

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/21505>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

Dertig jaar lang

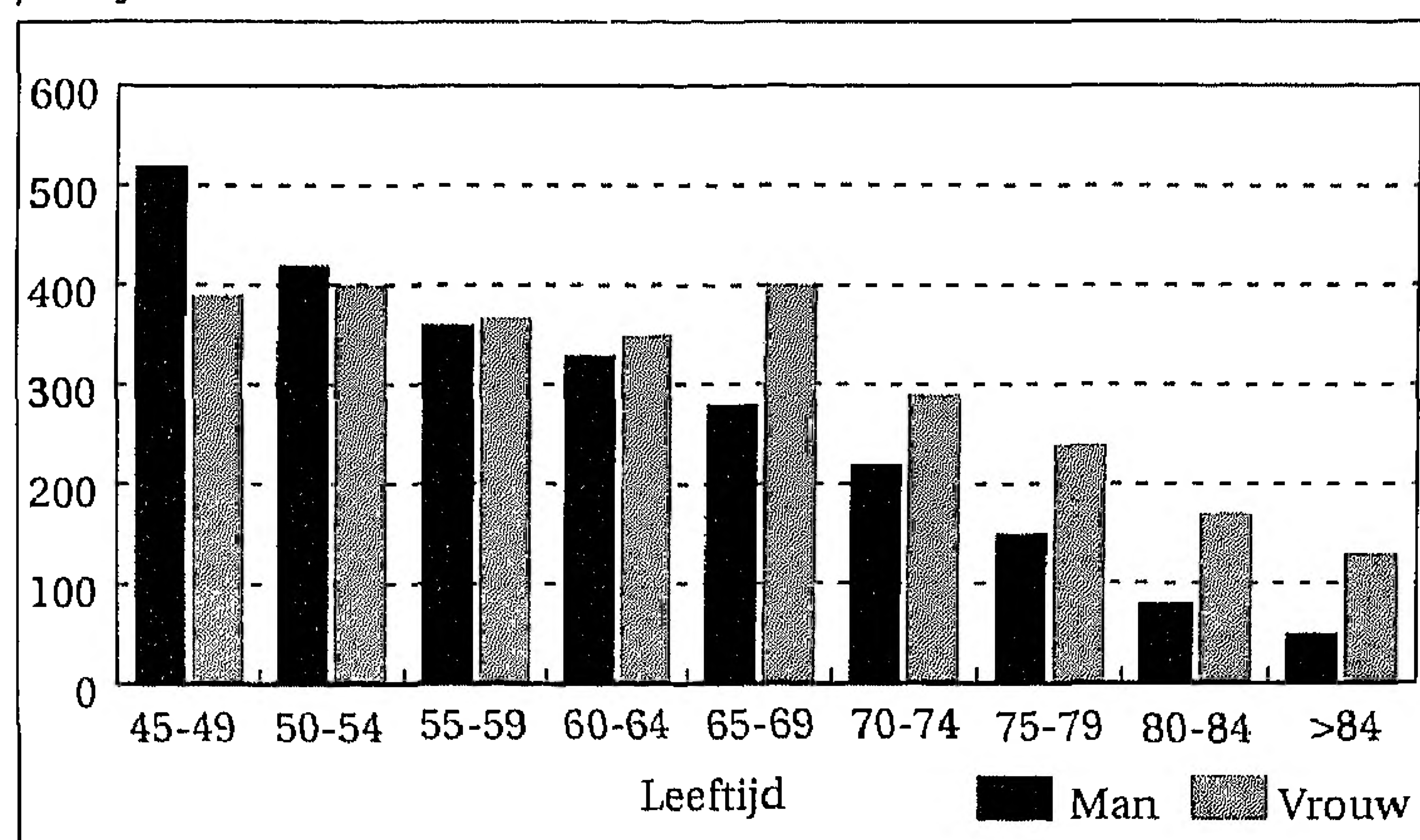
Vrouwen in de postmenopauze

De totale levensverwachting bedraagt voor mannen momenteel 74 jaar en voor vrouwen ruim 80 jaar¹. Met een gemiddelde leeftijd voor de menopauze van 51 jaar is een postmenopauzale levensfase van bijna dertig jaar dus niet ongewoon. Deze postmenopauze kenmerkt zich door een daling van de eigen oestrogenproductie. De kernvraag hierbij is: hoe ziekelijk is deze conditie voor het vrouwenlichaam en hoe gevaarlijk en risicovol is deze fase in een vrouwenbestaan?

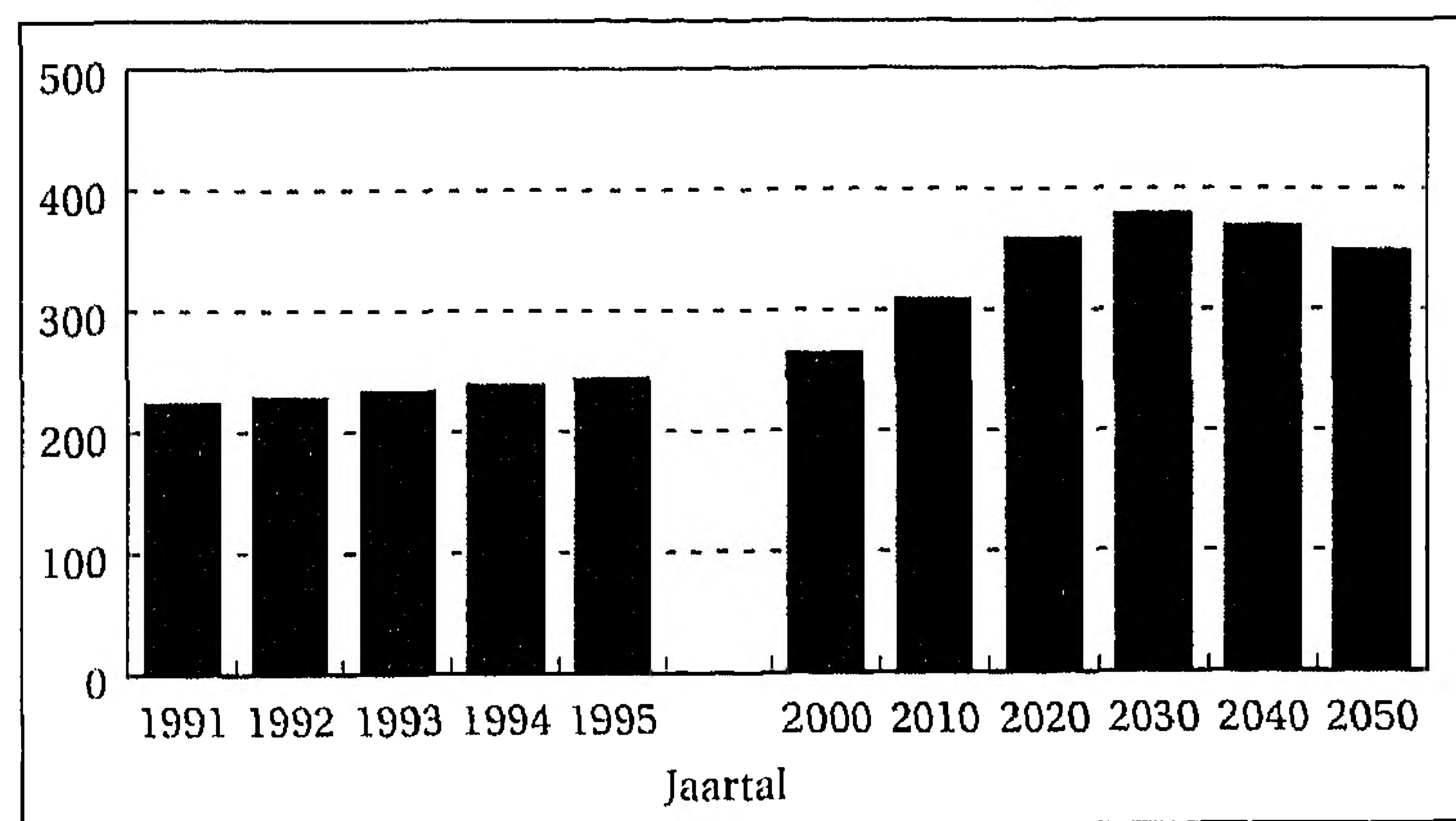
ALM. LAGRO-JANSSEN, huisarts, verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale Geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

