

Abnormaal vaginaal bloedverlies

H de Vries, N Brendel, PJE Bindels, AH Blankenstein, R Barentsen

Van klacht naar probleem

In de fertile levensfase behoren de menstruaties bij de vrouw met een zekere regelmaat te komen: eens per 21 tot 40 dagen. De normale duur is niet langer dan 7 dagen. Abnormaal vaginaal bloedverlies is bloedverlies dat afwijkt van de normale menstruatie door veranderingen in duur en/of hevigheid en/of tijdstip van

Samenvatting

De Vries H, Brendel N, Bindels PJE, Blankenstein AH, Barentsen R. *Huisarts Wet* 2002;45(6):316-9.

Overvloedig, tussentijds of onregelmatig vaginaal bloedverlies berust vaak op een betrekkelijk onschuldige hormonale ontregeling of is een bijwerking van anticonceptie, antistolling of andere medicatie. Met behulp van anamnese, inspectie van de vulva, speculumonderzoek en vaginaal toucher schat men de kans in op organische oorzaken zoals zwangerschapscomplicaties, *pelvic inflammatory disease*, vaginitis, cervicitis, poliepen en myomen. Bij postmenopauzaal bloedverlies zijn maligniteiten niet zeldzaam (circa 8%). Minstens drie maanden overvloedig vloeien is reden voor bloedonderzoek op ferriprievie anemie. Een zwangerschapstest is vaak noodzakelijk om vloeien als complicatie van een niet-bekende zwangerschap uit te sluiten. Bij contactbloedingen, tussentijds of onregelmatig bloedverlies en postmenopauzaal bloedverlies is een cervixuitstrijk aangewezen om een (pre) maligne cervixafwijking uit te sluiten. Stollingscreening wordt aanbevolen wanneer de anamnese op een familiale stollingsstoornis of bloedingsneiging wijst en bij menorrhagie sinds de menarche. Indien soa anamnestic niet kunnen worden uitgesloten is een chlamydia-test geïndiceerd bij tussentijds of onregelmatig bloedverlies. Een vaginale echoscopie is geïndiceerd bij elk postmenopauzaal bloedverlies ter uitsluiting van een endometriumcarcinoom, in de fertile fase bij vergrote adnexen of ter opsporing van intracavitare afwijkingen. Nader specialistisch onderzoek bestaat uit aspiratiebiopsie of hysteroscopie met biopsieën en histologisch onderzoek. Diagnostische curettage is hierdoor overbodig geworden.

VU-medisch centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde, Van der Boerhorststraat 7, 1021 BT Amsterdam: dr. H. de Vries en dr. A.H. Blankenstein, huisartsen; N. Brendel, student geneeskunde; afdeling Gynaecologie en Verloskunde, dr. R. Barentsen, gynaecoloog. AMC/Universiteit van Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde, divisie Public Health, prof.dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar Huisartsgeneeskunde
Correspondentie: dr. H. de Vries, e-mail: h.de_vries.gpnh@med.vu.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niet aangegeven.

de bloeding.² Daarbij gaat het om verschillende typen: overvloedig, tussentijds, onregelmatig of postmenopauzaal bloedverlies. Bloedverlies tijdens een bekende zwangerschap of post-partum komt hier niet aan de orde.

Minder dan één op de tien vrouwen met klachten over overvloedig bloedverlies consulteert hiervoor een arts.¹ De beleving van de menstruele cyclus en eventuele afwijkingen hierin hangt sterk af van persoonlijke en culturele normen. Die normen bepalen mede of er al dan niet een arts geraadpleegd wordt. Het exploreren van de beleving en het verhelderen van de hulpvraag zijn ook bij deze klacht onmisbaar.^{1,2} De incidentie van de contactredenen in de huisartspraktijk is in *tabel 1* weergegeven.

