

Vaginitis in de huisartspraktijk

Een literatuuronderzoek

JOAN BOEKE EN ARIE FAAS*

Volgens recente inzichten zou de huisarts in staat zijn elke vaginitis na adequate diagnostiek goed te behandelen, meestal met antimicrobiële middelen. Op deze betrekkelijk simpele aanpak valt echter wel het een en ander af te dingen. Zo zijn overmatige vaginale afscheiding en jeuk niet altijd een gevolg van vaginitis, en gaat een vaginitis niet altijd gepaard met afscheiding en jeuk. Verder is niets bekend over het natuurlijk beloop van *Candida*, *Trichomonas* en niet-specifieke vaginitis, en bestaat in het laatste geval ook nog grote onduidelijkheid over de diagnostische criteria. Een speurtocht door de doolhof van de grotendeels specialistische literatuur.

Inleiding

Hinderlijke vaginale afscheiding en jeuk zijn veel voorkomende klachten, waarvoor de huisarts betrekkelijk frequent wordt geconsulteerd. Sinds korte tijd kan hij daarbij beschikken over een klein arsenaal aan diagnostische en therapeutische hulpmiddelen. Meten van de pH, ruiken aan de fluor en zoeken naar *clue cells* werd tien jaar geleden zelden door een huisarts gedaan en een doeltreffende therapie ontbrak nogal eens. Tegenwoordig zou elke vaginitis na adequate diagnostiek goed behandeld kunnen worden. Antimicrobiële middelen staan daarbij op de voorgrond.^{1,2}

Dergelijke uitspraken en opvattingen blijken meestal te berusten op onderzoek in specialistische (poli)klinieken. De definities die voor de verschillende vormen van vaginitis worden gehanteerd, lopen uiteen en het gebruik van antimicrobiële middelen wordt aanbevolen, zonder dat gegevens beschikbaar zijn over het natuurlijk beloop van de betreffende aandoeningen.

In een literatuuronderzoek hebben wij een antwoord proberen te vinden op de volgende vragen:

- Hoe vaak komen de klachten hinder-

lijke vaginale afscheiding en jeuk voor en hoe vaak ziet de huisarts vrouwen met deze klachten?

- Wat zijn de voor de huisarts relevante diagnostische criteria voor respectievelijk *Candida*, *Trichomonas* en niet-specifieke vaginitis en wat is bekend over de incidentie en het natuurlijk beloop?

Cervicitis – veroorzaakt door *Neisseria gonorrhoea* of *Chlamydia trachomatis* – blijft in dit onderzoek buiten beschouwing.

Klacht en diagnose

Uit het in deze aflevering van *Huisarts en Wetenschap* gepubliceerde onderzoek van *Van der Meijden e.a.* blijkt dat vaginale afscheiding zeer frequent voorkomt, veel vaker dan de huisarts deze klacht gepresenteerd krijgt.³

Uit de cijfers van *Lamberts et al.* valt te berekenen dat van elke 1000 *reasons for encounter* (RFE's) er vier betrekking hebben op vaginale afscheiding.^{4,5} Als we gemakshalve uitgaan van 150 contacten per week en gemiddeld 1,7 RFE per contact, betekent dat ongeveer één klacht over vaginale afscheiding per week.

Volgens het Amsterdams Peilstationsproject komt jaarlijks op elke 1000 ingeschreven vrouwen 63 maal een vrouw bij de huisarts wegens „fluor vaginalis”. In een gemiddelde huisartspraktijk betekent dat één of twee patiënten per week.⁶

Een andere uitkomst van het Amsterdams Peilstationsproject is echter dat de fluor volgens de huisarts in ongeveer een derde van de gevallen niet pathogeen is. En als de fluor volgens de huisarts „wel pathogeen” is, blijkt dat oordeel maar in de helft van de gevallen gebaseerd op microscopisch onderzoek of een kweek.⁶

Volgens de Nijmeegse Continu Morbiditeits Registratie wordt jaarlijks bij 26 per 1000 patiënten de diagnose vaginitis gesteld (inclusief cervicitis, vulvitis, erosie, fluor, Bartholinitis, colpitis senilis en *Trichomonas*).⁷

