

Atypische wonden: Genitale ulceraties nader bekeken

C. Kennedy *

De in dit artikel besproken genitale ulceraties zijn infectieus van aard en vallen onder de noemer seksueel overdraagbare aandoeningen (Soa's). Aangezien dit geen ulceraties zijn die wij dagelijks tegenkomen in de thuiszorg of in de huisartsenpraktijk is het zinvol om hiermee eens nader kennis te maken. Ook hier geldt dat het verhaal belangrijk is, d.w.z. dat we ook de aandoening in bredere context leren te plaatsen. In het eerste deel wordt de essentie van deze aandoeningen besproken en zijn korte samenvattingen weergegeven in tabel 1 en 2. In het deel maatschappelijke context wordt in gegaan op de public health aspecten die direct in relatie staan met de preventie van hiv-besmetting.

Herpes Genitales

Herpes genitales (HG) ontstaat door besmetting met herpes simplex virus (HSV) type 2 en is de meest voorkomende oorzaak van genitale ulceraties in de Westerse wereld. In 2011 ging men in de USA uit van 45 miljoen personen met HG die geïnfecteerd waren met HSV type 2. Bezoeken aan de dokter stegen van ongeveer 100.000 per jaar in de jaren zeventig tot ruim 300.000 per jaar in 2009 (USA). Besmetting treedt op door direct contact met herpeslaesies, maar een deel van de genitale infecties wordt verkregen via sekspartners met een subklinische infectie. Zelfbesmetting aan vingers en ogen komt voor. Transmissie via voorwerpen, zoals handdoeken etc., is niet officieel gedocumenteerd. Perinatale transmissie naar pasgeborenen treedt m.n. op als de besmetting van de moeder laat in de zwangerschap plaatsvond. De incubatietijd van de primaire HG is meestal drie tot vijf dagen, maar kan oplopen tot twee weken. In het geval van een primaire infectie ontstaan er bilateraal meerdere genitale of perianale laesies. Deze primaire laesies veroorzaken veel pijn en lokale zwelling. Het beloop van cutane laesies is meestal dat er in een periode van zeven tot vijftien dagen vanuit een papel, een vesikel, een pustel, een ulceratie en vervolgens een ingedroogde korst ontstaat. Laesies op vochtige plekken of op de mucosa ulcereren snel en vertonen geen crustae. Hoofdpijn, koorts, malaise, cervicitis, urethritis, regionale lymfadenopathie en regionale neuropathie (pijn, tintelingen, urineretentie, constipatie) komen vaak voor. Mannen die receptieve anale seks hebben gehad klagen vaak over pijn in het rectum, afscheiding en aandrang; dit zijn symptomen die wijzen op een proctitis. Lymfklieren zijn vaak beiderzijds vergroot. (Nb HSV type 2 seroprevalentie bij mannen die seks hebben met mannen is ongeveer 25-30% terwijl bij vrouwen de seroprevalentie 21% is en bij heteroseksuele

mannen rond de 12%).

Alhoewel de meeste genitale infecties worden veroorzaakt door HSV type 2, kan besmetting van het geslachtsdeel met HSV type 1 optreden in geval van een koortslip van de partner (oro-genitale transmissie). Overdracht van type 1 van genitaal naar genitaal lijkt niet veel voor te komen en genitale HSV1 verloopt over het algemeen milder dan een HSV-type 2 infectie. Type 1 infecties kunnen ook ontstekingen in de mond (gingivostomatitis), keelontstekingen van de oropharynx (acute pharyngotonsillitis), ontstekingen van de ogen (acute keratoconjunctivitis) en een eczema herpeticum veroorzaken. HSV type 1 is ook een bekende oorzaak voor een meningo-encephalitis. Terwijl HSV type 2 is geassocieerd met een aseptische meningitis.

Recidieven gaan vaak gepaard met minder laesies, minder pijn en minder inguinale zwelling in vergelijking met de primaire infectie. De meeste patiënten met een HSV type 2 infectie hebben vier à vijf recidieven per jaar, 40% heeft meer dan zes recidieven en een kleine 20% heeft meer dan tien recidieven het eerste jaar. Recidieven veroorzaken o.a. minder klachten en treden veelal op en rond de plaats van de primaire laesie op. Zeldzaam is het optreden van de Mollaret meningitis. Deze ontstaat door reactivatie van HSV type 2. De meeste recidieven treden op aan de genitaliën, maar niet-genitale locaties zoals billen en de rug zijn ook beschreven.

