De impact van premenstrueel syndroom

Bo Dullaert, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Kristin Hendrickx, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 - 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

DANKWOORD

Graag wil ik een aantal mensen bedanken die me geholpen hebben tijdens het proces dat geleid heeft tot het voltooien van deze masterproef.

Ten eerste wil ik graag mijn promotor, professor Dr. Kristin Hendrickx, bedanken voor het begeleiden van mijn masterproef. Daarnaast wil ik alle collega's uit praktijk De Heuvel, meer bepaald Dr. Werner Van Peer, Dr. Miek Smeets, Dr. Ilse Vindevogel, Dr. Maarten Vandeplas, Dr. Karen Van Doorslaer en Dr. Eveline Somers bedanken om me te helpen bij het verspreiden van de vragenlijst. Een bijzonder woord van dank gaat uit naar mijn praktijkopleider Werner Van Peer en mijn collega Miek Smeets, die me hebben bijgestaan in moeilijke momenten. Tevens wil ik een vriend en collega Jeroen Anthierens bedanken om me te helpen bij de statistische verwerking van de data.

Natuurlijk gaat er ook een zeer warme dank uit naar mijn partner, Arona Dabo, mijn vrienden en mijn familie voor het geduld dat ze hebben uitgeoefend en de steun die ze hebben gegeven tijdens de ontwikkeling van mijn masterproef.

ABSTRACT

Inleiding
Hoewel voor premenstrueel syndroom geen vaste diagnostische criteria bestaan, kan PMS omschreven worden als een aandoening waarbij vrouwen in de luteale fase van hun menstruele cyclus last hebben van ernstige fysieke en/of psychologische klachten die opnieuw verdwijnen aan het einde van hun menstruatie. Hoewel de prevalentie in de literatuur erg variabel is, is het duidelijk dat PMS een frequent probleem is. Om in te schatten in welke mate PMS meer aandacht verdient in de huisartsenpraktijk wordt in deze masterproef onderzocht wat de impact is van PMS op het dagelijkse leven van onze patiënten.

Onderzoeksvraag
Wat is de impact van premenstrueel syndroom op het dagelijkse leven van vrouwen tussen 18 en 45 jaar uit Praktijkhuis De Heuvel?

Methode
Er werd gekozen voor een kwantitatief onderzoek met een (semi)-gestructureerde vragenlijst. De vragenlijst is gebaseerd op de DRSP-vragenlijst. Klachten werden gescoord op een schaal van 1 tot 6. Verder werd gevraagd naar de impact op de levenskwaliteit, de impact op relaties, het medicatiegebruik, medische consumptie en werkverlet. Vrouwen tussen 18 en 45 jaar uit Praktijkhuis De Heuvel kwamen in aanmerking voor de studie. De vragenlijsten werden verspreid in de wachtzaal en actief uitgedeeld door de artsen. Er werd daarnaast ook een digitale vragenlijst gemaakt die via de website van de praktijk beschikbaar was. PMS werd gedefinieerd als een totaalscore van meer dan 50% van de maximale score met een psychologische klacht met een score van 3 of meer en een impactscore op de levenskwaliteit van minstens 3. Vrouwen met en zonder PMS werden vervolgens vergeleken en de sterkte van associaties werden bestudeerd.

Resultaten
In totaal werden 281 vragenlijsten verzameld. De prevalentie van PMS was 40,2%. Gemiddeld scoorden vrouwen met PMS hun klachten 1,75 punten extra. Bij vrouwen met PMS staan de psychische klachten meer op de voorgrond itt de fysieke klachten. De sterkste associatie ziet men tussen PMS en depressieve stemming. Daarnaast werd de impact op de kwaliteit van leven 1,60 punten hoger gescoord bij PMS. 26,6% van de vrouwen met PMS scoort de impact op relaties een 5 of 6, itt 1,2% van de vrouwen zonder PMS. 8,0% van de vrouwen met PMS is maandelijks arbeidsongeschikt, itt 1,2% van de vrouwen zonder PMS. Vrouwen met PMS nemen vaker medicatie dan vrouwen zonder PMS (73,5% itt 50,6%) en er was meer sprake van medische consumptie (52,2% itt 27,4%).

Conclusie
PMS is een veelvoorkomend probleem dat wordt ondergerapporteerd en ondergeregistreerd in de huisartsenpraktijk. Nochtans blijkt de impact op het dagelijks leven groot, waardoor alertheid voor het probleem en goede begeleiding van deze vrouwen gewenst is. Screenen op PMS kan op het pilconsult of het preventief consult en kan door middel van 3 eenvoudige vragen, namelijk “Heeft u veel klachten rond uw menstruatie?”, “Hebben uw klachten een significante impact op uw kwaliteit van leven?” en “Voelt u zich depressief in de periode rond uw menstruatie?”.

INHOUDSTAFEL

1. MOTIVATIE **6**

2. INLEIDING **7**

3. LITERATUURONDERZOEK **9**

3.1 INLEIDING **9**

3.2 ONDERZOEKSVRAAG **9**

3.3 METHODE **10**

3.4 RESULTATEN **11**

3.5 DISCUSSIE **17**

3.5 REFERENTIES **18**

4. ONDERZOEKSMETHODE **19**

5. RESULTATEN **22**

6. DISCUSSIE **29**

7. BESLUIT **34**

8. APPENDIX **35**

8.1 ADVIES ETHISCH COMITE **35**

8.2 GOEDGEKEURD ONDERZOEKSPROTOCOL **36**

8.3 GEBRUIKTE VRAGENLIJST **39**

8.4 STAPPENPLAN BELEID PMS **41**

1. MOTIVATIE

Als huisarts hebben we de kans om onze patiënten jarenlang te blijven opvolgen. Hierdoor leren we niet alleen de pathologie kennen, maar ook de mens erachter. We zien de patiënt en zijn lijden in een biopsychosociale context en kunnen vanuit deze informatie gepersonaliseerde hulp verschaffen.

Daarnaast spreekt ook de variatie in ons vak me heel erg aan bij een job als huisarts. Elke dag ziet er anders uit en geen twee patiënten zijn hetzelfde. Ondanks mijn brede interesseveld, heb ik een specifieke voorliefde voor gynaecologie. Hierdoor wilde ik graag een masterproef met een onderwerp uit dit vakgebied. Ik was verder op zoek naar een origineel onderwerp over een probleem dat minder aandacht krijgt in de huisartsenpraktijk, maar toch wel een impact heeft voor de patiënt zelf.

Het idee om een masterproef rond premenstrueel syndroom te doen is ontstaan toen een patiënte me raad vroeg bij haar menstruatiepijn en hierover een heleboel vragen had waarop ik niet onmiddellijk kon antwoorden. Hoe kan het, dat een probleem dat bij de meerderheid van onze vrouwelijke patiënten aanwezig is, zo weinig aandacht krijgt in onze opleiding geneeskunde en dat hierover geen snel toegankelijke richtlijn bestaat via domus medica of NHG? Waarom wordt er zo weinig aandacht aan besteed in de huisartsenpraktijk?

Deze gedachtegang triggerde me om na te gaan hoe groot dit probleem nu eigenlijk is. Wat is de impact van premenstrueel syndroom op onze patiëntenpopulatie? Missen we hier iets, of valt het probleem al bij al wel mee?

De aanzet tot de masterproef was hierbij gegeven om deze impact te bestuderen bij onze patiëntenpolulatie, zodat we hieruit een conclusie zouden kunnen trekken of er al dan niet nood was tot praktijkverbeterende maatregelen.

2. INLEIDING

Hoewel voor premenstrueel syndroom, of kort “PMS”, geen vaste diagnostische criteria bestaan, kan men PMS beschrijven als een aandoening waarbij vrouwen in de luteale fase van hun menstruele cyclus last hebben van ernstige fysieke en/of psychologische klachten die opnieuw verdwijnen aan het einde van hun menstruatie. De luteale fase is de fase tussen de ovulatie en de menstruatie en deze duurt ongeveer 14 dagen. De ernst van de klachten kan sterk verschillen van vrouw tot vrouw, maar er dient effect te zijn op het dagelijks leven om te spreken over PMS. Mogelijke klachten zijn niet alleen fysieke klachten zoals hoofdpijn, buikpijn en gevoelige borsten maar ook psychologische klachten zoals prikkelbaarheid, depressie, concentratieproblemen, slapeloosheid en eetbuien. Wanneer de psychologische klachten zodanig ernstig zijn dat ze een grote impact hebben op de kwaliteit van leven spreekt men van premenstruele dysfore stoornis. (1-3)

Doordat er geen consensus bestaat over diagnostische criteria voor PMS, liggen gesuggereerde prevalenties zeer breed uit elkaar, gaande van 20 tot wel 95% van de vrouwen in de vruchtbare leeftijdsgroep.(1,8,9) In de INTEGO databank, waar gecodeerde diagnoses in de Vlaamse huisartspraktijk worden verzameld, komt de incidentie van de diagnoses menstruatiepijn, menorragie en premenstruele symptomen samen op 2,5/1000 patiënten (10). Desondanks deze hoge cijfers, bestaat er in België of Nederland nog steeds geen richtlijn voor de aanpak van premenstrueel syndroom in de huisartsenpraktijk.

Om in te kunnen schatten of dit onderwerp meer aandacht verdient van de huisarts bestuderen we in deze masterproef wat de impact is van premenstrueel syndroom op vrouwen tussen 18 en 45 jaar door middel van een (semi)-gestructureerde vragenlijst. Via deze vragenlijst zullen we de omvang van het probleem bestuderen door de impact op verschillende vlakken te onderzoeken.

1. JAH Eekhof AK. Premenstrueel syndroom. Huisarts en Wetenschap. 2002
.
2. Irene Kwan JLO. Premenstrual syndrome. Clinical Evidence. 2014;8(806).
3. al SOBe. Diagnosis and management of premenstrual disorders. BMJ. 2011;342.

