



15. Fysiologie en normaliteitsvragen

Vastgesteld LOI-SG: 29 mei 2018.

Inhoud deeldraaiboek 15

15.1 Inleiding	213
15.1.1 Taakverdeling verpleegkundige en arts	213
15.1.2 Verwijzen	214
15.2 De vrouw	214
15.2.1 Huid	214
15.2.2 Vaginale afscheiding	215
15.2.3 Menstruatieproblemen en onregelmatig vaginaal bloedverlies	216
15.2.4 Vruchtbaarheid	219
15.2.5 Vorm en afmeting van de schaamlippen	221
15.2.6 Maagdenvlies	223
15.2.7 Vrouwenbesnijdenis (VGV)	225
15.2.8 G-plek	227
15.2.9 Vrouwelijke ejaculatie	229
15.3 De man	230
15.3.1 Huid	230
15.3.2 Scrotum	231
15.3.3 Vorm en afmeting van de penis	232
15.3.4 Pijnklachten	234
15.3.5 Afscheiding uit de plasbuis	235
15.3.6 Besnijdenis	236
15.4 Beide seksen	238
15.4.1 Anus en anale seks	238
Referenties	239

15.1 Inleiding

Vragen over fysiologie en normaliteit komen veel ter sprake tijdens het spreekuur seksuele gezondheid. Deze vragen kunnen aanleiding zijn voor grote bezorgdheid. Het is van belang adequate informatie te geven, te normaliseren, gerust te stellen waar mogelijk en te verwijzen waar nodig.

15.1.1 Taakverdeling verpleegkundige en arts

Zie deeldraaiboek 1 voor een beschrijving van de algemene taakverdeling. Lichamelijk onderzoek vanwege vragen over fysiologie en normaliteit vergt uitgebreidere kennis en vaardigheden. Meestal vindt het onderzoek plaats ter normalisering. Bij voldoende ervaring kan dat ook door een verpleegkundige worden gedaan.

15.1.2 Verwijzen

Zie deeldraaiboek 8, paragraaf 8.2.4.

15.2 De vrouw

15.2.1 Huid

Plekjes op de geslachtsdelen kunnen leiden tot ongerustheid, schaamte en angst voor soa. Dit laatste vormt vaak de aanleiding om naar de GGD polikliniek seksuele gezondheid te komen. De soa-anamnese geeft richting aan het beleid (zie deeldraaiboek 7).

Bij afwezigheid van een soa is het belangrijk dat de arts veel voorkomende onschuldige beelden herkent. Elke cliënte met een huidafwijking die niet verklaard kan worden door een soa en niet binnen het fysiologische spectrum past, dient verwezen te worden naar de huisarts. Deze kan zo nodig verwijzen naar een dermatoloog en in het geval van provoked vulvodynie (PVD) naar een seksuoloog NVVS. Op de poliklinieken waar een dermatoloog in dienst is, kan deze uiteraard geraadpleegd worden.

Fysiologische donkere verkleuring van de huid van de vulva komt veel voor, niet alleen bij vrouwen met een donkere huidskleur. De donkere kleur is symmetrisch verdeeld en onscherp begrensd.

Witgele bultjes aan de binnenkant van de binnenste schaamlippen zijn onschuldige, vergrote talgkliertjes (plekjes van Fordyce).

Onschuldige vulvaire papillen worden veelvuldig gezien, zijn vaak spike-achtig van vorm en symmetrisch gelokaliseerd bij de ingang van de vagina. Onderscheid met genitale wratten is meestal duidelijk, op grond van vorm en rangschikking.

De kleur van de huid van het vestibulum is roze-rood, in vele gradaties. Rode plekjes of erosies kunnen soms leiden tot klachten van pijn, jeuk of irritatie, maar de mate van roodheid hoeft niet te corresponderen met eventuele klachten. In het kader van provoked vulvodynie (PVD, eerder VVS, zie deeldraaiboek 13) kunnen bestaande erythemateuze foci in het vestibulum pijnlijk zijn bij het aanraken, maar de aanwezigheid van erythemateuze plekjes is voor de diagnose van PVD niet meer noodzakelijk.

Rode plekken op de geslachtsdelen kunnen vele oorzaken hebben. De differentiaaldiagnose is groot en wordt hier zeer beperkt besproken.

Huidaandoeningen als eczeem, psoriasis en candida komen regelmatig voor.

Rode plekjes in het vulvaire gebied kunnen tevens ontstaan ten gevolge van scheren. Rode vlekjes, al of niet jeukend, kunnen ook wijzen op mechanische irritatie (door langdurige gemeenschap of onvoldoende lubricatie bij de vrouw, masturberen of manipuleren met handen of voorwerpen) of overmatige hygiëne.

Een pijnlijke (eventueel rode) eenzijdige zwelling naast de introitus (op 5 of 7 uur) kan wijzen op een ontstoken klier van Bartholin.

Anamnesevragen

In kader 15.1 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 15.1: Vragen tijdens consult rondom de huid

- Kan de cliënte de klacht inclusief aanvang, beloop en locatie omschrijven?
- Zijn er bijkomende klachten als jeuk, pijn, branderigheid, ziek zijn?
- Kan er sprake zijn van overmatige hygiëne? Gebruikt zij inlegkruisjes?
- Is er een relatie met seksuele activiteit?
- Kan er sprake zijn van langdurig seksueel contact of masturberen?
- Zijn er seksuele problemen?
- Is de cliënte gezond? Gebruikt zij medicatie?
- Is cliënt bekend met een huidaandoening zoals eczeem, psoriasis of een andere huidziekte?
- Heeft de cliënte zelf enig idee over de oorzaak?

Lichamelijk onderzoek

- Zie deeldraaiboek 7 voor soa-anamnese.
- Voor onderzoek bij PVD wordt verwezen naar de bijlage in deeldraaiboek 13: 'Beschrijving educatief seksuologisch en bekkenbodemonderzoek bij de vrouw'.

Informatie en advies

- Geef informatie over hygiëne en raad gebruik van inlegkruisjes af.
- Geef informatie over langdurig seksueel contact en het belang van voldoende lubricatie bij vaginale penetratie of glijmiddel bij anale penetratie.
- Normaliseer vaginale papillen.
- Voor informatie over PVD wordt verwezen naar deeldraaiboek 13.

Verwijzen

- Bij niet-soa-gerelateerde huidklachten, zoals eczeem, lichen sclerosus of een andere huidaandoening, of bij twijfel aan de diagnose: naar huisarts.
- Bij abcederende klier van Bartholin: naar gynaecoloog.

15.2.2 Vaginale afscheiding

Vaginale afscheiding is samengesteld uit transsudaat vanuit de vaginawand, slijm uit de cervix, vocht vanuit tubae en uterus en epitheelcellen. De normale vaginale flora bestaat uit diverse bacteriën (voornamelijk lactobacillen) en gisten die met elkaar in evenwicht zijn in het vaginale milieu. Hoeveelheid, geur, kleur en samenstelling van normale vaginale afscheiding variëren per persoon en kunnen onder andere worden bepaald door seksuele opwinding, emotionele (dis)balans, leeftijd, fase van de menstruatiecycclus, zwangerschap, gebruik van hormonale anticonceptie, hygiënische middelen en antibiotica. Tijdelijke variatie van de afscheiding onder invloed van bovenstaande factoren is normaal. Normale afscheiding bevat geen bloed en hoeft niet bestreden te worden.

Sommige vrouwen ervaren fysiologische afscheiding als vies. Overmatige hygiëne, in de vorm van frequente dagelijkse vaginale spoelingen of wassen met zeep en gebruik van inlegkruisjes, werkt echter averechts.

Bij overvloedige vaginale afscheiding kan er ook sprake zijn van generaliseerde bekkenbodempertonie. De fysiologische afscheiding hoopt zich in dat geval op in de vagina en komt bij tijdelijke ontspanning van de bekkenbodem, naar buiten.

Anamnesevragen

In kader 15.2 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult. Verondersteld wordt dat een soa reeds is uitgesloten. Hiervoor wordt verwezen naar deeldraaiboek 7.

Kader 15.2: Vragen tijdens consult rondom vaginale afscheiding

- Is de afscheiding veranderd qua hoeveelheid, kleur en geur? Wat is er veranderd en sinds wanneer?
- Is er sprake van bloedbijmenging?
- Is er sprake van irritatie van de huid, wondjes, jeuk, buikpijn?
- Heeft een eventuele partner ook klachten?
- Wat is de betekenis van de afscheiding voor de cliënte?
- Zijn er aanwijzingen voor bekkenbodempertonie: mictieproblemen (kleine beetjes plassen, frequente aandrang, etc.), defecatieproblemen (obstipatie, spastische darmen, scheurtjes en aambeien, etc.), pijn onderlijf, andere lichamelijke spanningsklachten?
- Welke maatregelen heeft cliënte zelf al genomen en wat was het effect?
- Welke hygiënemaatregelen treft de cliënte?
- Wat is de hulpvraag van de cliënte?

Lichamelijk onderzoek

Let bij lichamelijk onderzoek op:

- huid van de vulva;
- signalen van verhoogde bekkenbodempertonie (zie de bijlage in deeldraaiboek 13: 'Beschrijving educatief seksuologisch en bekkenbodemonderzoek bij de vrouw');
- ingang vagina;
- aspect fluor;
- vaginawanden;
- portio.