Subklinische asymptomatische virale uitscheiding (subclinical viral shedding) en transmissie naar een sekspartner blijven punten van zorg. Virale replicatie treedt vrijwel continue op en recidieven treden vaker op bij de genitale herpesinfecties op grond van HSV type 2. Vaak worden er ook laesies gezien ter hoogte van billen, rug, buik. Een branderig gevoel of het tintelen van de huid is vaak een teken van een ophanden zijnd recidief (1,2) (foto 1,2).



Foto 1. Herpes Genitales. Meerdere erosies op de glans penis en op het preputium.

Zowel type HSV 1 als HSV 2 zijn tot nu toe nog een 'levenslange' veroordeling van terugkomend oraal of genitaal ongemak, veelal op ongewenste tijdstippen. Zorgelijk blijft met name het gevaar van neonatale herpes infecties die over het algemeen fataal zijn. Omdat HSV type 2 genitale ulceraties veroorzaakt verhoogt het daarmee ook de kans op gelijktijdige besmetting met HIV. Patiënten die met hiv leven ontwikkelen vaak diepe erosieve laesies die erg pijnlijk zijn en moeilijk te behandelen zijn.

Ulcus molle (weke sjanker) (UM)

Azië, sub-Sahara Afrika of Latijns-Amerika zijn de van oorsprong endemische gebieden voor *Hemophilus ducreyi*. Ondanks het feit dat de laatste decennia HSV de belangrijkste veroorzaker van genitale ulceraties is geworden komen er nog regelmatig uitbraken in deze gebieden voor.

Armoede, illegaal drugsgebruik en prostitutie (sekswerk) zijn sterk geassocieerd met de aandoeningen die genitale ulceraties veroorzaken. Sekstoeristen in deze landen maken dankbaar gebruik van de slechte sociaaleconomische situatie en brengen niet alleen foto's mee terug van vakantie. Alhoewel de incidentie in Noord-Amerika en West-Europa de laatste decennia duidelijk is afgenomen worden er nog regelmatig uitbraken gemeld in de populatie van mannen die seks hebben met mannen.

Afgezien van de seksuele transmissie zijn er ook aanwijzingen dat *Hemophilus ducreyi* in chronische ulceratie aan de onderbenen kan voorkomen en zich kan verspreiden via autoinoculatie (zelfbesmetting)

De incubatietijd van UM is tussen twee en vijftien dagen. Het begint vaak als een rood 'puistje' dat binnen een tot twee dagen overgaat in een pijnlijk ulcus dat vaak onder de voorhuid zit of op de eikel (glans penis), op de penisschacht of op de balzak. Het ulcus is scherp begrensd en

toont onregelmatige ondermijnde wondranden. De wondbodem is vaak bedekt met grijs of geel/grijs beslag en bloedt makkelijk bij schrapen. Bij de helft van de patiënten zijn er pijnlijk gezwollen lieslymfklieren ofwel bubo's te zien, waarvan circa de helft een abces wordt dat openbreekt en pus gaat lekken. Het merendeel van die bubo's komen aan één kant in de lies voor. De pus dat uit het abces lekt kan door auto-inoculatie weer nieuwe niet-genitale ulceraties veroorzaken. Ook kan een ulcus dat tegen een ander gezond deel van de huid aankomt een 'kissing ulcus' veroorzaken hetgeen typisch is voor UM (3,4) (foto 3,4,5).

Syfilis (of lues)

Syfilis staat binnen de dermatologie bekend als de grote imitator. Het feit dat syfilis vaak over het hoofd gezien wordt, niet herkend wordt, is waarschijnlijk een belangrijke reden dat het al sinds de 15e eeuw een belangrijke 'player' in de soa-wereld is. Patiënten merken het primaire ulcus vaak niet op omdat het vaak klein is en niet gevoeld wordt. Het ulcus geneest vanzelf, maar in de tussentijd heeft 'de



Foto 2. Herpes Genitales. Uitgebreide erosieve laesies vulva, perineum en peri-anaal.



