



Onderwerp van gesprek:
de menopauze

Onderwerp van gesprek: de menopauze

De menopauze, het moment waarop de maandelijkse bloedingen uitblijven, is een complex verschijnsel met mogelijke fysieke (warmteopwellingen, nachtelijk zweten, duizeligheid, urinewegproblemen, osteoporose...) en psychologische gevolgen (angst, depressieve stemming, slaap- of concentratieproblemen...) die de levenskwaliteit in mindere of meerdere mate kunnen aantasten.

Vroeger werd er vrij weinig aandacht besteed aan de menopauze, die beschouwd werd als de vrouwelijke manifestatie van het natuurlijke verouderingsproces.

Doordat de gemiddelde levensverwachting van vrouwen aanzienlijk gestegen is, bevinden zij zich meer dan 30 jaar in de menopauze (de levensverwachting bedroeg 82 jaar in 2009).

Als we het over de menopauze hebben, waarover praten we dan eigenlijk?

De menopauze stemt overeen met het onomkeerbare stilvallen van de werking van de eierstokken.

De eierstokken hebben 2 functies

Een ovulatoire of reproductieve functie, met andere woorden de ontwikkeling van eierstokfollikels die rijpe eicellen bevatten;

Een endocriene functie, met andere woorden de aanmaak van geslachtshormonen (androgenen, oestrogenen en progesteron).

Dit betekent dat wanneer de menopauze aanbreekt, de ovariële reserve uitgeput is en de secretie van bepaalde hormonen heel sterk afneemt (oestrogenen) of volledig stilvalt (progesteron).

Hormonen zijn stoffen die door endocriene klieren worden aangemaakt en die zorgen voor de overdracht van informatie over lange afstand en die het lichaam in staat stellen om verschillende functies te coördineren.

Deze verschijnselen veroorzaken het definitieve stilvallen van de menstruatiebloedingen. Als een vrouw gedurende ten minste 12 maanden niet menstrueert en een kenmerkende hormonale balans vertoont, kan men de diagnose van menopauze stellen. Om te bevestigen dat een vrouw gemenopauzeerd is, moeten we dus eigenlijk een jaar terugtellen.

De mediane leeftijd waarop de menopauze aanbreekt, is ongeveer 51 jaar, maar kan variëren (van 40 tot 60 jaar). Een vroegtijdige menopauze kan een genetische oorzaak hebben, maar kan ook veroorzaakt worden door medicatie (sommige chemotherapieën bijvoorbeeld). Ook tabak kan een vroegtijdige menopauze in de hand werken.



Verskillende fasen van de menopauze

In de praktijk zal de cyclus in de periode die aan de menopauze voorafgaat (tussen 18 en 36 maanden ongeveer), meestal onregelmatig worden: de cycli worden langer, de regels kunnen gedurende 3-4 maanden verdwijnen om vervolgens even terug te keren, waarna ze opnieuw wegvallen. De werking van de eierstokken valt dus geleidelijk stil in de loop van een periode die de perimenopauze wordt genoemd.

Deze periode gaat vaak gepaard met warmteopwellingen (opvliegers).

Als vrouwen geen baarmoeder meer hebben, maar nog wel eierstokken, dan wordt de menopauze onder meer gediagnosticeerd op basis van hormoonmetingen.

Etymologisch

betekent de term menopauze
"stivallen van de regels"

De menopauze of het climacterium is dus geen ziekte, maar een normaal fysiologisch proces dat het einde van de vruchtbare periode inluidt.



Symptomen van de menopauze

De symptomen van de menopauze of climacterische symptomen zijn het gevolg van hormonale veranderingen.

Opvliegers (hot flashes) en nachtelijk zweten

Deze zijn de meest typische symptomen, dat zich vertaalt in opstoten van 'koud en dan weer warm', met roodheid in de hals en het gezicht, en transpiratie, ook 's nachts.

De warmteopwellingen worden soms voorafgegaan door tekens die een opvlieger aankondigen, zoals duizeligheid, hartkloppingen, een drukkend gevoel op de borst...

Drie op vier vrouwen tonen opvliegers. Meestal verminderen ze na verloop van tijd, zowel in frequentie als in intensiteit.

Er zijn echter ook vrouwen die er last van blijven hebben, zelfs nadat ze de 65 zijn gepasseerd! Andere vrouwen hebben dan weer weinig of geen last van de symptomen van de menopauze en vragen niet meteen om een medicamenteuze behandeling.