Informatie en advies

- Vaginale afscheiding is normaal en kan variëren.
- Uitwendig wassen met water is voldoende. Overmatige hygiëne werkt averechts.
- Vermijd zeep en veelvuldig gebruik van inlegkruisjes.

Verwijzen

- Bij aanwijzingen voor pathologie (bijvoorbeeld bij afwijkend aspect portio of contactbloedingen): naar huisarts.
- Bij aanwijzingen voor bekkenbodempertonie: naar bekkenfysiotherapeut of seksuoloog NVVS.

15.2.3 Menstruatieproblemen en onregelmatig vaginaal bloedverlies

De menstruatie is het proces van loslating en uitdrijving van het baarmoederslijmvlies dat optreedt als er geen bevruchting heeft

plaatsgevonden na de eisprong. De eerste menstruatie (menarche) treedt meestal op tussen het 11e en 15e jaar. In de eerste jaren kan de menstruatie nog zeer onregelmatig zijn en gepaard gaan met veel kramp en bloedverlies (métrorragie des jeunes vièrges). Daarna wordt de cyclus meestal regelmatig. Variatie in cyclusduur is groot, een cyclusduur van 3-6 weken wordt als normaal beschouwd.

In deze paragraaf wordt verondersteld dat er geen sprake is van het gebruik van hormonale anticonceptie. Voor de bijwerkingen van hormonale anticonceptie wordt verwezen naar deeldraaiboek 11.

Problemen met betrekking tot menstruatie of (overig) vaginaal bloedverlies:

- uitblijven van menstruatie, amenorroe, primair of secundair;
- hevig menstrueel bloedverlies: cyclisch hevig bloedverlies dat hindert in het dagelijkse leven van een vrouw;
- langdurige menstrueel bloedverlies: menstruatieduur >8 dagen;
- intermenstrueel bloedverlies: bloedverlies tussen herkenbare menstruaties;
- onregelmatig bloedverlies: niet-cyclisch, menstruaties niet (meer) herkenbaar;
- contactbloeding: bloedverlies na vaginaal seksueel contact;
- erg pijnlijke menstruaties, dysmenorroe;
- premenstruele klachten, premenstrueel syndroom (PMS) (wordt hier buiten beschouwing gelaten);
- acuut hevig bloedverlies: hevig bloedverlies met verzoek om directe behandeling (wordt hier buiten beschouwing gelaten);
- postmenopauzaal bloedverlies: bloedverlies >1 jaar na de laatste menstruatie (wordt hier buiten beschouwing gelaten).

De klachten kunnen primair aanwezig zijn (vanaf de eerste menstruatie) of secundair ontstaan zijn (nadat de klacht een periode niet aanwezig is geweest).

Primaire amenorroe bij een leeftijd >16 jaar kan duiden op hormonale dan wel anatomische problematiek. Het vormt een reden tot verwijzing.

Secundaire amenorroe kan wijzen op zwangerschap, een hormonale aandoening, polycysteus ovariumsyndroom (PCOS), endometriose, myomen of een complicatie na een gynaecologische ingreep, maar kan ook een bijwerking zijn van medicatie en van elke vorm van hormonale anticonceptie.

Psychische stress en belastende levensgebeurtenissen, langdurige of extreme lichamelijke inspanning en gewichtsschommelingen en anorexia nervosa kunnen leiden tot zogenaamde functionele amenorroe. Het natuurlijk beloop van functionele amenorroe is bij aanpak van de onderliggende factoren in principe gunstig.

Primair hevig en/of langdurig menstrueel bloedverlies en primaire dysmenorroe wijzen meestal niet op een gynaecologische aandoening. NSAIDs, hormonale anticonceptie of een hormoonspiraal kunnen deze klachten verhelpen.

Secundaire klachten van de menstruatie kunnen wel duiden op een gynaecologische aandoening, zoals endometriose, myomen of complicaties na een gynaecologische ingreep.

Intermenstrueel bloedverlies en contactbloedingen kunnen wijzen op een soa of een afwijking van perineum, vulva, vagina of portio. Onregelmatig bloedverlies kan een bijwerking zijn van hormonale anticonceptie of andere medicatie. Het kan ook worden veroorzaakt door roken tijdens gebruik van orale anticonceptie. Onregelmatig bloedverlies kan ook wijzen op een complicatie van een ingreep aan de genitalia interna.

Menstruatieproblemen leveren vaak bezorgdheid op over de vruchtbaarheid. Meestal is dat niet nodig. Echter bij zeer onregelmatige menstruaties, langdurige amenorroe of dysmenorroe kan er sprake zijn van een gynaecologische aandoening met gevolgen voor de vruchtbaarheid.

Anamnesevragen

In kader 15.3 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 15.3: Vragen tijdens consult rondom menstruatieproblemen

- Wat is de precieze klacht (betreft het pijn of bloedverlies)?
- Wat is de hulpvraag?
- Is er een relatie met de menstruatie?
- Is de menstruatie nog te herkennen?
- Op welke leeftijd vond de menarche plaats?
- Bestaat de klacht sinds de menarche of is deze later ontstaan?
- Is er een relatie met anticonceptie?
- Is er een relatie tussen het eventuele bloedverlies en geslachtsgemeenschap?
- Wat is de betekenis van de klacht voor de vrouw?
- Is de cliënte gezond en gebruikt ze medicatie?
- Kan er sprake zijn van een soa?
- Kan er sprake zijn van een zwangerschap, wanneer was de laatste menstruatie?
- Welke stappen heeft de cliënte zelf al ondernomen? Met welk effect?
- Is er sprake van psychische problematiek, ondergewicht of extreme inspanning?

Lichamelijk onderzoek

- Alleen zinvol bij onregelmatig of intermenstrueel bloedverlies of contactbloedingen.
- De soa-richtlijn is leidend bij soarisico.
- Aspect van de vulva, vagina, portio en fluor vaginalis zijn van belang.
- Verricht zo nodig een vaginaal toucher ter beoordeling uterus en adnexe.
- Denk aan zwangerschapstest bij secundaire amenorroe of onregelmatig bloedverlies, als er geen anticonceptie wordt gebruikt of dit inadequaet wordt gebruikt.

Informatie en advies

- Maak een onderscheid tussen pijn en bloedingsproblemen tijdens de menstruatie en tussen de menstruaties.
- Normaliseer waar mogelijk.
- Bespreek de effecten van hormonale anticonceptie op cyclus en menstruatie waar nodig

- Adviseer pijnstilling in de vorm van ibuprofen of naproxen bij primaire pijnklachten, al of niet in combinatie met hevig bloedverlies.
- Hormonale anticonceptie of een hormoonspiraal is een tweede behandelmogelijkheid.
- Indien anticonceptie ook nodig is, besteed dan apart aandacht aan werking en adequaat gebruik.

Verwijzen

Verwijs naar huisarts bij:

- primaire amenorroe >16 jaar;
- secundaire menstruatieklasten en amenorroe >6 maanden;
- onregelmatig of intermenstrueel bloedverlies of contactbloedingen, als een soa is uitgesloten.

15.2.4 Vruchtbaarheid

Ook als cliënten nog geen kinderwens hebben, kunnen er zorgen bestaan over de vruchtbaarheid. Bijvoorbeeld na een opgelopen soa, een abortus of naar aanleiding van menstruatieklasten.

De gemiddelde menstruatiecycclus duurt ongeveer 28 dagen. De variatie is echter groot. Tijdens de eerste helft van de cyclus vindt er follikelgroei plaats in de ovaria, één follikel wordt dominant en leidt tot een ovulatie. De duur van follikelrijping kan variëren, onder invloed van diverse zaken. De tijd vanaf de ovulatie tot de menstruatie is vrij stabiel en bedraagt ongeveer 2 weken. Variatie in de duur van de cyclus wordt dan ook vooral bepaald door de tijd tot de ovulatie. Bij een regelmatige cyclus valt het moment van de eisprong ongeveer te berekenen: de duur van de cyclus min 14 dagen, berekend vanaf de eerste dag van de menstruatie. De vruchtbare periode bedraagt maximaal 24 uur. Alleen in die periode kan een zwangerschap ontstaan. Sperma kan in een gunstig vaginaal milieu 5-7 dagen levend blijven, waardoor een vrijpartij enkele dagen voor de ovulatie ook kan leiden tot een zwangerschap.

Bij een min of meer regelmatige menstruatie is een primaire stoornis in de vruchtbaarheid niet waarschijnlijk: anatomisch en hormonaal zijn er dan geen aanwijzingen voor pathologie. De temperatuurcurve is een diagnostisch middel om een normale menstruatiecycclus met ovulatie aan te tonen. Bij het dagelijks meten van de temperatuur alvorens op te staan is in dat geval een bifasische curve te herkennen, waarbij de baseline net na de ovulatie een halve graad stijgt. Belangrijk is dat deze temperatuur elke dag op ongeveer hetzelfde tijdstip rectaal wordt gemeten, na het wakker worden en vóór het opstaan.