3. LITERATUURSTUDIE

INLEIDING

Premenstrueel syndroom (PMS) omvat een geheel van terugkerende, fysieke en emotionele symptomen tijdens het laatste deel van de menstruele cyclus, die ernstig genoeg zijn om deels het normale functioneren te verstoren. 80% van de menstruerende vrouwen zegt last te hebben van één of meer premenstruele symptomen. Deze symptomen zijn klinisch significant bij 8 tot 32% van de populatie, zich uitende als PMS.(1) (2) De manier waarop vrouwen tegenover de menstruatie staan heeft daarenboven impact op hoe vrouwen zichzelf voelen in hun lichaam en op hun algemeen zelfvertrouwen en zelfbeeld. (3-5)

Ondanks de hoge prevalentie van deze aandoening, is er weinig aandacht voor binnen de huisartsenpraktijk. Binnen huisartsenpraktijk de Heuvel heeft slechts 5,86% van de vrouwen tussen 18 en 45 jaar een huisarts geraadpleegd in het kader van premenstruele klachten. Deze onderdiagnose kan verklaard worden doordat patiënten voor deze klachten geen arts raadplegen en doordat er te weinig aandacht voor is bij de artsen zelf. Volgens Cronjé et al (6) geeft 57,8% van de vrouwen een nood aan tot het consulteren van een arts omwille van ernstige premenstruele symptomen, maar slechts 17,6% van deze vrouwen heeft dit daadwerkelijk gedaan.

Om in te schatten wat het belang is van deze “gemiste” diagnose, werd een literatuurstudie gedaan naar de impact van premenstrueel syndroom op de kwaliteit van leven in te schatten.

ONDERZOEKSVRAAG

Deze literatuurstudie wil een antwoord geven op de vraag wat de impact is van premenstrueel syndroom op het dagelijkse leven bij vrouwen tussen 18 en 45 jaar.

METHODE

Zoekstrategie

Voor de zoektocht naar een antwoord op de onderzoeksvraag, werd er gezocht via de evidence- based medicine piramide van Haynes. (7)

Eerst werd er via verschillende kanalen (Domus Medica, NHG, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Minerva en EBM Practice Net) gezocht naar richtlijnen rond premenstrueel syndroom. Als zoektermen werden “premenstrueel syndroom” en “premenstrual syndrome” gebruikt.

Daarna werd de zoektocht uitgebreid naar systematic reviews en meta-analyses. Hiervoor werden de Cochrane Database en Pubmed doorzocht met de zoekterm "premenstrual syndrome"[Title/Abstract/keywords]) AND "quality of life"[Title/Abstract/keywords]).

Tenslotte werden ook trials gezocht via Cochrane Database en Pubmed; Hiervoor werden de zoektermen (“premenstrual syndrome”[MeSH Major Topic]) AND "quality of life"[Title], (menstruation[Title]) AND quality of life[Title] en (menstruation[Title]) AND symptoms[Title] gebruikt. Via Ovid werd gezocht volgens de zoektermen (("premenstrual syndrome" or "menstruation") and "quality of life"). Verder werden er artikels geselecteerd op basis van snowballing. Dit is het proces waarbij artikels bestudeerd worden uit de referenties van de reeds gevonden artikels.

Selectie van artikels

Artikels werden geselecteerd op basis van titel en abstract. Artikels die enkel de focus legden op premenstrueel dysfoor syndroom of die het effect van een behandeling bestudeerden werden geëxcludeerd doordat dit niet overeen kwam met de onderzoeksvraag. Tevens werden studies waarbij enkel minderjarigen gebruikt werden als proefpopulatie geëxcludeerd aangezien puberteit een vertekend beeld kan geven door de onregelmatige menses en grote hormoonschommelingen. Enkel

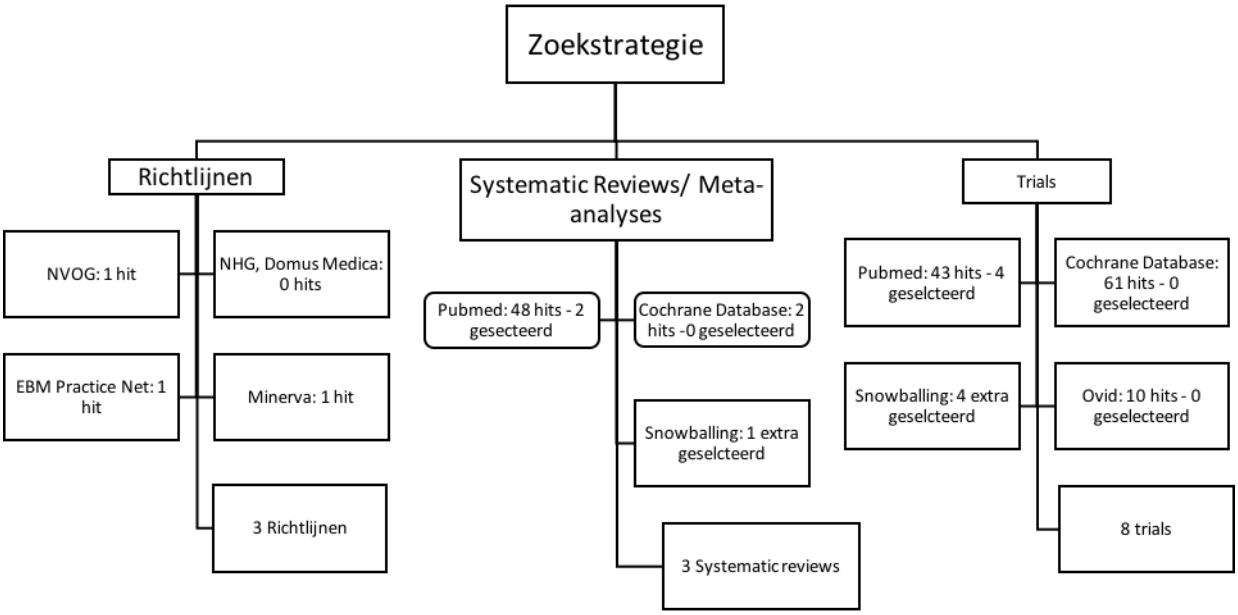
studies in het Nederlands of Engels werden geïncludeerd en de volledige tekst van de artikels moest vrij verkrijgbaar zijn omwille van praktische redenen.

Na het lezen van de volledige tekst werden nog enkele studies geëxcludeerd waarvan de inhoud niet beantwoordde aan de onderzoeksvraag.

RESULTATEN

In figuur 1 wordt grafisch weergegeven hoe de literatuurstudie werd uitgevoerd.

Figuur 1: zoekstrategie



Richtlijnen

Gebruik makend van bovenbeschreven zoektermen, werden 3 richtlijnen gevonden die een algemeen beeld gaven over PMS. (zie tabel 1)

Tabel 1: Richtlijnen PMS

BRON	AUTEURS	TITEL	JAAR
NVOG (8)	Van leeuwen et al	Richtlijn Premenstrueel Syndroom	2011
MINERVA (9)	D. Avonts	Premenstrueel syndroom: wat werkt?	2002
EBM PN (10)	Varpu Ranta	Premenstrueel syndroom (PMS)	2018

Al deze richtlijnen beschrijven dat voor de diagnose PMS een impact op de kwaliteit van leven obligaat is. Een concreet antwoord op de onderzoeksvraag werd echter niet gevonden.

Systematic Reviews & Meta-analyses

Op basis van bovenstaande criteria werden 3 systematic reviews gevonden. (zie tabel 2)

Tabel 2. Overzicht Systematic Reviews en Meta-analyses

AUTEURS	TITEL	JAAR	STUDIEOPZET
CAMPAGNE ET AL (4)	The premenstrual syndrome revisited	2005	Systematic Review
O'BRIEN ET AL (11)	Diagnosis and management of premenstrual disorders	2011	Systematic Review
ROMANS ET AL (12)	Mood and the Menstrual Cycle: A Review of prospective Data studies	2012	Systematic Review

Zowel Campagne et al (4) als O'Brien et al (11) gaan uit van een verlies in functioneren op werk- en privévlak en een probleem bij interpersoonlijke relaties om te spreken van premenstrueel syndroom. Als advies stellen zij voor gezond te eten, te bewegen en stress te reduceren bij patiënten met een milde vorm van PMS om het effect op de levenskwaliteit te verminderen.

Romans et al (12) zijn kritisch ten opzichte van het bestaan van een syndroom van verminderde stemming tijdens de menstruatie bij de algemene populatie. Bijna 40% van de bestudeerde studies vonden geen link tussen stemming en menstruele fase. Zij concludeerden echter dat bijna alle bestudeerde studies sterk gebiast waren, waarbij bijvoorbeeld geen enkele een poweranalyse uitvoerde, de studiepopulaties klein en opportunistisch waren en de opvolging heel kort was. Daarnaast werden in geen enkele studie positieve gemoedskenmerken nagevraagd, wat manipulatie naar een negatieve attitude zou kunnen tewerkstellen.

