

Samenvatting van de NHG-standaard 'De overgang'

Corlien J.H. de Vries, Harriët Eekhof, Henriëtte F. Engel, Wim Opstelten en Jako S. Burgers

Gerelateerd artikel: Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156:A5253

- De NHG-standaard 'De overgang' geeft de huisarts richtlijnen voor het beleid bij vrouwen vanaf 40 jaar met overgangsklachten.
- Voor het vaststellen en beoordelen van overgangsklachten is vooral de anamnese bepalend.
- Bij overgangsklachten volstaat vaak voorlichting; medicamenteuze behandeling is zelden nodig.
- De meeste systemische hormoonpreparaten verhogen het risico op veneuze trombo-embolieën, cardiovasculaire aandoeningen en mammacarcinoom; daarom zijn deze middelen alleen geïndiceerd bij vasomotorische klachten die leiden tot belangrijke beperkingen in het dagelijks leven.
- Voordat een patiënt hormoontherapie krijgt, moeten het cardiovasculair risicoprofiel en het risico op veneuze trombo-embolie en mammacarcinoom worden bepaald.
- Bij vaginale klachten kan lokale hormonale behandeling geïndiceerd zijn.

Onlangs publiceerde het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de herziene standaard 'De overgang', waarvan de volledige tekst te vinden is op de NHG-website (<http://nhg.artsennet.nl>). Deze standaard geeft huisartsen richtlijnen voor het beleid bij vrouwen vanaf 40 jaar met overgangsklachten.

MINDER HUISARTSCONSULTEN

Het aantal huisartsconsulten in verband met overgangsklachten is de laatste jaren aanmerkelijk afgenomen. Terwijl in 2003 nog 30 van de 1000 vrouwen in de leeftijd van 45-65 jaar hun huisarts raadpleegden voor problemen rond de overgang, was dit aantal in 2010 gedaald tot 17 per 1000. Deze daling houdt mogelijk verband met publicaties over de risico's van hormoontherapie in zowel wetenschappelijke tijdschriften als de lekenpers. Hierdoor zijn waarschijnlijk niet alleen artsen maar ook patiënten terughoudend geworden in hun keuze voor hormoonpreparaten. Dit is ook terug te zien in dalende prescriptiecijfers voor deze middelen. Toch worden huisartsen nog regelmatig geconsulteerd door vrouwen met klachten in de overgang. Omdat in hun leeftijdsgroep ook de gevolgen van veroudering en sociale veranderingen vaak een rol spelen, is het belangrijk om te differentiëren tussen overgangsklachten en andere klachten en problemen in deze levensfase. Ook veranderen na de menopauze (de laatste menstruatie) het cardiovasculaire risicoprofiel en het risico op osteoporose. Deze onderwerpen komen aan de orde in de NHG-standaarden 'Cardiovasculair risicomangement' en 'Osteoporose en fractuurpreventie'.

*Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling
Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht.*

*C.J.H. de Vries, dr. W. Opstelten en dr. J.S.
Burgers, huisartsen.*

Gezondheidscentrum Diemen-Zuid, Diemen.

*H. Eekhof, huisarts en kaderhuisarts
urogynaecologie.*

Huisartsenpraktijk Rietkampen, Ede.

*H.F. Engel, huisarts en kaderhuisarts
urogynaecologie.*

*Contactpersoon: C.J.H. de Vries
(c.deVries@nhg.org).*

DIAGNOSTIEK

Voor het vaststellen van overgangsklachten is vooral de anamnese bepalend. De diagnose 'overgangsklachten' kan gesteld worden wanneer een vrouw ouder dan 40 jaar vasomotorische klachten heeft of klachten ten gevolge van vaginale atrofie bij een veranderd menstruatiepatroon of bij amenorroe indien zwangerschap is uitgesloten. Ook geeft de anamnese de huisarts een beeld van de hinder van de klachten in het dagelijkse leven. Als er systemische hormoontherapie wordt overwogen, zijn aanvullende vragen naar cardiovasculaire risicofactoren, vóórkomen van veneuze trombo-embolieën in de ziektegeschiedenis of bij de familie, en risicofactoren voor mammacarcinoom noodzakelijk. Ook is het dan belangrijk om de bloeddruk te meten. Bij vaginale klachten kunnen beoordeling van de vulva en de vagina differentiëren tussen atrofie en andere oorzaken.

AANVULLEND ONDERZOEK

Er bestaan geen betrouwbare laboratoriumbepalingen voor het vaststellen van de overgang. Weliswaar stijgt de spiegel follikelstimulerend hormoon (FSH) geleidelijk in de jaren voorafgaande aan de menopauze, maar op individueel niveau kan deze sterk fluctueren. Een lage FSH-spiegel kan niet uitsluiten dat de menopauze op korte termijn nadert, terwijl een hoge FSH-spiegel ook kan vóórkomen bij nog ovulerende vrouwen.

Bij aanwijzingen voor andere oorzaken voor de klachten kan aanvullend onderzoek (zoals een zwangerschapstest of meting van het TSH) behulpzaam zijn. Bepaling van glucose en lipidspectrum kan nodig zijn voor het vaststellen van het cardiovasculaire risicoprofiel bij vrouwen die systemische hormoontherapie wensen.

VOORLICHTING

Vaak heeft een vrouw met overgangsklachten behoefte aan voorlichting, bijvoorbeeld over de duur van de klachten. Gemiddeld duurt het 4-6 jaar voordat de menstruaties definitief wegblijven. Opliegers treden het frequentst op in het jaar na de menopauze. Een ruime meerderheid van de vrouwen heeft 5 jaar na de menopauze geen klachten meer. Overigens neemt over het algemeen de last van opliegers in de loop van de tijd af. Individueel zijn er echter grote variaties in beloop en hinder.

