

ZOL GENK

Campus Sint-Jan
Campus Sint-Barbara
Medisch Centrum André Dumont
ZOL MAAS EN KEMPEN



Menopauze

ZOL GENK

Campus Sint-Jan
Synaps Park 1
B 3600 Genk

Campus Sint-Barbara

Bessemmerstraat 478
B 3620 Lanaken

Medisch Centrum André Dumont

Stalenstraat 2a
B 3600 Genk

ZOL MAAS EN KEMPEN

Diestersteenweg 425
B 3680 Maaseik

ZOL GENK
tel. +32(0)89 80 80 80
ZOL MAAS EN KEMPEN
tel. +32(0)89 50 50 50
info@zol.be

Beste patiënt,

Deze brochure geeft u meer informatie over de menopauze en tracht op een aantal veelgestelde vragen antwoord te geven.

Mocht u na het lezen van deze brochure nog vragen hebben, aarzel dan niet om ze te stellen. Uw behandelende arts en/of de verpleegkundigen zijn steeds bereid om op al uw vragen te antwoorden.

INHOUDSTAFEL

1. Menopauze begrijpen	3
2. Gevolgen	8
3. Behandelingen	11

01 MENOPAUZE BEGRIJPEN

1.1 Menstruatiecyclus

De menstruatiecyclus begint in de puberteit en eindigt in de menopauze. Elke cyclus duurt gemiddeld 28 dagen. Op de 14de dag van de cyclus vindt de eisprong plaats (in een cyclus van 28 dagen). Tijdens de cyclus wordt het slijmvlies dat de binnenwand van de baarmoeder bekleedt (het endometrium of baarmoederslijmvlies) dikker zodat de bevruchte eicel zich kan innestelen. Als er geen bevruchting gebeurt, daalt de concentratie van de vrouwelijke hormonen in het bloed en wordt het baarmoederslijmvlies gedeeltelijk afgestoten: dit zijn de maandstonden.

1.2 Stoppen van de maandstonden

Er zijn drie redenen waarom het normaal is dat de maandstonden uitblijven:

- een zwangerschap,
- borstvoeding,
- de menopauze.

Maar de maandstonden kunnen ook uitblijven bij:

- een psychische shock,
- heel magere vrouwen (anorexia),
- sommige topsporters,
- bepaalde ziektes.

1.3 Eierstokken en eisprong

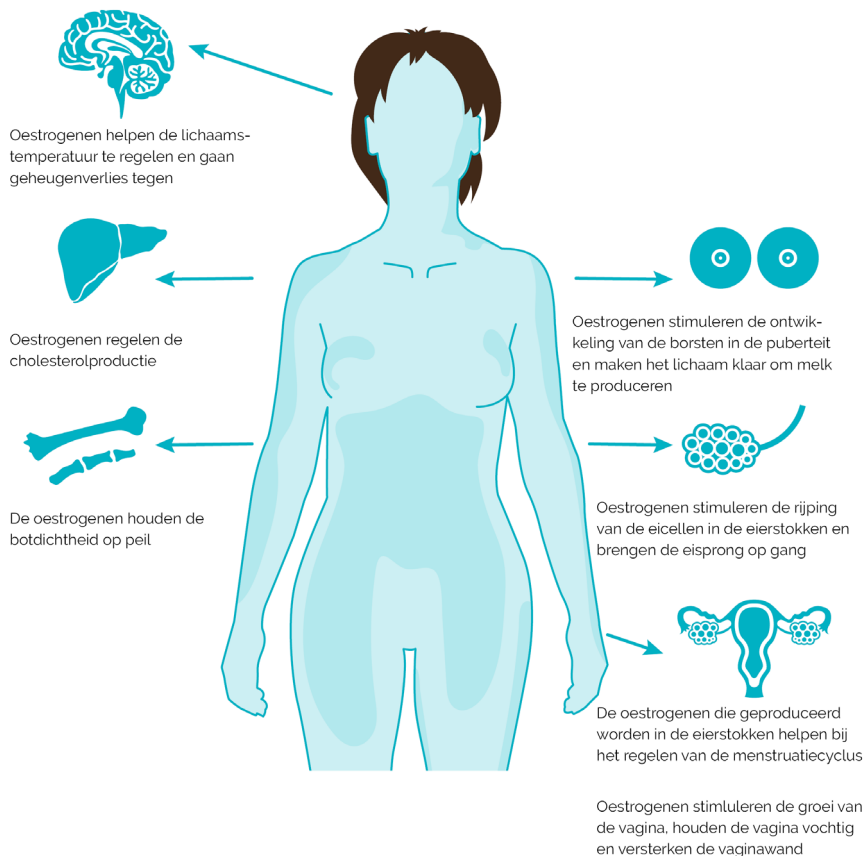
De eierstokken brengen de eisprong tot stand. Halverwege de cyclus stoot één van de twee eierstokken een eicel (oöcyt) uit. Deze eicel verplaatst zich dan naar de eileider (salpinx) waar ze eventueel bevrucht kan worden door een zaadcel (spermatozoïde).