Foto 3. Ulcus Molle. Kissing ulcer op penisschacht.

treponeem' zijn weg naar de bloedbaan en de interne organen gevonden. De treponeem (*Treponema pallidum*) probeert zoveel mogelijk de radar van de immuunsurveillance te mijden door zich langzaam intracellulair te vermenigvuldigen. Het ontwikkelen van de verschillende stadia - die elkaar ook kunnen overlappen - duurt soms jaren. Mondiaal gezien heeft syfilis een grote impact via de



Foto 4. Ulcus Molle. Ulceraties vulva en perineum.



Foto 5. Ulcus Molle. Ulceratie met ondermijning van de randen op glans penis.

congenitale syfilis en in volwassenen doet syfilis zijn stille verwoestende werk in de latentieperioden tussen de klinische stadia door.

In hiv heeft syfilis een goede kameraad gevonden. In geval van gelijktijdige infectie met hiv zijn serologische testresultaten vaak moeilijk te interpreteren en heeft de patiënt een groter risico op het ontwikkelen van neurosyfilis.

In het geval van syfilis kunnen we klinisch verschillende stadia onderscheiden (5) (foto 6-11).

Stadium 1 wordt gekenmerkt door de ontwikkeling van een niet-pijnlijk ulcus met harde rand

(ulcus durum) en een niet-purulente ulcusbodem. Incubatieperiode varieert van twee tot zes weken tot drie maanden.

Indien het ulcus anaal/rectaal of vaginaal/cervicaal optreedt wordt het vaak niet opgemerkt. Regionale lymfadenopathie is meestal bilateraal en niet pijnlijk. Er zijn in dit stadium meestal geen systemische klachten. Het primaire ulcus geneest 'van zelf' na vier tot zes weken.

Aangezien er geen pijn was en het 'wondje' vanzelf weer geneest wordt 'het' vaak weer vergeten. Tijdens de anamnese dient er dus altijd gericht naar de aanwezigheid van een ulcus gevraagd te worden en dient de patiënt nagekeken te worden op restlittekens.

Stadium 2 kenmerkt zich door het ontstaan van allerlei huidafwijkingen, zoals:

1. een gegeneraliseerde niet-jeukende papulosquameuze huiduitslag,
2. roseolen ('vlekken') op handpalmen en voetzolen,
3. of de nattende condylomata lata die genitaal of peri-anaal gelokaliseerd zijn en zeer besmettelijk zijn door de aanwezigheid van grote hoeveelheden spirocheten.

Deze huidafwijkingen verdwijnen vaak vanzelf na twee weken tot twaalf maanden. In dit stadium kunnen er wel systemische klachten optreden, zoals een gegeneraliseerde lymfadenopathie, hepatosplenomegalie, ulcus duodeni,



Foto 6. Syfilis stadium 1. Ulcus durum op preputium (niet-pijnlijk ulcus).

abdominale pijn, koorts, malaise, hoofdpijn, moth-eaten alopecia en een immuuncomplex poly-arthritis. Vroege neurosyfilis kan zich in dit stadium manifesteren en kenmerkt zich door aantasting van de craniale zenuwen, gehoorverlies, hoofdpijn, duizeligheid, vestibulaire dys-



Foto 7. Ulcus bovenlip.



Foto 8. Syfilis stadium 1. Ulcus durum op preputium (niet-pijnlijk ulcus).



Foto 9. Syfilis Stadium 2. Gegeneraliseerd papulosquammeus exantheem.



Foto 10. Forse niet-pijnlijke ulceratie preputium, differentiaaldiagnose Syfilis stadium 1.

functie, arteriële occlusie met als resultaat een hersenbloeding.

Tertiaire syfilis kenmerkt zich door het ontstaan van granulomateuze laesies (gummata) in de huid, de lever, botten en andere organen. Afwijkingen aan het hart zijn een onderdeel van de orgaansyfilis. Hierbij hebben de spirocheten zich in het hart genesteld en veroorzaken daarbij een aorta ascendens aneurysma en aortaklepdysfunctie. Bij de late neurosyfilisvormen, zoals de tabes dorsalis en de dementia paralytica, worden neurologische en psychiatrische symptomen, zoals paranoïde wanen waargenomen.

Het soms typische of onnavolgbare gedrag van de Ugandese dictator Idi Amin, van de gangster Al Capone, de kunstschilder Paul Gauguin en van de filosoof Friedrich Nietzsche zouden allemaal veroorzaakt zijn door hun door syfilis verwoeste brein.

