

TYPES VAGINISME

Primair vaginisme: vrouwen die zijn nooit in staat zijn geweest tot coïtus, hierbij zijn het inbrengen van een vinger, tampon en gynaecologisch onderzoek ook vaak onmogelijk (letterlijk: 'tegen muur stoten')

Secundair vaginisme: vrouwen die niet meer in staat zijn tot coïtus, nadat zij dit eerder wel konden

Situationeel vaginisme: vrouwen die in bepaalde situaties vaginistisch reageren (bvb. enkel bij gemeenschap en/of gynaecologisch onderzoek, maar niet bij vinger en/of tampon)

Psychogeen vaginisme: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : ICD-10 F52.5)

Organisch vaginisme: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : ICD-10 N94.2)

OORZAKEN VAGINISME

Emotioneel-Psychologische Factoren

- Angst
- Minder positief seksueel zelfbeeld
- Relationale problemen
- Inadequate seksuele educatie
- Traumatische ervaringen in kindertijd/jeugd
- Voorgeschiedenis seksueel misbruik
- Depressie

Fysiek-Lichamelijke Factoren

- Medische oorzaken (bvb. Infecties enz...)
- Gynaecologische chirurgie
- Bevalling
- Vaginale droogte door insuffiënte lubricatie
- Weinig voorspel tijdens seks
- Menopauze
- Kanker

- Kaneko (2001) vond dat 47% van de vrouwen met vaginisme gevoelens ervaarden van **angst**
- Reissing, Binik et al. (2004) vonden meer defensief en **vermijdingsgedrag** bij vrouwen met vaginisme gedurende gestandaardiseerd bekkenbodemspieronderzoek vergeleken met vrouwen met dyspareunie en vrouwen zonder pijn bij coïtus

SEKSUELE PIJN CYCLUS VAGINISME/DYSPAREÜNIE

'The development and maintenance of sexual pain disorders has been repeatedly conceptualized as cyclical in nature, usually within cognitive-behavioral frameworks, whereby **physiological, psychological and interpersonal** variables contribute to the exacerbation of symptoms over time' (Boyer SC, Goldinger C, Thibaut-Gagnon S, Pukall CF, 2011; Balon, 2011)



VAGINISME: ENKELE CIJFERS

Wist je dat?

- Vaginisme de meest voorkomende oorzaak van seksuele pijn is (17-30% Spector, Carey et al., 1990)?
- Elke vrouw in staat is tot het ontwikkelen van een vaginistische reactie (bv. na banale candidainfectie (Devreese A, 2017)?
- 79% van de vrouwen die lijden aan vaginisme jonge meisjes of studenten zijn?
- Vaginisme kan evolueren naar vestibulodynie, vulvodynie of chronische seksuele pijn?





VULVODYNIE

Bekkenbodetherapie/fantoomtherapie

TERMINOLOGIE VAGINISME - VULVODYNIE: CONTROVERSE OF COMPLEMENTARITEIT?

Discussie omtrent de term 'vaginisme' (cfr. opiniestuk aan Prof. Dr. GG Donders)

- Laatste jaren verwarring met de term '**vulvodynie**' door positieve interferentie van de medische wetenschap in behandeling van seksuele pijn
- Diagnose vulvodynie = Q-tip test, wattenstaaf test (cotton swab)
- **Reissing, Binik, Khalife, Cohen & Amsel (2004); Ter Kuile et al. (2006) : '50 tot 100 % van de vrouwen met primair vaginisme ervaart ook pijn aan de ingang van de schede bij aanraking van een wattenstaafje bij diagnostisch onderzoek'**
- Deze klinische bevinding heeft echter een verschillende oorzaak bij de verschillende pathologieën:
 - Bij primair vaginisme komt dit door de verhoogde angst die een anticiperende hypersensitiviteit/sensitisatie/sensibilisering van de vulvaire regio teweegbrengt. Als deze initiële angst echter verdwijnt ervaren patiënten met primair vaginisme enkel reflexmatige bekkenbodemspierspanning ('op muur stoten') en geen pijn.
 - Bij vulvodynie wordt de positieve Q-tip test verklaart door de hyperinnervatie/neuroproliferatie van nociceptoren in het vulvaire weefsel (geïnduceerd door voorafgaande medische oorzaken/factoren)
- **Desalniettemin kan een chronische vaginistische respons evolueren naar vulvodynie/ vestibulodynie indien men niet primair ingrijpt en een adequate behandeling op deze manier langdurig uitblijft (hypertonie -> minder oxygenatie -> melkzuur stijgt -> branderige pijn en erytheem -> chronische inflammatie -> neuroproliferatie -> perifere en centrale sensitatie (overactieve pijnneuromatrix))**

