

UIT DE SERIE HUISARTSGENEESKUNDIGE CONFERENTIES\*

## 11. Menstruatiestoornissen – een complex probleem?

Menstruatiestoornissen is een onderwerp dat is beladen met een odium van complexiteit. Ten onrechte – de huisarts is meestal zeer wel in staat, onderscheid te maken tussen de zeldzame ernstige aandoeningen, waarvoor de hulp van de specialist moet worden ingeroepen, en de frequente afwijkingen van het normale patroon, waarbij volstaan kan worden met geruststelling en advies, eventueel aangevuld met een eenvoudige medicatie. Een verslag van W. J. H. M. van den Bosch en J. W. G. Schellekens.

### Inleiding

Wanneer we terugkijken op onze conferenties van de afgelopen vijf jaar, valt op dat besprekingen over een omschreven aandoening of ziektebeeld meestal betrekkelijk snel waren af te ronden, terwijl onderwerpen die uitgaan van een klachtenpresentatie, vaak veel meer problemen gaven.

Menstruatiestoornissen was zo'n onderwerp. Het belandde na moeizame discussies in de ijskast en werd pas veel later weer opgepakt.

Daar komt bij dat menstruatiestoornissen geldt als een complex onderwerp. Het zou echt jammer zijn als huisartsen zich hierdoor in de war zouden laten brengen. Als zij bang zijn er hun handen aan te branden, zal dit leiden tot een toename van het aantal verwijzingen en, als gevolg daarvan, veel meer onnodige onderzoeken. Ook zal daardoor wellicht meer therapie bedreven worden dan gewenst is. Het belang van deze opvatting wordt nog eens benadrukt door het grote aantal curettages op dubieuze indicaties en de opvallende toename van het aantal uterus-extirpaties.<sup>1-4</sup>

### Epidemiologie

Om een indruk te geven van het voorkomen van menstruatiestoornissen hebben wij in de *figuur* de gegevens vermeld uit onze Continue Morbiditeits Registratie.<sup>5</sup> Uit deze gegevens blijkt dat menstruatiestoornissen geen dagelijks gepresenteerde aandoeningen zijn. Waarschijnlijk is ook hier sprake van

een „ijsberg-fenomeen”. Ongetwijfeld zullen verschillende patiënten dezelfde klacht heel verschillend interpreteren. Wat is veel, wat is weinig of onregelmatig bloedverlies, wanneer ben je lang over tijd of te jong c.q. te oud voor bepaalde verschijnselen?

In totaal zal de huisarts ongeveer vijftientig maal per jaar geconfronteerd worden met patiënten met een meer dan vier maanden durende amenorroe, irregulaire menstruatie of menorrhagie.

### Indeling

In de leerboeken worden menstruatiestoornissen op allerlei manieren ingedeeld. In onze discussies bleken deze indelingen, die vaak gebaseerd zijn op mogelijke oorzaken, voor veel verwarring te zorgen. Wij kwamen beter uit de voeten met een indeling die gebaseerd is op de klachten zoals de patiënten die ons presenteren:

- bloedverlies in de verkeerde levensfase;
- afwezigheid van bloedverlies, terwijl het er wel zou moeten zijn;
- te veel bloedverlies;
- onregelmatig bloedverlies.

Daarbij bleven zaken als infertiliteit, anticonceptie, dysmenorroe, climacteriële klachten, premenstruele symptomen en problemen rond seksualiteit buiten beschouwing.

### Bloedverlies in de verkeerde levensfase

Een onttrekkingsbloeding bij een pasgeboren meisje komt nogal eens voor.

Het bloedverlies wordt voorafgegaan door een slijmerige vaginale afscheiding. Uitleg en geruststelling zijn hier op hun plaats, vooral omdat de ouders er meestal flink van schrikken.

Vaginaal bloedverlies vóór de menarche is zeer zeldzaam. Specialistisch onderzoek is aangewezen als de huisarts niet een voor de hand liggende oorzaak kan vinden, zoals een corpus alienum, een trauma of een onttrekkingsbloeding als gevolg van de gesnoepte anticonceptiepillen van moeder.

