

UZ
GENT




UNIVERSITEIT
GENT

Nele Coryn, Vrouwenkliniek

**Met dank aan Steven Weyers, Bart Vergauwe,
Marie Vandriessche**

Vulvodynie: aanpak en behandeling



- 
- 1. Vulvaire klachten**
 - 2. Vulvodynie: algemeen**
 - 3. Vulvodynie: UZ Gent**
 - 4. Take home messages**

1. Vulvaire klachten



Vulvaire klachten

Wat willen we weten?



- Aard
- Locus
- Tijds patroon / duur

Vulvaire klachten

Aspecifiek

- ▶ Jeuk
- ▶ Pijn
- ▶ Fluor
- ▶ Dysurie
- ▶ Dyspareunie
- ▶ Roodheid
- ▶ Zwelling
- ▶ Scheurtjes, kloofjes
- ▶ Drukgevoel
- ▶ Droogte

- Aard
- Locus
- Tijds patroon / duur

- Aard
- Locus
- Tijds patroon / duur


Vulvaire klachten

Anamnese

- ▶ Klachtenpatroon
 - Duiden 'last': vb jeuk (krabben) vs branderigheid (stillen met koude)
 - Volledig klachtenpatroon (dyspareunie, fluor vaginalis, mictie, defecatie)
 - Tijds patroon (vb acute jeuk + fluor → suggestief voor candida)
- ▶ Systemaanamnese : mdc, allergie/atopie, ...
- ▶ Seksuele anamnese (incl. NSE), intieme hygiëne
- ▶ Familiale anamnese
- ▶ Voorgaande onderzoeken/behandelingen

Vulvaire klachten

Onderzoek

- ▶ **Inspectie**
- ▶ Speculumonderzoek
- ▶ pH-meting A small, rectangular pH test strip with a color scale from yellow to red. The text on the strip includes 'pH-5.8-6.1' and 'CC'.
- ▶ Microbiologisch onderzoek: R.M.O. / kweek / PCR
- ▶ Anatomopathologisch onderzoek (biopt)





Tessa, 27j

**“last onderaan, ik heb al jarenlang
infecties”**

Terug naar Tessa...

Anamnese

- ▶ Oppervlakkige dyspareunie, nu apareunie sinds 5j
 - ▶ na Chlamydia infectie
- ▶ Sexarche 19-j, initieel probleemloze coitus
- ▶ Branderig gevoel, 'schuurpapier'
- ▶ Andere uitlokkende factoren: fietsen, strakke broek
- ▶ Geen spontane pijn; geen jeuk of fluor
- ▶ Intieme hygiëne water, geen dagelijks inlegmateriaal
- ▶ SA : blanco
- ▶ All: lactoseintolerantie

Tessa

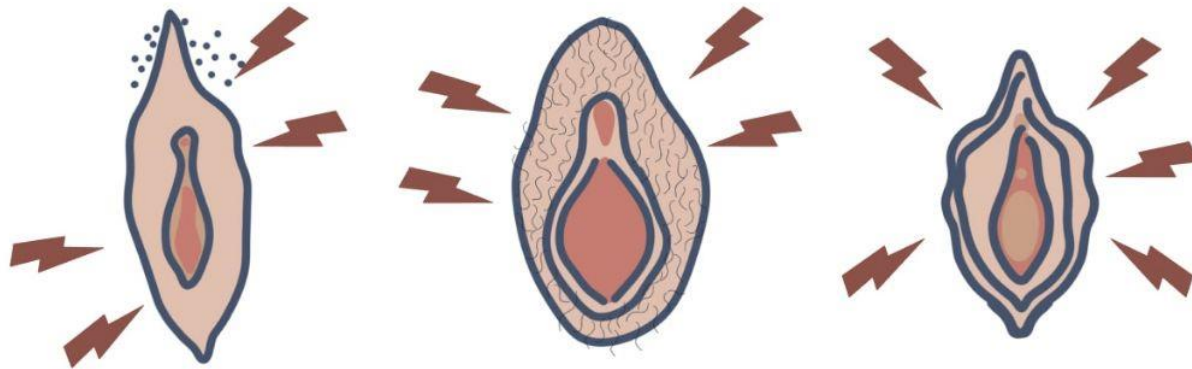
Klinisch onderzoek

- ▶ Inspectie: minimaal vestibulair erytheem
- ▶ Q-tip allodyniescore (VAS 0-10)
 - Rechts: 3 – 6 – 9
 - Links: 3 – 5 – 8
- ▶ Insertie 1 vinger:
 - Duidelijk mucosale allodynie uitlokbaar thv gehele vestibulum.
Pain quality: branderig, herkenbaar
 - BB: hypertoon, wat musculoligamentaire pijn ('druk'), moeizame coördinatie
- ▶ Speculum: normale vaginamucosa, normale afscheiding. pH 4.2
- ▶ R.M.O.: normaal lactobeeld
- ▶ VC: negatief

Tessa

DD/D?

2. Vulvodynie: algemeen



Vulvodynie

Definitie: ISSVD (2015)



- ▶ Vulvaire pijn ≥ 3 maanden
- ▶ Zonder duidelijke oorzaak
- ▶ Mogelijks met geassocieerde factoren

(pijnsyndromen, genetische/hormonale/psychosociale/musculoskeletale/neurlogische factoren, structurele afwijkingen)

- ▶ Gelocaliseerd (vestibulodynie, clitorodynie) vs Gegeneraliseerd *
- ▶ Uitlokbaar vs Spontaan *
- ▶ Primair vs Secundair
- ▶ Voorkomen in tijd (intermittent/constant, onmiddellijk/vertraagd)

* Een 'mixed'-vorm kan ook



- Comorbidities and other pain syndromes (e.g., painful bladder syndrome, fibromyalgia, irritable bowel syndrome, temporomandibular disorder; level of evidence 2)
 - Genetics (level of evidence 2)
 - Hormonal factors (e.g., pharmacologically induced; level of evidence 2)
 - Inflammation (level of evidence 2)
 - Musculoskeletal (e.g., pelvic muscle overactivity, myofascial, biomechanical; level of evidence 2)
 - Neurologic mechanisms
 - Central (spine, brain; level of evidence 2)
 - Peripheral: neuroproliferation (level of evidence 2)
 - Psychosocial factors (e.g., mood, interpersonal, coping, role, sexual function; level of evidence 2)
 - Structural defects (e.g., perineal descent; level of evidence 3)
-
- Infectious (e.g., recurrent candidiasis, herpes)
 - Inflammatory (e.g., lichen sclerosus, lichen planus, immunobullous disorders)
 - Neoplastic (e.g., Paget disease, squamous cell carcinoma)
 - Neurologic (e.g., postherpetic neuralgia, nerve compression, or injury, neuroma)
 - Trauma (e.g., female genital cutting, obstetrical)
 - Iatrogenic (e.g., postoperative, chemotherapy, radiation)
 - Hormonal deficiencies (e.g., genitourinary syndrome of menopause [vulvovaginal atrophy], lactational amenorrhea)

Vulvodynie

Prevalentie



- ▶ Algemeen: 7-15%
- ▶ Alle leeftijden, piek 20-29 jaar
- ▶ Slechts 50% zoekt hulp

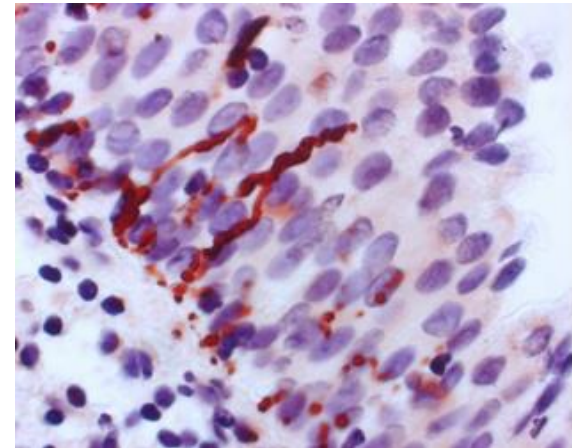
- ▶ Meest frequent
 - ▶ ±75% uitlokbare, gelokaliseerde vulvodynie
= *Provoked vestibulodynia* (PVD)
 - ▶ 40% primair - 60% secundair

- ▶ Spontane resolutie in 20% over 2jaar

Vulvodynie

Etiologie

- ▶ Pathogenese niet geheel gekend
- ▶ Sensitisatie
 - ▶ Perifeer + centraal (pijnbeleving)
 - ▶ Geassocieerde factoren
 - ▶ Lokale neuroproliferatie: hyperinnervatie
- ▶ Trigger?
 - Inflammatie (gestegen mastcellen)
 - Macrofagen, MALT-like weefsel, kiemcentra
 - kip of ei discussie



