

VAN DIE REDAKSIE : EDITORIAL

PRIMÈRE DISMENOREE

Dit is 'n gans onbegonne taak om 'n kort, akkurate en nie-omstredende oorsig te gee van die probleem van dismenoree. Hierdie toedrag van sake hoef ons egter tog nie te verhoed om te probeer om die probleem in sy ware, kliniese perspektief te sien nie.

Om mee te begin, moet ons daarop wys dat die term primêre dismenoree dui op moeilike menstruasie en nie op pynlike menstruasie nie, en dat verskillende terme as gelykwaardige sinonieme gebruik word, bv. spasmodiese, intrinsieke, essensiële, funksionele menstruasie, ens. Ook stem geen twee deskundiges saam oor die kenmerkende tekens van die toestand nie — sommige leerboeke bevat selfs weersprekende stellings in verskillende hoofstukke! Skrywers verskil ook oor die definisie van die toestand, en veral oor die etiologiese faktore, sielkundige invloede, en chirurgiese behandeling.

Byvoorbeeld, terwyl Holland¹ sê dat die dogter van 'n moeder met dismenoree gewoonlik ook aan dismenoree ly, en terwyl Brewer² verklaar dat psigogene oorsake van die mees algemene en belangrike oorsake van dismenoree is, sê Bickers³ sonder om te twyfel dat daar geen psigosomatiese tipe is wat meer geneig is tot dismenoree as 'n ander nie, en dat familiegeskiedenis, algemene liggaamsbou, endokriene status en geestes- en psigiese ontwikkeling hoegenaamd geen verband het met pynlike en ontwrigtende menstruasie nie. Ons kan hier byvoeg dat die eerste twee verwysings 'n weergawe is van opvattinge wat voorheen taamlik algemeen aanvaar is, terwyl die derde verwysing huidige, gangbare opvattinge weerspieël sowel as 'n stadige verandering van houding ten opsigte van dismenoree.

In hierdie verband sou ons miskien kon sê dat vroue al geleer het om nie te baie van mediese kant te verwag nie.⁴ In die verlede mag hulle miskien te skaam gewees het om sulke persoonlike probleme te bespreek, of het hulle gereken dat dié toestand een is wat maar verdra moet word. Dokters het miskien ook nie genoeg aandag daaraan gegee nie. Maar, vir die hedendaagse vrou, veral as gevolg van haar sosio-ekonomiese deelname aan die maatskaplike lewe, is hierdie probleem besonder belangrik. Sy leef nie meer onder die soort afgesonderde omstandighede wat die Viktoriëanse tyd gekenmerk het nie.

Die demoralisasie wat vir baie jong vroue spruit uit gereelde, ontwrigtende episodes van dismenoree, kan skaars oordryf word. Dit is selfs verstaanbaar dat 'n jong meisie deur omstandighede van hierdie aard 'n 'sielkundige geval' kan word, al was sy dit nie in die begin nie. Die feit dat opvallende persoonlikheidsveranderinge ten goede dikwels na suksesvolle behandeling intree, moet ons tot nadenke stem met betrekking tot die hantering van al dié soort gevalle.

Die pyn is altyd spasmodies van aard en beperk tot die onderbuik. Dit begin gewoonlik 'n paar uur voordat menstruasie op die eerste dag begin en duur dan daarmee saam voort. Daar kan ook 'n kongestiewe element wees

wat moontlik in verband staan met pyn laag in die rug af, in die onderbuik, of langs die dybene af. Die pyn varieer in intensiteit van 'n ligte gevoel van ongemak (by min of meer 50% van jong vroue tussen die ouderdomme van 18 en 25 jaar) tot pyn wat tot algehele ontwinging lei (1 - 10% van vroue).

Spasmodiese dismenoree is dikwels ook geassosieer met funksionele verstourings van die spysverteringskanaal, met naarheid en braking as prominente simptome.¹ Gedurende die aanval lyk die pasiënt afgerem en bleek, en sy mag baie sweet. Tenesmus van die rektum en blaas kan ook teenwoordig wees — alles aanduidings van 'n verstoring van die outonomie senuweestelsel. Ons sou kon sê dat dismenoree 'n kliniese entiteit word as die pasiënt mediese verligting soek. Die diagnose word dus eintlik deur die pasiënt self gemaak op die basis van subjektiewe simptomatologie.⁴

