

Endometriose bij een adolescent

DYSMENORROE

Dysmenorroe, pijn vlak voor en/of tijdens de menstruatie, is de meest voorkomende gynaecologische klacht. Naar schatting de helft van alle vrouwen heeft er ooit tijdens haar leven last van.¹ De incidentie in de huisartsenpraktijk is 4 à 5, de prevalentie 6 per 1000 vrouwen per jaar.² Het klachtenpatroon bestaat uit cyclische pijn in onderbuik en/of lage rug, vaak samen met hoofdpijn, gastro-intestinale klachten zoals misselijkheid en soms mictieklachten.

Meestal onderscheidt men primaire en secundaire dysmenorroe. Bij primaire dysmenorroe is er geen aantoonbare onderliggende pathologie, zijn de ovulaties normaal en zijn er geen afwijkingen in het kleine bekken. De klachten beginnen binnen 24 maanden na de menarche. Secundaire dysmenorroe berust meestal op een afwijking zoals uterusanomalie of endometriose.^{1,3}

Bij adolescenten is het onderscheid tussen primair en secundair echter niet altijd even duidelijk. Ongeveer 10% van de adolescenten en jongvolwassenen met dysmenorroe heeft een organische afwijking.⁴ De belangrijkste aandoeningen in de differentiaaldiagnose van secundaire dysmenorroe zijn *pelvic inflammatory disease* (PID), adnexafwijkingen (cyste, tumor) en uterusanomalieën.⁵ Zijn er begeleidende klachten van het maag-darmstelsel en/of de urinewegen, dan kan men ook denken aan het *irritable bowel syndrome* (IBS) of cystitis.⁶

In de praktijk pakt men de diagnose meestal pragmatisch aan en zal men vooral proberen de symptomen te verlichten. In deze klinische les gaan we naar aanleiding van een gevalsbeschrijving in op de vraag welke aandachtspunten in anamnese en onderzoek aanleiding zouden moeten geven tot nadere diagnostiek.

Samenvatting

Oosterlee HC, Lagro-Janssen ALM. Endometriose bij een adolescent. *Huisarts Wet* 2012;55(1):36-8.

In deze klinische les laten wij zien dat dysmenorroe bij een adolescent soms het gevolg kan zijn van een ander onderliggend lijden, zoals endometriose. De differentiaaldiagnose van dysmenorroe is niet moeilijk te stellen; de meeste onderliggende aandoeningen zijn uit te sluiten op basis van lichamelijk (gynaecologisch) onderzoek en enig laboratoriumonderzoek (BSE, hCG-test, urine). Vindt men een palpabele weerstand in het kleine bekken, dan is dat een indicatie voor nader onderzoek door een gynaecoloog. Heeft deze de diagnose endometriose eenmaal gesteld, dan kan de huisarts de begeleiding weer op zich nemen, met speciale aandacht voor een eventuele kinderwens in de toekomst.

ENDOMETRIOSE

Endometriose is het aanwezig zijn van functionerend endometrium buiten de uterus. Meestal bevindt dit ectopisch endometrium zich in het kleine bekken – blaas, ovaria, tubae, peritoneum –, maar het kan overal in het lichaam voorkomen. Over het ontstaan doen diverse theorieën de ronde, waaronder versleping van endometriumcellen tijdens de menstruatie of bij een operatie. Tegenwoordig neemt men aan dat de aandoening multifactorieel bepaald is en dat genetische, somatische en immunologische factoren een rol kunnen spelen.⁷⁻⁹

De prevalentie van endometriose is moeilijk vast te stellen. Schattingen variëren met de bestudeerde populatie (asymptotisch of symptomatisch) en de diagnostische methode (klinisch versus chirurgisch). Een ruwe aanname is dat ongeveer 10% van alle vrouwen in de vruchtbare levensfase endometriose heeft.^{10,11} Bij vrouwen in de vruchtbare levensfase die een laparoscopie ondergaan in verband met chronische bekkenpijn is de prevalentie 10 tot 30%,¹² bij adolescenten 25 tot 38%⁶ en bij vrouwen die onderzocht worden in verband met infertiliteit kan het oplopen tot 50%.^{7,13}

