

# MENSTRUELE STOORNISSEN TIJDENS DE ADOLESCENTIE

Samenvattende tekst van de presentatie van prof. De Schepper ter gelegenheid van de studiedag 'Als groeien wat moeilijker loopt' op 14 juni 2019. De nieuwe aanbeveling voor meisjes van 14-15 jaar in het systematisch contact neemt een vraag op naar regelmaat en ongemak van de menstruatie. Wat volgt geeft een leidraad voor vragen en aanpak.

## Inhoud

---

1.	Definitie en voorkomen van menstruele stoornissen .....	1
2.	De praktijk .....	3
2.1	Pijnlijke menses .....	3
2.2	Hevig menstrueel bloedverlies .....	4
2.3	Oligomenorree – secundaire amenorree .....	5

## 1. Definitie en voorkomen van menstruele stoornissen

---

Tijdens de adolescentie komen cyclusstoornissen regelmatig voor resulterend in diverse ongemakken. Het betreft dan:

- Onregelmatige menstruatie (metrorragie)
- Afwijkingen in frequentie (poly- of oligomenorree)
- Afwijkingen in volume (menorragie)
- Pijnlijke menstruatie (dysmenorree)

Deze problemen komen – met uitzondering van dysmenoree – vooral voor in de eerste jaren na de menarche. **Een meisje dat klaagt van pijnlijke regels van bij de menarche is steeds problematisch en vereist verder onderzoek.**

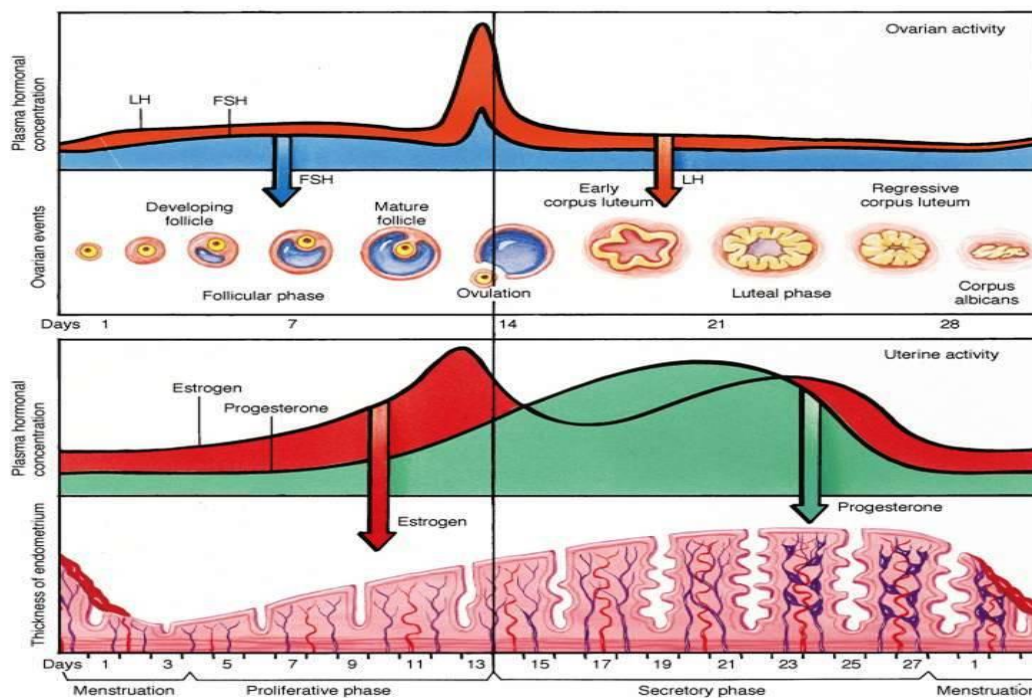
Tabel 1: Voorkomen van de cyclusstoornissen:

CYCLUSSTOORNIS	VOORKOMEN
Dysmenorree	60 tot 80% (minder dan 10% van de adolescenten heeft pijnloze menses)
Periodes van menorragie	40% van de adolescenten

Niettegenstaande deze hoge frequenties consulteert slecht 16% van de adolescente meisjes een arts. Cyclusstoornissen hebben medische en psychosociale gevolgen en zijn een frequente reden van schoolverlet (6-16%) en zelfmedicatie bij adolescenten.

