

De NHG-Standaard 'Seksuele klachten' beschrijft diagnostiek en beleid bij veelvoorkomende seksuele klachten.

Een adequate seksuele anamnese is essentieel om een goed beeld van de klachten en onderliggende oorzaken te krijgen. De plaats van lichamelijk en aanvullend onderzoek is beperkt.

Bij de behandeling van seksuele klachten staan voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen centraal. Hierbij is er aandacht voor de diverse aspecten van seksueel functioneren: lichamelijke, psychische, relationele en sociaal-culturele aspecten en genderverschillen.

In veel gevallen wordt het beleid bepaald door de oorzakelijke factor, zoals comorbiditeit, seksueel trauma of relatieproblemen.

In andere gevallen wordt een meer specifieke diagnose gesteld en is het beleid hierop gebaseerd.

De nieuwe standaard 'Seksuele klachten' van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) geeft richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van patiënten met seksuele klachten in de huisartspraktijk. De standaard is een herziening en uitbreiding van de NHG-standaard 'Erectiele disfunctie' uit 2008. De volledige tekst van de nieuwe standaard is te vinden op de website van het NHG (www.nhg.org/standaarden/samenvatting/seksuele-klachten).

Belangrijke discussiepunten tijdens de ontwikkeling van de standaard betroffen de plaats van signalering van seksuele klachten door de huisarts, de plaats van het lichamelijk onderzoek en van de testosteronbepaling bij specifieke seksuele klachten, de diagnostische indeling van seksuele klachten en de medicamenteuze behandeling bij vroegtijdige zaadlozing. Deze discussiepunten worden hieronder toegelicht.

DOMEIN VAN DE STANDAARD

De standaard beperkt zich tot een aantal veelvoorkomende seksuele klachten. De besproken problemen zijn geselecteerd op grond van een knelpuntanalyse. Andere onderwerpen zoals hyperseksualiteit (seksverslaving), parafilieën, genderdysforie en (levenslange) asexualiteit vallen buiten het domein van de standaard.

ACTIEF EXPLOREREN VAN SEKSUELE KLACHTEN

Het aantal mensen dat bij onderzoek aangeeft seksuele klachten te hebben, is veel groter dan het aantal mensen dat zich bij de huisarts meldt. Uit vragenlijstonderzoek is

Nederlands Huisartsen Genootschap, afd. Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht.

Dr. J. de Jong en dr. Tj. Wiersma, huisartsen.

Groene Hart Ziekenhuis, afd. Seksuologie, Gouda.

Drs. P. Leusink, huisarts en seksuoloog.

Contactpersoon: dr. J. de Jong (j.dejong@nhg.org).

gebleken dat 19% van de mannen en 27% van de vrouwen ten minste één seksueel probleem heeft. Het aantal patiënten dat voor een seksueel probleem bij de huisarts komt is echter veel lager: de totale incidentie is 0,95 per 1000 patiënten per jaar; voor mannen is deze 1,32 en voor vrouwen 0,6. Voor een normpraktijk – 2350 patiënten – betekent dit 2,2 nieuwe patiënten per jaar.

Omdat seksuele klachten gepaard gaan met persoonlijk lijden en relatieproblemen of medicatieontrouw kunnen veroorzaken, wordt aanbevolen seksuele klachten altijd actief te exploreren bij klachten onderin de buik, urologische klachten en gynaecologische klachten zoals soa's, recidiverende candida-infecties of subfertiliteit. Het verdient aanbeveling om seksualiteit op enig moment ter sprake te brengen bij patiënten met psychische problematiek, seksueel misbruik of mishandeling in de voorgeschiedenis en bij patiënten met chronische lichamelijke aandoeningen zoals diabetes mellitus, COPD, maligniteiten of hart- en vaatziekten. Het is ook wenselijk om seksualiteit te bespreken bij patiënten die geneesmiddelen gebruiken die in verband worden gebracht met seksuele bijwerkingen of bij een zieke of langdurig opgenomen partner.