De vier meest voorkomende symptomen zijn dysmenorroe of (cyclische) bekkenpijn, infertiliteit, diepe dyspareunie en palpabele afwijkingen in het kleine bekken. Ook verschillende andere symptomen kunnen passen bij endometriose, zoals cyclische darm- en blaasklachten en irregulaire menstruaties. Deze klachten zijn echter nog minder specifiek dan de vier eerstgenoemde.⁷

Dysmenorroe of (cyclische) bekkenpijn

De pijnklachten zijn het belangrijkste symptoom, de pijn begint vaak al voor de menstruatie.^{1,8}

Meestal is de pijn dubbelzijdig. De pijn kan op verschillende plaatsen zitten en kan ook uitstralen naar verschillende gebieden, afhankelijk van de lokalisatie van de endometriosehaardjes. Uitstraling naar het bovenbeen (vanuit de ovaria), naar het perineum (vanuit het rectum) of naar de rug (van-

De kern

- Dysmenorroe bij adolescenten kan duiden op onderliggend lijden. De pijn en de kans op verminderde fertiliteit zijn serieuze gezondheidsrisico's.
- De diagnostiek is relatief eenvoudig, ook bij onderliggend lijden, maar neemt evengoed vaak jaren in beslag en dat leidt tot onnodige ziektebelasting.
- Vraag daarom bij dysmenorroe-klachten consequent naar klachten en symptomen die kunnen wijzen op een onderliggend lijden, zoals endometriose.
- Verdwijnen de klachten niet met NSAID's of orale anticonceptiva, dan is snelle verwijzing naar de gynaecoloog geïndiceerd.

Marina

Marina is 17 jaar en heeft al sinds haar veertiende last van pijnlijke menstruaties. Ze had haar menarche rond haar twaalfde. In verband met pijnlijke menstruaties gebruikte ze eerst NSAID's, maar op haar vijftiende startte ze met orale anticonceptie omdat ze een vriendje had. Zolang ze de pil gebruikte, waren haar pijnklachten goeddeels verdwenen, maar een paar maanden geleden is ze gestopt met de pil omdat ze hem toch steeds vergat. Ze komt nu met de volgende klacht op het spreekuur: steeds buikpijn tijdens de menstruaties en een dag of twee daarna. Dit is nu al de vierde keer. De pijn houdt ook langer aan dan anders; ze heeft dit keer al ruim een week pijn. Het is een zeurende en soms stekende pijn in haar onderbuik, vooral links. Marina heeft nog steeds dezelfde vriend, ze gebruiken af en toe een condoom. Ze heeft ook meer fluor dan normaal. Desgevraagd zegt ze dat ze pijn in haar onderbuik heeft bij gemeenschap. Ze heeft geen defecatie- of mictieklachten.

Bij het lichamenlijk onderzoek maakt Marina geen zieke indruk, maar ze heeft wel duidelijk pijn. De temperatuur is 36,8 °C. Bij onderzoek van de buik is de onderbuik zowel links als rechts diffuus gevoelig. Er is geen sprake van spierverzet. Bij vaginaal toucher is er geen slinger- en opstootpijn. Wel lijkt er links van de uterus een zwelling palpabel. Bij speculumonderzoek is er witte fluor.

Hierna loopt de huisarts systematisch de differentiaaldiagnostische mogelijkheden na. Marina heeft een verhoogd risico op een soa vanwege de onbeschermd coïtus. PID staat dan ook redelijk hoog in de differentiaaldiagnose, mede gezien de klachten van buikpijn en toegenomen fluor. Er is echter geen koorts en ook geen

slinger- of opstootpijn. De huisarts vraagt daarom een BSE-bepaling aan en neemt een uitstrijkje af van cervix en urethra voor kweken en PCR-onderzoek op *Chlamydia*, *Trichomonas* en gonorrhoe. De BSE blijkt 4 mm. De kweekuitslagen laten nog even op zich wachten, maar de diagnose PID is nu toch onwaarschijnlijk. De kweken en de PCR zullen later dan ook negatief blijken. Ook de uitslag van de zwangerschapstest, verricht omdat Marina geen anticonceptie gebruikt, is negatief dus van een buitenbaarmoederlijke of vroege zwangerschap lijkt eveneens geen sprake te zijn. Ook een IBS is niet waarschijnlijk, want Marina heeft nooit darmklachten gehad. En het urineonderzoek sluit bij Marina een urineweginfectie uit, want dipstick en sediment zijn beide negatief.

