden bestudeerd (figuur 2). Bacterieklompjes (in grootte nogal verschillende ophopingen van onbewegelijke kokkobacillen = *Gardnerella vaginalis*) worden veelvuldig in NSV-fluor aangetroffen (figuur 1).

De typische, grijze NSV-fluor bevat nauwelijks leukocyten. Indien de fluor toch leukocyten bevat (deze is dan meestal niet grijs, maar gelig tot geelgroen), dan zijn deze waarschijnlijk uit de cervix afkomstig, óf er is sprake van een menginfectie (met *Trichomonas vaginalis* bijvoorbeeld).

Bij een niet-specifieke vaginitis of trichomonas-vaginitis ontbreken de bacillen van Döderlein. Deze voor „fysiologische” fluor vaginalis karakteristieke flora (figuur 3) ziet men bij het instellen van een adequate therapie binnen enkele dagen terugkeren.

De pH van abnormale afscheiding is in het algemeen verhoogd. De pH van normale vaginale afscheiding is ± 4 . Bij niet-specifieke vaginitis ligt de pH tus-

sen 4,5 en 5,5, bij een trichomonas-vaginitis tussen 5 en 6,5. De pH is eenvoudig te meten met behulp van indicatorpapier.

Behandeling

Bij de behandeling van niet-specifieke vaginitis verdient de systematische toediening van geneesmiddelen de voorkeur. In het verleden werden ampicilline en tetracyclines veelvuldig toegepast, met een wisselend maar meestal pover resultaat. Een echte doorbraak in de behandeling van niet-specifieke vaginitis vond plaats met de introductie van metronidazol (Flagyl[®])⁸. Dit amoebacide en trichomonacide medicament blijkt uitstekende resultaten te geven. De anaërobicide werking van metronidazol is hier waarschijnlijk goeddeels verantwoordelijk voor. Verscheidene auteurs noemen genezingspercentages van 90-100 procent.

De duur van de behandeling is hierbij van groot belang. De „one-shot“-therapie (2 gram ineens), effectief bij trichomonasinfecties, voldoet niet bij niet-specifieke vaginitis. Men moet minstens 5-7 dagen voorschrijven. Een veelgebruikte dosering is 4 dd. 250 mg/2 dd. 500 mg gedurende een week.

Of ook partner-behandeling moet worden toegepast, staat ter discussie. De meeste auteurs beschouwen niet-specifieke vaginitis als een seksueel overdraagbare aandoening en adviseren daarom de partner mee te behandelen. Motivering van de partner tot gebruik van het medicament kan echter problemen opleveren (hij heeft meestal geen klachten en hij mag tijdens de behandeling geen alcohol gebruiken). Een alternatief kan zijn de partner alleen te behandelen in geval van een recidief.

De plaats van lokaal toe te dienen middelen (Amphocycline vaginaal tabletten, yogurt, etcetera) in de therapie van niet-specifieke vaginitis moet als zeer bescheiden worden bestempeld.

Samenvatting. Abnormale vaginale afscheiding is een probleem waarmee veel vrouwen te kampen hebben. De klacht „afscheiding” wordt echter vaak – en niet alleen door de arts – gebagatelliseerd. Abnormale afscheiding wordt meestal veroorzaakt door een verstoring van het microbiële evenwicht in de vagina. Microscopisch onderzoek van de vaginale fluor neemt bij de diagnostiek van de (niet-)specifieke vaginitiden een centrale plaats in; in het merendeel van de gevallen is hiermee de oorzaak te achterhalen.

Niet-specifieke vaginitis gaat gepaard met een grijs-grauwe, dik-vloeibare en riekende afscheiding, waarvan de pH is verhoogd (4,5 - 5,5). Het microscopisch preparaat (fysiologisch zout) wordt gekenmerkt door een zeer karakteristiek fenomeen, de „clue-cell”, een massaal met bacteriën bezette (vagina-)epithelcel, die daardoor een gekorrelde aspect en onscherpe celgrenzen heeft. Bacteriologisch onderzoek van fluor vaginalis van patiënten met niet-specifieke vaginitis heeft uitgewezen dat Gardnerella vaginalis een anaëroben een belangrijke rol spelen. Systemische toediening van geneesmiddelen verdient de voorkeur; nitroimidazolverbindingen geven een goed therapeutisch resultaat.

