

INHOUD

Disclaimer.....	9
Voorwoord.....	11
Inleiding – Over misverstanden en heilige huisjes.....	16
Hoofdstuk 1– PMOS, een eierstokprobleem?	24
De typische definitie van PMOS	25
Eierstokken en eisprongen	27
Vrouwelijke en mannelijke geslachtshormonen	32
De menstruatiecyclus	38
Het belang van een gezonde menstruatiecyclus	51
Hoofdstuk 2 – De vele aspecten van PMOS	58
De tekortkoming van de typische definitie	59
De ware toedracht van PMOS	61
De uiteenlopende symptomen van PMOS	66
Typische symptomen van PMOS	77
Atypische symptomen van PMOS	83
Mogelijke gevolgen op korte en lange termijn	91
Hoofdstuk 3 – Oorzaken, triggers en onderhoudende factoren van PMOS	98
Het first-hit-second-hitmodel	99
Insulineresistentie en PMOS	103
Invloed van de schildklier bij PMOS	111
De bijnieren en PMOS	125
Chronisch laaggradige ontsteking en PMOS	135
De invloed van hormoonverstoorders op PMOS	144
Prolactine en PMOS	153

Hoofdstuk 4 – PMOS of toch iets anders?	158
PMO-beeld versus PMOS	160
Chaos na de pil	162
Mogelijke valkuilen van een overhaaste diagnose	167
Het effect van stoppen met de pil	170
Hoofdstuk 5 – Zorgtrajecten voor PMOS	176
Het ideale zorgtraject bij PMOS	177
De huidige tekortkomingen in de zorg	185
Het zorgplan volgens de internationale richtlijnen	193
Een complementair zorgplan	211
PMOS in de verschillende levensfasen	224
Hoofdstuk 6 – Je eigen aandeel in de aanpak van PMOS	242
Dagboeken bijhouden	243
Het belang van inzicht	247
Naar de zorgverlener	251
Levensstijlaanpassingen als ondersteuning bij PMOS	252
Dankwoord	283

DISCLAIMER

Dit boek is geschreven om je inzicht te geven, verbanden te helpen zien en je een andere blik te bieden op hormonale gezondheid en PMOS. De inhoud is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur, klinische ervaring en jarenlange praktijkobservaties. Toch is dit geen medisch handboek en vervangt het geen consultatie bij een arts of andere erkende zorgverlener. Het is bedoeld als ondersteuning, niet als diagnose of persoonlijk behandelplan. Elk lichaam is uniek en klachten die op elkaar lijken, kunnen een andere oorzaak hebben.

Dit boek wil geen pasklare oplossingen bieden en ook geen garantie op resultaat. Het is eerder een kompas dat je helpt om je te oriënteren, zodat je beter geïnformeerd en bewuster keuzes kunt maken, samen met de zorgverleners die je begeleiden. Wat je leest over voeding, levensstijl en supplementen is louter informatief, op basis van wat nu in de wetenschappelijke literatuur beschreven staat. Het is geen individueel voedingsadvies en geen stappenplan dat je een-op-een kunt volgen. Voor persoonlijk advies blijft begeleiding door een erkende diëtist of arts aangewezen.

Ook de tabellen in het boek zijn niet diagnostisch. De aangegeven klachten kunnen voorkomen bij hormonale verschuivingen, maar ook bij tal van andere aandoeningen. Alleen een medische evaluatie kan bepalen welke factoren werkelijk een rol spelen.

Wanneer dit boek het heeft over ‘vrouwen’, verwijst het naar personen met een vrouwelijke hormonale fysiologie. Er is bewust gekozen voor eenvoudige en toegankelijke taal, zonder afbreuk te doen aan de complexiteit van individuele situaties en identiteiten.

De casussen die je in dit boek leest, zijn gebaseerd op echte verhalen uit de praktijk. Namen en herkenbare gegevens zijn aangepast om de privacy te beschermen. Alle betrokken personen hebben toestemming gegeven voor het gebruik van hun verhaal. Misschien herken je jezelf

in bepaalde situaties, maar elke casus blijft uniek en is nooit volledig te vertalen naar een andere persoon.

