

Het gynaecologisch onderzoek in de huisartspraktijk


Drs. M.H.J. den Hollander

Het maken van een uitstrijkje en klachten over afscheiding en/of jeuk 'van onderen' zijn in de huisartspraktijk veel voorkomende aanleidingen voor het verrichten van een gynaecologisch onderzoek. Ook pijn onder in de buik en klachten over de menstruatie zullen vaak tot een gynaecologisch onderzoek leiden.

Hieronder wordt allereerst de techniek van het gynaecologisch onderzoek beschreven. Daarna wordt het maken van een cervixuitstrijk beschreven. Ten slotte wordt kort ingegaan op de attitude met betrekking tot het verrichten van een gynaecologisch onderzoek.

Techniek van het gynaecologisch onderzoek

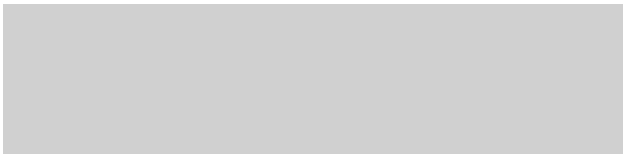
Vorbereiding/adviezen m.b.t. praktijkinventaris en -organisatie. Voor het verrichten van een gynaecologisch onderzoek is een onderzoeksbank, al dan niet met beensteunen, of een gynaecologische stoel nodig. Tijdens het uitvoeren van een (recto-)vaginaal toucher is het handig als de dokter met één voet kan steunen op een voetenbankje. Een goede lichtbron is onontbeerlijk. Specula zijn in meerdere maten nodig. Er zijn diverse typen specula beschikbaar; welke men kiest is vooral een kwestie van persoonlijke voorkeur. Het gebruik van kunststof disposable specula is discutabel. Enerzijds zijn ze moeilijk te hanteren, anderzijds is overdracht van aandoeningen door inadequate sterilisatie niet uitgesloten. Uiteraard draagt men bij het uitvoeren van een gynaecologisch onderzoek handschoenen.



Materiaal voor het maken van een cervixuitstrijk ten behoeve van het onderzoek op cervixcarcinoom dient binnen handbereik aanwezig te zijn. Denk hierbij ook aan wattenstokjes voor het weghalen van storend slijm. Ook materiaal voor het fluoronderzoek in de eigen praktijk (zie ook hoofdstuk SOA, p. 93) en materiaal voor microbiologisch onderzoek in het laboratorium dient aanwezig te zijn. Verder is het patiëntvriendelijk als de dokter zo nodig een maandverbandje kan aanbieden.

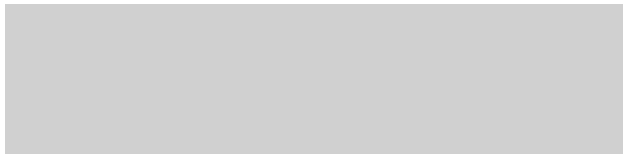
Uitwendige inspectie. Gelet wordt op de labia majora (evt. ontstekingsverschijnselen en/of zwellingen), de labia minora en de introitus vaginae (toestand van het hymen, mogelijke ontstekingsverschijnselen en verschijnselen van vulvitis posterior: een fluweelrode plek ter plaatse van de commissura posterior die erg pijnlijk is bij aanraking).

Speculumonderzoek. Voor het speculumonderzoek is het allereerst van belang de juiste maat speculum te kiezen. Hoewel de vagina door ontspanning van de bekkenbodemspieren veel aan kan, leert de praktijk dat veel vrouwen het liefst een zo klein mogelijk speculum willen. Vooral bij een eerste gynaecologisch onderzoek of als de vrouw er erg tegenop ziet wegens pijnlijke ervaringen in het verleden, is een smal virgo-speculum aan te raden. Alleen bij een erg slappe bekkenbodem met als gevolg uitzakking van de vaginawanden, zal een groter speculum nodig zijn. Daarnaast is het van belang om het speculum op lichaamstemperatuur te brengen. Voor het inbrengen van het speculum worden de labia minora gespreid. Hoewel de verticale diameter van de vagina het grootst is, wordt het speculum niet verticaal ingebracht om aanraking van de gevoelige urethra en clitoris te vermijden. Daarom wordt iets naar horizontaal afgeweken. Om instulpen van de vaginawand te voorkomen wordt wel geadviseerd.



