

Lotte Loones  
Manueel Therapeut (MSc MT)  
Licentiaat Kinesithérapie - bekkenbodetherapeut  
Licentiaat Seksuologie  
Schreursvest 53, B-3001 Leuven-Heverlee  
[Info@lotteloones.be](mailto:Info@lotteloones.be)

[www.vaginisme.be](http://www.vaginisme.be)  
[www.groepspraktijkleuven.be](http://www.groepspraktijkleuven.be)

---

## Organisch vaginisme: mee opnemen in medisch algoritme seksuele pijn?

Deze klinische opinie om uw aandacht even te vestigen op vaginisme, een conditie die miljoenen vrouwen over de wereld treft (prevalentie tot 30%), maar desondanks nauwelijks onderkend, ondergediagnostiseerd en onderbehandeld wordt.

Ondanks dat de beschrijving van vaginisme reeds 157 jaar geleden is gebeurd (Sims, 1861) wordt vaginisme amper in de mond genomen door veel praktiserende medische beroepsbeoefenaars. Het is ook algemeen geweten dat vaginisme niet of nauwelijks besproken wordt in opleidingen geneeskunde, laat staan in medische symposia en/of professionele meetings. Dit leidt tot een gebrek aan bewustzijn en inzicht van deze conditie bij vnl. medische klinici wat verder leidt tot een diagnostisch gebrek in de gezondheidszorg en verzuiming van deze patiëntenpopulatie, die vaak heel jonge meisjes betreft (Macey et al., 2015). Hierdoor blijft de behandeling van deze patiëntengroep vaak inadequaat terwijl vaginisme een heel efficiënte en eenvoudige behandelaanpak vraagt met hoog succesratio.

Voor het vooropstellen van een adequaat behandelprotocol is het a priori belangrijk om een onderscheid te maken tussen primair en secundair vaginisme. Primair vaginisme betreft (vaak jonge) patiënten die nog nooit gemeenschap hebben gehad en vaak ook een vinger of tampon niet kunnen inbrengen. Deze patiëntenpopulatie kan heel efficiënt kinesitherapeutisch en seksuologisch behandeld worden waarbij de focus vooral wordt gelegd op 'graded exposure (CGT)' en adaptatie (progressieve desensitisatie - meer info [www.vaginisme.be](http://www.vaginisme.be)). Secundair vaginisme betreft patiënten waarbij in het verleden gemeenschap wel reeds mogelijk is geweest, maar door bepaalde redenen na verloop van tijd niet meer. Deze redenen kunnen medisch, psychologisch, seksueel en/of relationeel van aard zijn.

Vaginisme wordt in de DSM V (2013) samengenomen met dyspareunie onder de gemeenschappelijke noemer GPPPS en wordt beschreven als een penetratiestoornis waarbij elke vorm van vaginale penetratie (bvb. vinger, tampon, dilatoren, gynaecologisch onderzoek, gemeenschap) pijnlijk en onmogelijk is. Deze reflexmatige samenspanning gebeurt volledig buiten de wil van de patiënt om en is geen indicatie dat de patiënte geen gemeenschap wenst met haar partner. Basson (2004) benadrukt deze stelling door vaginisme te definiëren als de onmogelijkheid tot gemeenschap ondanks het verlangen om dit te doen (er is bij deze patiëntenpopulatie dus geen sprake van frigiditeit). Ook de ICD10 (International Statistical Classification of Disease and Related Health problems) ziet vaginisme als een "Spasme van de bekkenbodemspieren die de vagina omringen en die een occlusie van de vaginale opening veroorzaken. Geslachtsgemeenschap is hierdoor onmogelijk of pijnlijk". Ze onderscheiden hierbij 2 subtypes van vaginisme: psychogeen vaginisme (ICD-10 F52.5) en organisch vaginisme (ICD-10 N94.2). De differentiaaldiagnose met dyspareunie betreft dus de sterk verhoogde

reflextonus in de bekkenbodemspieren en de afwezigheid van toenemende pijn als de initiële anticiperende angst is verdwenen.

Vanuit medische hoek echter bestaan er geen richtlijnen voor de diagnose en behandeling van vaginisme en bestaat er ook geen officieel gynaecologisch diagnostisch protocol voor vaginisme. Dit is, ook naar mijn mening, vermoedelijk één van de redenen waarom veel artsen en gynaecologen, met inbegrip de klinici die gespecialiseerd zijn in de vrouwelijke gezondheidszorg, vaak nog niet gehoord hebben van vaginisme en dit dus bijgevolg ook niet diagnosticeren en behandelen.

