

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)).¹⁻³ 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

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.⁴ 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.^{4,5} 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.⁴ Daarnaast bestaan er tegenstrijdige theorieën over te hoge gevoeligheid van vasopressine, prolactine en prostaglandines.^{5,6} 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.⁵ Een andere theorie gaat uit van een tekort aan vitamine B₆.⁶

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.

Diagnostiek

De diagnose wordt gesteld op basis van de anamnese. Om inzicht te krijgen in de ernst van de klachten kan de vrouw gevraagd worden gedurende minstens drie maanden een dagboek bij te houden, waarin zij de klachten in samenhang met de menstruele cyclus precies beschrijft. Hiermee kan het premenstruele patroon van de klachten worden geobjectiveerd. Belangrijk hierbij is dat duidelijk wordt wat de invloed van PMS voor de vrouw is op het dagelijkse leven. Er zijn geen aanvullende onderzoeken die PMS kunnen aantonen.

Veel gebruikte behandeling

Aan vrouwen met PMS die bij de huisarts komen, wordt in 57% van de gevallen medicatie voorgeschreven zoals anticonceptiva, vitamine B₆ of SSRI's.² Het effect van deze behandelingen is wisselend.

Methode

In april 2002 werd gezocht in de Cochrane Controlled Trial Register en in Medline naar *reviews* en *randomized controlled trials*. De trefwoorden waren: *premenstrual syndrome* (MESH-term) en PMS in combinatie met: (vrije-tekstwoorden) *therapy, progesteron, vitamin B₆, selective serotonin re-uptake inhibitors*.

Klinische vragen

WAT IS HET EFFECT VAN VERSCHILLENDE MEDICAMENTEUZE BEHANDELINGEN BIJ PMS?

Medicamenteuze behandeling kan ingedeeld worden in hormonale behandeling en andere medicamenteuze behandelingen.

Progesteron

Gunstig effect. We vonden één systematische review (14 trials met totaal 909 vrouwen).⁷ Progesteron kan gegeven worden in de vorm van een zetpil of als orale medicatie. In de onderzoeken naar het effect van progesteron werd geen duidelijke verbetering van de klachten gevonden ten opzichte van behandeling met een placebo (OR 1,05; 95%-BI 1,03-1,08).

Nadelig effect. De meest genoemde bijwerkingen van progesteron waren voor de zetpil een verandering in de lengte van de cyclus en bij de orale medicatie moeheid of sedatie.

SSRI's

Gunstig effect. Er is één systematische review gevonden (15 trials met totaal 904 vrouwen).⁸ De patiënten in de groep met de SSRI's ervoeren duidelijke verbetering van hun klachten (OR 6,91; 95%-BI 3,9-12,2). Er was geen duidelijk verschil of de SSRI nu continu of intermitterend was gegeven (sertraline 50 mg of fluoxetine 20

mg van de 15e dag van de cyclus tot de dag van de menstruatie). *Nadelig effect.* Insomnia, misselijkheid en moeheid waren de meest genoemde bijwerkingen. Hoewel een verminderd libido en anorgasmie bekende bijwerkingen zijn van SSRI's bij de behandeling van depressie, werd er in deze meta-analyse geen hoge frequentie gevonden van deze bijwerkingen.

Vitamine B₆

Gunstig effect. Er is één systematische review gevonden en een Cochrane-protocol (9 trials met totaal 940 vrouwen).^{9,10} In de onderzoeken naar het effect van vitamine B₆ kwam naar voren dat een dagelijkse hoeveelheid van 100 mg vitamine B₆ een gunstig effect had op de symptomen van PMS ten opzichte van een placebo (OR 2,32; 95%-BI 1,95-2,54). Er trad een verbetering op in depressieve klachten (OR 1,69; 95%-BI 1,39-2,06).