Lamberts komt tot een incidentie van 13 per 1000 voor vaginitis (inclusief de apart vermelde gevallen van *Trichomonas* en *Candida*).⁸

Bij deze cijfers moeten we ons afvragen wat er precies wordt verstaan onder vaginitis. Het is een door de dokter vastgestelde aandoening, maar in de besproken onderzoeken zijn de diagnostische criteria niet nader gespecificeerd. Globaal doen zich drie mogelijkheden voor:

– het gaat om niet meer dan een medische vertaling van de klacht, bijvoorbeeld afscheiding of „jeuk van onder”, zonder dat nader lichamelijk onderzoek is verricht;

– er zijn bij onderzoek bepaalde verschijnselen vastgesteld, bijvoorbeeld „gestremde melk”-fluor op een te rood vaginaslijmvlies;

– door middel van kweken en/of microscopie is de aanwezigheid van een bepaald micro-organisme vastgesteld, bijvoorbeeld *Trichomonas vaginalis*.

In het eerste geval is het denkbaar dat de klachten geen *andere* oorzaak hebben dan een vaginitis. *Komaroff et al.* onderzochten 821 vrouwen die naar een *primary care clinic* kwamen met urogenitale klachten; in 25 procent van de gevallen werd een andere diagnose dan vaginitis gesteld (*tabel*).⁹ Een soortgelijk onderzoek van *Berg et al.* onder 132 vrouwen leverde vergelijkbare uitkomsten op, met dit verschil dat in een kwart van de gevallen *geen* diagnose kon worden gesteld (*tabel*).¹⁰ Anderzijds behoeven er bij de tweede en derde mogelijkheid geen vaginale klachten te zijn, bijvoorbeeld als de diagnose is gesteld in het kader van een pilcontrole of een uitstrijkje.

Uit de *tabel* blijkt tevens dat deze onderzoeken in de eerste lijn een ander beeld geven dan een onderzoek als dat van *Staersfelt et al.*, dat heeft plaatsgevonden in een polikliniek voor geslachtsziekten.¹¹

* Respectievelijk huisarts in Amsterdam en huisarts in Hengelo; beide auteurs zijn lid van de Commissie Wetenschappelijk onderzoek van het NHG.

Candida

Berg *et al.* stellen de diagnose Candida-vaginitis, onafhankelijk van klachten of klinische verschijnselen, op basis van kweken of microscopie.¹⁰ Bergman *et al.* hanteren de aanwezigheid van Candida-hyfen in een bepaalde kweekbodem – Sabourad agar – als gouden standaard.¹² Criterium is dus de aanwezigheid van gist; de klinische verschijnselen worden niet bij de diagnose betrokken.

Candida wordt zowel bij vrouwen met klachten als bij vrouwen zonder klachten gevonden. Goldacre *et al.* namen bij 1498 vrouwen die een kliniek voor geboortenregeling bezochten, een vaginaal uitstrijkje af, dat vervolgens op verschillende media werd gekweekt. Bij 21 procent van deze vrouwen werden gist of schimmels gevonden. Bij vrouwen die bij navraag vaginale klachten of verschijnselen bleken te hebben, werd significant vaker Candida gevonden, maar bij vrouwen zonder klachten of verschijnselen waren deze micro-organismen ook aanwezig (in 11 procent van de gevallen).¹³

Bergman *et al.* stelden vast dat microscopisch onderzoek van een KOH-preparaat een weinig sensitieve methode is bij het opsporen van Candida: de sensitiviteit was 19 procent. Specifiek is deze test wél (98 procent, dus weinig fout-positieve uitslagen). Kweken als Microstix-Candida en Nickerson-medium zijn vergelijkbaar met de gouden standaard Sabourad agar: respectievelijk 83 procent en 72 procent sensitiviteit, bij 98 procent specificiteit.¹²

McCue *et al.* vonden dat met het vaststellen van gestremde melk-fluor in de vagina 57 procent van de Candida-gevallen wordt opgespoord (sensitiviteit) en dat de specificiteit van deze methode 79 is. Voor microscopisch onderzoek vonden zij, in tegenstelling tot Bergman *et al.*, een redelijke sensitiviteit (68 procent) en een specificiteit van 89 procent.¹⁴

In ons onderzoek naar de interdokter-betrouwbaarheid van een aantal diagnostische methoden bleek het oordeel

van twee onderzoekers over het al dan niet aanwezig zijn van Candida-hyfen in een microscopisch preparaat voldoende overeen te komen. De interdokter-betrouwbaarheid van het vaststellen van gestremde melk-fluor bleek echter, ook na twee keer trainen, niet groot genoeg.¹⁵

Over het natuurlijk beloop van Candida-infecties is ons geen onderzoek bekend.