De huisarts staat voor de lastige opgave om bij abnormaal vaginaal bloedverlies in de fertile fase te midden van veelvoorkomende onschuldige hormonale oorzaken een aantal organische oorzaken met belangrijke implicaties uit te sluiten dan wel aan te tonen. Chlamydia-infecties, complicaties van niet-bekende zwangerschap, organische afwijkingen aan de uterus, stollingsstoornissen en cervixcarcinoom kunnen abnormaal bloedverlies veroorzaken in de fertile periode. Postmenopauzaal bloedverlies is in ongeveer 8% van de gevallen het gevolg van een maligne aandoening van de genitalia interna.³⁻⁵

Tabel 1 Incidentie van contactredenen aan het begin van een episode per 1000 vrouwen per jaar⁴

Menstruatie overmatig/onregelmatig	15
Intermenstrueel bloedverlies	8
Bloedverlies na coïtus	2
Postmenopauzaal bloedverlies	3

Van probleem naar differentiële diagnose

Als er sprake is van de klacht abnormaal vaginaal bloedverlies dient eerst bepaald te worden in welk opzicht het bloedverlies abnormaal is.

Overvloedig bloedverlies (menorrhagie) is hevig menstrueel bloedverlies (meer dan voor deze vrouw gebruikelijk) of langer dan zeven dagen durend menstrueel bloedverlies met een duidelijk herkenbaar cyclisch patroon.^{1,2} Menorrhagie komt per definitie alleen voor in de fertile fase. Een menorrhagie duidt op ovulatoire cycli en is dikwijls het gevolg van organische afwijkingen zoals een submucosus gelegen uterusmyoom, een poliep van cervix- of endometriumslimvlies of endometriose in de uteruswand.² De belangrijkste pathofysiologische mechanismen zijn een vergroting van het binnenoppervlak van de uterus en zwak, makkelijk bloedend slimvlies over de afwijking zelf. Dat kan ook tot intermenstrueel bloedverlies leiden. Overigens blijkt bij onderzoek in

asymptomatische populaties dat poliepen en myomen niet altijd met abnormaal bloedverlies gepaard gaan.

Stollingsstoornissen. Aangeboren stollingsstoornissen kunnen zich manifesteren met persisterende menorrhagieën bij jonge vrouwen. Ook verworven hemorragische diathesen (bijvoorbeeld idiopathische trombocytopenische purpura) leiden incidenteel tot een menorrhagie, evenals het gebruik van anticoagulantia of acetylsalicylzuur.

Hypothyreoïdie. Menstruatiestoornissen manifesteren zich bij een bekende hypothyreoïdie meestal als een oligo- of amenorroe; minder vaak is er een menorrhagie. Het is de vraag of menorrhagie als het eerste symptoom van een hypothyreoïdie voor de praktijk van betekenis is.

Tussentijds bloedverlies is vaginaal bloedverlies in de periode tussen herkenbare menstruaties, meestal in een geringe hoeveelheid. In de vruchtbare levensfase wordt dit vaak veroorzaakt door subtiele verstoringen van de complexe hormonale sturing. Licht tussentijds bloedverlies – spotting – kan optreden als bijwerking van orale anticonceptie of een IUD zonder progestageen. Ontstekingsprocessen (vaginitis, cervicitis en endometritis) resulteren meestal in tussentijds of onregelmatig betrekkelijk licht bloedverlies door lokale beschadiging van het slijmvlies. Hiervan is infectie met *Chlamydia trachomatis*, opstijgend vanuit de cervix, berucht in verband met het risico op infertiliteit door salpingitis. Corticosteroïden systemisch of lokaal toegepast, veroorzaken soms tussentijds bloedverlies door het effect op hypothalamus/hypofyse. Een maligniteit van cervix, uterus of ovarium kan ook tussentijds bloedverlies veroorzaken.

