

# Vaginale klachten

Joan Boeke, Ronnay de Vries, Janny Dekker, Hans van der Schoot

## Van klacht naar probleem

Uit een onderzoek onder 3168 vrouwen tussen 15 en 75 jaar weten we dat vaginale klachten in de algemene bevolking vaak voorkomen. Veertig procent van de ondervraagde vrouwen gaf aan de voorafgaande week last gehad te hebben van vaginale afscheiding.<sup>1</sup> In dit artikel wordt onder vaginale klachten niet alleen verstaan niet-bloederige vaginale afscheiding die volgens de vrouw ongebruikelijk is wat betreft de hoeveelheid, de geur of de kleur, maar ook jeuk of irritatie in of rond de schede. Slechts een klein deel van de vrouwen met hinderlijke vaginale afscheiding consulteert daarvoor de huisarts. De klachten geven vaak aanleiding tot angst, bijvoorbeeld voor specifieke ziekten zoals seksueel overdraagbare aandoeningen (soa), HIV en kanker. Ook schaamte speelt vaak een belangrijke rol. Deze emotionele reacties kunnen de seksuele relatie(s) van de vrouw verstoren. Bovendien kunnen problemen in de seksuele relatie een vrouw onzeker maken over haar genitalia en aanleiding geven tot klachten zonder dat somatische pathologie is vast te stellen.<sup>2</sup>

Bij de diagnostiek is ook hier het onderscheid tussen fysiologische condities en pathologie van belang. Hoewel soa slechts een

rol spelen bij ongeveer 15% van de vrouwen met vaginale klachten, is het belangrijk ze op te sporen. Ze kunnen opstijgende infecties tot gevolg hebben, er rust een taboe op en ze zijn op grond van hun besmettelijkheid een potentiële bedreiging voor de volksgezondheid. Verreweg de meeste vrouwen met vaginale klachten verkeren in de fertiele levensperiode. In dit artikel wordt uitsluitend ingegaan op de diagnostiek in deze leeftijdsfase.

## Van probleem naar differentiële diagnose

### PATHOFYSIOLOGIE

De gezonde vagina is vochtig door transsudaat en exsudaat dat door het slijmvlies wordt geproduceerd. Het vaginale milieu wordt gekenmerkt door een lage pH ( $\leq 4,5$ ) en de aanwezigheid van grote hoeveelheden lactobacillen. Leukocyten zijn nauwelijks te vinden in een fysiologisch-zoutpreparaat van vocht uit een gezonde schede. Toegenomen afscheiding kan berusten op fysiologische processen, maar ook op pathologie. De toegenomen fluor bij seksuele opwinding (lubricatie) is fysiologisch, evenals de variaties in de hoeveelheid en de consistentie van de fluor gedurende de menstruele cyclus. Infecties kunnen door een ontsteking van de vaginawand (Candida, Trichomonas) een toename van de afscheiding en ook jeuk en irritatie teweegbrengen. Klachten over de geur van de afscheiding zijn vaak prominent bij een bacteriële vaginose en worden veroorzaakt door het vrijkomen van amines. Chlamydia en gonorrhoe veroorzaken een cervicitis, die een toegenomen en anders gekleurde afscheiding kan geven. Ook mechanische of chemische irritatie kan tot fluorklachten leiden. Bekend is de riekende fluor die veroorzaakt wordt door een vergeten tampon.

Overigens is de mate waarin afscheiding waargenomen wordt afhankelijk van de consistentie: dun-vloeibare fluor die makkelijk uit de schede loopt zal eerder aanleiding geven tot klachten dan dik-brokkelige, adherente fluor.

### Urogenitale infecties

Hieronder worden de meest voorkomende microbiële aandoeningen die vaginale klachten kunnen geven besproken.

**Candidiasis.** De gist *Candida albicans* veroorzaakt een mucositis, een ontsteking van de vaginawand. Dit gaat gepaard met roodheid en zwelling van die wand; de fluor verandert van consistentie en wordt meer brokkelig ('gestremde melk'). De vulva is vaak in het ontstekingsproces betrokken met jeukklachten tot gevolg.

