

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/47766>

Please be advised that this information was generated on 2021-09-18 and may be subject to change.

Het sella-spreekuur

D. de Hoop¹, C.J.M. van der Vleuten¹, L. Dukel²

Onder het proctos wordt dat deel van het onderlichaam verstaan dat bestaat uit het rectum en de anus. Lichamelijke klachten die dit deel van het onderlichaam betreffen kunnen tijdens een zogenaamd proctologie-spreekuur behandeld worden. Het kan hier om een groot aantal mogelijke afwijkingen (zie tabel 1) gaan.

Vooraf om praktische en organisatorische redenen worden er tijdens het proctologie-spreekuur nogal eens aandoeningen gezien en onderzocht die strikt genomen niet tot de proctologie behoren. Hierbij kan gedacht worden aan vulvaire aandoeningen, aan zaken die het gehele ano-genitale gebied betreffen en aan SOA-gerelateerde afwijkingen.¹ Daarnaast zijn er diverse aandoeningen die niet beperkt blijven tot het (peri)anale huidgebied, zoals lichen sclerosus et atrophicus of M. Paget.

Naast het proctologie-spreekuur worden er op sommige plaatsen ook speciale "vulva spreekuren" georganiseerd. Hierover werd in dit tijdschrift reeds eerder gerapporteerd.² Ook tijdens deze spreekuren zal er echter regelmatig een overlap zijn met de rest van het ano-genitale gebied.

Teneinde verwarring over het domein van de beide bovengenoemde spreekuren bij patiënten en medisch personeel te voorkomen en om afwijkingen gelokaliseerd in het anogenitale gebied tijdens één spreekuur te kunnen zien, werd door ons besloten de beide spreekuren samen te voegen.

Gezien de psychologisch toch wat beladen terminologie van proctos en vulva werd gezocht naar een neutrale naamgeving. Daar het hier gaat over afwijkingen en klachten in het ano-genitaal gebied, werd besloten tot het invoeren van de term "sella-spreekuur" (sella = zadel). Een aantal pijnlijke aandoeningen die op het sella-spreekuur gezien kunnen worden zal hieronder in het kort worden besproken.

Tabel 1. Aandoeningen die gezien kunnen worden tijdens het proctologie-spreekuur.

- Hemorroïdaal symptomencomplex
- Perianale huidziekten
- Maligne aandoeningen
- Inflammatoire ziekten
- Infectieziekten
- Parasitaire aandoeningen

Samenvatting

In dit artikel wordt uitleg gegeven over de term sella-spreekuur. Drie pijnlijke aandoeningen die gezien kunnen worden op het sella-spreekuur, te weten proctalgie fugax, vulvodynie en cryptitis, worden beschreven.

Summary

This article explains the term sella clinic. Three painful disorders, proctalgie fugax, vulvodynia and cryptitis, are described.

sella-spreekuur, vulva, proctologie, proctalgie fugax, vulvodynie, cryptitis

sella clinic, vulva, proctology, proctalgie fugax, vulvodynia, cryptitis

PROCTALGIA FUGAX

Proctalgie fugax houdt in dat de patiënt een spontane paroxysmale, heftige, krampende pijn ervaart in de anale regio. Synoniemen zijn anorectale of perineale neuralgie, sfincter spasmen, perineum spasmen, rectalgia nervosa, neuralgia pudendoanalis en paroxysmale proctalgie.³

De spontane aanvallen beginnen vaak in de nacht (proctalgie nocturna), duren veelal tot 30 minuten, maar kunnen ook veel langer aanhouden. Aanvallen die gedurende de nacht optreden tonen veelal een gelijk pijnniveau, terwijl de aanvallen die overdag optreden een met pieken verloopend pijnpatroon hebben. Beide typen treden op met intervallen van dagen tot maanden, meestal één tot vijf keer per jaar. De eerste symptomen manifesteren zich meestal tussen het 40ste en 50ste levensjaar, met een man/vrouw-verhouding van 1:2. Door de heftige pijn is proctalgie fugax vaak een groot ongemak voor de patiënt.

Etiologie

De oorzaak is onduidelijk. Er wordt bij proctalgie fugax gedacht aan gevolgen van psychologische stress. Ook wordt er gedacht aan een reactie op een afwijkende vasculaire respons e.c.i. in deze regio.

Klinische verschijnselen

De symptomen van deze pijnlijke anorectale aandoening zijn meestal karakteristiek; een plotselinge, meestal in de nacht optredende, pijn in de anale regio. De pijn houdt vaak vele minuten aan om vervolgens weer uit te doven. Soms is de pijn zo heftig dat de patiënt last krijgt van nausea die weer aanleiding kan geven tot braken, hyperhidrosis en duizelingen, waarbij de patiënt kan collabereren.

Diagnose

De diagnose wordt gesteld op het verhaal en het feit dat er bij het proctologisch onderzoek geen lichamelijke afwijkingen worden gevonden.