OVERLAP VAGINISME - VESTIBULODYNIE

'Some women who have allodynia have a history that strongly suggests vaginismus (ie, phobia-like avoidance of vaginal penetration), suggesting that vestibulodynia can develop secondary to vaginismus and that allodynia and vaginismus overlap'

Rosemary Basson, MD (2013)

BEHANDELING: ENKEL VOOR VAGINISME OF OOK VOOR VULVODYNIE?

Initieel enkel gericht op primair vaginisme gezien de duidelijk afgebakende definitie van deze conditie en het eenvoudige behandelprotocol met gunstige prognose (Pacik, 2017; Beck, 1993; Halvorsen, 1992; Van de Wiel et al., 1990; Leiblum et al., 1989; Scholl, 1988; Shortle en Jewelewicz, 1986; Lazarus, 1963).

Behandeling: - Bekkenbodetherapie/ CGT
- Seksuologie/ CGT
- Gynaecologie/ CGT/Botox

BEKKENBODEMTERAPIE: VOOR VAGINISME EN VULVODYNIE

Bekkenbodemtherapie: 'Progressieve desensitisatie' (MSD Manual -Basson, 2013)

MAAR : Gezien overlap definitie

- Vaginisme
- Dyspareunie
- GPPPS (genito pelviene pijn/penetratiestoornis)
- Vulvodynie
- Vestibulodynie

krijgen therapeuten en klinici die voornamelijk gespecialiseerd zijn in het behandelen van vaginisme ook patiënten met dyspareunie en vulvodynie doorverwezen en omgekeerd.

Klinische evaluatie heeft aangetoond dat de **basisprincipes van de aanpak van vaginisme sterk overeenkomen met de aanpak van vulvodynie** en kan gedefinieerd worden onder de noemer '**Graded Exposure**' (studie Macey K et al., 2015), '**Desensitisatie**' (Basson R, 2013) of '**Neurale Reorganisatie Therapie**'

FANTOOMTHERAPIE : OVERKOEPELENDE BENAMING

Fantoomtherapie : overkoepelende term:

- 'Progressieve desensitisatie' (Perifere en centrale desensitisatie)
- 'Graduele exposure' (Cognitieve Gedragstherapie)
- 'Neurale reorganisatie' (Neurale Reorganisatietherapie)

Bevat dus de **bio-psycho-sociale** behandelrationale voor chronische spanning/pijn bij vaginisme en seksuele pijn (dyspareunie/ vestibulodynie/ vulvodynie)

WAAROM OOK FANTOOMTHERAPIE BIJ VULVODYNIE?

Vulvodynie: chronische seksuele pijn zonder gekende oorzaak

Er is aangetoond dat bij chronische pijnsyndromen en vulvodynie het **centraal zenuwstelsel** een belangrijke rol speelt, wat door steeds meer onderzoek wordt bevestigd (Bhatt R et al., 2018; Rapkin A et al. 2018; Pazmany E et al., 2017; Cranenburgh B, 2009)

Recente ontwikkelingen in de neurowetenschappen laten duidelijk zien dat iedere perifere aandoening ook een centrale component heeft en dat ons (perifeer en centrale) pijnsysteem niet statisch van aard is (bv. het ontstaan en genezen van perifere weefselschade gaat hand in hand met een **sensitisatie** respectievelijk **desensitisatie** van het neurale pijnsysteem: een perifere aandoening staat dus nooit alleen!