Clinical Trials

Op basis van bovenstaande criteria werden 8 trials bestudeerd. (zie tabel 3)

Tabel 3: Overzicht Clinical Trials

AUTEURS	TITEL	JAAR	STUDIEOPZET	POPULATIE
D CAMARA ET AL (13)	Validation of the Brazilian Portuguese version of the Premenstural Symptoms Screening Tool (PSST) and association of PSST scores with health-related quality of life	2017	Validatiestudie PSST	801 vrouwen > 18j
FARROKH-ESLAMLOU ET AL(14)	Premenstrual syndrome and quality of life in Iranian medical students	2015	Cross-sectionele studie	142 studenten
SAHIN ET AL(5)	Evaluation of premenstrual syndrome and quality of life in university students	2014	Cross-sectionele studie	1008 studenten

SVEINSDOTTIR ET AL (3)	Menstruation, objectification and health-related quality of life: a questionnaire study	2017	Cross-sectionele studie	319 vrouwen tussen 18 en 40
CRONJÉ ET AL (6)	Menstruation: symptoms, management and attitudes in university students	1991	Cross-sectionele studie	102 studenten
HONG ET AL (15)	Premenstrual syndrome and dysmenorrhea: symptom trajectories over 13 years in young adults	2014	Cohorte-onderzoek	Prospectieve vrouwen
BORENSTEIN ET AL (16)	Differences in Symptom Scores and Health Outcomes in Premenstrual Syndrome	2007	Longitudinaal onderzoek	388 vrouwen tussen 18 en 45
BORENSTEIN ET AL(2)	Estimating Direct and Indirect Costs of Premenstrual syndrome	2005	Longitudinaal onderzoek	374 vrouwen tussen 18 en 45

Rachel de la Câmara et al (13) ontwikkelden de PSST-vragenlijst om PMS in kaart te brengen. Bij een toename van de PSST-score werd er een duidelijke vermindering van de levenskwaliteit gezien op zowel fysiek, psychologisch als sociaal vlak. Dit verband was statistisch significant.

Een bedenking rond deze studie was bijvoorbeeld de setting. De studie vond plaats in Brazilië waardoor de studiepopulatie niet zomaar te extrapoleren valt naar onze studiepopulatie. Tevens excludeerden ze op basis van medicatiegebruik en comorbiditeiten. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 23,4 jaar, wat redelijk jong is. Positief aan de studie was de opvolging gedurende 2 maanden waarbij symptomen prospectief konden worden beschreven.

H Farrokh-Eslamou et al(14) wilden door middel van een cross-sectionele studie onderzoeken wat de prevalentie was van PMS bij studenten geneeskunde en wilden de hypothese toetsen of PMS resulteert in een vermindering in levenskwaliteit. PMS werd gediagnosticeerd in 39,4% van de studenten. Daarnaast nam bij 22,9% van de studenten medicatie tijdens hun menstruatie. Er werd een significant verband gezien symptomen van PMS en de psychische en omgevingsgebonden kwaliteit van leven.

Bedenking rond deze studie was tevens de setting. De studie vond plaats in Iran en er werden enkel studenten geneeskunde geïncludeerd. Er is dus tevens selectiebias in leeftijd en sociale status. Daarnaast was de populatiegrootte ook beperkt en was de studie retrospectief.

Sahin et al (5) wilden tevens de prevalentie van PMS en het effect op levenskwaliteit inschatten. De prevalentie van PMS was in deze studie 36,5%. Bij PMS werd een verminderde levenskwaliteit gezien op vlak van fysiek functioneren, pijn, algemene perceptie van gezondheid, vitaliteit, sociaal functioneren, emoties en mentale gezondheid. Al deze associaties waren statistisch significant. De bedenkingen van deze studie waren vergelijkbaar met de vorige. De studie vond plaats in Turkije en de studiepopulatie betrof universiteitsstudenten waardoor selectiebias mogelijk is. Alle studie-objecten waren tussen 17 en 25 jaar, met een gemiddelde van 21 jaar, wat redelijk beperkt is. Ook dit was een retrospectieve studie. Het betrof echter wel een grote studiepopulatie.

Sveinsdottir et al(3) stuurden naar 1000 willekeurige vrouwelijke inwoners van Ijsland tussen 18 en 40 jaar een vragenlijst. Hierdoor is er geen selectiebias, wat een sterkte van de studie is. De studie vond plaats in Ijsland, wat natuurlijk wel een verschil in populatie is. Er werd een lagere levenskwaliteit op zowel mentaal als fysiek vlak gezien bij hogere pijnscores tijdens de menstruatie. Dit verband is statistisch significant en neemt toe wanneer de vrouwen een negatieve houding hebben tegenover menstrueren.

In 1991 gaven Cronjé et al (6) 102 studenten uit het tweede jaar geneeskunde een vragenlijst met 74 vragen betreffende hun menstruatie. Er werd niet gesproken over PMS. 47,1% van deze vrouwen namen medicatie tijdens de menstruatie, waarvan aspirine en paracetamol het meest frequent werden genomen. 77,4% van de vrouwen gebruikten een correcte dosis. 57,8% van de vrouwen wilden een arts consulteren voor hun klachten, maar amper 17,6% van de vrouwen hebben dit ook gedaan. De ouderdom van de studie, de zeer bescheiden populatiegrootte en de nauwe marge van leeftijd en sociaal-economische status zijn zwaktes van deze studie. Tevens werd er niet gebruik gemaakt van een gestandardiseerde vragenlijst.

Hong Ju et al (15) volgden 9671 vrouwen tussen 18 en 23 jaar op die willekeurig gekozen waren in Australië. Ze werden gedurende 13 jaar opgevolgd waarbij ze elke 3-4 jaar een vragenlijst opstuurden. Er werd een algemene prevalentie van 35% gemerkt, met een significante stijging tot 41% tussen 34 en 39 jaar. 80% van de vrouwen reporteerden PMS op een gegeven moment tijdens de opvolging. Vrouwen uit de "chronische groep", die doorheen deze 13 jaar continu PMS bleken te hebben, waren vaker werkloos, rokers, druggebruikers, obees en hadden een lagere sociale klasse. Er werd echter niet vermeld wat de criteria waren voor het diagnosticeren van PMS. De grote studiepopulatie, de willekeurige keuze van de populatie en de lange follow-up zijn absoluut sterktes van de studie. Het gebrek aan specifieke diagnostische criteria voor PMS is daarentegen een zekere zwakte van de studie. De locatie van de studie in Australië geeft tevens een andere studiepopulatie.

Borenstein et al (16) bestudeerden vrouwen tussen 18 en 45 jaar die ingeschreven waren voor een gezondheidsverzekering in Californië. Vrouwen met PMS gebruikten meer medicatie, verminderde professionele productiviteit, meer arbeidsongeschiktheid en hadden een lagere levenskwaliteit op alle vlakken.

Borenstein et al (2) trachtten de directe en indirecte kost in te schatten van PMS. Als directe kost verstaat men de medische kost voor erelonen van artsen, labotesten, medicatie en ziekenhuiskosten. Als indirecte kost verstaat men de kost die gepaard gaat met arbeidsongeschiktheid en verminderde productiviteit die resulteert in toename in fouten, verminderde output, verminderde kwaliteit van werk en langere trainingstijden. Er werd geen economische raming gemaakt van de kost door de verminderde levenskwaliteit. De studie vindt plaats in Californië in samenwerking met een medische verzekeringsgroep. De indirecte kost werd geschat op basis van de mediane weekwedde bij vrouwen tussen 25 en 50 jaar in de Verenigde Staten. Van de 1578 vrouwen die werden gecontacteerd hebben slechts 374 vrouwen de studie afgewerkt. Vrouwen spendeerden gemiddeld 210 dollar aan doktervisites, 16 dollar aan laboratoriumonderzoeken en 59 dollar aan technische onderzoeken. Er was gemiddeld 15% verlies aan productiviteit en er werden gemiddeld 3,6 werkuren per week gemist door premenstruele klachten. De gemiddelde leeftijd was 34,5 jaar. Er werd een gemiddelde indirecte jaarlijkse kost geschat van 8443 dollar per persoon. Bij de aanwezigheid van PMS waren de indirecte

jaarlijkse kosten 4333 dollar meer dan gemiddeld. Wat tevens opviel in de studie, was dat er extreem weinig vrouwen psychologische begeleiding zochten, ondanks dat velen in aanmerking kwamen op basis van de depressie-schaal.

Door de hoge ereloon-kosten en het verschil in loon in de Verenigde Staten kan men deze cijfers uiteraard niet zomaar extrapoleren naar ons Vlaamse bevolkingsgroep. Desalniettemin is de omvang van deze cijfers wel opvallend. Men mag de financiële implicatie van PMS dus niet zomaar onderschatten.

DISCUSSIE

Algemeen worden 2 manieren beschreven waarin de studie naar de impact van PMS op de kwaliteit van leven kan worden opgezet. Bij de eerste manier wordt PMS retrospectief bevraagd op basis van geheugen. Nadeel hiervan is dat dit niet altijd betrouwbaar is en dat antwoorden manipuleerbaar zijn door de manier van vraagstelling. Bij de andere manier wordt prospectief gevraagd om dagelijks symptomen gedurende verschillende menstruele cycli bij te houden. Dit is een hogere last voor de patiënt, waardoor er een grote nonadherence is waardoor een sample bias kan optreden. Daarnaast is dit ook minder eenvoudig bruikbaar in de huisartsenpraktijk.

Doorheen de studies kan men concluderen dat PMS op zowel fysiek, mentaal, professioneel en relationeel vlak een impact heeft op de levenskwaliteit van vrouwen. PMS gaat gepaard met een lagere levenskwaliteit, afgenomen productiviteit en toegenomen medicatiegebruik. Daarnaast is PMS verantwoordelijk voor een hoge directe en indirecte kost voor de ziekteverzekering. Verder onderzoek in onze praktijk is dan ook wenselijk.

