

Wat is bekend?

- ▶ Centrale doktersdiensten geven een verlichting van de werkdruk van de huisarts.

Wat is nieuw?

- ▶ De werkdruk op een centrale dokterspost is goed voorspelbaar.
- ▶ Vijftig procent van de hulpvragen wordt telefonisch afgehandeld; zesendertig procent van de hulpvragen kan door de assistente zelfstandig worden afgehandeld.
- ▶ De werkbelasting door de week is vrij constant. Centrale telefoonbeantwoording voor huisartsenzorg buiten kantoor tijden is goed mogelijk voor een grote populatie.

Opvallend is het grote percentage hulpvragen dat telefonisch kan worden afgehandeld. Dat heeft consequenties voor de opzet van centrale posten. De telefonische hulpverlening is niet zozeer aan een plaats gebonden; één centrale post zou voor een groot gebied dienst kunnen doen wat de telefonische opvang betreft en het verdelen van de hulpvraag. Het valt daarom te overwegen om bijvoorbeeld voor de hele provincie Groningen de telefonische opvang door de CDDG te laten verrichten. Eventueel kan de triage door de assistenten worden ondersteund met behulp van de computer en speciaal hiervoor geschreven software.

Literatuur

- 1 Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992;304:1287-90.
- 2 Olesen, F, Jolleys, J V Out of hours service: the Danish solution examined. *BMJ* 1994;309:1624-6.

- 3 Christensen MB, Olesen F. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *BMJ* 1998;316:1502-5.
- 4 Salisbury C, Trivella M, Bruster S. Demand for and supply of out of hours care from general practitioners in England and Scotland: observational study based on routinely collected data. *BMJ* 2000;320:618-21.
- 5 Dale J, Salisbury C. Out-of-hours care. Co-operative society. *Health Serv J* 1999;109:24-7.
- 6 Salisbury C. The demand for out-of-hours care from GPs: a review. *Fam Pract* 2000;17(4):340-7.
- 7 Ebbens E, De Bruijne M. De Nachtwacht. *Huisarts Wet* 2000;43:207-9.
- 8 Giesen P, Haandrikman LGR, Broens S, Schreuder JLM, Mokkink HGA. Centrale huisartsenposten, wordt de huisarts er beter van? *Huisarts Wet* 2000;43:508-10.
- 9 Jaarverslag Coöperatieve Huisartsendienst Nijmegen, 1999.
- 10 De Bakker DH, Beekhoven S, Grielen SJ. Een grootschaliger dienststructuur van huisartsenzorg in Rotterdam: de invoering van centrale huisartsenposten voor de nachtelijke waarneming. Utrecht: NIVEL, 1999.
- 11 Ebbens E, Bruijne M. Geneeskundige zorg buiten kantoor uren in Almere. *Huisarts Wet* 2000;43:511-3.
- 12 Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 1998;317:1054-9.
- 13 Kerngegevens viercijferige postcode gebieden, Centraal Bureau Statistiek, 1977.
- 14 Pieters HM. Acute geneeskunde in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2000;43:499-501.
- 15 Wensing M, Giesen P. Spoedeisende geneeskunde: het patiënten perspectief. *Huisarts Wet* 2000;43:503-6.
- 16 Bergh ETAM, Van den Mokkink HGA. Als elke seconde knelt. *Huisarts Wet* 2000;43:576-80.
- 17 Dijkers F, Heres W. Een nieuwe dienstenstructuur voor huisartsen, hoe realistisch is het vijftien-minuten criterium. *Medisch Contact* 2000;4:130-2.
- 18 Van der Aa K, De Kruif M, Dijkers F, Giesen P, Rijken A, Westrate M, et al. Addendum bij nota Bereikbaarheid en Beschikbaarheid van huisartsenzorg. Utrecht: LHV, 2000.