seerd de vrouw licht te laten persen bij de passage van de introitus. Na passage van de introitus wordt het speculum tot horizontale stand gekanteld en ofwel onderweg naar de cervix geopend, ofwel eerst in gesloten toestand tot in de fornix posterior gebracht, iets teruggetrokken en vervolgens geopend, waarbij de cervix tussen de twee speculumbladen zichtbaar wordt. Soms is het moeilijk om de portio à vue te krijgen. De oorzaak hiervoor kan zijn dat de portio erg ver naar ventraal of ver naar dorsaal ligt, of, in het geval geen beensteunen worden gebruikt, het bekken onvoldoende is gekanteld. Zoek de portio door het halfgesloten speculum meer naar ventraal resp. dorsaal te brengen, en het dan weer te openen, of vraag de vrouw haar bekken meer te kantelen (op onderkant rug liggen i.p.v. op billen), of gebruik beensteunen. Er wordt gelet op roodheid van de portio (anders dan passend bij een ectropion) en op contactbloeding (bloeden van de portio na aanraken met het speculum). Een macroscopisch verdachte afwijking vereist specialistisch onderzoek, ook bij een goed uitstrijkje. Een contactbloeding duidt in 10% van de gevallen op een (pre)maligne aandoening van de cervix; ook moet aan een *Chlamydia*-infectie worden gedacht. Kleine, witte cysten zijn onschuldig (ovula Nabothii). Er wordt ook gelet op het ostium: staat dit open of dicht, komt er bloed of fluor uit. De eventuele fluor in de vagina wordt beoordeeld (hoeveelheid, kleur, consistentie, gasbelletjes). Ook de vaginawanden worden bekeken: roodheid, atrofie.

Het vaginaal toucher. Voor het uitvoeren van het vaginaal toucher worden de tweede en derde vinger van de voorkeurshand onder het uitoefenen van enige druk op de commissura posterior naar binnen gebracht. Eventueel kan eerst een vinger worden ingebracht tot in de introitus, waarna de andere vinger voorzichtig wordt bijgeschoven. Met beide vingers wordt de portio afge-



tast en de consistentie bepaald. Vervolgens wordt onderzocht of er opdrukpijn is (van beneden af portio voorzichtig opduwen) of slingerpijn (portio tussen twee vingers in voorzichtig naar links en naar rechts bewegen).

Voor het palperen van de uterus worden de vingers in de fornix posterior gebracht. De uitwendige hand op de buik en de inwendige hand bewegen iets naar elkaar toe en tussen beide handen in kan de uterus worden afgetast. Gelet wordt op ligging, beweeglijkheid, consistentie, grootte en mogelijke zwellingen.

Voor het palperen van de adnexa worden de inwendige vingers lateraal in de fornix posterior gebracht. De uitwendige hand op de buik ter hoogte ongeveer van de spina iliaca en de inwendige hand worden naar elkaar toe gebracht met 'gravende' bewegingen. Als het onderzoek goed wordt uitgevoerd en goed uitvoerbaar is (niet te dikke buikwand, niet teveel aanspannen van de buikwand) mag men er van uitgaan dat niet te voelen adnexa niet vergroot zijn.

Het recto-vaginaal toucher wordt zelden uitgevoerd. Het is van belang bij verdenking op cervixcarcinoom en voor het beoordelen van de ligamenta sacro-uterina (bij verdenking op endometriose) en voor het beoordelen van het cavum Douglasi. Bij sterke retroversie/flexie kan met het recto-vaginaal toucher het corpus uteri beter worden beoordeeld. Als het recto-vaginaal toucher wordt uitgevoerd, zal het meestal op het vaginaal toucher volgen. Goede uitleg is van belang. Voor de uitvoering trekt men de middelvinger uit de vagina terug en brengt deze na het aanbrenge van een glijmiddel via de anus in het rectum. Waarschuw de vrouw voor het defaecatiegevoel dat zij zal krijgen. Beide vingers worden daarna voorzichtig omhoog bewogen totdat de vinger in de vagina de cervix raakt. Met de vinger in het rectum kan nu het cavum Douglasi worden afgetast. Bij een leeg cavum Douglasi is met de vinger in het rectum de portio te voelen en kan, met tegen-