Vulvodynie

Risicofactoren

- ▶ Infectieus
- ▶ Negatieve (seksuele) ervaring(en)
- ▶ Comorbiditeit

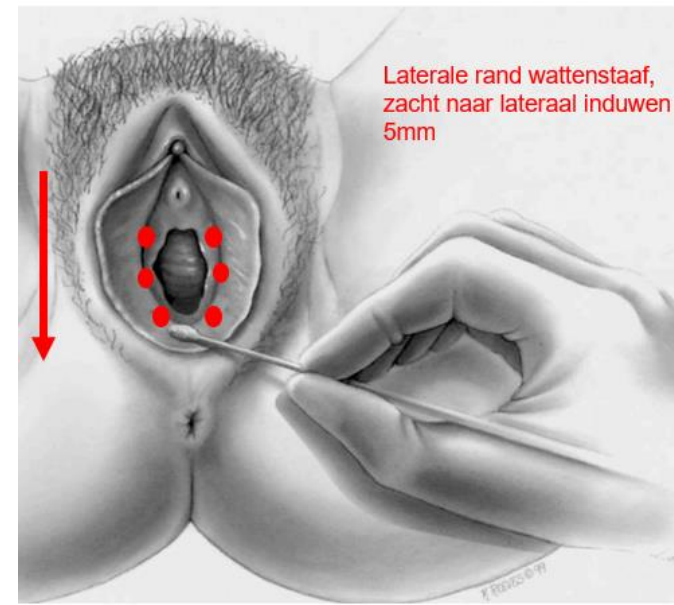
Vulvodynie

Kliniek

- ▶ Branderig, scherp, rauw, nazinderend
- ▶ Bij of na vrijen; of andere pijntriggers
- ▶ Geen andere klachten

- ▶ Inspectie: normaal vs roodheid
- ▶ Q-tip allodyniescore (NRS /10)
- ▶ Bekkenbodembodem
 - evaluatie tonus
 - 'muscular tenderness'
 - proprioceptie, coördinatie
- ▶ Speculum: pH, R.M.O.

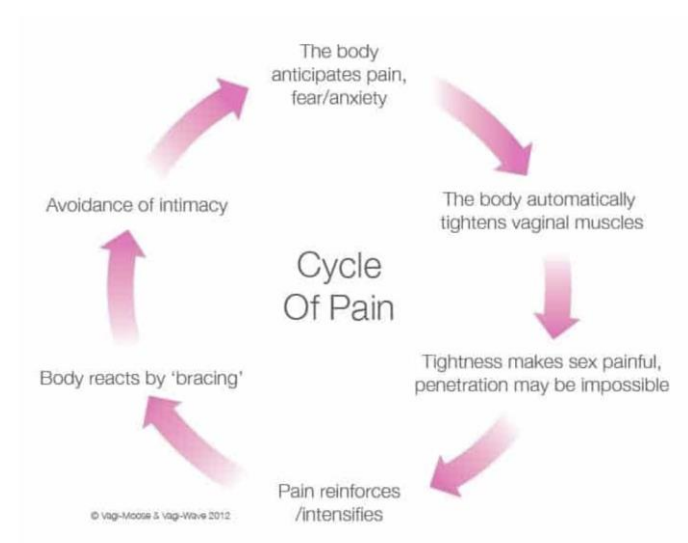
DAG VAN DE JONGE HUISARTS
(kweek/PCR)



Vulvodynie

Behandeling: algemeen

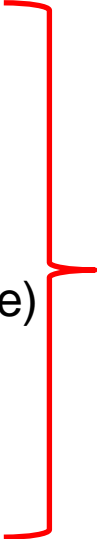
- ▶ Educatie
- ▶ Vulvazorg; vermijden pijntriggers
- ▶ Idealiter multidisciplinair
 - Medicamenteus/chirurgisch
 - Weinig RCT's
 - Vnl expert-based
 - Trial & error
 - Psychologisch/seksuologisch
 - Bekkenbodemevaluatie



Vulvodynie

Behandeling: medicamenteus

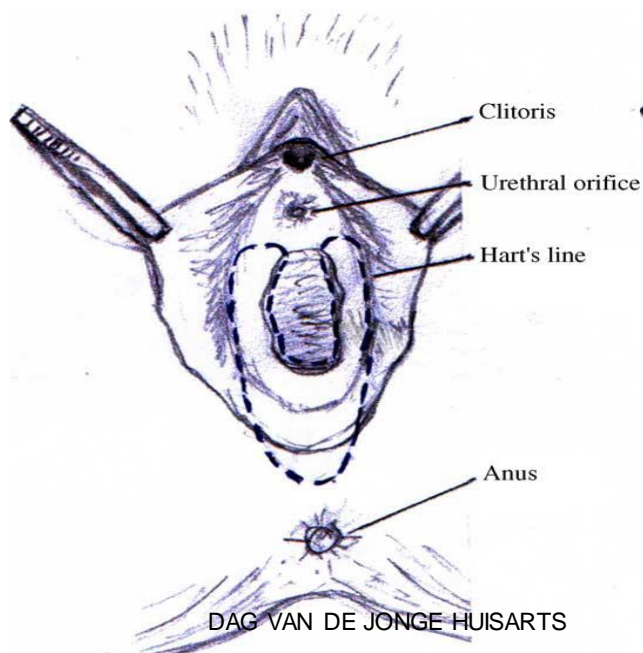
- ▶ Topisch
 - Anticonvulsiva (Gabapentine en/of pregabaline)
 - Tricyclisch antidepressiva (amitriptyline, doxepine)
 - ▶ Systemisch
 - Tricyclisch antidepressiva (amitriptyline, nortriptyline)
 - SNRI's (duloxetine, venlafaxine)
 - Anticonvulsiva (gabapentine/pregabaline)
 - Melitracene/flupentixol (Deanxit®)
 - ▶ Infiltratie: solumedrol 40mg/linisol 10mg

 - ▶ Geen argumenten voor LASER of BOTOX
- 

Vulvodynie

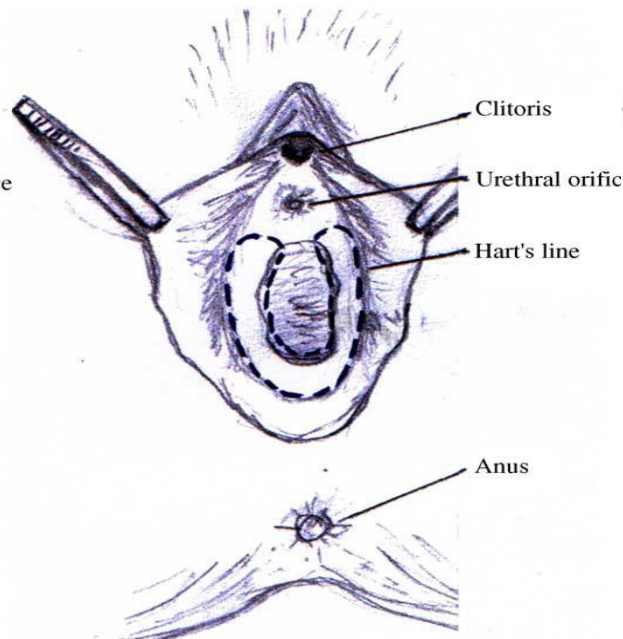
Behandeling: chirurgisch

- ▶ Verschillende technieken:
 - Perineoplastie
 - Brede vestibulectomie perineoplastie
 - Lokale oppervlakkige vestibulectomie

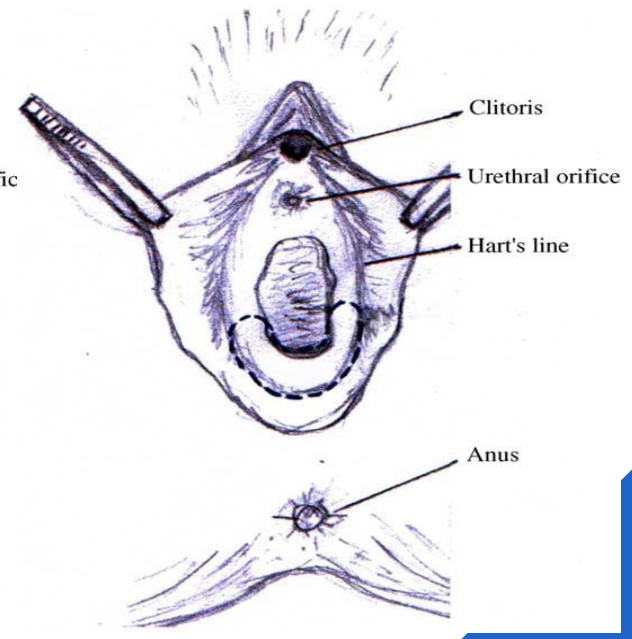


DAG VAN DE JONGE HUISARTS

Perineoplastie



Brede vestibulectomie



Beperkte vestibulectomie

Vulvodynie

Chirurgie

- ▶ Meeste studies geven significante verbetering = level of evidence 2, graad B aanbeveling
 - gemiddeld 80% van de cases
 - Haefner 2000 review literatuur 1981-1999, 23 studies
- ▶ Outcome van perineoplastie, vestibulectomie en gemodificeerde vestibulectomie zijn vergelijkbaar
- ▶ **Lavy 2004:** gemodificeerd vestibulectomie 59 pt (uit totaal van 247 pt):
 - 73,6% geen klachten meer bij coitus
 - 13,2% aanzienlijke verbetering (86,8%) (6m tot 10 jaar FU)

Vulvodynie

Seksuoloog

- ▶ Plek creëren om dit bespreekbaar te maken
- ▶ Geruststellen en normaliseren
- ▶ Seksualiteit benaderen vanuit biopsychosociaal kader
- ▶ Psycho-educatie, ontkrachten seksuele mythes
- ▶ Doel ≠ penetratie
- ▶ Samen op zoek gaan naar



Behandeltraject op zich Mogelijke spanningsvelden:




- ▶ Impact levenskwaliteit
- ▶ Onbekende diagnose → gebrek aan erkenning
- ▶ Vraagt veel energie (omgang met de pijn, smeren crème, medicatie, eventuele bijwerkingen, operatie, pelottes)
- ▶ Soms lange weg
- ▶ Gevoel van machteloosheid, onzekerheid, eenzaamheid

! Lotgenotencontact

Impact op zelfbeeld

“Ik zal pas een volwaardige vrouw kunnen zijn wanneer penetratie lukt.”