Nadelig effect. Eén van de 940 vrouwen ondervond bijwerkingen die toegeschreven zouden kunnen worden toegeschreven aan de vorm van neuropathie die geassocieerd is met pyridoxinetoxiciteit.¹⁰ Omdat er bij de behandeling met vitamine B₆ geen dosis-responsrelatie bestaat, wordt aangenomen dat een dosis hoger dan 100 mg per dag ongewenst is vanwege de kans op toxiciteit. Ataxie en neuropathie kunnen hiervan symptomen zijn. Omdat multivitaminenpreparaten vaak meer dan 100 mg vitamine B₆ bevatten, wordt geadviseerd deze niet voor te schrijven.¹⁰

Alternatieve behandelwijzen

Gunstig effect. Er is één systematische review gevonden (27 trials met totaal 1872 vrouwen).¹¹ In de onderzoeken die gedaan zijn naar alternatieve behandelwijzen kwam naar voren dat geen alternatieve behandelwijze verbetering gaf voor PMS-patiënten. Gekeken is naar de effecten van kruidenbehandeling, homeopathie, dieet, relaxatie, massage, reflexologie, chiropraxie en biofeedbackbehandeling. Er worden geen odds-ratio's genoemd.

Nadelig effect. Er zijn geen bijwerkingen genoemd.

Conclusie

Vrouwen hebben PMS wanneer de klachten het dagelijkse leven en activiteiten ernstig beïnvloeden gedurende de laatste week van de menstruele cyclus. Er is geen oorzaak van PMS bekend. Door het bijhouden van een dagboek gedurende minstens drie maanden kan het premenstrueel patroon van de klachten worden geobjectiveerd. Van alle bij PMS gebruikte behandelingen lijkt voornamelijk het geven van SSRI's het meest succesvol. Maar ook 100 mg vitamine B₆ per dag heeft een gunstig effect. Alternatieve behandeling en progesteron waren niet beter dan een placebo.

Literatuur

- 1 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen, redactie. *Ziekten in de huisartspraktijk*. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999.
- 2 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. *Episodegegevens uit de huisartspraktijk*. Bussum: Coutinho, 1998.
- 3 De Waal MWM, Ong RSG. RHUH-LEO basisrapport VIII: databestand 1999/2000. Leiden: LUMC Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, 2001.

De bijdragen in de serie Kleine kwalen zijn of worden gepubliceerd in het gelijknamige boek onder redactie van JAH Eekhof, A Knuistingh Neven en ThJM Verheij. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg (nu 4^e editie, 2001; ISBN 90-352-2412-4). Publicatie in H&W gebeurt met toestemming van de uitgever.

- 4 Nederlandse Vereniging voor obstetrie en gynaecologie. NVOG-Richtlijn Het Premenstrueel Syndroom. Nr 19, januari 1999. http://www.nvog.nl/files/19_premenstrueel_syndroom.pdf.
- 5 Steiner M. Premenstrual syndromes. *Annu Rev Med* 1997;48:447-55.
- 6 Nicolai NJ, Nolen WA, Van Hall EV. Premenstruele syndromen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990;134:743-7.
- 7 Wyatt K, Dimmock P, Jones P, Obhrai M, O'Brien S. Efficacy of progesteron and progestogens in management of premenstrual syndrome: systematic review. *BMJ* 2001;323:743-7.
- 8 Dimmock PW, Wyatt KM, Jones PW, O'Brien PM. Efficacy of selective serotonin-reuptake inhibitors in premenstrual syndrome: a systematic review. *Lancet* 2000;356:1131-6.
- 9 Iasco SM, Castro AA, Atallah AN. Vitamin B6 for premenstrual syndrome (Protocol for a Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software.
- 10 Wyatt KM, Dimmock PW, Jones PW, Shaughn O'Brien PM. Efficacy of vitamin B-6 in the treatment of premenstrual syndrome: systematic review. *BMJ* 1999;318:1375-81.
- 11 Stevinson C, Ernst E. complementary/alternative therapies for premenstrual syndrome: A systematic review of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:227-35.