Primêre dismenoree word nie verwag in gevalle van anovulatoriese menstruasie nie, aangesien dit afhang van vorming van die corpus luteum, d.i. progesteron-vorming. Die eerste aantal siklusse na die begin van die maandstonde is gewoonlik anovulatories, soos ook die geval is met latere, asikliese stonde — wat ook verklaar waarom hulle nie pynlik is nie. Op grond van 'n moontlike moderne opvatting³ sou estrogeen met progesteron-stimulasie 'n dik, vaskulêre, sekresie-fase van die endometrium veroorsaak. Hierdie endometriale, intrauterine massa sou dan te moeilik wees vir die miometrium om gedurende menstruasie te 'hanteer' deur dit te passeer, met die gevolg dat 'n disritme van hierdie hol spierorgaan ontstaan met moontlik ook meegaande isemie van die miometrium. Die toestand word omtrent altyd deur swangerskap genees, en in die pasiënt wat nie swanger word nie, is daar gewoonlik 'n gestadige verbetering oor die loop van tyd, veral van die ouderdomme van 25 tot 30 jaar af. Teen daardie tyd is dié miometrium se bloedvoorsiening en sy vermoë om te rek miskien beter ontwikkel.

Verligting van dismenoree en ander simptome wat met menstruasie geassosieer is, kan met 'n taamlike mate van gereelde sukses bereik word. Die pessimistiese houding van die gemiddelde geneesheer ten opsigte van dié toestand is nie langer geregverdig nie.³ Pynstillende middels en middels wat die luim ophef, verlig ligte dismenoree en spanning. Die tradisionele warmwaterbottel en jenerewer verlig prikkelbaarheid van die gladde spiere in 'n sekere mate, terwyl die alkohol ook 'n sentrale uitwerking het. Opium-preparate word net genoem om afgekeur te word oor die voor-die-hand-liggende gevare van verslawing. En die ou 'wyse' raad aan vrouens om te sorg dat hulle swanger word, kan natuurlik slegs betrekking hê op getroude vroue wat gereed is vir swangerskap. Ook kan gereelde oefening en buitemuurse aktiwiteite in sommige gevalle van dismenoree bydra tot verligting van die toestand.

Primêre dismenoree kan vir enige enkele siklus verlig word deur onderdrukking van ovulasie, wat deur die voorskryf van estrogeen gedoen kan word. Dit mag ook endometriële akkommodasie bevorder deur 'n vergrote bloedvoorsiening, bv. wanneer daar 'n geassosieerde lang, keëlvormige serviks is. (Hipoplasie van die uterus is 'n vae begrip en 'n baie twyfelagtige oorsaak van dismenoree as sodanig.) Stilbestrol, 2-3 mg. daaglik (wat naarheid mag veroorsaak) of etinil-estradiol, 0.05-0.1 mg. daaglik vir die eerste 20 dae, behoort genoeg te wees as dit oor 3 of 6 siklusse gebruik word. Estrogeen-preparate (wat nie te duur kos nie) mag egter na 'n paar maande nie meer so 'n goeie respons gee nie.

Daar moet gelet word op die feit dat die dubbele probleem van dismenoree en voorbehoeding van swangerskap in 'n jong vrou maklik en doeltreffend gehanteer kan word deur een of ander van die nuwe voorbehoedende slukmiddels, wat op die basis van onderdrukking van ovulasie werk, voor te skryf.

Testosteron preparate sal ovulasie ook inhibeer. Hierdie preparate, wat redelik doeltreffend is en wat veilig is as hulle reg gebruik word, hou egter die gevaar van vermanliking in as hulle in groot dosisse oor 'n lang tydperk gebruik word — veral in die sensitiewe, jong persone.

Waar mediese behandeling in tienerjariges nie geslaag het nie, moet skraping probeer word. Dit verlig pyn egter gewoonlik net vir omtrent 6-12 maande.³ Wat waarskynlik gebeur, is dat die skraping die neurale endplaatjies van die servikale spierwesels skeur, en dat hulle later regenerer. Die suksesvolle gevalle is gewoonlik daardie by wie 'n mens 'n sterk weerstand voel op die vlak van die interne mond, wat gedilateer moet word tot 1-1.5 cm. Skraping is waarskynlik aangewese in 'n pasiënt wat of getroud is of op trou staan, in wie se geval 'n mens 'n bietjie tyd wil wen voordat swangerskap intree. Dit is onwaarskynlik dat die gevalle van membraneuse dismenoree (wat baie selde voorkom en waar die hele endometrium as 'n enkele afgietsel afgewerp word) baat sal vind by skraping of selfs swangerskap.