- ▶ Negatievere opvattingen over (seksuele) zelf
- ▶ “Persoon met vulvodynie”
- ▶ Lichaamsbeeld
- ▶ Zich geen volwaardige partner voelen
- ▶ Zich minder vrouw voelen

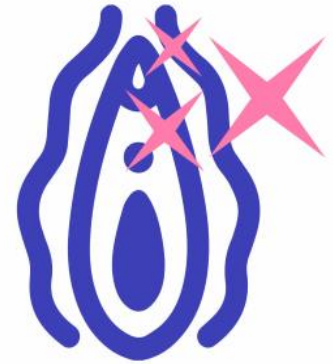


Invloed mythes/
media

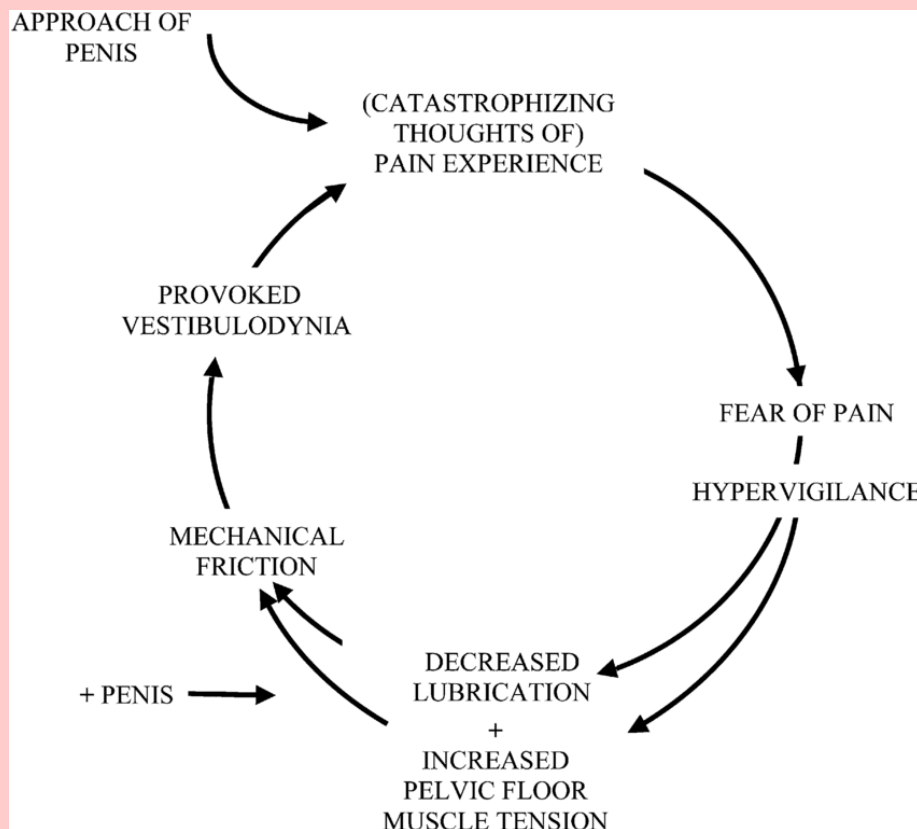
- ‘Chronic pain is an assault on the self’
(Smith & Osborn, 2007)

Seksuele zorgen

- ▶ Verminderde zin in seks
- ▶ Problemen met opwinding en orgasme
- ▶ Verminderde seksuele satisfactie
- ▶ Angst voor de pijn
 - ▶ Vermijdingsgedrag
 - ▶ Hypervigilantie en catastroferende gedachten omtrent de pijn
- ▶ Seks/intimiteit = pijn ipv penetratie = pijn
- ▶ Non-penetratiescenario



Het circulaire model van vulvodynie (Ter Kuile et al., 2010)



Vermijden van alle seksualiteit/intimiteit
Zin in seks ↓

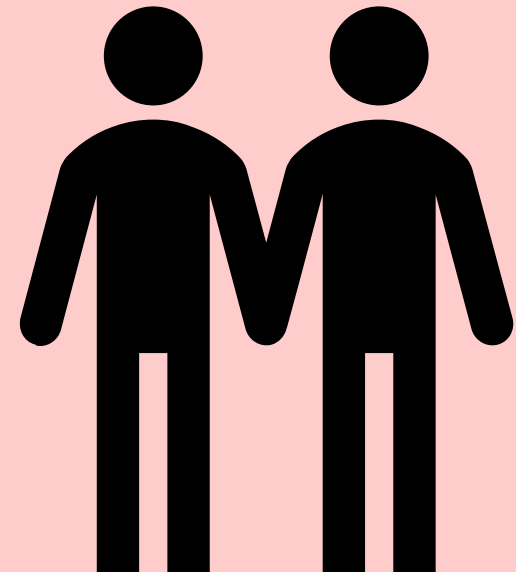
Impact op (aangaan van) een partnerrelatie

- ▶ Zichzelf relaties ontzeggen
- ▶ Binnen partnerrelatie:
 - ▶ Kan dit gedragen worden binnen de relatie?
 - ▶ Angsten/twijfels
 - ▶ Vaak schuldgevoelens tov partner
 - ▶ Penetratie toelaten voor partner en relatie
- ▶ ! Werken met het koppel



Koppelgesprek

- ▶ Eénmalig of meerdere gesprekken
- ▶ Beleving en bezorgdheden partner
 - ▶ Psycho-educatie!
- ▶ Verheldering diagnose vulvodynie
- ▶ Open kunnen communiceren
- ▶ Samen nadenken en vorm geven
- ▶ ≠ relatietherapie



**“Betrekken van de partner in de behandeling van vulvodynie toont verschillende positieve outcomes voor beide partijen”
(Corsini-Munt et al., 2014)**

Deel van behandeling = “penetratieverbod”

Wat kan wel nog?

Relatie



Penetratie

TIP: boek 'climaxclub' van Jüne PIÄ

- ▶ Seksuele normen
- ▶ Seks ≠ penetratie
 - ▶ Weg van “voorspel zonder penetratie”
- ▶ Wat is veilig voor jullie?
- ▶ Wat is wel nog fijn ipv wat lukt niet?
- ▶ (H)erken het belang van strelen
 - ▶ Volledige lichaam als erogene zone
- ▶ Communiceer
 - ▶ Delen van je eigen seksuele behoeftes
 - ▶ Durf aangeven wat je wel/niet fijn vindt
 - ▶ Leer van elkaar



! Herkader: seks als betekenisvolle ervaring in plaats van een prestatie

Vulvodynie

Seksuoloog

- ▶ Één van de hoekstenen multidisciplinaire samenwerking
- ▶ Uitgebreide seksuele anamnese
- ▶ Psycho-educatie: seks mag nooit pijn doen - seks is meer dan penetratie
- ▶ Indien relatie: hoe als koppel mee omgaan?
- ▶ Stop met datgene wat pijn doet en zoek/kijk naar/beleef datgene wat fijn is
- ▶ Gezien lang, onvoorspelbaar parcours: ondersteuning belangrijk

Vulvodynie

Follow up

- ▶ Indien voldoende pijnstilling onder medicamenteuze therapie
 - 6 à 12 maanden aanhouden
 - Veelal doorverwijzing BB-kine noodzakelijk

- ▶ Indien vestibulectomie
 - Zo voldoende pijnstilling veelal doorverwijzing BB-kine noodzakelijk
 - Zo onvoldoende pijnstilling: evt terug opstart medicamenteuze behandeling





3. Vulvodynie: UZ Gent



Patiënte met
chronische/recurrente (benigne)
vulva/vagina pathologie

Multidisciplinair vulvateam UZ Gent

Psycholoog-
seksuoloog

Bekkenbode
m-
kinesitherap
eut

Vulva-arts

Pijnarts
Uroloog
Fysiotherap
eut

Vulvodynie

UZ Gent protocol (1)

- ▶ Informereren omtrent anatomie en fysiologie vulva en over vulvodynie; cave langdurig traject
- ▶ Vulvaire hygiëne:
 - Stop alle lokale produkten
 - Enkel water/hypoallergene wasemulsie
- ▶ Infecties uitsluiten

- ▶ Lokale behandeling met gabapentine crème en/of pregabaline (anti-epilepticum)