Dit artikel schetst eerst de huidige en voorspelde omvang van de groep postmenopauzale vrouwen om vervolgens de aandacht te richten op de ervaren klachten van vrouwen in de overgang. Daarna wordt het vraagstuk van osteoporose en cardiovasculaire aandoeningen in de postmenopauze beschreven. Beide aandoeningen genieten immers de faam dat ze door *oestrogenensubstitutie* in belangrijke mate voorkomen zouden kunnen worden.

Figuur 1: Leeftijdsofbouw van de bevolking, naar leeftijd. Naar gegevens van het Nederlandse Centraal Bureau voor de Statistiek, per 1 januari 1992.



Figuur 2: Bevolkingsprognose voor vrouwen boven 50 jaar. Naar gegevens van het Nederlandse Centraal Bureau voor de Statistiek.



Omvang

Figuur 1 toont de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking naar geslacht. Vooral in de groep "ouder dan 75 jaar" zijn vrouwen oververtegenwoordigd. De levensverwachting zonder beperkingen, de zogenaamde *gezonde levensverwachting*, ligt met 60 jaar voor beide geslachten ongeveer gelijk².

De schatting van het aantal postmenopauzale vrouwen tot het jaar 2050 is weergegeven in *figuur 2*. Het huidige aantal van ruim 2 miljoen zal omstreeks 2030 toenemen tot een piek van meer dan 3,5 miljoen, waarna het aantal weer zal afnemen³.

Klachten in de overgang

Algemeen wordt aangenomen dat de overgang met veel klachten gepaard gaat. Welke klachten nu precies gerelateerd zijn aan de overgang en hoeveel vrouwen er last van hebben, is niet altijd even duidelijk.

De belangrijkste studies naar klachten van vrouwen in en na de overgang zijn de drie *cross-sectionele studies* in Ede. Het laatste onderzoek dateert uit 1987: een grootschalig vragenlijstonderzoek onder alle 10.598 vrouwen van 39 tot 60 jaar woonachtig te Ede⁴.

Typische overgangsklachten

De climacteriële status werd in dit onderzoek in 13 groepen ingedeeld: vrouwen met een reguliere cyclus in het afgelopen jaar, vrouwen met een onregelmatige cyclus in het afgelopen jaar onderverdeeld naar het aantal maanden verstreken sinds de laatste menstruatie, en postmenopauzale vrouwen. Postmenopauzale vrouwen werden in 8 groepen gedeeld naargelang het aantal verstreken jaren sinds de laatste menstruatie.

In de enquête werd gevraagd naar de mate van last bij een *25-tal klachten* in de afgelopen maand. Deze 25 klachten werden verdeeld in *vasomotore* klachten (opvliegers en zweten) en *non-vasomotore* klachten. Deze laatste groep werd tot 5 categorieën gecomprimeerd: psychosomatische klachten (neerslachtigheid, lusteloosheid, prikkelbaarheid, moeheid, gejaagdheid, vergetachtigheid, weinig zelfvertrouwen en

slapeloosheid), somatische klachten (tintelingen, rusteloos gevoel in de benen, pijn in spieren en gewrichten, kortademigheid, duizeligheid en hartkloppingen), urogenitale klachten (vaginale afscheiding, jeuk aan de schaamlippen, branderig gevoel bij het plassen en verlies van urine), hoofdpijn en migraine en als laatste, de categorie vaginale droogheid en pijn bij de gemeenschap. Overmatig *zweten* wordt door 41% van de nog regelmatig menstruerende vrouwen gemeld. Bij onregelmatig menstruerende vrouwen komen *opvliegers* en *zweten* vaker voor naarmate de menstruaties langer op zich laten wachten, met de hoogste prevalentie van 80% bij vrouwen die 6-12 maanden geleden voor het laatst menstrueerden. Ook lang na de menopauze kunnen vrouwen nog steeds last hebben van opvliegers. Maar liefst 39% van de vrouwen heeft er 10 jaar na de menopauze nog last van.

Ongeveer 75% rapporteert *psychosomatische* klachten met een piek bij vrouwen in de vroege menopauze en bij vrouwen met flushes. Eenzelfde patroon geldt voor de zogeheten *somatische* klachten. Bovendien blijkt uit dit onderzoek dat naarmate de last van vasomotore klachten groter wordt, vrouwen ook vaker psychosomatische en somatische klachten presenteren. Het sterkste verband bestaat tussen opvliegers en de klachten gejaagdheid en moeheid.