De bevindingen bij het vaginaal toucher en de diagnostische onduidelijkheid zijn reden om Marina naar de gynaecoloog te verwijzen voor een transvaginale echo. De echo laat een grote cyste zien in de buurt van het linker adnex. Aan de rechterkant bevindt zich ook een kleine cyste. De cyste links past het meest bij een dermoidcyste. De gynaecoloog sluit echter een maligniteit niet uit en besluit tot laparoscopische cystectomie. Hij zegt erbij dat dat mogelijk een laparotomie kan worden.

Tijdens laparoscopie wordt inderdaad een bilaterale cystectomie verricht. De cyste links barst tijdens manipulatie en blijkt oud bloed te bevatten (chocoladecyste). De rechter cyste is een onschuldige follicelcyste. De diagnose endometriose is hiermee rond. Pathologisch-anatomisch onderzoek bevestigt deze uitslag. Marina herstelt voorspoedig en gaat naar huis met een recept voor ethinylestradiol/levonorgestrel 30.

uit sacro-uteriene ligamenten) is mogelijk. Endometriosehaardjes in organen kunnen pijnklachten geven door druk op naastliggende weefsels.

Na verloop van tijd kan de pijn haar cyclische karakter verliezen en chronisch worden. Het mechanisme hierachter is nog niet geheel opgehelderd: verhoogde prostaglandinesynthese kan een rol spelen, of adhesies in het kleine bekken. De relatie tussen adhesies en chronische bekkenpijn is echter niet duidelijk,¹⁴ en ook is onduidelijk of de ernst van de pijn samenhangt met het stadium van de endometriose.^{7,13-15}

Infertiliteit

Endometriose leidt tot verminderde fertiliteit.⁷ Bij adolescenten zijn klachten over de fertiliteit meestal nog niet aan de orde omdat ze geen duidelijke kinderwens hebben.

Diepe dyspareunie

Endometriose kan ertoe leiden dat de vrouw tijdens penetratie pijn voelt in de onderbuik. Dit is met name het geval bij retrocervicale endometriosehaardjes.¹⁴

Palpabele afwijkingen in het kleine bekken

Vindt men een palpabele afwijking in het kleine bekken, zoals een vergroot adnex, dan wordt de differentiaaldiagnose uitgebreider. Dit past immers ook bij een abces in het ovarium of een maligne aandoening. Het vinden van onregelmatigheden langs de ligamenta sacro-uterina is volgens de literatuur een duidelijk teken van endometriose.^{7,8} Beide bevindingen zijn een indicatie om een transvaginale echo aan te vragen of de patiënt naar de gynaecoloog te verwijzen. Ze zijn bij adolescenten echter zeldzaam.⁹

Marina's klachten waren duidelijk die van een secundaire dysmenorroe. Ze leken in eerste instantie goed te reageren op het gebruik van orale anticonceptiva, maar nadat Marina daarmee op eigen initiatief was gestopt, keerden ze terug. Na enige maanden verloor de pijn haar cyclische karakter en bleef tot ruim na de menstruatie aanhouden. Ook had ze dyspareunieklachten. Bij het lichamenlijk onderzoek was de onderbuik pijnlijk bij palpatie en werd een palpabele afwijking gevonden links naast de uterus.

VROEGTIJDIGE DIAGNOSTIEK IS BELANGRIJK

De huisarts kan met eenvoudige middelen tot een gerichte differentiaaldiagnose komen. Cystitis en een EUG zijn uit te sluiten met eenvoudig lab- en urineonderzoek, een PID is onwaarschijnlijk als er geen verhoogde temperatuur is, geen verhoogde BSE en geen slingerpijn. Bij het vinden van een palpabele afwijking in het kleine bekken bij vaginaal toucher is nader onderzoek, bij voorkeur een transvaginale (gynaecologische) echo, geïndiceerd.

Abstract

Oosterlee HC, Lagro-Janssen ALM. An adolescent with endometriosis. *Huisarts Wet* 2012;55(1):36-8.