Een **contactbloeding** is bloedverlies dat optreedt na de coïtus. Aandoeningen van de cervix (erosie, cervicitis of cervixcarcinoom) of vagina kunnen zich door contactbloedingen manifesteren of makkelijk bloeden van het cervixslijmvlies bij speculumonderzoek of cervixuitstrijk tot gevolg hebben.

Onregelmatig bloedverlies (metrorragie) is vaginaal bloedverlies waarbij geen cyclisch patroon herkenbaar is, meestal in sterk wisselende hoeveelheid. Metrorragie komt voor in de eerste jaren na de menarche ('*métrorrhagie des jeunes vièrges*') en in de overgang. De cycli zijn gedurende enkele jaren anovulatoir en persisterende follikels geven langdurig verhoogde oestrogeenspiegels met oestrogene doorbraakbloedingen als gevolg. Ook een depotprogestageen kan bij 10-20% van de betrokken vrouwen leiden tot doorbraakbloedingen. Bij een vrouw die zich niet realiseert zwanger te zijn kan onregelmatig, soms extreem bloedverlies een uiting zijn van een extra-uteriene graviditeit (EUG), een miskraam (dreigend, beginnend, in gang, incompleet), een molazwangerschap of, minder ernstig, een deciduabloeding. Ook maligniteiten (cervix-, uterus- of ovariumcarcinoom) kunnen zich met een metrorragie manifesteren.

Postmenopauzaal bloedverlies is vaginaal bloedverlies dat spontaan (dus niet door hormoonsuppletiebehandeling) optreedt op een tijdstip later dan één jaar na de menopauze. In de postmenopauze worden relatief vaak organische afwijkingen van de genitalia interna gevonden als oorzaak van vaginaal bloedverlies. Het

Methodologie

Elke bijdrage in de serie diagnostiek wordt volgens strikte criteria geschreven. Uitgangspunt voor deze bijdrage waren de diagnostische richtlijnen van de in 2001 gepubliceerde herziene versie van de NHG-Standaard Vaginaal Bloedverlies.¹ Het accent ligt op aanvullende informatie verkregen met een Medlinesearch over de periode 1985 tot en met 2001 naar richtlijnen, reviews en empirisch onderzoek. Hierbij werd steeds een trefwoord voor de klacht: *abnormal vaginal bleeding, abnormal uterine bleeding, premenopausal bleeding, postmenopausal bleeding* gecombineerd met een zoekterm betreffende de huisartsgeneeskunde: *family practice, primary care*, óf epidemiologie/besliskunde: *incidence, sensitivity, specificity* óf het diagnostisch proces: *diagnosis differential, history-taking, physical examination, laboratory tests, ultrasonography*.

betreft endometriumpoliepen, (submuceuze) myomen en maligniteiten als endometrium-, ovarium-, cervix- en vulvacarcinoom. Andere oorzaken zijn atrofische vaginitis en endometriumatrofie of -hyperplasie.

Epidemiologie

Naar de frequentieverdeling van de verschillende oorzaken van abnormaal vaginaal bloedverlies in de fertile fase is in de huisartspraktijk tot dusverre geen gericht onderzoek gedaan. In tabel 2 zijn de voorafkansen gebaseerd op gegevens uit het Transitieproject weergegeven. De diagnoses zijn hierbij door de registrerende huisartsen gesteld op grond van beperkt lichamelijk onderzoek (slechts bij 50%) en betrekkelijk weinig of vaak geen aanvullend onderzoek. Het gaat dus overwegend om waarschijnlijkheidsdiagnosen.

Tabel 2 Einddiagnosen bij vaginaal bloedverlies als contactreden aan het begin van een episode^{1,4}

Overvloedig of onregelmatig bloedverlies	
– geen nadere diagnose	66%
– bijwerking geneesmiddel, orale anticonceptiva	10%
– myomen of poliepen	5%
– overgang	3%
– spontane abortus	2%
– PID	1%
Tussentijds bloedverlies	
– geen nadere diagnose	50%
– bijwerking geneesmiddel, orale anticonceptiva of IUD	35%
Contactbloedingen	
– geen nadere diagnose	53%
– cervixafwijking	18%
Postmenopauzaal bloedverlies	
– geen nadere diagnose	57%
– maligne neoplasma van de geslachtsorganen	8%

*Alleen diagnoses met een absolute incidentie > n=10 zijn vermeld.

