



VULVODYNIE

Bekkenbodemtherapie/fantoomtherapie: Therapie - aanpak

BEHANDELING VULVODYNIE

- 1) Educatie/advies
- 2) Graduele insertie vingers/pelottes/fantoompjes ('Graded exposure' – progressieve desensitisatie)
- 3) Biofeedback
- 4) TENS Stimulatietherapie/Elektrotherapie
- 5) Cognitieve herstructurering (CGT)
- 6) Manuele Therapie

1) EDUCATIE

Bij de behandeling van vaginisme, dyspareunie en vulvodynie is aangetoond dat educatie één van de belangrijkste deelcomponenten is in de behandeling:

- Medische educatie (etiologie pathologie, vagina-hygiëne, anatomie vagina/bekkenbodemspieren, behandelrationale, sensitisatie...)
- Seksuele educatie (seksuele invloed, relationele invloed en impact,...)
- Psycho-educatie (psycho-seksuele etiologie/invloed, cognitieve herstructurering CGT)
- Pijn-educatie (etiologie pijn, pijn neuromatrix, invloed van/op pijn, uitleg desensitisatie...)

Het educatief proces stopt niet na de initiële anamnese, maar blijft voortduren doorheen het **hele behandeltraject** (cognitieve herstructurering)

Gezien de aanpak van vaginisme en seksuele pijn **multidisciplinair** is, dienen al de disciplines die betrokken zijn in het behandeltraject hun eigen specifieke inbreng toe te lichten en verduidelijken (arts/gynaecoloog – bekkenbodemtherapeut – seksuoloog) met respect voor wederzijdse interactie waarbij een bepaalde discipline niet superieur is ten opzichte van een andere discipline

Het spreekt voor zich dat de educatie van de verschillende disciplines individueel per patiënt en per pathologie moet afgestemd worden, waarbij voldoende **overleg** tussen de verschillende disciplines onontbeerlijk is

De behandeling kan op neurowetenschappelijk vlak aanzien worden als een '**deep learning proces**' (Marblestone AH, Wayne G, 2016; Moseley GL, 2003; Pruijboom L)

Dit 'deep learning proces' begint vaak zelfs al voor het eigenlijke behandeltraject (literatuur online)

2) FANTOOMTHERAPIE

Het hoofdaccent van de behandeling van vaginisme wordt gelegd op **graduele exposure** in vivo (gedragmatig principe in de fantoomtherapie)

'Bij vrouwen met vaginisme en seksuele pijn die coïtus willen hebben is een **gedragstherapeutische behandeling** door graduele exposure **internationaal geaccepteerd**' (Dennerstein, Burrows, 1977; Emil Man Lung, 2000; Kabakci, Batur, 2003; Munasinghe, Goonaratna, de Silva, 2004; Pridal, Lo-Piccolo, 1993; Wijma & Wijma, 1997; Zsuzsa, Peter, 1998)

Graduele exposure, progressieve desensitisatie, neurale reorganisatie wat ook toegepast wordt bij **dyspareunie/vulvodynie en vestibulodynie**, betreffen hier dezelfde behandelprincipes (Basson, 2013)

VOORKEUR TERM 'FANTOOMTHERAPIE'

- Persoonlijke voorkeur 'Fantoomtherapie' ipv 'Behandeling met pelottes/dilatoren/vaginale trainers'
- Referentie naar 'fantoom(pje)' (Annemie Devreese) + impliciet ook verwijzing naar neuromatrix-theorie Melzack (1999)
- Mede omwille kritiek dat aanpak van vaginisme en seksuele pijn via pelottes enkel 'prestatie-gericht' is -> cfr. louter promotie 'mogelijkheid tot gemeenschap' (mannelijke visie seksualiteit – Macey et al., 2015)
- 'Fantoomtherapie' sluit deze assumptie uit door via deze terminologie het psychoseksuele aspect van de conditie ook te belichten en niet enkel het technisch/medisch/lichamelijk aspect (nl. 'technisch' gemeenschap mogelijk maken)
- 'Fantoomtherapie' impliceert zowel de insertie van vingers, pelottes, sondes (biofeedback, elektrotherapie, sondes gynaeco,...) en penis (~ opbouwen vertrouwensband - generalisatie)