Een opkomende trend is om vaginisme te plaatsen onder de gemeenschappelijke noemer 'vulvodynie', wat nog meer verwarring kan teweegbrengen aangezien vulvodynie over het algemeen aanzien wordt als een moeilijk te behandelen seksueel pijnstoorniscomplex met een complexe/ingewikkelde multifactoriële etiologie. De vooropstelling om vaginisme onder deze gemeenschappelijke noemer te plaatsen is af te raden mede omdat de aanpak sterk verschillend is. Bij vaginisme is oa. het gebruik van topische anaesthesia, antidepressiva, spierrelaxantia en hymenectomie/vestibulectomie ineffectief gebleken terwijl dit wel een werkzaam effect kan hebben bij de behandeling van vulvodynie.

Er worden verschillende oorzaken vooropgesteld bij het ontstaan van vaginisme, waarbij angst in min of meerdere mate één van de belangrijkste indicatoren is: angst voor pijn, angst voor eerste keer gemeenschap (onbekende), angst voor gynaecologisch onderzoek,... . De redenen voor deze angst kunnen liggen in onverwerkte (psycho-seksuele) conflicten en trauma's in de kindertijd en jeugd, maar kunnen ook heel banaal ontstaan, bv. door een wat negatief gekleurde getuigenis van een vriendin over haar eerste keer gemeenschap. Deze initiële angst werkt als trigger om een reflexmatige samenspanning van de bekkenbodemspieren op gang te zetten waarbij deze samenspanning kan blijven bestaan door sensitisatie, zelfs als de oorspronkelijke angst is verdwenen. (Basson, 2013 : Sensitisatie, sensitivering of sensibilisering wordt samen met habituatie gerekend tot één van de deelvormen van het impliciete of niet-declaratieve geheugen).

Aangezien deze, vaak heel jonge, patiënten a priori een angst voor gynaecologisch onderzoek aangeven, zullen ze om die reden ook niet gauw de stap zetten naar een gynaecoloog en wordt hierbij vaak hoogstens de huisarts gecontacteerd. Er is bijkomend ook aangetoond dat een substantieel deel van deze patiënten reeds eerdere ervaringen heeft gehad met klinische settings in hun kindertijd (urologie/gynaecologie), bijvoorbeeld catheterisatie, urodynamisch onderzoek (bij incontinentieproblematiek), vaginale stretching bij 'te nauwe' vagina,... die als negatief en mogelijk traumatisch door de patiënt werden ervaren.

Desalniettemin is een gynaecologisch contact bij een aantal van deze patiënten aangewezen ter geruststelling of uitsluiting van ev. medische etiologische factoren zoals bv. stug maagdenvlies. De algemene richtlijn vooropgesteld door hulpverleners die ervaring hebben met deze problematiek is om in dit geval geen invasief gynaecologisch onderzoek op te dringen, maar ev. enkel de palpatie met een vinger voor te stellen. Aangezien deze patiënten ook virgo zijn is er ook geen indicatie voor cervicaal uitstrijkje met speculumonderzoek.

Dit leidt bijgevolg tot de bevestiging van de vooronderstelling dat vaginisme niet wordt opgenomen in veel algemene gynaecologische richtlijnen omdat veel gynaecologen eenvoudigweg niet rechtstreeks in contact komen met patiënten met vaginisme en deze problematiek. Jammer genoeg wordt vaginisme om die reden bij veel gynaecologen nog steeds grotendeels onderschat en op deze manier ook genegeerd. Macey et al. (2015) citeert: "The finding that women are potentially offered inappropriate treatment due to lack of professional knowledge is extremely important and very worrying".

Er is verder aangetoond dat er ook nog steeds een taboesfeer heerst rond seksuele pijn en vaginisme waardoor vrouwen (en bij vaginisme veelal jonge meisjes) hierover niet snel praten met hun ouders en arts. Om deze reden is de werkelijke incidentie van vaginisme niet gekend, maar men denkt dat dit minstens tussen 12 à 30% van de vrouwen in een klinische setting betreft. Men kan inspelen op het gegeven dat patiënten schrik hebben om de werkelijke stap naar hulpverlening te zetten door voldoende informatie en behandelopties via andere wegen te verschaffen (bv. online: websites, platforms, discussiefora, modulaire behandeling edm.) online behandelmodaliteiten zijn bij een groot deel van de patiënten effectief gebleken. Door online informatiebeschikbaarheid is er bijkomend ook nog een positieve evolutie merkbaar omdat we zien dat meisjes en vrouwen veel mondiger zijn geworden en het aangeven van hun klachten niet meer als stigmatiserend ervaren.