This clinical lesson shows that dysmenorrhoea in adolescents can result from an underlying condition like endometriosis. The differential diagnosis of dysmenorrhoea is relatively clear-cut, and most conditions can be discarded on the basis of a gynaecological examination and laboratory investigations (BSE, hCG, urinalysis). On pelvic examination, detection of resistance on palpation is reason to refer the patient to a gynaecologist. Once the diagnosed is established, the GP can resume management of the patient and should note whether the patient expresses a desire to have children in the future.

Met een transvaginale echo zijn afwijkingen aan de adnexen, zoals een ovarieel endometrium, goed vast te stellen, maar is het onderscheid tussen een al dan niet geïnfecteerde endometriosecyste en een abces niet altijd gemakkelijk te maken.¹⁶ Bij het vinden van een cysteuze afwijking aan een adnex zal de gynaecoloog in de regel besluiten tot een laparoscopie. Vindt men geen adnexafwijkingen, dan sluit dat een endometriose echter niet uit, want peritoneale laesies zijn op een transvaginale echo niet te zien.^{8,17}

Laparoscopie is de gouden standaard voor het stellen van de diagnose endometriose, ook bij adolescenten. Overigens kunnen de endometriosehaardjes er bij adolescenten anders uitzien dan bij volwassenen. In plaats van bruinzwart gespikkelde afwijkingen, de zogeheten *powderburn*-laesies, zie je bij adolescenten vaker rode of doorzichtige papels of vesikels.⁶ De logische vervolgstap na laparoscopie is histologische bevestiging. Bij een ovarieel endometrium is histologisch onderzoek belangrijk om de zeldzame gevallen van carcinoom uit te sluiten. Zelfs als men, zoals bij Marina, een chocoladeachtige vloeistof aantreft, is dat niet voldoende om een carcinoom uit te sluiten, want dit kan ook bij een maligniteit voorkomen. Ander onderzoek, bijvoorbeeld MRI of bloedonderzoek naar CA 125, is niet relevant voor de diagnose endometriose.^{9,10,13}

Vaak verstrikt er veel tijd tussen de eerste symptomen en de uiteindelijke diagnose: gemiddeld zijn daar ruim zes jaar en veel bezoeken aan de dokter voor nodig.^{18,19} Dit terwijl endometriose bij veel vrouwen voorkomt en grote invloed kan hebben op hun dagelijks leven, hun partnerrelatie en hun toekomst: elke maand pijn, pijn bij het vrijen en mogelijk verminderde vruchtbaarheid.^{19,20} De pijnklachten zijn goed te behandelen, en laparoscopische excisie van de endometriosehaardjes kan bijdragen aan het behoud van de fertiliteit.^{7,9} Ook de maatschappelijke consequenties zijn groot, getuige een recent onderzoek in tien landen onder ruim 1400 vrouwen van 18 tot 45 jaar die een laparoscopie moesten ondergaan in verband met klachten passend bij endometriose. In de voorlopige resultaten van deze Global Study of Women's Health, gefinancierd door de World Endometriosis Research Foundation, zijn aanwijzingen te vinden dat endometriose vooral door de pijnklachten de arbeidsproductiviteit negatief beïnvloedt.^{17,20}

WAT KAN DE HUISARTS DOEN?

Dysmenorroe bij adolescenten is minder onschuldig dan het lijkt. Vraag bij dysmenorroe klachten consequent naar klachten en symptomen die kunnen wijzen op onderliggend lijden. Aarzel in dergelijke gevallen niet om aanvullende diagnostiek aan te vragen, en doe dat ook als een behandeling met NSAID's of orale anticonceptiva faalt. De grote invloed van de pijn op de kwaliteit van leven en de mogelijk grote consequenties van een onderliggend lijden zoals endometriose vragen om een zorgvuldig diagnostisch proces.