Bij abnormaal vaginaal bloedverlies in de fertiele fase wordt geen organische oorzaak gevonden bij de helft van de vrouwen die naar een gynaecoloog verwezen zijn.^{5,6} De kans op een endometriumcarcinoom is vóór de menopauze 0-2%.^{5,6} Bij postmenopauzaal bloedverlies wordt bij 19-53% van de verwezen vrouwen geen organische afwijking gevonden, terwijl bij 4-9% uiteindelijk een endometriumcarcinoom vastgesteld wordt.^{3,5,7,8} De kans hierop neemt sterk toe met de leeftijd: 0% onder de 50 jaar en 34% boven de 80 jaar.⁷ Stollingsstoornissen komen wellicht vaker voor dan verwacht. In de VS bleek van 121 vrouwen van 18-45 jaar met een menorrhagie 11% een erfelijke stollingsstoornis te hebben (bij twee derde de ziekte van Von Willebrand) tegen 3% van een controlegroep van vrouwen zonder menorrhagie (n=123).⁹ Bij de blanke patiënten werd de ziekte van Von Willebrand zelfs bij 16% vastgesteld.⁹ Andere onderzoeken hadden vergelijkbare uitkomsten (stollingsstoornis bij 17-20%), maar vonden plaats in geselecteerde populaties.

Diagnostiek in de huisartspraktijk

VOORGESCHIEDENIS EN CONTEXT

Negroïde vrouwen hebben een relatief grote kans om myomen te krijgen. De kans dat de klachten berusten op een myoom is groter bij eerder vastgesteld myoom. Verder zijn een bekende stollingsstoornis of stollingstoornissen in de familie, bekende hypothyreoïdie en het gebruik van antistolling, geslachtshormonen, corticosteroiden of acetylsalicylzuur risicofactoren.

ANAMNESE

In de fertiele levensfase komt in de anamnese eerst de *aard van de klachten* aan de orde: lengte en herkenbaarheid van de cyclus, duur van de menstruatie en hoeveelheid bloedverlies bij de menstruatie, beide vergeleken met wat voor de vrouw gebruikelijk is, tussentijds bloedverlies en contactbloedingen. De inschatting van de mate van bloedverlies is niet eenvoudig.¹⁰ Enerzijds is er een groep vrouwen die het gebruikelijke bloedverlies als normaal ervaart, terwijl het feitelijk verhoogd is. Anderzijds zijn er vrouwen die klagen over overvloedig menstrueel bloedverlies terwijl dit niet objectief aanwezig is. Wel kunnen vrouwen goed aangeven of het bloedverlies de laatste tijd is toegenomen.¹⁰ Het komt nogal eens voor dat de huisarts de hoeveelheid bloedverlies eerder als overvloedig inschat dan de vrouw zelf.⁶ Vervolgens gaat de arts in op *begin, duur en beloop* van de klachten en vraagt naar *pijn in de onderbuik*: toegenomen menstruatiespijn kan op uterusmyomen of endometriose wijzen en pijn in de onderbuik buiten de menstruatie past bij infecties. Gegevens over de methode en wijze van gebruik van *anticonceptie* zijn belangrijk.

De *kans op soa* wordt ingeschat met vragen naar onbeschermd seksueel contact met wisselende partners, een partner met wisselende contacten of met recent bewezen soa of aanwijzingen daarvoor (urethritisklachten of penisuitvoed).