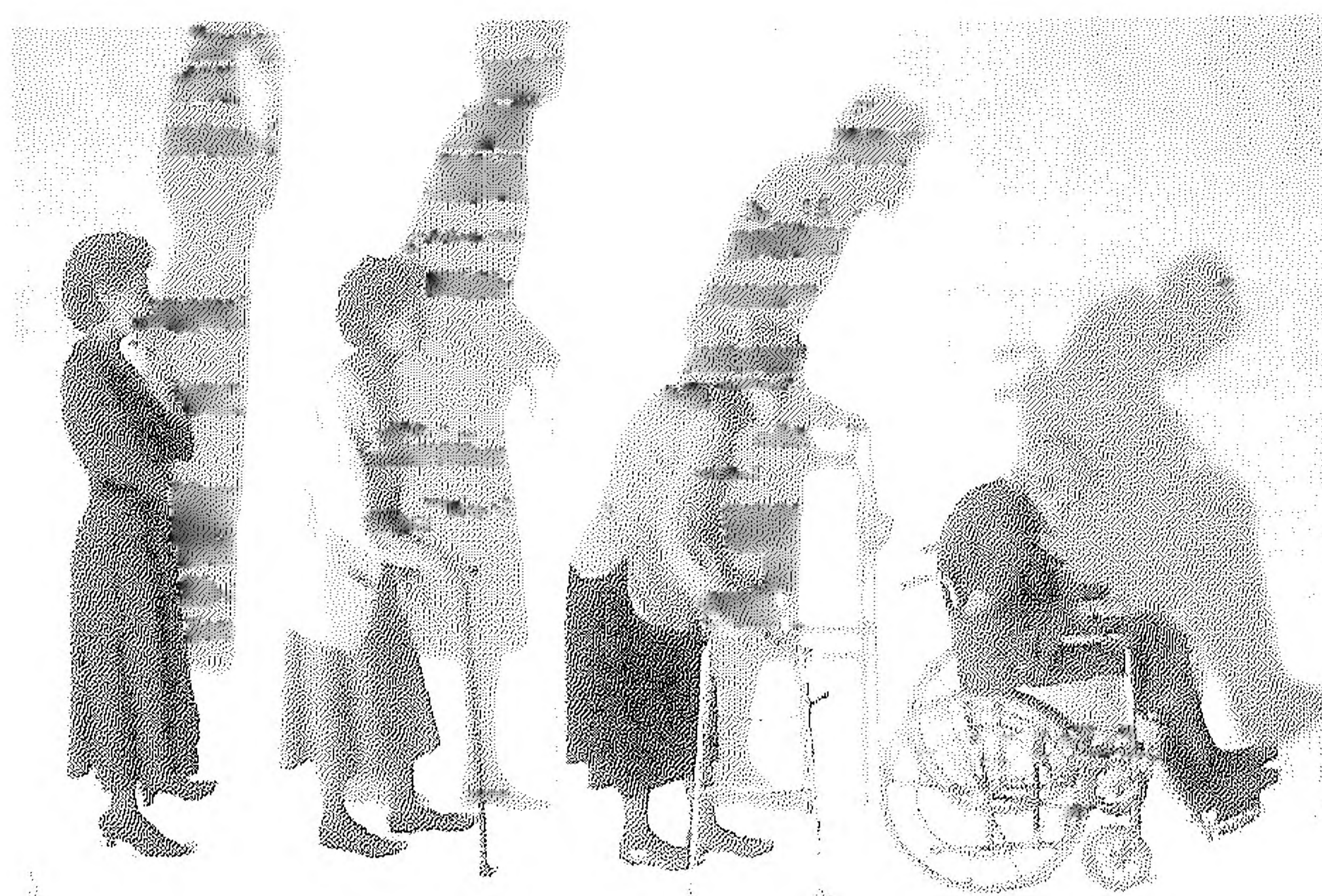
Hoe meer last vrouwen hebben van opvliegers, hoe meer last ze van andere klachten ondervinden.

Overigens is het onderzoek een dwarsdoorsnede onderzoek en daarom minder geschikt om oorzaak en gevolg te analyseren. *Urogenitale* problemen komen veel minder voor; ongeveer 55% van alle vrouwen in dit onderzoek maakt er melding van. Na een hoogtepunt in de vroege menopauze neemt deze groep klachten met de leeftijd af. Ook *hoofdpijn* neemt, na een stijging in de vroege menopauze, met de jaren af.

Vaginale droogheid en pijn bij de coïtus komen juist meer voor in de postmenopauze. Dyspareunie stijgt van 12,5% bij regelmatig menstruerende vrouwen tot bijna 25% bij postmenopauzale vrouwen; vaginale droogheid neemt toe tot een percentage van 35 tot 45%.

Vermeldenswaard is de bevinding dat na een uterusextirpatie (met behoud van één of beide adnexen) vrouwen op jongere leeftijd en in ernstiger mate vasomotore klachten presenteren.

Deze scores komen overeen met een studie in Oslo, waarbij 1997 at random geselecteerde



Osteoporotische inzakking. "Bevolkingsonderzoeken komen tot fracturen van één of meer wervels bij 70-jarigen van 4,5% van alle vrouwen, waarbij 18% een partiële wervelinzakking heeft." Foto Procter & Gamble®

teerde vrouwen tussen de 45 en 55 jaar op het voorkomen van 24 klachten werden ondervraagd⁵. Tot de top 5 klachten behoorden moeheid (25% van de betrokken vrouwen), flushes (24%), spier- en gewrichtsklachten (23%), slaapproblemen (20%) en transpireren (19%).

BESLUIT: TYPISCHE OVERGANGSKLACHTEN

Samengevat kunnen opvliegers en aanvallen van (nachtelijk) *zweten* dus tot de typisch climacteriële symptomen worden gerekend.

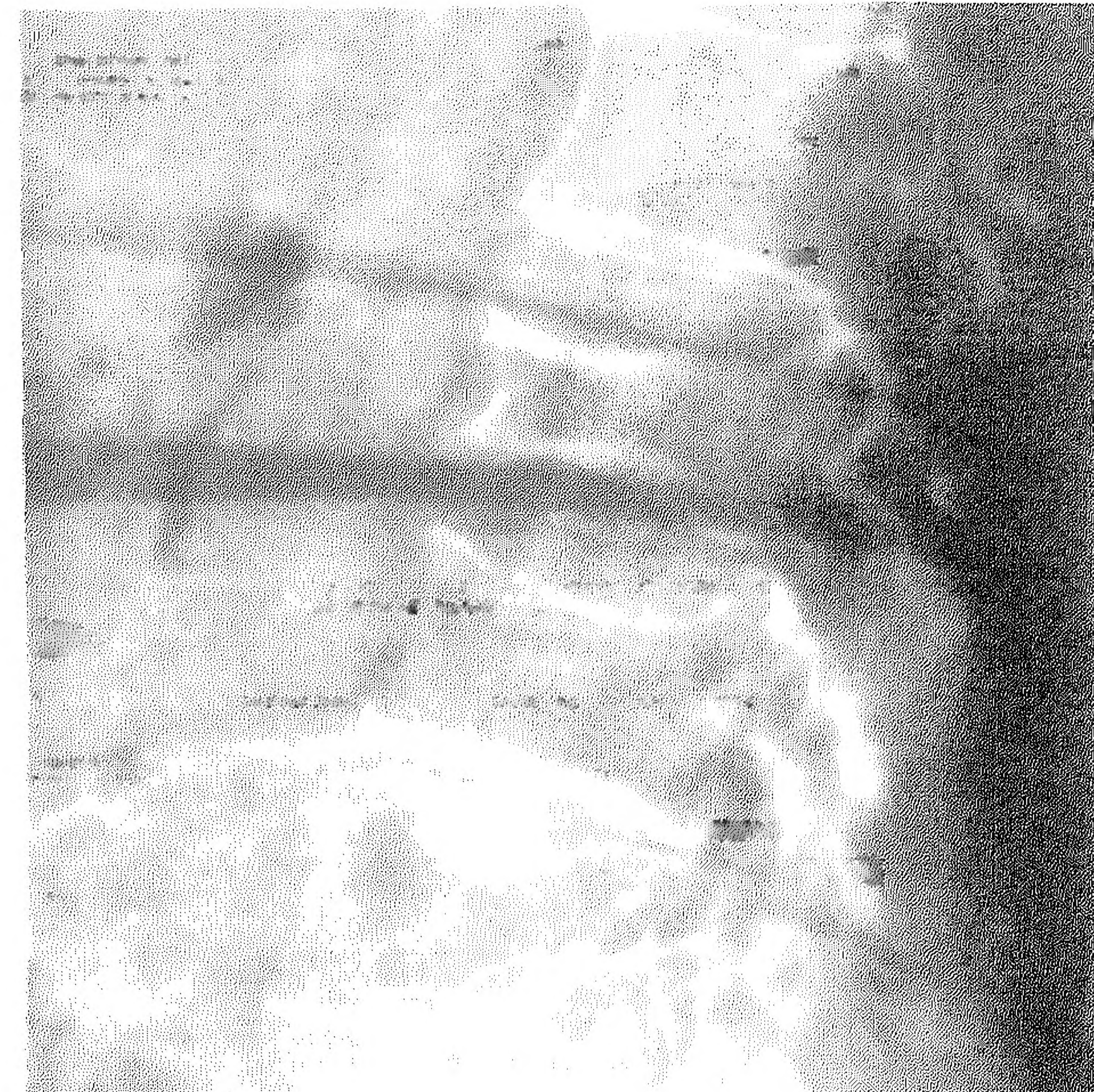
Een groot aantal andere klachten zijn in elk geval bij sommige vrouwen aan de vroege menopauze gerelateerd. Vrouwen met opvliegers hebben veel meer last van klachten van psychosomatische aard. Vaginale droogheid en dyspareunie komen een aantal jaren na de laatste menstruatie veel frequenter voor.