Bij chronische pijn wordt deze centrale component belangrijker. Het neurale pijnensemble (**pijnneuromatrix**) is uitgebreider en gevoeliger geworden en kan bij herstel terug normaliseren (Cranenburg B, et al. 2005; Pleger B et al., 2004, Maihofner CA, 2007)

Dit herstel kan alleen actief van aard zijn. Gangbare pijntherapieën zijn vaak **passief** van karakter waarbij de patiënt de behandeling 'ondergaat'. Ervaring leert dat deze passieve attitude het **voortbestaan van pijn** in de hand werkt en een toenemende invaliditeit kan veroorzaken (Cranenburgh, 2011)

Recent komen meer **actieve** behandelstrategieën naar boven die voornamelijk gericht zijn op neurale reorganisatie met als voornamelijk doel het pijnsysteem te 'normaliseren' (**NRT: Neurale Reorganisatie Therapie**).

-> **Fantomtherapie** als onderdeel van NRT bij seksuele pijn en vulvodynie heeft in de klinische praktijk zijn effect bewezen

EVIDENTIE PIJNNEUROMATRIX BIJ VAGINISME EN VULVODYNIE STUDIES BHATT, RAPKIN EN ENZLIN (VERHOOGDE ACTIVITEIT ACC)

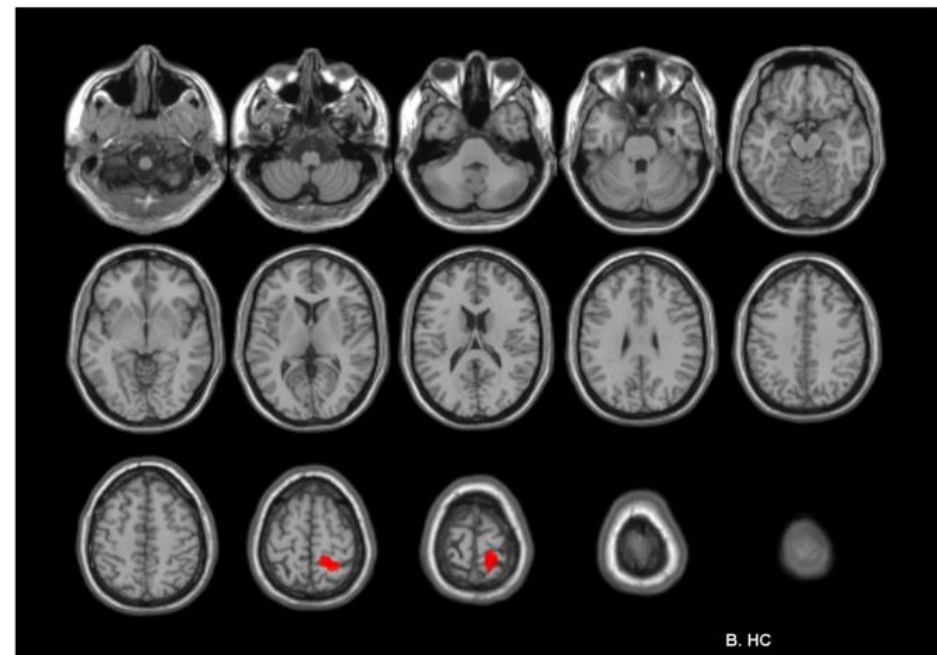
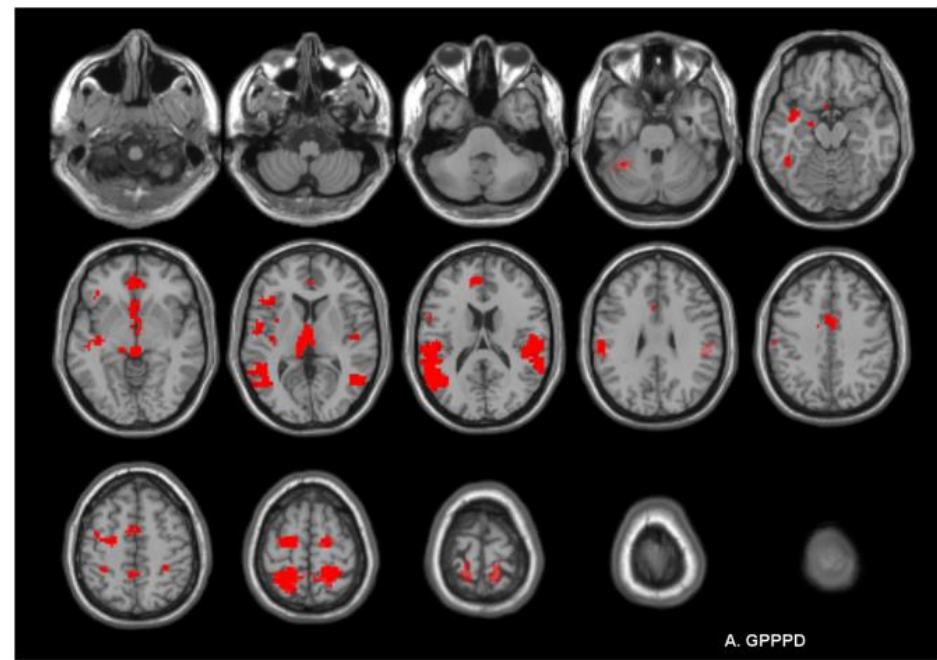
- Bhatt R et al. (2018) : 'Morphological Brain Alterations are associated with pain in Localized Provoked Vulvodynia'
 - > toonden het proces aan van veranderde centraal sensorische verwerking en modulatie, samen met centrale sensitatie en dysregulatie van de endogene pijn-modulerende systemen (oa. verhoogde activiteit van de Anterior Cingulate Cortex: ACC)
- Rapkin A et al. (2018): MRI scans bij patiënten met localized provoked vulvodynia (LPV): verminderde corticale inhibitie
- Pazmany E, Aerts L, Bergeron S, Verhaeghe J, Enzlin P et al. (2017) : 'Brain responses to vestibular pain and its anticipation in women with Genito-Gelvic Pain/Penetration Disorder'