Als de menstruatie wel optreedt, maar slechts enkele keren per jaar, kan er sprake zijn van polycysteus ovariumsyndroom (PCOS). De oorzaak van PCOS is nog steeds niet helemaal duidelijk. In het geval van een PCOS vindt er slechts enkele malen per jaar een ovulatie en menstruatie plaats. Het is dus moeilijk te voorspellen wanneer een vrouw vruchtbaar is. Als er geen kinderwens is, dient de cliënte om die reden wel degelijk anticonceptie te gebruiken.

Spontane kans op zwangerschap per cyclus bedraagt ongeveer 15%, afhankelijk van de leeftijd van de vrouw en de frequentie van seksueel contact. Bij gezonde koppels is de zwangerschapskans in de eerstvolgende maanden aanzienlijk, na 6 maanden 70%, na 1 jaar 80%, na 2 jaar 90%. De

kans op zwangerschap is het grootst bij een aantal keer vrijen in de dagen voor de eisprong.

Leefstijl heeft effect op de vruchtbaarheid. Vrouwen met een BMI >30 hebben geringere kans op zwangerschap. Roken kan bij een vrouw de kans op zwangerschap verminderen.

De kans op onvruchtbaarheid na een chlamydia- of gonorrhoe-infectie is lastig in te schatten en hangt samen met het optreden van een opstijgende infectie. De kans op onvruchtbaarheid na een asymptomatische chlamydia-infectie wordt geschat op 1%. De kans bij gonorrhoe is onbekend. De kans op onvruchtbaarheid bij een doorgemaakte PID (pelvic inflammatory disease) wordt, afhankelijk van de ernst van de PID, geschat op 4-11%. Bij recidiverende PID loopt deze op tot 40%.

Problemen in de vruchtbaarheid kunnen ook bij de man liggen. Roken, drugs (cannabis met name) en gebruik van anabole steroïden kunnen de kwaliteit van het sperma bij een man doen afnemen. Excessief alcoholgebruik kan leiden tot erectiele dysfunctie bij de man.

Anamnesevragen

In kader 15.4 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 15.4: Vragen tijdens consult rondom vruchtbaarheid

- Waar maakt de cliënte zich zorgen over?
- Wat is de aanleiding voor de zorg?
- Is de cliënte eerder zwanger geweest?
- Is er een kinderwens (op welke termijn)?
- Hoe verloopt de menstruatiecyclus?
- Zijn er ingrepen in de buik of aan de genitalia interna geweest?
- Waren er complicaties bij deze ingreep?
- Heeft de cliënte ooit een soa gehad en hoe is deze behandeld?
- Wordt er anticonceptie gebruikt?
- Bij actuele kinderwens: hoe vaak en wanneer vindt er gemeenschap plaats?
- Wat hebben de cliënte en haar partner al geprobeerd om zwanger te raken?
- Wat is de hulpvraag?

Lichamelijk onderzoek

- Niet zinvol.

Informatie en advies

- Geef informatie over het verloop van de menstruatiecyclus en het moment van vruchtbaarheid.
- Stel gerust bij een min of meer regelmatige cyclus en blanco voorgeschiedenis.
- Geef informatie over de zwangerschapskans per cyclus, de invloed van de leeftijd en over wanneer gemeenschap te hebben.
- Geef leefstijladviezen: stoppen met roken en drugs, alcohol met mate en geen anabole steroïden.

- Adviseer bij een actuele zwangerschapswens de cyclus bij te houden, zodat ongeveer het moment van de eisprong kan worden bepaald.
- Bij soa, gynaecologische ingrepen of buikingrepen in de voorgeschiedenis: geef informatie over de (beperkte) onderzoeksmogelijkheden naar de status van de vruchtbaarheid.
- Adviseer bij een soa of PID in de voorgeschiedenis met nadruk een nieuwe infectie te voorkomen. De kans op onvruchtbaarheid loopt op tot 40% bij recidiverende PID. Adviseer condoomgebruik en het laten testen van soa bij onbeschermd seks of een condoomaccident.

Verwijzen

Verwijs naar de huisarts bij:

- aanwijzingen voor een cyclusstoornis of PCOS;
- >1 jaar adequaat proberen zwanger te worden of direct bij leeftijd van de vrouw van 38 jaar of ouder.

15.2.5 Vorm en afmeting van de schaamlippen

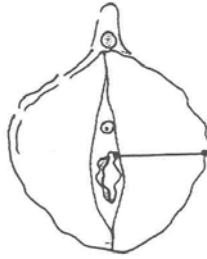
Omdat de labia minora vaak groter zijn dan de labia majora, is het beter te spreken over binnenste en buitenste schaamlippen. Onvrede over de binnenste schaamlippen wordt regelmatig geuit door cliënten tijdens het consult seksuele gezondheid. Meestal betreft het de grootte en soms de vorm. Soms wordt de wens tot schaamlipverkleining geuit.

Klachten rondom de binnenste schaamlippen die genoemd worden, zijn: ongemak bij het fietsen en het dragen van strakke broeken, het mee naar binnen schuiven van de schaamlippen tijdens gemeenschap of pijn bij gemeenschap. Er blijkt echter geen verband te bestaan tussen deze klachten en de grootte van de binnenste schaamlippen. Anatomisch gezien maken de binnenste schaamlippen onderdeel uit van het vrouwelijk zwellichaam (zie figuur 15.3) dat een grote rol speelt tijdens seksuele activiteit. Pijn bij gemeenschap en intravaginaal meebewegen van de schaamlippen tijdens gemeenschap duiden meestal op onvoldoende seksuele opwinding.

Achter de vraag om schaamlipverkleining kan onzekerheid schuilen over het eigen lijf of seksuele functioneren, bijvoorbeeld onder invloed van cultureel bepaalde normen, psychische problematiek of een negatief lichaamsbeeld. De verwachtingen van de gewenste ingreep kunnen onterecht zijn en de ingreep kan de vrouw zelfs schade berokkenen. Naast informeren over de normale variatie in vorm en grootte van de schaamlippen is het de taak van de verpleegkundige en/of arts om mogelijke contra-indicaties voor een ingreep op te sporen, zoals seksueel geweld in anamnese, ernstige psychische problematiek als een stoornis in de lichaamsbeleving (body dysmorphic disorder). Een open houding over de vraag naar labiumreductie maakt het mogelijk de achtergrond van de vraag bespreekbaar te maken. Onterechte verwachtingen kunnen dan ook besproken worden.

De norm van de schaamlippen qua grootte ligt onder de 50 mm, gemeten vanaf de hymenaalring tot de buitenste rand van de schaamlip, zonder tractie (zie figuur 15.1). Binnen die norm blijkt er geen relatie te zijn met lichamelijk ongemak.

Figuur 15.1. Meten van de labia binnenzijde links (Hage 2008).



In de [richtlijn](#) van plastisch chirurgen en gynaecologen voor het uitvoeren van labiumverkleining (Hage 2008), is op grond van wetenschappelijk onderzoek afgesproken dat de ingreep niet wordt verricht bij labia onder een grootte van 40 mm, vanwege onvoldoende verwachting van positief effect op de klachten. Ook wordt de ingreep niet uitgevoerd bij cliënten onder de 18 jaar. Verkleining van de binnenste schaamlippen is in de meeste gevallen een niet-noodzakelijke ingreep in een gezond orgaan dat van belang is voor de vrouwelijke seksualiteit.

Anamnesevragen

In kader 15.5 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 15.5: Vragen tijdens consult rondom onvrede met schaamlippen

- Wat is de hulpvraag van de cliënte?
- Wat bedoelt ze met 'te groot'?
- Met wie vergelijkt ze zichzelf?
- Welke last ervaart de cliënte van de schaamlippen?
- Sinds wanneer is dat het geval en is er een aanleiding om nu te komen met haar klacht?
- Wat betekent de klacht voor haar (gevolgen voor lichaamsbeeld, zelfvertrouwen, seksualiteit)?
- Hoe kijkt ze in het algemeen aan tegen haar lichaam?
- Wat is de rol van de partner en de omgeving van de cliënte in haar klacht en vraag?
- Wat verwacht de cliënte van de ingreep en wat betekent het voor haar als deze niet door zou kunnen gaan?
- Is de cliënte tevreden met haar seksleven, zijn er seksuele problemen?
- Is er sprake van psychische problematiek?
- Is er sprake van seksueel geweld in de voorgeschiedenis?
- Heeft de cliënte andere operaties aan haar lijf ondergaan?

Lichamelijk onderzoek

- Doel: grootte van de labia objectiveren en opvallende vormvariatie constateren. Beide labia worden bekeken en gemeten op gestandaardiseerde wijze (zie figuur 15.1). De vrouw kijkt bij voorkeur mee met een handspiegel.
- Valkuil: spreek je niet uit over of je de schaamlippen wel of niet groot vindt. Houd de boodschap zo neutraal mogelijk. Beperk je tot de beschrijving van wat je ziet en meet.

Mogelijke conclusies van lichamelijk onderzoek:

- Grootte en vorm vallen binnen de norm, klachten kunnen niet eenduidig worden gerelateerd aan grootte of vorm.
- Er is sprake van een ander probleem: lichamelijk, psychisch of seksueel.
- Grootte en vorm vallen buiten de norm, ingreep *kan* wenselijk zijn. Klachten kunnen ook in dat geval niet altijd eenduidig worden gerelateerd aan grootte of vorm (zie verder onder *Informatie en advies*).