**Bacteriële vaginose.** Bij bacteriële vaginose is er sprake van een verstoring van de vaginale flora met een overmaat aan anaërobe bacteriën en *Gardnerella vaginalis* en relatief weinig lactobacillen. Men spreekt wel van een dysbacteriose. De bacteriële vaginoseflora produceert onwelriekende amines die met name in een alkalisch

## Samenvatting

Boeke AJP, De Vries RR, Dekker JH, Van der Schoot JH. Vaginale klachten. Huisarts Wet 2002;45(11):616-20.

De diagnostiek bij een vrouw met vaginale klachten is typisch huisartsenwerk. In de praktijk kan bijna altijd nauwkeurig worden vastgesteld of er pathologie bestaat of niet. Bij een derde van de vrouwen die de huisarts met een vaginale klacht bezoeken wordt geen microbiologisch bepaalde aandoening gevonden.

Als er sprake lijkt te zijn van een door micro-organismen veroorzaakte aandoening dient nagegaan te worden of er sprake kan zijn van een soa. Wanneer anamnese en lichamelijk onderzoek daarvoor aanwijzingen opleveren, moet aanvullende diagnostiek met behulp van een extern laboratorium plaatsvinden. Veel aanvullend onderzoek kan echter in de praktijk zelf gedaan worden. Bij vaginale klachten in de fertiele fase biedt specialistisch aanvullend onderzoek geen extra mogelijkheden.

---

dr. A.J.P. Boeke, huisarts, EMGO-instituut, VU Medisch Centrum, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam; R.R. de Vries, huisarts, AMC, Amsterdam; dr. J.H. Dekker, huisarts te Amsterdam; dr. J.H. van der Schoot, gynaecoloog, St Lucas-Andreas Ziekenhuis, Amsterdam.  
Correspondentie: ajp.boeke.emgo@med.vu.nl  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

## De kern

- ▶ Bij de diagnostiek is gebruik van de microscoop onontbeerlijk.
- ▶ Bij 15% van de vrouwen met vaginale klachten is er sprake van een soa.
- ▶ Bij bacteriële vaginose en bij een leukocytose in het fysiologisch zoutpreparaat is de kans op een soa groot.

milieu (sperma, KOH-preparaat) goed waarneembaar zijn omdat ze dan vervluchtigen (=aminetest). De verstoring van het bacteriële evenwicht kan ook secundair zijn aan een soa: bij *Trichomonas*, *Chlamydia* en gonorrhoe wordt nogal eens voldaan aan de klinische criteria voor een bacteriële vaginose.<sup>3</sup> Bacteriële vaginose in de zwangerschap geeft een licht verhoogd risico op een slechtere uitkomst van de zwangerschap. Er is een iets groter risico op het vroegtijdig breken van de vliezen en op vroeggeboorte.<sup>5</sup>

**Trichomoniasis.** De verwekker is *Trichomonas vaginalis*, een eencellig micro-organisme dat een vaginitis en een ectocervicitis veroorzaakt. In klassieke gevallen geeft dit aanleiding tot een zogenaamde aardbeicervix of -vaginawand. Besmetting vindt plaats door seksueel contact.

**Chlamydia.** De seksueel overdraagbare infectie met *Chlamydia trachomatis* is bij vrouwen meestal gelokaliseerd in de cervix en minder vaak in de urethra. Er treedt geen infectie op van de vagina en als er klachten bestaan, zijn die meestal veroorzaakt door de cervicitis of de urethritis. Overigens geeft een chlamydia-infectie bij vrouwen in ongeveer de helft van de gevallen geen enkele klacht. De chlamydiabacterie kan opstijgen naar de hogere genitalia en aanleiding geven tot een *pelvic inflammatory disease* (PID) en een perihepatitis (syndroom van Fitz-Hugh en Curtis). Mogelijke late gevolgen daarvan zijn tubaire infertiliteit, extra-uteriene graviditeit en chronische onderbuikpijn.

**Gonorrhoe.** De gonokok (*Neisseria gonorrhoeae*) veroorzaakt een infectie die meestal gelokaliseerd is in de cervix uteri en soms in de urethra. Door opstijgen van de infectie naar de hogere genitalia kan een PID ontstaan.

**Herpes genitalis.** Het herpes-simplex-virus veroorzaakt vooral bij een primoinfectie een pijnlijke vaginitis. Bij recidieven is er sprake van een periodiek optredende branderige pijn op de plek waar de blaasjes weer actief worden (perineum, vulva).