Presakrale neurektomie of reseksie van die hipogastriese senuwee, wat nog as 'n kontroversiële prosedure beskou word en wat ongeveer in 20% van gevalle suksesvol is, kan gebruik word in die gevalle van vrouens wie se lewens sosiaal en professioneel totaal ontwrig word, of ook in die gevalle van diegene wat narkotiese middels vir die pyn gebruik. Hierdie abdominale ingreep blokeer afferente pynimpulse van die miometrium af en kan lei tot aarverwyding met gevolglike miometriale groei. Sommige skrywers beweer dat dit verwag kan word om doeltreffend te wees slegs in dié gevalle waar 'n insputing van die pelviese pleksus met 'n lokale narkosemiddel tydelike verligting teweegbring.¹ Andere weer meen dat die sukses van die operasie afhang van baie noukeurige disseksie van al die senuwesels in die pleksus. Die resultate is konstant goed as die operasie uitgevoer word deur ervare operateurs.³ Die pasiënt moet egter gewaarsku word dat sy waarskynlik nie daarna die geboortepyne van die eerste stadium van kraam sal voel nie (wat afhang van dilatasie van die serviks), maar dat sy tog die soort ongemak sal hê wat spruit uit die kongestiewe deel van die dismenoree — hierdie simptome is egter gewoonlik nie ernstig-ontwrigtend nie.

'n Mens wonder soms waarom laparotomie vir toestande soos verdagte appendisitis of endometriose goedgekeur word, terwyl die operasie van presakrale neurektomie, wat 'n dramatiese verskil aan andersins 'hopelose' gevalle kan maak, nog tot onlangs so sterk onder verdenking gestaan het.

Ten slotte sou ons net wou sê dat dit ál meer aangeneem word, in die lig van gegewens en oorwegings soos hierbo genoem, dat die waarde van psigoterapie as primêre behandelingsmetode twyfelagtig is.

1. Holland, E. en Bourne, A. (1958): *British Gynaecological Practice*, 2e uitg., p. 142. Londen: Heinemann.

2. Brewer, J. I. (1961): *Textbook of Gynaecology*, 3e uitg., p. 241. Baltimore: Williams en Wilkins.

3. Bickers, W. (1960): *Clin. Obstet. Gynec.*, 3, 233.

4. Lowry, R. J. (1952): *Gynaecology*, 1ste uitg., p. 162. Illinois: Charles C. Thomas.

THE INDEX OF SUSPICION

A high index of suspicion is an attitude of mind that is a prime factor in the making of a good doctor. The newly qualified practitioner has the shining example of his teachers, all highly successful practitioners of the art of medicine in its various forms, ever before him. Their cases are constantly recalled. Their exploits in solving brilliantly a problem of diagnosis or of treatment are constantly remembered.

A high index of suspicion is an attribute which is part of the psychological make-up of the individual. Some of us are born trusters, others are doubters. The average doctor soon learns which of his patients and their relatives are truthful and trustworthy. In general, the closer the relationship to the patient the more exaggerated will be the assessment of the situation by the relative. Occasionally, a pearl among wives and mothers can be found who can give a dispassionate description of an illness to the doctor over the telephone. But only too often the panic mood is obvious and one must be firm indeed to resist the spread of such a mood.

In many instances a high index of suspicion is a reflection of knowledge or of information acquired, perhaps painfully, as a result of one's own mistakes. Most of us recognize that a carbuncle on a young patient should make us consider diabetes as a clinical background, but how many realize that a deep burn in a young adult may be the first manifestation of epilepsy, until then unsuspected? How often must bitter experience teach us that an ingrowing toenail without really incurred nails may be a sign of peripheral vascular disease? These examples can be multiplied again and again and fortunate is he who, as a result of learning acquired from the experience of others, is able to remember what he has learnt — because it is not necessary for each and every one of us to undergo the personal experience himself. Writing and language are means of communication that have been evolved to save us from that very necessity.

Clinical intuition can well be considered at this stage. The diagnosis made by the old doctor who enters a sick room, glances at the bedridden patient and emerges

muttering 'typhoid fever', is often considered an example of brilliant clinical intuition. Actually it is nothing of the sort. The old man has smelt typhoid before and has remembered the smell. It is not necessary to open a plaster to learn that the wound underneath is infected or to take down a dressing to recognize gas gangrene. The information about these is available in the very miasma of the sick room.

With new drugs forever passing before him in endless array, the average doctor is often confused by the *embarrassment de richesse* and finds it difficult to make up his mind which drug to use. A high index of suspicion is vitally necessary at this juncture to protect his patients from untried and unsafe drugs. Better to be safe and a little behind the times than in the forefront of fashion with irreparably damaged patients.

But when a high index of suspicion is clinically most

required and most worth while is in outpatient practice or in a casualty department. Here time is essential, and fortunate is he who has a built-in suspicion factor keeping him constantly alert. The work goes more smoothly and more expeditiously than for his more trustful colleague. In dealing with many cases under pressure, experience, knowledge, and, most important, a high index of suspicion are vital for success.

It is often asked whether the man who sees twenty patients an hour is a worse diagnostician than he who carefully examines and disposes of but two. By and large, every one of us has a constant factor of error and this is often fixed, almost regardless of the rate of work, so that the person who is fortunate enough to have a low percentage of built-in error, a high index of suspicion and a firm belief in the *vis medicatrix naturae* is often the ideal doctor.