Informatie en advies

- Grootte en vorm van schaamlippen variëren sterk.
- Er is over het algemeen geen relatie tussen de klachten en de grootte-/vormvariatie (gebruik eventueel plaatjes van verschillende vagina's).
- Pijn of intravaginaal meebewegen van de schaamlippen kan wijzen op onvoldoende opwinding.
- De meeste klachten zijn eenvoudig te verhelpen: geen strings of te strakke kleding, correctie ligging schaamlippen tijdens seksueel contact.
- Informeer over de seksuele functie van de binnenste schaamlippen.
- Licht de mogelijke complicaties van een operatie toe (zoals infectie, wonddehiscentie, postoperatieve pijn) en geef aan dat het resultaat niet altijd overeenkomt met de verwachting van de cliënte.

Verwijzen

- Bij sterke grootte- of vormafwijking en forse hinder en het ontbreken van ernstige psychische problematiek: naar huisarts. De huisarts kan verwijzen naar een plastisch chirurg of gynaecoloog. Bij psychische problematiek kan de huisarts verwijzen naar de GGZ.
- Valkuil: zeg geen operatie toe, ook al is er sprake van objectief grote schaamlippen of een vormafwijking. Het besluit daartoe ligt in handen van de chirurg of gynaecoloog.
- Bij seksuele problematiek: naar seksuoloog NVVS.

15.2.6 Maagdenvlies

Maagdelijkheid en het maagdenvlies spelen in vele culturen een belangrijke rol. Religieuze, culturele en persoonlijke normen lopen door elkaar en zorgen voor veel verschillende opvattingen en een grote emotionele lading, waardoor er veel mythen bestaan over maagdelijkheid en het maagdenvlies (hymen). Bij het bespreken van vragen en onzekerheden over dit thema is het goed de medische feiten en de normen en waarden over maagdelijkheid te scheiden.

Maagdelijkheid zegt iets over het feit of een persoon ooit seksueel contact heeft gehad en moet in vele culturen, religies en gemeenschappen bewaard worden tot het huwelijk. De interpretatie of je je maagdelijkheid verliest na vaginale gemeenschap of ook na orale of anale seks verschilt per persoon en religieuze/culturele groep. Het moeten aantonen van de maagdelijkheid door middel van bloedverlies geldt met name voor islamitische culturen en enkele geïsoleerde christelijke en joodse gemeenschappen. De norm van het bewaren van je maagdelijkheid geldt in bovengenoemde culturen voor mannen en vrouwen; in de praktijk geldt deze echter vaak alleen voor vrouwen en is er sprake van een dubbele moraal.

Het maagdenvlies is geen vlies, maar een randje weefsel bij de ingang van de vagina. Het kan rafelig of glad zijn, smal of breed en soepel of stug. Het aspect van het maagdenvlies en/of het voldoende nauw zijn zegt niets over het feit of een vrouw vaginale gemeenschap heeft gehad. Een arts noch een partner kan dus constateren of er gemeenschap heeft plaatsgevonden voor het huwelijk. Vaak wordt bloedverlies tijdens de eerste gemeenschap gezien als bewijs van maagdelijkheid. Bloedverlies bij de eerste vaginale gemeenschap treedt echter slechts in ongeveer de helft van de gevallen op en zegt dus niets over seksuele ervaring. Springen, sporten of het inbrengen van een tampon beschadigen het maagdenvlies niet.

Vaak meldt een cliënte zich op het spreekuur omdat ze al seksueel actief is geweest voor het huwelijk. Als het seksueel contact heeft plaatsgevonden met een ander dan de toekomstige man, kan de vrouw in de problemen komen. Uitleg over feiten en fabels kan helpen, maar neemt de noodzaak tot het bloeden tijdens de eerste huwelijksnacht niet weg. Er kan sprake zijn van grote druk van de partner of van de familie in de vorm van dreiging met uitstoting, mishandeling en zelfs de dood.

Vaak ziet een cliënte een hersteloperatie als enige optie voor haar probleem. Van herstel is feitelijk geen sprake, maar in sommige klinieken kan het maagdenvlies wat nauwer gemaakt worden. Dit kan enkele weken tot enkele dagen voor het huwelijk plaatsvinden. Een hersteloperatie garandeert het optreden van bloedverlies helaas niet.

Andere mogelijkheden om het probleem aan te pakken zijn:

- het leren aanspannen van de bekkenbodemspieren, zodat de cliënte haar vagina nauwer kan maken;
- het gebruik van hulpmiddelen om bloed te tonen (zoals een vingerprik of een buisje ontstold bloed);
- counseling over feiten en mythen rondom het maagdenvlies en informatie over de verschillende mogelijkheden versterken de autonomie van de cliënte, waardoor ze een keuze kan maken.

Soms wordt een 'maagdelijkheidsverklaring' gevraagd. Geadviseerd wordt daar als arts alleen aan mee te werken in het geval van een dreigende situatie voor de vrouw. In de verklaring kan bijvoorbeeld staan: "Bij mevrouw X is op [datum] een gynaecologisch onderzoek verricht. Bij dit onderzoek zijn geen aanwijzingen gevonden dat zij geen maagd is." Bij het hanteren van deze voorbeeldtekst is het wellicht aan te raden ook echt lichamenlijk onderzoek te verrichten. Omdat het lichamenlijk onderzoek feitelijk niet zinvol is, kan dit ook achterwege gelaten worden. De formulering van de verklaring kan daar eventueel aan aangepast worden.

Vragen rondom maagdelijkheid leveren vaak ambivalente gevoelens op bij hulpverleners: moeite met de dubbele moraal, maar ook sterke betrokkenheid en bezorgdheid. Probeer te luisteren naar de cliënte met respect voor de opvattingen. Verhelder haar vraag en geef feitelijke informatie.

Anamnesevragen

In kader 15.6 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 15.6 Vragen tijdens consult rondom maagdenvlies

- Wat is het probleem?
- Wat is de hulpvraag?
- Voor wie is het een probleem, wie controleert eventueel de gewenste 'tekenen van maagdelijkheid' en hoe?
- Wat is de betekenis van maagdelijkheid voor de cliënte, haar partner en familie, wanneer verliest iemand de maagdelijkheid in haar cultuur?
- Welke consequenties heeft het niet kunnen 'aantonen' van de maagdelijkheid, is er sprake van concrete dreiging?
- Is er reeds sprake geweest van seksueel contact met penetratie?
- Was dit met haar toekomstige man of met een ander?
- Wanneer vindt het huwelijk plaats?
- Kan de cliënte haar zorgen met iemand delen?

Lichamelijk onderzoek

- Alleen zinnig ter educatie. In dat geval kijkt de vrouw mee met een handspiegel.
- Aandacht kan worden besteed aan het aspect van het maagdenvlies en de bekkenbodem.
- Als lichamelijk onderzoek gewenst is in het kader van een 'maagdelijkheidsverklaring', is het wellicht aan te raden dit te laten verrichten door de arts die de verklaring schrijft. (We benadrukken nogmaals dat dit lichamelijk onderzoek feitelijk niet zinvol is.)

Informatie en advies

- Maak een onderscheid tussen de feiten over het maagdenvlies en de betekenis van maagdelijkheid voor de vrouw.
- Informeer over wat het maagdenvlies wel en vooral niet is.
- Bespreek de feiten rondom pijn en bloedverlies bij de eerste keer gemeenschap.
- Bespreek de feiten en fabels over het controleren van de maagdelijkheid.
- Bespreek de mogelijkheden om bloedverlies te veroorzaken.
- Geef de folder '[Feiten en fabels over het maagdenvlies](#)' van Rutgers mee en verwijs eventueel naar [Sense](#), [Geen Taboes Marokko](#), [Geen Taboes Hababam](#) of [Mythe ontkracht](#).

Verwijzen

In geval van persisterende wens tot operatie van het maagdenvlies, verwijs naar een kliniek waar een counselingsprogramma geboden wordt. Zoek in de regio. De cliënte krijgt dan diverse oplossingen voor haar probleem aangereikt (zie boven), waarvan een operatie er één is. Bij ontbreken van mogelijkheden in de regio kan eventueel verwezen worden naar het AMC of het OLVG-West, beide in Amsterdam.

15.2.7 Vrouwenbesnijdenis (VGV)

Vrouwelijke genitale verminking (VGV) is een ingreep aan de uitwendige geslachtsorganen, zonder medische noodzaak. Hierbij wordt een deel of het geheel van de externe genitaliën weggesneden. VGV wordt ook wel meisjesbesnijdenis genoemd. Meisjesbesnijdenis is een cultureel gebruik, soms verweven met religie, plaatsvindend in delen van Afrika, het Midden-Oosten en Azië. In sommige landen is meer dan 80% van de meisjes

besneden. De leeftijd waarop de ingreep plaatsvindt, is meestal tussen de 4 en 12 jaar, soms vlak na de geboorte of vlak voor het huwelijk.

Er worden vele sociale en seksuele redenen voor VGV genoemd.