Gericht op de *mogelijkheid van zwangerschap* zijn vragen naar de datum van de laatste menstruatie, recente onbeschermd coïtus en sterilisatie van de vrouw of haar partner. Hier moet men beseft

Bewijskracht

In dit artikel wordt bij een aantal belangrijke diagnostische stappen de mate van bewijskracht uitgedrukt met behulp van de volgende letters:

- E** voldoende bewijskracht
- A** aanwijzingen of indirect bewijs
- C** consensus uit richtlijnen en standaarden

fen dat na laparoscopische tubacoagulatie zwangerschap toch incidenteel voorkomt (gemiddeld 2% bij 5 jaar follow-up), vooral bij jongere vrouwen.¹¹ Bovendien zijn er dan bij circa 50% complicaties zoals een EUG. Onderzoek naar de waarde van anamnesevragen over de zwangerschapskans is niet verricht bij abnormaal vaginaal bloedverlies, wél bij vrouwen met buikklachten op een eerstehulpafdeling (n=208): bij 10% van de vrouwen met een negatieve anamnese was de zwangerschapstest toch positief.¹² Op een *verhoogde bleedingsneiging* kunnen wijzen: snel blauwe plekken, lang bloedende wondjes, nabloeden na (tand)heelkundige ingrepen en neusbloedingen.^{1,13-15} De NHG-Standaard adviseert dit alleen na te gaan bij lang bestaande menorrhagie.¹ De vragen naar bovengenoemde verschijnselen hadden echter alleen voldoende onderscheidende waarde in asymptomatische populaties, zoals bij preoperatieve screening.¹⁶ Bij menorrhagiepatiënten bleek de anamnese onvoldoende sensitief om een aangeboren stollingsstoornis uit te sluiten: slechts de helft van de vrouwen met stollingsafwijkingen bij laboratoriumonderzoek had hiervoor een positieve anamnese.⁹

Bij vrouwen in de postmenopauze zijn vragen over begin, duur en beloop van de klachten van belang, alsmede contactbloedingen en geneesmiddelengebruik.¹

LICHAMELIJK ONDERZOEK

Lichamelijk onderzoek is noodzakelijk bij alle vrouwen met postmenopauzaal bloedverlies en bij abnormaal bloedverlies in de fertiele fase vanaf vijf jaar na de menarche, tenzij de klachten samenhangen met de anticonceptiemethode.¹ Het lichamelijk onderzoek dient in elk geval te bestaan uit *inspectie van de vulva, speculumonderzoek* en *vaginaal toucher*.

Voor het opsporen van myomen heeft het vaginaal toucher een sensitiviteit van 63% en een specificiteit van 93% met transvaginale echoscopie als gouden standaard; de beoordeling van de adnexe is minder betrouwbaar.¹⁷

AANVULLEND ONDERZOEK

Met een *menstruatiekalender of -scorekaart* kan de patiënte zelf het vaginaal bloedverlies registreren. Dit geeft meer duidelijkheid over patroon en ernst van het vloeien en over de mogelijke samenhang met orale anticonceptie dan de anamnese.¹⁸

Bij minstens drie maanden menorrhagie is een *Hb-bepaling* zinvol, zo nodig gevolgd door MCV en *ferritine*, om een ferriprive anemie op te sporen.¹

Een *chlamydiatetest* moet bij alle vrouwen met tussentijds bloedver-

De kern

- ▶ Het is aan te bevelen om patroon en mate van vaginaal bloedverlies te objectiveren met een menstruatiekalender of -scorekaart.
- ▶ Een chlamydiatetest is bij tussentijds en onregelmatig bloedverlies noodzakelijk, ook in de eerste jaren na de menarche, tenzij soa anamnestic uitgesloten zijn.
- ▶ Aangeboren stollingsstoornissen zijn niet zeldzaam; bij vrouwen met menorrhagie sinds de menarche is oriënterend stollingsonderzoek geïndiceerd; anamnesevragen zijn onvoldoende sensitief om stollingsstoornissen uit te sluiten.
- ▶ Een transvaginale echoscopie is bij postmenopauzaal bloedverlies noodzakelijk en voldoende sensitief om endometriumcarcinoom uit te sluiten.
- ▶ Hysteroscopie met biopsieën en aspiratiebiopsie hebben diagnostische curettage overbodig gemaakt.