Vaginaal bloedverlies in de postmenopauze kan een teken zijn van een ernstige aandoening, met name van een endometriumcarcinoom. Velen van ons zijn opgevoed met de stelling dat iedere patiënte met vaginaal bloedverlies dat later dan één jaar na de laatste menstruatie optreedt, dient te worden verwezen voor diagnostische curettage. Er is in onze groep lang gesproken over de achtergronden van deze stelling, waarbij vooral twee vragen aan de orde kwamen.

- Hoe groot is de kans, dat er in zo'n geval bij curettage inderdaad een endometriumcarcinoom wordt gevonden?

Door het ontbreken van betrouwbare cijfers (wij missen in Nederland nog steeds een goede kankerregistratie) is het antwoord moeilijk te geven. Er worden per jaar in Nederland tussen 500 en 1000 nieuwe endometriumcarcinomen gevonden.<sup>5,6</sup> Dit zou betekenen dat iedere huisarts eenmaal per vijf à tien jaar met een dergelijk carcinoom wordt geconfronteerd, terwijl hij enige malen per jaar patiënten ziet met postmenopauzaal bloedverlies.

- Is het reëel, aan te nemen dat bloedverlies als symptoom van een endometriumcarcinoom continu zal zijn, of zich telkens zal herhalen, zodat bij eenmalig bloedverlies een afwachthouding gerechtvaardigd is?

Ook op deze vraag was in de literatuur geen eenduidig antwoord te vinden, terwijl wij onderling evenmin tot een en hetzelfde beleid konden komen. Het lijkt in ieder geval verstandig, in eerste instantie te zoeken naar een minder ernstige oorzaak, bijvoorbeeld een drukulcus ten gevolge van een pessarium, een colpitis senilis of eventueel een trauma, bijvoorbeeld door de coitus.

\* Dit artikel is een neerslag van discussies tussen huisartsen van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut over de benadering van in de praktijk veel voorkomende aandoeningen – zie Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 13-5. De lezer dient zich te realiseren, dat het bij deze discussies meer gaat om een kritische bezinning op verschillende problemen dan om een poging, nu eens definitief vast te stellen hoe het wel zou moeten.

## Afwezigheid van bloedverlies

Wij onderscheiden bij afwezigheid van bloedverlies, terwijl het er wel zou moeten zijn, patiënten die nog nooit hebben gemenstrueerd, en patiënten die langer dan vier maanden niet meer hebben gemenstrueerd.

De eerste menstruatie treedt in onze samenleving op een steeds vroegere leeftijd op. Was dit vijftientig jaar geleden nog 14 jaar, op dit moment is die leeftijd al gedaald tot iets boven de 12 jaar. Aan deze tendens lijkt nog geen einde te zijn gekomen. Voor de menopauzeleeftijd wordt een gemiddelde leeftijd van 51 jaar aangenomen, met een standaarddeviatie van 3,8 jaar.

Zoals bij vele fysiologische gebeurtenissen bestaat bij de menarche een grote spreiding (vooral naar boven). In de meeste leerboeken wordt als grens voor verdere diagnostische actie 18 jaar aangehouden. Volgens de ervaringen van de leden van onze groep komen de meeste meisjes ruim voor het bereiken van deze leeftijd op het spreekuur, wanneer ze nog niet ongesteld zijn geworden. Gelukkig valt het grootste deel van deze meisjes binnen de bekende variatiebreedte. Afwijkingen met ernstige consequenties zijn zeer zeldzaam. Het is ons inziens daarom in het algemeen gerechtvaardigd, af te wachten. Deze beslissing dient echter te stoelen op enkele betrekkelijk eenvoudig te verkrijgen gegevens.

Een belangrijke factor is de discrepantie die kan bestaan tussen de leeftijd, de seksuele rijping (letten op oksel- en pubisbeharing en borstontwikkeling) en de groei. Bij het achterblijven van de seksuele rijping ten opzichte van de groei dient men op zijn hoede te zijn. Door een eenvoudig lichamenlijk onderzoek met voorzichtig toucher kunnen ernstige anatomische afwijkingen aan de genitalia externa en interna worden uitgesloten. De mogelijkheid van een graviditeit moet men altijd in het achterhoofd houden, ook al wordt seksuele omgang door de patiënte in alle toon-aarden ontkend.