ACC: Anterior Cingulate Cortex: verantwoordelijk voor acute pijn, aandacht, anticipatie op pijn, empathie, moraliteit, emotie, sociale exclusie, verliefdheid,... (Nijs, 2011) = pijn met sterke emotionele lading

STUDIE PAZMANY (2017): ACTIVATIE HERSENGEBIEDEN BIJ GPPPD BIJ ANTICIPATIE OP PIJN

Hersenreacties gedurende anticipatie op vestibulaire pijn bij

- (A) Vrouwen met genito pijn/penetratiestoornis (GPPPD)
- (B) Gezonde controlegroep (HC).



FANTOOMTHERAPIE : DRIEVOUDIGE WERKING

Perifere desensitisatie

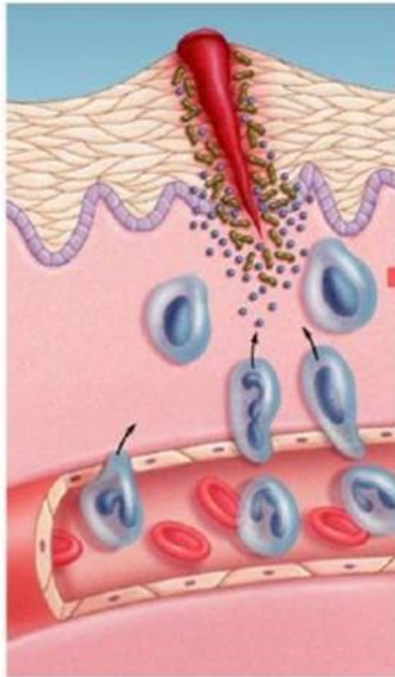
Centrale desensitisatie

Psychologische desensitisatie (Cognitieve herstructurering/'Graded exposure')

Dus zowel invloed op lichamelijke en cognitief-psychologische aspect/component van de pathologie (Neurale Reorganisatie Therapie)