REFERENTIES

1. al GWe. Development and Validation of the Premenstrual Symptoms Impact Survey (PMSIS): A Disease-Specific Quality of Life Assessment Tool. Journal of Women's Health. 2008;17(3):439-50.
2. al JBe. Estimating Direct and Indirect Costs of Premenstrual syndrome. JOEM. 2005;47(1):26-33.
3. al. HSe. Menstruation, objectification and health-related quality of life: a questionnaire study. J Clin Nurs. 2017;27:503-13.
4. al DCe. The premenstrual syndrome revisited. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2007;130:4-17.
5. al. SSe. Evaluation of premenstrual syndrome and quality of life in university students. J Pak Med Assoc. 2014;64(8):915-21.
6. al. CHe. Menstruation: symptoms, management and attitudes in university students. Int J Gynecol Obstet. 1991;35:147-50.
7. Alper BS HR. EBHC pyramid 5.0 for accessing preappraised evidence and guidance. BMJ Evidence-Based Medicine. 2016;21:123-5.
8. al VLe. Richtlijn Premenstrueel syndroom. NVOG2011.
9. D. A. Premenstrueel syndroom: wat werkt? Huisarts Nu. 2002;31(7):370-3.
10. Ranta V. Premenstrueel syndroom (PMS). Duodecim Medical Publications Ltd2018.
11. al SOBe. Diagnosis and management of premenstrual disorders. BMJ. 2011;342.
12. al. SRe. Mood and the Menstrual Cycle: A Review of prospective Data studies. Gender Medicine. 2012;9(5).
13. al. RdACe. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Premenstural Symptoms Screening Tool (PSST) and association of PSST scores with health-related quality of life. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2017;39:140-6.
14. al. HF-Ee. Premenstrual syndrome and quality of life in Iranian medical students. Sexual and reproductive Healthcare. 2015;6(23-27).
15. al HJe. Premenstrual syndrome and dysmenorrhea: symptom trajectories over 13 years in young adults. Maturitas. 2014;78:99-105.
16. al JBe. Differences in Symptom Scores and Health Outcomes in Premenstrual Syndrome. Journal of Women's Health. 2007;16(8).

4. ONDERZOEKSMETHODE

Onderzoeksmethode

Er werd gekozen voor een kwantitatief onderzoek met (semi)-gestructureerde vragenlijsten (zie Appendix 3).

Deelnemers

Alle vrouwelijke patiënten tussen 18 en 45 jaar van Praktijkhuis De Heuvel kwamen in aanmerking voor de studie. Vrouwen jonger dan 18 jaar en ouder dan 45 jaar werden geëxcludeerd omdat puberteit en menopauze een vertekend beeld kunnen geven op premenstruele symptomen. Daarnaast was kennis van de Nederlandse taal noodzakelijk om de vragenlijst te kunnen invullen.

Data-collectie

Opstellen vragenlijst

Er werd gezocht naar een gevalideerde vragenlijst in de literatuur, echter er waren op het moment waarop de vragenlijst werd opgesteld geen vragenlijsten vrij beschikbaar die in deze context konden gebruikt worden. Er werd gekozen om de klachten te kwantificeren aan de hand van een aangepaste DRSP-score (Daily Record of Severity of Problems). De klassieke DRSP-vragenlijst wordt het meest gebruikt in de diagnostiek van PMS en veronderstelt dat vrouwen gedurende minstens 2 opeenvolgende menstruele cycli dagelijks verschillende symptomen scoren op een schaal van 1 tot 6. Hierdoor kan men het cyclisch karakter van de klachten objectiveren. (1) Deze prospectieve manier om PMS te diagnosticeren is dan wel betrouwbaar, maar minder haalbaar in de huisartsenpraktijk. Er wordt een hogere belasting gevraagd van de patiënt waardoor lagere complianties te verwachten zijn. Daarnaast zal diagnostiek ook steeds minimum 2 maanden vertraging oplopen, waardoor een effectief beleid in de praktijk niet onmiddellijk kan worden gekoppeld aan de noden van de patiënt. Daarom werden vergelijkbare symptomen gescoord op een schaal van 1 tot 6, echter zonder gebruik te maken van de continue opvolging. Daarnaast werd gevraagd aan de deelnemers om een score te geven aan hoe zij de impact van hun klachten op hun kwaliteit van leven inschatten en hun relaties zien. Arbeidsongeschiktheid en medicatiegebruik omwille van premenstruele klachten werden gekwantificeerd. Tenslotte werd ook nagegaan hoeveel van deze patiënten een arts hadden geraadpleegd voor het behandelen van hun klachten. De vragenlijst werd op voorhand getest door enkele vrijwilligers op duidelijkheid.

Rekrutering deelnemers

De vragenlijsten werden verspreid in de wachtzaal en actief uitgedeeld door de artsen van Praktijkhuis De Heuvel. Er werd daarnaast ook een digitale vragenlijst gemaakt die via de website van de praktijk beschikbaar was. Deze was vrij in te vullen door middel van een google formulier. Aan het begin van de vragenlijst stond een korte beschrijving van de studie en informatie rond PMS. De studie was volledig anoniem en vrijblijvend. Het verzamelen van de data gebeurde tussen 25/10/2017 en 21/03/2018.

Data-analyse

Berekening omvang steekproef

Om te bepalen hoeveel ingevulde vragenlijsten er noodzakelijk zijn om de studie voldoende bewijskracht te geven, was het noodzakelijk om een populatiegrootte te bepalen. Hiervoor gebeurde er op 8/10/2017 een audit via het medisch programma "Health One". Binnen het patiëntenbestand waren er 1057 vrouwen tussen 18 en 45 met een GMD dat aangemaakt werd in 2016 of 2017. Van deze 1057 vrouwen, zijn er 62 vrouwen die ooit een arts geraadpleegd hebben in het kader van klachten die passen binnen het premenstrueel syndroom. Dit geeft een prevalentie van 5,86%.

Bij een populatiegrootte van 1057 vrouwen heeft men een steekproefgrootte van 282 enquêtes nodig wanneer men een betrouwbaarheidsinterval van 95% met een foutmarge van 5% gebruikt.

Analyse vragenlijsten

Er zal kunnen worden nagegaan wat de prevalentie is van PMS binnen de praktijk. Hiervoor zal de maximale totaalscore worden berekend. PMS wordt in deze studie gediagnosticeerd als een totaalscore van meer dan 50% van de maximale score (zijnde een score groter of gelijk aan 48), waarbij een psychologische klacht een score krijgt van 3 of meer en een impactscore op de levenskwaliteit van minstens 3. Deze diagnostiek werd gebaseerd op eerder toegepaste diagnostiek uit de literatuur. (2)

Er zal worden nagegaan welke klachten de hoogste scores krijgen. De gemiddelde scores zullen worden vergeleken tussen de algemene groep, de patiënten zonder PMS en de patiënten met PMS. Daarnaast zal er nagegaan worden welke score de patiënten gemiddeld geven aan de impact op levenskwaliteit en relaties met anderen. Ook deze scores zullen tussen de groepen onderling worden vergeleken. Ook zal er beschreven worden hoeveel arbeidsongeschiktheid er wordt gezien en hoeveel vrouwen medicatie gebruiken voor hun klachten Daarnaast zal er ook worden nagegaan welk aandeel van de vrouwen een arts raadplegen en of de voorkeur gegeven wordt aan een huisarts of een gynaecoloog. Ook deze cijfers zullen binnen de groepen vergeleken worden. Het bestuderen van de sterkte van de associaties met de kans op PMS zal gebeuren door middel van een binaire logistische regressie.

Deze gegevens zullen verwerkt worden door middel van het programma SPSS versie 23.0.0 (SPPS Inc., Chicago, Illinois, USA) en door de informatie van de google formulieren te verwerken in Excel.

1. al VLe. Richtlijn Premenstrueel syndroom. NVOG2011.
2. al. RdACe. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Premenstural Symptoms Screening Tool (PSST) and association of PSST scores with health-related quality of life. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2017;39:140-6.

5. RESULTATEN

In totaal werden 281 vragenlijsten verzameld.

PMS wordt gedefinieerd als een totaalscore van meer dan 50% van de maximale score (zijnde een score groter of gelijk aan 48), waarbij een psychologische klacht (zijnde depressieve stemming, angstig gevoel, boosheid of moedeloosheid) een score krijgt van 3 of meer en een impactscore op de levenskwaliteit van minstens 3. Bij gebruik van deze criteria hebben 113 vrouwen uit deze studie de diagnose PMS, wat neerkomt op 40,2%.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemende vrouwen is 29,4 jaar. Deze is vergelijkbaar tussen de vrouwen met en zonder PMS met respectievelijke gemiddelden van 29,9 en 29,1 jaar.

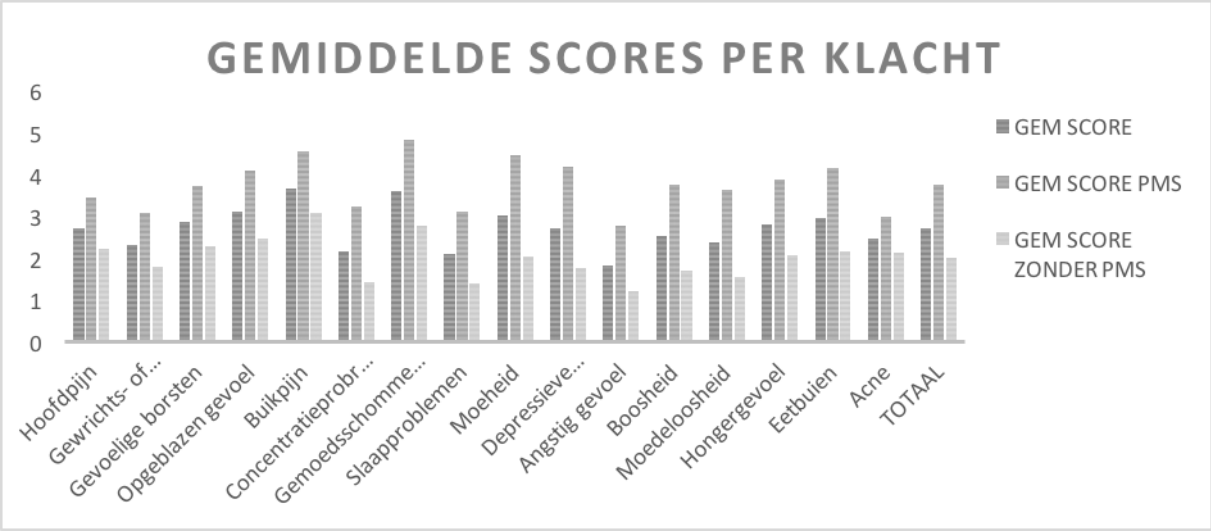
De gemiddelde scores die werden toegediend per klacht vindt men in tabel 1. Deze worden tevens grafisch weergegeven in grafiek 1.

