

Alles weggehaald...

2. Een onderzoek naar enkele kenmerken van vrouwen die een uterusextirpatie hebben ondergaan

TOINE LAGRO-JANSSEN, JOSÉ FRÉNAVY EN
MARION VAN ARENDONK*

Is een uterusextirpatie een uitloeijsel van een negatief gekleurde beleving van één orgaan – de uterus – of van een in algemene zin negatief ervaren gezondheidstoestand? Welke klachten speelden een rol bij het besluit tot een operatie, en hoe komt dat besluit tot stand? Uit dit vervolgonderzoek blijkt dat de vrouwen met een uterusextirpatie meer geneigd zijn tot somatiseren dan de vrouwen uit de controlegroep. Deze geneigdheid blijkt bovendien weerspiegeld te worden door een relatief groot aantal uterusextirpaties c.q. specialistische verwijzingen in de naaste familie. Deze vrouwen lopen daarmee een reëel risico op overbodig medisch ingrijpen. De belangrijkste klachten zijn abnormaal bloedverlies, moeheid, stemmingsverandering en buikpijn, veelal met gevolgen voor de seksuele relatie met de partner. Bij de besluitvorming spelen vooral de partner en de behandelend gynaecoloog een rol.

Inleiding

De belangrijkste conclusie uit ons onderzoek naar de medische consumptie bij vrouwen die een hysterectomie hadden ondergaan, luidde dat de onderzochte vrouwen zowel vóór als na de operatie meer gebruik maakten van allerlei soorten medische voorzieningen en vaker met onschuldige klachten bij de huisarts kwamen dan de vrouwen uit een controlegroep. Alleen de vrouwen die wegens een prolaps waren geopereerd, vertoonden die hogere consumptie niet.¹

*Toine Lagro-Janssen is huisarts te Nijmegen; José Frénavy is arts; Marion van Arendonk is studente geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. De laatste twee auteurs werkten mee aan het onderzoek in het kader van een wetenschappelijke stage aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

** Met het 'ervaren' van menstruatie, zwangerschap en bevalling bedoelen we niet alleen de houding, maar ook de klachten van de vrouwen met betrekking tot deze gebeurtenissen. Voor de duidelijkheid is daarbij gekozen voor de meest recente zwangerschap en bevalling. Onder de menstruatie wordt het gebruikelijke menstruatiepatroon verstaan. Voor de onderzoeksgroep gold een afbakening tot 3 jaar vóór aanvang van de klachten die leidden tot de operatie.

Somatiseren is gedefinieerd als de neiging om onlustgevoelens en problemen te vertalen in lichamelijke klachten.

Deze uitkomst was aanleiding tot een nader onderzoek naar een aantal kenmerken die mogelijk verband houden met het gedrag van deze vrouwen. De vraag die wij ons stelden, was of de uterusextirpatie gezien moest worden als het gevolg van een jarenlang negatief gekleurde beleving van één specifiek orgaan (de uterus) of als een onderdeel van een in algemene zin negatief ervaren gezondheidstoestand. Tevens waren wij benieuwd naar invloeden vanuit het ouderlijk gezin en naar factoren die bij de beslissing tot de uterusextirpatie een rol hadden gespeeld.

De vraagstelling van het onderzoek luidt als volgt:

1. Verschillen vrouwen die een uterusextirpatie hebben ondergaan, in de volgende opzichten van een controlegroep:
 - a) de wijze waarop zij hun menstruatie, zwangerschap en bevalling hebben ervaren;
 - b) hun neiging tot somatiseren;
 - c) het vóórkomen van uterusextirpaties bij hun moeder en eventuele zusters;
 - d) het aantal malen dat hun kinderen naar specialisten zijn verwezen?
2. Welke klachten vormden naar het oordeel van de vrouwen uit de onderzoeksgroep aanleiding tot de uterusextirpatie, welke gevolgen hadden deze klachten en hoe kwam de beslissing tot opereren tot stand?

