

Premenopauzaal Vaginaal Bloedverlies

Regionale Transmurale Afspraak Zuidoost Brabant

Aanleiding

Bij patiënten met postmenopauzaal bloedverlies is voor zorgprofessionals in 1e en 2e lijn duidelijk wie wat wanneer doet ter diagnostiek en behandeling van de aandoening.

Bij premenopauzaal abnormaal en/of hinderlijk bloedverlies is de afstemming van beleid tussen 1e en 2e lijn rondom preventie, patiëntenvoorlichting, diagnostiek, consultatie, verwijzing en behandeling minder duidelijk. Daarnaast vormen nieuwe terminologie, ontwikkelingen in diagnostische en therapeutische mogelijkheden de aanleiding om het beleid af te stemmen.

Doelstelling

Afstemming van het beleid rondom patiëntenvoorlichting, diagnostiek en behandeling van patiënten met abnormaal en/of hinderlijk premenopauzaal bloedverlies, waarbij het doel is om de patiënten te diagnostiseren en behandelen in de eerstelijns waar mogelijk, met een consultatieve functie van de tweede lijn.

Definitie

Stoornissen in de menstruele cyclus, die beschreven worden in termen van frequentie, regelmaat en duur van het bloedverlies:

- Overvloedig, regelmatig bloedverlies: cyclisch bloedverlies dat overvloedig is qua hoeveelheid en/of duur;
- Onregelmatig bloedverlies: niet cyclisch bloedverlies waarbij menstruaties niet meer afzonderlijk te herkennen zijn;
- Tussentijds bloedverlies: bloedverlies tussen herkenbare menstruaties of bloedverlies bij hormonale anticonceptie.

Patiëntenvoorlichting

Voor de patiëntenvoorlichting m.b.t. de gynaecologische (diagnostische) echografie wordt één en dezelfde regionale folder gebruikt, die in gedrukte versie beschikbaar is en op de websites van Diagnostiek voor U en de ziekenhuizen is terug te vinden

Diagnostiek

Anamnese:

Aard van het bloedverlies, de subjectieve hoeveelheid bloedverlies is leidend, frequentie, regelmaat, duur, hoeveelheid, stolsels.

NB. Menstruatiescorekaart als hulpmiddel; zie toelichting

Ervaren van hinder: 's Nachts, verzuim, seksualiteit
Specifieke oorzaak: Tussentijdsbloedverlies (vast/wisselend tijdstip), postcoïtaal bloedverlies, pijn in de onderbuik, wisselende seksuele contacten en/of mogelijke SOA, medicatie (corticosteroiden, anticoagulantia, OAC, IUD (koper en levonorgestrel bevattend)).

LO:

Inspectie van vulva en perineum.

Speculumonderzoek en vaginaal toucher beoordeling uterus en adnexen.

Aanvullend onderzoek:

Cervixuitstrijkje indien er sprake is van:

- Contactbloeding (postcoïtaal of na LO);
- Cervixpathologie bij LO;
- Onverklaard tussentijdsbloedverlies op wisselende tijdstippen.

Laboratoriumonderzoek op indicatie:

- Chlamydia PCR, bij mogelijke SOA, bij contactbloeding of onverklaard tussentijds bloedverlies;
- Zwangerschapstest;
- Hb en MCV bij een verdenking op ijzergebrekanemie;
- Denk aan stollingsafwijkingen (met name Von Willebrandfactor) indien er sprake is van hevig menstrueel bloedverlies sinds de menarche en/of familiale stollingsstoornissen (zie RTA diagnostiek van bloedingsneiging).

Echo (transvaginaal en in de eerste helft van de cyclus) indien er sprake is van:

- Afwijkend of niet te beoordelen vaginaal toucher;
- Bij aanhoudend bloedverlies na/tijdens therapie.

Behandeling

Bij vaginaal bloedverlies zonder onderliggende oorzaak

Geen kinderwens (zie toelichting):

Patiënte kan gerustgesteld worden door de huisarts bij subjectief acceptabele hoeveelheid bloedverlies. In aansluiting op de mondelinge voorlichting kan de huisarts de NHG patiëntenbrieven meegeven.

Indien gewenst of geïndiceerd kan behandeld worden met:

- De eerste 3 dagen van de menses kan een NSAID worden voorgeschreven en/of tranexaminezuur (3 d.d. 1000 mg);
- Levonorgestrel IUD (Mirena®);
- OAC (voorkeur sub 50 pil, tweede generatie).

Kinderwens:

De eerste 3 dagen van de menses kan een NSAID worden voorgeschreven en/of tranexaminezuur (3 d.d. 1000 mg).

Bij acuut hevig bloedverlies:

Progestagenen gedurende 10 dagen (1 d.d. 10 mg) + advies om 3 cycli na te behandelen met een OAC.