Menorrhagie en metrorrhagie in vier huisartspraktijken: behandeling, beloop en enkele patiëntkenmerken

Maureen Grob

Marlies Kraan

Toine Lagro-Janssen

Inleiding

In de huisartspraktijk is hevig en/of onregelmatig bloedverlies een veel voorkomende klacht; de NHG-Standaard noemt een incidentie van 15 per 1000 vrouwen per jaar.¹ Metrorrhagie komt met name voor aan het begin en einde van de fertiele levensfase, bij menorrhagie neemt de incidentie toe tot aan de jaren van de menopauze.^{2,3} Bij een niet onaanzienlijk deel van deze vrouwen zullen de klachten uiteindelijk leiden tot verwijdering van de uterus.^{4,5} Naar de diagnostiek, de behandeling en met name

het beloop van menorrhagie en metrorrhagie in de huisartspraktijk is niet veel onderzoek gedaan. De meeste aanbevelingen van de NHG-Standaard komen dan ook voort uit tweedelijns onderzoek. Meerdere malen wordt in de Standaard bericht dat onderzoek ontbreekt en beroept men zich op consensus binnen de werkgroep. Bovendien komen patiënten lang niet altijd met deze klacht bij de huisarts.^{6,7} Welke patiëntkenmerken leiden tot een hogere presentatie aan de huisarts is een interessante vraag, die gevolgen heeft voor de benadering van de klacht in de huisarts-

praktijk. Een adequate aanpak van deze klacht zou het aantal verwijzingen naar de gynaecoloog en het aantal onnodige uterusextirpaties kunnen verminderen.

Wij verrichtten daarom een onderzoek met de volgende vragenstellingen:

- ▶ Hoe vaak komen menorrhagie en metrorrhagie in de huisartspraktijk voor?
- ▶ Welke relevante comorbiditeit bestaat er ten tijde van het stellen van de diagnose?
- ▶ Welke behandeling wordt ingesteld?
- ▶ Hoe is het beloop van de klacht?
- ▶ Verschillen vrouwen met menorrhagie en metrorrhagie in

Samenvatting

Grob M, Kraan M, Lagro-Janssen ALM. Menorrhagie en metrorrhagie in vier huisartspraktijken: behandeling, beloop en enkele patiëntkenmerken. *Huisarts Wet* 2001;44(10):422-7.

Doel Met dit onderzoek is beoogd meer inzicht te krijgen in de behandeling en het beloop van de klacht menorrhagie en metrorrhagie in de huisartspraktijk. Tevens brengt dit onderzoek de aanwezigheid van nerveus-functionele klachten en de medische consumptie van vrouwen met deze klacht in kaart.

Methode Aan de hand van gegevens uit de Nijmeegse Continue Morbiditeitsregistratie en aanvullend dossieronderzoek werden behandeling, beloop, nerveus-functionele klachten en medische consumptie van vrouwen met menorrhagie en metrorrhagie in vier huisartspraktijken retrospectief onderzocht over de periode 1986-1995.

Resultaten Menorrhagie werd gediagnosticeerd bij 149 patiënten, metrorrhagie bij 130. De diagnostiek was in bijna alle gevallen in handen van de huisarts. Bij een metrorrhagie werden hoofdzakelijk progestagenen voorgeschreven, bij menorrhagie orale anticonceptie, progestagenen en NSAID's. Slechts 15% van de vrouwen werd verwezen naar de gynaecoloog. Jonge vrouwen kregen voornamelijk orale anticonceptie, oudere vrouwen progestagenen. Zestig procent van de vrouwen kwam na een jaar niet meer terug op het spreekuur. Nerveus-functionele klachten werden vaker gezien dan in de controlegroep en ook de medische consumptie was groter.

Conclusie De klachten menorrhagie en metrorrhagie worden merendeels door de huisarts afgehandeld, slechts 15% van de vrouwen wordt voor deze klacht verwezen. Vrouwen die zich met menorrhagie en metrorrhagie presenteren, hebben vaker nerveus-functionele klachten en hebben een hogere medische consumptie. Een adequate hulpvraagverheldering is voor de huisarts van het grootste belang.

Vakgroep HSV, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101-229
6500 HB Nijmegen: M. Grob en M. Kraan, basisartsen; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts.
Correspondentie: T.Lagro-Janssen@hsv.kun.nl

een aantal patiëntkenmerken (nerveus-functionele klachten en medische consumptie) van vrouwen zonder deze klachten?