Trichomonas

In de literatuur wordt Trichomonas-vaginitis, analoog aan Candida-vaginitis, gedefinieerd als aantoonbare aanwezigheid van de Trichomonas-flagellaat, hetzij door kweek, hetzij door microscopie.^{10 13}

Van de 1498 vrouwen die Goldacre *et al.* onderzochten, bleken er 15 Trichomonas te hebben, van wie drie echter geen klachten hadden.¹³

Fouts and Kraus onderzochten de sensitiviteit en specificiteit van het fysiologische zoutpreparaat bij de opsporing van Trichomonas. Hiermee werden in hun onderzoek slechts 66 van de 131 door een kweek bewezen Trichomonas-gevallen aangetoond. Specifiek zou de methode wel zijn.¹⁶

Levett vergeleek vijf opsporingsmethoden van Trichomonas vaginalis. Het fysiologisch zoutpreparaat gaf in 2,4 procent van de 247 onderzochte preparaten een positieve uitslag. Bij acridine-oran gekleuring werden 8,5 procent positieven gevonden, bij kleuring volgens Leishman 4,5 procent en bij Diff-Quick kleuring 4,1 procent. Een kweek gaf in 4,5 procent van de gevallen een positieve uitslag. De oranje kleuring lijkt dus een gevoelige methode, maar doordat de methode niet is gerelateerd aan een gouden standaard, kan de waarde van deze opsporingstechniek niet worden beoordeeld.¹⁷

Zelf hebben wij getracht de betrouwbaarheid van het microscopisch onderzoek op Trichomonas te bepalen. Het oordeel van de twee onderzoekers over het al dan niet aanwezig zijn van Tricho-

monas flagellaten kwam in alle gevallen overeen, maar pas na extra training.¹⁵ Onderzoek naar het natuurlijk beloop van Trichomonas hebben wij niet gevonden.

Niet-specifieke vaginitis

Naar de opvattingen van de verschillende onderzoekers over ontstaan en aard van deze vorm van vaginitis is niet-specifieke vaginitis (NSV) ook bekend onder de namen Gardnerella geassocieerde vaginitis, anaërobe vaginose, niet-specifieke bacteriële vaginose en amine-colpitis.¹

Over de diagnostische criteria van niet-specifieke vaginitis bestaat discussie, zoals de naam al doet vermoeden, en een gouden standaard ontbreekt dus.

Komaroff *et al.* stellen de diagnose op basis van vier criteria:

- als abnormale afscheiding wordt gevonden;
- als geen Candida, Trichomonas en Gonorrhoe wordt gevonden;
- als cervicale afwijkingen zijn uitgesloten (uitstrijkje);
- als er geen urineweginfectie bestaat.⁹

In het vergelijkbare onderzoek van Berg *et al.* wordt de diagnose gesteld bij drie van de volgende vier, aan Spiegel *et al.* ontleende criteria:

- adherente homogene vaginale fluor;
- amine-geur bij toevoeging van KOH;
- clue cells in het microscopisch preparaat na toevoegen van fysiologische zoutoplossing;
- vaginale pH groter dan 4,5^{10 18}

Door de verschillende criteria kunnen de resultaten van beide onderzoeken niet zonder meer met elkaar worden vergeleken. Dat geldt vooral ook voor de groep waarbij geen diagnose kan worden gesteld: bij Berg *et al.* is deze groep groter door de scherpere criteria voor niet-specifieke vaginitis.