Psychologische symptomen

Slaapproblemen en vermoeidheid als gevolg van het nachtelijke transpireren, maar ook soms somberheid, melancholie en verlies van vertrouwen.

Plotse **stemmingsveranderingen**, soms met agressiviteit, angst, prikkelbaarheid.

Concentratieproblemen en **geheugenstoornissen, libidoverlies**.



Vaginale droogte

Ook dit symptoom houdt verband met het oestrogeengebrek. Het verschijnt meestal in een later stadium dan de opvliegers en treedt ook niet systematisch op.

Vaginale droogte leidt ook vaak tot libidoverlies, omdat seksueel contact dan pijnlijk kan zijn. Ook andere factoren kunnen echter bijdragen tot een verminderd libido: de somberheid waarmee de menopauze gepaard kan gaan, slapeloosheid, vermoeidheid, relatieproblemen...

Urogenitale atrofie of het krimpen van het urologische en genitale apparaat geeft vaak aanleiding tot het verschijnen of verergeren van kleine urinaire of gynaecologische problemen: vaker moeten plassen, het gevoel dringend naar het toilet te moeten.

Ter hoogte van huid en huidaanhangsels: huid, nagels en haar

Volgens enkele studies – niet allemaal – zouden de huid en de huidaanhangsels veranderen als gevolg van het oestrogeengebrek na de menopauze.

Gewrichts- en spierpijn: het gevolg van oestrogeentekort

Al deze symptomen kunnen afzonderlijk voorkomen of in om het even welke combinatie.



De symptomen
van de menopauze zijn niet specifiek en ook niet systematisch. Ze houden verband met de hormonale veranderingen.

De menopauze kan echter ook aanleiding geven tot de volgende *stoomissen* en aandoeningen.

Osteoporose

Osteoporose is een verlies van stevigheid van de botten. De botstructuur wordt minder door calcium gemineraliseerd en dus minder stevig, én fragiel door microfracturen.

Osteoporose is een 'stille' ziekte. Ze installeert zich geleidelijk aan en manifesteert zich dan plots, na verschillende jaren, in de vorm van fracturen, voornamelijk wervelverzakkingen en fracturen van de femurhals en de pols.

Verhoogd cardiovasculair risico

Tijdens de menopauze verhoogt het risico op cardiovasculaire ziekten.

Na de menopauze zijn cardiovasculaire risico's bij vrouwen en mannen vrijwel gelijk.

Principe van de behandeling van de menopauze

Een klassieke hormoonbehandeling van de menopauze berust voornamelijk op de toediening van oestrogenen (in combinatie met een progestativum als bij de patiënte de baarmoeder niet verwijderd is):

- het oestrogeen zal acute klachten van de menopauze onderdrukken;
- het progestativum dient om overmatige stimulatie van het endometrium door oestrogenen tegen te gaan en wordt gecombineerd met oestrogenen als de behandelde vrouw haar baarmoeder nog heeft;
- het endometrium is de inwendige laag van de baarmoeder. De groei ervan wordt gestimuleerd door oestrogenen;
- het is belangrijk om het juiste evenwicht te bewaren tussen oestrogenen en progestativa;
- als dit evenwicht niet aanwezig is, en het endometrium continu en uitsluitend wordt gestimuleerd door oestrogenen, zal het onophoudelijk aangroeien. Het endometrium wordt dan heel dik, met risico op hypertrofie (kwantitatieve toename van het endometrium) of zelfs endometriumkanker;
- een progestativum is een synthetisch derivaat van progesteron. Het moet het endometrium beschermen tegen overmatige stimulatie door oestrogenen;
- dydrogesteron en gemicroniseerd progesteron zijn de progestativa die door de Belgische en Amerikaanse Verenigingen voor de Menopauze worden aanbevolen.

De symptomen van de menopauze kunnen worden verminderd door de inname van oestrogenen.
Neem ze nooit – in geen enkele vorm – zonder eerst uw arts te consulteren!

Voordat de menopauze echt is ingetreden, kan een vrouw een periode doormaken waarin ze onregelmatig menstrueert. Deze periode kan verschillende maanden duren en wordt de perimenopauze genoemd. Gedurende deze periode kan de vrouw baat hebben bij een behandeling met enkel progestativa, met name om de frequentie en de omvang van de bloedingen te regulariseren.