Enkele weetjes:

- De eerste cycli zijn meestal de langste omdat ze anovulatoir zijn.  
Meer concreet nog: 50% van de cycli in de eerste jaren zijn anovulatoir.  
Pas 5 jaar na de menarche is er sprake van enige stabilisatie.
- Een cyclus duurt gemiddeld 34,5 dagen en de meeste cycli schommelen tussen 21 en 45 dagen. Een op zeven cycli duurt langer dan 45 dagen. Meer dan 50% van de vrouwen heeft minstens één cyclus die langer duurt dan 45 dagen.
- Meer dan 20% van de vrouwen heeft onregelmatige cycli.
- De meest meisjes menstrueren 4 tot 5 dagen. Wel 90% van de meisjes menstrueren 7 dagen of minder.



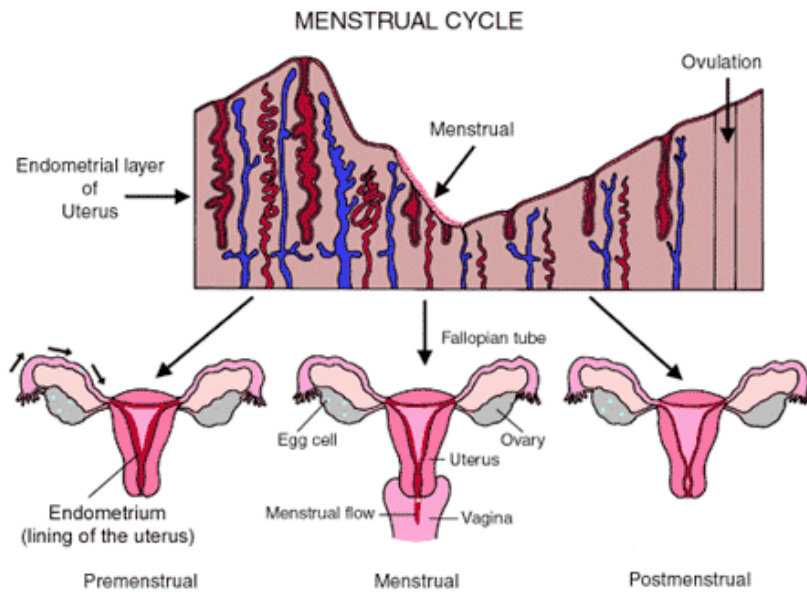
**Figuur 1: de relatie tussen de centrale en perifere hormoonproductie, de evolutie van de eierstok en het endometrium gedurende het verloop van de menstruele cyclus.**

De onregelmaat van de prille menstruele cycli is het rechtsreeks gevolg van het anovulatoir zijn ervan. Het is de ovulatie die aanzet tot de vorming van een geel lichaam (corpus luteum= CL) dat verantwoordelijk is voor de progesteroneproductie dat de secretoire fase van het endometrium inleidt. Als er geen bevruchting plaats vindt zal het afsterven van het CL een daling van progesterone (en oestrogeen) inluiden en een in elkaar stuiken van het endometrium (figuur 1)

Voor een ovulatie is er een LH-piek vereist. Dit vereist een mature hypothalamo-hypofys-as. Aanvankelijk is er enkel een negatieve feedback van oestrogeen op de hypothalamo-hypofys-as. Om een LH piek voor de ovulatie te verkrijgen moet er een positieve feedback van oestrogeen komen.