Methoden

Het onderzoek vond plaats in de vier huisartspraktijken die zijn aangesloten bij de Continue Morbiditeits Registratie (CMR). De grootte van de praktijken is over de jaren heen constant ruim 12.000 patiënten gebleven. In de CMR-praktijken worden alle ziekten en aandoeningen volgens vastgelegde criteria gecodeerd.³ Onjuist gebleken codes worden achteraf gecorrigeerd. Met behulp van de CMR-index zijn alle patiënten geselecteerd bij wie in de jaren 1986-1995 de diagnose menorrhagie of metrorrhagie is gesteld. Menorrhagie is gedefinieerd als overmatig (te veel, te lang) bloedverlies tijdens de menstruatie, indien en voorzover er geen organische oorzaak voor wordt gevonden. Metrorrhagie is gedefinieerd als bloedverlies zonder een cyclisch patroon, indien en voorzover er geen organische oorzaak voor wordt gevonden. Vrouwen met menstruatiestoornissen bij pillen IUD-gebruik vallen dus buiten de onderzoekspopulatie en vrouwen bij wie later tevens een uterus myomatosus of een andere oorzaak voor hun afwijkend bloedverlies is gevonden, zijn niet in het onderzoek opgenomen.

De patiëntendossiers en de CMR zijn gebruikt om de volgende gegevens te verzamelen:

- ▶ Achtergrondgegevens. De sociaal economische status (SES) wordt in de CMR vastgesteld op grond van het beroep van de kostwinner en volgens vaste criteria ingedeeld in de categorieën hoog, midden en laag.
- ▶ Comorbiditeit, te weten diabetes mellitus, hypothyreoïdie, obesitas en depressies. Van deze aandoeningen wordt in de literatuur een relatie met menstruatiestoornissen beschreven.^{8,9}
- ▶ De therapie die door de huisarts is ingesteld, inclusief de verwijzingen. Zowel de initiële als de vervolgetherapie zijn nagegaan.
- ▶ Beloop van de klacht, door na te gaan of de vrouwen tot 5 jaar na het stellen van de diagnose hiervoor nog terugkwamen op het spreekuur.
- ▶ Patiëntkenmerken, te weten nerveus-functionele klachten en medische consumptie. Deze parameters zijn beschouwd als uiting van hulpvraaggedrag en uit eerder onderzoek relevant gebleken voor het presenteren van menstruatiestoornissen aan de huisarts.^{9,10-12} Het aantal episodes nerveus-functionele klachten werd vijf jaar vóór en na het stellen van de diagnose geteld. Tevens is het aantal patiënten met de diagnose chronische nerveus-functionele klachten geregistreerd. De diagnose nerveus-functionele klachten wordt gesteld indien aan twee criteria is voldaan: allereerst moet bij onderzoek geen lichamelijke afwijking worden gevonden, daarnaast moet het op grond van de anamnese of de huisarts bekende levensomstandigheden waarschijnlijk zijn dat de oorzaak op psychosociaal gebied ligt. Tevens is als uiting van nerveuze klachten het

regelmatig benzodiazepinegebruik nagegaan, waarbij 'regelmatig' wordt gedefinieerd als meer dan negen recepten benzodiazepinen in de drie jaar voorafgaand aan de diagnose menorrhagie of metrorrhagie. Tot slot is gekeken naar de medische consumptie met het accent op die consumptie waar psychologische patiëntkenmerken een rol spelen zoals de verwijzingen naar de fysiotherapie en sommige buikoperaties. Hiertoe werd het aantal consulten, exclusief de gynaecologische consulten, in het jaar voorafgaand aan de diagnose geteld, het aantal verwijzingen naar fysiotherapie vijf jaar vóór en na het stellen van de diagnose en het aantal buikoperaties in de voorgeschiedenis, zoals appendectomie, sectio caesarea en cholecystectomie.^{13,14}

