

Medicamenteuze behandeling van primaire dysmenorroe

Primaire dysmenorroe is een frequente klacht bij jonge vrouwen. Primaire dysmenorroe onderscheidt zich van secundaire dysmenorroe door de afwezigheid van een onderliggende aandoening. Het tijdstip van optreden van de eerste episode van dysmenorroe en de symptomen die met de pijn gepaard gaan kunnen helpen bij het sturen van de differentiaaldiagnose. Niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen (NSAID's) en hormonale anticonceptie vormen de eerstekeuzebehandeling. De beschikbare gegevens laten niet toe een eerste keuze te maken uit de verschillende NSAID's. Alle hormonale anticonceptiemethodes zijn doeltreffend gebleken bij de pijncontrole, maar de orale oestroprogestagenen zijn het best bestudeerd. Een continue of verlengde inname in plaats van een cyclische inname dient overwogen te worden. Andere anticonceptiemethodes die continu gebruikt kunnen worden, zijn bijvoorbeeld de orale progestagenen, het implantaat of het levonorgestrel-bevattend IUD. Als de symptomen aanhouden of verergeren na 3 tot 6 maanden behandeling, wordt een gynaecologisch onderzoek aanbevolen om een onderliggende aandoening uit te sluiten.

Inleiding

Primaire dysmenorroe wordt gedefinieerd als pijn die optreedt vlak voor of tijdens de menstruatie, zonder onderliggende aandoening van het bekken of andere organische aandoeningen^{1,2}. De pijn is terugkerend, vaak vergelijkbaar met krampen, in de onderbuik, met mogelijke uitstraling tot in de rug. De pijnklachten beginnen enkele uren voor of na de eerste bloedingen en kunnen aanhouden tot de derde dag van de menstruatie. Vaak zijn ook andere symptomen aanwezig zoals misselijkheid, braken, diarree, hoofdpijn, spierkrampen, verminderde slaapkwaliteit, duizeligheid¹⁻³. Primaire dysmenorroe begint vaak 6 à 24 maanden na de menarche¹⁻².

Primaire dysmenorroe is een frequente klacht bij jonge vrouwen. Hoewel goedaardig, kan deze aandoening een negatieve invloed hebben op de levenskwaliteit¹.

Primaire dysmenorroe moet onderscheiden worden van secundaire dysmenorroe waarbij de pijnlijke menstruaties te wijten zijn aan een onderliggende organische oorzaak¹⁻³. Bepaalde karakteristieken van de pijn bij secundaire dysmenorroe kunnen verschillen van deze bij primaire dysmenorroe. Secundaire dysmenorroe gaat daarenboven gepaard met andere, bijkomende symptomen gekoppeld aan de onderliggende aandoening. Het achterhalen van deze verschillende aspecten helpt bij het sturen van de differentiaaldiagnose¹⁻².

Bij patiënten met symptomen van primaire dysmenorroe is een gynaecologisch onderzoek niet nodig en kan een empirische medicamenteuze behandeling onmiddellijk gestart worden¹⁻².

Medicamenteuze behandeling

Niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen (NSAID's) en hormonale anticonceptie vormen de eerstekeuzebehandeling bij primaire dysmenorroe¹⁻³.

Niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen

NSAID's verlagen de prostaglandineproductie, verantwoordelijk voor de uteruscontracties en de pijn tijdens de menstruatie^{1,2}. Er is voldoende bewijs, afkomstig uit gerandomiseerd, placebo-gecontroleerd onderzoek, van de doeltreffendheid van NSAID's bij de behandeling van dysmenorroe. Het is echter niet mogelijk om een eerste keuze te maken uit de verschillende NSAID's, omdat voor geen van de NSAID's superioriteit in termen van werkzaamheid of veiligheid is aangetoond¹⁻³.