Om meer zekerheid te verkrijgen kan men een progesteron-provocatietest verrichten. Indien een onttrekkingsbloeding optreedt, nadat gedurende vijf dagen tweemaal daags 5 mg van een van de gestagenen is toegediend, kan men ervan uitgaan dat er een „normale” productie van oestrogenen is, een goed functionerend endometrium en een goede afvloed van menstruatieproducten. Het voordeel van medroxyproges-

teronacetaat (Provera®) boven andere gestagenen is de relatief geringe androgene en anti-oestrogene activiteit van dit preparaat.<sup>7</sup> De kans op masculinisatie van een – onverhoopt toch aanwezig – jong foetus is hierdoor kleiner.

Een positieve provocatietest rechtvaardigt een afwachterende houding. Een negatieve provocatietest vraagt om uitgebreider onderzoek. Als voorbeeld dient een recente *klinische les*, met een beschrijving van een 16-jarig meisje met een volledig normale habitus, dat nog niet ongesteld was geworden. Hoewel bij lichamenlijk onderzoek geen afwijkingen werden gevonden, bleek bij cytologisch onderzoek een chromosomale afwijking te bestaan. De auteurs waarschuwen dat een 16-jarig meisje met een primaire amenorroe dan ook altijd verwezen moet worden voor cytologisch onderzoek.<sup>8</sup> Had de huisarts in dit geval echter een provocatietest gedaan, dan had hij bij een negatieve uitslag kunnen vermoeden dat er waarschijnlijk een andere oorzaak in het spel was dan een verlate menarche.

Bij patiënten met een amenorroe van meer dan vier maanden dient men, behalve aan graviditeit en gebruik van anticonceptie (prikpil), te denken aan de volgende min of meer frequente oorzaken:

- fors gewichtsverlies of sterke gewichtstoename;
- voorafgaande periode met zwangerschap of hormonale anticonceptie;
- psychische/emotionele factoren;
- een te rigoureuze curettage.

Als oorzaken van amenorroe zijn de laatste tijd ook fanatiek trimmen en overmatig dropgebruik beschreven.<sup>9</sup> Tenslotte kan de leeftijd waarop de menopauze inzet, bij sommige vrouwen erg vroeg liggen.

Ligt geen van deze oorzaken voor de hand, dan zal men, afhankelijk van de ongerustheid van de vrouw, besluiten tot verder onderzoek. Een progesteron-provocatietest heeft bij deze groep vrouwen minder voorspellende waarde. Deze test kan bijvoorbeeld negatief zijn bij vrouwen met grote gewichtsveranderingen.

Bij galactorroe (spontane melkuitvloed uit de tepel, zonder druk op de mamma), veroorzaakt door een verhoging van het prolactinegehalte in het bloed, kan amenorroe optreden. Galactorroe is echter geen obligaat verschijnsel bij amenorroe door verhoging van het prolactinegehalte.

Kinderwens kan een reden zijn een pa-

tiënte in een vroeger stadium te verwijzen voor nader onderzoek en behandeling. Vermeldenswaard is, dat de prognose van met name ovulatie-inductie de laatste tijd sterk verbeterd is. De kans op zwangerschap bij ovulatie-inductie is bijvoorbeeld voor patiënten met een post-pil amenorroe vrijwel gelijk aan die van een vergelijkbare groep vrouwen zonder amenorroe.<sup>10</sup>

## Te veel vaginaal bloedverlies

Wat is te veel? Iedere vrouw zal hiervan een andere voorstelling hebben. Men kan het bloedverlies proberen te objectiveren door te vragen naar het aantal verbandjes, hoeveel tegelijk, het al dan niet gebruiken van luiers of handdoeken, het voorkomen van stolsels en thuis blijven uit angst voor doorlekken.