Therapie

Er is geen goede therapie. Een warm zitbad kan ontspannend werken. Externe druk op het perineum en/of digitale druk op de anus en het aannemen van de knie/elleboog-houding kunnen verlichting geven. Nitroglycerine, sublinguaal toegepast, zou in bepaalde gevallen ook verlichting kunnen geven.⁴

VULVODYNIA OF VULVODYNIE

De International Society for the Study of Vulvar Disease (I.S.S.V.D.: www.issvd.org) geeft als definitie voor vulvodynie: "Vulvodynie, ook bekend als vulvaire dysesthesie, betekent letterlijk pijn, of een onplezierig gevoel, in de vulva". Deze pijn wordt gekarakteriseerd door een jeukend, branderig en stekend gevoel in het gebied rond de vaginale opening. De pijn kan spontaan optreden, constant of intermitterend aanwezig zijn, of opgewekt worden door seksueel contact. Volgens de I.S.S.V.D. kan vulvodynie aanwezig zijn vanaf de tijd van de eerste seksuele contacten of vanaf de tijd dat voor het eerst tampons werden gebruikt.

Volgens de National Vulvodynia Association (www.NVA.org) kan vulvodynie onderverdeeld worden in:

- dysaesthetische vulvodynie, of gegeneraliseerde vulvaire dysesthesie, die onafhankelijk van lokale druk optreedt. Deze vorm wordt door de Nederlandse gynaecologen essentiële vulvodynie genoemd; en
- het vulvaire vestibulitis-syndroom, dysesthesie gelokaliseerd in het vestibulum, die alleen tijdens en na lokale druk optreedt. Deze vorm wordt door de Nederlandse gynaecologen vulvaire vestibulitis genoemd.

Door anderen⁵ wordt een onderverdeling in vier subtypen gemaakt:

- cyclische vulvovaginitis in de perimenstruele fase, met pijn na de coïtus. Hierbij wordt vaak *Candida albicans* aangetroffen, waarvan echter de betekenis onduidelijk is.
- vulvavestibulitis met roodheid in het vestibulum. Bij deze vorm treden tijdens en na lokale druk (coïtus) meer pijnklachten op. De causale rol van HPV en een verhoging van de pH staan ter discussie.
- essentiële vulvodynie, waarbij een psychosomatische achtergrond als oorzaak aangenomen wordt.
- een dermatose kan de oorzaak zijn van vulvodynie, waarbij vooral aan inflammatoire huidziekten maar ook aan maligniteiten en vulvaire intraepitheliale neoplasie (VIN) gedacht kan worden.

In de Richtlijn "Vulvodynie" van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)

Tabel 2. De meest voorkomende oorzaken van pijn in de vulva.

- Chronische vaginale microbiële infecties (fungi, protozoa en bacteriën)
- Virusinfecties (herpes / HPV)
- Geïnfecteerde Bartholin-klieren
- Atrofische vaginitis
- Vulvaire vestibulitis-syndroom
- Erosieve lichen planus
- Allergische of irriterende reacties
- Interstitiële cystitis en urethrale klachten

Tabel 3. De meest voorkomende vulvaire dermatosen.

- Psoriasis, eczema seborrhoicum en intertrigineus eczeem
- Pityriasis versicolor
- Contactallergie of dermatitis ten gevolge van irritatie
- Schimmel- of Candida-infectie
- Lichen simplex
- Lichen planus
- Lichen sclerosus et atrophicus
- M. Paget

(zie www.nvog.nl) staat dat een patiënt met chronische pijnklachten aan de vulva vulvodynie heeft, tot verder onderzoek eventueel een andere diagnose oplevert.⁶

Anamnese

Bij het afnemen van de anamnese dienen de symptomen en de plaats ervan exact vastgelegd te worden. Gevraagd dient te worden naar reeds gestelde diagnoses en voorgaande behandelingen. Ook het gebruik van mogelijke lokale irritantia dient in kaart te worden gebracht.

Indien bij onderzoek van vulva en vagina afwijkingen worden gevonden dan kan er, zo nodig, materiaal worden afgenomen voor microscopisch onderzoek en voor kweken. Ook het nemen van een biopsie voor histopathologisch onderzoek behoort dan tot de mogelijkheden.

De meest voorkomende oorzaken voor pijn in de vulva worden genoemd in tabel 2,⁵ de meest voorkomende dermatosen staan vermeld in tabel 3⁷ en worden ook genoemd in de patiëntenvoorlichtingsbrochure "Aandoeningen van de vulva" van de NVOG.