**Condylomata acuminata.** Puntvormige genitale wratjes, een manifestatie van het humane papillomavirus, kunnen aanleiding geven tot irritatie. Meestal staat echter het cosmetisch storende aspect op de voorgrond.

**Lokaal irriterende effecten.** Corpora aliena zoals een vergeten tampon of een voor seksueel genot gebruikt instrument kunnen tot vaginale klachten leiden. In zeldzame gevallen lokt gebruik van condooms of spermicide middelen een allergische of toxische reactie uit die vaginale klachten veroorzaakt.

## Epidemiologie

De incidentie van vaginale klachten in de huisartsenpraktijk is omstreeks 30 per 1000 ingeschreven patiënten.<sup>5,6</sup> Deze klachten

vormen daarmee de meest voorkomende gynaecologische problemen in de huisartsenpraktijk. De meeste vrouwen die bij de huisarts met vaginale klachten komen, zijn tussen twintig en dertig jaar oud. In een onderzoek onder 682 vrouwen bleek dat toegevoegde afscheiding en jeuk de meest voorkomende, spontaan geuite klachten waren (tabel 1).

**Tabel 1** Vaginale klachten in de huisartsenpraktijk (n=682; in procenten)<sup>7</sup>

Meer afscheiding dan normaal	71
Onaangename geur van de afscheiding	30
Afscheiding anders van kleur	15
Jeuk in of rond de schede	54
Irritatie in of rond de schede	43

Opvallend is dat ruim 60% van de patiënten twee of meer klachten meldde. Meer dan driekwart van de vrouwen gaf aan dat ze de huisarts bezochten vanwege de pijn, jeuk of hinder die de klachten veroorzaakten. In ongeveer 20% van de gevallen was de patiënte bang dat de klachten zouden kunnen wijzen op een ernstige ziekte of een soa (tabel 2).

**Tabel 2** De redenen van contact met de huisarts (n=682; in procenten)

Hinder, pijn of jeuk	78
De gedachte dat de klachten niet vanzelf overgaan	63
Niet weten wat de oorzaak is	46
Denken dat er iets ernstigs aan de hand is	19
Denken dat het iets met seksueel contact te maken heeft	19
Denken dat de partner er last van heeft	13

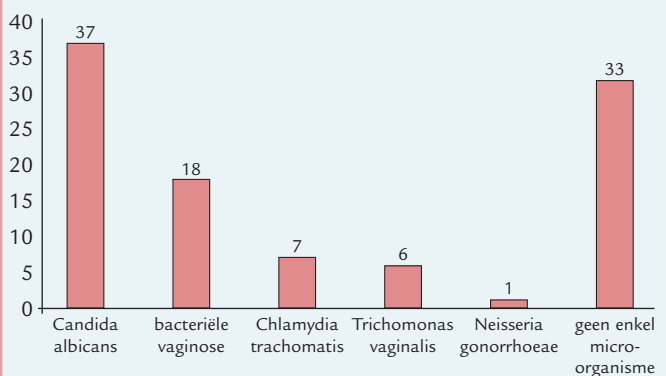
In figuur 1 wordt getoond welke frequentieverdeling van diagnoses werd vastgesteld in een groep van 682 vrouwen die met vaginale klachten de huisarts bezocht.<sup>7</sup> Deze getallen komen sterk overeen met gegevens van eerder Amerikaans onderzoek.<sup>8</sup> Van de groep vrouwen die de huisarts consulteert met een vaginale klacht heeft ongeveer een derde een candida-infectie terwijl ook een derde geen objectiveerbare microbiële aandoening heeft.

## Diagnostiek in de huisartsenpraktijk

### VOORGESCHIEDENIS

Het is belangrijk te weten of de vrouw eerder een soortgelijke vaginale klacht heeft gehad en welke diagnose toen is gesteld.

**Figuur 1** Frequentieverdeling diagnoses (in procenten)



Candida-vaginitis en bacteriële vaginose kunnen vaak recidiveren. Als een vrouw ooit een soa heeft gehad, verhoogt dit de kans op een actuele soa. De leeftijd blijkt nauwelijks geassocieerd met de diagnose, de afkomst van de patiënt wél. Vrouwen afkomstig uit Suriname en de Nederlandse Antillen hadden vaker een soa.<sup>9</sup>

#### ANAMNESE

Bij een vrouw met vaginale klachten in de fertiele levensfase wordt gevraagd naar de aard en de duur van de klachten en de kleur, de hoeveelheid en de consistentie van de afscheiding. Het is belangrijk expliciet die vragen te stellen waarmee de kans op een soa kan worden ingeschat (onlangs nieuwe partner, partner(s) met soa, eerder soa, veilig vrijen).<sup>9</sup>

De huisarts gaat na of er sprake is van een zwangerschap. Ook wordt gevraagd of er en zo ja welke, anticonceptie wordt toegepast.