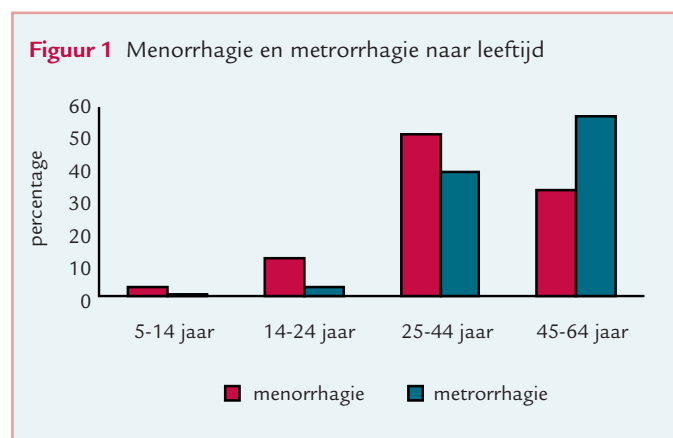
Een pilotonderzoek van 20 patiëntendossiers is uitgevoerd om de bruikbaarheid van het opgestelde registratieformulier te testen. Bij onduidelijkheid werd overlegd met de huisarts in de betreffende praktijk. Voor de onderzoeksvragen over comorbiditeit en patiëntkenmerken zijn 262 patiëntendossiers van een controlegroep uit de CMR-populatie bestudeerd; 17 controlepatiënten bleken dubbel geïncludeerd en zijn niet meegeteld. De controlegroep is gematcht op leeftijd, SES, tijdsperiode en huisartspraktijk.

De gegevens zijn verwerkt met behulp van het computerprogramma SPSS 9.0. Voor de statistische analyse is gebruik gemaakt van de chi-kwadraattoets.

Resultaten

Achtergrondinformatie

Er zijn 288 vrouwen geselecteerd. Negen vrouwen vielen uit omdat er geen dossier gevonden kon worden. Uiteindelijk zijn er 279 vrouwen geïncludeerd. Van deze 279 vrouwen kregen 130 vrouwen de diagnose metrorrhagie en 149 vrouwen de diagnose menorrhagie. Menorrhagie komt het meest in de leeftijd 25-44 jaar voor en metrorrhagie stijgt met de leeftijd (figuur 1). De gemiddelde volgduur was 9 jaar en 4 maanden (range: 1 maand-10 jaar). Eenenzeventig procent was gedurende de volledige onderzoeksperiode te vervolgen.



Comorbiditeit

Diabetes mellitus, hypothyreoïdie, obesitas en depressie kwamen niet significant vaker voor in de patiëntengroep vergeleken met de controlegroep.

Behandeling

Bij een metrorrhagie werden in hoofdzaak progestagenen of orale anticonceptie voorgeschreven, bij menorrhagie naast anticonceptie ook progestagenen en NSAID's (tabel 1). In geval van menorrhagie werd vaker geen medicamenteuze therapie ingesteld dan bij een metrorrhagie.

Leeftijd beïnvloedde de therapie: jonge vrouwen (< 25jaar) kregen in de helft van de gevallen orale anticonceptie voorgeschreven en oudere vrouwen kregen voornamelijk progestagenen. Het relatieve aantal vrouwen dat geen medicatie kreeg, was het grootst in de jongste leeftijdscategorieën: 9 vrouwen in de leeftijd tot 25 jaar (n=27) en 25 vrouwen tussen 45-64 jaar (n=124).

Tabel 1 Ingestelde initiële therapie bij metrorrhagie en menorrhagie (aantallen)

	Metrorrhagie (n=130)	Menorrhagie (n=149)
Orale anticonceptie	34	43
Progestagenen	56	27
NSAID's	1	21
Uterustonica	5	8
Anders	1	1
Geen therapie ingesteld	24	44
Meteen verwezen	13	4

Binnen de groep vrouwen met de laagste SES kreeg 29 procent geen initiële therapie. Dit percentage was 22% bij de middelste SES en 8% bij de hoogste SES.