Indien er geen afwijkingen worden gevonden dan dient er materiaal voor kweek en microscopisch onderzoek te worden afgenomen. Levert dit onderzoek geen afwijkingen op, dan kan er worden gesproken van vulvodynie. Vulvodynie is dus een diagnose die gesteld wordt door het uitsluiten van andere aandoeningen.⁸

Behandeling

Lokale irritantia en potentiële allergenen dienen te worden geëlimineerd. Het doel van farmacotherapie is om medicatie te vinden die verlichting van de pijn geeft met minimale bijwerkingen. Dit zal dan veelal uitlopen op

een trial-and-error-methode. De medicatie die gebruikt zou kunnen worden staat genoemd in tabel 4. Het moge duidelijk zijn dat 'seksuele counseling' een duidelijke plaats heeft in de hulpverlening, vooral wanneer de medicatie onvoldoende effect heeft.

CRYPTITIS

Cryptitis is een ontsteking van de anale crypten (van Morgagni) en de hiermee verbonden klieren net boven de linea dentata. Omdat een dergelijke ontsteking veelal de eerste stap is in de ontwikkeling van een fistel, wordt deze cryptitis ook wel een incomplete fistel genoemd. De ontsteking zet zich veelal voort in de tussen de crypten gelegen papillen, zodat er zowel een cryptitis als een papillitis aanwezig is. Men spreekt dan ook wel van een proctitis, een ontsteking van het distale deel van het rectum. Overigens wordt de term proctitis meer gebruikt bij specifieke infecties, zoals met *N. gonorrhoeae* of met herpes simplex-virus.

Wanneer de anale papillen langdurig ontstoken zijn zullen zij hypertrofisch worden en zij worden dan anale poliepen genoemd. Ze worden onderscheiden van rectumpoliepen, doordat zij hun basis hebben ter hoogte van de linea dentata.³

Etiologie

Mogelijke oorzaken zouden kunnen zijn: misbruik van laxantia, sterk gekruid eten en een irregulaire darmwerking. Een mogelijk scenario is ook dat er door ontstoken en gezwollen papillen stukjes darminhoud in de crypten terechtkomen, waar zij een ontsteking zouden kunnen oproepen.

Klinische verschijnselen

De patiënt kan een doffe pijn ondervinden, alsof het rectum niet voldoende geledigd is. Net voorafgaand aan en gedurende de ontleding van de darm kan de pijn toenemen. Door de hypersecretie van slijm en pus kunnen er verschijnselen ontstaan van anale afscheiding, zoals peri-anale irritatie.

Onderzoek en diagnose

Bij inspectie met een proctoscoop met open zijkant of een anaalspeculum kan de genoemde ontsteking worden gezien en kan er door met een wattenstokje druk uit te oefenen op de crypten pus geëxprimeerd worden uit de ontstoken crypte. De hypertrofische papil kan eveneens gemakkelijk gezien worden. Veelal zijn de afwijkingen gelokaliseerd op zes uur in steensnedeligging.

Therapie

Sclerotherapie van het proximaal van de cryptitis gelegen hemorroïdale plexus kan een goed resultaat geven. Ook NSAID-suppositoria kunnen worden voorgeschreven. Indien hierdoor geen resultaat verkregen wordt, kan de crypte worden geïncideerd (cryptotomie).³ Ontstoken papillen kunnen met een elektrische snaar worden verwijderd.³

Tabel 4. Medicatie of therapieën die gebruikt kunnen worden bij vulvodynie.

- A. Systemisch: Antidepressiva (amitriptyline 25-50 mg a.n.), anti-convulsiva, opioïden
- B. Topisch: Lokale anesthetica, corticosteroïden, oestrogenen, acetylsalicylzuur
- C. Niet-farmacologische behandelingen: Elektromyografische bio-feedback, fysiotherapie, acupunctuur

LITERATUUR

1. Hoop D de, Vierssen Trip OB van, Weg P van de, et al. Een vrouw met een zwelling in de vulva. *Ned Tijdschr Derm Venereol* 2004;14:403.
2. Meijden W I van der. De vulvopoli: noodzaak of luxe? *Ned Tijdschr Derm Venereol* 2002; 12: 244-247.
3. Stein E. Anorectal and colon diseases. 4th Ed. Berlijn, Heidelberg, New York: Springer, 2002.
4. Herold A, Bruch H-P. Unklare Schmerzen im Beckenboden. *Coloproctology* 1996; 2: 69-74.
5. Fischer M, Taube K-M, Marsch W Ch. Vulvodynie. *Hautarzt* 2000; 51: 147-151.
6. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn no 31: Vulvodynie, (www.nvog.nl).
7. Glazer HI, Ledger WJ. Clinical management of vulvodinia. *Rev Gynaecol Pract* 2002; 2: 1-2.
8. Black M, McKay M. Obstetric and gynecologic dermatology. 2nd Ed. Edinburgh, Londen, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto: Mosby, 2002.
9. Shafer AD, McGlone TP, Flanagan RA. Abnormal crypts of Morgagni: the cause of perianal abscess:fistula in ano. *Pediatr Surg* 1987; 22:203-204.

BIJSLUITER