Summary. Non-specific vaginitis.

Abnormal vaginal discharge is a common female problem, but the complaint is often taken lightly – and not only by the doctor. It is usually caused by a disturbed microbial balance in the vagina. Microscopic examination of the vaginal discharge plays a central role in the diagnosis of (non-) specific vaginitis and reveals the cause in most cases. Non-specific vaginitis is accompanied by a dullish-grey, viscous, malodorous discharge of increased pH (4.5 - 5.5). A highly specific feature of the microscopic specimen (physiological saline solution) is the „clue-cell”: a (vaginal) epithelial cell massively covered with bacteria and consequently presenting a granular appearance with ill-defined cell boundaries. Bacteriological examination of vaginal discharge from patients with non-specific vaginitis has shown that Gardnerella vaginalis and anaerobes play an important role. Systemic medication is to be preferred; nitroimidazole compounds give a good therapeutic result.

¹ Curtis AH. On the etiology and bacteriology of leucorrhoea. Surg Gynecol Obstet 1914; 18: 299.

² Dodson MG, Friedrich jr EG. Psychosomatic vulvovaginitis. Obstet Gynecol 1978; 51 (suppl): 23.

³ Gardner HL, Dukes CD. Haemophilus vaginalis vaginitis, a newly defined specific infection previously classified „nonspecific” vaginitis. Am J Obstet Gynecol 1955; 69: 962.

⁴ Greenwood JR, Pickett MJ. Transfer of Haemophilus vaginalis Gardner and Dukes to a new genus, Gardnerella: G. vaginalis (Gardner and Dukes) comb. nov. Int J Syst Bacteriol 1980; 30: 170.

⁵ McCormack, WM, Hayes CH, Rosner BR, et al. Vaginal colonization with Corynebac-

terium vaginale (Haemophilus vaginalis). J Infect Dis 1977; 136: 740.

⁶ Levison ME, Trestman I, Quach R, Sladowski C, Floro CN. Quantitative bacteriology of the vaginal flora in vaginitis. Am J Obstet Gynecol 1979; 133: 139.

⁷ Spiegel CA, Amsel R, Eschenbach D, Schienknecht F, Holmes KK. Anaerobic bacteria in nonspecific vaginitis. N Engl J Med 1980; 303: 601.

⁸ Pfeifer TA, Forsyth PS, Durfee MA, Pollock HM, Holmes KK. Non-specific vaginitis, role of Haemophilus vaginalis and treatment with metronidazole. N Engl J Med 1978; 298: 1429.

⁹ Chen KCS, Forsyth PS, Buchanan TM, Holmes KK. Amine content of vaginal fluid from untreated and treated patients with nonspecific vaginitis. J Clin Invest 1979; 63: 828.

Nota bene

Desinfecteren verloskamer bij hepatitis B

In een eerdere aflevering van het *Epidemiologisch Bulletin* werd aanbevolen na een partus van een HBsAg-positieve vrouw, de verloskamer „grondig” te desinfecteren. Inmiddels is gebleken dat men daarbij soms tot heroïsche procedures overgaat. Daarom hierbij een korte samenvatting van de te nemen maatregelen:

• Bij de partus

- dragen van overschort, handschoenen, masker, bril;
- uitzuigen van het kind *niet* met de mond (filter);
- kind grondig reinigen: daarna niet als besmet beschouwen;
- desinfectie van instrumentarium en verloskamer:

1. vloer, wanden, verlostafel en kinderbadje met halamid 1 procent;
2. instrumentarium met 2 procent glutaraaldehyde of 1 procent lyorthol.

• Na de partus

- doeken met lochia apart verpakken en als besmet beschouwen;
- moeder op aparte kamer verplegen;
- kind hoeft niet geïsoleerd;
- borstvoeding is toegestaan.

(Uit: Epidemiologisch Bulletin 1983; 17 (nummer 3.)