Binnen de groeiende hoeveelheid min of meer fragmentarische informatie over niet-specifieke vaginitis vragen vooral drie onderwerpen de aandacht:

- Amsel *et al.* hebben minutieus onderzocht hoe de verschillende criteria van Spiegel *et al.* met elkaar correleren. Zij berekenen onder meer dat de pH lager is dan 4,5 bij 67 procent van de vrouwen die volgens de overige criteria geen niet-specifieke vaginitis hebben, en bij 19 procent van de vrouwen die volgens diezelfde criteria wél NSV zouden hebben. Op grond van dit soort uitkomsten concluderen zij dat de aanwezigheid van een van de criteria nog niet veel zegt over het al dan niet aanwezig zijn van

Tabel. Diagnosen in twee eerstelijnscentra en in een polikliniek voor geslachtsziekten. Percentages.

	Candida	nsv	Trichomonas	Urineweg- probleem	Gonorrhoe	Chlamydia	Overige	Geen
Komaroff <i>et al.</i> ⁹	35	6	9	16	4	–	9	1
Berg <i>et al.</i> ¹⁰	27	21 ^a	8	16	1	1	–	26
Staerfelt <i>et al.</i> ¹¹	21	47	7	–	18	21	–	23

^a NSV bij uitsluiting.

Samenvatting

Vrouwen die bij de huisarts komen klagen over afscheiding, vormen een klein deel van de totale groep vrouwen die last hebben van abnormale afscheiding en jeuk. De klachten afscheiding en jeuk zijn echter niet altijd een gevolg van een vaginitis, en een vaginitis gaat niet altijd gepaard met vaginale klachten.

Vaginitis is een frequent gestelde diagnose, maar door de onduidelijke definiëring van het begrip zijn over de incidentie geen goede uitspraken te doen. Een ander probleem is de selectie van de onderzoekspopulatie, waardoor allerlei soorten vertekening kunnen worden geïntroduceerd.

• De diagnose Candida-vaginitis wordt gesteld als in de vagina Candida kan worden aangetoond. Volgens deze definitie komt Candida-vaginitis voor bij vrouwen met en zonder klachten of verschijnselen. Over de waarde van inspectie en microscopie wordt verschillend geoordeeld: deze methoden zijn wel specifiek, maar de sensitiviteit staat ter discussie.

• Trichomonas-vaginitis komt eveneens voor bij vrouwen met en zonder klachten. De huisartsendiagnostiek van Trichomonas (het bekijken van het natte preparaat) wordt als een weinig sensitieve, maar wel specifieke methode beoordeeld.

• Niet-specifieke vaginitis is een syndroom van een aantal klinische, biochemische en microbiologische verschijnselen. De oorzaak is nog niet bekend en er worden uiteenlopende definities gehanteerd. De diagnose volgens de criteria van Spiegel *et al.*¹⁸ kon worden gesteld bij een aanzienlijk aantal vrouwen zonder klachten, terwijl de Gardnerella-bacterie kon worden aangetoond bij ongeveer de helft van alle onderzochte vrouwen; daarbij moet worden opgemerkt dat de frequentie groter was bij vrouwen met NSV, en dat bij deze vrouwen ook grotere concentraties Gardnerella-bacteriën werden gevonden. Metronidazol lijkt op de korte termijn een effectief middel. Na een maand treedt echter bij twee op de vijf vrouwen een recidief op.

niet-specifieke vaginitis. Bovendien blijkt dat de diagnose NSV in 25 procent van de gevallen gesteld kan worden bij vrouwen die *geen* klachten hebben.¹⁹

• In andere onderzoeken wordt een positieve kweek op Gardnerella een belangrijk criterium geacht. *Amsel et al.* vinden echter bij ongeveer de helft van hun onderzoekspopulatie Gardnerella, terwijl slechts een kwart NSV heeft volgens de hierboven genoemde criteria.

• Tenslotte is de afgelopen jaren opnieuw duidelijk geworden dat bepaalde micro-organismen een belangrijke rol spelen bij niet-specifieke vaginitis: de Gardnerella Vaginalis (in 1955 al door Gardner and Dukes als Haemophilus vaginalis aangeduid²⁰), en anaërobe bacteriën.