Methoden

Uit de 65 proefpersonen uit ons eerste onderzoek zijn die vrouwen gekozen, die het meest recent waren geopereerd. Deze keuze doet de nadelen van een retrospectief onderzoek niet geheel te niet, maar beperkt wél zoveel mogelijk de vertekening van de antwoorden door de tijd. Verder bleven de vrouwen die wegens een prolaps waren geopereerd, buiten beschouwing.

Per praktijk is voorts een controlegroep samengesteld, die naar leeftijd, pariteit, burgerlijke staat en sociale laag vergelijkbaar was.

Gezien de inhoud van de vraagstellingen is gebruik gemaakt van het semi-structureerde interview. Het interview was onderverdeeld in vijf categorieën vragen:

- achtergrondgegevens;
- het beleven van menarche en menstruatie, de eventuele aanwezigheid van menstruatieklachten en de gevolgen hiervan voor de dagelijkse bezigheden;
- het beleven en de ervaren klachten tijdens de laatste graviditeit en partus;
- het vóórkomen van uterusextirpatie bij moeder en zusters;
- het beslissingsproces met betrekking tot de uterusextirpatie (klachten, onderzochte hinder, doorslaggevende redenen om een dokter te raadplegen, motieven die hadden geleid tot de uterusextirpatie, en de personen die het besluit daartoe hadden beïnvloed).^{**}

De vragen uit de laatste categorie zijn vanzelfsprekend alleen gesteld aan de vrouwen uit de onderzoeksgroep.

Ter bewaking van de validiteit en de betrouwbaarheid van het interview kregen de interviewsters een training en werden proefinterviews afgenomen.

Tabel 1 – Table 1. De onderzoeksgroep en de controlegroep. Aantallen – The study group and the control group. Numbers.

	Study group	Control group
Mean age (years)	48.4	51.8
Number of children		
– 0	1	1
– 1-3	21	21
– 4-6	4	5
– >6	1	0
Civil status		
– married	25	26
– divorced	2	1
Social level		
– low	14	17
– middle	11	9
– high	2	1

Ter beoordeling van de neiging tot somatiseren (vraagstelling 1b) vulden de vrouwen zelfstandig de verkorte Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidstoestand in (VOEG, 21 vragen). Er bestaat een hoge correlatie tussen de neiging tot somatiseren en VOEG-scores. Tevens registreert deze vragenlijst persoonlijkheidskenmerken als een relatief permanent patroon in de tijd.²⁻⁴

Voor de beantwoording van vraag-

Tabel 2 – Table 2. Voornaamste klacht vóór de operatie – Principal complaint prior to operation.

Principal complaint	Number
Menstrual problems	20
Contact bleeding	1
Dysmenorrhoea	1
Abdominal pain, dyspareunia	4
Other complaints	1

Tabel 4 – Table 4. Houding ten opzichte van menarche en menstruatie – Attitude towards menarche and menstruation.

	+	+/-	0	-
Study group				
– menarche	4	3	8	12
– menstruation	4	9	9	7
Control group				
– menarche	3	5	1	16
– menstruation	5	6	5	11

+ positive; +/- positive and negative; 0 neutral; – negative.

Tabel 5 – Table 5. Aantallen bevestigende antwoorden op vragen uit de VOEG-lijst – Numbers of affirmative answers to questions from the VOEG list.

Questions (given in abbreviated form)	Study group	Control group
Less appetite	4	3
Sensation of distended stomach	9	7
Dyspnoeic	11	8
Pain chest and heart	11	7
Epigastric pain	6	4
Bad taste in mouth	4	4
Palpitation	10	6
Sensation of tight chest	7	3
Complaints about bones and muscles	22	16
Fatigue	13	11
Headache	14	11
Abdomen upset	5	5
Numbness of limbs	8	8
Fatigability	13	9
Dizziness	5	6
Lassitude	13	9
Ill-defined gastric complaints	6	3
Somnolence, dullness	9	12
Tired upon awakening	9	8
Back pains	15	10
Stomach upset	4	3
Mean number of affirmative answers	7.3 ± 0.8	5.7 ± 0.8

stelling 1d is gebruik gemaakt van de gegevens uit de CMR betreffende het aantal specialistische verwijzingen bij respectievelijk de 0-4 en 5-9 jarigen van de 65 vrouwen mét en de 65 vrouwen zonder uterusextirpatie uit het eerdere onderzoek.¹

Dit onderzoek kan men het beste als een explorerend onderzoek omschrijven. Er zijn daarom geen toetsen ter bepaling van significanties uitgevoerd.