PMOS ontcijferd kan je helpen om je lichaam beter te begrijpen, signalen ernstiger te nemen en gerichter in gesprek te gaan met je arts of zorgverlener. Het wil een brug vormen tussen wat je voelt en wat je soms moeilijk onder woorden kunt brengen.

VOORWOORD

Dit boek gaat over het polyendocrien metabool ovariumsyndroom of kortweg PMOS, een hormonaal-metabool syndroom dat ertoe leidt dat de eisprong uitblijft of onregelmatig is en zo meerdere problemen veroorzaakt. Tot voor kort was dat ook bekend als het polycysteus ovariumsyndroom of PCOS. Mensen vragen me vaak door welke praktijkcasus ik meer over dat onderwerp begon te schrijven of wat me aanzette om hier echt iets mee te doen. Eigenlijk komt dat niet door slechts één casus, maar door een hele reeks vrouwen die bij me op consult kwamen. Sommigen hadden een heel schrijnend verhaal, sommigen een verhaal met een ludieke noot en nog anderen hadden vooral een verbaasde uitdrukking op hun gezicht, toen ze vaststelden dat er echt dieper op hun problematiek werd ingegaan. Toch zie ik één persoon met PMOS nog altijd heel levendig voor me. Zij kwam enkele jaren geleden bij me op consult en was een van de eersten bij wie ik me echt afvroeg hoe het mogelijk was dat vele artsen in de jaren 2020 nog altijd eenzelfde boodschap gaven bij PMOS. De diagnose van het toenmalige polycysteus ovariumsyndroom was bij haar al meerdere keren bevestigd via bloedonderzoek en objectief vastgelegd via echografieën. Eigenlijk was ze zelfs geen complexe casus, want ze had geen heel erge acne of enorme haaruitval of grote onregelmatigheden in haar cyclus en ze had ook geen tijdslimiet gekregen voor haar kinderwens. Maar de artsen die haar al hadden behandeld, hadden allemaal stevast gezegd: 'Neem gewoon de anticonceptiepil en kom terug als je kinderen wilt, want dat zal waarschijnlijk niet vanzelf lukken.'

Die uitspraak van artsen hebben de vrouwen in mijn praktijk al regelmatig te horen gekregen en ze is om meerdere redenen problematisch. Als je telkens opnieuw die boodschap krijgt, nestelt die zich niet alleen in je medisch dossier, maar ook in de manier waarop je naar je cyclus, je lichaam en dus naar jezelf kijkt. Je leert voorzichtig te worden in je verwachtingen. Je leert misschien zelfs dat je lichaam niet

helemaal te vertrouwen is. En zonder dat iemand het zo bedoelt, sluipt er misschien ook berusting binnen. De berusting dat je nooit zonder anticonceptie kunt, dat je nu eenmaal moet leren leven met bepaalde kwaaltjes en dat je zwangerschapswens niet vanzelfsprekend is. Je berust daarin, omdat je ervan uitgaat dat dit nu eenmaal het maximaal mogelijke is, maar niet omdat je geen verantwoordelijkheid wilt nemen.

Het tweede - en eigenlijk het ergste - probleem is dat die uitspraak onvoldoende genuanceerd is en bijgevolg ineens ook fout. Misschien hoorde jij die uitspraak zelf al eens. Misschien was ze bij jou net iets anders verwoord, maar kwam ze wel op hetzelfde neer. Maar veel vrouwen met PMOS krijgen hierdoor het gevoel dat hun lichaam een probleem is dat opgelost moet worden - eigenlijk door het gewoon te onderdrukken - en niet dat het een systeem is dat ze kunnen begrijpen. Precies dat gevoel heeft mij de voorbije jaren niet meer losgelaten - dat en nog veel andere misvattingen over PMOS. Via dit boek hoop ik die te veranderen en bij te sturen.