Het wordt aanbevolen om de behandeling met een NSAID te starten bij de eerste symptomen of bij het begin van de menstruatie, of zelfs één tot twee dagen ervoor^{1,3}, en om het NSAID continu te nemen (niet

"zo nodig") tot de tweede of derde dag van de menstruatie. Een langere behandeling is niet nodig¹⁻³. Er moet rekening gehouden worden met gastro-intestinale ongewenste effecten en contra-indicaties van de NSAID's [zie Repertorium hoofdstuk 9.1.]².

Paracetamol

Een gerandomiseerde studie toont dat paracetamol werkzamer is dan placebo bij de behandeling van dysmenorroe². Paracetamol kan eventueel gebruikt worden bij lichte klachten, maar is waarschijnlijk minder werkzaam dan de NSAID's aangezien het de prostaglandineproductie minder beïnvloedt²⁻⁵.

Hormonale anticonceptie

De onderdrukking van de ovulatie en van de ontwikkeling van het endometrium vermindert de vrijstelling van prostaglandinen in de baarmoeder, waardoor uteruscontracties en de bijhorende pijn voorkomen worden^{4,3}.

De keuze van het type anticonceptie is voornamelijk gebaseerd op de voorkeur van de patiënte³. De monofasische preparaten van de tweede generatie hebben over het algemeen de beste risico-batenverhouding [zie Repertorium hoofdstuk 6.2.]. De oestroprogestagenen en de progestagenen voor anticonceptie zijn doeltreffend gebleken ten opzichte van placebo bij de behandeling van dysmenorroe, ongeacht de formulering of toedieningsweg^{4,2}. De orale oestroprogestagenen zijn het meest bestudeerd. Een continue of verlengde inname van orale oestroprogestagenen moet overwogen worden; deze schema's controleren beter de pijn dan het klassieke schema (met een pauze van 7 dagen), althans op korte termijn⁴⁻⁴.

Andere continu gebruikte anticonceptiemethodes, zoals de orale progestagenen, het implantaat of het levonorgestrel-bevattend IUD kunnen eveneens overwogen worden, zeker in het geval van contra-indicaties voor oestrogenen^{1,2,5}.

Niet-medicamenteuze methodes

Niet-medicamenteuze methodes zijn weinig bestudeerd^{4,2}. Lichaamsbeweging en plaatselijke warmte lijken de pijn te verlichten en kunnen aanbevolen worden^{1,2}. Gegevens over de werkzaamheid en veiligheid van voedingssupplementen op basis van planten, dieetmaatregelen en hoogfrequente transcutane elektrische zenuwstimulatie zijn beperkt en tegenstrijdig¹⁻³.

Wanneer NSAID's en hormonale anticonceptie de pijn niet voldoende onder controle houden, wordt aanbevolen om een grondiger gynaecologisch onderzoek uit te voeren om een onderliggende organische oorzaak te vinden¹⁻³.

Belangrijkste bronnen

1. K.A. Kho et J. K. Shields. Diagnosis and Management of Primary Dysmenorrhea Journal of the American Medical Association, 2020;323:268-9. doi: 10.1001/jama.2019.16921
2. M. Burnett, M. Lemyre, et al. Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 2017;39:585-595. doi: 10.1016/j.jogc.2016.12.023
3. Dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent. ACOG Committee opinion No. 760. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetrics and Gynecology, 2018;132: e249-58. doi: 10.1097/AOG.0000000000002978.
4. FSRH Clinical Effectiveness Unit. Combined Hormonal Contraceptives. FSRH guideline. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2019. <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/combined-hormonal-contraception/>
5. Dysmenorroe. Farmacotherapeutisch Kompas, via <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/indicatieteksten/dysmenorroe>

Colofon

De *Folia Pharmacotherapeutica* worden uitgegeven onder de auspiciën en de verantwoordelijkheid van het *Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie* (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique), vzw erkend door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

De informatie die verschijnt in de *Folia Pharmacotherapeutica* mag niet overgenomen worden of verspreid worden zonder bronvermelding, en mag in geen geval gebruikt worden voor commerciële of publicitaire doeleinden.

Hoofdredactie: (redactie@bcfi.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) en
J.M. Maloteaux (Université Catholique de Louvain).

Verantwoordelijke uitgever:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.