Tabel 3 – Table 3. Voornaamste p.a.-diagnose na de operatie – Principal pathological diagnosis after operation.

Principal diagnosis	Number
(Uterine) fibroids	16
Endometriosis	2
Ovarian cyst	1
Cervicitis, metaplasia	3
No lesion/not specified	5

Resultaten

De onderzoeksgroep omvatte 27 vrouwen die in de periode 1978-1981 een uterusextirpatie hadden ondergaan. In totaal waren vier vrouwen om uiteenlopende redenen (geen tijd, geen zin) niet bereid om mee te doen. De gemiddelde leeftijd ten tijde van het interview bedroeg 48,4 jaar. De gemiddelde leeftijd in de controlegroep was 51,8 jaar. De vergelijkbaarheid van de beide groepen is te zien in *tabel 1*. De pre-operatieve klachten en de pathologisch-anatomische diagnoses staan vermeld in de *tabellen 2* en *3*.

Verschillen

1a. De houding ten opzichte van menarche en menstruatie laat weinig verschillen zien tussen beide groepen (*tabel 4*). Menstruatieklachten zoals irregulariteit, menorrhagie, dysmenorroe en premenstruele symptomen zijn gelijkmatig aanwezig in beide groepen, evenals de nadelige gevolgen die de vrouwen van hun menstruatie ondervonden voor hun dagelijkse bezigheden.

De antwoorden op de vragen hoe men zich voelde tijdens de laatste graviditeit en na de laatste partus, ontlopen elkaar in beide groepen nauwelijks. Ook wat betreft de klachten tijdens de laatste graviditeit en na de laatste partus zijn er slechts geringe verschillen tussen beide groepen.

Door middel van factoranalyse werd duidelijk dat de 'houdingsvragen' als een cluster beschouwd mogen worden. Ook deze vragen worden nagenoeg gelijk beantwoord door de onderzoeksgroep en de controlegroep.

1b. Bij de beantwoording van de VOEG-lijst vinden wij in de onderzoeksgroep een iets hogere score dan in de controlegroep (*tabel 5*). De gemiddelden per respondent bedragen respectievelijk 7,3 en 5,7 met een spreiding van 0,8.

1c. Uit *tabel 6* blijkt dat zusters van vrouwen uit de onderzoeksgroep vaker een uterusextirpatie hebben ondergaan dan zusters uit de controlegroep. Bij de moeders is er geen verschil.

1d. De cijfers uit *tabel 7* hebben betrekking op de kinderen van de 65 vrouwen mét en de 65 vrouwen zonder uterusextirpatie uit het eerste onderzoek.¹ De resultaten wijzen duidelijk in de richting van een hoger aantal verwijzingen in de onderzoeksgroep.

Klachten en beslissingproces

2. Abnormaal bloedverlies is de meest frequent genoemde klacht, die leidde

tot de verwijdering van de uterus, gevolgd door moeheid, stemmingsverandering en buikpijn. Deze klachten hadden voor ruim de helft van de vrouwen tot gevolg dat zij het gewone dagelijkse werk niet meer aankonden. Voor tweederde deel van de respondenten vormden de klachten een handicap in de seksuele relatie met hun partner. De grootste groep consulteerde de huisarts, omdat zij te veel hinder van de klachten

ondervonden. Angst voor kanker speelde bij de helft van de vrouwen een rol.