Bij eenderde deel van de vrouwen (n=95) is de initiële behandeling (ingesloten de vrouwen zonder medicatie) tijdens de follow-up niet veranderd, bij een ander derde deel (n=87) wel. Van deze vrouwen kregen er 48 orale anticonceptie als middel van tweede keus en 31 progestagenen. Bij het resterende derde deel (n=93) werd de aanvankelijke medicatie zonder vervanging gestopt. Er werden 41 vrouwen verwezen: 29 vrouwen met metrorrhagie en 12 met menorrhagie. De verwijzingen werden onderscheiden in verwijzingen bij het eerste consult (directe verwijzing; n=17) en latere verwijzingen (n=24). De gemiddelde tijdsduur tussen diagnose en verwijzing bedroeg 9 maanden (0-55 maanden) Als reden van directe verwijzing werd zeven keer de wens van de patiënt genoteerd. Zeven keer werd geen reden genoemd en de resterende drie waren om andere redenen. Als reden van latere verwijzing werd dertien keer genoteerd dat de ingestelde ther-

pie onvoldoende resultaat gaf, zes keer de wens van patiënte en vijf keer werd de reden niet genoemd.

Er bleek geen verband te bestaan tussen een laag Hb en verwijzing naar de tweede lijn. Bij de verwezen metrorrhagiepatiënten werd hoofdzakelijk een curettage (n=14) of een hysterectomie (n=8) verricht. Drie vrouwen kregen medicatie; bij drie vrouwen werd geen behandeling ingesteld en bij één vrouw was de therapie onbekend. In de menorrhagiegroep bestond de behandeling bij vier vrouwen uit medicatie; twee vrouwen werden gecuretteerd en bij drie vrouwen werd een hysterectomie verricht. Eén vrouw onderging een selectieve endometriumdestructie en bij twee vrouwen werd geen therapie gegeven.

Beloop

In totaal kwam 39% van de patiënten na het stellen van de diagnose niet meer met de klacht terug; 18% kwam alleen nog in het eerste jaar terug, maar daarna niet meer. Een vijfde van de vrouwen (21 procent) kwam pas na een jaar opnieuw met klachten. De overige 19 procent van de vrouwen kwam zowel in het eerste jaar als ook daarna terug op het spreekuur. In het beloop van de klachten was geen verschil te zien tussen menorrhagie en metrorrhagie. Wel werd er verschil gevonden tussen de verschillende leeftijdscategorieën: in de leeftijdscategorie 25-44 jaar kwam 41 procent binnen een jaar met de klacht terug en 49% na een jaar. Voor de oudere vrouwen waren deze percentages respectievelijk 38 en 36%. De jongere vrouwen (<25 jaar) kwamen zelden opnieuw bij de huisarts.

Nerveus-functionele klachten

In de patiëntengroep werden vaker chronische nerveus-functionele klachten gediagnosticeerd en waren er minder vrouwen zonder nerveus-functionele episodes in het verleden vergeleken met de controlegroep (p= 0,030) (tabel 2). Ook in de follow-up

Tabel 2 Vóórkomen van nerveus-functionele (NF) episodes (aantallen)

	Patiënten (n=279)	Controles (n=262)
<i>5 jaar voorafgaand aan diagnose</i>		
geen NF episodes	128	162
1-3 NF episodes	74	59
≥4 NF episodes	10	10
chronisch NF	47	31
<i>5 jaar volgend op diagnose</i>		
geen NF episodes	131	158
1-3 NF episodes	69	67
≥4 NF episodes	7	2
chronisch NF	54	35

periode hadden vrouwen uit de patiëntengroep significant meer nerveus-functionele klachten (p=0,025).

Regelmatig benzodiazepinegebruik kwam significant vaker voor in de patiëntengroep: namelijk 15 keer versus 6 keer in de controlegroep (p=0,045).

Medische consumptie

De vrouwen in de patiëntengroep bleken vaker hun huisarts te consulteren dan vrouwen in de controlegroep (p=0,030) en het aantal vrouwen dat nooit fysiotherapie heeft gehad bleek kleiner (tabel 3). Verwijzingen voor fysiotherapie vonden significant vaker plaats in de patiëntengroep, zowel in de vijf jaar vóór als in de vijf jaar na het stellen van de diagnose.