Tabel 1. Gemiddelde scores per klacht

KLACHT	GEM SCORE	GEM SCORE MET PMS	GEM SCORE ZONDER PMS
Hoofdpijn	2,72	3,46	2,23
Gewrichts- of spierpijn	2,32	3,10	1,80
Gevoelige borsten	2,88	3,75	2,29
Opgeblazen gevoel	3,13	4,10	2,48
Buikpijn	3,68	4,57	3,09
Concentratieproblemen	2,17	3,26	1,45

Gemoedsschommelingen	3,62	4,85	2,79
Slaapproblemen	2,10	3,13	1,41
Moeheid	3,03	4,49	2,05
Depressieve stemming	2,74	4,19	1,76
Angstig gevoel	1,84	2,78	1,21
Boosheid	2,54	3,76	1,72
Moedeloosheid	2,39	3,65	1,55
Hongergevoel	2,82	3,90	2,09
Eetbuien	2,98	4,18	2,17
Acne	2,49	3,00	2,15
TOTAAL	2,72	3,76	2,01

Grafiek 1. Gemiddelde scores per klacht



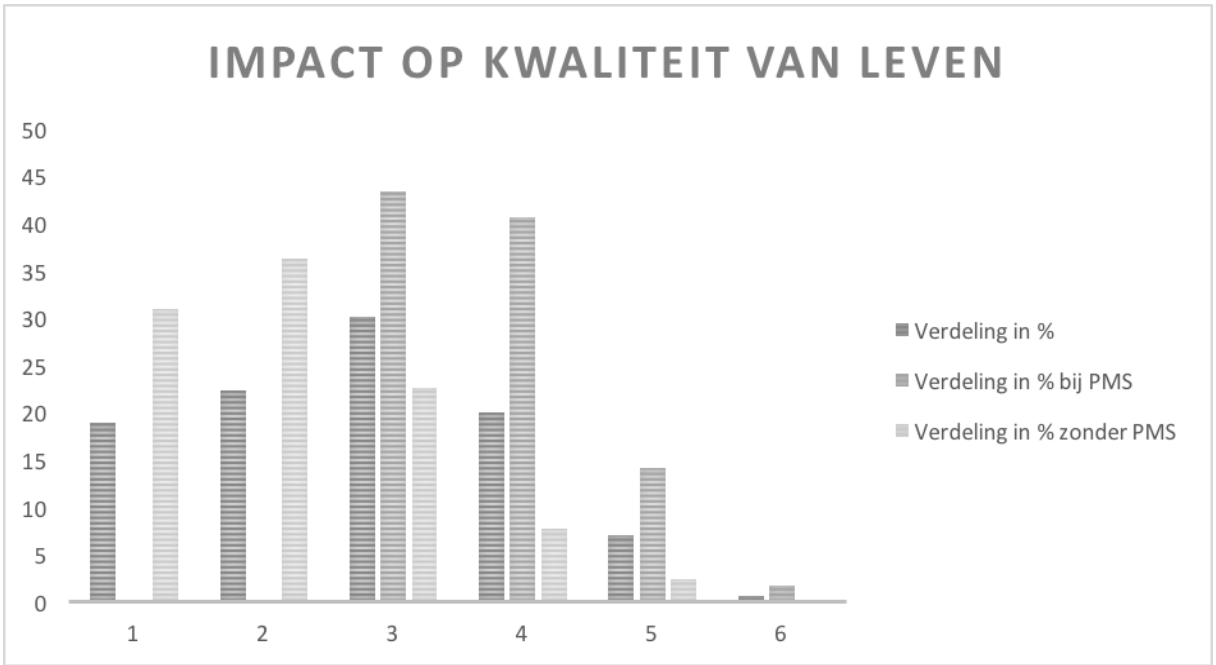
Wanneer men enkel depressieve stemming onderzoekt, ziet men dat 69,0% van de vrouwen met PMS deze een score geeft van 4 of meer, in tegenstelling tot 8,3% van de vrouwen zonder PMS.

Vrouwen met PMS geven de impact van kun klachten op de levenskwaliteit gemiddeld een score van 3,74 in tegenstelling tot een gemiddelde score van 2,14 bij vrouwen zonder PMS. In tabel 2 vindt men een overzicht van de procentuele verdeling van de scores. De verdeling wordt grafisch weergegeven in grafiek 2.

Tabel 2. Verdeling impact op levenskwaliteit

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Verdeling in %	18,9	22,4	30,2	20,1	7,1	0,7
Verdeling in % bij PMS	/	/	43,4	40,7	14,2	1,8
Verdeling in % zonder PMS	31,0	36,3	22,6	7,74	2,38	0

Grafiek 2. Verdeling impact op levenskwaliteit in absolute aantallen

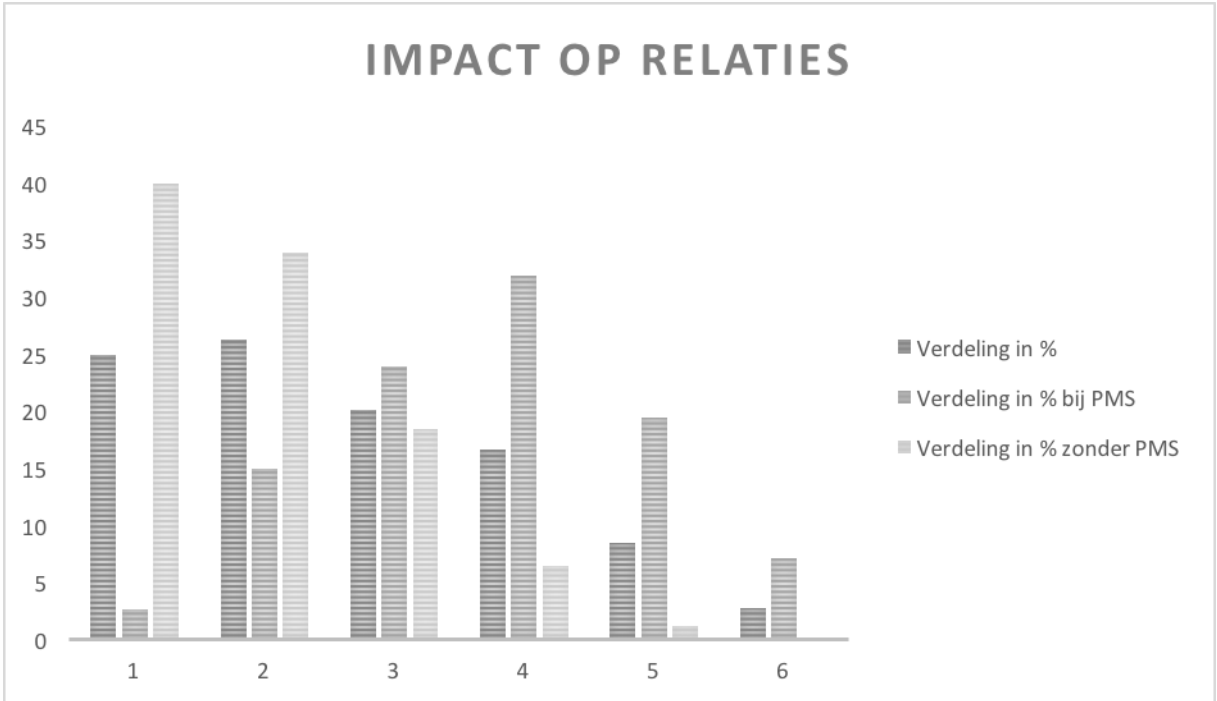


De gemiddelde impact op de relaties die vrouwen met PMS beschrijven is 3,71, in tegenstelling tot een gemiddelde score van 1,95 bij de vrouwen zonder PMS. In tabel 3 vindt men een overzicht van de procentuele verdeling van de scores. De verdeling wordt grafisch weergegeven in grafiek 3.

Tabel 3. Verdeling impact op relaties

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Verdeling in %	24,9	26,3	20,1	16,7	8,5	2,8
Verdeling in % bij PMS	2,65	15,0	23,9	31,9	19,5	7,1
Verdeling in % zonder PMS	39,9	33,9	18,4	6,5	1,2	0,0

Grafiek 3. Verdeling impact op relaties

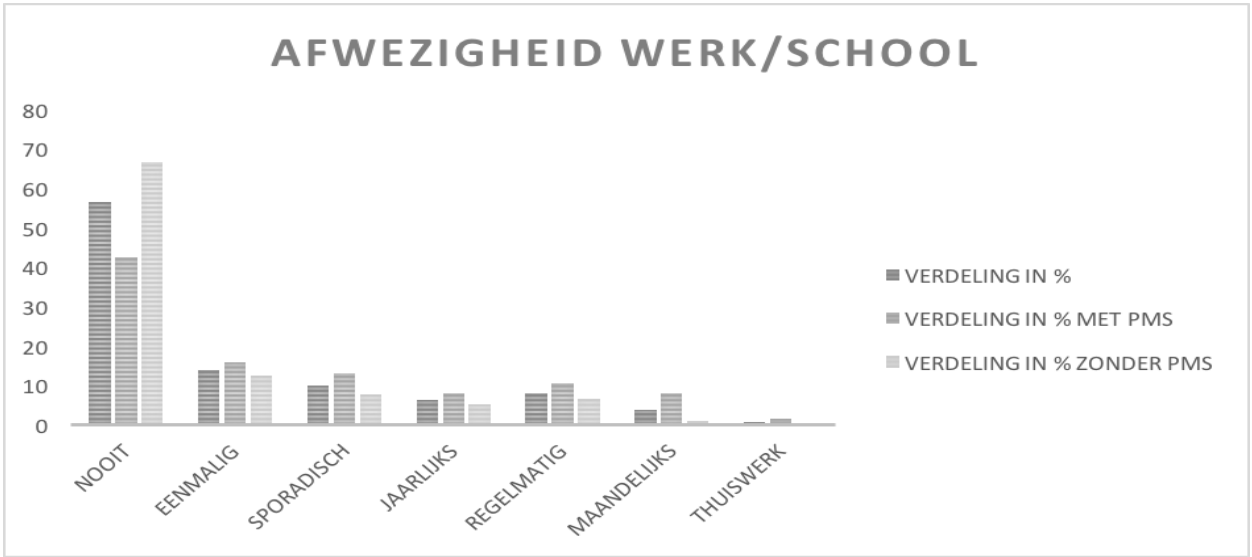


In tabel 4 vindt men de verdeling van arbeidsongeschiktheid in de verschillende groepen. De verdeling wordt grafisch weergegeven in grafiek 4.