Onderstaande redenen zijn de meest genoemde:

- Besnijden bepaalt mede de etnische identiteit van het meisje. Het markeert de toetreding tot de eigen groep of samenleving. Dit heeft te maken met opvattingen, waarden en normen rond zaken als maagdelijkheid, kuisheid en reinheid.
- Besnijden beschermt de maagdelijkheid van het meisje.
- Besnijden vergroot haar huwelijkskansen.

Er zijn vier manieren van besnijden:

- Sunna-besnijdenis: de clitorisvoorhuid wordt ingesneden of verwijderd;
- excisie van de gehele of een deel van de glans clitoris samen met de binnenste schaamlippen;
- infibulatie: vernauwen van de vaginale opening door wegsnijden en aan elkaar hechten van de kleine schaamlippen en/of de grote schaamlippen, met of zonder verwijdering van de clitoris;
- alle andere schadelijke handelingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen, zoals prikken, kerven, schrappen en wegbranden.

De term Sunna wordt in de praktijk voor alle vormen van VGV gebruikt. Het is dus nodig door te vragen over wat er precies is gedaan.

Naast de kans op complicaties vlak na de ingreep, kan besnijdenis leiden tot:

- seksuele problemen, zoals verlies van seksuele functie en gevoel, pijn bij gemeenschap;
- plasproblemen en chronische urineweginfectie;
- menstruatieproblemen, vruchtbaarheidsproblemen ten gevolge van infectie en littekenweefsel en problemen bij de bevalling;
- chronische buikklachten en fistelvorming;
- psychosomatische en psychosociale problemen.

Een hersteloperatie waarbij de nauwe opening verwijd wordt, kan door een gynaecoloog verricht worden. (Beperkte) reconstructie wordt door een klein aantal specialisten gedaan.

VGV is een bijzondere en ernstige vorm van kindermishandeling en is in Nederland strafbaar. De wet- en regelgeving rondom kindermishandeling is ook van toepassing op VGV. Voor VGV is een artikel in de wet toegevoegd dat het mogelijk maakt om een besnijdenis die in het buitenland is uitgevoerd, te vervolgen, ook als dit in het betreffende land niet strafbaar is.

Sinds 1 juli 2013 is de wet *Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* (waaronder VGV) in werking getreden. Voor iedere professional geldt bij een vermoeden van een dreigende of (recent) uitgevoerde meisjesbesnijdenis dat hij of zij moet handelen volgens het stappenplan behorende bij de eigen meldcode.

Het beleid in Nederland rondom VGV bestaat uit een combinatie van preventie, wetshandhaving én aandacht voor goede zorg voor meisjes en vrouwen die een besnijdenis hebben ondergaan. JGZ en Veilig Thuis zijn enkele van de betrokken partijen in deze ketenaanpak. Pharos is expertisecentrum op het gebied van VGV.

Anamnesevragen

In kader 15.7 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 15.7: Vragen tijdens consult rondom VGV

- Wat is de klacht?
- Wat is de hulpvraag?
- Wat is haar afkomst (of van haar ouders)?
- Wat is de betekenis van de besnijdenis voor de cultuur en voor de vrouw zelf?
- Welke vorm van besnijdenis is toegepast en wanneer?
- Wat zijn de gevolgen van de besnijdenis, destijds en nu, lichamelijk, psychisch en seksueel?
- Wat is de aanleiding om nu hulp te zoeken?

Lichamelijk onderzoek

- In principe niet zinvol bij de GGD polikliniek seksuele gezondheid, tenzij getwijfeld wordt of er besnijdenis heeft plaatsgevonden.

Informatie en advies

- Informeer over de mogelijkheden tot herstel en reconstructie van de vulva.

Verwijzen

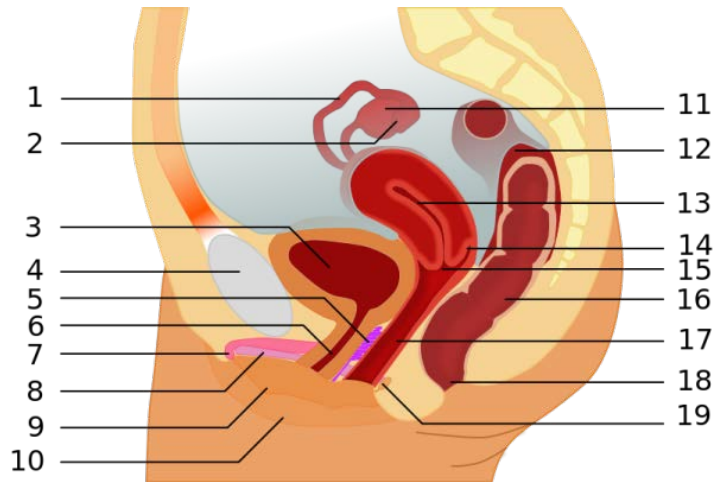
- Bij verstoorde functie en wens tot herstel/reconstructie: via de huisarts naar gespecialiseerde gynaecoloog (raadpleeg de regionale sociale kaart).
- bij dreigende VGV: neem contact op met de JGZ afdeling van de eigen GGD of met Veilig Thuis, centrum voor advies en hulp bij huiselijk en seksueel geweld (telefoon 0800-2000, 24 uur per dag en 7 dagen in de week bereikbaar).

15.2.8 G-plek

De G-plek of Gräfenbergplek bevindt zich op ongeveer 3 cm van de ingang van de vagina, aan de voorwand van de vagina en vormt een onderdeel van het clitorale gebied (zie figuur 15.2).

Dat wat in de volksmond 'de clitoris' genoemd wordt, is in feite slechts het topje (glans) van het gehele clitorale complex. Dit plooit zich vanaf de glans via twee uitlopers (crus clitoris) om de vagina (zie figuur 15.3) en bestaat uit soms zeer gevoelige zwellichamen. De G-plek is de plek waar de crus zich splitst om zich rondom de vagina te plooiën. De gevoeligheid van de G-plek varieert sterk. Het lukt niet iedere vrouw om de G-plek bij zichzelf te lokaliseren.

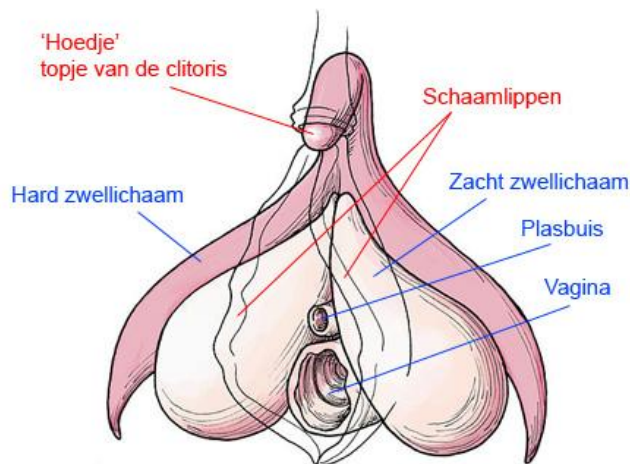
Figuur 15.2. Anatomie van de vrouwelijke geslachtsorganen.



Legenda: 1. tubae, 2. fimbriae, 3. blaas, 4. schaambeentjes, 5. G-plek, 6. urethra, 7. clitoris, 8. vestibulum vaginae, 9. binnenste schaamlippen, 10. buitenste schaamlippen, 11. ovaria, 12. dikke darm, 13. uterus, 14. fornix uteri, 15. portio, 16. rectum, 17. vagina, 18. anus, 19. klier van Bartholin.

Bron: Wikipedia-pagina Clitoris, vrij van auteursrechten, geraadpleegd 2-3-2016.

Figuur 15.3. Clitoris.



Opmerking: zacht en hard zwellichaam zijn geen courante benamingen.

Hard zwellichaam is crus clitoridis; zacht zwellichaam is bulbus clitoridis.

Bron: sense.info.

Bij sterke seksuele opwinding kan stimulatie van de G-plek, door een vinger, penis of seksspeeltje, erg plezierig aanvoelen en tot een orgasme leiden. Dat orgasme kan anders aanvoelen dan het orgasme bij stimulatie van de glans clitoridis. Het herkennen en genieten van de G-plek is geen must.

Anamnesevragen

In kader 15.8 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 15.8: Vragen tijdens consult rondom de G-plek:

- Wat is de hulpvraag van de cliënte?
- Wat is de aanleiding voor de vraag?
- Wat zijn de verwachtingen van de cliënte en eventueel haar partner?
- Is de cliënte tevreden over haar seksuele leven?
- Zijn er seksuele problemen?

Lichamelijk onderzoek

- Niet zinvol.

Informatie en advies

- Geef informatie over de anatomie van de clitoris en de G-plek en de betekenis ervan bij seksuele opwinding.
- Stimuleer de cliënte en eventueel haar partner tot het onderzoeken van wat voor haar/hen plezierige en opwindende seksuele handelingen zijn, desgewenst inclusief het onderzoeken van de betekenis voor haar/hen van de G-plek.

Verwijzen

- Niet nodig.

15.2.9 Vrouwelijke ejaculatie

Vrouwelijke ejaculatie wordt omschreven als het uitstoten van vocht uit de vagina of de urinebuis tijdens het orgasme van de vrouw. De bekendheid van het fenomeen is gegroeid nadat het zijn intrede heeft gedaan in pornofilms, waarin de betekenis ervan enorm werd uitvergroet.

