

# Dyspareunie bij jonge vrouwen

## WAT IS HET PROBLEEM?

**P**ijn bij het vrijen komt veel voor. Uit een recent Nederlands onderzoek naar seksualiteit onder jongeren bleek dat 35% van de meisjes tussen de 12-25 jaar af en toe pijn heeft bij het vrijen en 11% regelmatig.

Toch gaan weinig patiënten met seksuele klachten naar de huisarts. De incidentie van dyspareunie in de huisartsenpraktijk is 28,5 per 100.000 patiënten per jaar. Patiënten en artsen ervaren een drempel om seksuele klachten te bespreken.

## WAT MOET IK WETEN?

Maak onderscheid tussen oppervlakkige en diepe dyspareunie. Bij oppervlakkige dyspareunie veroorzaakt het naar binnen gaan van de penis in de vagina pijn in en rondom de vulva. Bij diepe dyspareunie veroorzaakt het doorstoten van de penis pijn dieper in de vagina of in de onderbuik.

De meestvoorkomende oorzaak voor oppervlakkige dyspareunie is provoked vestibulodynie (PVD): een symptomcomplex met vulvaire pijn, meestal branderig, bij het aanraken van de vulva, zonder specifieke lichamelijke oorzaak. De prevalentie is 3-15%. Soms is er sprake van erytheem in de commissura posterior van de vulva. Vaak gaat dit samen met een verhoogde spanning van de bekkenbodemspieren. Wanneer het niet lukt om een penis of iets anders in de vagina naar binnen te brengen, is er sprake van vaginisme.

Andere oorzaken voor oppervlakkige dyspareunie bij jonge vrouwen zijn vaginale infecties, zoals vulvovaginale candidiasis, herpes genitalis, condylomata accuminata of bacteriële vaginose. Vaginale dermatosen, zoals lichen planus of sclerosus, eczeem of psoriasis inversa kunnen ook pijn geven bij het vrijen, evenals littekens (bijvoorbeeld na een partus).

Bij jonge vrouwen met diepe dyspareunie kan er sprake zijn van een opstijgende infectie in het kleine bekken (PID). De incidentie van PID is 1 per 1000 vrouwen per jaar, waarbij in Nederland in de helft van de gevallen *Chlamydia trachomatis* de verwekker is. De incidentie van chlamydia is de laatste jaren met name onder jonge vrouwen tussen de 15 en 19 jaar gestegen (in Nederland 18%), waardoor PID als oorzaak voor buikpijn en diepe dyspareunie in deze groep hoog in de differentiaaldiagnose moet staan.

Diepe dyspareunie kan ook worden veroorzaakt door endometriose, zeker als er sprake is van dysmenorroe, chronische buikpijn of subfertiliteit.

## WAT MOET IK DOEN?

Maak eerst onderscheid tussen oppervlakkige en diepe dyspareunie.

Vraag bij oppervlakkige dyspareunie naar fluor (vaginale infectie) of vaginale jeuk (vaginale candida-infectie of een vulvaire dermatose). Vraag ook of er buiten intiem contact of coïtus sprake is van vaginale of vulvaire pijn en vraag naar afwijkingen aan de huid (dermatosen, herpes, condylomata). Is vrijen altijd pijnlijk geweest (vaginisme, negatieve seksuele ervaring, seksueel misbruik, congenitale afwijking) of alleen met de huidige partner (relatieprobleem, actueel misbruik)? Belangrijk is ook de vraag of de patiënte bij pijn doorgaat met vrijen. Mictie- en defecatieklachten en incontinentie kunnen wijzen op bekkenbodemproblematiek.

Vraag bij diepe dyspareunie naar dysmenorroe, toegenomen menstruaties of intermenstrueel bloedverlies, koorts, buikpijn en/of fluor en schat het risico op een soa.

Let bij lichamelijk onderzoek op vaginale of vulvaire roodheid (infectie, PVD). Een witte verkleuring van het slijmvlies (anaal of vaginaal) kan wijzen op lichen sclerosus. Schilfering kan passen bij mycose, eczeem of psoriasis. Zijn er blaasjes (herpes, candida) of andere zwellingen (condylomata accuminata, bartholincyste)? Let ook op littekens door een partus (eventueel episiotomie) of door genitale verminking.

Bij PVD kan het aanraken van de pijnlijke gebieden met een vinger of wattenstokje pijnlijk zijn. Kies bij vrouwen met dyspareunie zo nodig voor een virgospeculum, geef duidelijke instructies en besteed extra aandacht aan de beleving van de vrouw. Kijk naar fluor en het aspect van de vaginawand.

Als er sprake is van diepe dyspareunie is er een indicatie voor een vaginaal toucher. Let hierbij op pijn in de onderbuik en/of opstoot- en slingerpijn. Zijn er tumoren palpabel of anatomische afwijkingen? Bepaal tijdens het vaginaal toucher of de bekkenbodem hyperactief is.

## WAT MOET IK UITLEGGEN?

Bij vaginisme en overactieve bekkenbodemspieren en/of PVD is verwijzing naar een bekkenfysiotherapeut of seksuoloog aangewezen. Bij relatieproblemen of een seksueel trauma ligt een psycholoog meer voor de hand, en bij een mogelijke maligniteit of congenitale afwijking een gynaecoloog. Aanvullende informatie is te vinden op [www.nvog.nl](http://www.nvog.nl) of op [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl). ■

## LITERATUUR

- 1 De Graaf H, Kruyer H, Acker J, Meyer S. Seks onder je 25\*, seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012. Amsterdam: Rutgers WPF/ SoaAids Nederland, 2012.
- 2 Van Lankveld J, Ter Kuile M. Seksuele disfuncties: diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn, Stafleu van Loghem, 2010.
- 3 Kedde H, Donker G, Leusink P. Incidentie van seksuele functieproblemen. Huisarts Wet 2013;56:62-5.