De congenitale syfilis heeft een aanzienlijke invloed op de 'disease burden' van syfilis. Congenitale syfilis veroorzaakt o.a. vroeg spontane abortus, doodgeboorte, encephalitis, generaliseerd erytheem, leverfalen, stollingsstoornissen



Foto 11. Roseolen voetzool.

in de vorm van een verbruikscagulopathie, een osteitis van de lange beenderen, skeletafwijkingen van de schedel, aangezichtsafwijkingen en afwijkingen aan tanden en ogen.

Lymfgranuloma venereum (LGV)

LGV wordt veroorzaakt door *Chlamydia trachomatis*, serotypen L1, L2, L3. LGV komt m.n. in de (sub)tropen voor. LGV was oorspronkelijk meer een importziekte, die veel voorkwam in Zuidoost Azië, Afrika, Centraal-Amerika en het Caribisch gebied (6).

Maar tegenwoordig worden de meeste besmettingen in het Westen gezien bij mannen die risicovolle seks hebben met andere mannen.

In het eerste stadium ontwikkelt zich vaak na een incubatietijd van tien tot veertien dagen een papel van waaruit binnen twee dagen een pijnloze ulceratie ontstaat op de penis of de vulva. In het tweede stadium (twee tot zes weken later) ontstaan pijnlijke lymfeklierzwellingen (bubo) in de lies waarvan 70% eenzijdig is. Bij mannen ontstaat vaak een acuut beeld met een lymfadenopathie in de liezen terwijl bij vrouwen uitbreiding laag in het bekken plaats vindt richting het rectum met als resultaat rectovaginale fistels en proctitis. De infectie breidt zich uit vanaf de primaire locatie naar de lymfklieren waar een ontstekingsreactie ontstaat. Typisch zijn het ontstaan van necrotische haarden die samensmelten tot abscessen. Door de vorming van sinussen met afvoergangen naar de huid kan drainage van pus plaats vinden. Bij een derde ontstaan fluctuerende abscessen (bubo's) die kapot gaan en pus draineren terwijl bij anderen een harde zwelling in de lies ontstaat. Het derde stadium 3 (genito-ano-rectaal syndroom) kan veel later, zelfs jaren later optreden en wordt gekenmerkt door een proctitis, proctocolitis, perirectale abscessen en fistels. Symptomen zijn koorts, pijn, tenesmus, pruritus ani, purulente of bloederige diarree. Uiteindelijk kunnen er als gevolg van de infectie anogenitale verlittekeningen, fistels en elephantiasis ontstaan (6) (foto 12) (5,6,7).

Donovanosis

Donovanosis ofwel *Granuloma Inguinale (GI)*: De verwekker is *Klebsiella granulomatis*, voorheen bekend als *Calymmatobacterium granulomatis* of *Donovania granulomatis*. *Donovanosis* komt nu het meest frequent voor in Zuidoost-Azië, het Caribisch gebied, Zuid-Amerika (Brazilië, Suriname), Afrika en Australië. Voorheen was het endemisch in Papua-Nieuw-Guinea, India en Australië alwaar het onder Aborigines vaak voorkwam. Gezien de lokalisaatie aan de genitaliën werd voornamelijk aan een soa gedacht, maar niet-genitale besmetting via feces is ook beschreven. Opmerkelijk is het gegeven dat vaste partners van patiënten vaak geen klachten hebben. De gedachte is nu dat er mogelijk een reservoir van *Klebsiella granulomatis* in het colon aanwezig is. Dit zou de perinatale transmissie, de niet-seksuele transmissie van volwassene naar kinderen



Foto 12. Lymphogranuloma Venereum bubo in de lies.

kunnen verklaren. De infectie wordt meestal, maar niet exclusief overgebracht via seksueel contact, en kan samengaan met andere soa's, waaronder HIV. De aandoening groeit langzaam en veroorzaakt lokale destructie die kan lijken op niet behandelde huidmaligniteit. De incubatieperiode kan variëren van twee tot drie weken tot een jaar, met een gemiddelde van ongeveer vijftig dagen. Donovanosis wordt meer gezien bij sekswerkers en mannen die risicovolle seks hebben met mannen (7,8).