Maar het werkpunt blijft het gebrek aan educatie in medische opleidingen, gecertificeerde programma's voor masters, symposia en professionele meetings. Evaluatie heeft aangetoond dat door dit gebrek aan educatie patiënten met vaginisme gemiddeld iets meer dan 7 jaar niet succesvol worden behandeld nadat ze een eerste stap hebben gezet naar hulpverlening.

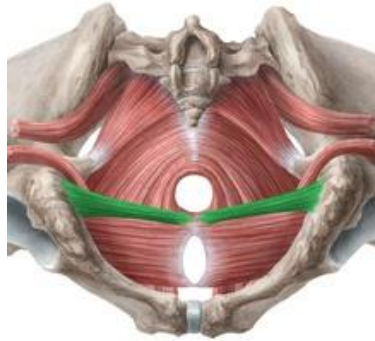
Het kernpunt is dus dat patiënten met vaginisme niet serieus worden genomen. Er is bovendien ook aangetoond dat de onmogelijkheid om een gynaecologisch onderzoek toe te laten (wat op zich al een diagnose van vaginisme kan suggereren) vaak nog tot bijkomende ontterende opmerkingen van de clinicus zoals 'Doe niet flauw', 'Probeer gewoon te ontspannen mevrouw' en zelfs suggesties 'Ocharme uw man' of 'Ga maar eerst naar huis en kom terug als je eens gemeenschap hebt gehad met je man' resulteert...

Het is vanzelfsprekend dat deze opmerkingen totaal contraproductief werken en bovendien vaginisme nog verder in de hand werken. Een geruststellende en begripvolle reactie getuigt van veel meer professionalisme en kan bovendien wonderen verrichten...

Een bijkomende bemerking in deze klinische opinie betreft het nieuwe voorstel in de vijfde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, 2013) om vaginisme en dyspareunie bij elkaar te voegen onder de gemeenschappelijke noemer genito-pelviëne pijn/penetratiestoornis (GPPPS). Dit voorstel stuit toch wel op de nodige kritiek omdat er de laatste jaren, ook door andere wetenschappers, steeds meer aanwijzingen zijn die erop duiden dat primair vaginisme en dyspareunie/seksuele pijn toch wel twee verschillende entiteiten zijn (Spoelstra, 2017; Baptista PV, Siva JL, 2016; Borg C, de Jong PJ, Weijmar Schultz WCM, 2010; Cherner RA, Reissing ED, 2013). Waarom deze nieuwe benaming moet ingevoerd worden is ook niet helemaal duidelijk, vooral gezien dit de volledige biopsychosociale manifestatie van het klachtenpatroon niet dekt en de benaming 'vaginisme' ook algemeen gekend is en blijft in volksmond. Door de ingebruikname van deze benaming vrezen we bovendien dat er zo nog minder biomedische aanknopingspunten zijn voor deze conditie (wat nog meer weerstand kan opwekken bij medische wetenschappers en klinici) terwijl voor veel psychologische processen geleidelijk aan wel meer en meer biomedische verklaringen worden vooropgesteld en ontwikkeld.

Tenslotte heeft Spoelstra (2018) in een onderzoek met intravaginale drukmetingen ontdekt dat er bij vaginisme zowel oppervlakkig en diep twee duidelijk van elkaar te onderscheiden regio's bestaan waar de druk lokaal verhoogd is. Hij onderscheidt hierbij sterke autonome genito-pelviëne reflexen die duidelijk gedifferentieerd kunnen worden van bewuste bekkenbodemspiercontracties die veel zwakker zijn. Deze waargenomen gebieden met verhoogde druk onderschrijven de hypothese dat het vaginale kanaal ook een sfinctermechanisme heeft. Ook in mijn klinische ervaring onderscheid ik verschillende 'pijnpoortjes' (waarbij het 2<sup>e</sup> pijnpoortje thv de mm. transversa perinei vaak het meest uitgesproken is). Deze preliminaire data moet in toekomstige studies nog worden gevalideerd (samen

met zoveel andere klinische bevindingen bij primair vaginisme die reeds lang gekend zijn maar nog niet uitgebreid wetenschappelijk zijn onderzocht).



Dit opiniestuk dus met vriendelijk verzoek is om vaginisme ook op te nemen in het medische algoritme en/of richtlijnen voor seksuele pijn, meer specifiek organisch vaginisme. Zo wordt er alvast een eerste stap gezet naar de onderkenning van deze conditie vanuit (bio)medische hoek. Behandelopties zijn hierbij fantoomtherapie (CGT), seksuologie en bij meer therapieresistent vaginisme kan ev. ook botox (onabotulinumtoxicine A) overwogen worden.

Ik wil u alvast hartelijk danken om dit in overweging te nemen.

Met de meeste hoogachting,

Lotte Loones

Leuven, december 2018