- ▶ Coïtusstop tot vlot zelf oefenen

- ▶ Begeleiding seksuoloog/psycholoog

Vulvodynie

UZ Gent protocol (2)

- ▶ Van zodra verbetering uitlokbare pijn en indien sprake van hypertonie:
 - Bekkenbodempkiné met EMG-biofeedback en/of
 - Zelf oefenen met dilatatoren

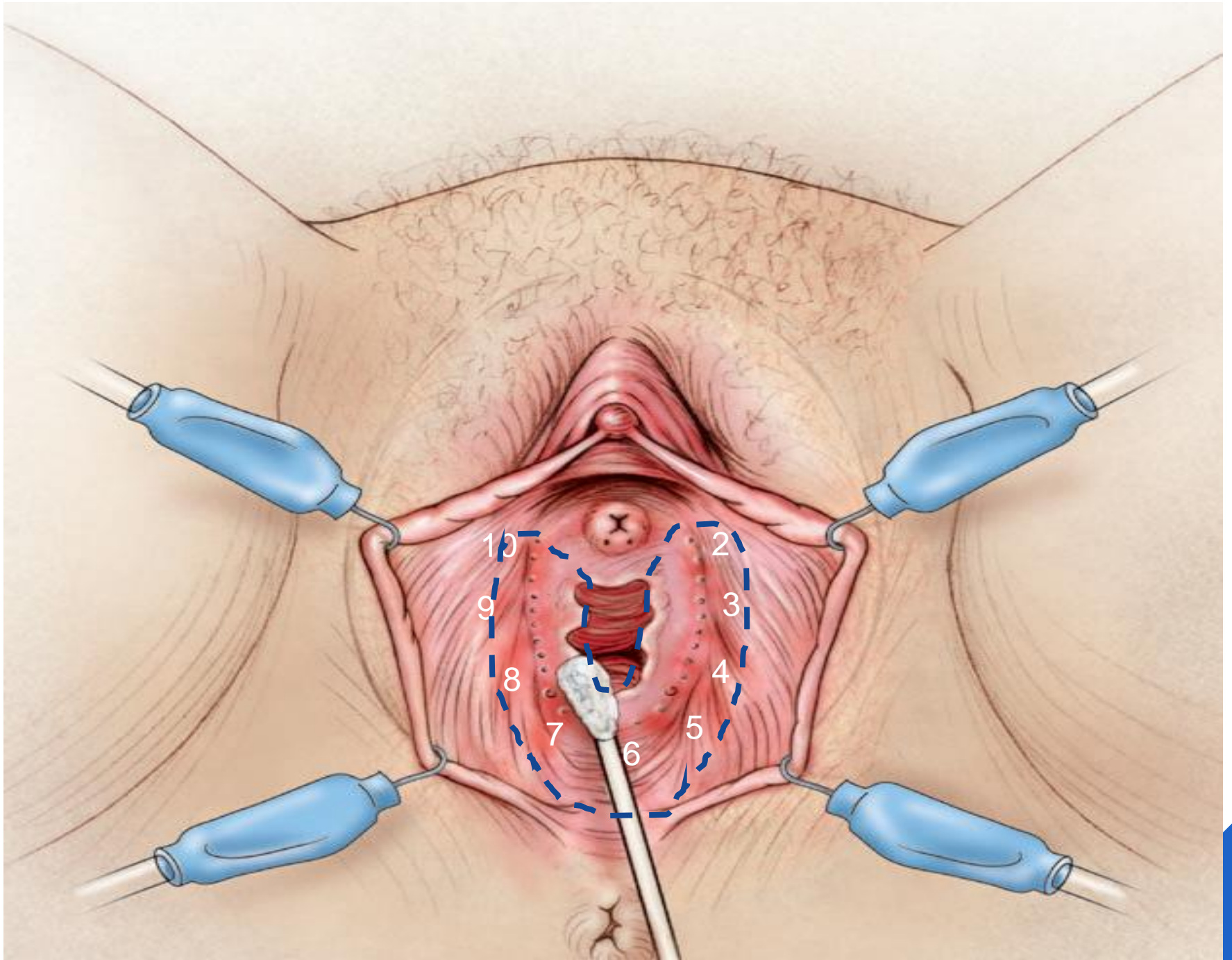
- ▶ Indien geen beterschap met lokale behandeling: laag gedoseerde tricycl. antidepressiva of anti-epileptica (Nortriptyline>Duloxetine>Venlafaxine>Pregabaline)

- ▶ <<Chirurgie
 - Patiënten met blijvende overgevoeligheid ondanks goede bekkenbodempcontrole
 - uitgebreidheid vestibulectomie afh van de grootte van de aangetaste zone zoals bepaald dmv Q-tip-test

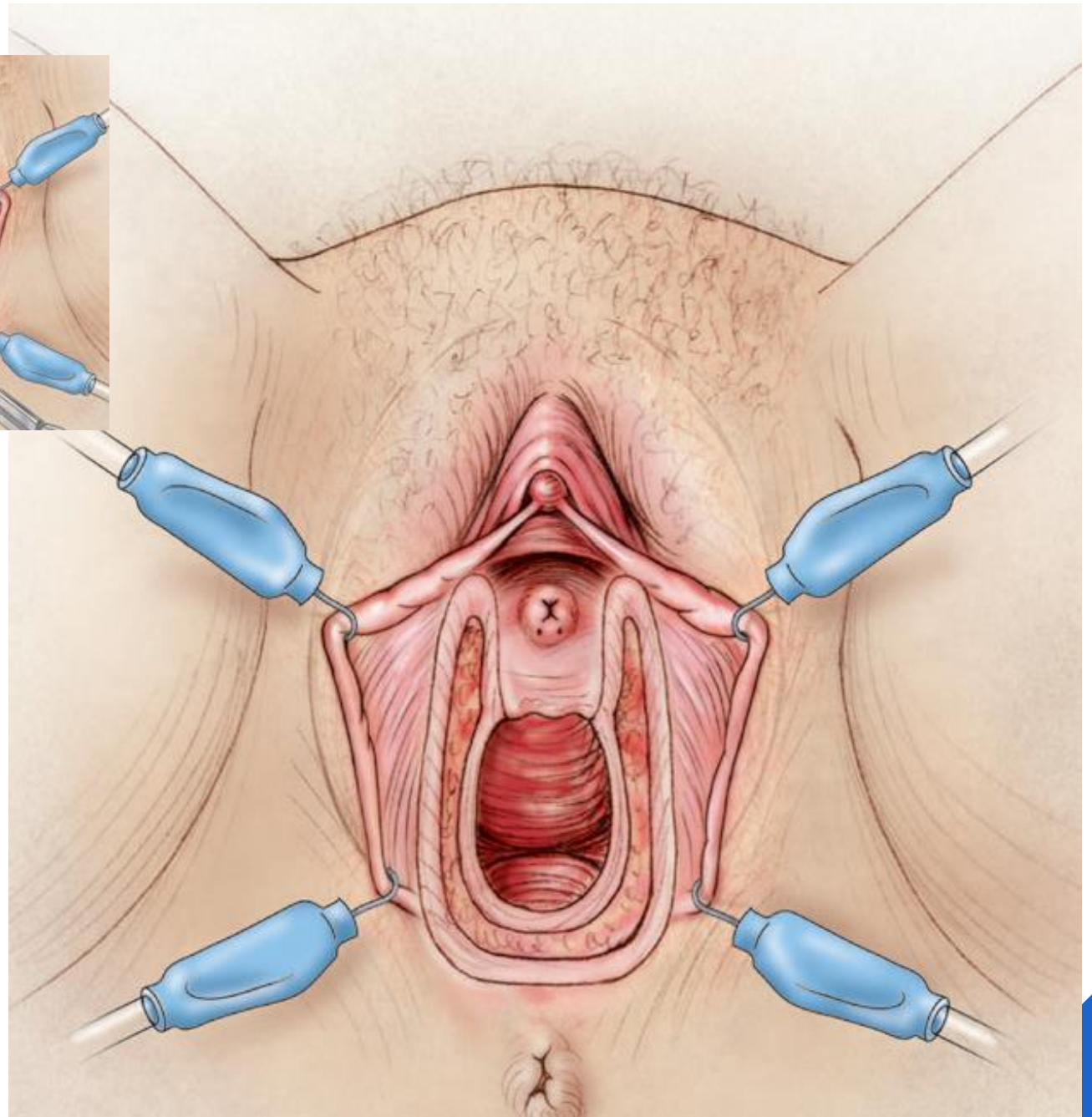
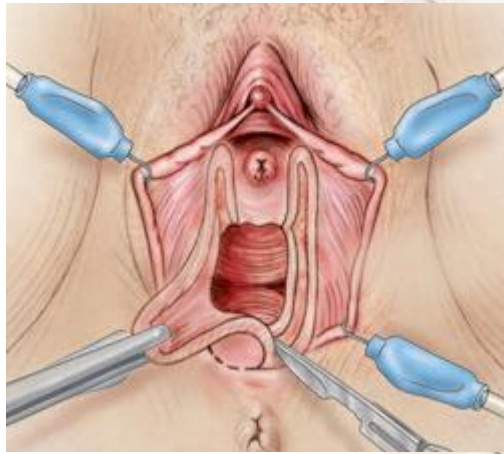
Vulvodynie