Tabel 4. Verdeling PMS

	VERDELING IN %	**VERDELING IN % MET PMS**	**VERDELING IN % ZONDER PMS**
NOOIT	56,7	42,5	66,7
EENMALIG	13,9	15,9	12,5
SPORADISCH	10,0	13,2	7,7
JAARLIJKS	6,4	8,0	5,4
REGELMATIG	8,2	10,6	6,6
MAANDELIJKS	3,9	8,0	1,2
THUISWERK	0,71	1,8	0,0

Grafiek 4. Verdeling arbeidsongeschiktheid in absolute aantallen



73,5% van de vrouwen met PMS neemt medicatie omwille van hun premenstruele symptomen. Onder de vrouwen zonder PMS is dit 50,6%. 52,2% van de vrouwen met PMS heeft eerder een arts geconsulteerd omwille van premenstruele symptomen in tegenstelling tot 27,4% van de vrouwen zonder PMS. Van de vrouwen met PMS die een arts consulteerden, consulteerde 45,8% de huisarts en 54,2% de gynaecoloog. Van de de vrouwen zonder PMS die een arts consulteerden, bezocht 58,7% een huisarts en 45,7% een gynaecoloog.

Wanneer men de dichotome variabelen tegenover elkaar zet via een Chi^2-analyse, vindt men een significant verband tussen het voorkomen van PMS en het al dan niet nemen van medicatie. Daarnaast werd er ook een significant verband gevonden tussen het voorkomen van PMS en het al dan niet raadplegen van een arts.

Wanneer men als nulhypothese stelt dat het voorkomen van PMS niet afhankelijk is van de eerder beschreven variabelen, toont de omnibus-test aan dat deze nulhypothese verworpen wordt. Het uitvoeren van een binaire logistische regressie geeft aanleiding tot een model dat 97,2% van de variatie in het voorkomen van PMS kan verklaren. Deze logistische regressie wordt voorgesteld in tabel 5.

Tabel 5. Logistische regressie

Variabele	**B**	**Sig**	**Exp(B)**	**95% BI**
Leeftijd	-0,023	0,750	0,977	0,848 - 1,126
Hoofdpijn	**0,785**	**0,026**	**2,192**	**1,100 - 4,366**
Gewrichtspijn of spierpijn	0,352	0,245	1,421	0,786 – 2,569
Gevoelige borsten	0,327	0,274	1,387	0,772- 2,490
Opgeblazen gevoel	0,516	0,144	1,676	0,839 – 3,348
Buikpijn	0,381	0,289	1,464	0,724 – 2,960

Concentratiestoornissen	0,628	0,124	1,874	0,842 – 4,174
Gemoedsschommelingen	0,421	0,339	1,532	0,643 – 3,607
Slaapproblemen	0,601	0,109	1,823	0,874 – 3,801
Moeheid	**0,769**	**0,036**	**2,157**	**1,053 – 4,419**
Depressieve stemming	**1,431**	**0,004**	**4,184**	**1,527 – 11,140**
Angstig gevoel	0,048	0,918	1,049	0,421 – 2,618
Boosheid	-0,195	0,672	0,822	0,333 - 2,030
Moedeloosheid	0,446	0,293	1,562	0,681 – 3,578
Hongergevoel	-1,157	0,757	0,855	0,316 – 2,313
Eetbuien	**1,309**	**0,026**	**3,702**	**1,170 – 11,708**
Acne	0,403	0,239	1,496	0,765 – 2,922
QoL	**1,447**	**0,010**	**4,249**	**1,408 – 12,821**
Arbeidsongeschiktheid	-0,057	0,787	0,945	0,627 – 1,425
Relaties	0,145	0,745	1,156	0,482 – 2,771
Medicatie	-0,876	0,430	0,416	0,047 – 3,673
Medische consumptie	-1,340	0,170	0,262	0,039 – 1,773
Constant	-27,453	0,000	0,000	

6. DISCUSSIE

Statistische analyse

Uit het onderzoek is een prevalentie van PMS van 40,2% gebleken. Leeftijd leek een licht beschermende factor te zijn, waarbij jongere vrouwen met andere woorden meer last zouden hebben van PMS dan oudere vrouwen, maar dit verband wat statistisch niet significant.

Vrouwen met PMS scoren hun klachten gemiddeld 1,75 punten extra op een schaal van 1 tot 6. De hoogste scores worden toegekend aan buikpijn, opgeblazen gevoel en gemoedsschommelingen. Bij vrouwen met PMS staan de psychische klachten meer op de voorgrond dan bij vrouwen zonder PMS. Wanneer men een logistische regressie uitvoert ziet men een statistisch significante associatie tussen PMS en hoofdpijn, moeheid, depressieve stemming en eetbuien. De sterkste associate ziet men tussen PMS en depressieve stemming. Voor elk punt waarmee de aanwezigheid van depressieve stemming extra gescoord wordt, stijgt de kans op PMS met 80,7%. Wanneer men aan de hand van de resultaten uit dit onderzoek een screeningstest ontwikkelt waarin men een score van 4 of meer zou nemen als grens voor PMS, zou men een sensitiviteit van 69,0% bekomen en een specificiteit van 91,7%. De positieve predictieve waaride is dan 89,3% en de negatieve predictieve waarde is dan 74,7%. Deze test is met andere woorden een betere aantoner dan uitsluiter.

Ook de aanwezigheid van eetbuien geeft een vergelijkbare associatie, met een toename op de kans op PMS met 78,7%. Een punt toename in hoofdpijn en moeheid zorgt respectievelijk voor een verhoging van de kans op PMS van 68,7% en 68,3%. Wat verder opvalt is dat boosheid en hongergevoel een beschermend effect lijken te hebben op het risico op PMS. Deze associatie is echter statistisch niet significant dus dit resultaat zou louter op basis van toeval kunnen voorkomen.

Bij het bestuderen van de impact op de kwaliteit van leven ziet men duidelijk lagere scores in de algemene populatie dan in de populatie van vrouwen zonder PMS. Gemiddeld geven vrouwen met PMS de impact op hun kwaliteit van leven 1,60 punten meer dan vrouwen zonder PMS. Het uitvoeren

van een logistische regressie bevestigt dat elk punt waarmee de levenskwaliteit extra wordt mee gescoord gepaard gaat met een toename op de kans op PMS van 80,9%.

Wanneer men volgens onze gegevens een screeningstest ontwikkelt waarin men een score van 4 of meer wordt genomen als grens voor de aanwezigheid van PMS, zou deze test een sensitiviteit van 56,7% hebben en een specificiteit van 89,9%. De positieve predictieve waarde is dan 84,9% en de negatieve predictieve waarde is dan 67,5%. Deze test is met andere woorden tevens een betere aantoner dan uitsluiter.

Bij het bestuderen van de impact op relaties ziet men zeer grote verschillen. 26,6% van de vrouwen met PMS scoort de impact op relaties een 5 of 6 op 6, in tegenstelling tot 1,2% van de vrouwen zonder PMS. Dit zou kunnen te verklaren zijn doordat bij vrouwen met PMS meer psychische klachten op de voorgrond staan waardoor de impact op de relaties groter is dan bij vrouwen zonder PMS. Hoewel de logistische regressie dit verband ondersteunt, is de coëfficiënt statistisch niet significant.

Ook arbeidsongeschiktheid komt veel meer voor bij vrouwen met PMS dan bij vrouwen zonder PMS. 8,0% van de vrouwen met PMS is hiervoor maandelijks arbeidsongeschikt, in tegenstelling tot 1,2% van de vrouwen zonder PMS. Dit verband wordt echter tegengesproken door de logistische regressie, die eerder een beschermend effect suggereert. Dit verband is echter tevens niet statistisch significant en kan dus louter berusten op toeval.

Vrouwen met PMS nemen vaker medicatie dan vrouwen zonder PMS (73,5% itt 50,6%).

De helft van de vrouwen met PMS uit deze studie heeft ooit een arts geraadpleegd in het kader van de premenstruele symptomen in tegenstelling tot 27,4% van de vrouwen zonder PMS. Patiënten raadplegen ongeveer even vaak de huisarts als de gynaecoloog voor premenstruele symptomen.

Wanneer men echter een logistische regressie uitvoert, ziet men een beschermende associatie tussen PMS en het raadplegen van een arts en het gebruik van medicatie. Beide verbanden zijn echter statistisch niet signicant waardoor ook deze resultaten niet betrouwbaar zijn.

Relatie tot de literatuur

De prevalentie van PMS is in de steekproef, uitgevoerd in praktijkhuis de Heuvel, 40,2%. Bij het vergelijken van de studies valt er een groot verschil in prevalentie op. Deze verschillen zijn waarschijnlijk te wijten aan het verschil in diagnostistische criteria, de studiepopulatie, de populatiegrootte, opzet van de studie en gebruikte vragenlijsten. Bij grotere steekproeven merkt met een lager voorkomen van PMS.(1) In de richtlijnen spreekt men van een prevalentie van 8 tot 32%. (2, 3). Tijdens het uitvoeren van de literatuurstudie werden echter hogere prevalenties beschreven in de studies. (zie tabel 1) De resultaten van deze studie zijn vergelijkbaar met eerder gevonden prevalenties tijdens de literatuurstudie. De grote impact op de kwaliteit van leven werd eerder bevestigd door eerdere studies, zoals besproken in het literatuuronderzoek.