Er worden vier klinische stadia onderkend:

De ulcerogranulomatose vorm komt het meest frequent voor. Het begint als een groeiende papel die ulcereert en dan het aspect van een rauwe biefstuk vertoont en die bij aanraking snel kan gaan bloeden (rood granulatiweefsel). Het kan ook het beeld tonen van een hypertrofische wratachtige laesie. In het geval van necrose ontstaan er vaak stinkende ulceraties die tot uitgebreide lokale destructie aanleiding kunnen geven van de huid en de genitaliën, vooral indien er nog andere bijkomende secundaire infecties optreden. Er worden ook droge sclerotische verlittekenende laesies beschreven die tot urethrastricturen aanleiding geven. Deze sclerotische laesies kunnen zich uitbreiden naar liesplooien, pubisregio, perineum of perianaal. Pseudobubo's ontstaan door de subcutane uitbreiding van het ontstekingsweefsel in de liezen. Bij lang bestaande ulceraties dient een maligniteit uitgesloten te worden. In tropische regio's, waar antibiotische behandeling te laat of niet wordt ingezet, kan Donovanosis zich presenteren als een ernstige chronische aandoening met als complicaties secundaire infecties, lymfoedeem, littekenvorming, sepsis. Ulceraties treden vaker op bij onbesneden mannen. Extragenitale laesies komen in 6% van de patiënten voor en worden dan vaak in het gelaat gezien. Zeldzaam is de gedissemineerde vorm waarbij de infectie zich zelfs kan uitbreiden naar botten en lever. Bij kinderen kan de infectie overgedragen worden tijdens de bevalling (foto 13).

Maatschappelijk perspectief

Basiskennis m.b.t. seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) die gepaard gaan met ulceraties is van groot belang i.v.m. het verhoogde risico op HIV-besmetting. HIV-besmettingen treden met name veel vaker op als er al sprake is van een HSV2-infectie. Ulceraties verstoren de barrièrefunctie van de huid waardoor HIV-penetratie makkelijker kan plaats vinden. Daarbij is het dus ook van belang om andere niet-infectieuze oorzaken van genitale ulceraties adequaat aan te pakken (tabel 3).

Mechanische beschadigingen van de huid kunnen zowel opzettelijk als niet-opzettelijk plaats vinden. Daarbij dient ook genoemd te worden dat bepaalde seksuele handelingen sowieso al meer risicovol zijn voor besmetting met HIV. Anale penetratie gaat gepaard met kleine scheurtjes in het slijmvlies; als dit zonder condoom gebeurt door een partner met een ulceratie stijgt de kans om met HIV besmet te raken aanzienlijk. Dit geldt ook voor mucosabeschadiging door het hardhandig inbrengen van sekspeelgoed of een gedeelte van een hand of arm.* Indien er meerdere penetraties plaats vinden op hetzelfde moment** of indien er vele penetraties achter elkaar plaats vinden door een groot aantal partners***. Beschadiging van de



Foto 13. Donovanosis.

vaginawanden treedt op door het krachtig inbrengen van katoenen lappen om de vagina zo droog mogelijk te krijgen. Doordat er geen lubricatie is treedt er veel schade op bij penetratie ****.

Bij een consultatie is het voor de zorgverlener van belang om de combinatie van werkervaring, kennis en intuïtie te gebruiken om tijdige beslissingen te kunnen nemen met betrekking tot verdere diagnostiek en behandeling van iemand die zich presenteert met een mogelijke soa. Daarbij is alertheid t.a.v. risicovol gedrag van de patiënt ook gewenst. Lichamelijk onderzoek en een uitgebreide anamnese zijn van groot belang om risicogedrag op te sporen.

Bijvoorbeeld de patiënt/cliënt die regelmatig op vakantie gaat naar verre oorden en iedere keer weer thuis komt met een boel 'leuke foto's' die hij genomen heeft van de kinderen (met name de jongetjes van zes en zeven jaar) van het weeshuis dat hij 'sponsort'. Die patiënt is duidelijk niet alleen een gevaar voor zichzelf en kan verstrikt zijn geraakt in schimmige wereld van de kinderprostitutie.