Omdat vermoedelijk veel patiënten vragen hebben over seksualiteit waarmee ze niet altijd bij de huisarts komen, is in samenwerking met Rutgers (het kenniscentrum voor seksualiteit) en Huisarts Advies Groep Seksuele Gezondheid (SeksHAG) voorlichtingsmateriaal ontwikkeld, onder meer voorzien van een aantal fraaie filmpjes (zie www.thuisarts.nl).

PLAATS VAN ANAMNESE EN LICHAAMELIJK ONDERZOEK

Een adequate seksuele anamnese is essentieel om een goed beeld van de klachten en onderliggende oorzaken te krijgen en een op de patiënt afgestemd behandelplan op te stellen.

Lichamelijk onderzoek is bij seksuele klachten doorgaans van beperkte waarde. Alleen bij klachten van oppervlakkige vulvaire of vaginale pijn tijdens of na seksuele activiteit (oppervlakkige dyspareunie) vindt inspectie van vulva en soms vagina plaats, en wordt bekkenbodemonderzoek verricht om lichamelijke aandoeningen uit te sluiten. Tijdens een gynaecologische inspectie kan uitleg worden gegeven aan de vrouw over normale anatomie, fysiologie en de werking van de bekkenbodem. Als dit niet passend is binnen de context van de arts-patiëntrelatie kan als alternatief uitleg worden gegeven aan de hand van afbeeldingen, modellen of een filmpje.

Bij pijn achterin de vagina of onderbuik bij doorstoten van de penis (diepe dyspareunie) is een volledig gynaecologisch onderzoek geïndiceerd, inclusief speculumonderzoek en vaginaal toucher, waarbij vooral gelet wordt

op aanwijzingen voor lichamelijke oorzaken zoals endometriose en uterus myomatosus.

Lichamelijk onderzoek draagt zelden bij aan het vinden van de oorzaak van erectieklachten of vroegtijdige zaadlozing. Bij klachten van een pijnlijke erectie kan de huisarts de penis onderzoeken op verhardingen en fimose of parafimose.

PLAATS VAN TESTOSTERONBEPALING

Bij ouder wordende mannen is een daling van de testosteronspiegel fysiologisch. De relatie tussen testosteronspiegel en seksuele klachten is bij oudere mannen onduidelijk en routinematige testosteronbepaling is niet zinvol. Testosteronbepaling is uitsluitend geïndiceerd bij mannen met erectiele disfunctie waarbij verminderde zin en opwinding op de voorgrond staat en er bovendien duidelijke aanwijzingen zijn voor een testosterontekort, zoals extreme moeheid, prikkelbaarheid, geheugenstoornissen, stemmingsveranderingen en spierzwakte. Het gaat meestal om mannen met een slechte algemene gezondheid, adipositas of diabetes mellitus. Bij een lage testosteronspiegel wordt de bepaling eerst herhaald. Mannen met een aanhoudend lage testosteronspiegel (gemiddeld < 11 nmol/l) komen in aanmerking voor verwijzing ter nadere analyse en eventuele suppletie.

SPECIFIEKE DIAGNOSES

Bij seksuele klachten of problemen kan vaak met een symptoomdiagnose worden volstaan. In een aantal gevallen is het wenselijk de klachten nader te specificeren. Primaire klachtendie vanaf de eerste seksuele ervaring aanwezig zijn worden onderscheiden van secundaire klachten die later in het leven ontstaan. Een overzicht van specifieke diagnoses:

Vaginisme en dyspareunie In de DSM-5 zijn vaginisme en dyspareunie samengenomen in 1 overkoepelende diagnose: 'genitopelviënpijn-/penetratiestoornis', onder meer omdat ze nogal eens lastig van elkaar zijn te onderscheiden. In de NHG-standaard worden vaginisme en dyspareunie wel naast elkaar gehanteerd omdat er soms wel een onderscheid gemaakt kan worden en dit dan consequenties heeft voor het beleid. Van vaginisme is sprake bij aanhoudende problemen om een penis, vinger, speculum of iets anders in de vagina naar binnen te brengen, ondanks de uitdrukkelijke wens van de vrouw. Dyspareunie kan het gevolg zijn van vaginisme als ondanks de vaginistische reactie toch coïtus plaatsvindt. Omgekeerd kan het continueren van coïtus bij pijn leiden tot secundair vaginisme.