Het merendeel der vrouwen bezocht met deze klachten vier à zes keer de huisarts. Eén tot twee bezoeken aan de gynaecoloog waren voldoende om tot een uterusextirpatie te besluiten. Bij dit besluit speelde bij zes patiënten mee, dat men na de operatie geen zorgen over anticonceptie meer zou hebben. Bijna de helft betrof het feit dat men daarna

voorgoed van de menstruatie af zou zijn, mede in de besluitvorming en elf vrouwen verwachtten door de uterusextirpatie een verbetering van de seksuele relatie. De vrouwen noemden hun partner en de behandelend gynaecoloog even vaak als de belangrijkste personen die van invloed op de beslissing waren geweest.

De grootste groep vrouwen (22) heeft achteraf geen spijt van de operatie. Wel

Table 6 – Table 6. Uterusextirpatie bij zusters^a en moeders van de vrouwen uit beide groepen – Hysterectomized sisters^a and mothers of the women in both groups.

	yes	no	unknown
Study group			
– sisters (n=22)	12	9	1
– mothers (n=27)	2	24	1
Control group			
– sisters (n=23)	5	17	1
– mothers (n=27)	6	20	1

^a The mean number of sisters was 3.1 in the study group and 3.4 in the control group.

Table 7 – Table 7. Aantal verwijzingen bij de kinderen van 0-4 jaar en 5-9 jaar in beide groepen^a – Number of referrals of children aged 0-4 years and 5-9 years in both groups^a.

	0-4 years	5-9 years
Study group	n=18	n=36
– number of referrals	12	41
Control group	n=23	n=42
– number of referrals	8	21

^a The mean number of children was 3.2 in the study group and 3.5 in the control group.

Synopsis

Lagro-Janssen T, Frénay J, Van Arendonk M. Everything out... 2. A study of some data on hysterectomized women. *Huisarts Weten* 1986; 28: 168-71.

Introduction. The principal conclusion from our study of the medical consumption of hysterectomized women was that these women made ample use of all kinds of medical facilities both before and after the operation.¹ This conclusion prompted a further investigation of the following questions:

1. Do hysterectomized women differ from a control group in the following respects:

- the manner in which they have experienced their menstruation, pregnancy and parturition;
- their tendency to somatize;
- the occurrence of hysterectomies in their mother and sisters, if any;
- the number of referrals of their children to specialists?

2. What were, in the opinion of the women in the study group, the complaints that had led to the hysterectomy, what had been the consequences of these complaints, and how was the decision to operate made?

Methods. The most recently hysterectomized of the 65 women in the first study were selected. Women hysterectomized in view of uterine prolapse were eliminated. Per practice, a control group matched for age, parity, civil status and social class was formed.

Interviews were used to collect back-

grounds data, the experience of menarche and menstruation, menstrual disorders, if any, experience and possible complaints during the last pregnancy and parturition, occurrence of hysterectomy in mother and sisters, and the decision-making process with regard to the hysterectomy. For assessment of the tendency to somatize the women independently completed the abbreviated Questionnaire to Study the Experienced State of Health (Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidsstoestand – VOEG, 21 questions). To answer question 1st we resorted to data provided by the Nijmegen Continuous Morbidity Registration Project concerning the number of referrals to specialists of children aged 0-4 and 5-9 years, respectively, of the 65 hysterectomized and the 65 non-hysterectomized women in the first study.

Results. Table 1 illustrates the comparability of the study group and the control group. Tables 2 and 3 list the preoperative complaints and the pathological anatomical diagnoses.

Ia. The two groups differed but little in attitude towards menarche and menstruation (table 4). The answers to questions about feelings during the last pregnancy and after the last parturition likewise hardly differed.

Ib. In the answers to the questions of the VOEG, the study group scored higher than the control group (table 5). The mean scores per respondent were 7.3 and 5.7 respectively, with a standard deviation of 0.8.

Ic. Table 6 shows that sisters of women in the study group included more hyste-

rectomized women than sisters of women in the control group. For the mothers there was no difference.

Id. The figures in table 7 concern the children of the 65 hysterectomized and the 65 non-hysterectomized women in the first study. The results unmistakably indicate a larger number of referrals in the study group.