*Jeuk of irritatie* maakt de kans op een Candida en Trichomonas duidelijk groter dan wanneer deze alleen op grond van de frequentieverdeling van diagnoses zou worden ingeschat (odds ratio (OR) respectievelijk 6 en 2,6).<sup>3</sup> Jeuk maakt de kans op een Chlamydia en op bacteriële vaginose kleiner (OR 0,34 en 0,56).<sup>3</sup>

Een *onaangename geur* maakt bacteriële vaginose en Trichomonas waarschijnlijker (OR 1,7 en 2,9). Een onaangename geur maakt de diagnose candida-infectie minder waarschijnlijk (OR van 0,34).<sup>3</sup>

De *kleur* van de afscheiding heeft ook een associatie met de diagnose (de kleurperceptie van de patiënte hoeft niet dezelfde te zijn als die van de arts). Candida is meestal wit zoals de naam al zegt (OR 2,0).<sup>3</sup>

De *hoeveelheid* van de afscheiding is geen duidelijke voorspeller van een van de diagnostische modaliteiten, maar geeft wel een indruk van de lijdensdruk van de vrouw.

Bij een *klachtenduur* korter dan een week is er vaker sprake van een Candida dan van iets anders (OR 1,9).<sup>3</sup>

In onderzoek werd gevonden dat vragen over gebruik van condooms en over het aantal partners in het afgelopen halfjaar redelijk scoren bij het voorspellen van de kans op Chlamydia (OR respectievelijk 7 en 2,7).<sup>10</sup>

Gebruik van de *pil* heeft geen relatie met een diagnose. Een IUD verhoogt de kans op een bacteriële vaginose.<sup>11</sup>

In de *zwangerschap* is de kans op een candida-infectie sterk toegenomen (OR 6,4).<sup>3</sup>

#### LICHAMELIJK ONDERZOEK

In het diagnostisch proces wordt met het lichamenlijk onderzoek een belangrijke stap voorwaarts gezet. In enkele gevallen kan een diagnose al vrij betrouwbaar à vue worden gesteld, zoals in het geval van een klassieke candidavaginitis met de rode vaginawand en de kenmerkende witte, adherente, vlokkige fluor (tabel 3). Meestal is het beeld niet zo kenmerkend en is aanvullend onderzoek nodig voor een goede diagnose.

Het lichamenlijk onderzoek bestaat uit de inspectie van de vulva en het onderzoek van de vagina in speculo. Is er roodheid, zijn er erupties te zien op de vulva (herpes genitalis, condylomata)? Na

#### Bewijskracht

In dit artikel wordt de bewijskracht uitgedrukt met behulp van de volgende letters:

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

inbrengen van het speculum wordt het aspect van de vaginawand en de portio beoordeeld. Komt er pus uit de cervix, hoe is de kleur van de vaginawand? Tevens worden de hoeveelheid, kleur en de consistentie van de fluor beoordeeld. Zijn er corpora aliena te zien? Is het draadje van een IUD zichtbaar?

Gegevens over de kleur van de afscheiding en consistentie ervan, zoals waargenomen door de huisarts, bieden een redelijk onderscheidend vermogen. *Groene fluor* (dus niet-witte fluor) maakt de diagnose Trichomonas waarschijnlijker; dit geldt in mindere mate voor bacteriële vaginose en Chlamydia. Groene fluor pleit tegen een candida-infectie. **A**

*Niet-homogene fluor* (gestremde-melkachtig) is een aanwijzing voor Candida. Homogene fluor maakt de diagnose Trichomonas of bacteriële vaginose veel waarschijnlijker. **A**

De *roodheid* van de vaginawand wijst op een ontstekingsbeeld van de schede. Die wordt gezien bij een candidavaginitis en bij een Trichomonas, maar niet bij een cervicitis door Chlamydia of gonorrhoe of bij bacteriële vaginose. **A**