lies worden verricht tenzij soa anamnestic uitgesloten zijn.¹ **C** De reden hiervoor is dat deze infecties behalve bloedverlies geen andere symptomen hoeven te geven. Bovendien bedreigen ze de fertiliteit en zijn ze relatief eenvoudig te behandelen.

Niet alleen bij postmenopauzaal bloedverlies en contactbloedingen is een *cervixuitstrijk* aangewezen, maar ook bij tussentijds bloedverlies op een wisselend tijdstip in de cyclus of onregelmatig bloedverlies dat niet verklaard kan worden door hormonale anticonceptie, een vaginale of cervicale infectie of door laesies van vulva of vagina.¹ **C** Ook bij totaal onregelmatig vaginaal bloedverlies (metrorragie) en bloederige vaginale afscheiding wordt een cervixuitstrijk wel aanbevolen.¹⁹ De genoemde indicaties gelden ook indien recent in het kader van bevolkingsonderzoek een uitstrijkje is gedaan waarvan de uitslag geruststellend was.^{1,19} De sensitiviteit van de cervixuitstrijk is namelijk beperkt (85%) en het ontstaan van klachten doet de kans op een cervixcarcinoom sterk stijgen.¹⁹

Een *zwangerschapstest* is dezelfde dag noodzakelijk als zwangerschap anamnestic niet uitgesloten kan worden.¹ **C** Sommigen achten een zwangerschapstest geïndiceerd bij elke vrouw met abnormaal vaginaal bloedverlies in de fertiele fase met het oog op de mogelijk ernstige consequenties van zwangerschapscomplicaties.^{2,13}

De bestaande richtlijnen geven aan dat TSH- en T4-bepaling van de schildklierfunctie in eerste instantie niet noodzakelijk is, tenzij er klachten of verschijnselen zijn passend bij een hypothyreoïdie.^{1,13-15} **C**

In de loop van 2002 verschijnt het boek *Diagnostiek van alledaagse klachten* onder verantwoordelijkheid van de afdelingen studentenonderwijs van de acht vakgroepen huisartsgeneeskunde. In de serie Diagnostiek in H&W worden de hoofdstukken uit dit boek in bewerkte vorm geplaatst.

Specialistisch onderzoek

Oriënterend stollingsonderzoek behelst het trombocytengetal, de geactiveerde partiële tromboplastinetijd (APTT), de protrombinetijd (of de trombotest), de bloedingstijd of occlusietijd, factor-VIII-activiteit en VWF-antigeen en -activiteit.²⁰ Stollingsonderzoek wordt tot dusverre in tweede instantie verricht bij aanhoudende menorrhagie en na uitsluiting van gynaecologische afwijkingen. Alleen bij positieve aanwijzingen in de anamnese zou het meteen geïndiceerd zijn.^{1,13-15,20} Gezien de onverwacht hoge prevalentie van congenitale stollingsstoornissen en de gebrekkige sensitiviteit van de anamnese zou men de indicatie kunnen verruimen, bijvoorbeeld met menorrhagie sinds de menarche.²¹