2. Abnormal blood loss was the most frequently mentioned complaint leading to hysterectomy, followed by fatigue, mood changes and abdominal pain. In some 50 percent of the cases these complaints had prevented the women from properly coping with ordinary day-to-day activities. In two-thirds of cases the complaints had been a handicap in the sexual relationship with the partner. Most of the women had presented these complaints to the general practitioner on 4-6 occasions. One or two visits to the gynaecologist had been sufficient for the decision in favour of hysterectomy. In six cases the fact that contraception would no longer be of concern after the operation, had played a role in the decision. In nearly 50 percent the absence of menstruation after the operation had been a consideration, and 11 women had expected improvement in the sexual relationship after the operation. The women equally often mentioned their partner and the attending gynaecologist as the key-person influencing the decision in favour of hysterectomy.

Keywords: Family practice; Hysterectomy; Medical consumption.

Address of authors: Groesbeekseweg 12, 6524 DA Nijmegen, The Netherlands.

zou men meer informatie vooraf van huisarts en gynaecoloog op prijs gesteld hebben.

Beschouwing

Grotere neiging tot somatiseren

De vrouwen uit dit onderzoek lijken hun menstruatie, zwangerschap en bevalling hetzelfde te ervaren als de vrouwen zonder een uterusextirpatie. Wél zijn er aanwijzingen dat deze vrouwen hun gezondheid anders beleven. Zij onderscheiden zich van de controlegroep door een grotere neiging tot somatiseren.

Bij de zusters van de hysterectomiepatiënten blijkt vaker een uterusextirpatie te hebben plaatsgevonden. Ook het aantal specialistische verwijzingen van de kinderen van de vrouwen met een uterusextirpatie ligt aanzienlijk hoger dan in de controlegroep. Verscheiden auteurs signaleren een consistentie van klachten voor het gezin als geheel en constateren een duidelijke relatie tussen de gezinsleden ten aanzien van het inroepen van medische hulp.^{5,6} Blijkbaar leert men in het gezin een bepaald ziektegedrag. Een gezinsmatige beïnvloeding, ook ten aanzien van uterusextirpaties en ziektegedrag, lijkt aannemelijk. Dat dit fenomeen bij de moeder ontbreekt, is te verklaren door het feit dat 30 tot 40 jaar geleden het aantal uterusextirpaties gering was.

De uterusextirpatie is waarschijnlijk niet zozeer toe te schrijven aan vervelende ervaringen met betrekking tot één orgaan, maar veeleer aan een algemeen negatieve gezondheidsbeleving en een grotere neiging tot somatiseren. De operatie zou men zodoende eerder kunnen zien als een onderdeel van een bepaald ziektegedrag dan als een op zichzelf staand gebeuren.

Deze bevindingen in een kleine onderzoeksgroep komen overeen met de resultaten van een onderzoek naar het beleven van klachten in een polikliniek gynaecologie. De vrouwen met meno- en metrorragieklachten bleken in dit onderzoek meer in somatische termen te denken, veel somatisch-functionele klachten te hebben en meer angst en depressieve gevoelens te ervaren. Er bleken geen verschillen in psychologische aspecten te bestaan, al naar gelang de klacht al dan niet geschraagd werd door een verklarende afwijking.⁷

Risico op overbodig medisch ingrijpen

Als men bedenkt dat menstruatieklaarten in de leeftijdsgroep van 40-60 jaar frequent voorkomen, is het niet vreemd

dat juist klachten van deze aard door de onderzochte vrouwen gepresenteerd werden. Meno- en metrorragieën zijn minder harde symptomen dan men over het algemeen veronderstelt. Het oordeel van de vrouw over het geschatte bloedverlies, de duur van de menstruatie en het aantal benodigde tampons en verbanden, vertonen blijkens onderzoek geen enkele correlatie met objectief gemeten bloedverlies.^{8,9}

Het gegeven dat deze vrouwen niet aan de huisarts bekend zijn met nerveus-functionele klachten,¹ maakt het waarschijnlijk dat of de arts het ziektegedrag niet betreft bij de probleemverheldering van menstruatieklaarten, of de vrouw in kwestie weinig toegankelijk is voor deze benadering. Deze vrouwen lopen daarmee een reëel risico op overbodig medisch ingrijpen.