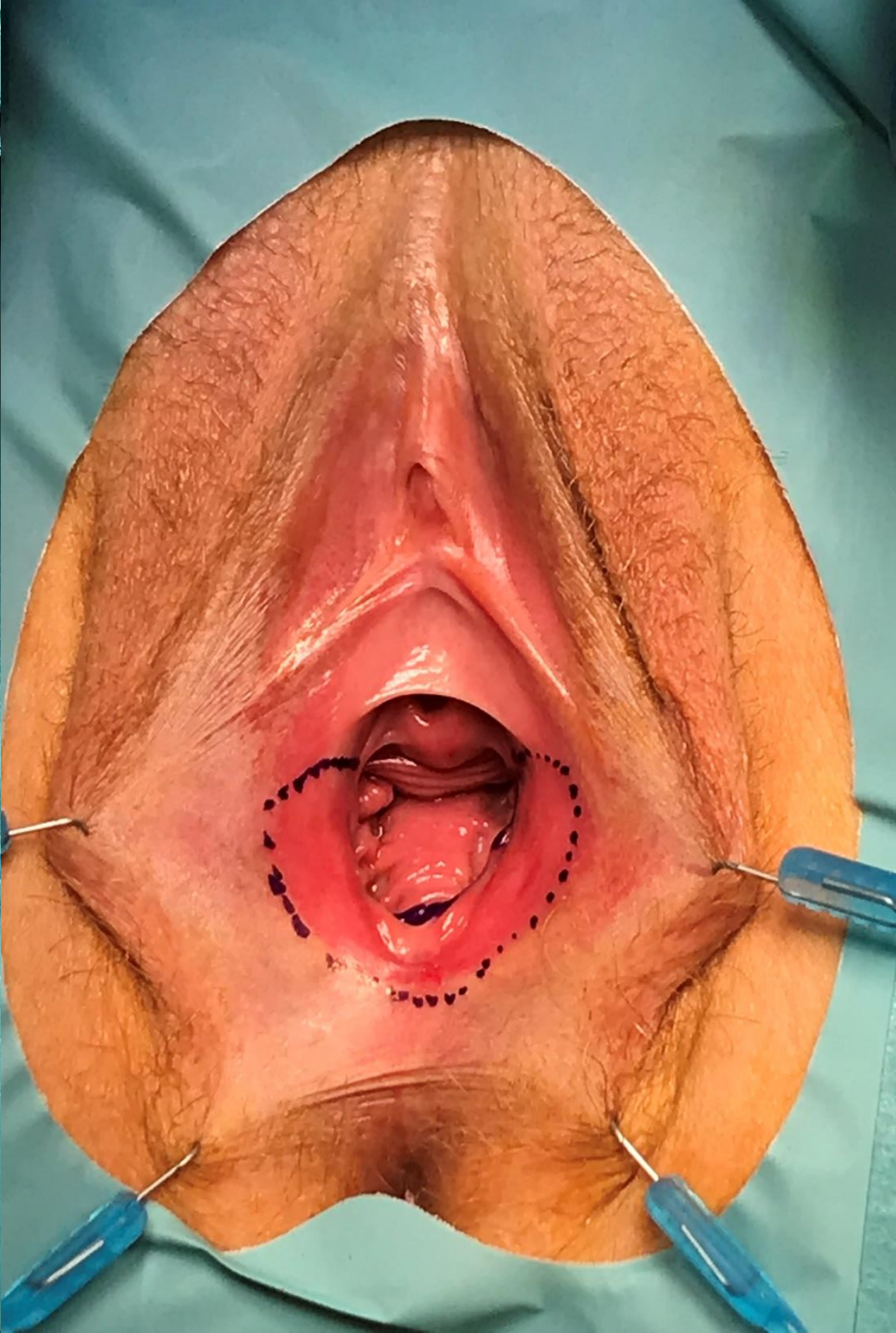
Chirurgie: vestibulectomie UZ Gent-techniek

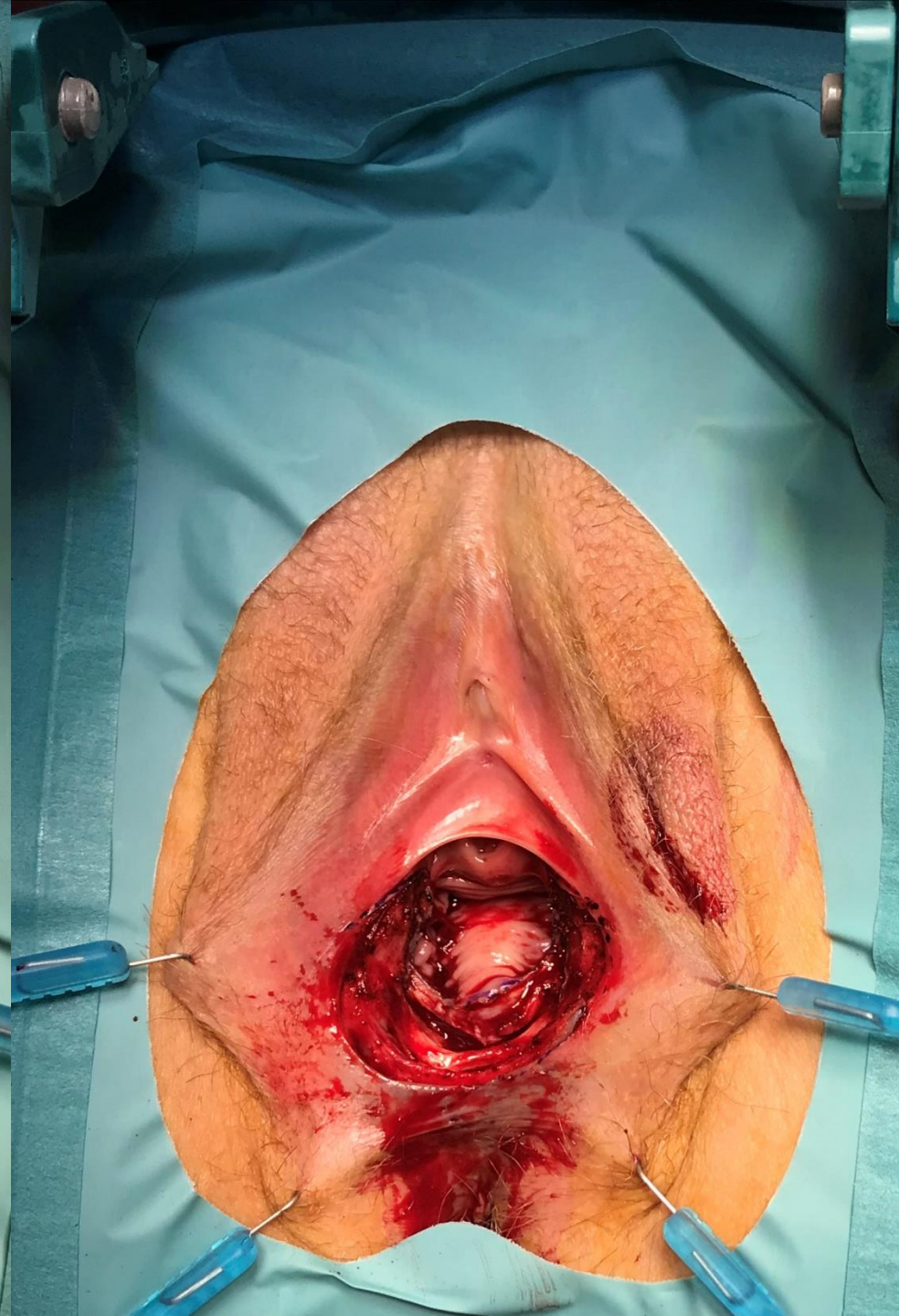
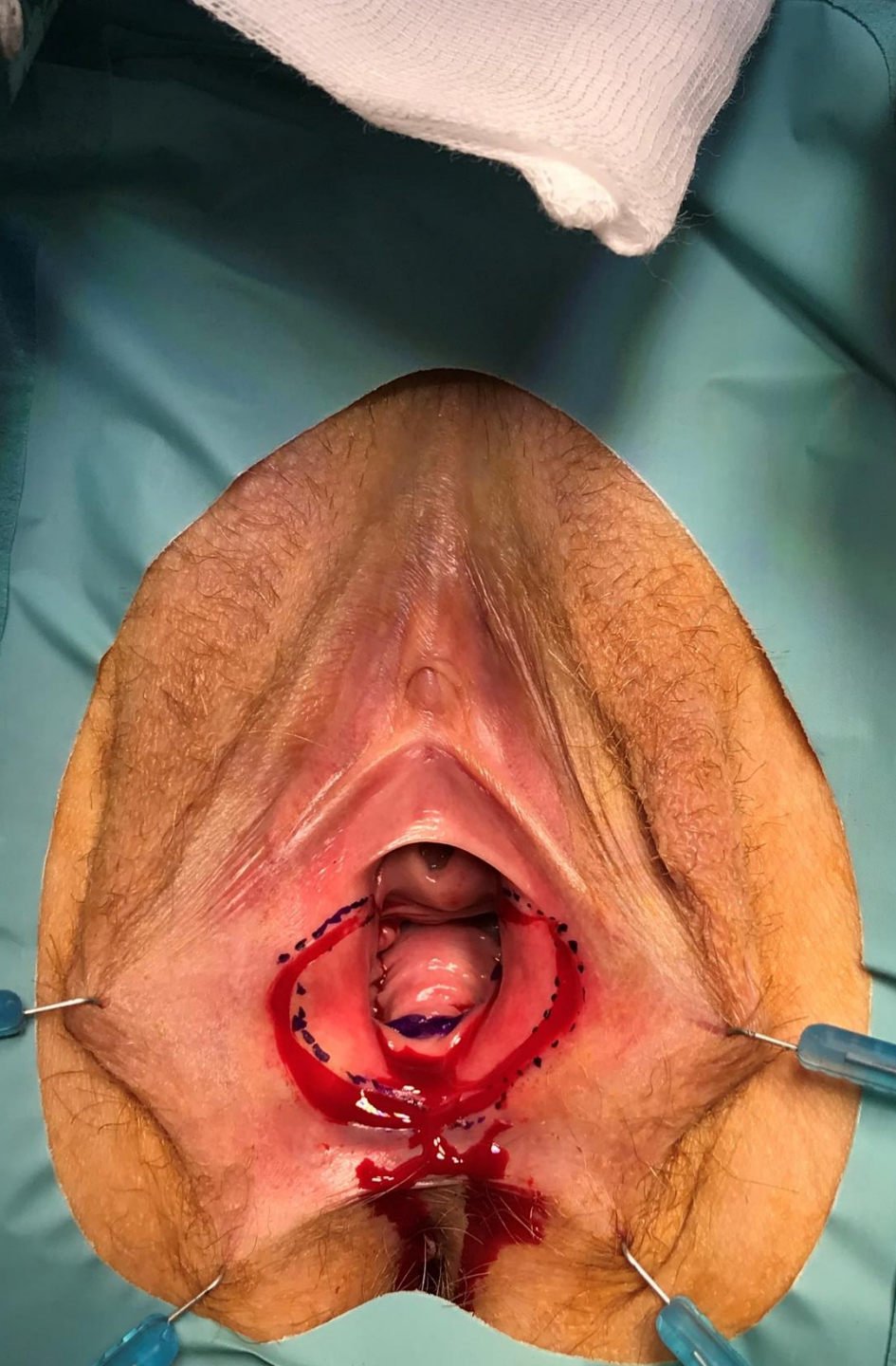
- ▶ Uitgebreidheid resectie afstemmen op aangetaste gebied (q-tip test)
- ▶ In zeker $\frac{3}{4}$ patiënten is beperkte resectie (3-9u) voldoende
- ▶ Resectie van de mucosa tussen:
 - lijn van Hart (overgang mucosa-huid)
 - Net voorbij de hymenale ring
- ▶ Mobilisatie van huid en vagina over minstens 1,5 cm
- ▶ Hechten met traag resorberende hechtingen (Vicryl 3/0), donatti's
- ▶ Cave dehiscentie: op 4, 5, 7 en 8u niet-resorbeerbare hechting (3/0)
- ▶ Cave hematoomvorming en wondinfectie
- ▶ Patiënte reeds na 10-12 dagen op controle