Vele jonge meisjes hebben bijgevolg geen tweede fase van de cyclus en het endometrium blijft prolifereren tot het hypertroof is en inzakt waardoor een bloeding optreedt (figuur 2). Een eenvoudige behandeling bestaat uit de toediening van progesterone tussen dag 14 en 21 à 24 van de cyclus (te tellen van dag 1 van de voorgaande menstruatie) waardoor het effect van het CL wordt nagebootst.

De menarche treedt in gemiddeld 2,5 jaar na de prille borstontwikkeling (B2).



Figuur 2: de menstruele cyclus ter hoogte van het endometrium.

## 2. De praktijk

Tijdens het systematisch contactmoment wordt gevraagd naar het verloop en de beleving van de cycli en de menses.

### 2.1 Pijnlijke menses

*'Heb je pijnlijke regels?'*

#### **Definitie en voorkomen**

Menses die gepaard gaan met pijnlijke buikkrampen die optreden kort voor of bij de start van het menstrueel bloedverlies en gewoonlijk 1 tot 3 dagen duren. Deze klacht wordt gerapporteerd door 41,6 % van jonge ( 12-13,5 jarige) Vlaamse adolescenten. De pijn neemt doorgaans toe met de leeftijd ( piekleeftijd rond 17 jaar) en is meer uitgesproken bij een langere duur en heviger bloedverlies tijdens de menses. Een vroegtijdige menarche, fysiek of seksueel misbruik en roken zijn risico factoren voor primaire vormen. Het is een belangrijke reden tot schoolafwezigheid ( 6 – 16 %)

#### **Alarm**

Een meisje dat pijn heeft van bij de menarche is steeds verontrustend.

Andere alarmtekens zijn (1) als de pijn persisteert of toeneemt na drie maanden behandeling met orale contraceptiva of NSAID's in voldoende hoge dosis, (2) als de pijnklachten aanhouden tussen de maandstonden door en/of (3) wanneer er sprake is van vaginale afscheiding.

#### **Oorzaken**

- Primaire dysmenorree (zonder duidelijke oorzaak – nooit vanaf menarche!)  
Bij de primaire dysmenorree neemt de pijn toe met de leeftijd omdat de cycli progressief meer ovulatoir worden. Onder invloed van progesterone (van het CL) wordt prostaglandine F2a vrijgemaakt. Deze stof is verantwoordelijke voor de pijn door contractie van de baarmoeder.

- Aangeboren vaginale en/of uterusafwijkingen: vaginaal septum, cervix vernauwing, retroflexie van de uterus;
- Endometriose
- Pelvische inflammatoire aandoening (PID)

### **Anamnese**

- Aanvang van de klachten: vanaf eerste maandstonen ( aangeboren tractus afwijking)
- Aanvang één of meerdere jaren na de menarche (primaire dysmenorroe)
- Pijnlijke mictie / defecatie of chronische buikpijn (endometriose)
- Geen verbetering met NSAID of orale anticonceptiva (endometriose)
- Familiale voorgeschiedenis van endometriose (endometriose)
- Vaginale afscheiding en/of aanwezigheid spiraaltje (PID)

### **Klinisch en eerstelijns onderzoek**

Een gevoelige fossa iliaca wijst op PID

Echografie van het klein bekken

### **Verwachting bij verwijzing**

Doel van de verwijzing is differentiaal diagnostisch onderzoek tussen primaire en secundaire dysmenorroe met aandacht voor endometriose, anatomische reproductieve tractusafwijkingen of PID en het instellen van een behandeling.

## 2.2 Hevig menstrueel bloedverlies

---

*‘Heb je last van overvloedig bloedverlies?’  
‘Hoeveel verbandjes of tampons gebruik je per dag?’*

### **Definitie en voorkomen**

Het gaat over

- een verlies van meer dan 80 ml wat een equivalent is van 1 à 2 tampons of verbanden per uur tijdens de eerste dagen EN/ OF
- een verlies van meer dan 6 tampons of verbanden per dag in de eerste 3 dagen EN/OF
- verlies dat langer dan 7 dagen duurt.