Noot:

fisting*

double penetration**

gangbang ***

dry sex ****(subSahara)

De wereld van de prostitutie is een wereld die groeit en bloeit op de onderdrukking en misbruik van vrouwen en kinderen waarbij de uitbaters gebaat zijn bij de status quo. Onder druk (chantage, bedreiging met geweld) zullen deze vrouwen en kinderen handelingen moeten verrichten die schadelijk zijn voor hun fysieke en mentale gezondheid. Deze vrouwen en kinderen kunnen zonder het zelf te weten besmet zijn geraakt en als zodanig een bron van infectie zijn.

Uitbuiting treedt niet alleen op bij vrouwen en kinderen, maar ook door misbruik te maken van andere kwetsbare groepen (seksuele minderheden, thuis- en daklozen, psychiatrische patiënten, vluchtelingen). Zo zijn als risicofactoren, die geassocieerd zijn met de toenemende incidentie van genitale ulceraties, te noemen: een lage SES (socio-economische status), onvoldoende tot geen toegang tot de zorg, een laag onderwijsniveau, alcohol- en drugsmisbruik, populatie migratie, sociale verstoring van sociale relaties door oorlog, vluchtelingenstromen, anonieme niet-beschermd sekscontacten en prostitutie-bezoek.

Historisch perspectief

De huidige maatschappelijke situatie staat in schril contrast met de verworvenheden van de 60er en 70er jaren van de twintigste eeuw.

Aan het eind van de jaren zestig werden grote maatschap-

pelijke veranderingen in gang gezet door de homobeweging, de vrouwenbeweging en de Black Panther beweging. Zij legden de basis voor de huidige LGBTQAI en Black Lives Matter (BLM) beweging.

Allerlei verschillende subculturen (seksuele identiteiten) met grote verschillen in seksueel gedrag gaven uiting aan hun nieuwe verworvenheden waarvan een deel door het grote publiek werden overgenomen (mode, disco en muziek van de Village People). Zo ontstonden er homowijken in het Mission District in San Francisco en in het Greenwich Village van New York waar verschillende homosubculturen zich vrijelijk konden uiten en hun eigen identiteit konden vormen.

Zo waren (zijn) er verschillende 'gay' identiteiten, zoals Drag Queens, Radical Faeries, Bears, Circuit Boys, Barebackers en Leathermen, lesbische identiteiten, zoals Butch en Femme en de biseksuele identiteiten die zichzelf als 'straight' (hetero) of als 'gay' (homo) identificeren (9). Met de komst van AIDS aan het begin van de 80er jaren werd alles 'anders'.

Tijdens het zoeken naar oorzaken kwamen de onderzoekers geleidelijk aan steeds meer te weten over het leven binnen verschillende subculturen (identiteiten) en begonnen zij steeds meer zicht te krijgen op mogelijke risicofactoren voor deze nieuwe ziekte.

MSM

Genitale ulceraties worden in de medische literatuur beschreven als vaak voorkomend bij mannen die seks hebben met mannen (MSM). MSM is een term die vanaf de jaren '90 populair is geworden. Het is een term die in eerste instantie in de HIV-literatuur gebruikt werd om aan te geven dat het gedrag van 'mannen die seks hebben met mannen' zeer risicovol kan zijn. Door MSM als risicogroep te beschrijven wordt de indruk gewekt dat alle seksuele handelingen van mannen zeer riskant zijn m.b.t. HIV-transmissie. M.a.w., door het gebruik van het MSM-etiket bestaat het gevaar dat er een negatieve bias t.a.v. mannen en mannenseks ontstaat. In de medische literatuur is er in de loop der jaren ook kritiek op deze term MSM geformuleerd. Door alle mannen op de MSM-hoop te gooien wordt er voorbijgegaan aan de vele sociale dimensies van seksualiteit en seksueel gedrag van mannen. De sociale en seksuele zelfidentiteiten van deze mannen kunnen onderling grote verschillen tonen op basis van etniciteit, sociale klasse, genderidentificatie (10,11,12). Door het gebrek aan aandacht voor deze sociale dimensies van seksualiteit gaat vaak belangrijke informatie verloren die van belang is voor ziektepreventie en voor het ontwikkelen van public health research (12). Het niet onderkennen van de seksuele identiteit waar verschillende groepen zich mee identificeren ondermijnt het recht en de noodzaak van cultureel sensitieve zorg en preventie (12). Vele mannen identifice-

ren zich niet met het etiket MSM omdat het onvoldoende ruimte biedt aan hun eigen identiteit en het hen de mogelijkheid ontnemt om zichzelf een naam te kunnen geven ('self labeling'). Zo worden de verschillen die bestaan in de verschillende subculturen niet benoemd en is voor MSM een 'bare backer' uit San Francisco hetzelfde als een katooy in Bangkok (12,13). Doordat vele mannen zich distantiëren van gangbare HIV-preventiestrategieën gaan vele interventiemogelijkheden verloren (12). En juist deze preventieve interventies zijn zo belangrijk om HIV-besmetting te voorkomen.