Spiegel et al. onderzochten de vaginale fluor van vrouwen zonder en vrouwen met een niet-specifieke vaginitis; daaraan voorafgaand was de diagnose NSV gesteld op basis van de aanwezigheid van twee of meer van de vier door hen geformuleerde criteria. Bij vrouwen met een NSV werd een verhoging van de concentratie van bepaalde anaërobe bacteriën en van Gardnerella vastgesteld. Klinische verbetering na toediening van metronidazol correleerde met de vermindering van de concentratie van deze micro-organismen.¹⁸ Ook *Pheiffer et al.* en *Goldacre et al.* vonden een zekere samenhang tussen abnormale c.q. hinderlijke afscheiding en anaëroben.^{21 13}

Metronidazol lijkt op korte termijn een effectief middel, maar het percentage recidieven na een maand bedroeg 38 procent in een onderzoek van *Blackwell et al.*²²

Onderzoek naar het effect van zuurspoelingen is ons niet bekend. Over het natuurlijke beloop is ons evenmin iets bekend.

Beschouwing

Veel vrouwen hebben weleens last van vaginale afscheiding. Slechts een klein deel van hen gaat daarmee ook steeds naar de huisarts. Deze komt bij de klaagsters waarschijnlijk betrekkelijk vaak niet tot een diagnose. Een nadere analyse van deze niet gediagnostiseerde groep zou interessante gegevens kunnen opleveren. Tot nu toe is dat niet gedaan. Verder moet opgemerkt worden dat de gegevens van *Berg et al.* niet zonder meer zijn te vertalen naar de Nederlandse situatie.

Uit de literatuur blijkt, dat Candida, Trichomonas en niet-specifieke vaginitis voorkomen bij vrouwen met en zonder klachten. Verondersteld kan worden dat niet de aanwezigheid maar de kwantiteit of de mate van verstoring van het evenwicht in de vagina bepalen of men klachten krijgt.²³ De huisarts dient dus voorzichtig te zijn om vrouwen bij wie toevallig Candida, Trichomonas of niet-specifieke vaginitis wordt gevonden, te behandelen.

Van geen van de hier besproken infecties is ons onderzoek bekend naar het

natuurlijk beloop. Een dergelijk onderzoek dat bij uitstek in de huisartspraktijk gedaan kan worden, heeft volgens ons hoge prioriteit, omdat vrouwen veel, weinig of geen klachten kunnen hebben bij één van deze drie vormen van vaginitis. Metronidazol lijkt op korte termijn een effectief middel tegen NSV, maar het veelvuldig recidiveren van de diagnose en de klachten, maakt het zinvol om te zoeken naar mildere (lokale) vormen van therapie, zoals melkzuurspoeling of yoghurt-applicaties. Onderzoek naar effect van deze middelen kan in de huisartspraktijk worden gedaan.

¹ Sturm AW, Lammes FB, Zanen HC. Niet specifieke vaginitis. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 985-9.

² Van der Meijden WI. Niet-specifieke vaginitis. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 54-7.

³ Van der Meijden WI, Bosch I, De Haes WFM, Lako CJ, Van Harten RPW, Zorn H. Vaginale afscheiding: wat zeggen vrouwen er zelf over? Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 387-91.

⁴ Lamberts H, Meads S, Wood M. Waarom gaat iemand naar de huisarts. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 234-44.

⁵ Lamberts H, Meads S, Wood M. Met welke klachten over geslachtsorganen komen vrouwen bij de huisarts? Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 418-20.

⁶ Jaarverslag 1984 van het Amsterdams Peilstation Projekt. Amsterdam: GG en GD, ter perse.

⁷ Continue Morbiditeits Registratie NUH 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

⁸ Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

⁹ Komaroff AL, Pass TM, McCue JD, Cohen AB, Hendricks TM, Friedland G. Management strategies for urinary and vaginal infections. Arch Intern Med 1978; 138: 1068-73.

¹⁰ Berg AO, Heinrich FE, Fihn SD, et al. Establishing the cause of genitourinary symptoms in women in a family practice. JAMA 1984; 251: 620-5.

¹¹ Staerfelt F, Gundersen TJ, Halsos AM, Barlinn C, Johansen AG, Nørregaard KM. A survey of genital infections in patients attending a clinic for sexually transmitted diseases. Scan J Infect Dis [Suppl] 1983; 40: 53-7.

¹² Bergman JJ, Berg AO, Schneeweiss R, Heidrich FE. Clinical comparison of microscopic and culture techniques in the diagnosis of Candida vaginitis. J Fam Pract 1984; 16: 549-52.

Vervolg literatuur op pag. 399.