Intermezzo

‘Haar menses waren bleek van kleur’

Zijn wij een lichaam of hebben wij een lichaam? Een klassieke medisch-filosofische vraag die de patiënt zich nooit in die termen stelt. Maar in de verwoording van de klachten schemert vaak door hoe de patiënt zijn of haar klachten ervaart. Deze ‘lichaamservaring’ is sterk cultureel bepaald en daardoor aan schommelingen onderhevig. Hoe die ervaring zich in de loop van de eeuwen ontwikkelde, is lastig te ontrafelen. Vroege casuïstiek is er maar al te zelden. Soms stuit een onderzoeker echter op een goudmijn. Zo vond sociologe Barbara Duden jaren geleden 8 dikke delen *Weiberkrankheiten* van de 18e-eeuwse Duitse arts dr. Johannes Pelargius Storch. Twintig jaar lang had deze arts zijn patiënten uitvoerig beschreven in dagboeken. Aan het eind van zijn carrière werkte hij ongeveer 1800 ziektegeschiedenissen uit ter lering van zijn opvolgers. In welke mate collega's hiervan gebruik hebben gemaakt, is onduidelijk. Maar 21ste-eeuwse vrouwenartsen en huisartsen kunnen hun hart ophalen bij de studie die Duden aan Storchs werk wijdde: *The woman beneath the skin*.

Dankzij de gedetailleerde beschrijving krijgen wij inzicht in het larvestadium van de wetenschap. Want schoorvoetende wetenschap gaat de strijd aan met folklore, cultuur, fantastische elementen en concrete ervaringen van patiënten. Anders gezegd: de wetenschap die het lichaam beschouwt als een stabiele entiteit die voldoet aan fysiologische wetmatigheden staat tegenover de vrouwelijke ervaring omtrent al die sappen en excrementen die het binnenste van lichaam doet lijken op een erupterend geheel (menstruatie, ejaculatie, zwangerschap). Weer anders gezegd: hoe verhoudt zich ervaring tegenover kennis?

Vrouwen kennen hun lichaam. De patiënten die Storch bezoeken

met klachten variërend van hoofdpijn, pijn in de rug, moeheid, kiespijn tot puisten in de nek, weten dat de maandelijkse periode eraan komt. Mild noteert Storch de voortekenen. Maar tekenen kunnen bedriegen. Zoals in het geval van de jonge vrouw die zich in 1722 bij hem meldt met hoofdpijn en moeheid. Zij weet dat ze ongesteld moet worden. Haar toestand verslechtert echter langzamerhand en Storch vindt haar even later bewegingloos en lusteloos op bed. De patiënte overlijdt enkele dagen later. Storch – zoekend naar ‘those clues whereby one can unravel and lay bare an obscure matter’ – formuleert een hypothese. Deze is gebaseerd op het gegeven dat de patiënte, de dag voor het consult, urenlang met haar minnaar had gewandeld en ‘s avonds gedanst, plus het feit (hij noteert dat als ‘belangrijk gegeven’) dat haar ‘menses de vorige keer bleek van kleur’ waren. Volgens Storch hadden haar amoureuze gevoelens en het dansen het ‘innerlijke proces’ (de ‘maelstrom’) verhevigd. De hoofdpijn wees erop dat haar bloed ‘opgewonden’ was, met als gevolg dat het menstruatiebloed naar haar hoofd was gestegen: de natuur (het lichaam) had zich laten misleiden door liefde. Het gaat er niet om hoe correct of fout Storchs hypothese was. In zijn beschrijvingen zien wij hoe een (mannelijke) wetenschapper op zoek gaat naar oorzaak, gevolg én betekenis van vrouwenklachten.

Sociologische en medisch-historische studies verdwijnen in de regel snel naar een achterafplek in de boekenkast van de moderne dokter. Ten onrechte. Want een deel van de hedendaagse zekerheden zullen in de toekomst historische misvattingen zijn.

Duden B. *The Woman beneath the Skin: A Doctor's Patient in 18th Century Germany*. Cambridge/London: Harvard University Press, 1991.

Frans Meulenber