Atypische overgangsklachten

Dat de meeste zogenaamde *atypische overgangsklachten* noch leeftijds- of geslachtspecifiek zijn, blijkt uit de studie van VAN HALL et al⁶. In deze studie is gebruik gemaakt van data uit de Nationale Studie van het NIVEL⁷.

Klachten die gewoonlijk met de overgang geassocieerd worden, zijn hierin berekend naar voorkomen, naar man-vrouw ratio en naar leeftijdscategorie. Als hypothese werd geformuleerd: indien klachten in de leeftijd van 45 tot 54 bij vrouwen toe te schrijven zijn aan de overgang, moet ook de *man-vrouw ratio* in deze leeftijdscategorie kleiner worden.

De volgende 12 klachten werden onderzocht: duizeligheid, hoofdpijn, moeheid, nervositas, agressiviteit, irritabiliteit, incon-



tinente, gewrichtspijnen. Vervolgens transpireren, palpitaties, slapeloosheid, lusteloosheid en tot slot een aantal indicatoren voor geestelijke gezondheid. Voor dit laatste werd gebruik gemaakt van de *General Health Questionnaire* en de *Biografische Probleeminventarisatielijst*.

Uit dit onderzoek blijkt duidelijk dat de man-vrouw ratio niet verandert tijdens de perimenopauzale periode van 45 tot 54 jaar behalve voor transpireren, een typische overgangsklacht.

Er zijn wel fluctuaties tussen de verschillende leeftijdscategorieën maar niet specifiek gekoppeld aan het climacterium. Ook het geestelijk welbevinden is niet gerelateerd aan een slechtere score tijdens het climacterium. Overigens worden in bijna alle leeftijdscategorieën meer klachten door vrouwen dan door mannen gerapporteerd en wordt door beide geslachten de gezondheid met het ouder worden als minder goed ervaren.

Ook BUNGAY et al enquêteerde vrouwen én mannen tussen de 30 en 64 jaar over hun ervaren klachten in de afgelopen maand⁸. Naar de patiënten toe werd uitdrukkelijk niet gerept over het feit dat het om een onderzoek naar overgangsklachten ging.

De resultaten werden in drie groepen gerubriceerd: allereerst klachten die evenveel bij mannen als vrouwen voorkomen. Hieronder vallen klachten zoals hoofdpijn, pijnlijke spieren en gewrichten, seksuele problemen, droge haren en huid. In de tweede plaats klachten die niet gelijk bij mannen en vrouwen voorkomen, en waarbij de klachten bij vrouwen niet aan de overgang zijn gerelateerd. In deze groep staan slaapproblemen, frequente mictie, urgentie en minder zin om te vrijen vermeld.

Tot slot omvat de laatste groep de klachten

die niet bij mannen en vrouwen parallel lopen, maar waar er bij vrouwen een duidelijke relatie is met de overgang. Hierbij hebben sommige klachten een duidelijke piek rondom de overgang zoals flushes, overmatig transpireren, verlies aan zelfvertrouwen, angst, vergeetachtigheid en palpitaties. Andere klachten dalen juist na de overgang zoals prikkelbaarheid en pijnlijke borsten.

Hun conclusie luidt dat er een duidelijke relatie is tussen de menopauze en vasomotorische klachten. Tevens blijken psychische klachten vooral een piek te vertonen in de jaren *voorafgaand* aan de menopauze.

Bij de huisarts

Op grond van de presentatie van typische overgangsklachten aan de huisarts, komt de *Continue Morbiditeits Registratie* in Nij-

megen tot een incidentie van 40 per 1.000 vrouwen in de leeftijdsgroep 45-64 jaar en een prevalentie van 18⁹. Het *Transitieproject* en het NIVEL registreren onder de episodenaam "symptomen en klachten menopauze" een incidentie van 12,0 en een prevalentie van 51,2 voor de groep 45-64 jaar^{10,11}.

In een prospectieve studie in Oxford werden gedurende zes maanden alle consulten van vrouwen tussen 40 en 69 jaar geanalyseerd die naar het oordeel van de huisarts te maken hadden met de overgang¹². Van alle vrouwen in deze leeftijd bezocht 4,4% de huisarts met boven omschreven klachten. Opvliegers werden het meest gepresenteerd; na het 60ste jaar was vaginale droogheid de meest frequente klacht. Jongere vrouwen consulteerden vooral in verband met cyclusstoornissen en flushes. Vrouwen met een uterusextirpatie blijken ook in dit onderzoek in het bijzonder te

lijden aan opvliegers en bezoeken ook het meest frequent hun huisarts.

Of de uterusextirpatie oorzaak is van het optreden van meer overgangsklachten of dat vrouwen met een uterusextirpatie zich kenmerken door een grotere klachteneigenschap, is onopgehelderd. De indicatie tot een extirpatie is immers voor een groot deel electief op grond van (niet geobjectiveerd) heftig bloedverlies. Ook kan het klaagedrag van patiënten er mee aanleiding toe hebben gegeven.

Een onderzoek naar de *medische consumptie* van vrouwen met een uterusextirpatie toonde aan dat deze medische consumptie, gynaecologische klachten niet meegetrekkend, significant hoger was dan die van een controlegroep zonder uterusextirpatie¹³. Na de uterusextirpatie daalde deze medische consumptie niet.

Besluit: overgangsklachten

Veel vrouwen raadplegen hun dokter niet voor de overgang. Twee derde van de vrouwen zal er ook nauwelijks hinder van ondervinden. Als er klachten optreden, houden deze niet vanzelfsprekend verband met een oestrogentekort. In elk geval geldt voor de volgende klachten een specifiek verband met een daling van de oestrogenen: menstruatiestoornissen vóór de menopauze; opvliegers en (nacht)zweeten in het climacterium en ernia; vaginale atrofie en dyspareunie ná de menopauze.

