

# Uitblijvende menstruatie

Janny Dekker

## Wat is het probleem?

Het uitblijven van de menstruatie is een bekende klacht, in een gemiddelde praktijk komt deze ongeveer tien keer per jaar voor. Patiënten maken zich meestal zorgen over: 1) het uitblijven van een eerste menstruatie (late menarche), 2) het al in de overgang zijn (vroegge menopauze), 3) een mogelijke zwangerschap, 4) het uitblijven van de menstruatie na een zwangerschap, tijdens en na borstvoeding, 5) het uitblijven van de menstruatie na het staken van anticonceptiva. Het is belangrijk na te gaan wat de precieze reden is om de huisarts te bezoeken: is het vooral ongerustheid, zijn er hinderlijke klachten of is er een achterliggende kinderwens?

## Wat moet ik weten?

Primaire amenorroe is het uitblijven van de eerste menstruatie tot het zestiende jaar. Secundaire amenorroe is het niet menstrueren gedurende zes maanden na de laatste menstruatie. De secundaire vorm komt veel vaker voor dan de primaire. De oorzaak van een secundaire amenorroe is vrijwel altijd een lage oestrogeenspiegel (anovulatie), behalve tijdens de zwangerschap. Lage oestrogeenconcentraties zijn fysiologisch tijdens de borstvoedingsperiode en na de menopauze. In andere situaties kan er een stoornis zijn op hypothalam/hypofysair (centraal) niveau of op ovarieel (perifeer) niveau. Bij de zogenaamde functionele amenorroe, waarbij geen organische oorzaak kan worden gevonden, wordt een centrale oorzaak verondersteld. De postpilamenorroe hoort hierbij, evenals de amenorroe bij sterke gewichtsveranderingen, heftige emoties en intensieve lichamelijke inspanning. Centraal is ook de amenorroe bij hyperprolactinemie, onregelde diabetes, hyper- of hypothyreoïdie, bijnierfunctiestoornissen, bijwerkingen van medicijnen (ovulatiemmers, antipsychotica, antidepressiva). Perifere oorzaken zijn het polycysteusovariumsyndroom (PCO) en 'premature ovarian failure': het vroegtijdig, voor het veertigste jaar, uitvallen van de ovariële functie.

Een primaire amenorroe kan het gevolg zijn van aanlegstoornissen van hypothalamus of hypofyse, ovaria, uterus of vagina en van chromosomale afwijkingen en verder van alle oorzaken die een secundaire amenorroe kunnen geven.

## Wat moet ik doen?

Vraag bij secundaire amenorroe naar het menstruatiepatroon en recente veranderingen daarin, naar zwangerschap, borstvoeding

### Auteursgegevens

UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, 9700 AD Groningen: dr. J.H. Dekker, huisarts en universitair hoofddocent huisartsgeneeskunde.  
Correspondentie: j.h.dekker@med.umcg.nl

en anticonceptiegebruik en informeer naar gewichtsveranderingen, eetproblemen, sportbeoefening en emotionele problemen. Denk aan chronische aandoeningen en medicatiegebruik en vraag naar symptomen van hormonale functiestoornissen zoals acne, hirsutisme, galactorroe en climacteriële klachten. Doe zo nodig een zwangerschapstest om zwangerschap uit te sluiten. Bij secundaire amenorroe maakt een hoog FSH-gehalte in combinatie met een lage oestradiolspiegel een vroegtijdige overgang waarschijnlijk. Als de huisarts bij een vaginaal toucher vergrote ovaria vindt of als er andere aanwijzingen zijn voor een PCO, kan een vaginale echo waardevol zijn. Bij galactorroe is een bepaling van de prolactinespiegel aangewezen. Gezien de variaties in de prolactinespiegels is het aan te bevelen dit minstens tweemaal te doen.

Let bij het onderzoek bij een primaire amenorroe op de ontwikkeling van secundaire geslachtskenmerken en op lichaamsbouw, beharing, borstontwikkeling en afwijkingen van vagina, uterus en ovaria. Bij primaire amenorroe en verder normale bevindingen is een progesteronbelastingtest aangewezen: 10 mg medroxyprogesteron gedurende tien dagen geeft een onttrekkingsbloeding als de afvloed via de vagina intact is en er een endometrium is dat oestrogeen is voorbereid.

Verwijzen is nodig bij primaire amenorroe en afwijkende primaire of secundaire geslachtskenmerken of een negatieve progesteronbelastingtest, bij PCO en kinderwens of storende virilisatieverschijnselen, bij een vroegtijdige overgang en kinderwens en bij een bij herhaling gevonden hyperprolactinemie.

## Wat moet ik uitleggen?

Geef uitleg over de menstruele cyclus en de variaties daarin. Uitblijven van de menarche kan tot het zestiende jaar normaal zijn. Na het staken van de anticonceptiepill kan het zes maanden duren voor de cyclus op gang komt, na het stoppen met de prikpill kan dit twee jaar duren, na een levonorgestrel-IUD enkele maanden, na een zwangerschap of na staken van de borstvoeding zes maanden. De menopauze valt tussen het veertigste en zestigste jaar. Afhankelijk van de diagnose geeft de huisarts voorlichting over het ziektebeeld. De prognose van functionele amenorroe is gunstig, maar de onderliggende factoren verdienen aandacht: comorbiditeit, voeding, medicatiegebruik, intensief sporten, emoties. De huisarts bespreekt bij kinderwens de behandelingsopties. Bij een vroegtijdige menopauze dient osteoporosepreventie aan de orde te komen. De NHG-Patiëntenbrieven *Wachten op de eerste menstruatie*, *Als de menstruatie wegblijft*, *Polycysteusovariumsyndroom* en *De overgang algemeen* kunnen de uitleg ondersteunen.

### Literatuur

- 1 Leusink GL, Oltheten JMT, Brugemann LEM, Belgraver A, Geertman JMA, Van Balen JAM. NHG-Standaard Amenorroe (eerste herziening). Huisarts Wet 2007;50:159-67.
- 2 Lagro-Janssen ALM, Smulders MMT. Menstruatieklachten. Practicum Huisartsgeneeskunde. Maarssen: Elsevier, 2002.