Inmiddels is bekend dat het kan gaan om:

- secretie uit de para-urethrale klieren (klieren van Skene), vocht lijkend op prostaatvocht dat bij sterke opwinding vrij kan komen door stimulatie van de G-plek;
- vaginaal exsudaat ten gevolge van seksuele opwinding;
- urine als gevolg van bekkenbodemoveractiviteit en/of het samentrekken van de bekkenbodem tijdens het orgasme (dit blijkt vooral het geval te zijn bij uitscheiding van veel vocht).

Soms wordt het ontbreken van ejaculatie door vrouwen gemeld als klacht. Aan het verlies van urine tijdens het orgasme wordt echter zelden een positieve betekenis gehecht. Informatie over wat het vochtverlies bij het orgasme wel en vooral ook niet inhoudt, kan vrouwen helpen zichzelf niet als seksueel onvolwaardig te beschouwen. Bij ongewild urineverlies tijdens het orgasme kan verwijzing naar een uroloog, gynaecoloog of bekkenfysiotherapeut overwogen worden. Dit gebeurt via de huisarts.

Anamnesevragen

In kader 15.9 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 15.9: Vragen tijdens consult rondom vrouwelijke ejaculatie

- Wat is het probleem en wat is de hulpvraag van de cliënte?
- Wat is de betekenis van het probleem voor cliënte en haar partner?
- Wat bemerkt de cliënte of haar partner op welk moment van het seksueel contact?
- Welke kleur en geur heeft het vrijkomende vocht?
- Is er sprake van onwillekeurig urineverlies?
- Zijn de cliënte en haar partner tevreden over het seksueel contact?
- Zijn er andere seksuele problemen?

Lichamelijk onderzoek

Niet zinvol.

Informatie en advies

- Normaliseer waar mogelijk.
- Geef informatie over het fenomeen vrouwelijke ejaculatie en de samenstelling van het vocht.
- Benadruk dat het ontbreken van een vrouwelijke ejaculatie geen teken is van seksuele onvolwaardigheid.
- Benadruk het belang van een positieve beleving van seksualiteit, onafhankelijk van druk vanuit peers of de media.

Verwijzen

- Bij ongewild urineverlies, al of niet bij het orgasme: naar de huisarts.

15.3 De man

15.3.1 Huid

Plekjes op de geslachtsdelen kunnen leiden tot ongerustheid, schaamte en angst voor soa. Dit laatste vormt vaak de aanleiding om naar de GGD polikliek seksuele gezondheid te komen. Een soa-anamnese geeft richting aan het beleid (zie deeldraaiboek 7). Bij afwezigheid van een soa is het belangrijk dat de arts veel voorkomende onschuldige beelden herkent.

Elke cliënt met een huidafwijking die niet verklaard kan worden door een soa en niet binnen het fysiologische spectrum past, dient verwezen te worden naar de huisarts. Deze kan zo nodig verwijzen naar een dermatoloog. Op de poliklinieken waar een dermatoloog in dienst is, kan deze uiteraard geraadpleegd worden.

Een 'parelketting' van regelmatig gevormde glazige bolletjes rondom de rand van de glans penis wijst op pearly penile papules, een normale variant die niet hoeft worden behandeld. Onderscheid met genitale wratten is meestal duidelijk, op grond van vorm en regelmatige rangschikking.

Kleine witgele bultjes op de schacht van de penis of de balzak zijn onschuldige, vergrote talgklieren (plekjes van Fordyce).

Rode plekken op de geslachtsdelen kunnen vele oorzaken hebben. De differentiaaldiagnose is groot en wordt hier zeer beperkt besproken.

Huidaandoeningen als eczeem, psoriasis en candida komen regelmatig voor, ook in de vorm van balanitis.

Rode plekje kunnen door scheren ontstaan. Rode vlekjes, al of niet jeukend, kunnen ook wijzen op mechanische irritatie (door langdurige gemeenschap of onvoldoende lubricatie bij de partner, masturberen of manipuleren met handen of voorwerpen) of overmatige hygiëne.

Anamnesevragen

In kader 15.10 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult. De vragen zijn aanvullend aan de soa-anamnese (zie deeldraaiboek 7).

Kader 15.10: Vragen tijdens consult rondom de huid

- Kan de cliënt de klacht inclusief aanvang, beloop en locatie omschrijven?
- Zijn er bijkomende klachten als jeuk, pijn, branderigheid, ziek zijn?
- Kan er sprake zijn van overmatige hygiëne?
- Is er een relatie met seksuele activiteit?
- Kan er sprake zijn van langdurig seksueel contact of masturberen?
- Zijn er seksuele problemen?
- Is cliënt gezond? Gebruikt hij medicatie?
- Is cliënt bekend met een huidaandoening zoals eczeem, psoriasis of een andere huidziekte?
- Heeft de cliënt zelf enig idee over de oorzaak?

Lichamelijk onderzoek

- Zie deeldraaiboek 7 voor soa-anamnese.

Informatie en advies

- Geef informatie over hygiëne.
- Geef informatie over langdurig seksueel contact en het belang van voldoende lubricatie bij vaginale penetratie of glijmiddel bij anale penetratie.
- Normaliseer pearly penile papules.

Verwijzen

- Bij niet-soa-gerelateerde huidklachten zoals eczeem, lichen sclerosus of een andere huidaandoening of bij twijfel aan de diagnose: naar huisarts.

15.3.2 Scrotum

De balzak bevat de beide testikels met bijbal en met hun zaadstreng in twee afzonderlijke compartimenten, met een septum ertussen. De testikels zijn vaak niet even groot en meestal hangt de linker testikel lager dan de rechter. Duidelijk grootteverschil, al of niet gepaard gaande met pijn, kan wijzen op een ontsteking, een hydrocele of een tumor. Zeer acute pijn en zwelling aan één kant kan wijzen op een draaiing van de testikel. Dit vormt een acute verwijsindicatie naar een spoedeisende hulp.

De bijbal is goed palpabel op de testikel. Pijn kan wijzen op een bijbalontsteking (epididymitis). Soms wordt een weke zwelling gevoeld naast de bijbal. Dit kan wijzen op een spermatocele of varicocele. Deze zijn meestal niet pijnlijk.

De huidskleur van de balzak kan wat donkerder zijn dan de rest van de huid. Zonder bijkomende klachten is dit niet afwijkend. In het geval van jeuk kan er sprake zijn van bijvoorbeeld een schimmelinfectie. Heftige jeuk kan wijzen op scabiës of schaamluis. In het laatste geval zal er ook jeuk zijn in de gehele behaarde schaamstreek, maar soms ook op het behaarde hoofd, in de wenkbrauwen en op de behaarde borstkas.

Anamnesevragen

In kader 15.11 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 15.11: Vragen tijdens consult rondom de balzak

- Kan de cliënt de klacht inclusief aanvang, beloop en locatie omschrijven?
- Heeft de cliënt een idee over een oorzaak?
- Is er eventueel een partner met klachten of is er een relatie met seksueel contact?
- Wat heeft cliënt zelf geprobeerd?

Lichamelijk onderzoek

- Let op verkleuringen van de huid, bultjes, rode vlekjes, etc.
- Let op zwelling van de bal, de bijbal of het scrotum.
- Let op duidelijk grootteverschillen tussen de beide testes, afwezige testikels, zwellingen in een testikel en let op pijn bij palpatie.

Informeren en advies

- Normaliseer enige variatie in grootte van scrotum en testikels, normaliseer talgkliertjes.
- Adviseer te stoppen met scheren en adviseer betadine bij irritatie van de haarfollikels.

Verwijzen

- Bij sterke asymmetrie, een al of niet pijnlijke zwelling in de testikel of het scrotum, of een afwezige testikel: verwijst naar de huisarts.
- Bij acute eenzijdige heftige pijn in verband met een torsio testis: verwijst direct naar een spoedeisende hulp. Aarzel niet: acute hulp is geboden. Behoud van de testikel hangt sterk samen met de termijn waarop operatief herstel van de draaiing plaatsvindt. Herstel van de bloedvoorziening binnen 6 uur geeft 90-100% kans op behoud van de testikel, maar geeft zelfs dan nog geen garantie op functieherstel.

15.3.3 Vorm en afmeting van de penis

De penis kent vele vormen, variërend van breed aan de basis naar taps toelopend, tot smal aan de basis met een knotsvorm. Ook de lengte varieert enorm. De gemiddelde lengte in slappe toestand is 6-12 cm. Van een zeer kleine penis wordt gesproken bij een lengte <4 cm. In erectie bedraagt de lengte gemiddeld 8-22 cm, gemeten vanaf de basis aan de buikzijde tot de top van de eikel.

Sterke preoccupatie met de lengte van de penis kan leiden tot vermijdingsgedrag en seksuele problemen. Bij een lengte van minder dan

7 cm in erectie kan coïtus moeilijk zijn. Dit komt echter zelden voor. Bij obese mannen kan de penis kleiner lijken door toename van vet op de onderbuik.

Er kan sprake zijn van enige scheefstand, in slappe of erectiele toestand, dit is meestal onschuldig. Sommige jongens hebben dit vanaf de geboorte. Een kromme penis in erectie kan in een enkel geval problemen geven bij coïtus.

Een verworven kromstand van de penis kan het gevolg zijn van een trauma of van de ziekte van Peyronie. Deze laatste aandoening komt vooral voor op de leeftijd van 40 tot 60 jaar, zelden bij jonge mannen.

Hypospadie is een aangeboren afwijking bij jongens waarbij de plasbuis te kort is en niet uitmondt aan de top van de penis. De ernst hangt samen met de locatie van de uitmonding. Hypospadie komt voor bij 1 op de 200 à 300 jongens, het wordt een enkele keer gezien op de soapoliekliniek. Het kan samengaan met enige kromstand tijdens erectie.

Anamnesevragen

In kader 15.12 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 15.12: Vragen tijdens consult rondom de vorm en afmeting van de penis

- Wat is de precieze klacht (lengte, vorm, stand)? Laat de cliënt de lengte, vorm of stand concreet beschrijven. Een foto laten maken van de penis door de cliënt kan ook.
- Is de klacht primair of secundair aanwezig?
- Wat is het beloop van de klacht (aanvang/aanleiding bij secundaire klachten, toename)?
- Welke last wordt ervaren van de klacht en wat zijn de gevolgen van de klacht (lichamelijk, psychisch, seksueel, relationeel), voor de cliënt en/of zijn partner?

Lichamelijk onderzoek

- Alleen bij aanwijzingen voor vormafwijking, scheef-/kromstand of zeer kleine penis.

Informatie en advies

- Breng de mogelijke psychoseksuele gevolgen van de klacht ter sprake als cliënt dat niet uit zichzelf doet.
- Bespreek schaamte en vermijdingsgedrag.
- Normaliseer waar mogelijk, benadruk de normale variatie in vorm en grootte.
- Informeer dat over het algemeen de grootte van de penis niet van belang is. Geef eventueel informatie over variatie in seksuele handelingen.

Verwijzen

Via huisarts naar uroloog:

- bij hinderlijke of toenemende kromming;
- bij hypospadie;
- bij penislengte <4 cm in slappe toestand en <7 cm in erectie.

15.3.4 Pijnklachten

Oorzaken van pijn aan de genitalia hangen samen met de locatie van de pijn en het moment waarop de pijn optreedt. Huidinfecties en soa worden eerst uitgesloten.

Pijn bij seksueel contact of masturberen kan te maken hebben met een te nauwe voorhuid of een kort toompje. Een te nauwe voorhuid kan ontstaan als gevolg van recidiverende infecties of doordat de voorhuid niet is mee gerekend bij erecties (door angst voor aanraking van de penis of masturberen, bijvoorbeeld in het kader van seksuele remmingen).

Pijn aan de schacht met toename van kromstand kan het gevolg zijn van de ziekte van Peyronie, die bij wat oudere mannen voorkomt en kan leiden tot pijn bij gemeenschap.

Pijn in de schacht van de penis kan, net als pijn in de balzak, de lies en het perineum, veroorzaakt worden door bekkenbodempertone. De hypertone kan het gevolg zijn van onder andere chronische lichamelijke aandoeningen, psychische spanningen (kort of al vanaf de jeugd bestaand), seksuele remmingen en negatieve seksuele ervaringen. Bekkenbodempertone kan generaliseerd zijn (met klachten op het gebied van mictie, defecatie en/of andere spanningsklachten als rug-, nek-, kaak- en hoofdpijn) of situatief, bijvoorbeeld alleen tijdens masturberen of seksueel contact.

Een aanhoudende, pijnlijke erectie wordt priapisme genoemd. Priapisme kan veroorzaakt worden door diverse ziekten. Bij de soapoliekliniek zal deze aandoening voornamelijk gezien worden als complicatie van het gebruik van medicatie (papaverine-injecties, SSRI), Spaanse vlieg of drugs als cocaïne. Priapisme langer dan 4 uur kan schade opleveren aan de zwellichamen en vormt dan ook een acute verwijsindicatie.

Acute pijn in de balzak kan wijzen op een torsie van een testikel (zie paragraaf 15.3.2).

Kader 15.13: Vragen tijdens consult rondom pijnklachten

- Waar bevindt zich de pijn (eikel, voorhuid, schacht, balzak, lies, perineum)?
- Hoe lang bestaat de pijn (acuut of niet)?
- Wanneer treedt de pijn op (spontaan, bij dagelijkse verzorging, bij masturberen en/of seksueel contact)?
- Is de klacht primair of secundair en wat is het beloop van de pijnklacht?
- Kan er sprake zijn van een soa of andersoortige infectie?
- Is er sprake van medicatie- of drugsgebruik?
- Wat zijn de gevolgen van de pijn?
- Vraag bij onvoldoende duidelijke oorzaak naar problemen met mictie (pijn, frequent plassen, alsmaar aandrang, onvolledige lediging, recidiverende urineweginfecties), defecatie (hoge of zeer lage frequentie, harde, sterk wisselende of dunne consistentie, pijn, aambeien/kloofjes, buikklachten zoals spastische darm) en andere pijnklachten.
- Vraag, indien geïndiceerd, naar mogelijke factoren voor bekkenbodempertone.

Anamnesevragen

In kader 15.13 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Lichamelijk onderzoek

- Let op zwellingen, vormafwijkingen, wondjes, voorhuidvernaauwing, verkort toompje.
- Laat de cliënt zelf de voorhuid naar achter schuiven. Je kunt dan direct observeren hoe cliënt met zijn penis en voorhuid omgaat.
- Doe (bij voldoende ervaring) eventueel onderzoek naar bekkenbodempertonie.

Informatie en advies

- Bij te nauwe voorhuid zonder pijn: oefenen de voorhuid voorzichtig met behulp van babyolie of glijmiddel naar achter te bewegen, tot over de eikel, eerst in slappe toestand en als dat goed gaat in erectie.
- Als dat niet lukt of als er sprake is van een vernauwde voorhuid met pijn, kan er gekozen worden voor verdere behandeling door middel van 2dd clobetasol (klasse 4 corticosteroidcrème) Dit kan door een arts op de soapoli worden voorgeschreven, maar meestal zal hiervoor naar de huisarts verwezen worden. Zie verder deeldraaiboek 13.
- Een te kort toompje scheurt soms vanzelf in, maar bij slechte genezing kan verlittekening en dus sterkere verkorting optreden.
- Bij aanwijzingen voor bekkenbodempertonie: leg de relatie uit tussen de pijnklachten, de bekkenbodem en onderliggende factoren.

Verwijzen

- Bij aanwijzingen voor een torsio testis of priapisme: naar uroloog via spoedeisende hulp.
- Bij aanhoudend nauwe voorhuid of een te kort toompje: via huisarts naar uroloog.
- Bij aanrakingsangst of sterke seksuele remmingen: via huisarts naar seksuoloog.
- Bij aanwijzing voor bekkenbodempertonie: via huisarts naar bekkenfysiotherapeut. Zoek naar een bekkenfysiotherapeut die ook oog heeft voor de achterliggende factoren en voor seksualiteit. Soms is tegelijkertijd begeleiding door een psycholoog-seksuoloog NVVS nodig.

15.3.5 Afscheiding uit de plasbuis

Verondersteld wordt dat een soa reeds is uitgesloten (zie deeldraaiboek 7).

Ook als er geen sprake is van soa of urethritis, kan er soms spontaan vocht uit de plasbuis komen. Het kan gaan om voorvocht, waarbij de seksuele opwinding niet opvalt of weer weg is.

Bij nachtelijk vochtverlies is er meestal sprake van een zaadlozing die op kan treden bij spontane nachtelijke erecties. Nachtelijke erecties zijn fysiologisch en bij jonge mannen kunnen ze samengaan met zaadlozingen. Niet iedere jonge cliënt is daarvan op de hoogte.

Bezorgdheid over de afscheiding kan leiden tot alsmaar controleren of het nog aanwezig is, door knijpen en leegdrukken van de plasbuis. Dit kan chronische irritatie met afscheiding (ook wel milking urethritis genoemd) tot gevolg hebben, wat de fixatie van de man versterkt.

Soms wordt afscheiding uit de plasbuis veroorzaakt door manipulatie met voorwerpen in de plasbuis (sounding).

Anamnesevragen

In kader 15.14 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult. De vragen zijn aanvullend aan de soa-anamnese.

Kader 15.14: Vragen tijdens consult rondom afscheiding uit de plasbuis

- Wanneer is de klacht ontstaan? Wat is de duur en het beloop van de klacht?
- Wanneer treedt de klacht op? Is er een relatie met seksuele activiteit?
- Vraag naar mogelijke oorzaken (fysiologische respons nachtelijk of in kader van opwinding)? Is er sprake van manipulatie van de penis (bijvoorbeeld door een psychische stoornis)?
- Wat zijn de gevolgen van de klacht?

Lichamelijk onderzoek

- Let op sporen van manipulatie.

Informatie en advies

- Bespreek en normaliseer fysiologische respons overdag en 's nachts.
- Adviseer te stoppen met alsmaar leegdrukken van penis of manipuleren van de penis.