Tabel 3 Verwijzingen fysiotherapie (aantallen)

	Patiënten (n=279)	Controles (n=262)
<i>5 jaar voorafgaand aan diagnose</i>		
geen fysiotherapie	167	205
1 of 2 keer fysiotherapie	78	51
3 of 4 keer fysiotherapie	13	5
5 keer of vaker fysiotherapie	1	1
<i>5 jaar volgend op diagnose</i>		
geen fysiotherapie	165	190
1 of 2 keer fysiotherapie	65	58
3 of 4 keer fysiotherapie	25	14
5 keer of vaker fysiotherapie	6	0

Bij 24 vrouwen uit de patiëntengroep werd een appendectomie verricht in de voorgeschiedenis, versus 11 uit de controlegroep (p=0,022). Het aantal vrouwen met een sectio caesarea (n=15) en een cholecystectomie (n=7) verschilde niet met dat van de controlegroep.

Beschouwing

Metrorrhagie als uiting van een hormonale dysbalans wordt gezien aan het begin en het einde van de fertiele levensfase.² Het frequent voorkomen in ons onderzoek van metrorrhagie bij vrouwen tussen 45-64 jaar past hierbij. De verwachte piek bij de jongste leeftijdscategorie werd echter niet bevestigd. Een verklaring kan zijn dat jonge vrouwen al vóór eventueel optredende klachten orale anticonceptie gebruiken.

Patiënten met metrorrhagie werden hoofdzakelijk behandeld met progestagenen; patiënten met menorrhagie kregen vooral orale anticonceptie. Dit is opvallend, omdat in de Standaard bij metrorrhagie regulering van de cyclus met orale anticonceptie wordt geadviseerd.¹ Op het moment van presentatie van de klacht heeft het couperen van het bloedverlies waarschijnlijk zoveel prioriteit,

dat regulering achterwege blijft. Bovendien willen vrouwen in die leeftijd niet (meer) aan de pil. Bij menorrhagie werd vaker dan bij metrorrhagie geen medicatie gegeven. Bij menorrhagie zijn de klachten voorspelbaar en daardoor wellicht minder hinderlijk dan bij metrorrhagie en is geruststelling voldoende.

Vrouwen in de hoogste sociaal-economische laag kregen vrijwel altijd medicamenteuze therapie, in tegenstelling tot vrouwen in de lagere sociaal-economische klassen. Wellicht was de laatste groep eerder de vraag naar informatie en geruststelling aan de orde dan de vraag naar behandeling. Mogelijk dat ook de acceptatie van heviger bloedverlies hoger is was in de lagere sociaal economische klasse.

De meeste patiënten met menorrhagie werden behandeld in de huisartspraktijk. De verwezen patiënten waren overwegend vrouwen met metrorrhagie. Differentiaal-diagnostisch overwogen van een maligniteit als oorzaak van de metrorrhagie speelde hierbij waarschijnlijk een rol. De toegepaste onderzoeksmethode is niet de meest geschikte om de reden van verwijzing te inventariseren, aangezien die niet altijd expliciet werd genoteerd in het dossier. Toch is het opvallend dat bij de directe verwijzingen de wens van de patiënt vaak de doorslag gaf. Bij latere verwijzingen lag de reden meer in het uitblijven van effect van de ingestelde behandeling.

Bijna 60% van de vrouwen kwam na een jaar niet meer op het spreekuur voor hun menstruatieklaagt. Vooral vrouwen in de leeftijd tot 25 jaar hadden aan één consult genoeg. Een verklaring hiervoor is dat jonge vrouwen vaak nog anovulatoire cycli hebben (*metrorrhagie des vierges*) die in de loop der tijd verdwijnen.² Een andere verklaring is dat jonge vrouwen vaak bij het eerste consult orale anticonceptie krijgen voorgeschreven en dit een langdurige oplossing voor de klachten is.