'Provoked vestibulodynie' Bij oppervlakkige dyspareunie wordt eerst nagegaan of er een specifieke lichamelijke oorzaak is, zoals een infectie of een dermatose. Als die niet aanwezig is, wordt vastgesteld of er tevens sprake is

van 'provoked vestibulodynie' (PVD), dat vroeger vulvair vestibulitisyndroom of focale vulvitis werd genoemd. PVD wordt beschouwd als een vast omschreven symptomencomplex. Hiervan is sprake als de klachten langer dan 3 maanden bestaan. Vulvair erytheem kan hierbij aanwezig zijn. Het objectiveren van de pijn door aanraken van de pijnlijke gebieden met een wattentip (de 'touch test') of met een gehandschoende vinger heeft waarschijnlijk enige diagnostische waarde, maar is voor de diagnose niet noodzakelijk. De patiënte kan de pijnlijke plek ook zelf aanwijzen.

Bekkenbodempromblematiek Een verhoogde of verlaagde spierspanning en weinig controle over de bekkenbodemspieren wordt verondersteld samen te hangen met obstipatie, frequent en kleine beetjes plassen en seksuele klachten zoals dyspareunie. Een dergelijke verhoogde spanning van de bekkenbodemspieren, in het verleden omschreven als bekkenbodemprombletonie, wordt in de internationale literatuur aangeduid met de term 'overactieve bekkenbodemspieren' ('overactive pelvic floor muscles'). Er is sprake van verlaagde spanning van de bekkenbodemspieren als deze onvoldoende aanspannen wanneer dit functioneel nodig is ('underactive pelvic floor muscles'). Dit kan onder meer leiden tot incontinentie of urogenitale prolaps. In de standaard is gekozen voor 1 overkoepelende term voor over- en onderactieve bekkenbodemspieren: 'bekkenbodempromblematiek'.

Vroegtijdige zaadlozing Van vroegtijdige zaadlozing is sprake bij een ejaculatie die vrijwel altijd optreedt binnen 1 minuut na penetratie en gepaard gaat met het gevoel onvoldoende controle over het moment van ejaculatie te hebben.

BELEID

In veel gevallen wordt het beleid bepaald door de oorzakelijke factor en niet door de klacht of diagnose. Voorbeelden van oorzakelijke factoren zijn: een beperkte kennis over seksualiteit, anatomie of werking van de geslachtsorganen, relatieproblemen, comorbiditeit (zoals angina pectoris), bijwerkingen van medicatie en eerder doorgemaakt seksueel trauma. Voorlichting en niet-medicamenteus advies staan in de behandeling centraal. In het verlengde hiervan beschrijft de standaard het belang van voldoende opwinding en adequate stimulering, vooral bij oudere patiënten, evenals de vicieuze cirkels bij pijn en bij vermijding.

Ook bij de behandeling van specifieke seksuele klachten staan voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen centraal en is er aandacht voor de diverse aspecten van seksueel functioneren: lichamelijke, psychische, relationele en sociaal-culturele aspecten en genderverschillen. Hier volgt een overzicht van de belangrijkste beleidsadviezen:

Oppervlakkige dyspareunie Bij oppervlakkige dyspareunie wordt geadviseerd geen seksuele handelingen te verrichten die pijn geven ('pijnverbod') en pijnvrij te vrijen. Daarnaast wordt bekkenfysiotherapie geadviseerd en eventueel het advies gegeven het pijnlijke gebied met een indifferente crème te masseren ter bescherming van de huid en om te wennen aan aanraking. In de postmenopauze is voor voldoende lubricatie een voldoende lange, adequate seksuele stimulatie noodzakelijk.