In het begin van de menopauze geeft een **sequentiële** behandeling met oestroprogestatieve hormonen (in het algemeen 14 dagen oestrogeen alleen, vervolgens 14 dagen oestrogeen + progestativum) regelmatige en voorspelbare **bloedingen** (3 tot 5 dagen). De bloeding zal optreden na het einde van de inname van het progestativum.

Sequentieel schema

Oestrogenen kunnen de hele maand worden toegediend, in combinatie met een progestativum gedurende minimum 12-14 dagen. Er bestaan ook andere schema's.

- ▶ Met dit schema krijgt een vrouw normaal een regelmatige bloeding wanneer de inname van het progestativum wordt stopgezet. Deze bloeding heeft de neiging om met de tijd af te nemen. Dit is een belangrijke comfortfactor.

Continue combinatiepreparaten

Oestrogenen en progesteron worden gecombineerd in een tablet en worden dagelijks zonder onderbreking gelijktijdig ingenomen.

- ▶ Dit soort therapie is doorgaans het meest geschikt voor vrouwen die met zekerheid postmenopauzaal zijn en die geen bloedingen wensen. Dit behandelingsschema is gericht op volledige amenorroe. Dit betekent dat de vrouw helemaal geen bloedingen meer zal hebben na een bepaalde duur van inname van dit type preparaat.

Dit behandelingsschema is gericht op volledige amenorroe. Dit betekent dat **de vrouw helemaal geen bloedingen meer zal hebben**.

Ongeacht in welke situatie u zich bevindt, het is belangrijk dat de hormoonsubstitutiebehandeling zo goed mogelijk aangepast is aan uw behoeften: minstens één keer per jaar moeten risico's en voordelen zorgvuldig tegen elkaar afgewogen worden en de hormoontherapie van de menopauze mag enkel worden voortgezet als de verwachte gezondheidswinst groter is dan het risico.

Welke voordelen en risico's kunnen worden verwacht van hormoonsubstitutie therapie? De positie van de Belgische Vereniging voor Menopauze.

De Belgische Vereniging voor de Menopauze is een lokale wetenschappelijke vereniging zonder winstoogmerk, die bestaat uit Belgische specialisten in de gynaecologie. Het doel van de vereniging is het promoten van onderzoek naar en kennis van de menopauze om zo de gezondheid van menopauzale vrouwen te verbeteren.

Deze specialisten hebben samen de volgende consensus opgesteld op basis van recente en geactualiseerde publicaties.

Verlichting van opvliegers

Matige tot ernstige symptomen kunnen de levenskwaliteit van vrouwen verstoren; de duur van deze symptomen varieert (van kort tot heel lang). Bij vrouwen die last hebben van deze symptomen, is hormoonsubstitutie therapie de meest doeltreffende behandeling.

Preventie van botverlies

In de eerste plaats moet de patiënte haar levensstijl aanpassen: lichaamsbeweging nemen, niet roken, alcoholconsumptie beperken. Vaak is calcium- en/of vitamine D-suppletie noodzakelijk.

Hormoonsubstitutie therapie is doeltreffend in de preventie van botverlies geassocieerd met de menopauze en in de preventie van fracturen van de wervelkolom en/of de heup. De therapie kan dus een positieve rol spelen in geval van een verhoogd risico op osteoporose (vroegtijdige menopauze, blanke vrouwen, familiale antecedenten, kleine en fijne gestalte, overmatig alcoholgebruik, sedentaire levensstijl, calciumarme voeding, roken); de arts kan dit risico evalueren op basis van zeer betrouwbare instrumenten en een meting van de minerale botdensiteit.

Indien u enkel lijdt aan osteoporose en u geen last heeft van andere symptomen van de menopauze, dan kan uw arts specifieke behandelingen opstarten (SERM, bisfosfonaat,...).

Preventie van cardiovasculaire risico's

Een aantal studies hebben uitgewezen dat vrouwen die een hormonale behandeling voor de menopauze kregen, een lager risico hebben op atherosclerose en cardiovasculaire ziekten.

Volgens de studieresultaten is deze risicoreductie echter enkel aanwezig bij vrouwen die gestart zijn met hormoontherapie vóór de leeftijd van 60 jaar en/of minder dan 10 jaar na de menopauze. In ieder geval is de cardiovasculaire preventie geen specifieke indicatie per se voor een hormonale substitutietherapie.