FANTOOMTHERAPIE: PERIFERE DESENSITISATIE

Perifere sensitisatie



Dit is een proces dat zich kenmerkt door het meer responsief worden van de **afferente vezels** die in verbinding staan met de **nociceptoren**. Gesensitiseerde nociceptoren reageren heftiger op een pijnprikkel omdat de **drempel voor een reactie verlaagd** is. Dit kan leiden tot **hyperalgesie**, een toename in de pijn veroorzaakt door een prikkel van een bepaalde intensiteit en een verlaging van de pijndrempel. Sensitisatie vindt plaats wanneer chemische stoffen (zoals bijvoorbeeld K^+ serotonine, histamine en prostaglandines) vrijgegeven worden in de nabijheid van nociceptoren na weefselbeschadiging of tijdens een ontstekingsreactie. (Kandel ER, Schwartz JH, 2000)

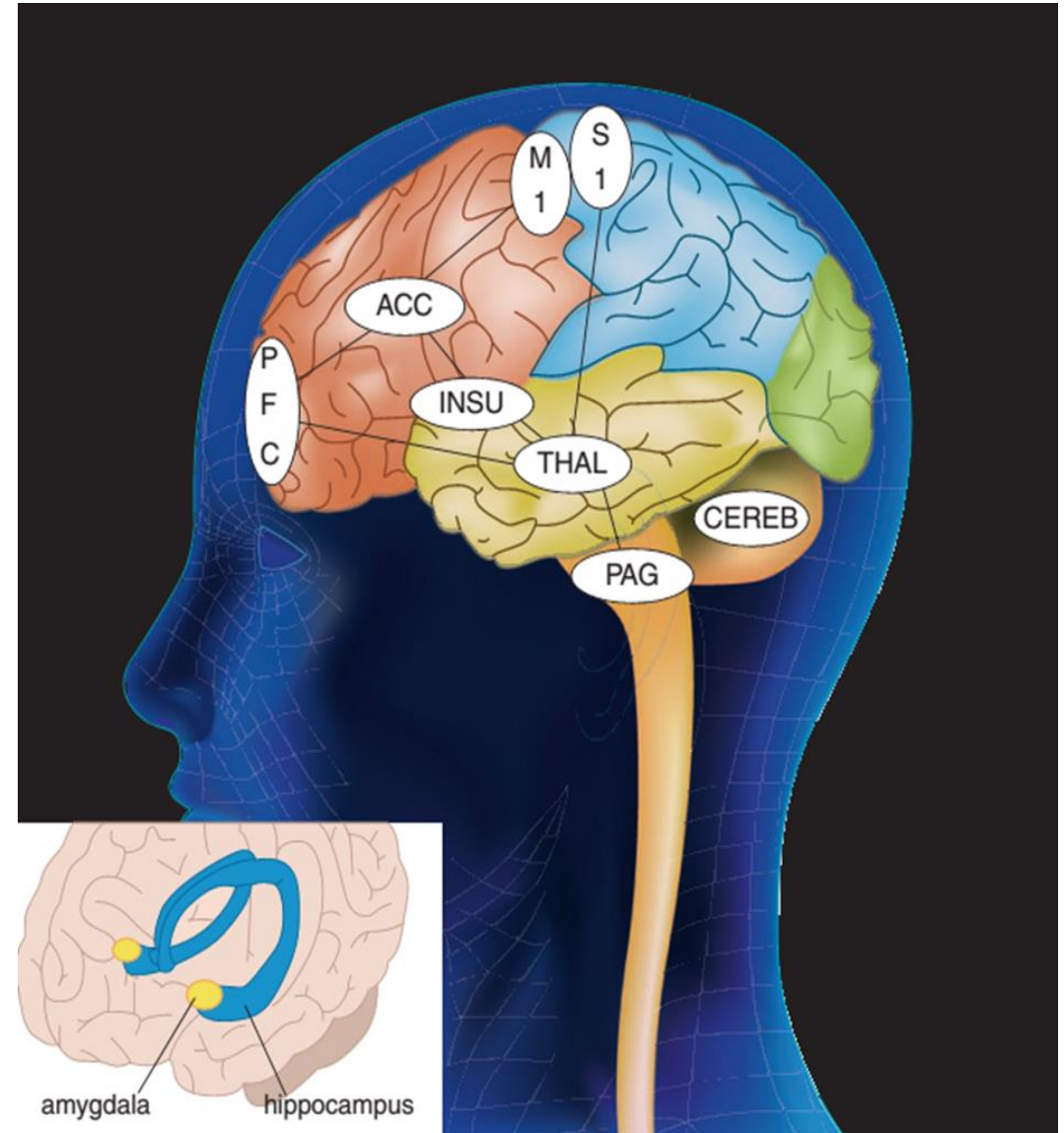
Fantoomtherapie heeft rechtstreeks invloed op dit sensitisatieproces doordat men via adaptatie en gewenning de gesensitiseerde nociceptoren tot rust laat komen dmv het geven van constante druk en langzame beweging (stimulering A-zenuwvezels ter afremming van de chronische input van de nociceptieve C-zenuwvezels) (Nijs, 2011) = Perifere desensitisatie