FANTOOMTHERAPIE



FANTOOMTHERAPIE: GRADUELE OPBOUW

Concreet: stappenplan

Behandelprincipes: 'lichamelijke pijn adapteert altijd'
'NATUURLIJK HERSTEL'

- > Start minst invasieve behandeling naar opbouw meer en meer invasievere behandelingen
- > op deze manier graduele opbouw mogelijk in het geval van chroniciteit waarbij er ook sprake is van vestibulodynie/vulvodynie

3) BIOFEEDBACK

Evidence-based: talrijke studies significant effect (+ Studie Reissing et al. 2005: 90% van de vrouwen met PVD demonstreren ook bekkenbodemdysfunctie (PFMD))

Let wel: vnl. onderzoek naar biofeedback (alleen gericht op controle BBS (bewuste aanspanning en relaxatie) / gebruik BFtoestel: globale bekkenbodemcontrole ipv opp. (transversi perinei), minimale impact op reflexspanning oppervlakkig + bewuste controle, meestal redelijk goed bij V

Perifeer effect :

- Verbeteren bewuste controle Bekkenbodemmuscultuur
- Verminderen bekkenbodemspierhypertonie
- Verminderen oppervlakkige reflexspanning
- Verbetering doorbloeding en oxygenatie vulvaire weefsel

Centraal effect: Biofeedbacktherapie als stress-management programma

- helpt bij ontwikkelen van zelfregulatie-strategieën voor verminderen van pijn
- richt zich op de cognitief-emotionele component van de centrale sensitiviteit

→ Bewuste ontspanning : niet alleen dmv biofeedbacktoestel + ook al manuele controle door therapeut + zelfevaluatie

Bewuste bekkenbodemspiercontrole: zelfevaluatie

Ga rechtop zitten op de stoel met je voeten gesteund op een bankje of op de sport van een andere stoel. Zo wordt tussen je romp en je benen een rechte hoek gevormd.

Probeer nu vanuit deze houding de diepe bekkenbodemspieren te sluiten en op te trekken (stoelgang ophouden)

Ga vervolgens op de rand van een stoel zitten met je voeten plat op de grond. Steun je voorarmen op je dijen. Probeer in deze houding de oppervlakkige bekkenbodemspieren te sluiten (pipi ophouden).

Sta nu recht met je rug tegen de muur. Buig je knieën lichtjes. Zet je voeten 20 cm van de muur. Probeer opnieuw de diepe bekkenbodemspieren te sluiten en op te trekken (stoelgang ophouden).

Ga vervolgens aan een tafel staan, met de romp schuin voorover geleund en de handen gesteund op de tafel. Sluit vanuit deze houding opnieuw de oppervlakkige bekkenbodemspieren (pipi ophouden).

(bron: Annemie Devreese, 1997)

BIOFEEDBACK

Zelfregulatie bij vaginisme/GPPPS/ vestibulodynie/ vulvodynie

Concreet: MYO 420 Gymna programma 0 (basisprogramma) :

- Bij samenspanning BBS gaan er meer lichtjes oplichten
- Bij ontspanning BBS wordt lichtkolom terug minder

Kanttekeningen:

- Sonde redelijk groot: initieel moeilijk in te brengen bij vaginisme en ernstige seksuele pijn
- Geen differentiatie tussen controle oppervlakkige en diepe musculatuur (bij V: vooral oppervlakkig reflextonus)