Tabel 1: prevalenties PMS

STUDIE	STUDIEOPZET	PLAATS	JAAR	PREVALENTIE PMS (IN %)
RANJBARAN ET AL (1)	Meta-analyse	Iran	2017	70,8
DIREKVAND-MOGHADAM ET AL (4)	Meta-analyse	Wereldwijd	2014	47,8
CAMARA ET AL(5)	Validatiestudie	Brazilië	2017	39,7
FARROKH-ESLAMOU ET AL (6)	Cross-sectionele studie	Iran	2015	39,4
SAHIN ET AL (7)	Cross-sectionele studie	Turkije	2014	36,3
HONG ET AL (8)	Cohorte-onderzoek	Australië	2014	35,0
BORENSTEIN ET AL (9)	Longitudinaal onderzoek	Californië	2007	47,9

BORENSTEIN ET AL (10)	Longitudinaal onderzoek	Californië	2005	30,0

Boodschappen

Er is nood aan uniforme diagnostische criteria voor PMS die eenvoudig bruikbaar zijn in de huisartsenpraktijk. Gezien de hoge prevalentie en de grote impact op het dagelijks leven, is alertheid van de huisarts noodzakelijk zodat PMS kan worden opgespoord en behandeld.
Een aanbeveling voor het implementeren van deze conclusie in de praktijk is dat bij het pilconsult of preventief consult PMS wordt gescreend aan de hand van 3 eenvoudige vragen, namelijk "Heeft u veel klachten rond uw menstruatie?", "Hebben uw klachten een significante impact op uw kwaliteit van leven?" en "Voelt u zich depressief in de periode rond uw menstruatie?". Wanneer alle 3 de vragen positief worden beantwoord, is er een hoge waarschijnlijkheid dat de patiënt PMS heeft. Dit kan dan bevestigd worden door middel van de PSST-vragenlijst (retrospectief) of de DRSP-vragenlijst (prospectief) of er kan onmiddellijk worden gekozen tot behandeling van de symptomen. Er is nood aan een duidelijk stappenplan voor de aanpak van PMS in de huisartsenpraktijk. In appendix 4 vindt men een voorbeeld van dergelijk stappenplan, op basis van de huidige richtlijnen.

Sterktes en zwaktes

Deze studie is de eerste studie die de impact van PMS bestudeert in België.

Bij het uitvoeren van de poweranalyse blijkt dat de populatiegrootte groot genoeg is om conclusies te nemen voor de vrouwen uit praktijkhuis De Heuvel in Boechout. Voor extrapolatie naar nationaal niveau is echter verder onderzoek nodig waarbij gebruik gemaakt wordt van een grotere steekproef, verspreid over heel België en rekening houdend met de multiculturaliteit, bijvoorbeeld door het opstellen van vragenlijsten in verschillende talen.
De studie omvat vrouwen van 18 tot 45 jaar en had dus een brede spreiding van leeftijden.

Een zwakte van deze studie is het retrospectieve karakter. Er werd beroep gedaan op de herinnering van vrouwen in plaats van het prospectief scoren van klachten zodat het cyclisch karakter van de klachten kan worden vastgesteld. Tevens werd gebruik gemaakt van een niet-gevalideerde vragenlijst. Toen het studieprotocol werd opgesteld was er nog geen vragenlijst die prospectief PMS kon in kaart brengen. Sinds de start van de studie ontwikkelden Rachel de A. Camara et al (5) wel een dergelijke gevalideerde vragenlijst.

Deze studie ontving geen externe financiering en er werd geen conflict of interest gerapporteerd door de betrokkenen van deze studie

1. al. MRe. Prevalence of premenstrual syndrome in Iran: a systematic review and meta-analysis. Int J Reprod Biomed. 2017;15(11):679-86.
2. Ranta V. Premenstrueel syndroom (PMS). Duodecim Medical Publications Ltd2018.
3. al VLe. Richtlijn Premenstrueel syndroom. NVOG2011.
4. al. AD-Me. Epidemiology of Premenstrual syndrome (PMS) - a Systematic Review and Meta-analysis Study. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2014;8(2):106-9.
5. al. RdACe. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Premenstural Symptoms Screening Tool (PSST) and association of PSST scores with health-related quality of life. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2017;39:140-6.
6. al. HF-Ee. Premenstrual syndrome and quality of life in Iranian medical students. Sexual and reproductive Healthcare. 2015;6(23-27).
7. al. SSe. Evaluation of premenstrual syndrome and quality of life in university students. J Pak Med Assoc. 2014;64(8):915-21.
8. al HJe. Premenstrual syndrome and dysmenorrhea: symptom trajectories over 13 years in young adults. Maturitas. 2014;78:99-105.
9. al JBe. Differences in Symptom Scores and Health Outcomes in Premenstrual Syndrome. Journal of Women's Health. 2007;16(8).
10. al JBe. Estimating Direct and Indirect Costs of Premenstrual syndrome. JOEM. 2005;47(1):26-33.

7. BESLUIT

PMS is een veelvoorkomend probleem dat wordt ondergerapporteerd en ondergeregistreerd in de huisartsenpraktijk. Vrouwen kunnen last hebben van vele uiteenlopende premenstruele symptomen, maar bij vrouwen met PMS staan gewoonlijk eerder psychische klachten op de voorgrond dan fysieke klachten. Daarnaast hebben vrouwen met PMS ook meer impact van hun menstruele klachten op hun leven en hun relaties.

Daarbovenop wordt er een hoger werkverzuim gezien bij vrouwen met PMS. 20,4% van de vrouwen met PMS geeft aan frequent arbeidsonbekwaam te zijn of te worden genoodzaakt tot thuiswerk in tegenstelling tot 7,8% van de vrouwen zonder PMS.

Vrouwen met PMS nemen vaker medicatie dan vrouwen zonder PMS en raadplegen frequenter een arts voor hun klachten. De helft van de vrouwen met PMS uit deze studie heeft ooit een arts geraadpleegd in het kader van de premenstruele symptomen in tegenstelling tot 27,4% van de vrouwen zonder PMS.

Uit deze gegevens blijkt dat de impact en het voorkomen van PMS groot is dus dat alertheid voor het probleem en goede begeleiding van deze vrouwen gewenst is.

Screenen op PMS kan op het pilconsult of het preventief consult en kan door middel van 3 eenvoudige vragen, namelijk “Heeft u veel klachten rond uw menstruatie?”, “Hebben uw klachten een significante impact op uw kwaliteit van leven?” en “Voelt u zich depressief in de periode rond uw menstruatie?”. Een eenvoudig beleid op basis van de huidige richtlijnen wordt voorgesteld in appendix 4.

8. APPENDIX

1. ADVIES ETHISCH COMITE

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

ETHISCH COMITE

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Prof. dr. K. Hendrickx

UA
Huisartsgeneeskunde

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Het voorkomen van premenstrueel syndroom (Manama huisartsgeneeskunde Bo Dullaert)

datum	ons kenmerk	contactpersoon
4/09/2017	17/12/160	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Katelijne Bovée ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 4/09/2017.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Dullaert Bo
- Protocol aangepaste versie dd. 2/08/2017
  Versie 2
- Vragenlijst(en) dd. 1/02/2017
  Versie 1

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

1) Het Ethisch Comité raadt aan om bij het voorstellen van de vragenlijst meer informatie te geven over de studie en te vermelden dat het invullen van de vragenlijst als impliciete toestemming voor deelname aan de studie geldt.

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
- Startdatum inclusie patiënten
- Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
  - o Nooit opgestart
  - o Vroegtijdig stopgezet
  - o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

CC: Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Mevr. B. Dullaert, NVT, Emiel Hulebroeckstraat 10 - 9120 Beveren

2. GOEDGEKEURD ONDERZOEKSPROTOCOL

1. DOELSTELLINGEN

Het uitvoeren van een pilootstudie waardoor er meer inzicht komt in de presentatie van premenstrueel syndroom. Door op te delen in subgroepen per anticonceptiemethode, leeftijd etniciteit en opleidingsniveau zou er een associatie kunnen vermoed worden, wat een opstap zou kunnen zijn voor verder wetenschappelijk onderzoek om prognostische en therapeutische consequenties te bieden voor dit zeer frequent probleem.

2. HOOFDVRAAG EN NEVENVRAGEN

2.1. HOOFDVRAAG

Welk zijn de presentatievormen van premenstrueel syndroom (pms) bij Vlaamse vrouwen tussen 18 en 45 jaar?

2.2. NEVENVRAGEN

Bestaat er een verschil in presentatievorm van pms bij verschillende anticonceptiva?
Bestaat er een verschil in presentatievorm van pms bij verschillende leeftijdsgroepen?
Bestaat er een verschil in presentatievorm van pms bij verschillende etniciteiten?
Bestaat er een verschil in presentatievorm van pms bij verschillende opleidingsniveaus?

3. OVERZICHT VAN DE REEDS GEKENDE GEGEVENS

Een vrouw heeft last van premenstrueel syndroom als ze cyclisch (gedurende minstens 3 cycli) last heeft van psychologische en/of fysieke klachten die ontstaan tijdens de luteale fase van de menstruele cyclus, waarbij de klachten verdwenen zijn aan het einde van de menstruatie. Premenstruele symptomen treden op bij 95% van de vrouwen maar slechts bij 5% van de vrouwen zijn deze klachten invaliderend.(1) Door de cyclische aard van pms is het moeilijk om RCT's te doen. Daarnaast is er geen consensus rond hoe de ernst van de klachten moet worden geobjectiveerd waardoor er heel veel verschillende vragenlijsten gebruikt worden en bijgevolg moeilijk een systematische review kan gemaakt worden. Er zijn tevens heel weinig kwalitatief goede studies die de behandeling van pms bestuderen. De studies die er zijn bestuderen vaak een populatie van vrouwen met premenstrueel dysphoric syndroom, een extreme variant van pms.
Hoewel er geen evidentie is dat vrouwen met PMS een lagere concentratie progesteron hebben, worden progesteronen voor vrouwen met pms veel voorgeschreven. Er werd echter geen klinisch relevante beterschap in klachten geobjectiveerd waardoor de behandeling met progesteronen voor pms niet geïndiceerd is.(2)

Een andere vaak voorgestelde behandeling is het continu gebruik van de combinatiepil. De evidentie hierrond is echter zeer zwak doordat hier slechts één studie naar gedaan is, waarbij ook hierbij de studiepopulatie bestond uit vrouwen met premenstrueel dysphoric syndroom. Er moet tevens de kanttekening gemaakt worden rond neveneffecten van het continu gebruik van de combinatiepil. Het continu gebruik van de combinatiepil wordt gelinkt aan vaginale bloedingen, maar tevens aan het optreden van DVT's, borstkanker, longembolen en herseninfarcten.