De onderschatting van PMOS

Dat PMOS een specifieke focus of specialisatie is in mijn praktijk, komt door mijn grote passie voor vrouwengezondheid. Na mijn studies kinesithérapie en osteopathie heb ik mij er geleidelijk aan in verdiept. Eerst vanuit mijn eigen ervaring met pijnklachten na een keizersnede, littekenweefsel en het herstel ervan. Maar in mijn praktijk kwamen steeds vaker vrouwen langs bij wie het probleem verder reikte dan littekenpijn alleen. Die vrouwen worstelden onder meer ook met hun cyclus, met uitblijvende ovulaties of met fertiliteitstrajecten die snel werden opgestart nog voordat het volledige hormonale landschap in kaart was gebracht. Of ze waren al volwassen en leken toch opnieuw hun puberteit te beleven, doordat ze met acne kampten. Of ze kregen te horen dat hun gewicht de kern van het probleem vormde, terwijl niemand zich afvroeg waarom ze aankwamen. Hoe vaker ik die verhalen hoorde, hoe meer ik merkte dat het gesprek rond PMOS te nauw was - en nog altijd is. De aandacht gaat vooral uit naar vruchtbaarheid als er een kinderwens is, of naar de onderdrukking van symptomen als die hinderlijk zijn. Ze gaat veel minder vaak uit naar een brede analyse

van de onderliggende samenhang tussen hersenen, eierstokken, insuline, stressregulatie en energiehuishouding – en al zeker niet als er geen actieve kinderwens is. Maar het kan toch niet de bedoeling zijn dat de zorg die klachten pas ernstig gaat nemen als een vrouw zwanger wil worden?

Ik verdiepte mij daarom in de wetenschappelijke literatuur over PMOS, in de internationale richtlijnen en in de nuances die wel degelijk beschreven zijn maar niet altijd hun weg vinden naar de dagelijkse praktijk. En ik begon samen te werken met gynaecologen, endocrinologen en fertiliteitsartsen. Dat doe ik nog altijd, omdat zij elk vanuit hun expertise een deel van de puzzel belichten. Door de jaren heen is het me steeds duidelijker geworden dat PMOS geen klein, apart probleem is binnen het lichaam, maar een knooppunt waar meerdere systemen elkaar beïnvloeden. Als je slechts één laag bekijkt, mis je onvermijdelijk de rest en zo blijven klachten hangen.

Met die jonge vrouw die ik me nog altijd goed herinner, zijn we aan de slag gegaan, drie maanden lang. De ambitie was toen nog niet om haar volledige klachtenbeeld op te lossen, maar wel om na te gaan welke factoren haar specifieke situatie onderhielden en wat we hiermee konden doen. We onderzochten gericht, combineerden manuele behandeling met haalbare aanpassingen in haar dagelijkse ritme, en vonden een schakel die nog nooit eerder was meegenomen. Toen we die factor meenamen in het behandelplan, verbeterden haar klachten opvallend in de daaropvolgende maanden.

Ik stond perplex. Hoe kon ze zoveel jaren hebben rondgelopen met klachten die uiteindelijk met minimale gerichte aanpassingen in drie maanden tijd zo opmerkelijk beter werden? Haar behandeling is natuurlijk geen universeel scenario en het zou onzorgvuldig zijn om die zo te presenteren. Maar ze bevestigde wel dat achter klachten vaak factoren schuilen die een rol spelen in het ontstaan of bestaan ervan – iets wat ik al langer aanvoelde – en dat het lichaam een grondige analyse verdient in plaats van de boodschap om de symptomen te onderdrukken of gewoon af te wachten.

Van persoonlijke ervaring naar professionele missie

Wat mij vooral ook raakt in het hele verhaal van PMOS, is de existentiële laag die gepaard gaat met die hormonale stoornis. Een uitblijvende eisprong is medisch gezien een maandelijks gebeurtenis die niet plaatsvindt, maar houdt nog veel meer in. Het beïnvloedt ook je identiteit, je gevoel van vruchtbaarheid en de impliciete koppeling die je maakt tussen gezond zijn en kunnen ovuleren. Als die cyclus hapert, tast dat daadwerkelijk ook je gezondheid aan en zo ook vaak je vertrouwen daarin – soms subtiel en soms heel uitgesproken. Twijfel aan je lichaam ontstaat zelden uit het niets. Ze komt, wanneer signalen onvolledig worden verklaard of wanneer je het gevoel krijgt dat jij degene bent die te veel vragen stelt. Ook ik heb ervaren hoe het voelt om in een grijze zone terecht te komen. Tijdens een zwangerschap speelde mijn schildklier op en hoewel er waarden gemeten werden, bleef ik met het gevoel achter dat ik niet het hele verhaal te horen kreeg. Mijn vermoeidheid werd genormaliseerd en mijn vragen bleven deels onbeantwoord. Die ervaring heeft mij niet wantrouwig gemaakt tegenover de zorg, maar wel gevoeliger voor wat er gebeurt als zorgverleners een complex probleem reduceren tot iets wat binnen de standaardparameters past. Het heeft mijn aandacht voor de complexiteit van hormonale klachten alleen maar vergroot en dat neem ik tot op heden mee in mijn praktijk.