BIOFEEDBACK BIJ VULVODYNIE: EVIDENCE BASED

- Bergeron S, et al., J Pain, 2001, A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis
 - > Alle behandelgroepen rapporteren signif. pijnvermindering.
 - > 'Women with dyspareunia can benefit from both medical and behavioral interventions'
- McKay E, Kaufman RJ, et al., J Reprod Med., 2001, Treating vulvar vestibulitis with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature
 - > 93.3% van de patiënten mogelijk om seksuele activiteit te hervatten zonder discomfort
- Bergeron S, Brown C, Lord MJ, et al., J Seks Marital Ther., 2002, Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: a retrospective study
 - > Kinesitherapie: signif. resultaten voor 1) pijn bij gemeenschap en gynaecologisch onderzoek 2) frequentie gemeenschap 3) meer seksueel verlangen 4) meer seksuele opwinding
 - (+ succesvolle ptn: voordien ook minder geëduceerd in vergelijking met niet succesvolle ptn)
- Danielsson I, Torstensson, et al., Acta Obstet Gynecol Scand., 2006, EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: a randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis
 - > Beide therapieën vertoonden sign. verbeterde waarden voor pijn, levenskwaliteit en seksueel functioneren.

4) ELEKTROTHERAPIE

Elektrotherapie: dubbele werking: 1) Behandeling bekkenbodempertonie
2) Pijndemping (TENS)



Concreet:

- MYO 420 (Gymna – Feedback and stimulation equipment)
- DUO 500 (Gymna – Two Channel Electrotherapy unit)

ELEKTROTHERAPIE:

- * MYO 420
- * DUO 500

Pijndemping door

- perifere desensitisatie
- centrale desensitisatie



- Duo 500- Gymna
- Two Channel Electrotherapy Unit

- Myo 420 – Gymna
- Feedback and stimulation equipment



ELEKTROTHERAPIE: WERKING HYPERTONIE

Aangezien bij veel patiënten met **vaginisme** de hoofdklacht **bekkenbodempertonie** is (en niet zozeer verhoogde pijngevoeligheid) wordt vooral gewerkt met programma voor bekkenbodempertonie:

Myo 420 – programma 51:

- Bifasische symmetrische puls
- Pulsduur: 200 μ s
- Frequentie: 1 Hz
- Spectrum: continu
- Behandelduur: 20 min

-> Kritische bemerking: aangezien de sonde voor het gebruik van elektrotherapie al vrij groot is (equivalent fantoom 2-3) kan dit enkel in de latere fase van de therapie opgestart worden (+ ook enkel bij patiënten waarbij reeds een vertrouwensband is opgebouwd)

ELEKTROTHERAPIE: PIJNDEMPING - WERKING

Gebruiksaanwijzing DUO 500-Gymna:

'Uit de definitie van pijn (IASP, 1979) blijkt duidelijk dat de mate van pijngewaarwording niet hoeft te correleren met de mate van nocisensoriek. De belastbaarheid van het centraal zenuwstelsel bepaalt in welke mate nocisensorische informatie geremd of doorgegeven wordt (pijnneuromatrix)

Een **zenuwstelsel met goede belastbaarheid** is in staat activiteit van **nocisensorische systemen** te **inhiberen**. Op die wijze treedt modulatie van pijn op.


Indien deze modulatie plaatsvindt door activiteit van hoog in het centraal zenuwstelsel gelegen systemen (cortex, limbisch systeem, thalamus, ACC) wordt gesproken van het centraal pijnmodulerend systeem (pijnneuromatrix theorie). **Ook elektrotherapie is in staat deze centrale pijnremmende systemen te activeren.'**