Heeft de huisarts eenmaal de waarschijnlijkheidsdiagnose endometriose gesteld, dan zal de behandeling in eerste

instantie bestaan uit NSAID's en/of orale anticonceptiva. De volgende stap is medroxyprogesteronacetaat of een levonorgestrelhoudend spiraaltje. De huisarts hoort ook de mogelijkheid van verminderde vruchtbaarheid te bespreken met de patiënte, zodat zij hierop kan anticiperen. Verdwijnen de klachten niet met deze behandeling, dan is verwijzing naar de gynaecoloog geïndiceerd.^{5,10,13} ■

Marina (vervolg)

Uiteindelijk is bij Marina de diagnose nog vlot gesteld. Haar ziekte had dan ook een ernstiger beloop dan gewoonlijk en het vinden van een vergroot adnex leidde meteen tot nader onderzoek. Na de cystectomie zal ze klachtenvrij blijven zolang ze het anticonceptivum gebruikt.

Gezien het ernstige beloop met geruptureerde cystes en daardoor waarschijnlijk adhesievorming is de kans op verminderde vruchtbaarheid voor Marina zeker aanwezig. Als ze in de toekomst zwanger wil worden, zullen er op dat het moment waarschijnlijk meer onderzoeken en meer pijn volgen. Want door de pil heeft ze geen pijn maar kan ze ook niet zwanger worden, en als ze ermee stopt in verband met kinderwens is de kans groot dat de pijn weer terugkomt.

LITERATUUR

- Peters AAW, Weijnenborg PhThM. Buikpijn. In: Heineman MJ, Evers JLH, Massuger LFAG, Steegers EAP (redactie). Obstetrie en gynaecologie: De voortplanting van de mens. 6e dr. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2007.
- Barnhoorn PC, Eekhof JAH, Knuistingh Neven A. Dysmenorroe. Huisarts Wet 2005;48:28-30.
- Lagro-Janssen ALM, Smulders MMT. Menstruatieklachten. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2002.
- Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents. Ann N Y Acad Sc 2008;1135:185-95.
- Hickey M, Balen A. Menstrual disorders in adolescence: Investigation and management. Hum Reprod Update 2003;9:493-504.
- Laufer MR, Sanfilippo J, Rose G. Adolescent endometriosis: Diagnosis and treatment approaches. J Pediatr Adolesc Gynecol 2003;16:S3-11.
- Attaran M, Falcone T, Goldberg J. Endometriosis: Still tough to diagnose and treat. Cleve Clin J Med 2002;69:647-53.
- Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R, et al. ESHRE Guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. Hum Reprod 2005;10:2698-704.
- Farquhar C. Endometriosis. BMJ 2007;334:249-53.
- Mounsey AL, Wilgus A, Slawson DC. Diagnosis and management of endometriosis. Am Fam Physician 2006;74:594-600.
- Pugsley Z, Ballard K. Management of endometriosis in general practice: The pathway to diagnosis. Br J Gen Pract 2007;57:470-6.
- Solnik MJ. Chronic pelvic pain and endometriosis in adolescents. Curr Opin Obstet Gynecol 2006;18:511-8.
- Giudice LC. Endometriosis. N Engl J Med 2010;362:2389-98.
- Vercellini P, Fedele L, Aimi G, Pietropaolo G, Consonni D, Crosignani PG. Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: A multivariate analysis of over 1000 patients. Hum Reprod 2007;22:266-71.
- Chapron C, Fauconnier A, Dubuisson J, Barakat H, Vieira M, Breart G. Deep infiltrating endometriosis: Relation between severity of dysmenorrhoea and extent of disease. Hum Reprod 2003;18:760-6.
- Van Weering HGL, Mijatovic V, Groot J, Hompesen PGA, Brolman HAM. 'Pelvic inflammatory disease' en een geabcedeerde endometriosecyste: Een diagnostisch probleem en een therapeutisch dilemma. Ned Tijdschr Geneesk 2007;151:725-9.
- Simsa P, Mihalyi A, Kyama CM, Mwenda JM, Fülöp V, D'Hooghe TM. Future of endometriosis research. Womens Health (Lond Engl) 2007;3:647-54.
- Harvey J, Warwick I. Endometriosis. BMJ 2010;340:c2661.
- Denny E. Women's experience of endometriosis. J Adv Nurs 2004;46:641-8.
- World Endometriosis Research Foundation. WERF funded Global Study of Women's Health shows endometriosis significantly impacts women's productivity at work [internet]. London: World Endometriosis Research Foundation, 2006-2010. http://www.endometriosisfoundation.org/press_gsw_h_june10.php.