Sommige vrouwen kiezen voor zelfmedicatie. Van plantaardige middelen en supplementen is echter niet aangetoond dat deze opliegers verminderen. Sommige van deze middelen geven sporadisch echter wel ernstige bijwerkingen, zoals levertoxiciteit.

MEDICAMENTEUSE THERAPIE VOOR OPVLIEGERS

De standaard is terughoudend in de keuze voor systemische hormonale behandeling van opliegers. De bijwer-

kingen van deze middelen zijn weliswaar zeldzaam, maar potentieel ernstig, terwijl opliegers hinderlijk kunnen zijn, maar niet levensbedreigend.

Bij gebruik van continue combinatietherapie is het risico op veneuze trombo-embolie vooral in het 1e jaar verhoogd; deze risicotename komt neer op ongeveer 4 extra veneuze trombo-embolieën per 1000 vrouwen per jaar. Daarnaast verhoogt continue combinatietherapie het risico op cardiovasculaire aandoeningen. Gebruik van deze middelen gedurende een jaar resulteert in ongeveer 1 extra myocardinfarct of acute hartdood per 1000 vrouwen per jaar en na 3 jaar in ongeveer 2 extra CVA's per 1000 vrouwen per 3 jaar. Daarom ontraadt de standaard systemische hormoontherapie aan vrouwen die roken of antihypertensieve of cholesterolverlagende medicatie gebruiken. Ook na een doorgemaakt myocardinfarct, CVA, diep veneuze trombose of longembolie en bij trombofilie wordt hormoontherapie afgeraden.

Tijdens systemische hormonale behandeling neemt het risico op mammacarcinoom geleidelijk toe. Na 3 jaar gebruik van sequentiële combinatietherapie of oestrogenmonotherapie komt deze risicotename neer op ongeveer 1 extra mammacarcinoom per 1000 vrouwen per 3 jaar en bij gebruik van continue combinatietherapie op ongeveer 4 extra mammatumoren per 1000 vrouwen per 3 jaar. Daarom vormen een verhoogd risico op mammacarcinoom en hormoonafhankelijke tumoren, die al dan niet in remissie zijn, eveneens een contra-indicatie voor systemische hormonale behandeling. Mammografie voorafgaand aan hormonale behandeling wordt niet geadviseerd. Dit advies sluit aan bij de landelijke richtlijn 'Mammacarcinoom', waarin screening buiten het bevolkingsonderzoek van vrouwen zonder verhoogd risico pas wordt aanbevolen bij langdurig (> 10 jaar) gebruik van hormoontherapie.

Als uitgangspunt bij de prescriptie van systemische hormonale middelen geldt dat oestrogenen in de laagst mogelijke effectieve dosering gegeven worden. Bij vrouwen die hun uterus nog hebben, moeten de oestrogenen gecombineerd worden met progestageen. De toevoeging van progestagenen is noodzakelijk om het risico op endometriumhyperplasie en -carcinoom te beperken.

De keuze van hormoonpreparaten is afhankelijk van de aanwezigheid van de uterus en de menopauzale status van de vrouw. Indien de vrouw nog niet postmenopauzaal is, kan orale anticonceptie (combinatiepreparaat) worden overwogen. Indien een vrouw korter dan 5 jaar een hormoonspiraal heeft, kan deze worden gecombineerd met oestrogenmonotherapie. Bestaat er geen anticonceptiewens, dan is sequentiële combinatietherapie mogelijk. Bij postmenopauzale vrouwen kan in overleg een keuze worden gemaakt tussen sequentiële of continue combinatietherapie. Bij vrouwen zonder uterus

kan oestrogenmonotherapie worden voorgeschreven. De standaard adviseert om de medicatie na 6 maanden op proef te staken. Indien de vrouw veel hinder van opvliegers blijft houden, kan worden overwogen de medicatie opnieuw voor 6 maanden voor te schrijven.

BEHANDELING VAN OVERIGE KLACHTEN

Bij klachten van vaginale atrofie zijn vaginaal toegediende oestrogenen effectief en veilig wanneer ze worden voorgeschreven voor een periode van 3-6 maanden. Er is waarschijnlijk sprake van enige systemische absorptie, maar dit leidt niet tot effecten op het endometrium. Bewijs voor werkzaamheid en veiligheid op langere termijn ontbreekt. Voor de behandeling van onregelmatig vaginaal bloedverlies verwijst de standaard naar de NHG-standaard 'Vaginaal bloedverlies'.

De standaard adviseert om anticonceptieve maatregelen te treffen tot 1 jaar na de laatste menstruatie. Anticonceptie kan in principe op 52-jarige leeftijd gestopt worden.

VERWIJZING

Bij postmenopauzale vrouwen met onregelmatig vaginaal bloedverlies die combinatietherapie of vaginale oestrogenen gebruiken, is verwijzing naar een gynaecoloog

geïndiceerd voor beoordeling van het endometrium, na uitsluiten van cervixpathologie en een chlamydia-infectie door de huisarts.

CONCLUSIE

Hoewel het aantal huisartsconsulten voor overgangsklachten aanmerkelijk is afgenomen, is voor veel vrouwen de huisarts de vraagbaak bij klachten rond de menopauze. Vaak volstaat voorlichting. Soms is medicatie gewenst. De standaard 'De overgang' biedt de huisarts handvaten om samen met de patiënt tot een weloverwogen keuze te komen.

H. Eekhof en H.F. Engel schreven mee aan dit artikel namens de werkgroep NHG-Standaard 'De overgang'.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 12 juli 2012

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A5326

 [Meer op www.ntvg.nl/klinischepraktijk](http://www.ntvg.nl/klinischepraktijk)