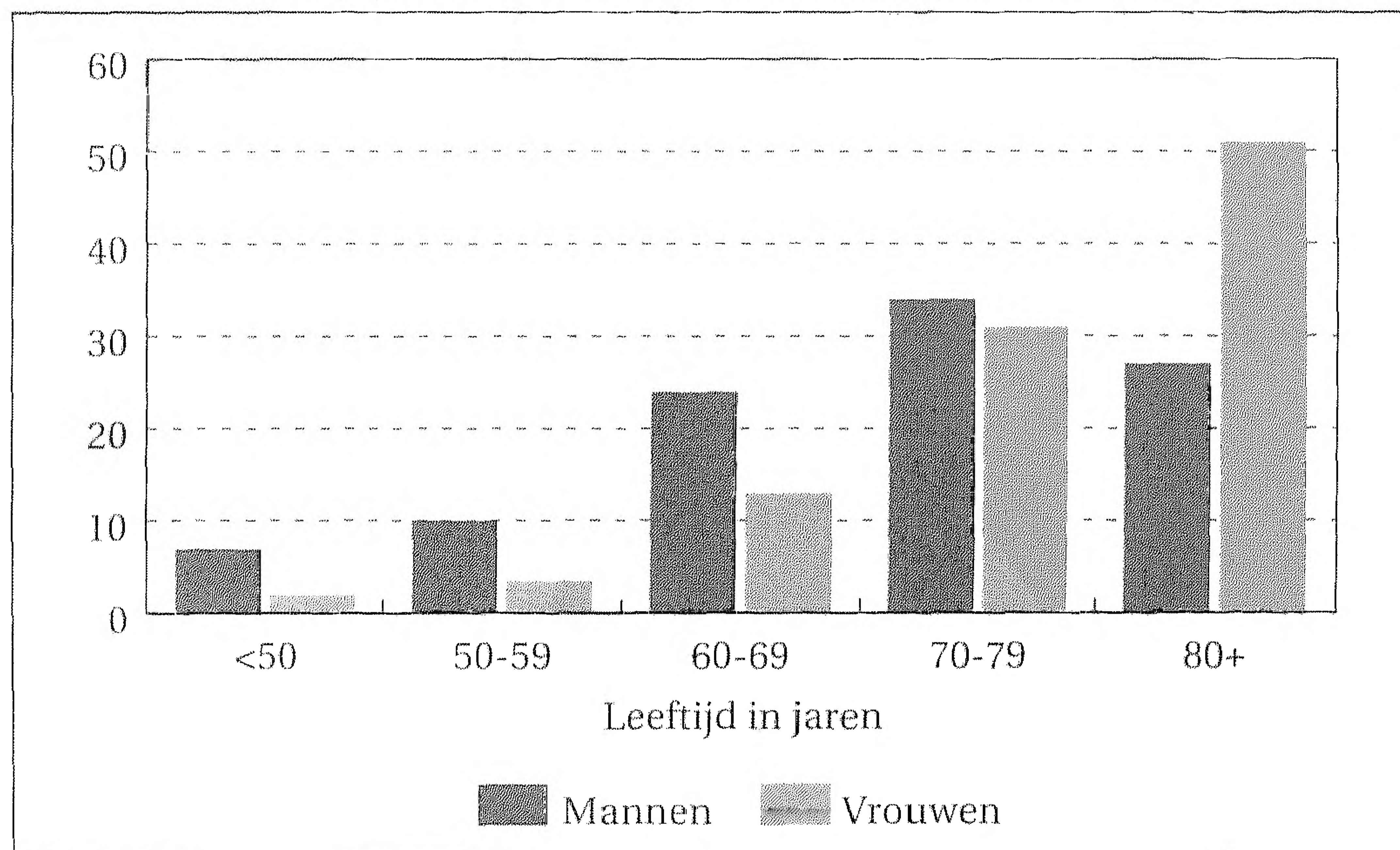
Cardiovasculaire aandoeningen

Hart- en vaatziekten zijn voor mannen en vrouwen doodsoorzaak nummer één. Ischemische hartziekten en cerebrovasculaire aandoeningen nemen twee derde van alle sterfgevallen binnen de hart- en vaatziekten voor hun rekening. In totaal stierven in 1992 in Nederland 12.000 mannen en 9.000 vrouwen aan ischemische hartziekten en 5.000 mannen en 8.000 vrouwen aan een CVA¹⁴.

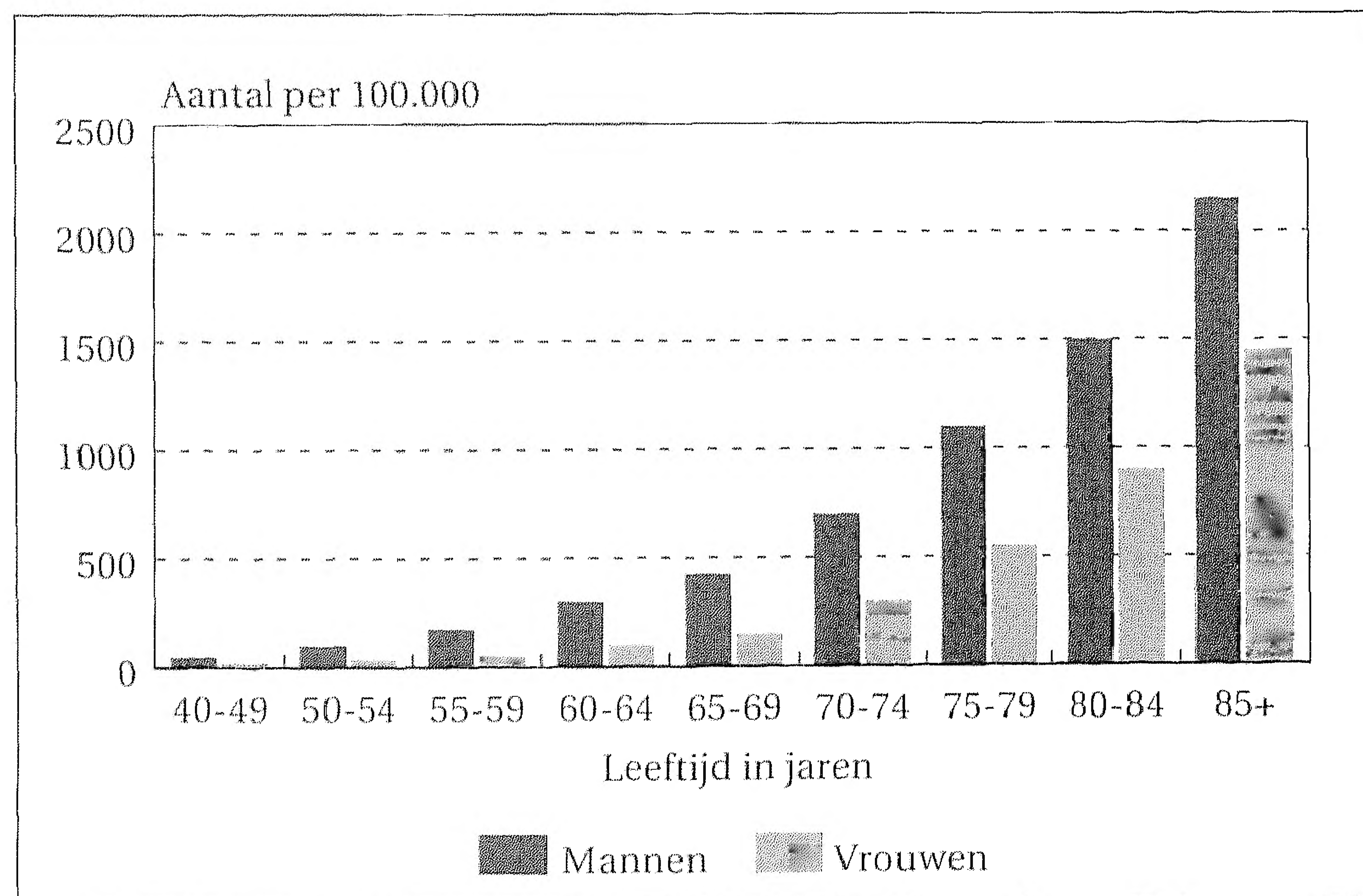
De leeftijdsverdeling van de aan het acute infarct overleden mannen en vrouwen laat zien dat er een sterke toename is van vrouwen ouder dan 80 jaar (*figuur 3*)¹⁴. *Figuur 4* toont de kans voor iedere leeftijdsklasse om in 1992 aan het acute infarct te overlijden¹⁴.