**Tabel 3** Bijdrage van fysisch-diagnostische bevindingen aan de diagnostiek (odds-ratio's)<sup>9</sup>

	Candida	Trichomonas	Bacteriële vaginose	Chlamydia	Geen infectie
Hoeveelheid afscheiding: veel versus weinig	2,1	-	-	-	0,38
Kleur: geelgroen versus wit	0,58	6,9	2,2	2,2	0,5
Consistentie: homogeen versus niet-homogeen	0,4	7,5	3,9	-	-

#### AANVULLEND ONDERZOEK

Het aanvullend onderzoek door middel van de pH-meting, de aminetest en de microscopie vormen voor de huisarts de belangrijkste bijdragen aan de uiteindelijke diagnose.<sup>9</sup> De diagnose bacteriële vaginose kan hiermee gesteld worden. Deze diagnose

#### Methodologie

In Medline is voor de periode 1-1-1990 tot 1-7-2002 gezocht met de zoektermen *vaginal discharge or vaginitis and diagnosis*. Verder werd gezocht met als zoektermen de verschillende aandoeningen en *diagnosis*. In de Cochrane Library werd gezocht naar systematic reviews over *vaginal candidiasis, trichomoniasis, bacterial vaginosis, Chlamydia trachomatis* en *gonorrhoea*. Dezelfde termen werden gebruikt om met behulp van SUMsearch te zoeken naar artikelen en richtlijnen over *diagnosis*.

wordt gesteld op basis van vier klinische criteria, waarvan er minstens drie aanwezig moeten zijn:

- ▶ homogene fluor;
- ▶ pH >4,5;
- ▶ aminetest positief;
- ▶ clue-cellen in het directe preparaat.

#### pH-meting

De zuurgraad van de fluor wordt gemeten door een pH-stripje langs de vaginawand te strijken of door een druppel fluor op het stripje te brengen. Een lage pH ( $\leq 4,5$ ) is normaal, maar wordt ook gevonden bij *Candida*. Een pH >4,5 is een diagnostisch criterium voor bacteriële vaginose en wordt ook vaak gevonden bij soa, zoals *Trichomonas*, *Chlamydia* en gonorrhoe.

#### Aminetest

De aminetest wordt uitgevoerd door toevoeging van een druppel KOH 10% aan fluor, op het speculumblad of op een objectglaasje. De test is positief bij optreden van een rotte-visgeur door vrijkomen van vluchtige amines. Deze bevinding is positief bij bacteriële vaginose. De aminetest is overigens ook vaak positief bij soa (*Chlamydia*, *Trichomonas* en gonorrhoe).

#### Fysiologisch-zoutpreparaat

**Normale fluor.** Een druppel fluor wordt bij een druppel fysiologisch-zoutoplossing gevoegd op een objectglaasje en wordt bij een 400x-vergroting onder de lichtmicroscopie bekeken. Onder fysiologische condities (bij een gezonde vrouw) hoort in dit 'natje' een groot aantal lactobacillen aanwezig te zijn tussen de heldere epitheelcellen. Leukocyten zijn nauwelijks te vinden in een normaal preparaat.

**Clue-cellen.** Als de epitheelcellen door grote aantallen kokken (zichtbaar als spikkels) zozeer zijn bezet dat de celgrenzen niet goed meer zijn te onderscheiden, spreekt men van clue-cellen (de clue tot de diagnose bacteriële vaginose).

**Leukocyten.** Bij een aantal leukocyten dat het aantal epitheelcellen overtreft spreekt men van een leukocytose en is er zeer waarschijnlijk sprake van een vaginitis. Het kan dan gaan om een candidavaginitis, trichomoniasis of een cervicitis veroorzaakt door *Chlamydia* of gonorrhoe.

**Bacteriën.** Onder normale fysiologische omstandigheden zijn in het preparaat veel lactobacillen te zien. Als er weinig of geen lactobacillen zichtbaar zijn, is er sprake van pathologie zoals een infectie of bacteriële vaginose. Bij een *Candida* is er echter vaak geen

In de loop van 2002 verschijnt het boek *Diagnostiek van alledaagse klachten* (redactie T.O.H. de Jongh, H. de Vries, H.G. Grundmeijer) onder verantwoordelijkheid van de afdelingen studentenonderwijs van de acht discipline-groepen huisartsgeneeskunde. In de serie *Diagnostiek in H&W* worden de hoofdstukken uit dit boek in bewerkte vorm geplaatst.

vermindering van lactobacillen. Bij afwezigheid van lactobacillen zijn veelal wel andere bacteriën te zien zoals kokken (bolvormige bacteriën) of komvormige bacteriën die zich op de epitheelcellen bevinden.

