

Fluor vaginalis

D **WAT IS HET PROBLEEM?**
 De incidentie van fluor vaginalis in de huisartsenpraktijk is 4-5 per 100 vrouwen per jaar. Zij zijn hierover vaak ongerust (angst voor soa, kanker of beschadiging door veel vrijen). Beschuldigingen van de partner kunnen tot relatieproblemen leiden; het is belangrijk dit tijdens het consult goed uit te vragen. Voor de huisarts is het lastig te bepalen wanneer anamnese en inspectie volstaan, wanneer fluoronderzoek moet worden gedaan, wanneer er gekweekt moet worden en waarop.

WAT MOET IK WETEN?
 De helft van de vrouwen met fluorklachten is tussen de 20 en 30 jaar. De oorzaak is meestal een candida-infectie (33%) gevolgd door bacteriële vaginose (20%). Overige oorzaken zijn *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis* en *Neisseria gonorrhoeae*. In 30% van de gevallen wordt geen oorzaak gevonden. Jeuk kan voorkomen bij alle aandoeningen en is dus een slechte voor-speller.

Bij vrouwen na de menopauze is de oorzaak meestal een atrofische vaginitis die met bloederige afscheiding gepaard kan gaan. Wees ook bedacht op maligniteit.

Van de premenopauzale vrouwen krijgt 70-75% minstens één keer een candida-infectie. Meestal is er geen duidelijke reden en gezonde vrouwen kunnen meerdere keren per jaar een recidief krijgen. Typische klachten zijn: jeuk, irritatie en witte brokkelige afscheiding. De afscheiding kan echter ook homogeen en normaal van kleur zijn (net niet wit), pH 4-4,5. Bij typische klachten en bevindingen (fluor vast aan rode, ontstoken vaginawand) is de kans op candida ruim 90%.

Bacteriële vaginose geeft een homogene, grijswitte fluor die onaangenaam ruikt, de pH is > 4,5. Toevoeging van KOH veroorzaakt een rotte vislucht, sperma versterkt de onaangename geur. De vaginawand is niet ontstoken.

Trichomonas geeft geelgroene, riekende, schuimige afscheiding, een rode ontstoken vaginawand, jeuk en een branderig gevoel; de pH is > 4,5. Het is een seksueel overdraagbare aandoening die jarenlang asymptomatisch aanwezig kan zijn.

Fysiologische fluor is vaak grijswit en heeft een neutrale pH (3,8-4,2) zonder ontsteking van de vaginawand. Er kan echter wel degelijk sprake zijn van jeuk! Bij gonorrhoe en chlamydia is sprake van een cervicitis en niet van een vaginitis.

WAT MOET IK DOEN?
 Vraag altijd naar seksuele contacten. Neem bij iedere mogelijkheid op soa materiaal af voor PCR-diagnostiek (chlamydia en gonorrhoe) en kweek (trichomonas). Is er geen verdenking op

soa kijk dan of de vaginawand is ontstoken. Dit past zowel bij candida als bij trichomonas.

Bepaal bij onduidelijkheid de pH van de fluor met een pH-strookje. Een pH > 4,5 past bij trichomonas en bacteriële vaginose. Neem twee objectglaasjes, leg op de ene een druppel fysiologisch zout en op de andere een druppel KOH. Voeg met een stokje wat fluor toe aan het fysiologisch zout en bekijk het onder de microscoop: flagellaten duiden op trichomonas (specificiteit 100%, sensitiviteit 60%). Voeg daarna wat fluor toe aan het KOH-preparaat en ruik: een rottevisgeur duidt op een bacteriële vaginose.

Bekijk ten slotte het preparaat onder de microscoop: hyfen wijzen op candida. De specificiteit hiervoor is 96-100%, de sensitiviteit 33-84%, sterk afhankelijk van de ervaring. Omdat de klachten vaak niet specifiek zijn en het microscopisch onderzoek foutnegatief kan zijn, is het aan te raden dit onderzoek altijd volledig en in deze volgorde te doen. Levert het onderzoek niets op, dan is er geen reden voor een kweek. Als er na vier weken nog veel klachten zijn, kweek dan alleen op candida en doe soa-onderzoek.

WAT MOET IK UITLEGGEN?
 Leg uit dat een candida-infectie vanzelf kan overgaan. De reden van het ontstaan is meestal niet duidelijk. Ook voor frequent recidiverende infecties is nog geen goede verklaring gevonden. Geef, indien behandeling toch is gewenst, eenmalig 1200 mg miconazol of 500 mg clotrimazol vaginaal. Eenmalig 150 mg fluconazol geeft een even goed resultaat maar meer systemische bijwerkingen zijn mogelijk. Behandel recidiverende candida-infecties (meer dan drie per jaar) met maandelijks, op de vijfde dag van de menstruatie, 500 mg clotrimazol of 1200 mg miconazol vaginaal gedurende drie tot zes maanden.

Ook bacteriële vaginose kan vanzelf overgaan. Leg uit dat er een verstoring is van de balans tussen commensalen van de vagina en dat er geen sprake is van een ontsteking. Behandel alleen bij klachten met eenmalig 2000 mg metronidazol. Geef bij onvoldoende resultaat daarna tweemaal daags 500 mg gedurende een week. Behandel de partner niet mee.

Leg bij onverklaarde fluorklachten vooral uit dat fluor normaal is, per vrouw varieert en ook in de tijd varieert. Adviseer geen vaginale douches, zeep of lactacyd te gebruiken. ■

LITERATUUR

- 1 Dekker JH, Boeke AJP, Gercama AJ, Kardolus GJ, Boukes FS. NHG-Standaard Fluor vaginalis (eerste herziening). www.nhg.org.
- 2 Dekker JH. Vaginale aandoeningen: candidiasis, bacteriële vaginose en trichomoniasis. *SekSoa Magazine* 2011;2. www.soaaidsmagazine.nl.
- 3 Lucassen P. Diagnose bacteriële vaginose kan simpeler. *Huisarts Wet* 2005;48:324.