Vaginisme Bij secundair vaginisme dat vooral het gevolg lijkt van (langer bestaande) dyspareunie is het beleid overeenkomstig. Bij primair vaginisme wordt verwezen naar een seksuoloog.

Verminderde zin of opwindingsproblemen Bij verminderde zin of opwindingsproblemen wordt uitleg gegeven over de factoren die van invloed kunnen zijn op de seksuele beleving en het verlangen. Hierbij kan gedacht worden aan relatieproblemen, verandering van gezinssamenstelling, naast seksuele partner ook de rol van ouder vervullen, stress ten gevolge van werk of financiële problemen. Partners worden aangemoedigd het gesprek hierover aan te gaan, ieders wensen en grenzen te bespreken en zo nodig de seksuele activiteit te plannen. Ook uitleg over het belang van voldoende tijd voor elkaar en voor seksuele handelingen of activiteiten die door beide partners als prettig en seksueel opwindend ervaren kunnen worden is van belang. Coïtus hoeft niet altijd het doel te zijn.

Orgasme problemen bij vrouwen Aan vrouwen met primaire orgasme problemen wordt uitleg gegeven over de noodzaak van seksuele opwinding en stimulatie van de clitoris. Bij langer bestaande primaire orgasme problemen wordt verwijzing naar een seksuoloog overwogen. Bij secundaire of situationele orgasme problemen wordt nagegaan of deze het gevolg zijn van verminderde zin of opwindingsproblemen, relatieproblemen, comorbiditeit of SSRI-gebruik.

Erectiele disfunctie Bij erectiele disfunctie met een overwegend lichamelijke oorzaak bestaat de behandeling uit leefstijladviezen, hulpmiddelen of een fosfodiësterase-(type 5)-remmer (PDE-5-remmer). Er is geen verschil tussen de drie meest voorgeschreven PDE-5-remmers wat betreft effectiviteit en veiligheid; de keuze wordt gebaseerd op werkingsduur, bijwerkingen, bijwerkingsduur en de prijs. Bij een overwegend psychische oorzaak kan de huisarts zelf adviezen geven of verwijzen naar een geregistreerd seksuoloog.

Vroegtijdige zaadlozing Bij vroegtijdige zaadlozing wordt uitleg gegeven over het leren herkennen en uitstellen van het 'point of no return'. De patiënt kan oefenen tijdens masturbatie. Daarnaast is het advies de wijze van seksueel contact te variëren, geregeld de genitale stimulatie te onderbreken en meer aandacht te besteden aan ontspanning in het seksueel contact. Bij mannen met

secundaire vroegtijdige zaadlozing is er nogal eens sprake van een complex psychologisch mechanisme: faalangst, soms door afgenomen erectiele functie, soms ook door seksuele problemen bij de (ex-)partner of relatieproblemen. Veelal is dan seksuologische behandeling of relatietherapie te overwegen. In gevallen waarbij niet-medicamenteus advies niet voldoende effectief is, zoals vaak het geval is bij de primaire vorm, kan – eventueel tijdelijke – medicamenteuze behandeling worden overwogen. Dagelijks gebruik van paroxetine of sertraline – beide offlabel voor deze indicatie – is effectief en dat geldt waarschijnlijk ook voor ‘on demand’-gebruik. Dapoxetine is geregistreerd voor de ‘on demand’-behandeling

van vroegtijdige zaadlozing, maar heeft geen evidente voordelen boven de genoemde SSRI's en is bovendien fors duurder.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 22 oktober 2015

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:A9707

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A9707**