De leeftijdsspecifieke sterftecijfers van vrouwen met betrekking tot het hartinfarct

Figuur 3: Leeftijdsverdeling van de aan het acute hartinfarct overleden mannen en vrouwen. Naar gegevens van het Nederlandse Centraal Bureau voor Statistiek.



Figuur 4: Sterftecijfer van het acute hartinfarct voor mannen en vrouwen in Nederland, 1992. Naar gegevens van het Nederlandse Centraal Bureau voor Statistiek.



lopen gemiddeld 10 jaar achter bij die van mannen.

Uit morbiditeitsgegevens uit de huisartsenpraktijk is eenzelfde patroon waar te nemen. Voor de mannen die in 1992 aan cerebrovasculaire aandoeningen overleden zijn, blijkt 55% tussen de 70 en 85 jaar oud te zijn en 24% 85 jaar en ouder. Voor vrouwen waren deze percentages respectievelijk 47% en 42%. Het CVA is dus vooral een aandoening van de oudere.

Oestrogenensubstitutie

Aangezien de helft van alle vrouwen aan hart- en vaatziekten overlijdt, zou de mogelijkheid om deze sterfte te reduceren een enorme impact hebben. Men beschouwt de daling van oestrogenen na de menopauze als de belangrijkste oorzaak van hart- en vaatziekten¹⁵. Met de daling van het *serum*oestradiolgehalte zou immers een ongunstige verandering in het lipidenprofiel gepaard gaan. Dat de toename van de coronairziekten slechts geleidelijk stijgt, betekent dat de afname van oestrogenen pas op langere duur de sterfte aan coronairziekten beïnvloedt¹⁶.

De leeftijdsspecifieke sterftcijfers van vrouwen met betrekking tot het hartinfarct lopen gemiddeld 10 jaar achter bij die van mannen.

Een meta-analyse van 31 epidemiologische cross-sectionele studies naar de effecten van *postmenopauzale oestrogenensubstitutie* op coronaire hartziekten komt tot de conclusie dat oestrogenen dit risico tot de helft zouden reduceren¹⁷.

Deze uitkomsten zijn echter gebaseerd op retrospectieve studies waarbij een selectie van de gebruikers is opgetreden. Juist aan vrouwen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten werden in het verleden geen oestrogenen voorgeschreven. Bovendien is in alle studies het gebruik van *gestagenen*

Besluit: cardiovasculaire aandoeningen

Er is nog niet overtuigend aangetoond dat de toename van coronaire hartziekten bij vrouwen na de menopauze te wijten is aan dalende oestrogenen en niet bijvoorbeeld aan een proces van veroudering. Oestrogenensubstitutie op grote schaal ter voorkoming van hart- en vaatziekten lijkt vooralsnog voorbarig.

verwaarloosbaar klein, terwijl tegenwoordig gecombineerd gebruik van oestrogenen en gestagenen ter voorkoming van het endometriumcarcinoom geïndiceerd is. *Progestagenen* zijn ongunstig met het oog op het lipidenprofiel.

Osteoporose

Osteoporose kenmerkt zich door een proces waarbij zoveel botmassa verloren gaat en de botstructuur zodanig veranderd is dat het fractuurrisico is verhoogd. De diagnose osteoporose kan pas worden gesteld indien er fracturen zijn ontstaan na gering trauma¹⁸.

Een verminderde botmassa kan *zonder klachten* bestaan, maar kan ook na verloop van jaren leiden tot fracturen, in het bijzon-

Tabel: Vrouw/man ratio voor traumata in de leeftijdsgroep 65-74 jaar, per lokalisatie. Continue Morbiditeits Registratie, 1982-1986²².

	65-74 jaar
Tibia/fibula	1,98
Femur (inclusief heup)	1,58
Clavicula	1,27
Humerus	5,53
Radius/ulna	2,90
Hand/voet	2,90
Distorsie	2,80
Commotio	6,32
Verbranding	1,71
Klein trauma	1,64

der van de proximale femur, wervels (wervelimpresiefracturen) en distale radius. Bevolkingsonderzoeken komen tot fracturen van één of meer wervels bij 70-jarigen van 4,5% van alle vrouwen, waarbij 18% een partiële wervelinzakking heeft¹⁹. Anderen komen tot nog hogere percentages²⁰. Overigens toonde een recent Fins onderzoek aan dat osteoporotische wervelfracturen in alle leeftijdsgroepen even vaak bij mannen als bij vrouwen voorkomen²¹. Uit de Nederlandse *Continue Morbiditeits Registratie* blijkt dat in de leeftijdscategorie ouder dan 65 jaar meer dan vier keer zoveel radius/ulna-fracturen bij vrouwen dan bij mannen zijn voorgekomen²². Bij fracturen van humerus is een zelfde patroon te zien. Ook femurhalsfracturen kwamen boven het 65ste jaar twee maal zo frequent voor bij vrouwen dan bij mannen. De helft van alle femurfracturen vindt overigens plaats bij personen ouder dan 85 jaar. Ten aanzien van de wervelfracturen zijn de aantallen te klein, omdat alleen bij specifieke klachten in deze richting diagnostiek

Besluit: osteoporose

Blijkbaar zijn er niet alleen factoren van botstructurele aard die de verschillen in traumatologie tussen de seksen kunnen verklaren.

Als de botdichtheid door middel van densimetrie wordt vastgelegd en de vrouwen naar botdichtheid zouden worden verdeeld in vier groepen, dan blijkt uit onderzoek dat slechts de helft van alle heupfracturen zal plaatsvinden bij vrouwen die zich in het laagste kwartiel van de botdichtheid bevinden. De andere helft vindt bij andere vrouwen plaats²³. Eveneens een aanwijzing dat bij het optreden van fracturen andere dan alleen osteoporotische oorzaken een rol spelen. Te denken valt hierbij aan een verhoogde kans op vallen door aanwezige co-morbiditeit en aan de gebruikelijke dagelijkse werkzaamheden van vrouwen. Of en hoeveel en welke van deze fracturen uiteindelijk door oestrogenen voorkomen zouden kunnen worden, is volledig onbekend^{24,25}.

is gepleegd. Opvallend is dat ook bij de andere traumata dit beeld verschijnt: vrouwen worden op het hele terrein van de traumatologie *frequenter* getroffen dan mannen (zie tabel).