De huisarts raadt de patiënt aan terug te komen voor (aanvullende) diagnostiek na 3 - 6 maanden als het beoogde effect niet is bereikt.

Bij vaginaal bloedverlies met onderliggende oorzaak:

Bij koperhoudend IUD dient verwijdering besproken te worden door de huisarts.

Verdenking myomen/poliepen:

- OAC;
- Tranexaminezuur;
- Progestagenen;
- Levonorgestrel afgevend IUD.

NB. Het is onduidelijk of voorgaande effectief is bij een fors vergrote uterus of bij intracavitaire of in het cavum uteri uitpuilende myomen.

Evalueren na 3 - 6 maanden.

NB. Op de website www.thuisarts.nl zijn de voorlichtende NHG patiëntenfolders te vinden.

Consultatie

De huisarts kan bij de 1e en/of 2e lijns echoscopist/ gynaecoloog een transvaginale echo aanvragen, met als indicatie "afwijkend premenopauzaal bloedverlies" als er sprake is van:

- Afwijkend of niet te beoordelen vaginaal toucher;
- Bij aanhoudend bloedverlies na/tijdens therapie.

De echoscopist zou graag door de aanvrager worden geïnformeerd over:

- Eerste dag van de laatste menstruatie icm de normale duur van de cyclus;
- Pariteit/ graviditeit;
- Eerdere ingrepen aan cervix, uterus en/of adnexen;
- Medicijngebruik m.n. OAC en/of IUD;
- Bevindingen bij LO.

In het verslag van de aangevraagde echo zal de normale dan wel afwijkende vorm van de uterus, het endometrium en/of de adnexen worden weergegeven, een conclusie en (eventueel) een advies worden gegeven.

Verwijzing

Bij vaginaal bloedverlies zonder onderliggende oorzaak

Bij aanhoudende klachten of bij stollingsafwijkingen dient patiënt verwezen te worden naar de gynaecoloog. Als de gynaecoloog bij aanvullend onderzoek (watercontrastecho en/of hysteroscopie) geen afwijkingen vindt, wordt patiënt voorgelicht door de gynaecoloog en worden ablatie (met aanvullende anticonceptie) of hysterectomie als aanvullende behandelingsmogelijkheden geboden. Bij vrouwen met hevig vaginaal bloedverlies ouder dan 45 jaar, dient histologisch onderzoek overwogen te worden met name voorafgaand aan een endometriumablatie.

Bij vaginaal bloedverlies met onderliggende oorzaak

Mocht patiënt onvoldoende op de ingezette behandeling reageren is verwijzing naar de gynaecoloog geïndiceerd. Het type en de grootte van de afwijking bepalen de behandelingsmogelijkheden.

Door middel van (watercontrast)echo en/of poliklinische hysteroscopie kunnen afwijkingen (poliep en myoom) worden beoordeeld en afhankelijk van de grootte meteen worden verwijderd. Indien de intracavitaire afwijking te groot is, wordt deze d.m.v. een therapeutische hysteroscopie op de OK verwijderd.

Indien er sprake is van uterus myomatosis zonder intracavitaire afwijkingen kan er ter bepaling van de grootte en/of positie van myomen nog een MRI worden overwogen. Embolisatie, myoomenucleatie (bij bestaande kindervens) of uterusextirpatie zijn dan de behandelingsmethodes die besproken dienen te worden.

NB. De embolisatietherapie is gecentraliseerd; de gynaecoloog zal de patiënt indien gewenst en/of geïndiceerd voor embolisatie naar een centrum verwijzen.

Namens regionale huisartsen

Martijn Arts
Odette Herijgers
José Snoek
Sjef de Vocht

Namens regionale gynaecologen

Jacques Maas, Máxima Medisch Centrum
Klaartje Manders, Elkerliek Ziekenhuis
Angela Neijmeijer - Leloux, St. Anna ziekenhuis
Dick Schoot, Catharina Ziekenhuis
Diederik Veersema, Diagnostiek voor U

Kaderarts gynaecologie

Monique Peerden

Namens transmurale stichtingen:

Mariëtte Oostindiër, coördinator TransMáx

Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld in samenwerking met de transmurale organisaties HaCa, Quartz, THEMA, TransMáx. Voor deze samenwerkingsafpraak is uitgegaan van de Landelijke richtlijnen (NHG standaard Vaginaal bloedverlies (M28; 2008), de NVOG richtlijn Hevig menstrueel bloedverlies (2013). Deze samenwerkingsafpraak is goedgekeurd door de Kwaliteitsraad van de Huisartsenkring Zuidoost Brabant.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TransMáx.

© 2017 TransMáx