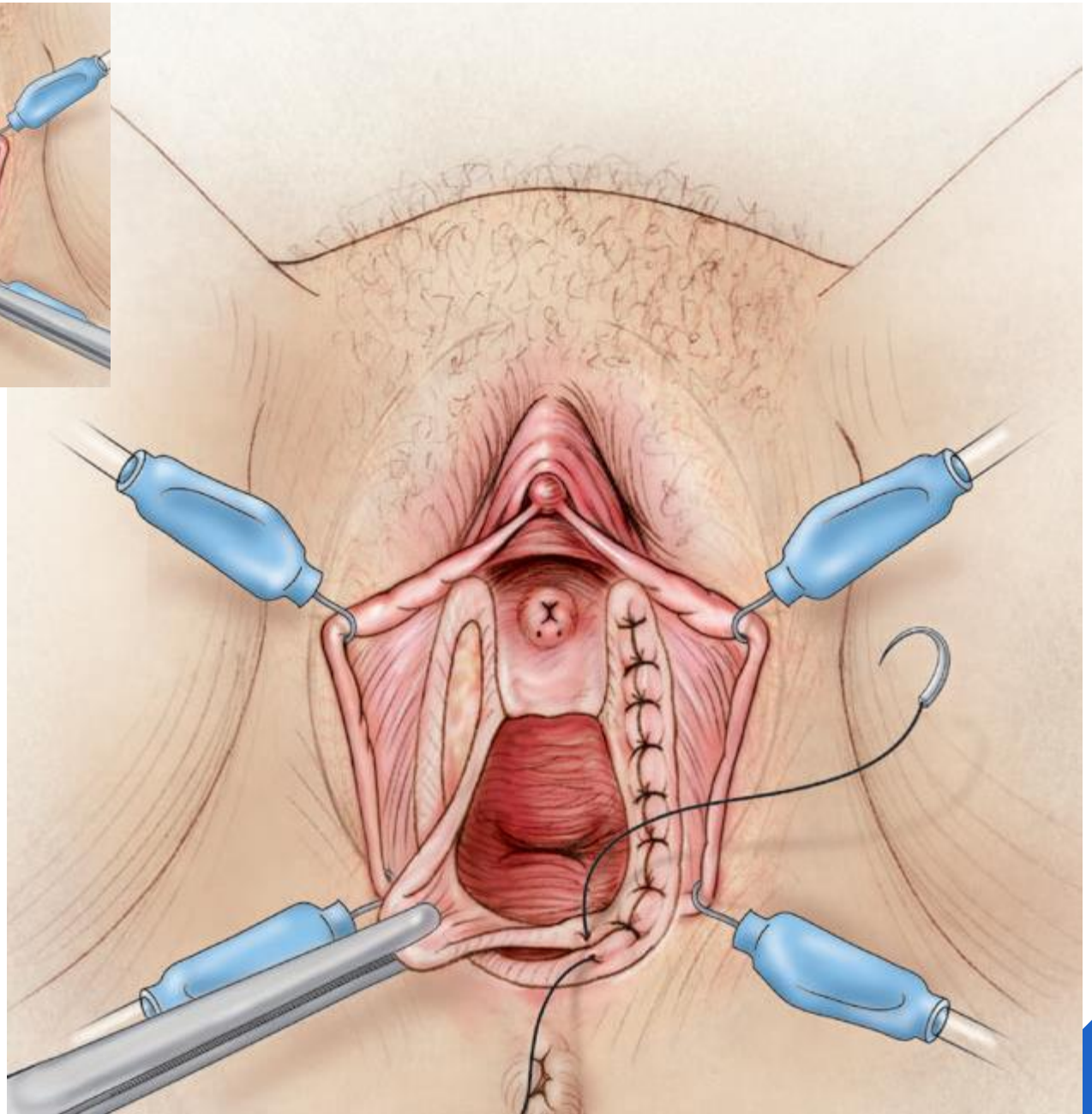
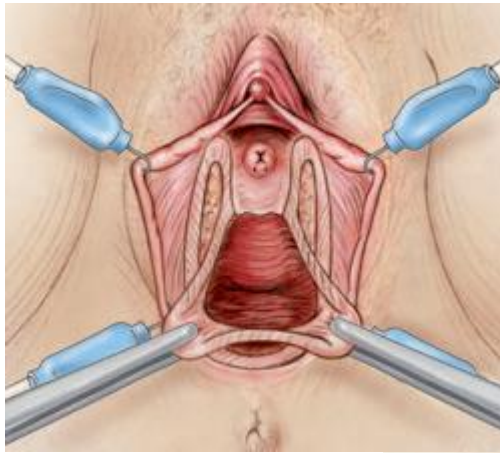