1.4 Eierstokken en hormonen

Een hormoon is een boodschapper die via het bloed vervoerd wordt. Er bestaan heel veel soorten hormonen.

De eierstokken produceren eicellen, maar ook 3 types hormonen:

- **de oestrogenen:** deze zorgen ervoor dat het baarmoederslijmvlies gaat groeien in het eerste deel van de cyclus. Deze hormonen zijn ook verantwoordelijk voor de vrouwelijke lichamelijke kenmerken zoals de borsten, de heupen, enzovoort.
Ze spelen ook een rol in heel wat andere lichaamsdelen, onder meer in de hersenen, het bot, het hart en de lever.
- **het progesteron:** dit wordt in de tweede helft van de cyclus afgescheiden. Dit hormoon maakt de baarmoeder klaar om een toekomstig embryo te ontvangen. Het belet ook dat de baarmoeder contracties krijgt.
- **het testosteron:** dit is het mannelijk hormoon en is verantwoordelijk voor de haargroei. Het draagt ook bij aan de ontwikkeling van de spiermassa en speelt een rol in het seksuele verlangen.



1.5 Wat is de menopauze?

We spreken van menopauze bij vrouwen boven de 45 jaar die 6 tot 12 maanden geen maandstonden meer hebben gehad (amenorrhoe). Meestal begint de menopauze rond de leeftijd van 50 jaar en duurt tot aan het levenseinde. De menopauze is dus geen tijdelijk verschijnsel. Ze ontstaat door de sterke daling van de productie van vrouwelijke hormonen door de eierstokken. Ze kan gepaard gaan met opvliegers, nachtelijk zweten, vaginale droogte, stemmingsschommelingen, enzovoort.

1.6 Premenopauze

De premenopauze is een periode van enkele jaren die aan de menopauze voorafgaat.

Het tijdstip is verschillend van persoon tot persoon.

De premenopauze wordt veroorzaakt door de daling van de progesteronproductie door de eierstokken. Ze kan gepaard gaan met volgende symptomen:

- kortere en daarna langere menstruatiecycli,
- onregelmatige cycli,
- nachtelijk zweten,
- premenstrueel syndroom: dit zijn klachten die kunnen optreden vóór de maandstonden zoals pijnlijke borsten, opgezwollen benen, stemmingsschommelingen, enzovoort.

1.7 Vroege menopauze

De leeftijd waarop vrouwen in de menopauze komen, kan sterk verschillen. Sommige vrouwen hebben een late menopauze, dat wil zeggen na hun 55ste levensjaar. Bij anderen treedt de menopauze op na hun 45ste. Er bestaat een erfelijke invloed, maar ook omgevingsfactoren spelen een rol. Als de menopauze vóór de leeftijd van 40 jaar optreedt, spreken we van een vroege menopauze.

1.8 Diagnose van de (post-) menopauze

De diagnose is in hoofdzaak klinisch en gebaseerd op de afwezigheid van de maandstonden. Een bloedafname kan nuttig zijn.

Uit deze bloedafname zal meestal het volgende blijken:

- daling van het oestrogeengehalte,
- stijging van het FSH (follikel-stimulerend hormoon = het hormoon dat de eisprong regelt). Dit hormoon wordt geproduceerd door een klier aan de onderkant van de hersenen en stimuleert de eierstokken om oestrogenen aan te maken.