Let op! 80 ml verlies is niet hetzelfde als 80 ml bloedverlies. Een deel van het vochtverlies bestaat uit transudaat van het endometrium.

### **Oorzaken**

Meestal is de oorzaak een nog dysfunctionele immature hypothalamo-hypofysaire-gonadale as en anovulatie.

Het gaat dan vaak gepaard met overvloedig bloedverlies en/of intermenstrueel bloedverlies.

het buitensporig bloedverlies kan leiden tot bloedarmoede.

Secundaire vormen van overvloedig bloedverlies kunnen voorkomen n.a.v.:

- Stollingsstoornissen, zeker wanneer dit zich voordoet van bij de menarche (Von Willebrand).
- Uteriene afwijkingen (vb. myoma zeer zeldzaam bij adolescent, cervixpoliep, vreemd voorwerp).
- Zwangerschapscomplicatie (spontane abortus, extra-uteriene zwangerschap).
- Hypo- en hyperthyroidie (zeer zeldzaam)

- Oestrogeenproducerende tumor in het ovarium of de bijnier.

### **Anamnese en alarmsignalen**

- Aanwezigheid van stolsels.
- Optreden sinds menarche.
- Tekens van anemie ( moeheid, bleekheid, orthostatische hypotensie, tachycardie, duizeligheid, inspanningsintolerantie).
- Tekens van bloedingsdiathese.  
Bloeding bij tandenpoetsen, ernstig bloedverlies per/ post heelkundige interventies, hevige herhaalde neusbloedingen, frequent optreden van ecchymosen en petechiën ( stollingstoornis).  
familiale voorgeschiedenis van stollingsstoornissen.
- Tekens van hyperoestrogenemie ( tepelhofverbruining)
- Seksueel contact ( miskraam, SOA)

### **Klinisch en eerstelijns onderzoek**

- Bleke kleur van de conjunctivae
- Lage bloeddruk liggend en staand
- Petechiën en ecchymosen
- Schildkliervergroting
- Buikmassa

Verder onderzoek met een bloedname (Hb, RBC, MCV, plaatjes, Fe, IBC, ferritine, ALT, ureum, creatinine, PTT, aPTT, VWF-Ag, VWF-activiteit, TSH) en echografie van het klein bekken zijn aangewezen.

Let op! Bij hevig bloedverlies kan door de aanwezigheid van catecholamines de titer van de Von Willebrandfactor normaal zijn.

### **Verwachting bij verwijzing**

Doel van de verwijzing is de opsporing/uitsluiting van een stollingsstoornis, de bevestiging en behandeling van de ferriprievie anemie.

Een proefbehandeling met de pil is in deze situaties niet zinvol.

Om de bloeding te beperken kunnen Exacyl tabletten of ampoules worden voorgeschreven.

## **2.3 Oligomenorree – secundaire amenorree**

---

*‘Met welke regelmaat menstrueer je?’  
‘Wanneer had je je laatste menstruatie?’*

### **Definitie en voorkomen**

- Maandstonden met een variabel interval van 20 dagen of meer indien meer dan 2 jaar na de menarche, OF maandstonden die om de 45 dagen of meer voorkomend in de eerste 2-3 jaren na de menarche, OF om de 35 dagen of meer indien 2-3 jaar na de menarche.
- Het uitblijven van maandstonden in de afgelopen 3 maanden - bij regelmatige- of 6 maanden – bij onregelmatige maandstonden.