Besluit

De Nederlandse bevolking vergriest en de levensverwachting voor vrouwen is groter dan voor mannen. Dit leidt ertoe dat veel vrouwen een langdurige fase na de menopauze zullen beleven, al dan niet gepaard met chronische ziekten.

Het vóórkomen van hart- en vaatziekten en osteoporose wordt in het licht van de huidige wetenschappelijke kennis *te absoluut* gerelateerd aan deze menopauze. Beide aandoeningen worden hierdoor bijna volledig als een hormonale kwestie gezien, terwijl onduidelijk is wat het aandeel van *veroudering* in het geheel is.

Literatuur

- 1 ANONIEM. CBS Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland, 1992.
- 2 ANONIEM. RIVM Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Den Haag; SDU, 1993.
- 3 VAN LEUSDEN HA. Redactioneel commentaar. *Ned Tijdschr Obstet Gynaecol* 1992; 105: 7-9.
- 4 OLDENHAVE A. Well-being and sexuality in the climacteric. A survey based on 6622 women [Dissertatie]. Utrecht, 1991.
- 5 HOLTE A. Prevalence of climacteric complaints in a representative sample of middle-aged women in Os-

lo, Norway. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1991; 12: 303-317.

6 VAN HALL EV, VERDEL M, VAN DER VELDEN J. *Medicalisering van de overgang. Med Contact* 1993; 48: 179-181.

7 DE BAKKER DH, CLAESSENS AA, VAN DER VELDEN J. *Manvrouw verschillen in gezondheid en medische consumptie. Utrecht: NIVEL, 1992.*

8 BUNGAY GT, VESSEY MP, MCPERSON CK. *Study of symptoms in middle life with special reference to the menopause. Br Med J* 1980; 2: 181-183.

9 VAN DE LISDONK EH, VAN DEN BOSCH WJ, HUYGEN FJ, LAGRO-JANSSEN AL. *Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.*

10 LAMBERTS H. *Het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.*

11 VAN DER VELDEN J, DE BAKKER DH, CLAESSENS AA, SCHELLEVIS FG. *Een nationale studie naar ziekten en veranderingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.*

12 BARLOW DH, BROCKIE JA, REES CM. *Oxford general practitioners menopause study group. Study of general practice consultations and menopausal problems. Br Med J* 1991; 302: 274-276.

13 LAGRO-JANSSEN AL, VAN MANEN M. *Alles weggehaald. Een onderzoek naar de relatie tussen uterusextirpatie en medische consumptie. Huisarts Wet* 1986; 29: 137-140.

14 ANONYMOUS. *Hart- en vaatziekten in Nederland. Cijfers over ziekte en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 1994.*

15 LARRETT-CONNOR E, BUSH TL. *Estrogen and coronary heart disease in women. JAMA* 1991; 265: 1861-1867.

16 WITTEMAN JC, GROBBEE DE, KOK FJ, HOFMAN A, VALKENBURG HA. *Increased risk of atherosclerosis in women after the menopause. BMJ* 1989; 298: 642-644.

17 STAMPFER MJ, COLDITZ GA, WILLET WC, et al. *Postmenopausal estrogen therapy and cardiovascular disease. N Eng J Med* 1991; 325: 756-762.

18 GEZONDHEIDSRaad COMMISSIE OSTEOPOROSE. *Preventie van osteoporose (publikatie 91/21). 's Gravenhage: Gezondheidsraad, 1991.*

19 CUMMINGS SR, KELSEY JL, NEVITT MC, O'DOWD KJ. *Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures. Epidemiol Rev* 1985; 7: 178-208.

20 COOPER C, HAND DJ, ADAMS J, COMPSTON J, DAVIE M, WOOLF A. *Screening for vertebral osteoporosis using individual risk factors. Osteoporosis Int* 1991; 2: 48-53.

21 SANTAVIRTA S, KONTTINEN YT, HELIOVAARA M, KNEKT P, LUTHJE E, AROMAA A. *Determinants of osteoporotic thoracic vertebral fracture. Screening of 57.000 Finnish women and men. Acta Orthop Scand* 1992; 63: 198-202.

22 VAN DEN BOSCH WJ, VAN WEEL C. *Leeftijd- en geslachtsverschillen bij fracturen en andere traumata. Huisarts Wet* 1989; 32: 246-8.

23 VAN HEMERT AM, VANDENBROUCKE JP, BIRKENHAGER JC, VALKENBURG HA. *Prediction of osteoporotic fractures in the general population by a fractural risk score. Am J Epidemiol* 1990; 132: 123-35.

24 WIERSMA T, LAGRO-JANSSEN T. *Preventie van osteoporose, voorlopig te broos voor een NHG-standaard. Huisarts Wet* 1992; 35: 428-429.