Eén ding is intussen alvast pijnlijk duidelijk. PMOS is geen karakteristiek probleem noch een uniform syndroom dat zich bij elke vrouw op dezelfde manier uit. Daarenboven verwarren zorgverleners weleens een polyfolliculair beeld op echo – de zogeheten ‘druiventroseierstokken’ – of een eenmalige hormonale wanverhouding met het syndroom zelf. Zo krijgen sommige vrouwen die tijdelijk ontregeld zijn omdat ze geen hormonale anticonceptie meer nemen, meteen het label PMOS, hoewel dat niet klopt. Zowel onderdiagnose als overdiagnose komt voor. Zonder een grondige analyse wordt nuance al snel ingeruild voor eenvoud, en eenvoud kan misleiden.

Ik schrijf *PMOS ontcijferd* daarom deels uit frustratie, maar vooral met de hoop dat er een andere, bredere en betere aanpak uit voorkomt.

En ik schrijf het ook niet om tegen de reguliere zorg in te gaan, maar om de brug te versterken tussen de wetenschappelijk kennis en de dagelijkse ervaringen van vrouwen. Ik heb al te vaak gezien hoe snel vrouwen hoop inruilen voor afhankelijkheid en hoe weinig ruimte er soms is om te optimaliseren. Wat ik je hoofdzakelijk wil bieden, is inzicht. Inzicht in hoe een cyclus functioneert, in de mechanismen die verschuiven bij PMOS en in welke vragen relevant zijn als je voelt dat het verhaal niet volledig is. Ik wil je helpen te begrijpen hoe je kunt nagaan of je voldoende onderzocht bent, waar onderhoudende factoren zich kunnen verbergen en hoe je samen met je zorgverlener breder kunt kijken, zonder te vervallen in extreme beloftes of simplistische oplossingen. Hormonen zijn geen boosdoeners die tegen jou werken. Het hormonale systeem is een intelligent, zelfs geniaal netwerk dat zich voortdurend afstemt op je omgeving, je voeding, je stress en je energie. Als dat netwerk uit balans raakt, vraagt het om aandacht, inzicht, zachtheid en begrip.

Uiteindelijk wil ik nog het meest dat je weer met zachtheid naar je baarmoeder, eierstokken, cyclus en eigen lichaam kunt kijken dankzij een hersteld vertrouwen in je lichaam, jezelf en de zorg, en dankzij inzicht in wat speelt.

INLEIDING

OVER
MISVER-
STANDEN

&

HEILIGE
HUISJES



Het polyendocrien metabool ovariumsyndroom (PMOS) heette tot mei 2026 polycysteus ovariumsyndroom (PCOS). Maar die naam was eigenlijk misleidend, want het syndroom gaat in eerste instantie niet over cysten. Hij deed dat wel vermoeden en precies daardoor ontstond vaak verwarring. Niet alleen bij de vrouwen die de diagnose kregen, maar ook bij hun omgeving en de manier waarop die erover dacht of sprak. En soms zelfs bij de behandeling ervan of in een wetenschappelijke context of in zorgopleidingen. De structuren die je op een echo ziet bij PMOS, zijn evenwel meestal geen cysten, maar follikels, kleine eiblaasjes die niet tot een eisprong zijn gekomen. Dat lijkt misschien een klein detail, maar het verandert fundamenteel hoe je naar het syndroom kijkt. Zodra je begrijpt dat het niet over cysten gaat, maar over een cyclus die het ritme verliest waardoor eiblaasjes onvoldoende rijpen en in de eierstokken blijven zitten, verandert je kijk op PMOS volledig. Daar vertel ik uitgebreid over in de eerste twee hoofdstukken van dit boek.