De (*trans*)vaginale echoscopie neemt bij het onderzoek naar de oorzaak van abnormaal vaginaal bloedverlies een steeds belangrijker plaats in. Bij postmenopauzaal bloedverlies is vaginale echoscopie altijd noodzakelijk, tenzij het normaal regulair bloedverlies is in het kader van hormonale substitutie.^{1,14,15,19,22} **C** Als indicatie in de fertiele fase geldt: een zwelling naast de uterus bij vaginaal toucher en twijfel over de diagnose in het algemeen.^{1,23} Een echoscopie vindt in de praktijk vaak plaats in verband met verdenking op een miskraam of EUG en bij patiënten verwezen voor aanhoudend abnormaal vaginaal bloedverlies ondanks adequate therapie. Een 'dubbele endometriumdikte' (het endometrium-slijmvlies is niet goed als enkele laag in beeld te brengen) van meer dan 4 mm is bij postmenopauzaal bloedverlies een aanwijzing voor het bestaan van pathologie.^{3,22}

Na de menopauze is de sensitiviteit van de vaginale echo 100% voor het opsporen van een endometriumcarcinoom, zodat dit met zekerheid uit te sluiten is.²⁴ Premenopauzaal is het endometrium dikker en de sensitiviteit voor intracavitare afwijkingen weliswaar goed, maar geen 100%.

Hysteroscopie is een endoscopische techniek die wordt uitgevoerd bij vermoeden van behandelbare intracavitare afwijkingen op grond van de echoscopie² of bij langerdurend abnormaal vaginaal bloedverlies voor de menopauze.

Bij een dubbele endometriumdikte van meer dan 4 mm is *histologisch onderzoek* noodzakelijk.³ **C** Materiaal kan verkregen worden door hysteroscopie met gerichte biopsieën of met behulp van een *aspiratietechniek* (Vabra-curettage of Pipelle-aspiratie). Deze technieken zijn minder belastend en hebben een hogere weefselopbrengst dan conventionele curettage en een zeer hoge sensitiviteit voor het endometriumcarcinoom. Hierdoor is diagnostische curettage overbodig geworden.²²

Literatuur

- 1 Meijer LJ, Zwart S, Wemekamp H, Boukes FS, Burgers JS. NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies (eerste herziening). Huisarts Wet 2001;44:260-6.
- 2 Heineman MJ, Bleker OP, Evers JLH, Heintz APOM, redactie. Obstetrie en gynaecologie. De voortplanting van de mens. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999.
- 3 NVOG Richtlijn Abnormaal vaginaal bloedverlies in de postmenopauze. NVOG-richtlijn nr. 04, 1997.
- 4 Okkes I, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Verslag van het Transitieproject. Bussum: Coutinho, 1998.