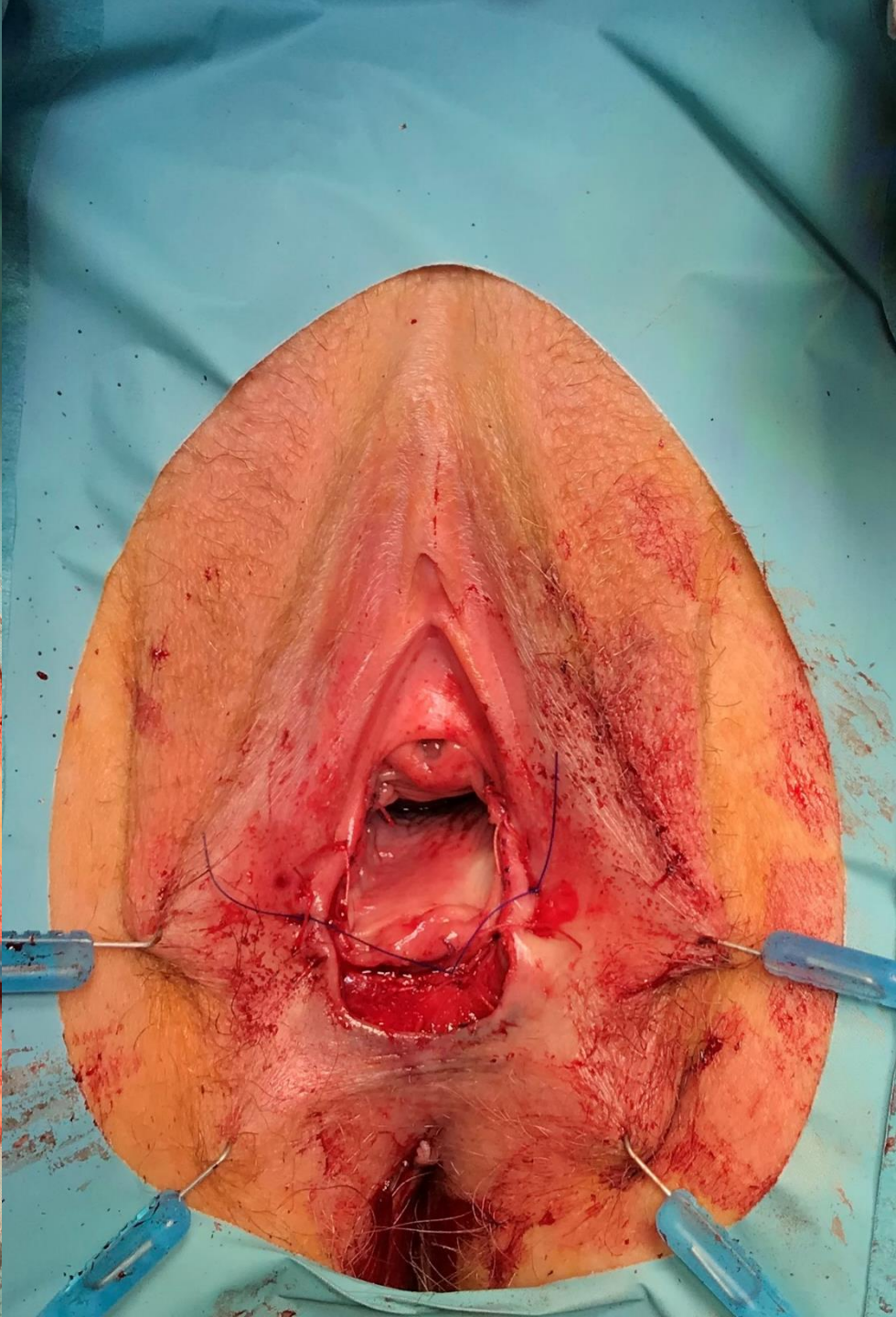
1. Skin
2. Superficial fascia
3. External oblique muscle
4. Internal oblique muscle
5. Transverse abdominis muscle
6. Peritoneum
7. Greater omentum
8. Lesser omentum
9. Stomach
10. Duodenum