ELEKTROTHERAPIE: PROGRAMMA'S


II. PIJNDEMPING

Programma's


A) Acuut

STROOMVORM		PULS- DUUR	FREKWENTIE	MODULATIE	BEH. DUUR	
T.E.N.S.	✓	50µs	100Hz / 120Hz		10' nr. 45


B) Sub-acuut

STROOMVORM		PULS- DUUR	FREKWENTIE	MODULATIE	BEH. DUUR	
T.E.N.S.	✓	50µs	100Hz / 150Hz		10' nr. 46

C) Chronisch

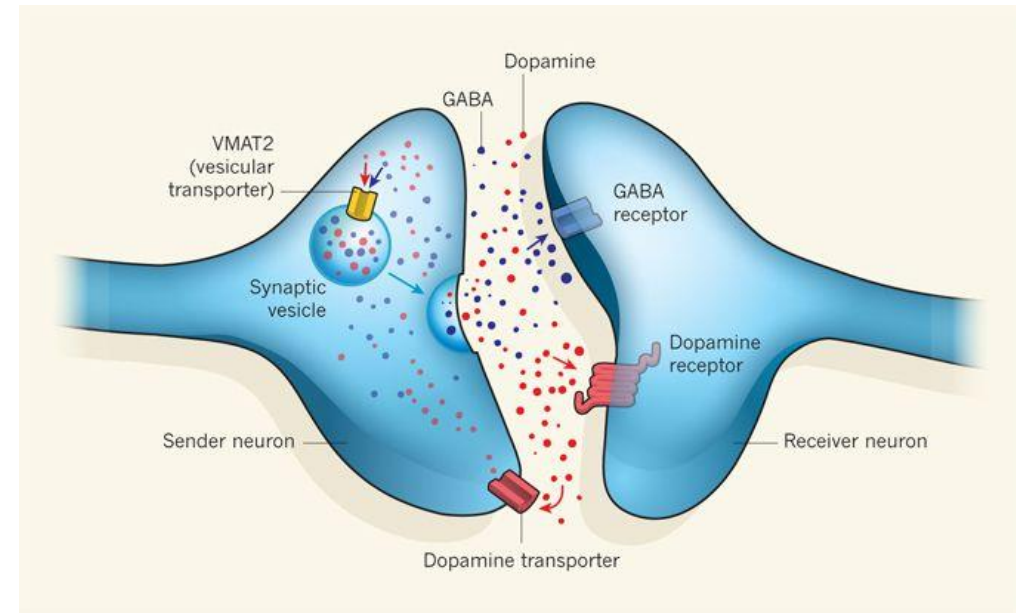
STROOMVORM		PULS- DUUR	FREKWENTIE	MODULATIE	BEH. DUUR	
T.E.N.S.	✓	50µs	100Hz / 150Hz		10' nr. 47

D) Endorfine-werking

STROOMVORM		PULS- DUUR	FREKWENTIE	MODULATIE	BEH. DUUR	
T.E.N.S.	✓	250µs	2Hz / 4Hz		15' nr. 48

TENS (transcutane elektro-neurostimuatie) activeert de dalende nociceptieve mechanismen door

- Verbetering van de GABA-neurotransmissie in het centraal zenuwstelsel
- Verbetering van de acetylcholine neurotransmissie in het centraal zenuwstelsel
- > Afremmen activatie pijn-neuromatrix (centrale desensitisatie)
(Nijs – 2016)



5) COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE (1)

- 1) Bestrijden van demoralisatie door gedachten van patiënten over hun probleem te reconceptualiseren
- 2) Aanmoedigen van vertrouwen in eigen kunnen door zichzelf te leren zien als iemand die actief en competent is
- 3) Automatische, maladaptieve patronen stoppen door patiënten hun gedachten, gevoelens en gedrag te leren sturen
- 4) Effectiviteit verhogen door patiënten te overtuigen van het nut van bepaalde aangeleerde vaardigheden
- 5) Trainen van vaardigheden en toepassen ervan op probleemsituaties in de seksuele praktijk
- 6) Zelf-attributie bevorderen in het geval van succes
- 7) Volhouden en generaliseren van aangeleerde vaardigheden door te anticiperen op problemen en mogelijke oplossingen ervan

5) COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE (2)

Rationeel Emotieve Therapie (Melles, de Groot, van Lankveld, 2006)

- 1) Eerste fase: patiënt leert bij situaties die angst- en spanningsreacties opwekken irrationele gedachten te identificeren
- 2) Deze irrationele gedachten worden vervolgens geëxploreerd, uitgedaagd en vervangen door meer constructieve gedachten
- 3) Hierbij wordt de aandachtsfocus van patiënten op angst/spannings/pijnreacties van hun lichaam verlegd naar meer neutrale reacties
- 4) Door counterconditionering wordt de angstrespons uiteindelijk vervangen door de neutrale respons op stimuli gekoppeld aan penetratie (graduele opbouw vingers, fantoempjes en gemeenschap)
- 5) Patiënt wordt dmv deze educatie ('deep learning proces') gemotiveerd om via het uitvoeren van de oefeningen pijn/vermijdings- en ontsnappingsreacties te verminderen en de penetratie te faciliteren (vingers -> fantoempjes -> penis)
- 6) Bij gebrek aan seksueel verlangen of opwinding worden Masters en Johnson oefeningen aangevat (Seksuologie - van Lankveld, 2004)
- 7) Tenslotte worden patiënten ook aangemoedigd tot bevorderen van intimiteit (dmv gezamenlijke seksuele en niet-seksuele activiteiten, literatuur, film,... edm.)