Dit brengt ons op een aantal beperkingen van het onderzoek ten gevolge van het retrospectieve karakter van de CMR-data. 'Niet terugkomen' wil niet met zekerheid zeggen dat er geen klachten meer zijn; er is immers niet systematisch gevraagd naar het beloop van de klachten bij alle patiënten. Men mag er echter naar onze mening van uitgaan dat het merendeel van de patiënten eventuele ontevredenheid over de behandeling tijdens een nieuw consult gemeld zou hebben. Tevens is ook niet getoetst of alle huisartsen zich strikt aan de criteria voor het stellen van de diagnoses menorrhagie en metrorrhagie hebben gehouden. De registerende CMR-artsen hebben met maandelijkse vergaderingen een zekere uniformiteit weten te bereiken en zijn ervaren huisartsen. Bovendien biedt het registratiesysteem en additioneel het onderhavige onderzoek de mogelijkheid om foutieve diagnoses in het verloop te corrigeren.

Dat menstruatiestoornissen vaak samengaan met diabetes mellitus, hypothyreoïdie en obesitas – een in leerboeken vermelde combinatie – is in dit onderzoek niet gevonden. Uit eerder onderzoek is gebleken dat menstruatiestoornissen gerelateerd zijn aan psychiatrische klachten en meer psychosociale problematiek.^{9,10} Dit wordt in ons onderzoek niet bevestigd voor depressieve stoornissen. Wel laten onze resultaten zien dat de vrouwen met

menorrhagieën en metrorrhagieën een hogere medische consumptie hadden en meer nerveus-functionele klachten dan vrouwen zonder deze menstruatiestoornissen. In de patiëntengroep werden ook significant meer benzodiazepinen gebruikt. Deze bevindingen ondersteunen de hypothese dat de perceptie van lichamelijke klachten bij genoemde patiënten leidt tot een grotere bezorgdheid over hun gezondheid en een hoger hulpvraaggedrag. Er lijkt sprake van een neiging tot somatisatie. In een eerder onderzoek naar vrouwen met uterusextirpatie concludeerden wij dat vrouwen met een uterusextirpatie op basis van menstruatiestoornissen een grotere neiging hadden tot somatiseren.^{11,12} Dit suggereert dat ook een psychologisch referentiekader op zijn plaats is bij de interpretatie van de klacht, met name de wijze van betekenisgeving van klachten. Een goede hulpvraagverheldering en exploratie van de betekenis van de klacht door de huisarts zal dan ook een belangrijke plaats in moeten nemen bij de benade-

Abstract

Grob M, Kraan M, Lagro-Janssen ALM. Menorrhagia and metrorrhagia in four general practices: treatment, course and some patient characteristics. *Huisarts Wet* 2001;44(10):422-7.

Introduction The aim of this study was to gain more insight into the treatment and course of menorrhagia and metrorrhagia in general practice. The study also records the presence of functional complaints and the medical consumption of women with these complaints.

Methods A retrospective study to analyse treatment, course, functional complaints and medical consumption of women complaining of menorrhagia or metrorrhagia in general practice was carried out during the period 1986-1995. Data were obtained from four general practices, the information being supplied by the Continuous Morbidity Registration Project (CMR) at Nijmegen University. The CMR registers all morbidity notified to the general practitioner. The CMR was used as an index to identify patients diagnosed with menorrhagia or metrorrhagia. Additional data were collected from the patients' records.

Results Menorrhagia was diagnosed in 149 patients, metrorrhagia in 130. Menorrhagia and metrorrhagia were primarily diagnosed by the general practitioner. Patients complaining of metrorrhagia were mainly treated with progestagens, menorrhagia with oral contraceptives, progestagens or NSAIDs. Only 15% were referred to a gynaecologist. Young women were primarily prescribed oral contraceptives, elderly women progestagens. Sixty percent of the women no longer sought medical advice from the general practitioner after one year. Functional complaints were found significantly more frequently and medical consumption was higher when compared with a control group.

Conclusion Patients with menorrhagia and metrorrhagia were primarily diagnosed by their general practitioner, only one in eight being referred to a specialist. Women presenting with menorrhagia or metrorrhagia suffer from functional complaints more often and show a higher medical consumption.