Die eierstokken leiden tot een tweede misverstand, want PMOS gaat eigenlijk over meer dan de eierstokken. Het is geen geïsoleerd gynaecologisch probleem dat zich netjes op één plaats in het lichaam laat situeren. Het is een syndroom en dat woord is heel belangrijk. Een syndroom verwijst naar een verzameling kenmerken die samen voorkomen, zonder zich bij elke vrouw op exact dezelfde manier te laten zien. Bij de ene vrouw staat een onregelmatige cyclus op de voorgrond, bij een andere acne, overbeharing, gewichtsschommelingen, uitblijvende ovulaties of een kinderwens die niet vanzelfsprekend blijkt. Soms gaat het om vermoeidheid die moeilijk te plaatsen is, soms om een lichaam dat anders reageert dan verwacht.

PMOS lijkt dus complex te zijn, maar ook dat is een groot misverstand – het derde intussen. Is het complex? Of vergt PMOS misschien een manier van aanpak die in de praktijk nog te weinig ruimte krijgt? Misschien zit het zelfs geniaal in elkaar?

Het vierde misverstand is dat de anticonceptiepil er een oplossing voor is. De zorgpraktijk brengt een systeemverhaal, zoals dat van

PMOS, vaak terug tot iets wat je ofwel snel moet onderdrukken, ofwel pas ernstig moet nemen als een zwangerschap uitblijft. Nochtans toont de wetenschap al jaren aan dat PMOS over veel meer gaat dan alleen maar vruchtbaarheid. Het syndroom houdt verband met de communicatie tussen de hersenen en eierstokken, maar ook met stofwisseling, insuline en suikerregeling, met stressfysiologie, met energiehuishouding, met ontstekingsprocessen en op lange termijn ook met mentale gezondheid en de gezondheid van hart en bloedvaten. Dat betekent niet dat elke vrouw met PMOS automatisch al die problemen zal ontwikkelen. Het betekent wel dat het syndroom een signaal kan zijn dat meerdere systemen in het lichaam niet meer in evenwicht zijn met elkaar. En als je slechts naar één laag kijkt, wordt het moeilijk om PMOS te begrijpen. Het is zelfs moeilijk te verantwoorden dat PMOS nu nog zo vaak uitsluitend symptomatisch wordt benaderd.

Misschien zijn al die misverstanden ook de reden waarom zoveel vrouwen met PMOS zich lang verloren voelen. Ze ervaren wel klachten, maar krijgen geen kader waarin die klachten logisch worden. Hun lichaam geeft signalen af die hun dagelijks leven beïnvloeden, maar ze krijgen slechts fragmentarische antwoorden op de betekenis van die signalen. Een echo hier, een bloedafname daar, een opmerking terzijde over gewicht, een voorschrift voor de pil... De impliciete boodschap is dan dat het voorlopig vooral beheersbaar moet blijven en dat de oplossing beperkt blijft tot de pil nemen, afvallen en terugkomen als je zwanger wilt worden. Intussen gaat het leven gewoon door. Je werkt, studeert, zorgt, sport, probeert aanwezig te blijven in een wereld waar het tempo hoog ligt. En ergens op de achtergrond probeert je lichaam je iets te vertellen waar je niet altijd de tijd of ruimte voor neemt.

Dat PMOS geen marginaal probleem is, blijkt ook uit de cijfers. PMOS is tegenwoordig een van de meest voorkomende syndromen bij vrouwen in de voortplantingsfase van hun leven. Afhankelijk van de gebruikte criteria is die diagnose wereldwijd vastgesteld bij naar schatting 6 tot 13 procent van de vrouwen. In Europa gaat het om miljoenen vrouwen. Maar dat indrukwekkende cijfer vertelt nog niet het volledige verhaal, want PMOS wordt nog te vaak gemist en tegelijk ook te snel als een label gebruikt, wanneer een vrouw niet netjes binnen het verwachte

hormonale patroon past. Onderdiagnose en overdiagnose bestaan dus naast elkaar en dat zegt veel over hoe moeilijk het is om PMOS goed te herkennen.