TENS: OOK VOOR THERAPIERESISTENTE VESTIBULODYNIE

Longitudinale prospectieve follow-up studie Poelstra et al. (2014):

Heeft aangetoond dat TENS kan gebruikt worden als additionele therapie voor vrouwen met therapieresistente vestibulodynie

Resultaten (meteen na stimulatie en na 10 maand follow-up):

- Significant effect vulvaire pijn-scores (VAS)
 - Significante verbetering seksueel functioneren (Female Sexual Functioning Index Questionnaire)
 - Significante verbetering 'Sexually-related personal distress scores'
- > Dit lange termijnseffect = ook stabiel over de tijd.
- + Slechts 4% van de vrouwen die TENS werden toegediend dienden een vestibulectomie te ondergaan in vgl met 23% van de vorige patiëntenpopulatie
- > Deze bevindingen ondersteunen ook de notie dat vulvodynie kan gezien worden als een chronisch pijnsyndroom

CGT - CONCREET

Gebeurtenis



Cognitie (gedacht)



Gedrag

Concreet

Penis

'Gaat pijn doen'

Verhoogde spanning

Anticiperend

Partner zoekt toenadering

'Wil hem niet ontgoochelen'

Vermijdingsgedrag

Therapie

Nieuwe R/therapeut

'Zal toch niet helpen'

Geen motivatie/
afwachtende houding

Cognitieve gedragstherapie (CGT): deze irrationele denkschema's veranderen (cognitieve herstructurering)

Centrale principes: 'Natuurlijk herstel' (minder invasieve -> meer invasieve R'n' + 'Lichamelijke pijn adapteert altijd')

CONCREET CGT: 'NATUURLIJK HERSTEL'

2 reacties bij vaginisme/vulvodynie:

1) catastrofering/focus: leidt tot angst/vermijding en 'passief ondergaan behandeling'

2) geloven in herstel: leidt tot actieve bijdrage in de behandeling en verhoging zelfredzaamheid (vanuit principe 'natuurlijk herstel')

> werking CGT: deze copingsstrategieën veranderen (1->2)



Pijn - vermijdingsmodel (Vlaeyen, J & Linton, S, 2012)

6) MANUELE THERAPIE

- Triggerpoint-release
- Perifere effecten: verminderen perifere spierspanning en verlichten lokale pijn
(Notie: anteversie bekken – kamsymfyse)
- Centraal effect: manuele gewrichtsmobilisatie activeert ook tijdelijk de dalende anti - nociceptieve trajecten (Nijs)

NOOT: BELANG SEKSUOLOGIE BIJ VULVODYNIE

Enorm belangrijk! Medisch -> BBtherapie -> Seksuologie

Directief -> Minder directief

1) Psycho-Seksuele educatie

2) Sensate-Focusoefeningen van Masters en Johnson

3) Cognitieve herstructurering (Wijma & Wijma, 1997)

4) Rationeel Emotieve Therapie (van Lankveld, 2004): verderzetting opbouw fantoomtherapie

5) Vrouwvriendelijke lichaam- en zelfverkenningsoefeningen – verbinding

Verbetering Ik-sterkte: naarmate chroniciteit van de problematiek: evolutie cognitieve gedragstherapie -> cliënt centered therapie -> psychoanalyse

ALGEMEEN BESLUIT

' Earlier detection may reduce treatment time and reduce the financial costs of repeated unhelpful treatment, as well as reducing the psychosocial costs of the disorder' (Macey et al., 2015)

BEKKENBODEMTERAPIE/FANTOOMTERAPIE : BRUG TUSSEN GYNAECOLOGIE EN SEKSUOLOGIE?