FANTOOMTHERAPIE: CENTRALE DESENSITISATIE

Centrale sensitisatie

- = Versterking van neurale signalen in het centrale zenuwstelsel waardoor pijnovergevoeligheid ontstaat (Staud R, Robinson ME et al., 2003; Nijs J, 2016)
- = Verhoging van de responsiviteit van de centrale zenuwstelselneuronen op de input afkomstig uit de unimodale en polymodale receptoren (Przewlocki R, 2004; Nijs J, 2016)
- = Verhoogde activiteit pijnneuromatrix (Melzack, 1999)

-> **Fantomtherapie** werkt duaal op deze vorm van sensitisatie dmv **perifere en psychologische desensitisatie** en **cognitieve herstructurering** -> brengt zo de **cognitieve-evaluatieve component van de neuromatrix in een dominante positie** waardoor de chronificerende affectief-motivationale component tot rust komt



FANTOOMTHERAPIE: PSYCHOLOGISCHE DESENSITISATIE

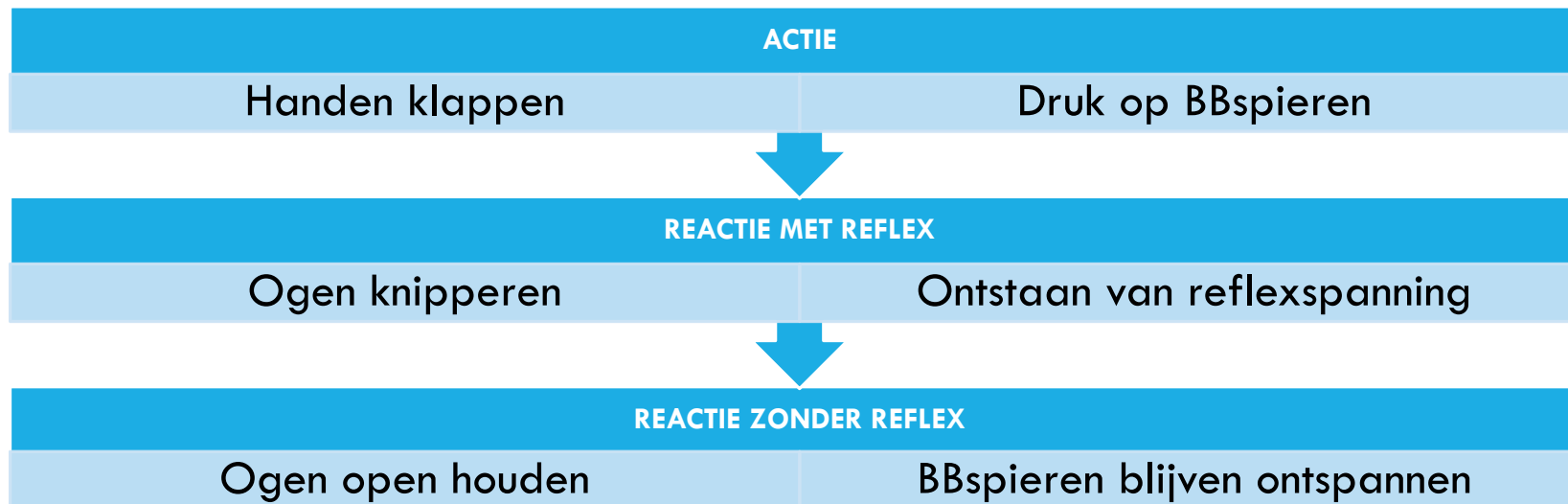
Psychologische sensitivatie

Vorm van niet-associatief leren waarbij een versterking van een reflex op prikkels plaatsvindt (cfr. reflexspanning bekkenbodemspieren)

Vergelijking: Handen klappen – ogen knipperen of ogen open houden

Spanning nekspieren bij pijn → als pijn is verdwenen blijft de spierspanning in nek

<-> Desensitatie: reactie zonder reflex



FANTOOMTHERAPIE : ONDERDEEL VAN NRT

NRT (Neurale Reorganisatie Therapie) = een concept dat niet enkel gericht is op het aangedane lichaamsdeel maar ook op het **veranderen van de centrale neurale representatie** van het lichaamsdeel

Veel uiteenlopende manieren van aanpak kunnen hiertoe bijdragen: bvb.

- Cognities (CGT)
- Medicatie (cfr. gabapentine of TCA bij vulvodynie)
- Sensorische stimulatie en oefeningen (bekkenbodemptherapie)
- Omgeving,...

FANTOOMTHERAPIE: ONDERDEEL VAN NEURALE REORGANISATIE THERAPIE