Exploring the reason for consulting the GP is of the utmost importance for the doctor practitioner in the case of menstrual disorders.

ring van menorrhagie- en metrorrhagieklaachten. Dit speelt des te meer omdat huisartsen zich in het besluit om te verwijzen bij menstruatiestoornissen laten beïnvloeden door hun eigen vooronderstellingen van de wensen van hun patiënt.¹⁵ Gezien de gebleken anamnestiche onbetrouwbaarheid lijkt het zinvol de zoektocht naar methoden om de hoeveelheid bloedverlies te kwantificeren voort te zetten.¹⁶⁻²⁰

Dankbetuiging

De auteurs bedanken Hans Bor, statisticus, voor de statistische bewerking van de gegevens.

Literatuur

- 1 Meijer LJ, Zwart S, Wemekamp H, Boukes FS, Burgers JS. NHG-Standaard Vaginaal Bloedverlies (eerste herziening). Huisarts Wet 2001;44(6):260-6.
- 2 Bayer SR, DeCherney AH. Clinical manifestations and treatment of dysfunctional uterine bleeding. JAMA 1993; 269:1823-8.
- 3 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Elsevier/Bunge, 1999.
- 4 Prentice A. Medical management of menorrhagia. BMJ 1999;319: 1343-5.
- 5 Peters AAW, Hamers SEES. Hysterectomie: het kan minder en anders. Tijdschr Huisartsgeneesk 1993;10:95-9.
- 6 Van Eijkeren MA, Christiaens GCML, Scholten PC, Sixma JJ. Menorrhagia. Current drug treatment concepts. Drugs 1992;43:201-9.
- 7 Lamberts H. In het huis van de huisarts: verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1994.
- 8 Galle PC, McRae MA. Abnormal uterine bleeding. Finding and treating the cause. Postgrad Med 1993;93:73-6.
- 9 Gath D, Osborn M, Bungay G, Iles S, Day A, Bond A, et al. Psychiatric disorder and gynaecological symptoms in middle aged women: a community survey. BMJ 1987;294:213-8.
- 10 Coulter A, Bradlow J, Agass M, Martin-Bates C, Tulloch A. Outcomes of referrals to gynaecology outpatient clinics for menstrual problems: an audit of general practice records. Br J Obstet Gynecol 1991;98: 789-96.
- 11 Lagro-Janssen T, Van Manen M. Alles weggehaald 1. Een onderzoek naar de relatie tussen uterusextirpatie en medische consumptie. Huisarts Wet 1986;29:137-40.
- 12 Lagro-Janssen T, Frénay J, Van Arendonk M. Alles weggehaald 2. Een onderzoek naar enkele kenmerken van vrouwen die een uterusextirpatie hebben ondergaan. Huisarts Wet 1986;29:168-71.
- 13 Barraclough BM. Appendicectomy in women. J Psychosom Res 1968; 11:231-4.
- 14 Hoogendoorn D. De kans op hysterectomie en schatting van het aantal sterfgevallen aan kanker dat door hysterectomieën in de huidige frequentie wordt voorkomen. Ned Tijdschr Geneesk 1984;128: 1937-40.
- 15 Coulter A, Peto V, Doll H. Patients' preferences and general practitioners' decisions in the treatment of menstrual disorders. Fam Pract 1994;11:67-74.
- 16 Fraser IS, McCarron G, Markham R. A preliminary study of factors influencing perception of menstrual blood loss volume. Am J Obstet Gyn 1984;149:788-93.
- 17 Chimbira B, 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.
- 18 Van Eijkeren M, Scholten PC, Christiaens GCML, Alsbach GPJ, Haspels AA. The alkaline hematin method for measuring menstrual blood loss- a modification and its clinical use in menorrhagia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1986;22:345-51.
- 19 Higham JM, O'Brien PMS, Shaw RW. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. Br J Obstet Gynaecol 1990;97:734-9.
- 20 Rees MCP. Role of menstrual blood loss measurements in management of complaints of excessive menstrual bleeding. Br J Obstet Gynecol 1991;98:327-8.