**Trichomonaden.** De trichomonaden kenmerken zich bij een 400x-vergroting door schokkerig door het gezichtsveld bewegende eencellige organismen, ongeveer zo groot als een monocyt. Die beweging is veel grover dan de beweging van de bacteriën. Als deze bewegende trichomonaden worden waargenomen is er zeker een trichomonasinfectie.

#### KOH 10%-preparaat

Een KOH 10%-preparaat wordt vervaardigd om daarin de aanwezigheid van candidadraden vast te kunnen stellen (pseudo-hyfen). Een druppel fluor wordt gemengd met een druppel KOH 10%. De gistdraden zien er uit als takjes. Als deze pseudo-hyfen worden aangetroffen wijst dit zonder meer op een candida-infectie.

#### De evaluatie van aanvullend onderzoek

Het microscopisch onderzoek is niet feilloos. Getrainde huisartsen komen tot een sensitiviteit van 80% voor alle relevante diagnoses die in de huisartsenpraktijk zijn te stellen. De specificiteit van de diagnoses is goed (>95%).<sup>11</sup>

De huidige gouden standaard voor de verschillende diagnoses is vermeld in tabel 4.<sup>12,13</sup> Voor de laboratoriumtesten (zoals PCR en kweken) moet materiaal van de patiënte naar een laboratorium worden opgestuurd. Meestal echter kan de diagnose worden gesteld op grond van anamnese, lichamelijk onderzoek en het hierboven beschreven aanvullend onderzoek.

In twee situaties is het verstandig aanvullend laboratoriumonderzoek naar *Candida*, *Trichomonas*, *Chlamydia* en gonorrhoe te laten doen. Dat is het geval als de huisarts weliswaar niet direct een soa vaststelt, maar wel het bestaan van een soa vermoedt, zoals bij een bacteriële vaginose met veel leukocyten in het fysiologisch-zoutpreparaat. Ook als de huisarts geen diagnose kan stellen, maar wel het bestaan van een aandoening vermoedt – bijvoorbeeld bij veel leukocyten in het fysiologisch-zoutpreparaat – is aanvullend laboratoriumonderzoek zinvol.

Tabel 4 Gouden standaarden voor de diagnoses bij vaginale klachten

Aandoening	Materiaal afnemen van	Gouden standaard
<i>Chlamydia trachomatis</i>	cervix uteri, eventueel urethra	DNA-amplificatietest (PCR, LCR)
Gonorrhoe	cervix uteri, eventueel urethra	DNA-amplificatietest (PCR, LCR) en kweek
<i>Trichomonas vaginalis</i>	vagina	DNA-amplificatietest (PCR, LCR) en kweek
<i>Candida albicans</i>	vagina	kweek
Bacteriële vaginose	vagina	klinische criteria zoals in artikel beschreven

#### Specialistisch onderzoek

De specialist beschikt niet over andere aanvullende onderzoeksmogelijkheden bij vaginale klachten.