Deze bevindingen brachten ons eigenlijk pas achteraf tot de vraag of wellicht ook de kinderen van de vrouwen met een uterusextirpatie vaker ten prooi waren gevallen aan facultatieve operaties, zoals een adeno- en tonsillectomie. Aangezien destijds deze operatie geen aparte codering in de CMR droeg, zou de beantwoording van deze vraag een nieuw kaartonderzoek vergen. Hartstocht en tijd ten aanzien van het onderzoek kenden evenwel grenzen en zodoende is gekozen voor het opsporen van het aantal specialistische verwijzingen bij respectievelijk de 0-4 en de 5-9 jarigen. Deze laatste cijfers waren immers door middel van de CMR gemakkelijker toegankelijk. Zoals blijkt uit tabel 7, was het aantal verwijzingen bij de kinderen van de vrouwen uit de onderzoeksgroep inderdaad aanzienlijk hoger.

Beperkingen

De geldigheid van de onderzoeksresultaten is beperkt, aangezien de indicaties tot uterusextirpatie mede afhankelijk zijn van het beleid van de huisarts en de betrokken gynaecoloog. Daarnaast dient men voor ogen te houden dat slechts ervaringen van de laatste graviditeit en partus onderzocht zijn, en dat een vragenlijst (VOEG) slechts een deel van de werkelijkheid meet. Ook het retrospectieve karakter van het onderzoek stemt tot bescheidenheid. Mogelijk heeft de uterusextirpatie als zodanig de beleving van bijvoorbeeld de menstruatie negatief gekleurd. De eveneens negatieve teneur in de antwoorden van de controlegroep lijkt dit echter te weerspreken. Bovendien gaat het om een kleine groep onderzochte vrouwen.

Met een prospectief onderzoek naar menstruatiestoornissen in een aantal praktijken om over een lange periode te vervolgen welke vrouwen al dan niet een uterusextirpatie ondergaan, zou men aan deze beperkingen kunnen ontkomen. De vraag of een dergelijk ingewikkeld onderzoek voldoende gerechtvaardigd is door de uitkomsten van onze onderzoekingen, zouden wij positief willen beantwoorden. In het bijzonder zouden instrumenten gebruikt c.q. ontwikkeld moeten worden, die angst en depressieve gevoelens – en mogelijk in het verlengde daarvan een geringer uitslaggedrag – genuanceerder kunnen meten.

Dankbetuiging

Met dank aan Henk van den Hoogen en Anton Smits, die zorg droegen voor de begeleiding van respectievelijk de interviews en de statistische verwerking.

¹ Lagro-Janssen T, Van Manen M. Alles weggehaald... 1. Een onderzoek naar de relatie tussen uterusextirpatie en medische consumptie. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 137-40.

² Dirken JM. Arbeid en stress. Het vaststellen van aanpassingsproblemen in werksituaties. Groningen: Wolters Noordhoff, 1969.

³ Van der Ploeg HM. Persoonlijkheid en medische consumptie [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1980.

⁴ Schouwenburg HC. Het klachtenpatroon bij 'somatiserende' patiënten. Ned Tijdschr Psychol 1977; 32: 91-9.

⁵ Heyendaal PHJM, Huygen FJA, Ketelaar van Iersel AMJ, Persoon JMG. Gezin en ziekte. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1972.

⁶ Huygen FJA, Van den Hoogen JGM, Neefs WJ. Gezondheid en ziekte. Een onderzoek van gezinnen. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1321-7.

⁷ Van der Does CD. Beleving van gynaecologische klachten. [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1985.

⁸ Chimbira T, Anderson A, Turnbull A. Relation between measured menstrual blood loss and patient's subjective assessment of loss, duration of bleeding, number of sanitary towels used, uterine weight and endometrial surface area. Br J Obstet Gynaecol 1980; 87: 603-9.

⁹ Fraser J, Mc Carron G, Markham K. A preliminary study of factors influencing perception of menstrual blood loss volume. Am J Obstet Gynecol 1984; 49: 788-93.