Veneuze trombo-embolische ziekten

Hormoonsubstitutietherapie geeft aanleiding tot een licht verhoogd risico op veneuze trombo-embolie, vooral in het eerste jaar van de behandeling en voornamelijk bij vrouwen die al andere risicofactoren vertonen: leeftijd, overgewicht, sedentaire levensstijl, afwijkingen in de bloedstolling. Dit risico kan worden verkleind door lage orale doses oestrogenen of behandelingen met transdermale/percutane oestrogenen te gebruiken.

Risico op borstkanker

Factoren die verband houden met de levensstijl, hebben een aanzienlijke invloed op het risico op borstkanker: postmenopauzale zwaarlijvigheid en alcoholconsumptie verhogen het risico; lichaamsbeweging verlaagt het.

Sommige studies hebben aangetoond dat bepaalde hormonen die gebruikt worden bij de behandeling van de menopauze het risico op borstkanker kunnen doen stijgen. Dit risico zou niet (of slechts in mindere mate) toenemen na de inname van oestrogenen zonder progestatum.

Het risico wordt beïnvloed door het type progestatum dat wordt gebruikt (lager risico met dydrogesteron en gemiconiseerd natuurlijk progesteron).

Risico op borstkanker moet op individuele basis en voor het starten van de behandeling bekeken worden.

Wat er ook van weze, de screening van borstkanker mag niet beïnvloed worden door het al dan niet toepassen van een hormonale behandeling voor de menopauze en zou steeds met de huisarts besproken moeten worden.

In de praktijk

Wanneer moet een substitutiebehandeling worden ingesteld?

Wanneer deze nuttig is.

Het begin van de menopauze gaat vaak gepaard met climacterische symptomen; dit is de periode waarin de geboden hulp snel effect heeft.



Welke behandeling moet worden voorgeschreven?

Eerst moeten we vermelden dat dosis- en productaanpassingen mogelijk zijn. Het hoofddoel is altijd: de symptomen verminderen.

Naargelang van de symptomen en van het klinisch beeld zal de arts in het begin soms kiezen voor een preparaat met oestrogenen en progestativa in een heel lage dosis bij vrouwen die hun baarmoeder nog hebben (oestrogenen enkel indien de patiënte een hysterectomie heeft ondergaan). Bij onvoldoende respons kan de dosis worden verhoogd.

Omgekeerd, als de arts besloten heeft om preparaten in hogere doses voor te schrijven en er zich ongewenste effecten (bv. mastodynia (of pijn in de borst) of andere) voordoen, dan is het altijd mogelijk om de doses te verlagen.



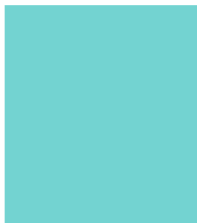
Kan een hormoonsubstitutiebehandeling opnieuw worden opgestart bij vrouwen die de behandeling hebben onderbroken?

Men kan een hormoonsubstitutiebehandeling opnieuw opstarten nadat deze kort of langer is onderbroken. Maar in dat geval moeten de voordelen en risico's opnieuw tegen elkaar worden afgewogen.



Hoe lang moet de behandeling worden voortgezet?

Daarover bestaan geen formele aanbevelingen. Hoe lang een behandeling moet worden voortgezet, is afhankelijk van een gepersonaliseerde risico-batenanalyse.



De vier hoofdpunten

1 Een **gezonde levensstijl** is essentieel om cardiovasculaire ziekten, metabole stoornissen, borstkanker en osteoporose te voorkomen.



2 De **laagst mogelijke doeltreffende dosis** hormoonsubstitutie therapie verdient de voorkeur voor het verlichten van de climacterische symptomen van de menopauze; de werkzaamheid ervan moet geregeld opnieuw worden geëvalueerd om de behandelingsduur te beperken.



3 De voorkeur gaat uit naar een progestativum met een neutraal metabolisch profiel, zoals **dydrogesteron of gemicroniseerd natuurlijk progesteron**.



4 Tot slot zijn **individualisering en personalisering** van de hormoonsubstitutie therapie de belangrijkste elementen van een geslaagde hormoonbehandeling. De risico-batenverhouding is altijd individueel. De hormoonsubstitutie behandeling moet dan ook altijd worden samengesteld in overleg met uw arts.



met de
wetenschappelijke
samenwerking van
de BMS

Met de steun van