Internationale richtlijnen benadrukken daarom al jaren dat je de diagnose PMOS nooit op één enkel element mag baseren. Een correcte diagnose vraagt om een bredere evaluatie, met aandacht voor het cycluspatroon, tekenen van verhoogde androgenen, echografische bevindingen en vooral ook de uitsluiting van andere mogelijke oorzaken voor een uitblijvende eisprong. Toch tonen onderzoek en praktijkervaringen aan dat dat niet altijd zorgvuldig gebeurt. Sommige vrouwen lopen jarenlang rond met klachten zonder een duidelijke verklaring te krijgen. Andere vrouwen krijgen het label PMOS net te snel. In beide gevallen laat dat sporen na, omdat medische onduidelijkheid zelden beperkt blijft tot het consult alleen. Ze sijpelt door in hoe je naar je lichaam kijkt, in hoeveel vertrouwen je nog hebt in wat je voelt, en in hoeveel ruimte je jezelf gunt om vragen te blijven stellen. Maar er zijn nog meer sporen. De wetenschappelijke kennis over PMOS blijft in snel tempo evolueren. De voorbije jaren verschenen er tal van studies over insuline en energieuishouding, over de communicatie tussen hersenen en eierstokken, over verschillende fenotypes binnen PMOS en over de rol van stofwisselingsgezondheid en de functie van de andere hormonale klieren. In 2023 werden de internationale richtlijnen opnieuw geüpdatet op basis van een enorme hoeveelheid wetenschappelijke data. Dat is belangrijk, omdat het bevestigt dat het inzicht in PMOS voortdurend verdiept. Tegelijk legt het de ongemakkelijke realiteit bloot dat de kennis over PMOS vaak sneller evolueert dan de aanpak ervan in de praktijk.

En precies daarom moest dit boek er komen. Het is onjuist om nog altijd te beweren dat PMOS binnen de vrouwengezondheid te weinig onderzocht is en er slechts weinig kennis over bestaat. *PMOS ontcijferd* wil die kenniskloof kleiner maken door te vertalen wat de wetenschap in de laatste jaren aantoon, door breder te kaderen wat de zorg anders zou kunnen doen, en door jou de nodige handvatten mee te geven om onafhankelijk en zelfstandig je zoektocht aan te vatten of te voltooien.

Misschien heb je de diagnose PMOS al gekregen. Misschien vermoed je dat iets niet klopt, maar kreeg je nog geen duidelijk antwoord. Misschien heb je een kinderwens, misschien ook helemaal niet. Misschien voel je vooral dat je cyclus, je energie, je huid, je gewicht of je stemming niet doen wat je verwacht en dat niemand ooit het volledige plaatje met je heeft overlopen. Wat je vertrekpunt ook is, met dit boek wil ik je helpen begrijpen welk verhaal jouw lichaam je probeert te vertellen. Uiteindelijk begint alles bij de vraag welk systeem uit evenwicht is geraakt en waarom dat zo is – en niet bij de vraag wat er mis is met jou. En bij wat er mogelijk is, wanneer je zorgverlener bereid is om dat ernstig te nemen.

Hoe gebruik je dit boek?

Misschien heb je al eerdere boeken van mij gelezen, een cursus gevolgd of ben je al een tijdje bezig met je hormonale gezondheid. In dat geval zal dit boek waarschijnlijk mooi aansluiten bij wat je al weet, en kun je vrij vlot door de hoofdstukken heen lezen en verbanden leggen. Maar misschien is dit je eerste keer kennismaking met mij en mijn blik op gezondheid, of met hormonen in het algemeen. Dan is het heel normaal dat sommige stukken je een beetje overweldigen. Hormonen zijn nu eenmaal geen eenvoudig onderwerp, zeker niet in het begin. Laat je daar vooral niet door afschrikken. Dit boek is zo opgebouwd dat je er ook zonder voorkennis stap voor stap in kunt groeien. Eerst lijkt alles misschien complex, maar hoe meer je erover verneemt, hoe meer het geheel zich begint te ordenen. Dat proces vergt tijd, zeker als jij je nu voor het eerst aan die hormonale wirwar waagt. Om die stap toch vlot te doorlopen, wil ik je twee tips meegeven.