Een meer objectieve maat is het hemoglobinegehalte, dat echter pas laat daalt beneden de grens die wij aanhouden (7,0 mmol/l).<sup>11</sup>

Graham vergeleek, een groep vrouwen met klachten over te veel vaginaal bloedverlies met een groep zonder die klachten. In de eerste groep was de gemiddelde menstruatieduur negen dagen tegenover vier dagen in de tweede groep. In de eerste groep gebruikte men in die periode tweeënzestig verbandjes, in de andere groep veertien. In beide groepen waren het hemoglobinegehalte en de celconstanten (MCV en MCHb) gelijk.<sup>12</sup>

Met opzet hebben wij vermeden de termen menorrhagie, metrorragie en menometrorragie te gebruiken, aangezien deze begrippen de zaak onnodig ingewikkeld maken. Het is niet zinnig, met deze termen een aantal „ziektebeelden” te creëren, terwijl er in feite alleen sprake is van al dan niet te veel, of al dan niet onregelmatig bloedverlies. Aan deze verschijnselen ligt slechts in een minderheid van de gevallen pathologie ten grondslag.

Zoals in de *figuur* is te zien, worden de meeste klachten over te veel vaginaal bloedverlies gepresenteerd aan het einde van de vruchtbare periode. De *menorrhagie des vierges* blijkt een zeldzame aandoening.

In de literatuur worden vele oorzaken voor te veel vaginaal bloedverlies genoemd. De huisarts zal in eerste instantie denken aan functionele bloedingen, IUD in situ, myomen en medicatie, zoals anticoagulantia. Eenmalig overmatig bloedverlies kan ook een vroege abortus betekenen. Te veel vaginaal bloedverlies is tenslotte niet typisch gekop-

peld aan het voorkomen van maligniteiten zoals cervix- of corpuscarcinoom. Indien voor de hand liggende oorzaken kunnen worden uitgesloten, zal het beleid in eerste instantie gericht zijn op geruststelling van de patiënte en vermindering van het bloedverlies. Hoewel dit minder voorkomt dan in het algemeen wordt aangenomen, dient men rekening te houden met de mogelijkheid van anemie. IJzertherapie bij te veel vaginaal bloedverlies met een normaal hemoglobinegehalte, is niet zinvol.<sup>12</sup> Hormonale therapie is de meest voor de hand liggende manier om een bloeding te reguleren. Hierbij heeft men de keuze uit cyclische toediening van progestagenen, zoals lynestrenol 2 dd 5 mg van de veertiende tot de vierentwintigste dag, en toepassing van een laag gedoseerde combinatiepil. Beide benaderingen hebben hun voor- en nadelen. In een van de volgende conferenties hopen wij verslag te doen van de discussies die hierover in onze groep zijn gevoerd.

Tot zover waren wij het redelijk met elkaar eens. Onduidelijkheid bleef bestaan over de rol van andere geneesmiddelen, de indicatie voor curettage en die voor uterusextirpatie.

De farmacotherapeutische mogelijkheden van secale alkaloiden, die in de verloskunde worden gebruikt ter profylaxe en therapie van atonische nabloedingen, lijken beperkt. De mogelijke oorzaken van te veel vaginaal bloedverlies zijn te gevarieerd om van dergelijke middelen succes te verwachten. Een ander middel dat voorgeschreven kan worden is aranexaminezuur (Cyclopron®). Uitgebreide nasporingen in de farmacologische literatuur leverden slechts enkele artikelen op over gebruik van dit middel bij bloedingen tengevol-

ge van IUD's, Vergelijkend onderzoek was in het geheel niet te vinden. De eigen ervaringen binnen de groep waren slecht. Het is bovendien een schrikbarend duur preparaat. Wij kwamen dan ook tot de conclusie, dat dit middel in het algemeen geen plaats heeft bij de behandeling van te veel vaginaal bloedverlies.

De laatste tijd zijn enkele publikaties verschenen over het gebruik van prostaglandineremmers. Deze stoffen, die wij al gebruiken bij de behandeling van dysmenorroe, zouden de hoeveelheid bloed tijdens de menstruatie kunnen verminderen.<sup>13</sup>

Om de indicatie voor curettage van meer kanten te kunnen belichten hebben wij contact gezocht met enkele gynaecologen. Zoals was te verwachten, kregen wij nogal uiteenlopende antwoorden op onze vragen. Tenslotte was iedereen het erover eens dat heftig vaginaal bloedverlies door een curettage uitstekend is te stoppen, maar dat dit met evenveel succes kan gebeuren door een „chemische curettage”, bijvoorbeeld door tien dagen dagelijks twee „zwarte” combinatiepillen te geven (50 of meer microgram oestrogeen). Dit betekent dat er zelden een indicatie bestaat voor een mechanische curettage.