druk van de hand op de buik, het corpus gedeeltelijk worden afgetast. De ligamenta sacro-uterina hechten aan op de overgang cervix-corporis. De vinger in het rectum beweegt vanaf dit punt zijwaarts naar beide kanten om de ligamenta sacro-uterina te beoordelen. Na beëindiging van het onderzoek worden de vingers geleidelijk teruggetrokken.

Aanvullende onderzoeksmethoden

Het maken van een cervixuitstrijk t.b.v. het opsporen van cervixcarcinoom

Het maken van een 'uitstrijkje' kan plaatsvinden in het kader van preventie. Dit betekent dat het onderzoek wordt uitgevoerd onafhankelijk van het bestaan van klachten met als doel het opsporen van (voorstadia van) baarmoederhalskanker in een behandelbaar stadium. De regels met betrekking tot leeftijdsgrenzen en herhalingstermijnen van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker worden hierbij gevolgd. Bij vrouwen tussen 30 en 60 jaar wordt in het kader van het bevolkingsonderzoek eens per 5 jaar een uitstrijkje gemaakt, tenzij er afwijkingen gevonden zijn of de preparaten technisch niet voldeden. Een uitstrijkje kan ook gemaakt worden naar aanleiding van klachten. Klachten die tot een uitstrijkje moeten leiden zijn:

- Contactbloeding;
- Bloedverlies buiten de normale menstruaties op een wisselend tijdstip in de cyclus.

Ook als er een recent 'goed' afgegeven uitstrijkje bekend is, wordt in bovenstaande situaties cytologisch onderzoek gedaan. Een verdachte afwijking aan de cervix (proliferatief onregelmatig oppervlak of ulceratie) dient tot directe verwijzing te leiden.



De NHG Standaard Vaginaal Bloedverlies (2008) geeft aan dat tussentijds bloedverlies op een wisselend tijdstip in de cyclus dat door het gebruik van orale anticonceptie verklaard wordt, geen reden is voor het maken van een uitstrijkje. Een verklaring is echter pas aanwezig als het bloedverlies stopt na het stoppen van de OAC. Het stoppen van de OAC zal niet altijd een optie zijn.

Bij het maken van een 'uitstrijkje' is het belangrijk dat het uitstrijkje van goede kwaliteit is:

- Het uitstrijkje moet zowel endo- als ectocervicale cellen bevatten. De overgangszone tussen endo- en ectocervix is de voorkeurslokatie voor het ontstaan van (pre)maligne afwijkingen;
- Het cytologisch preparaat moet niet verontreinigd zijn met slijm of bloed;
- Bij het maken van een cytologisch preparaat moet het materiaal gelijkmatig op het objectglaasje zijn uitgestreken en tijdig gefixeerd.

Hieruit komen de volgende richtlijnen voort:

- Maak bij voorkeur geen uitstrijkje tijdens een periode van vaginaal bloedverlies;
- Haal slijm op de cervix weg met een wattenstokje;
- Gebruik uitstrijk materiaal waarbij de kans groot is dat er zowel ecto- als endocervicale cellen in het preparaat zitten, bv. de zogenaamde Cervexbrush;
- Smeer voor een cytologisch preparaat het materiaal meteen gelijkmatig uit op een objectglaasje waarop de naam van de patiënt is vermeld en fixeer het materiaal meteen. Tegenwoordig wordt cervixmateriaal vaak in een potje met vloeistof naar het laboratorium getransporteerd, waar verdere verwerking plaatsvindt.



Na het maken van een uitstrijkje kan er wat bloedverlies optreden. Waarschuw de vrouw hiervoor en leg uit dat dit niet abnormaal is. Geef haar zo nodig een maandverbandje.