## Literatuur

- 1 Van der Meijden WI, Bosch I, De Haes WFM, Lako CJ, Van Harten RPW, Zorn H. Vaginale afscheiding: wat zeggen vrouwen er zelf over? Huisarts Wet 1985; 28: 387-91.
- 2 Dekker JH, Boeke AJP, Janssens J, Van Eijk JThM. Vaginal symptoms of unknown aetiology: a study in Dutch general practice. Br J Gen Pract 1993;43: 239-44.
- 3 Dekker JH, Boeke AJP, Den Hollander MHJ, Van Eijk JThM. Het onderzoek van de fluor bij vaginale klachten in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1992;35: 46-52.
- 4 Hillier SL, Nugent RP, Eschenbach DA, Krohn MA, Gibbs RS, Martin DH, et al., for the Vaginal Infections and Prematurity Study Group. Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth-weight infant. N Engl J Med 1995;333:1737-42
- 5 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM, redactie. Ziekten in de huisartspraktijk. 3e ed. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999.
- 6 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditext, 1991.
- 7 Dekker JH, Boeke AJP, Van Eijk JThM. Vaginale klachten in de huisartspraktijk. Waarom komen vrouwen en welke diagnoses worden bij hen gesteld? Huisarts Wet 1991;34:439-44.
- 8 Berg AO, Heidrich FE, Finn SD, Bergman JJ, Wood RW, Stamm WE, et al. Establishing the cause of genitourinary symptoms in women in a family practice. JAMA 1984;251:620.
- 9 Dekker JH, Boeke AJP. Vaginale klachten in de huisartspraktijk [Proefschrift]. Amsterdam: VU uitgeverij, 1992.
- 10 Boeke AJP, Dekker JH, Van Eijk JThM. Chlamydia trachomatis bij vrouwen met vaginale klachten in de huisartspraktijk. Hoe vaak komt het voor en bij wie moet je eraan denken? Huisarts Wet 1991;34:260-6.
- 11 Hodoglulig NN, Aslan D, Bertan M. Intrauterine device use and some issues related to sexually transmitted disease screening and occurrence. Contraception 2000;61:359-64.
- 12 Ridgway GL, Mumtaz G, Robinson AJ, Franchini M, Carder C, Burczak J, et al. Comparison of the ligase chain reaction with cell culture for the diagnosis of Chlamydia trachomatis infection in women. J Clin Pathol 1996;49(2):116-9.
- 13 Holmes KK, Stamm WE. Lower genital tract infection syndromes in women. In: Holmes KK, Mårdh P-A, Sparling PF, Lemon SM, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, editors. Sexually Transmitted Diseases. New York: McGraw-Hill, 1999:761-81.

## Kleine kwalen

# Premenstrueel syndroom

SBM Zondag-Coulier, JAH Eekhof, A Knuistingh Neven

## Inleiding

Alle vrouwen in de vruchtbare leeftijd hebben wel eens klachten in de week voor de menstruatie. Wanneer bij vrouwen deze klachten het dagelijkse leven en activiteiten ernstig beïnvloeden is er sprake van het premenstrueel syndroom (PMS). De incidentie van PMS in de huisartsenpraktijk is 1 tot 1,7 per 1000 vrouwen per jaar (cumulatieve incidentie X09 (premenstruele klachten) en X89 (premenstrueel spanningssyndroom)).<sup>1-3</sup> PMS komt het meest voor bij vrouwen tussen de 25 en 45 jaar.

## Achtergrond

### DEFINITIE

Een Premenstrueel Syndroom (PMS) wordt gedefinieerd als het maandelijks optreden van symptomen van zodanige aard dat ze

## Auteursgegevens

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum, Postbus 2088, 2301 CB Leiden: drs. S.B.M. Zondag-Carlier, destijds studente; dr. J.A.H. Eekhof en dr. A. Knuistingh Neven, huisartsen.

Correspondentie: dr. J.A.H. Eekhof, e-mail: J.A.H.

Eekhof@LUMC.nl Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

het normaal leefpatroon verstoren. De symptomen staan in een consistente en voorspelbare relatie tot de menstruatiecycclus. In de cyclus bestaat er een symptoomvrije periode van minimaal een week.<sup>4</sup> Er worden veel verschillende klachten en symptomen bij PMS beschreven; de meest voorkomende zijn: pijnlijke borsten, opgeblazen gevoel, prikkelbaarheid, wisselende stemmingen, gespannen zijn en depressie.

### ETIOLOGIE

De etiologie van PMS is niet bekend. Er bestaan theorieën over een te hoge oestrogeen- en een te lage progesteronspiegel in het bloed.<sup>4,5</sup> Hoewel de hormonale veranderingen tijdens de cyclus per definitie een voorwaarde zijn voor het ontstaan van PMS, heeft men nooit een hormonale oorzaak voor PMS kunnen aantonen.<sup>4</sup> Daarnaast bestaan er tegenstrijdige theorieën over te hoge gevoeligheid van vasopressine, prolactine en prostaglandines.<sup>5,6</sup> In de DSM-IV worden de criteria gegeven van PMS als een psychiatrische aandoening (PMDD, *premenstrual dysphoric disorder*) waarbij men uitgaat van een dysregulatie op het niveau van de neurotransmitters. In de week voor de menstruatie zou er een verlaagde opname zijn van serotonine.<sup>5</sup> Een andere theorie gaat uit van een tekort aan vitamine B<sub>6</sub>.<sup>6</sup>