25 VAN VEEN WA. *Hormonale substitutietherapie en screening op osteoporose. Huisarts Wet* 1992; 35: 410-412.

SYSTEM® **Samenstelling** Estradiol, micron. 3,2 mg pro system, transderm. act. prolongat. (in vivo liberat. ca 50 µg/24 h) **Vorm, toedieningswijze en verpakking** SYSTEM, TTS, 6 pleisters per verpakking, voor lokale aanwending op de huid. SYSTEM is een pleister met gereguleerde afgifte - een transdermaal therapeutisch systeem of kortweg TTS - voor toediening op de huid. De SYSTEM pleister bevat 3,2 mg gemiconiseerd estradiol en heeft een oppervlakte van 16 cm². **Indicaties** Behandeling van de gevolgen van oestrogeendeficiëntie, hetzij na de menopauze, hetzij na ovariectomie, zoals flush, urogenitale atrofie en versneld verlies van botsubstantie. In verband met postmenopauzale osteoporose dient erop te worden gewezen dat ook andere therapeutische of preventieve maatregelen noodzakelijk zijn. Bij patiënten met een uterus in situ moet de oestrogeen behandeling aangevuld worden met de sequentiële toediening van een progestageen. SYSTEM TTS is geen contra-ceptivum. **Posologie en wijze van gebruik** SYSTEM wordt meestal cyclisch gebruikt. Een continue behandeling wordt aanbevolen bij vrouwen bij wie een hysterectomie werd uitgevoerd of waarbij tijdens de therapievrije week van de cyclische behandeling ernstige climacteriële symptomen optreden. **De cyclische behandeling** De SYSTEM pleister dient tweemaal per week te worden aangebracht. Elke pleister wordt gedurende 3 à 4 dagen continu gedragen en na deze periode onmiddellijk vervangen door een nieuwe pleister. Een behandeling gedurende 3 weken (= 6 applicaties) wordt gevolgd door een week zonder behandeling. Tijdens deze pleistervrije week kan een vaginale bloeding optreden. Het is ten zeerste aangeraden om de cyclische behandeling aan te vullen met een therapie met progestagenen gedurende de 10 à 12 laatste dagen van de behandeling. **fi 3 pleisters zonder tablet, 3 pleisters met elke dag een tablet, 1 week zonder pleister en zonder tabletten. De continue behandeling** Tijdens deze continue behandeling wordt de pleister voortdurend gebruikt. Het progestageen wordt toegediend tijdens de eerste 10 à 12 dagen van elke maand, behalve bij vrouwen die een hysterectomie ondergingen. **fi steeds een pleister en de 10 à 12 eerste dagen van elke maand elke dag een tablet** Zowel bij de cyclische als bij de continue behandelingsmethode treedt gewoonlijk na het beëindigen van de progestageentherapie een onttrekkingsbloeding op. In geval van hysterectomie zal de geneesheer beslissen over het al dan niet toedienen van een progestageen. De twee delen van de beschermstrook kunnen gemakkelijk worden verwijderd aan de S-vormige inkerving in het midden. (De beschermstrook is aluminiumkleurig - de pleister is doorzichtig!) Tijdens het aanbrengen van de pleister moet men zoveel mogelijk vermijden de kleeflaag met de vingers aan te raken. **OPMERKINGEN** - De huid waarop de pleister wordt aangebracht moet droog, schoon en intact zijn. - De pleister wordt best op een plaats gekleefd die weinig plooiën vormt tijdens het bewegen zoals de buik, bovenbeen, rug, ... **maar nooit op de borst kleven!** - Een nieuwe pleister mag niet onmiddellijk op dezelfde plaats op de huid worden gekleefd. - Het lichaamsdeel waarop de pleister werd gekleefd mag niet aan direct zonlicht worden blootgesteld. - Met een goed opgekleefde pleister mag men een douche of bad nemen. Indien de pleister zou loslaten, kan hij nadien weer op de droge huid gekleefd worden. - Indien de pleister is losgekomen en hierdoor verloren of obruikbaar is, dan dient hij te worden vervangen door een nieuwe pleister. De normale wisseldag blijft echter behouden. - Een onprettig gevoel in de borsten en/of doorbraakbloeding zijn gewoonlijk tekenen dat de dosis te hoog is en verlaagd moet worden. Als enkele weken behandeling de symptomen van oestrogeendeficiëntie niet opheft, dient een hogere dosis te worden gegeven. Voor de behandeling van climacterische klachten moet men steeds de laagste dosis gebruiken; men moet regelmatig (om de 6 maanden) nakijken of de dosis niet verlaagd kan worden, of de behandeling gestopt kan worden. Voor de preventie van postmenopauzale osteoporose wordt de behandeling meestal een tiental jaren aangehouden tenzij er contra-indicaties optreden; regelmatig medisch onderzoek is dan ook nodig. Voor de onderhoudstherapie moet men altijd de laagste dosis gebruiken, die nog effect heeft. De nadruk wordt gelegd op de grotere veiligheid van een cyclische behandeling (al dan niet in associatie met de intermitterende toediening van een progestageen), dit in verband met ongewenste effecten ter hoogte van het endometrium (glandulocystische hyperplasie, dysplasie met mogelijk verhoogd risico voor endometriumcarcinoom). **Contra-indicaties Absolute contra-indicaties** - aanwezigheid of vermoeden van oestrogeen-dependente neoplasmata: mamma carcinoma of endometrium carcinoma - genitale bloedingen van ongekende etiologie - aanwezigheid of vermoeden van zwangerschap - actieve trombo-embolische processen of een voorgeschiedenis hiervan - endometriose - leveradenoom en ernstige leverbeschadiging - borstvoeding **Relatieve contra-indicaties** De voordelen dienen te worden overwogen t.o.v. de nadelen bij hartinsufficiëntie, epilepsie, uterine leiomyoom, migraine, hoofdpijn, gestoorde nier- en leverfuncties, hypertensie, antecedenten of situaties voorbeschikkend tot trombo-embolische processen, cerebrovasculaire of coronaire aandoeningen of antecedenten ervan, hyperlipidemie (nl. bij aanwezigheid van andere factoren die tot cardiovasculaire aandoeningen kunnen leiden zoals roken) en glucose-intolerantie (vooral bij associatie met progestagenen), galblaasaandoeningen, sickle cell anemia, porfyrie. Gezien de behandeling met SYSTEM TTS wordt aangevuld met de toediening van progestagenen, moet er eveneens rekening worden gehouden met de contra-indicaties van dit laatste: zwangerschap voor de progestagenen met androgene werking, carcinoma van de borst, de ovaria of het endometrium voor de progestagenen met oestrogene werking. Voorzichtigheid is eveneens vereist bij leveraandoeningen en bij patiënten met trombo-embolische antecedenten of hypertensie. **Ongewenste effecten** SYSTEM kan aanleiding geven tot een onprettig gevoel in de borsten (spanning) en vaginale bloeding. Op de huddelen waar de pleister werd aangebracht kan jeuk of huidirritatie optreden. Andere bijwerkingen komen zelden voor maar zijn bekend bij een orale oestrogenen therapie zoals vochtretentie met oedeem, opgezwollen gevoel, abdominale pijn, nausea, hoofdpijn of migraine. Zeldzaam risico voor leveradenoom, mogelijk met acute abdominale pijn en mogelijk met evolutie naar shock in geval van ruptuur, chloasma en risico op cholelithiasis doch in mindere mate dan bij orale inname, versnelde groei van oestrogeen-dependente tumoren, thromboflebitis, opflakking van varices, bloeddrukstijging. Het risico voor hyperplasie van het endometrium of carcinoma kan worden gereduceerd door het sequentiële gebruik van een progestageen (zie ook onder "Bijzondere voorzorgen" en onder "Posologie en wijze van gebruik"). Gezien de behandeling met SYSTEM TTS wordt aangevuld met progestagenen dient ook rekening te worden gehouden met de mogelijke ongewenste effecten van dit laatste: nausea, braken, diarree, vermindering van de libido, oedeem, gewichtstoename, hoofdpijn, moeheid. Progestagenen met androgene werking kunnen daarenboven acné en hirsutisme veroorzaken. JANSSEN-CILAG n.v. - Uitbreidingsstraat 2 - B-2600 Berchem

Wetenschappelijke Vereniging
van Vlaamse Huisartsen

Studiedagen

Inlichtingen:

WVH,
St-Hubertusstraat 58,
2600 Berchem,
03-281.16.16,
t.a.v. Mevr. C. DE KORTE

Titel

Gipsen
Bevallen te riskant voor de eerstelijns
Seksualiteit en anticonceptie
Voorschrijfgedrag
Seksuologie
Creatieve oplossingen ouderenzorg
De patiënt gaat vreemd
13de Referatendag Vlaamse Huisartsen Research
26ste Medisch Psychologisch Weekend
Elektronisch Medisch dossier

Datum

11 maart
18 maart
3 tot 7 april
22 april
13 mei
20 mei
17 juni
23 september
7 en 8 oktober
25 november

Plaats

Antwerpen
Lokeren
Lommel
Antwerpen
Antwerpen
Leuven
Mechelen
Brussel
Blankenberge
Brugge