Indicaties voor een diagnostische curettage komen aan de orde bij bloedverlies in de verkeerde levensfase en onregelmatig bloedverlies.

Tenslotte is gesproken over de uterus-extirpatie. Het aantal uterusextirpaties is de laatste jaren zodanig toegenomen, dat dit zelfs heeft geleid tot vragen in de Tweede Kamer. Wij verwijzen hiervoor naar enkele recente publikaties.<sup>3, 4</sup>

Wij kwamen tot de conclusie dat de indicatie tot uterusextirpatie zeer scherp zal moeten worden gesteld. Een

operatieve verwijdering van een orgaan dient uitzondering te zijn en slechts plaats te vinden wanneer conservatieve maatregelen te kort schieten.<sup>14</sup> Wij hebben sterk de indruk, dat bij het besluit tot deze operatie andere dan louter medische factoren een belangrijke rol spelen. Deze indruk is bij ons versterkt door een recent artikel waarin wordt geconcludeerd dat in een groep vrouwen die om verschillende redenen een uterusextirpatie hadden ondergaan, significant meer huisarts-patiënt contacten, medicatievoorschriften, verwijzingen, opnamen en operaties voorkwamen dan in de controlegroep.<sup>15</sup> Andere auteurs vonden al eerder in een groep geopereerde vrouwen meer relationele stoornissen en een groter gebruik van antidepressiva.<sup>16, 17</sup>

Dit alles zou moeten betekenen dat de huisarts extra aandacht moet schenken aan vrouwen met klachten over te veel vaginaal bloedverlies, die tevens neigen tot somatische fixatie en een hoge medische consumptie. Juist deze groep loopt het gevaar op dubieuze indicaties een uterusextirpatie te ondergaan.

### Onregelmatig vaginaal bloedverlies

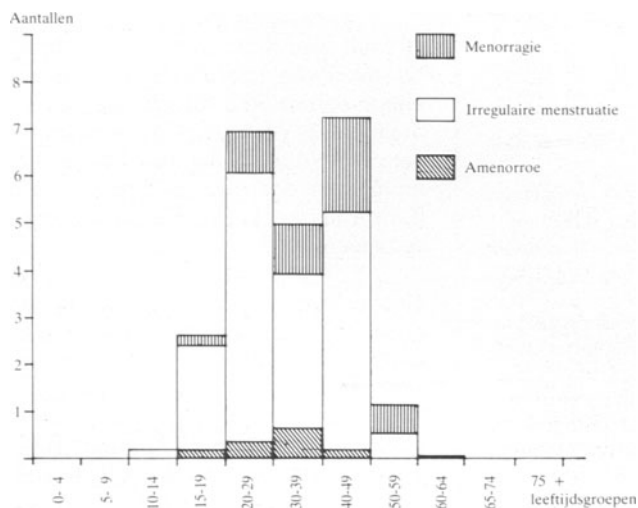
Onder de klacht onregelmatig vaginaal bloedverlies zijn de volgende verschijnselen te rubriceren:

- de tijd tussen de menstruaties is te kort;
- de tijd tussen de menstruaties is te lang;
- er is extra bloedverlies op een vaste plaats binnen de cyclus;
- er is extra bloedverlies onafhankelijk van de cyclus.

Grafisch gezien, heeft de relatie tussen onregelmatig vaginaal bloedverlies en de leeftijd een U-vorm: het verschijnsel komt het meest frequent voor aan het begin en aan het einde van de vruchtbare periode.<sup>18</sup>

Een te korte of te lange tijd tussen de menstruaties is vervelend en heeft soms repercussies voor de fertiliteit. In het algemeen duidt dit niet op ernstige pathologie.