Vanwege cytologische interpretatieproblemen is het niet verstandig om een uitstrijkje te maken in de zwangerschap als daarvoor geen speciale reden aanwezig is. Men wacht met het maken van een routine uitstrijkje tot 6 maanden na de bevalling. Tijdens de lactatie kan een uitstrijkje ook preventief gemaakt worden. Wel op het aanvraagformulier vermelden dat er borstvoeding gegeven wordt.

Na behandeling en genezing van een vaginale of cervicale infectie kan men het best drie maanden wachten voor er een preventief uitstrijkje wordt gemaakt.

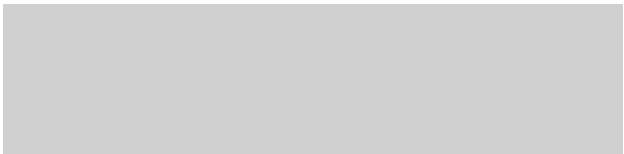
Bespreek tenslotte hoe en wanneer de vrouw de uitslag krijgt.



Attitude

Wat is een goede attitude? Een respectvolle benadering, een benadering waarbij distantie in evenwicht is met betrokkenheid, daarover is iedereen het wel eens. Maar hoe dit in concreet gedrag te vertalen is een tweede, want de ene dokter is de andere niet, en de ene patiënt is de andere niet. Concrete richtlijnen zijn dan ook moeilijk te geven, wel een aantal aandachtspunten:

- Voor de patiënt, maar ook voor de dokter, kan het onderzoek van de geslachtsorganen beladen zijn, zeker voor een relatief onervaren dokter. Je bewust zijn van wat je moeilijk vindt is al een eind op weg naar het hanteren van die knelpunten. Probeer in ieder geval overcompensatie te vermijden, want dat voelt voor beide partijen zeer ongemakkelijk;
- Zorg ervoor dat de vrouw zoveel mogelijk privacy heeft: geef haar de kans zich alleen en liefst in een kleedhokje aan en uit te kleden. Wees er duidelijk over wat ze uit moet doen en wat ze aan mag houden;
- Voor sommige vrouwen is het gynaecologisch onderzoek beladen met angst. Negatieve verhalen over of ervaringen met dit onderzoek in het verleden kunnen daar een oorzaak van zijn. Ook negatieve ervaringen met seksualiteit of ervaringen met seksueel geweld kunnen daaraan ten grondslag liggen. Als een vrouw aangeeft erg tegen het onderzoek op te zien, of als u angst waarneemt, besteedt dan extra aandacht aan het onderzoek. Vertel vooraf wat u gaat doen en spreek af met de patiënt dat u het onderzoek zult beëindigen als het te veel pijn doet (ervan uitgaande dat dit medisch verantwoord is). Laat het speculum zien. Neem de kleinste maat speculum. Vertel ook tijdens het onderzoek steeds wat u doet en laat de vrouw zoveel mogelijk zelf meekijken (met een spiegel) en meevoelen (met haar hand op haar buik). Let goed op signalen van pijn, onderbreek



uw onderzoek als er pijn wordt aangegeven, en ga na wat er pijn doet. Ga pas verder als het weer kan, stop het onderzoek zo nodig;

- Hoewel pijn en gespannenheid tijdens het gynaecologisch onderzoek soms te maken hebben met negatieve ervaringen in het verleden, moet men heel voorzichtig met dit gegeven omgaan. Enerzijds is het belangrijk om een vrouw uit te nodigen over eventuele problemen te praten, anderzijds stellen veel vrouwen rechtstreekse vragen naar problemen op het gebied van de seksualiteit naar aanleiding van een moeizaam verlopend gynaecologisch onderzoek vaak niet op prijs. Als u het over eventuele achterliggende problematiek wilt hebben, doe dat dan in ieder geval pas als de vrouw weer aangekleed voor u aan tafel zit. Begin met het weergeven van uw indrukken, bv. 'het valt me op dat u moeite hebt om u te ontspannen ...', en wacht op de reactie van de vrouw. Aan haar reacties merkt u wel of u door kunt vragen of dat zij daar geen prijs op stelt. Respecteer de grenzen die de vrouw in kwestie verbaal of non-verbaal aangeeft.