1.9 Menopauze en levensverwachting

Aan het einde van de 19de eeuw lag de levensverwachting van vrouwen rond 45 jaar. De meeste vrouwen kwamen dus nooit in de menopauze. Vandaag is de gemiddelde levensverwachting van vrouwen in België 83 jaar, dus vrouwen zijn meer dan 30% van hun leven gemenopauzeerd.

02 GEVOLGEN

2.1 Opvliegers

Opvliegers zijn heel typisch voor de menopauze. Zo'n 60 tot 70% van de vrouwen in de menopauze heeft last van opvliegers. Ongeveer 15% van de vrouwen heeft er 15 jaar na het begin van de menopauze nog steeds last van. De opvliegers manifesteren zich meestal in het bovenste deel van het lichaam, zoals het decolleté en het gezicht. Ze gaan gepaard met roodheid, vaak gevolgd door overdadig zweten. Ook nachtelijk zweten komt vaak voor.

2.2 Slaapstoornissen en stemmingswisselingen

Veel vrouwen in de menopauze hebben last van slapstoornissen en stemmingswisselingen:

- geïrriteerdheid, neerslachtigheid, soms echte depressies,
- angst,
- gebrek aan energie,
- de slaap is lichter en soms verstoord door fases van nachtelijk zweten.

2.3 Gewichtstoename

Vrouwen komen tussen hun 20ste en 56ste levensjaar gemiddeld 10 kilo bij in gewicht. Deze gewichtstoename situeert zich vooral in de menopauze. De grootste verandering is hoe het vet in het lichaam verdeeld wordt. In de menopauze hoopt het vet zich voornamelijk op in de buikzone en op de heupen. Hierdoor neemt de tailleomtrek soms toe en verandert ook het figuur. De gewichtstoename vergroot ook het risico op hart- en vaatziektes.

2.4 Vaginale droogte

Vaginale droogte kan bij vrouwen in de menopauze tot pijnlijke betrekkingen leiden en dus een verminderd seksleven. De vagina verlies haar elasticiteit, ze wordt droger, het slijmvlies wordt zwakker en sneller geïrriteerd. Deze verschijnselen kunnen betrekkingen zeer pijnlijk maken. Seksuele problemen bij vrouwen in de menopauze zijn helaas nog vaak

taboe. Ongeveer de helft van de vrouwen boven de 45 jaar heeft last van vaginale droogte. Naast hormonale substitutietherapie kan ook een hormoonvrije lokale behandeling soelaas bieden.

2.5 Urinewegen

Atrofie van de bekkenbodemspieren en de spieren van de onderste urinewegen kan ook leiden tot incontinentie en het aantal urineweginfecties kan toenemen.

2.6 Veroudering van de huid

Door de menopauze wordt de huid soms dunner en minder soepel. Ook de ogen kunnen droger zijn. Aangezien het testosterongehalte (mannelijk hormoon) in tegenstelling tot het oestrogeengehalte niet zo bruusk daalt, kan dit leiden tot:

- haaruitval,
- meer beharing op de bovenlip,
- een vette huid (meestal in de T-zone: voorhoofd en neus).

2.7 Hart- en vaatstelsel

Vóór de menopauze zijn vrouwen dankzij het beschermende effect van oestrogeen, beter beschermd tegen hart- en vaatziektes dan mannen. Er zijn aanwijzingen dat de menopauze het risico vergroot op bepaalde hart- en vaatziektes, zoals hartinfarcten. In de menopauze wordt soms een verergering van bepaalde risicofactoren vastgesteld:

- stijging van de slechte cholesterol,
- hypertensie,
- diabetes,
- ...