Ook bij extra bloedverlies op een vaste plaats binnen de cyclus ligt de mogelijkheid van ernstige pathologie niet voor de hand. Het is daarom van groot belang, te vragen naar het verband met de cyclus. Hiervoor kan het nodig zijn, de patiënte te vragen een menstruatiekalender bij te houden. Ook het bijhouden van een basale temperatuurcurve kan belangrijke informatie geven, met name om een anovulatoire cyclus en de



*Figuur. Nieuwe gevallen van abnormaal vaginaal bloedverlies in een standaardpraktijk. Aantallen per jaar.<sup>a</sup>*

<sup>a</sup> Een standaardpraktijk is een fictieve huisartspraktijk van 2800 zielen, waarvan de leeftijds- en geslachtsopbouw overeenkomt met die van de Nederlandse bevolking in 1977. De cijfers zijn ontleend aan de NHI-publikatie *Gewone ziekten*.<sup>5</sup>

daaruit voortkomende menstruatiestoornissen op te sporen.<sup>19</sup>

Twee vaste plaatsen binnen de cyclus zijn met name te noemen. Bloedverlies kan gelokaliseerd zijn rond de ovulatie („middenbloeding”) en gaat dan vaak gepaard met buikpijn. Uitleg en geruststelling zijn op hun plaats. Een dergelijke bloeding kan wel de fertiliteit beïnvloeden, wanneer de coïtus in die periode wordt vermeden. Een andere vorm van bloedverlies op een vaste plaats is de bloeding die een paar dagen vóór de verwachte menstruatie optreedt. Dit verschijnsel treedt ook nogal eens op bij pilgebruiksters. Dit – soms wat donker gekleurde – bloedverlies is zonder pathologische betekenis en dikwijls van voorbijgaande aard. Als de patiënte de verschijnselen erg vervelend vindt, kan voor de tweede helft van de cyclus een progesteronpreparaat worden voorgeschreven.

Diagnostisch belangrijker is bloedverlies onafhankelijk van de cyclus. Het is daarbij belangrijk, te weten of het om zogenaamde contactbloedingen gaat.

Door speculumonderzoek kan men een poliepje of een flinke erosie op het spoor komen. Vaginaal toucher is aangewezen om uterus en adnexen te beoordelen. De mogelijkheid van een uteriene of extra-uteriene zwangerschap mag daarbij niet over het hoofd worden gezien. Onafhankelijk van het aspect van de portio dient een uitstrijkje te worden gemaakt, aangezien het aspect van de portio geen definitieve informatie verschaft omtrent de mogelijkheid van een maligniteit van de cervix.

Bloedverlies dat onafhankelijk van de cyclus plaatsvindt, en waarvoor geen van bovenstaande oorzaken kan worden vastgesteld, vraagt om uitgebreider onderzoek. Hierbij gaat het er met name om, door middel van een curettage maligniteiten van het endometrium uit te sluiten. Het is goed hierbij te bedenken dat ruim 10 procent van de endometriumcarcinomen voorkomen vóór het 50e levensjaar.

## Beschouwing

In dit artikel wordt niet ingegaan op allerlei ziektebeelden die in de kliniek worden gezien; ons doel was in de eerste plaats, de huisarts een leidraad te geven voor zijn beleid bij klachten die samenhangen met de menstruatie.

Met opzet is afgezien van een uitputtende opsomming van alle mogelijke oorzaken van deze verschijnselen. Voor de huisarts is het niet zinvol bij iedere

klacht te zoeken naar mogelijke, maar zeer zeldzame oorzaken. Vooral bij deze klachten geldt dat de huisarts, samen met de patiënte, moet zoeken naar de betekenis van de klacht, waarbij seksualiteit, (in)fertiliteit en angst voor een ernstige ziekte een belangrijke rol kunnen spelen.

Daarnaast hebben wij aangegeven, welke momenten van belang kunnen zijn voor een tijdige onderkenning van ernstige pathologie.

Overigens is tijdens onze discussies nog veel meer aan de orde geweest, zoals de stelling dat de mannelijke huisarts zich bewust dient te zijn van het gegeven dat het hier om verschijnselen en gevoelens gaat, die hij zelf nooit zal ervaren.

<sup>1</sup> Anonymous. Doubt and caution about D. and C. [Editorial]. J R Coll Gen Pract 1980; 30: 68.

<sup>2</sup> Fry J. D. and C. assessed. Update 1979; 18: 492.

<sup>3</sup> Hall EV van. Profylactische hysterectomie en ovariectomie? Ned T Geneesk 1982; 126: 1783.