Neurale reorganisatietherapie bij seksuele pijn:

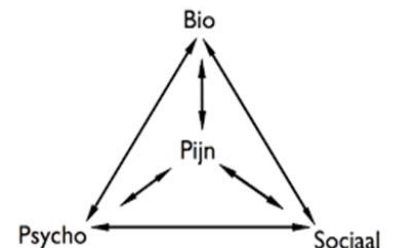
- **Cognitie** : uitleggen wanneer pijn zinvol is en wanneer dit loos alarm is (CRPS, metafoor 'inbraakalarm/pijnspoor') = wanneer het pijnsysteem in de hersenen 'verkeerd ingesteld' is. Recent onderzoek laat overduidelijk zien dat ideeën en verwachtingen in sterke mate de waarneming en pijn kunnen bepalen (cfr. studie Benedetti F, 2008: Effect placebo en nocebo)

- **Medicatie** : effect gabapentine en TCA bij chronische seksuele pijn en vulvodynie: rechtstreeks effect op de zenuwgevoeligheid

- **Sensorische stimulatie en oefeningen**: Vermijding en 'immobilisatie' leidt tot neurale sensitisatie. Indien met de functie terug centraal zet (bvb. vagina/ penetratie dmv **fantoompjes**) ontstaat er voor het brein herkenbare input, waardoor de sensitisatie kan teruggedraaid worden.

+ trainen van motorische vaardigheden kan reorganisatie van het pijnsysteem bewerkstelligen (Tsao et al., 2010) oa ook dmv van 'motor imaging' : **biofeedbacktherapie**) en stimulatietherapieën (**TENS**) (Van Cranenburgh, 2011; Moselev GL, 2004; Ramachandran VS, 2009)

+ **last but not least** (!): **Omgeving**: gunstige invloed van omgevingscontext (vriendelijke/begripvolle aanpak arts/therapeut,...) (Malenbaum S et al., 2008) -> sociaal



-> 'Research has demonstrated that the symptoms experienced by women with vaginismus and dyspareunia are not purely psychological or physiological in origin, but rather represent a complex interplay among **physiological, psychological and social** factors. Therefore the assessment and management of sexual pain disorders should also be discussed from a biopsychosocial perspective' (Boyer, Goldfinger, Pukall et al (2011))