2.8 Osteoporose

De beenderen zijn levende organen. Ze veranderen voortdurend door de constante afbraak en aanmaak van bot. Oestrogenen stimuleren de aanmaak van bot en remmen de afbraak ervan af. In de menopauze

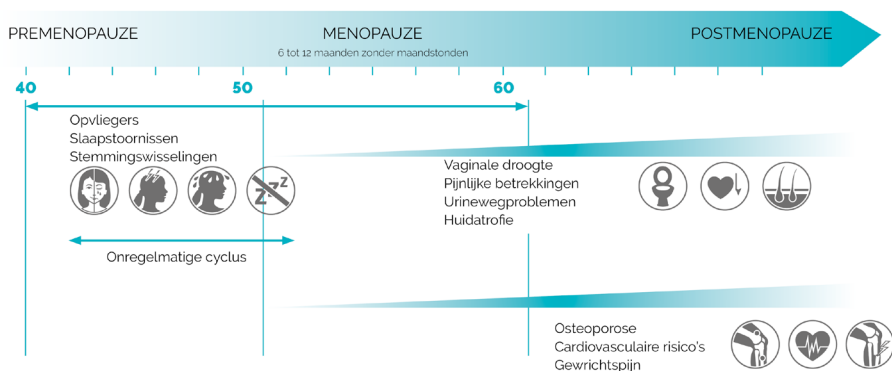
gaat dat effect verloren, waardoor de botdichtheid vermindert en het bot brozer wordt. Als gevolg hiervan neemt het risico op breuken, vooral ter hoogte van de heupen, polsen en ruggenwervels, toe.

2.9 Andere symptomen

Tijdens de menopauze kunnen er ook andere symptomen optreden waar artsen niet altijd aan denken: nachtelijk zweten, slaapstoornissen, gewrichtsstoornissen, ...

2.10 Latere gevolgen

De gevolgen van de menopauze treden niet allemaal samen op aan het begin van de menopauze. Sommige vrouwen hebben heel veel klachten, andere geen of bijna geen. Er is ook niet per se een verband tussen het optreden van één of ander symptoom of gevolg. Het is bijvoorbeeld niet omdat u nooit last hebt gehad van opvliegers dat u ook geen osteoporose zult krijgen.



03 BEHANDELINGEN

3.1 Definitie van hormonale substitutietherapie (HST)

In de menopauze worden bepaalde hormonen niet langer op natuurlijke wijze aangemaakt. Bij een hormonale substitutietherapie (HST) krijgt u die hormonen (oestrogenen en progesteron) extra toegediend in de vorm van medicatie. Vrouwen bij wie de baarmoeder is weggenomen (hysterectomie) krijgen alleen oestrogenen toegediend.

3.2 Wanneer is een behandeling nodig?

Een hormonale substitutietherapie is niet bij alle vrouwen zinvol. De behandeling wordt eventueel opgestart na overleg met de arts en hangt af van de symptomen, de verwachte effecten en het eventueel bestaan van contra-indicaties. De HST kan in bepaalde gevallen jaren duren, maar alleen na evaluatie van de risico's en voordelen voor de patiënte.

3.3 Snel merkbare voordelen

Na enkele weken leidt de HST vaak tot:

- minder opvliegers,
- vermindering van de vaginale atrofie en de daarmee gepaard gaande symptomen,
- minder vaak urineweginfecties,
- een betere levenskwaliteit met verbetering van de slaapstoornissen en stemmingswisselingen, toename van het libido.

3.4 Voordelen op lange termijn

Op langere termijn heeft de HST de volgende voordelen:

- daling van het risico op osteoporose en breuken als gevolg van deze osteoporose,
- mogelijke daling van het risico op darmkanker,
- mogelijke daling van het risico op type 2-diabetes,
- mogelijke daling van het risico op hart- en vaatziekten.

3.5 Wat zijn de mogelijke risico's?

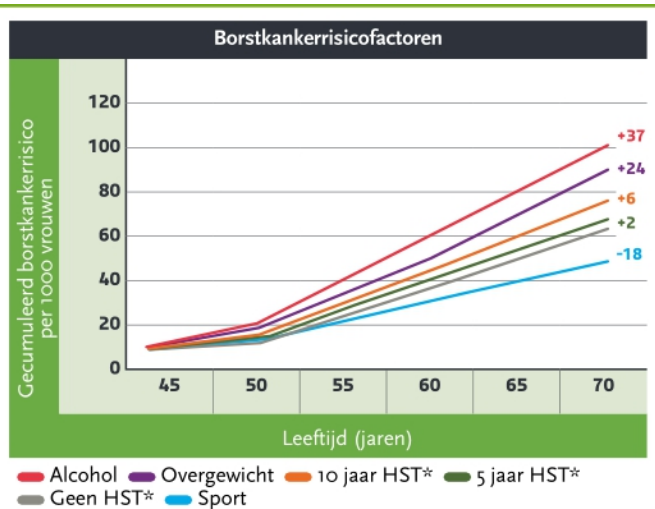
De risico's door toediening van hormonale substitutietherapie (HST) hangen zowel af van:

- het moment waarop de therapie wordt opgestart en de leeftijd van patiënte (risico's op vaataandoeningen zijn meestal groter bij oudere patiënten).
- het type HST dat wordt gebruikt, de toegediende dosis.

Mogelijke risico's zijn:

- verhoogd risico op borstkanker en recidief borstkanker. Het is belangrijk te weten dat specifiek voor borstkanker, natuurlijke hormonen en laag gedoseerde preparaten op basis van oestrogenen en synthetische progestiva. Preparaten op basis van oestrogenen en synthetische progestiva zijn minder veilig en dienen beperkt ingenomen te worden. Bespreek dit met uw arts.
- verhoogd risico op cerebrovasculaire accidenten (CVA).
- verhoogd risico op veneuze trombose. Het is belangrijk te weten dat laag gedoseerde orale preparaten en preparaten die op de huid worden aangebracht (gel of pleister) geen verhoogde kans geven op een trombose. Bespreek dit met uw arts, mogelijk verhoogd risico op galblaasstenen.

Deze risico's moeten vooral per geval worden bekeken en worden afgewogen tegen de voordelen van de therapie en de mogelijke impact van andere risicofactoren (alcohol, overgewicht, weinig beweging, enzovoort).



3.6 Wat zijn de contra-indicaties

Zoals bij elke medicatie, zijn er ook contra-indicaties bij een hormonale substitutie:

- persoonlijke voorgeschiedenis van borstkanker of hormoonafhankelijke kanker (eierstokken, baarmoederslijmvlies).
- persoonlijke voorgeschiedenis van vaataandoeningen van het type veneuze trombose of longembolie, maar ook hartinfarct of cerebrovasculair accident (CVA).

Als u zich zorgen maakt om één van deze contra-indicaties, bespreekt u dit beter met uw arts. Misschien kan hij/zij u een alternatief voorstellen.

3.7 Wijze van toediening

Hormonale substitutietherapieën kunnen op verschillende manieren worden toegediend:

- via de mond: pillen,
- via de huid: patch, gel, pleisters,
- in de baarmoeder: spiraaltje.

3.8 Therapeutische schema's

Er bestaan verschillende therapeutische schema's voor de toediening van orale oestroprogestatieve substitutiehormoontherapieën voor vrouwen die geen hysterectomie ondergingen:

- sequentieel: voor vrouwen in de perimenopauze: de oestrogenen worden toegediend gedurende 28 dagen van de cyclus en het progesteron van dag 14 tot dag 28. Er is geen pauze tussen twee pil-lenstrips. De patiënte wordt ongesteld nadat ze het progesteron inneemt, m.a.w. tijdens de eerste dagen van de cyclus (of het begin van de volgende strip).
- cyclisch: voor vrouwen in de perimenopauze: de oestrogenen worden toegediend van dag 1 tot dag 21 van de cyclus en het progesteron van dag 7 tot dag 21. De behandeling wordt dan gedurende verschillende dagen onderbroken (doorgaans 7 dagen) zodat de patiënte haar regels heeft.
- continu en gecombineerd: voor vrouwen in de post-menopauze: oestrogenen en progesteron worden tegelijkertijd toegediend gedurende de volledige cyclus, van dag 1 tot dag 28, zonder onderbreking.

Vrouwen die een hysterectomie hebben ondergaan, kunnen voordeel hebben bij een behandeling uitsluitend met oestrogenen. Het is belangrijk om de aanbevelingen van de arts correct op te volgen.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



www.ZOL.be



www.twitter.com/ZOLziekenhuis



www.facebook.com/ZOLzh



www.youtube.com/user/ZOLziekenhuis

Schrijf u in op onze nieuwsbrief via www.zol.be

Raadpleeg online uw medisch dossier via www.mijnzol.be