<sup>4</sup> Hoogendoorn D. De kans voor vrouwen van uiteenlopende leeftijd om te eniger tijd te overlijden aan kanker van uterus of ovarium. Ned T Geneesk 1982; 126: 1316.

<sup>5</sup> Continue Morbiditeits Registratie NUHI 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Een aantal morbiditeitsgegevens uit een viertal huisartspraktijken. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

<sup>6</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek. Compendium gezondheidsstatistiek Nederland 1979. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980.

<sup>7</sup> Ariëns EJ, Simonis AM. Geneesmiddelenleer I. Leiden: Staffleu, 1978.

<sup>8</sup> Bouw GM, Klep-Pater JM de, Bronkhorst FB. Een „normaal” meisje. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1121-5.

<sup>9</sup> Scheffers S, Velde W op den. Dropmisbruik, bijnierschorsinsufficiëntie en amenorroe. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 842.

<sup>10</sup> Hull MGR. Normal fertility in women with post-pil amenorroe. Lancet 1981; i: 1319-32.

<sup>11</sup> Voorn Th. Anemie. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 143-7.

<sup>12</sup> Graham JL. Do women with menorrhagia need iron? Br Med J 1982; i: 1158.

<sup>13</sup> Andersen A. The role of progestaglandin-synthetase inhibitors in gynaecology. Practitioner 1981; 225: 1460-70.

<sup>14</sup> Sloan D. The emotional psychosexual aspects of hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1978; 131: 598-604.

<sup>15</sup> Millac J. Hysterectomy within a pattern of ill health. Practitioner 1982; 226: 931-4.

<sup>16</sup> Brennan M, Spano L, Jackson J. A study of hysterectomy in a family practice. J Fam Pract 1979; 8: 723-9.

<sup>17</sup> Richards DH. Depression after hysterectomy. Lancet 1973; i: 918-9.

<sup>18</sup> Barclay L. Menstruation: a life span view. Aust Fam Physician 1982; 11: 452-61.

<sup>19</sup> Meeuwissen JHJM. De basale lichaamstemperatuurcurve als diagnosticum Ned T Geneesk 1980; 124: 83-4.

Deelnemers aan de huisartsgeneeskundige conferenties van het NUHI over menstruatiestoornissen waren: J. F. Bakker, J. T. C. Bakker, P. J. A. M. Baselier, W. J. H. M. van den Bosch, Dr. H. J. F. M. Crebolder, J. P. van Dam, C. J. Erdman, R. van der Grinten, Prof. dr. F. J. A. Huygen, H. A. H. M. Lagno, T. Lagno-Janssen, Dr. W. J. Ligtenberg, E. H. van de Lisdonk, P. Mesker, J. L. M. Mesker-Niesten, Prof. dr. J. J. M. Michels, H. A. Nolet, J. W. van Ree, J. W. G. Schellekens, V. C. L. M. G. Tielens, Prof. dr. H. G. M. van der Velden, J. M. T. Versteegen, Th. B. Voorn, J. T. N. Weijters, P. de Winter en R. G. Zwart.

## Nota bene

Het feit dat momenteel het recht van een gehuwde of samenwonende vrouw op een betaalde baan ter discussie staat, duidt erop dat zij door velen als wegwerparbeidskracht wordt gezien.

Stelling bij: Groothuis GMM. Acinar heterogeneity of hepatocytes in transport functions [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit te Groningen, 1982.

Het vrijgeven van de doodsoorzaak voor klinisch en epidemiologisch onderzoek zou moeten worden beschouwd als een ethische plicht ten opzichte van de overlevenden.

Stelling bij: Vandenbroucke JP. Oral contraceptives and rheumatoid arthritis [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1983.

Gebruik van orale contraceptiva heeft bij staken van de behandeling geen verminderde fertiliteit tot gevolg.

Stelling bij: Verbeek PCM. De waarde van locale toediening van kankerchemotherapeutica bij levermetastasen [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit te Leiden, 1983.

Het verdient aanbeveling onderzoek te doen naar het effect van gespreksgroepen voor patiënten met astma op het verloop van het astma.

Stelling bij: Kaptein AA. Illness behavior of patients with asthma [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1982.