- magerte, obesitas en late menarche zijn risico factoren

- aanhoudende amenorroe kan leiden tot een verminderde botmineralisatie

### **Oorzaken**

- De meest frequente oorzaak is de functionele hypothalamie amenorroe (FHA) (stress, inspanning of ondervoeding, idiopathisch).
- Immaturiteit van de hypothalamie hypofysaire gonadale as (anovulatie).
- Verworven gonadotrofine tekort (hypothalamie hersentumor, auto-immune hypophysitis, sarcoidose, hemochromatose, ...)
- Hormonale stoornis (hyperprolactinemie, hypothyroïdie, hypercorticisme, hyperandrogenemie (ovarium/bijnier tumor of late vorm van congenitale bijnierschorshyperplasie)
- Polycystisch ovaria syndroom (PCOS)
- Ovariële insufficiëntie (Turner syndroom mozaïek, auto-immune oöphoritis, primair ovarieel falen) .  
20% Van de meisjes met het turnersyndroom gaan in puberteit maar vallen dan stil.
- Chronische ziekte (chronische inflammatoire darmziekte, coeliakie, chronische nier- en leverziekte, ...)

### **Anamnese en alarmsignalen**

- Optreden van menarche na 14 jaar (immature HHG as).
- Pijnloze menses (immature HHG as).
- Vermagering, veranderde eetgewoontes (eetstoornis).
- Snelle gewichtstoename (PCOS, Cushing syndroom, primaire obesitas, hypothalamus tumor).
- Hoofdpijn, visusstoornissen, polydipsie (hypothalamus tumor).
- Intense sportbeoefening zoals ballet, turnen, lange afstand lopen, figuurschaatsen (FHA).
- Stresssituatie (FHA).
- Galactorroe ( hyperprolactinemie).
- Tekens van virilisatie: hirsutisme (toegenomen haargroei thv gelaat), alopecia, acné, spierontwikkeling, stemverzwaring.
- Verbruining t.h.v. de hals en de oksels ( PCOS, hyperandrogenemie, Cushing syndroom).
- Tekens van ovarieel falen: warmteopwellingen, slaapproblemen, arrest borstontwikkeling.
- Ernstig over- of ondergewicht.

### **Klinisch en eerstelijns onderzoek**

- Afwijkingen van lengte (syndroom van Turner lengte  $\leq$  P25) en gewicht (Obesitas of extreem ondergewicht).
- Dysmorfisme, zoals lage en schuine oorimplanting, ptose, strabisme, micrognathie (Turner syndroom)
- Geringe onderhuidse vetlaag (anorexia nervosa).
- Opvallende onderhuidse vetopstapeling thv nek (Cushing syndroom).
- Hirsutisme (PCOS, hyperandrogenemie).
- Paarse striemen (Cushing syndroom).
- Littekens handrug (door het geforceerd opwekken van braken) onderrug (door extreem veel sit-ups te doen) (anorexia nervosa, boulemia nervosa).
- Acanthosis nigricans thv hals, oksels, liezen (PCOS, Cushing syndroom).
- Buffalohump en moonfacies (Cushing syndroom).
- Galactorroe (hyperprolactinemie).
- Buikmassa (bijnier/ovarium tumor).
- Cliteromegalie (hyperandrogenemie).
- Vergrote schildklier (hypothyroïdie).

Eerstelijns onderzoek omvat hormonale screening met een meting van HCG, TSH, FT4, PRL, FSH, LH, estradiol, DHEAS (> 6 mg/l wijst op een bijnier tumor), androsteendion, testosteron, 17-OH progesteron.

In het geval van ondergewicht of algemene klachten gebeurt een biologische screening: hemogram, ionogram, sedimentatie, anti-weefseltransglutaminase antilichamen, ureum, creatinine, ALT, alkalische fosfatasen.

Een echografie van het kleine bekken voor inschatting van de endometriumdikte, de ovariële grootte en eventuele ovariële cysten.

**Verwachting bij verwijzing**

Het verrichten van een oriënterend hormonaal bilan voor de detectie van (complicaties van) eetstoornis, PCOS, prolactinoom, hypothalame tumor, ovariële insufficiëntie en het instellen van een gepaste behandeling.