Verwijzen

- Zie deeldraaiboek 7.
- Bij een psychische stoornis (bijvoorbeeld angststoornis of obsessief compulsieve stoornis): via huisarts naar psychiater.

15.3.6 Besnijdenis

Besnijdenis van jongens en mannen bestaat uit het chirurgisch verwijderen van de voorhuid van de glans penis. Besnijdenis kent medische, religieuze en culturele achtergronden. Naar schatting is in Nederland circa 6% van de mannen van 15 jaar en ouder besneden. Jaarlijks worden in Nederland 10.000-15.000 minderjarige jongens besneden, voornamelijk om niet-therapeutische redenen.

Complicaties van besnijdenis bestaan onder andere uit infecties, bloedingen en vernauwingen van de plasbuis. Op de soapoliekliniek kunnen de late effecten van deze complicaties aan de orde komen, als onderdeel van het niet gebruiken van condooms of seksuele problematiek.

Besnijdenis kan gevolgen hebben voor de seksualiteit van de man. Naast het verlies van een erotogeen lichaamsdeel, zal vooral de gevoeligheid van huid van de eikel anders zijn. Direct na de besnijdenis is de ontblote huid van de eikel gevoelig, door direct contact met bijvoorbeeld kleding zal toename van verhoorning van de huid optreden. De hinder van deze gevolgen verschilt per individu. In sommige studies worden orgasmeproblemen vaker gerapporteerd onder besneden mannen. Reviews over de seksuele gevolgen van besnijdenis

van mannen laten overigens geen overtuigend bewijs zien voor verminderd seksueel functioneren door de ingreep.

Ook de emotionele impact verschilt sterk, afhankelijk van de betekenis van de ingreep voor de betreffende persoon. Verzoek tot reconstructie van de voorhuid komt voor.

Wereldwijd staat 'male circumcision' ter discussie. Aan de ene kant gaan er geluiden op om in landen waar antiretrovirale medicatie niet breed voorhanden is, circumcisie vaker preventief toe te passen in de strijd tegen hiv. Aan de andere kant wordt niet-therapeutische circumcisie bij minderjarigen vaker dan voorheen gezien als schending van de lichamelijke integriteit. In Nederland benoemt artsorganisatie KNMG niet-therapeutische jongensbesnijdenis als schadelijk en een ernstige schending van fundamentele kinderrechten. De KNMG erkent echter ook de culturele en religieuze betekenis van de ingreep en roept daarom op tot debat.

Anamnesevragen

In kader 15.15 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 15.15: Vragen tijdens consult rondom besnijdenis

- Welke klachten ondervindt de cliënt?
- Wanneer heeft de besnijdenis plaatsgevonden en om welke reden?
- Zijn de klachten tijdens, korte tijd na of langere tijd na de besnijdenis ontstaan?
- Hoe is het beloop van de klachten?
- Wat maakt dat de cliënt de klachten wijt aan de besnijdenis?
- Ervaart de cliënt ook hinder tijdens seksuele activiteit?
- Wat is de betekenis van de besnijdenis voor de cliënt?
- Is de cliënt verder gezond (lichamelijk en psychisch)?
- Heeft de cliënt behoefte aan hulp en zo ja, welke hulp?

Lichamelijk onderzoek

- Alleen zinvol bij aanwijzingen voor een ernstige lichamelijke complicatie van de ingreep, bij de wens tot aanvullende hulp.

Informatie en advies

- Verhelder indien nodig de relatie tussen de ingreep en de ervaren klachten. Maak eventueel een tijdlijn en bespreek eventuele andere omstandigheden die van invloed kunnen zijn op de klachten.

Verwijzen

- In geval van lichamelijke complicaties of bij wens tot reconstructie: via huisarts naar uroloog of plastisch chirurg.
- Bij ernstige psychische problemen: via huisarts naar GGZ.
- Bij seksuele problemen: naar seksuoloog NVVS, eventueel via huisarts.

15.4 Beide seksen

15.4.1 Anus en anale seks

Anale seks vindt plaats in zowel homo- als heteroseksueel contact en kan vragen opleveren bij zowel mannen als vrouwen.

Omdat de inwendige anale kringspier reflexmatig reageert met kortdurend aanspannen, is het nodig om bij anale penetratie enige voorzichtigheid te betrachten. Door een vinger tegen de anus te leggen of langzaam te manipuleren, kan de kringspier wennen aan aanraking. Gebeurt dit niet, dan kan de anus beschadigingen oplopen en kan het slijmvlies pijnlijk en geïrriteerd raken. Bij penetratie dient veel glijmiddel (op water- of siliconenbasis) te worden gebruikt. Te diepe penetratie kan pijnlijk zijn voor de ontvangende partij.

Bij onbeschermd anaal seksueel contact kunnen soa overgedragen worden, die onder andere klachten kunnen geven van afscheiding uit de anus, branderigheid, wratjes of blaasjes (zie deeldraaiboek 7).

Soms is er echter geen sprake van een soa, maar gaat het om aambeien of skintags. Deze kunnen verwijderd worden bij heftige pijnklachten, bemoeilijkte reiniging of uit cosmetisch oogpunt.

Vochtige doekjes kunnen leiden tot droge huid, wondjes of eczeem. Rectale spoelingen kunnen leiden tot verstoring van de darmflora en kwetsbaar slijmvlies.

De betekenis van anale seks voor mensen verschilt. Niet iedereen vindt anale seks prettig. Anale seks is geen verplichting. Met beleid uitgevoerd kan anale seks geen kwaad en sperma in het rectum is geen probleem. Anale spoelingen, om te zorgen dat er geen ontlastingsresten meekomen bij anale seks, kunnen beschadigingen en verstoring van de darmflora tot gevolg hebben. Deze worden om die redenen afgeraden. Wil een cliënt(e) toch anale spoelingen toepassen, dan is het van belang dat het voorzichtig en alleen met water gebeurt (zie Mantotman.nl).

Anamnesevragen

In kader 15.16 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult. De vragen zijn eventueel aanvullend aan de soa-anamnese.

Kader 15.16: Vragen tijdens consult rondom de anus of anale seks

- Wat is het precieze probleem?
- Wat is de hulpvraag (en van wie komt deze)?
- Hoe is de duur en het beloop van eventuele klachten?
- Is er een relatie met anaal seksueel contact?
- Kan er sprake zijn van een soa?
- Was/is de cliënt de penetrerende of de ontvangende partij?
- Welke seksuele technieken worden gehanteerd?
- Wat zijn de hygiënegewoonten van de cliënt(e)?
- Wat is de betekenis voor de cliënt(e)? Is anaal contact gewenst door de cliënt(e)?
- Zijn er aanwijzingen voor bekkenbodempertone (primair of secundair, mictie-, defecatie- en fluorproblemen)?

Lichamelijk onderzoek

- Zinvol bij soaklachten, huidproblemen en aanwijzingen voor beschadiging.

Informatie en advies

- Wijs erop dat anale seks geen plicht is, net zo min als elke andere seksuele handeling.
- Anale seks is, mits met beleid uitgevoerd, niet schadelijk.
- Bouw anale penetratie rustig op, zorg voor voldoende ontspanning en gebruik glijmiddel (op water- of siliconenbasis).
- Gebruik condoms ter bescherming tegen soa.
- Adviseer eventueel [ontspanningsoefeningen](#) voor de bekkenbodem (van Lankveld 2010).
- Adviseer terughoudendheid met vochtige doekjes en frequente rectale spoelingen.

Verwijzen

- Bij beschadiging van de anus en bij hardnekkige huidproblemen: naar de huisarts.
- Bij aanwijzingen voor bekkenbodemhypertonie: via de huisarts naar een bekkenfysiotherapeut.

Referenties

- van Bergen J 2015. [Dokter, ben ik nu onvruchtbaar?](#) (geraadpleegd 2-3-2016).
- Hage JJ, Karim RB, Paarlberg KM, Weijnen TM 2008. [Modelprotocol labiumreductie: counseling en behandeling van vrouwen met een verzoek om reductie van de labia minora](#). NVPC en NVOG (geraadpleegd 2-3-2016).
- van Lankveld J, ter Kuile M, Leusink P 2010. Seksuele disfuncties: diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu Loghum.
- Leusink P, Ramakers M 2014. Handboek seksuele gezondheid: probleemgeoriënteerd denken en handelen. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- van Moorst BR van, van Lunsen RH, van Dijken DK, Salvatore CM 2012. [Backgrounds of women applying for hymen reconstruction: the effects of counselling on myths and misunderstandings about virginity, and the results of hymen reconstruction](#). *Eur J Contracept Reprod Health Care* 17(2):93-105.
- Meijer LJ, Bruinsma ACA, Pameijer AS, Hehenkamp WJK, Janssen CAH, Burgers JS, Opstelten W, de Vries CJH 2014. [NHG-standaard Vaginaal bloedverlies](#) (geraadpleegd 2-1-2017).
- [Standpunt NVU acute urologie 2015](#).
- [Standpunt KNMG niet-therapeutische jongensbesnijdenis 2010](#) (geraadpleegd 2-7-2017).
- Nederlandse Vereniging voor Urologie. [Hypospadie bij kinderen](#) (geraadpleegd 2-7-2017).