Lees eerst en begrijp later. Lees dit boek eerst gewoon eens door, zonder jezelf druk op te leggen of het gevoel te hebben dat je alles meteen moet begrijpen, onthouden of toepassen. Zie het als een eerste kennismaking, een verkenning. Lees het daarna een tweede keer. Je zult merken dat veel stukken plots helderder worden, dat je verbanden begint te zien en dat je beter aanvoelt wat voor jou relevant is. Met die basis kun je stap voor stap je eigen traject vormgeven, in de richting van onderzoek, begeleiding en mogelijke behandelingen.

Maak je eigen werkboek. In het boek vind je verschillende doe-opdrachten. Die zijn telkens gekoppeld aan de theorie van het hoofdstuk

waarin ze staan, zodat je ook actief aan de slag kunt. Neem een leeg schrift en maak er jouw persoonlijk PMOS-werkboek van. In de eerste pagina's kun je de betekenis noteren van woorden of begrippen die nieuw voor je zijn. Dat helpt om de taal van je lichaam beter te begrijpen. Daarna kun je een deel voorzien waarin je de hormonale assen of schema's uittekent die in het boek aan bod komen, zeker die waarvan je voelt dat ze bij jou van toepassing kunnen zijn. Door ze zelf op te schrijven of te tekenen, maak je ze veel concreter. De volgende pagina's kun je gebruiken om de doe-opdrachten uit te werken. Noteer telkens de titel van de opdracht en de pagina waar je ze terugvindt, en werk ze in je eigen tempo uit. Leg je het boek even aan de kant, dan kun je via je schrift snel terugvinden tot waar je was gekomen. Tot slot kun je een laatste deel van je schrift gebruiken als voorbereiding op gesprekken met zorgverleners. Zo kan het schrift gaandeweg ook jouw persoonlijke PMOS-dagboek worden, waarin je bijhoudt wat er tijdens de consultaties besproken is, welke stappen je zet en hoe je klachten evolueren. Op die manier wordt *PMOS ontcijferd* geen eenmalige lezing, maar een hulpmiddel dat met je meegroeit.

HOOFDSTUK 1

PMOS, EEN EIERSTOK- PROBLEEM?



Wanneer de term polyendocrien metabool ovariumsyndroom of PMOS valt tijdens een consultatie, verschuift het gesprek bijna automatisch naar het beeld van de befaamde druiventroseierstokken op echografie of naar cystes als ‘de schuldigen’ van het hele probleem. Tot voor mei 2026 leek PCOS, de toenmalige naam van het syndroom, die cystes ook nog extra in de verf te zetten. Gelukkig is de naam intussen veranderd, tegelijk kun je je afvragen hoe het mogelijk was dat een syndroom dat zoveel vrouwen treft jarenlang een benaming droeg die zo weinig vertelde over wat er werkelijk aan de hand is. Aan het eind van dit hoofdstuk zul je begrijpen dat de naamswijziging naar PMOS hoogdringend was en misschien zelfs nog altijd niet helemaal de lading dekt. Het is namelijk een syndroom dat bestaat uit vicieuze cirkels van hormonale en stofwisselingsproblemen die elkaar blijven versterken. Je kunt het vergelijken met een grote knoop die je niet kunt ontwarren door aan één touwtje te trekken. En dat maakt het best frustrerend. Daarom bekijkt dit hoofdstuk eerst het hele systeem. Zo raakt die complexe knoop ontrafeld en krijg jij opnieuw grip op je lichaam.

De typische definitie van PMOS

De huidige medische praktijk definieert PMOS als een heterogene endocrien-metabole stoornis met een aantal herkenbare kenmerken. Die definitie is in 2003 vastgelegd in de Rotterdam Consensus en nog eens opnieuw bevestigd en verfijnd in de internationale richtlijnen van 2018 en 2023. Een vrouw krijgt de diagnose PMOS, als minstens twee van drie criteria aanwezig zijn en als andere oorzaken eerst zorgvuldig uitgesloten zijn. Die drie criteria zijn oligo-ovulatie of anovulatie, klinisch en/of biochemisch hyperandrogenisme, en polycystische ovaria op echografie.

Dat is al een mondvul medisch vakjargon, maar wat betekenen die termen nu concreet? Het label heterogene endocrien-metabole stoornis houdt in dat het syndroom niet eenvormig is. *Hetero*geen betekent