Een derde mogelijke behandeling die wordt geopperd voor pms is het toedienen van vitamine B6. Vitamine B6 is namelijk een co-enzym voor de biosynthese van dopamine en serotonine. 100mg vitamine B6 per dag zou een afname van depressieve symptomen kunnen geven met een odds van 2,32. Er is echter geen dosis-responsrelatie aangetoond.(2)

Tenslotte zou ook een lage dosis SSRI's kunnen zorgen voor een vermindering in zowel lichamelijke als gedragssymptomen met een odds van 6,91. Dit werd echter enkel bestudeerd bij vrouwen met premenstrueel dysphoric syndroom. Er is geen verschil in effectiviteit tussen continue en intermittente toedieningen. Veel voorkomende nevenwerkingen zijn echter nausea, slapeloosheid, slaperigheid en droge mond. (2) Er wordt echter toch voorgesteld om cyclisch een lage dosis SSRI's voor te schrijven bij vrouwen met ernstige en zeer invaliderende pms-klachten. Producten die hierin veel bestudeerd zijn, zijn fluoxetine 20mg per dag en sertraline 10 tot 30mg per dag.

4. METHODE

Er zal zowel een online vragenlijst worden gemaakt als een schriftelijke vragenlijst. Deze zal zo breed mogelijk verspreid worden. De online vragenlijst zal verspreid worden via sociale media en via het icho. De schriftelijke vragenlijst zal verspreid worden via wachtkamers. Er zal gezocht worden naar huisartsenpraktijken met een multiculturele patiëntenpopulatie. In deze wachtzalen zullen er dan vragenlijsten worden achtergelaten, in combinatie met een doos waarin ze de ingevulde vragenlijsten kunnen deponeren.

In deze vragenlijst zal gevraagd worden naar leeftijd (in jaren), anticonceptiemethode, geboorteland, geboorteland van de ouders, opleidingsniveau, medicatiegebruik en presentatievorm van premenstrueel syndroom. Er zal gebruik gemaakt worden van een aangepaste DRSP-score waarbij verschillende fysieke en mentale symptomen bevraagd worden om te scoren op een schaal van 1 tot 6. Er zal tevens de mogelijkheid bestaan om deze lijst met symptomen aan te vullen met andere symptomen. Er zal gevraagd worden naar het geboorteland en het geboorteland van de ouders. Verder zal ook het opleidingsniveau worden bevraagd. Deze vragenlijst zal verspreid worden tussen september 2017 en december 2017. De studie zal logischerwijze enkel vrouwen includeren en deze tussen 18 en 45 jaar. Vrouwen jonger dan 18 jaar worden geëxcludeerd omdat deze vaak nog onregelmatige menses hebben en door de puberteit onderhevig zijn aan hevige hormonenschommelingen, wat een vertekening van het beeld kan geven. Verder is het moeilijk om aangepaste toestemmingsformulieren te regelen aangezien de patiënten volledig anoniem zijn. Vrouwen ouder dan 45 jaar zullen dan weer premenopauzaal zijn, wat tevens kan zorgen voor onregelmatige menses en schommelende hormonenspiegels.

Aangezien de vragenlijst en informatieformulieren in het Nederlands zullen worden opgesteld, is kennis van de Nederlandse taal wel noodzakelijk om deel te nemen aan het onderzoek.

5. STATISTIEK

Om aan beschrijvende statistiek te doen, zal leeftijd zal worden opgedeeld per 5 jaar. Etniciteit zal worden opgedeeld in kaucasisch, zwart, Noord-Afrikaans en Aziatisch. Anticonceptiemethoden zullen worden opgedeeld in geen of niet-hormonale anticonceptie, combinatiepil, minipil, hormonenspiraal, koperspiraal, implanon, prikpil en nuvaring. Waar van toepassing, zal ook de naam van de pil worden gevraagd. Het opleidingsniveau zal opgedeeld worden in lager onderwijs, lager middelbaar onderwijs, middelbaar onderwijs, hogeschool en universiteitsopleiding. Het gebruik van medicatie zal

rechtstreeks nagevraagd worden. Tevens zal er gevraagd worden in hoeverre ze de medicatie nodig hebben door het gemiddeld aantal tabletten per cyclus te schatten. Tenslotte zal ook de wens naar medicatie worden afgetoetst.

De verschillende presentatievormen van pms zullen vergeleken worden tussen de verschillende patiëntengroepen, zowel in aan-en afwezigheid als in ernst van de beleving ervan.

6. FINANCIERING

Er is geen verdere financiering noodzakelijk.

7. REFERENTIES

1. Irene Kwan JLO. Premenstrual syndrome. Clinical Evidence. 2014;8(806).
2. D. A. Premenstrueel syndroom: wat werkt? Huisarts Nu. 2002;31(7):370-3.

3. GEBRUIKTE VRAGENLIJST

Premenstrueel syndroom of PMS is een aandoening waar heel veel vrouwen mee te maken hebben. Als je last hebt van premenstrueel syndroom, wilt dit zeggen dat je rond jouw menstruatie steeds last hebt van fysieke en/of mentale klachten. Deze klachten starten meestal enkele dagen tot 2 weken voor de menstruatie maar zijn wel voorbij na de menstruatie. Om de impact van PMS op de kwaliteit van leven in kaart te brengen, voer ik een onderzoek uit binnen onze praktijk. Hierbij verspreid ik **vragenlijsten bij vrouwen tussen 18 en 45 jaar. Elk van deze vrouwen kan deelnemen**, onafhankelijk van anticonceptiemethode of klachten. Indien u beslist deel te nemen aan de studie, dient u een korte vragenlijst in te vullen waarmee u me kostbare informatie kan geven. Door het invullen van de vragenlijst geeft u impliciet uw toestemming tot deelname aan de studie. Alle resultaten worden volledig anoniem verwerkt, wat wilt zeggen dat de vragenlijsten niet naar u kunnen worden getraceerd. **Het invullen van de vragenlijst zal slechts 1 minuut van uw tijd in beslag nemen.** Deelname is geheel vrijwillig en er zijn geen risico's aan verbonden. Het onderzoek werd goedgekeurd door de ethische comissie van het UZA. U kan de ingevulde **vragenlijsten afgeven aan het secretariaat of aan uw arts of deponeren in de doos in de wachtzaal**. Indien u verder nog vragen heeft, kan u deze uiteraard bespreken met uw arts.

1. Wat is uw leeftijd? ……. Jaar

2. In hoeverre heeft u rond uw menstruatie last van volgende symptomen (1 = helemaal geen last, 6 = extreem veel last, hoge impact op kwaliteit van leven)

Hoofdpijn	1	2	3	4	5	6
Gewrichts-of spierpijn	1	2	3	4	5	6
Gevoelige borsten	1	2	3	4	5	6
Opgeblazen gevoel	1	2	3	4	5	6
Buikpijn	1	2	3	4	5	6
Concentratieproblemen	1	2	3	4	5	6
Gemoedsschommelingen	1	2	3	4	5	6
Slaapproblemen	1	2	3	4	5	6
Moeheid	1	2	3	4	5	6
Depressieve stemming	1	2	3	4	5	6
Angstig gevoel	1	2	3	4	5	6
Boosheid	1	2	3	4	5	6
Moedeloosheid	1	2	3	4	5	6
Overdreven hongergevoel	1	2	3	4	5	6

Eetbuien	1	2	3	4	5	6
Acne	1	2	3	4	5	6

3. In hoeverre houden bovenstaande symptomen u tegen in uw dagelijkse activiteiten? (1= helemaal niet, 6 = onmogelijk te functioneren)

   1 2 3 4 5 6

4. Hoe frequent werd u genoodzaakt om door uw klachten afwezig te zijn van werk of school?
   - Nooit
   - Eénmalig
   - Enkele keren, namelijk ……. Dagen
   - Regelmatig, namelijk ……. Dagen per jaar
   - Maandelijks

5. In hoeverre hebben bovenstaande symptomen effect op uw relaties met anderen? (1 = totaal geen effect, 6 = een zeer groot effect met grote implicaties)

   1 2 3 4 5 6

6. Neemt u soms medicatie voor bovenstaande symptomen?
   - Nee
   - Ja, namelijk ……..

7. Zo u medicatie neemt, hoeveel tabletten neemt u dan gemiddeld per cyclus?

8. Heeft u reeds een arts geraadpleegd voor bovenstaande symptomen?
   - Nee
   - Ja, namelijk (meerdere antwoorden mogelijk)
     - Huisarts
     - Gynaecoloog
     - Andere, namelijk …….

9. Indien u reeds een arts geraadpleegd heeft, wat werd u dan aangeraden? (meerdere antwoorden mogelijk)
   - Geruststelling
   - Afwezigheid van school/werk
   - Pijnstillers, namelijk ……
   - Vitamine B6
   - Combinatiepil doornemen
   - Ander voorbehoedsmiddel, namelijk ……
   - Lage dosis antidepressiva
   - Andere, namelijk …….

4. STAPPENPLAN BELEID PMS