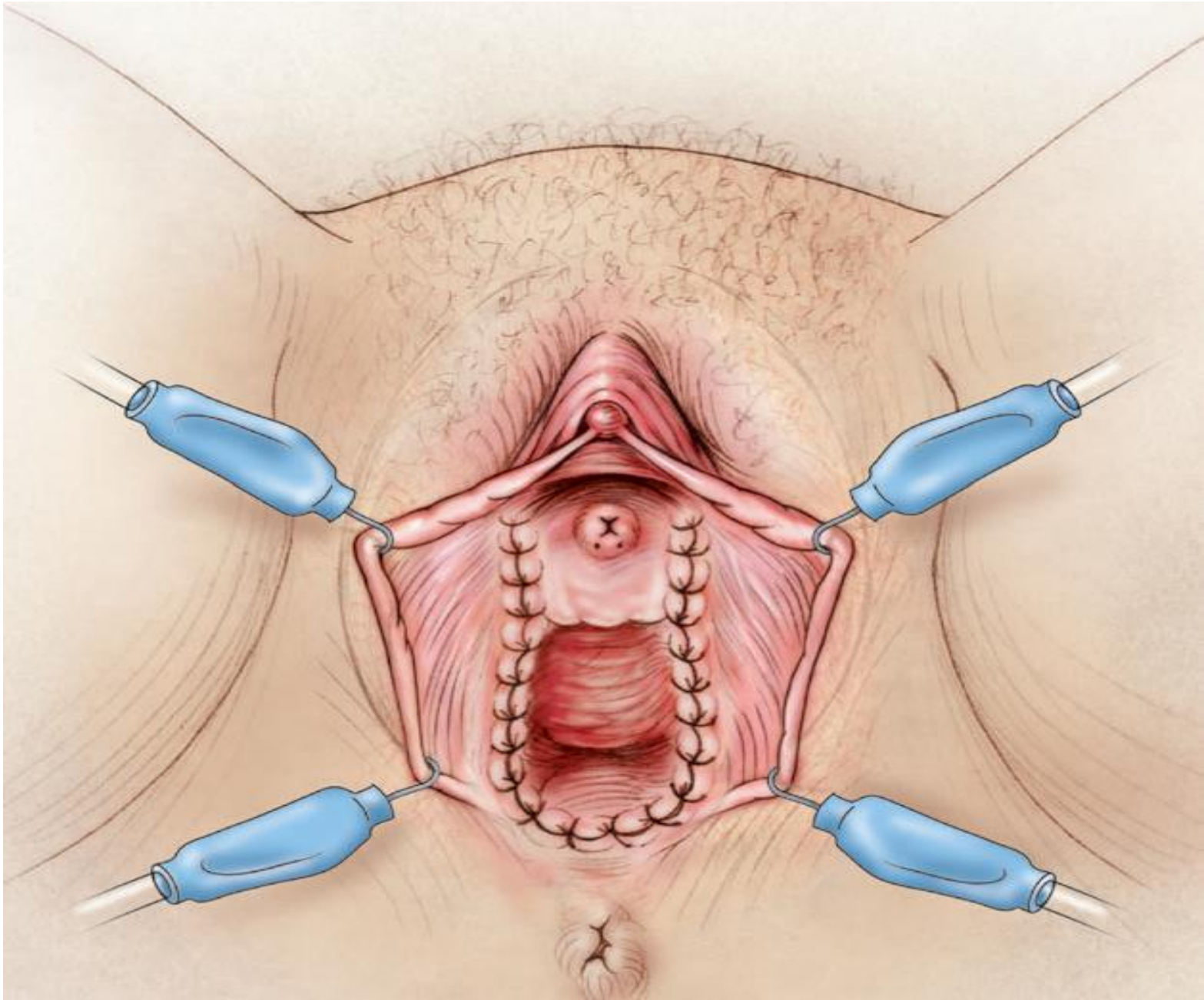


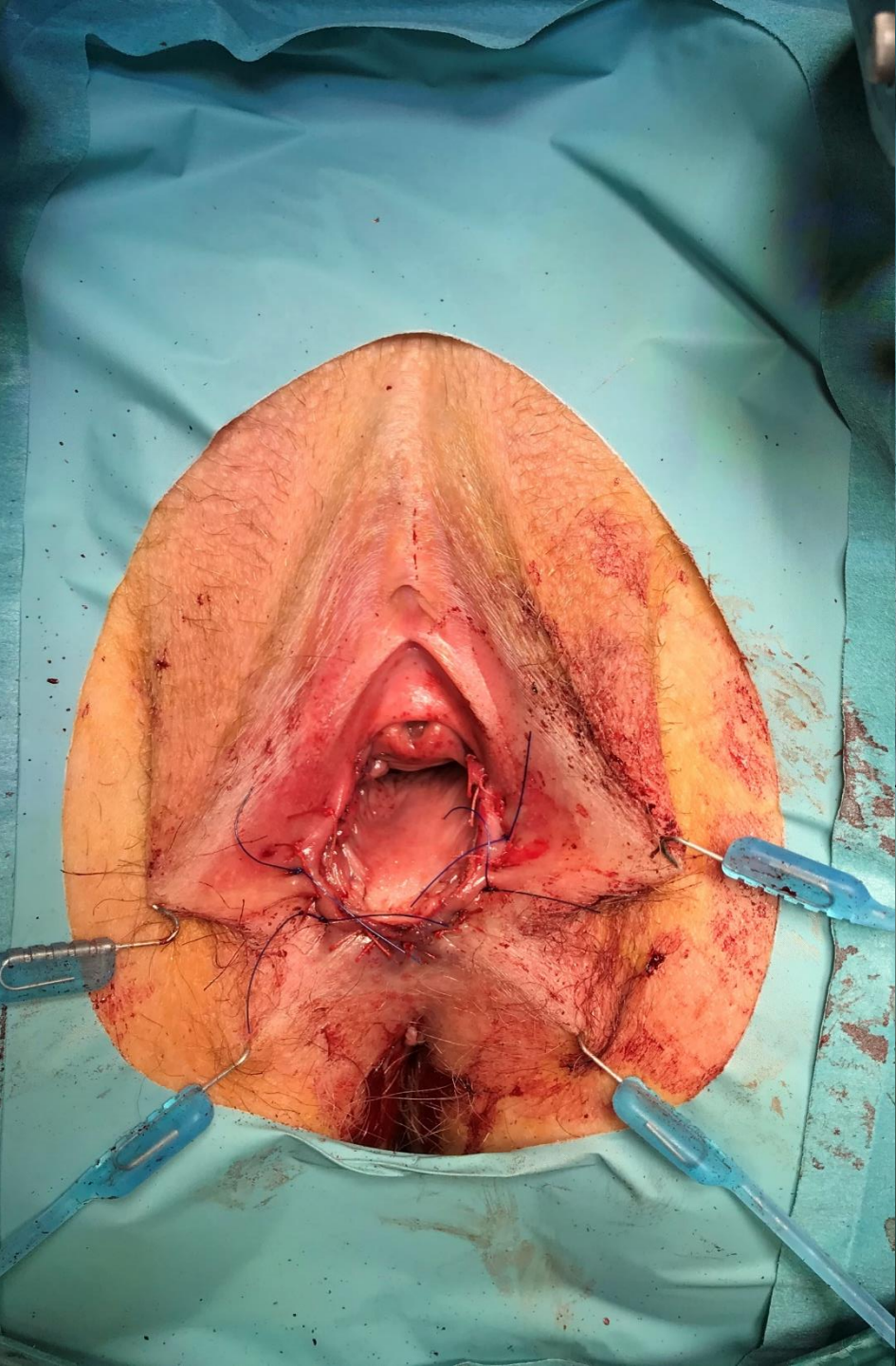














Vulvodynie

Chirurgie: vestibulectomie – Retrospectieve Analyse UZ Gent

Design

- ▶ Vestibulectomie na onvoldoende respons op conservatieve therapie
- ▶ Periode 2009-2018
- ▶ Inclusiecriteria: gerapporteerde pre- en postoperatieve Q-tip scores

- ▶ N = 80
- ▶ Primaire outcome: afname NRS na chirurgie
- ▶ Secundaire outcome: complicaties, duur tot herval

Vulvodynie

Chirurgie: vestibulectomie – Retrospectieve Analyse UZ Gent

Patiëntenkarakteristieken

Table 2. Baseline demographic and clinical characteristics of patients at time of admission (n=80)

Ethnicity	
Caucasian, n (%)	78 (97.5%)
Arabic, n (%)	1 (1.3%)
Asian, n (%)	1 (1.3%)
Body Mass Index, mean (SD)	22.6 (3.7)
Hormonal contraception, n (%)	56 (70.0%)
Smoking*, n (%)	7 (8.8%)
Nulliparous*, n (%)	69 (86.3%)
Menopause , n (%)	2 (2.5%)
History of Candida*, n (%)	19 (23.8%)
History of sexual abuse, n (%)	3 (3.8%)
Comorbidity**, n (%)	15 (18.8%)
Use of antidepressants, n (%)	5 (6.3%)
Mean age at first symptoms (years), mean (SD)	21 (5.9)
Means age at fist consultation (years), mean (SD)	24.5 (6.1)
Prior treatment elsewhere, n (%)	29 (36.3%)

Subtype	
Primary, n (%)	33 (41.3%)
Secondary, n (%)	47 (58.8%)
Localized, n (%)	78 (97.5%)
Generalised / Mixed, n (%)	0 / 2 (2.5%)
Provoked, n (%)	76 (95%)
Spontaneous / Mixed, n (%)	0 / 4 (5%)
Complaints	
Dyspareunia, n (%)	76 (95%)
Burning sensation*, n (%)	55 (68.8%)
Itching sensation*, n (%)	10 (12.5%)
Clinical inspection of the vulva	
Atrophy, n (%)	1 (1.3%)
Erythema, n (%)	43 (53.8%)
Fissuration, n (%)	7 (8.8%)

Vulvodynie

Chirurgie: vestibulectomie – Retrospectieve Analyse UZ Gent

Preoperatieve behandelingen

Topical medication	79 (98.8%)
Gabapentin	77 (96.3%)
Pregabalin	21 (26.3%)
Doxepin *	34 (42.5%)
Lidocaine	14 (17.5%)
Estrogen	2 (2.5%)
Infiltration of botulinum toxin type A (Botox®)	11 (13.8%)
Pelvic floor physiotherapy	50 (62.5%)
Vaginal dilation therapy	24 (30%)
Systemic medication	75 (93.8%)
Deanxit®	21 (26.3%)
Nortriptyline	59 (73.8%)
Duloxetine	51 (63.7%)
Venlafaxine	43 (53.8%)
Pregabalin	19 (23.8%)
Gabapentin	5 (6.3%)
Amitriptyline	4 (5%)
* in Belgium, this medication was withdrawn in 2013	

Vulvodynie

Chirurgie: vestibulectomie – Retrospectieve Analyse UZ Gent

Resultaten

Table 4. Comparison of measured pain score (based on NRS) at the time of the first consultation vs preoperative pain scores

Vestibule region	Number of patients	NRS at first consultation, mean (SD)	Preoperative NRS, mean (SD)	Difference	Z-score	p-value
1h	76	4.6 (2.6)	3.7 (2.3)	-0.9 (-19.6%)	-2.43	0.01
3h	75	5.1 (2.9)	5.9 (2.2)	0.8 (+15.7%)	-1.96	0.05
5h	77	6.8 (2.5)	7.1 (1.9)	0.3 (+4.4%)	-0.72	0.47
7h	77	5.6 (2.8)	6.8 (2.2)	1.2 (+21.4%)	-2.75	0.01
9h	75	4.4 (2.7)	5.5 (2.6)	1.1 (+25%)	-2.81	0.01
11h	75	4.0 (2.7)	3.7 (2.2)	-0.3 (-7.5%)	-0.75	0.45

Table 5. Comparison measured pain score (based on NRS) preoperative vs postoperative

Vestibule region	Number of patients	Preoperative NRS, mean (SD)	Postoperative NRS, mean (SD)	Difference	Z-score	p-value
1h	78	3.7 (2.3)	1.3 (1.8)	-2.4 (-64.9%)	-6.19	<.001
3h	79	5.9 (2.2)	1.4 (1.7)	-4.5 (-76.3%)	-7.58	<0.001
5h	80	7.1 (.,9)	1.6 (1.8)	-5.5 (-77.5%)	-7.74	<0.001
7h	80	6.8 (2.2)	1.5 (1.9)	-5.3 (-77.9%)	-7.72	<0.001
9h	79	5.5 (2.6)	1.1 (1.5)	-4.4 (-80%)	-7.49	<0.001
11h	78	3.7 (2.2)	1.2 (1.7)	-2.5 (-67.6%)	-6.49	<0.001

Vulvodynie

Chirurgie: vestibulectomie – Retrospectieve Analyse UZ Gent

Resultaten

- ▶ Duur follow-up: 21 maand [1-92] +/- 19,7

<u>Surgery</u>	<u>First FU (range 38 to 162 days)</u>	<u>Last FU (range 1 to 92 months)</u>
80 patients	<ul style="list-style-type: none">6 no improvement74 initial improvement<ul style="list-style-type: none">39 patients lasting satisfactory results28 patients (35%) relapse: restart treatment → 14 discomfort 14 satisfactory results9 patients (9.5%) persistent pain at 1 point: infiltration → 7 satisfactory results	<ul style="list-style-type: none">20 patients (25%) discomfort60 patients (75%) satisfactory results

- ▶ Herval: 28 (35%)
- ▶ Tijd tot herval: 7,7 maand [2-35] +/- 6,3
- ▶ Last FU: 25% blijvende last, 75% geen last meer

Vulvodynie

Chirurgie: vestibulectomie – Retrospectieve Analyse UZ Gent

Conclusie

- ▶ Veilige procedure, minimale complicaties
- ▶ Succespercentage +/- 75%
- ▶ Gemiddelde NRS-afname van 2.5 - 5
- ▶ Resultaten in lijn met bestaande literatuur

- ▶ Wanneer beslissing tot vestibulectomie? UZ: Na 1 jaar



Take home messages



Vulvodynie

- ▶ Multidisciplinaire aanpak blijft de hoeksteen
- ▶ Conservatieve aanpak: trial & error
- ▶ Indien geïntegreerde multidisciplinaire aanpak is conservatieve behandeling zeer succesvol
- ▶ Vestibulectomie is een veilige procedure

Vulvodynie

Vestibulectomie

- ▶ 'last resort' behandeling
- ▶ Chirurgie in ons centrum 8,8% van nieuwe aanmeldingen
- ▶ Cave leercurve...
 - ▶ Dehiscentie: 32 > 12%
 - ▶ Hematoomvorming: 9 > 2%
- ▶ Indien niet succesvol zeker nog zinvol om terug conservatieve methodes te proberen

Nuttige links

- ▶ www.issvd.org
- ▶ <https://vulvovaginaldisorders.org/> - atlas
- ▶ www.seksuoloog.be - seksuologen
- ▶ www.pelvired.be - kinesitherapeuten

NELE CORYN

Gynaecoloog

Vrouwenkliniek

Universitair Ziekenhuis Gent

C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent

T +32 (0)9 332 21 11

E info@uzgent.be

www.uzgent.be

Volg ons op