- 5 Nagele F, O'Connor H, Davies A, Badawy A, Mohamed H, Magos A. 2500 Outpatient diagnostic hysteroscopies. *Obstet Gynecol* 1996;88: 87-92.
- 6 Warner P, Critchley HOD, Lumsden MA, Campbell-Brown M, Douglas A, Murray G. Referral for menstrual problems: cross sectional survey of symptoms, reasons for referral, and management. *BMJ* 2001;323:24-8.
- 7 Gredmark T, Kvint S, Havel G, Mattson L. Histopathological findings in women with postmenopausal bleeding. *Brit J Obstet Gynaecol* 1995;102:133-6.
- 8 Emanuel MH, Verdel MJ, Wamsteker K, Lammes FB. An audit of true prevalence of intrauterine pathology: the hysteroscopic findings, controlled for patient selection in 1202 patients with abnormal uterine bleeding. *Gynaecol Endosc* 1995;4:237-41.
- 9 Dilley A, Drews C, Miller C, Lally C, Austin H, Ramaswamy D, et al. Von Willebrand disease and other inherited bleeding disorders in women with diagnosed menorrhagia. *Obstet Gynecol* 2001;97:630-6.
- 10 Chimbira TH, Anderson ABM, Turnbull AC. 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 Gynecol* 1980;87:603-9.
- 11 Peterson HB, Xia Z, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. Pregnancy after tubal sterilization with bipolar electrocoagulation. U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group. *Obst Gynecol* 1999;94:163-7.
- 12 Ramoska EA, Sachetti AD, Nepp M. Reliability of patient history in determining the possibility of pregnancy. *Ann Emerg Med* 1998;18: 48-50.
- 13 Long CA. Evaluation of patients with abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:784-6.
- 14 Shaw RW, Allen I, Harper MA, Hemsall V, Hourahane J, Rees MCP, et al. RCOG Evidence-based clinical guidelines. The initial management of menorrhagia. Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 1998.
- 15 Prentice A. Fortnightly review. Medical management of menorrhagia. *BMJ* 1999;319:1343-5.
- 16 Sramek A, Eikenboom JCJ, Briet E, Vandenbroucke JP, Rosendaal FR. Usefulness of patient interview in bleeding disorders. *Arch Int Med* 1995;155:1409-15.
- 17 Essed GGM, Nieuwenhuizen Kruseman-Smit NJM. Fysische diagnostiek – het vaginaal toucher. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:2115-20.
- 18 Janssen CA, Scholten PC, Heintz AP. A simple visual assessment technique to distinguish between menorrhagia and normal menstrual blood loss. *Obstet Gynaecol* 1995;85:977-82.
- 19 Van Leusden H. Diagnostisch Kompas 1999/2000. Amstelveen: CVZ, 1999.
- 20 Leebeek FWG, Lotgering FK. Een erfelijke hemostaseafwijking als oorzaak van menorrhagie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002;146:545-8.
- 21 Robinson K, Giangrande P. Menorrhagia. Underlying bleeding disorders need to be ruled out. *BMJ* 2001;322:732.
- 22 Flikweert S, Emanuel MH, Boukes FS, Hemrika DJ, Brölmann HAM, Groeneveld FMP. Landelijke Transmurale Afspraak Vaginaal bloedverlies in de postmenopauze. *Huisarts Wet* 2002;45:129-32.
- 23 NVOG Richtlijn Gynaecologische echoscopie. NVOG richtlijn nr. 27, 1999.
- 24 Karlsson B, Granberg S, Wikland M, Ylöstalo P, Torvid K, Marsal K, et al. Transvaginal ultrasonography of the endometrium in women with postmenopausal bleeding – a Nordic multicentered study. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1488-94.

Intermezzo

Slangen bezweren

Wetenschapsjournalistiek bestaat al eeuwen. Ook in ons land. Al vanaf 1350 zijn er diverse traktaten bekend die in volkstaal – het middelnederlands – bijvoorbeeld gynaecologische en obstetrische onderwerpen behandelden. Het zijn allemaal handschriften met fraaie titels als *Den rosegaert van den bevruchten vrouwen*, *Der swangeren frawen und hebammen rosgarten* of *Der vrouwen heimlicheid*. Van het laatste traktaat – over het geheim van de vrouw – zijn maar liefst drie handschriften bekend. Het handschrift uit de Universiteitsbibliotheek van Gent is gedateerd 1405, maar de oorspronkelijke redactie zou uit het eind van de 13e eeuw moeten stammen. Zo leren wij veel over de taken van de vroedvrouw (de 'heefmoeder') die zeven eeuwen later nog nauwelijks veranderd zijn. Maar wat de tekst zo lezenswaardig maakt, zijn de fossielen

van een bijgeloof waaruit soms, zoals in het volgende fragment, misschien zelfs een vrees spreekt voor het 'oerwezen vrouw'. Menstruatiebloed wordt namelijk als een gevaarlijk goedje beschouwd:

'Die haer name uut eens wives poert,
 Ende maket nat in menstrea voert,
 Ende leit onder mes daer naer,
 Ende liet daer lieghen .i. jaer,
 Ende ghinghe meere toe dan, men soude vinden daer
 Een groet serpent, dat's waer.'

Geparafraseerd: wie schaamhaar van een vrouw neemt en dat in menstruatiebloed doopt, het onder mest legt en een jaar laat liggen, vindt daar een grote slang. Hoe die te bezweren, vertelt de tekst ons niet.

Frans Meulenbergh