Samenvatting

Het tijdig herkennen en behandelen van genitale ulceraties is van groot belang voor de algemene gezondheidszorg. Om de zorg zoveel mogelijk te optimaliseren zou een locatie waar de zorg voor HIV/Aids en seksueel overdraagbare infecties volledig zijn geïntegreerd wenselijk zijn. Invulling van een interventieteam zou kunnen bestaan uit: een dermato-venereoloog met Public Health ervaring, een Public Health/sooverpleegkundige, een seksuoloog, een maatschappelijk werker met ervaring in contact tracing, een psycholoog met ervaring in de verslavingszorg, een huisarts, een 'street en outreach worker", een (medisch) antropoloog en een Mindfulness Based Stress Reduction trainer en tolken (14)

Bij deze wil ik de volgende personen hartelijk bedanken voor het gebruik van foto's uit hun privé collectie: drs. C. Sanders, dr. Ben Naafs, dr. Toonstra. Dhr. P.G. Leenheer wil ik bij deze bedanken voor het aanleveren van foto's uit het archief van de afdeling Huidziekten.

Literatuur

1. Hunter Handsfield H. *Color Atlas & Synopsis of Sexually Transmitted Diseases*. 3e editie. Hoofdstuk 8: Genital Herpes New York, McGraw Hill Medical 2011, 109-133.
2. Benenson AS. *Control of Communicable Disease in Man*, 15e editie, hoofdstuk Herpes Simplex, Washington, 1990; 212-215.
3. Hunter Handsfield H. *Color Atlas & Synopsis of Sexually Transmitted Diseases*. 3e editie. Hoofdstuk 6: Chancroid New York, McGraw Hill Medical, 2011;89-99.
4. Irizarry L, Velaquez J, Wray AA. **Chancroid**. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2020 Free Books & Documents, Bookshelf ID:NBK513331
5. Hunter Handsfield H. *Color Atlas & Synopsis of Sexually Transmitted Diseases*. 3e editie. Hoofdstuk 5: Syphilis New York, McGraw Hill Medical, 2011,109-133.
6. Rawla P, Limaieem F. **Lymphogranuloma Venereum**. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2020 Free Books & Documents, Bookshelf ID:NBK537362
7. O'Farrell N. **Donovanosis**. *Sex Transm Infect* 2002;78:452-457
8. Roette MA, Mayor MT, Uduhiri KA. **Diagnosis and Management of Genital Ulcers**. *Am Fam Physician*, 2012;85(3):254-262.
9. Levitt HM. **Butch, Femme, Bear and Leatherman: A programmatic Exploration of Gender Identities within Gay and Lesbian Subcultures** in *Psychology of Gender Identity: An International Perspective*. Chapter Six, 2006;117-275.
10. Schilder AJ, Kennedy C, Strathdee SA et al. **Alot of things I hide: understanding disclosure in the care HIV-positive Bisexual men**. *J Gay Lesbian Med Assoc*, 1999; 3(4):119-126.
11. Schilder AJ, Kennedy C, Goldstone IL et al. **"Being dealt with as a whole person. Care seeking and adherence: the benefits of culturally competent care"** *Social Science & Medicine*, 2001;52:1643-1659.
12. Young RM, Meyer IH. **The trouble with MSM and WSW: Erasure of the sexual minority person in public health discourse**. *Am J Public Health*, 2005; 95 (7)1144-1149.
13. deVries HJC. **Current challenges in the clinical management of sexually transmitted infections**. *J Int Aids Soc*, 2019;22 (56)e25347.
14. Kennedy KG. **Fluide gender identiteiten in Thailand en de invloed van globalisering**. Bachelor scriptie Culturele Antropologie 2017.

* C. Kennedy, afdeling Huidziekten, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden