

ntog

2020

sinds 1889

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

Themanummer Menopauze

Met o.a.

- Hartklachten in de (peri-)menopauze
- Effecten van zwangerschapscomplicaties op langere termijn
- Premature ovariële insufficiëntie
- Preventie osteoporose bij anorexia nervosa
- Begeleiden van vrouwen in de overgang
- Interprofessioneel opleiden is geen bevlieging
- Depressie tijdens de perimenopauze
- Cognitieve gedragstherapie voor overgangsklachten
- Seks in en na de overgang
- Slaapstoornissen tijdens de overgang
- Hoe carrières tot stilstand kunnen komen
- De overgang zit tussen uw oren, mevrouw!
- Overgangsklachten en het menopauzespreekuur

nv

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR

PostNL - Port betaald

Colofon

REDACTIE

V. Mijatovic, hoofdredacteur (mijatovic@ntog.nl)
 W. Ganzevoort, voorzitter deelredactie perinatologie
 S.J. Tanahat, voorzitter deelredactie vpg
 J.W.M. Aarts, voorzitter deelredactie gynaecologie
 B.B. van Rijn, redacteur perinatologie
 F. Vernooij, rubrieksredacteur NOBT-BOBT
 R. van de Laar, rubrieksredacteur NOBT-BOBT
 F. Yarde, namens VAGO
 J. van 't Hooft, redacteur Crown Initiative
 A.A. de Ruigh, rubrieksredacteur UNO
 A.W. Kastelein, rubrieksredacteur UNO
 M.J. Janssen, illustrator
 A.C.M. Louwes, communicatieadviseur NVOG

LEDEN DEELREDACTIES

E.A. Boss, rubrieksredacteur NOBT
 J.J. Duvekot, perinatoloog
 O.W.H. van der Heijden, perinatoloog
 K.D. Lichtenbelt, klinisch geneticus
 L.L. van Loendersloot, voortplantingsgeneeskundige
 A.L. Metz-Berends, voortplantingsgeneeskundige
 M.H. Mochtar, voortplantingsgeneeskundige
 S.M. Mourad, gynaecoloog
 A.C.J. Ravelli, epidemioloog
 J.G. Smit, gynaecoloog
 W.B. de Vries, kinderarts-neonataloge

UITGEVER & REDACTIESECRETARIAAT

GAW ontwerp+communicatie b.v.
 Generaal Foulkesweg 72, 6703 BW Wageningen
 mw. Judica Velema (bureauredactie)
 Jelle de Gruyter (eindredactie & productie)
 0317 425880 | redactie@ntog.nl | www.ntog.nl

ABONNEMENTEN (prijzen per jaar en incl. 9% btw)

Standaard € 201,-. Studenten € 88,00. Klinisch verpleegkundigen, lid van de NVOG € 88,00. Buitenland € 305,-. Studenten buitenland € 155,-.
 Abonnementen lopen per jaar van 1 januari t/m 31 december. Aanmelden en opzeggen van abonnementen en adreswijzigingen s.v.p. doorgeven aan de uitgever.

ADVERTENTIES

Brickx, Kranenburgweg 144, 2583 ER Den Haag,
 070 3228437 | www.brickx.nl
 dhr. E.J. Velema | 06 4629 1428 | eelcojan@brickx.nl

OPLAGE, VERSCHIJNING & VOLGENDE EDITIE

1850 ex., 8 x per jaar.
 NTOG vol.133#2 verschijnt 14 maart 2020.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd of openbaar gemaakt, in enige vorm of enige wijze, digitaal noch analoog, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.
 Redactie en uitgever verklaren dat deze uitgave op zorgvuldige wijze en naar beste weten is samengesteld; uitgever en auteurs kunnen evenwel op geen enkele wijze instaan voor de juistheid of volledigheid van de informatie. Redactie en uitgever aanvaarden dan ook geen enkele aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die het gevolg is van bedoelde informatie. Gebruikers van deze uitgave wordt met nadruk aangeraden deze informatie niet geïsoleerd te gebruiken, maar af te gaan op professionele kennis en ervaring en de te gebruiken informatie te controleren.

RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS

Zie www.ntog.nl

BEELD OMSLAG en titelpagina Menopauze katern

Zelfportret, uit de Bach Serie Schilderijen, 2003, 130x90cm, olieverf op doek, Jacomina van Loon, Amsterdam

ADVERTEERDERS IN DIT NUMMER

Gedeon Richter | *Lenzetto*
 Gedeon Richter | *Bemfola*
 Besins Healthcare | *Utrogestan*

ISSN 0921-4011

Inhoud

- 4 **Thema Editorial 'Menopauze' Nu meer dan ooit een belangrijk onderwerp**
 drs. Dorenda van Dijken
 - 5 **NVOG-bestuur Jaarthema: Gezond ouder worden als vrouw**
 dr. Astrid Vollebregt
 - 6 **Kort Nieuws Frans Roumen geridderd | Buitendag Werkgroep Historie: save the date | Patiëntendag Stichting Lichen Sclerose | European Spontaneous Preterm Birth Congress in Nederland**
 - 7 **In memoriam Aad Huisman 1948 - 2019**
 Karin Aalders
 - 8 **Opinie Leiderschap is een keuze**
 dr. J.A.M. de Boer en drs A.G.E. van Dam
 - 10 **Koepel Kwaliteit Moedersterfte in Nederland bijna laagste van de wereld**
 dr. J.J. Zwart
 - 11 **Koepel Opleidingen Regionaal Opleiden, hoe doen we dat?**
 drs. C. Kanne en prof.dr. F. Scheele
 - 12 **Actueel Nevenbevindingen bij de NIPT**
 dr. L. Henneman, dr. D. van Opstal, dr. M.V.E. Macville *et al.*
 - 14 **Ingezonden Bezwaar Bureau Clara Wichmann tegen Nu Niet Zwanger**
 dr. S.M. van der Kooij
- Thema Menopauze**
- 16 **Hartklachten in de (peri-)menopauze**
 prof. dr. A.H.E.M. Maas
 - 19 **Effecten van zwangerschapscomplicaties op langere termijn**
 dr. J.J. Duvekot en dr. J.E. Roeters van Lennep
 - 22 **Premature ovariële insufficiëntie: een zeldzaam ziektebeeld met grote impact**
 dr. Y.V. Louwers, L.G. Jiskoot MSc en dr. I. Schipper
 - 24 **Preventie osteoporose bij anorexia nervosa**
 drs. W. Jager en dr. A.G. Veldhuis-Vlug
 - 26 **Begeleiden van vrouwen in de overgang vraagt om transmuraal samenwerken**
 prof. dr. H. de Vries, drs. A.A.L. Smits en drs. Y.A.J.M. Dabekausen
 - 28 **Interprofessioneel opleiden is geen beveling**
 C.L. Vreede en A.V. Öry
 - 30 **Depressie tijdens de perimenopauze**
 M.V. Kasander en M. de Kruif
 - 32 **Cognitieve gedragstherapie voor overgangsklachten**
 drs. V. Atema, dr. M. van Leeuwen en dr. H.S.A. Oldenburg
 - 34 **Ook in en na de overgang gaat het bij seks om stimulus, context en communicatie**
 drs. B.R.van Moorst en dr. H.W. van Lunsen
 - 37 **Slaapstoornissen tijdens de overgang**
 dr. Kristel M. Kasius
 - 39 **Hoe carrières tot stilstand kunnen komen**
 dr. H. Oosterhof, drs. M. van Aalst en drs. M. Geukes
 - 42 **De overgang zit tussen uw oren, mevrouw!**
 Eveline Bakker en Saron Petrinilia
 - 44 **Overgangsklachten en het menopauzesprekkuur**
 E.J. Molenaar-Wessels
 - 46 **Column Mieke Kerkhof**
'Je hebt geen diagnose nodig om je patiënt in leven te houden'
 - 47 **Hora Est Gynaecological malignancies in Lynch Syndrome**
 dr. J.M. Woolderink
 - 48 **Zuijderland Geen spreekverbod meer voor de menopauze**
 drs. Marcel Zuijderland. *Illustratie Marc-Jan Janssen*
 - 50 **pREGnant Metoclopramide tijdens de zwangerschap**
 drs. L. de Vries en S. Vorstenbosch
 - 51 **Gynae goes green Waar zullen we beginnen?**
 Lauren Bullens
 - 53 **NOBT - BOBT Echocontrole nodig bij laagliggende placenta? | Prognostic factors for the failure of endometrial ablation | Obstetrische risicofactoren voor posttraumatische stress**
 dr. Floor Vernooij en dr. Rafli van de Laar *redactie*

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE

Het NTOG is het officiële tijdschrift van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Dutch Society of Perinatal Medicine. De NVOG heeft als doel het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de voortplanting en van de vrouwenziekten te bevorderen, de optimale toepassing van kennis en kunde in de uitoefening van het specialisme Obstetrie en Gynaecologie te stimuleren en de maatschappelijke belangen van beoefenaars van het specialisme

Obstetrie en Gynaecologie en in het bijzonder van haar leden te behartigen. De vereniging wil dit doel bereiken door het houden van wetenschappelijke bijeenkomsten; het publiceren van wetenschappelijke artikelen; het houden van toezicht op de nascholing van opgeleide specialisten; het behartigen van de belangen van de specialisten, alsmede de beoefenaars van dit specialisme, en in het bijzonder de leden van de NVOG, bij daarvoor in aanmerking komende organen en instanties.



Themakatern 'Menopauze'

Nu meer dan ooit een belangrijk onderwerp

drs. Dorenda van Dijken *voorzitter projectgroep jaarthema NVOG 2020, gasthoofdredacteur themakatern 'Menopauze'*

Enig idee hoe oud vrouwen werden rond 1900? Het is nog maar 120 jaar geleden, maar de gemiddelde leeftijd was slechts 46 jaar. De overgang bestond uiteraard al wel, maar was niet zo actueel als nu. Doordat vrouwen nu veel ouder worden, is aandacht voor de lange termijn-gevolgen van de menopauze op de gezondheid heel belangrijk.

In de jaren 90 werd hormoontherapie veelvuldig en laagdrempelig voorgeschreven omdat het heel effectief was tegen climacteriële klachten. Tot de WHI-publicatie in juli 2002. De impact van de verkeerde interpretatie van de uitkomsten van deze studie is alom bekend. Ondanks de nuancering van de WHI-resultaten en het feit dat in Europa veiligere producten, en bovendien ook minder langdurig, worden voorgeschreven blijft de negatieve beeldvorming hardnekkig. Mede hierdoor lopen we in Nederland achter ten opzichte van de rest van Europa op het gebied van (h)erkenning en behandeling van climacteriële klachten. De NVOG wil hierin een inhaalslag maken, en zelfs een voorloper worden met betrekking tot het onderwerp menopauze. Daarom is het jaarthema van 2020 'Menopauze / gezond ouder worden als vrouw', omdat de menopauze veel breder is dan alleen climacteriële klachten. We zijn de redactie van het NTOG erkentelijk voor de mogelijkheid tot en hulp bij het maken van dit themakatern.

De multidisciplinaire projectgroep die het jaarthema heeft uitgewerkt, bestond uit een aantal gynaecologen, een bedrijfsarts, twee huisartsen, voorzitter LOVAH (aios huisartsengeneeskunde), vertegenwoordiging NVOG en

ZonMw en de patiëntenvereniging. Elke vergadering barstte van de energie waarbij steeds meer bleek hoe breed en leuk dit onderwerp eigenlijk is. Een belangrijke focus ligt volgens de projectgroep, niet op het behandelen van klachten, maar op gezond zijn en gezond blijven.

Deze *lifecourse approach* (levensloopbenadering) is ook de strekking van het in 2019 uitgekomen nieuwe *Leerboek Gynaecologie en Obstetrie*. De huisartsen, aios huisartsengeneeskunde en menopauzeverpleegkundigen, hebben hier een belangrijke taak in, zoals zij benoemen in hun artikelen. De unieke samenwerking met de diverse collega's heeft geleid tot een aparte multidisciplinaire Stuurgroep Menopauze binnen de NVOG. Deze stuurgroep, onderdeel van de Pijler Benigne Gynaecologie, zal zorgdragen voor blijvende aandacht over dit onderwerp.

Het onderwerp menopauze zal geïmplementeerd worden in het nieuwe Opleidingsplan, ook bij bedrijfsartsen. Vitaliteit op de werkvloer wordt namelijk een steeds belangrijker onderwerp en hier is echt een verbeteringslag te behalen met betrekking tot ziekteverzuim. Vanuit de gynaecologie is hier al een samenwerking met de bedrijfsarts zoals in hun gezamenlijk artikel beschreven. Verder is op het gebied van hart- en vaatziekten (soms) al een start gemaakt met (goede) samenwerking, maar ook hier valt nog veel winst te behalen, zoals de cardioloog in haar artikel onderstreept. Dit blijft voor vrouwen nog steeds doodsoorzaak nummer één en de preventie bij jonge vrouwen kan echt nog beter. Het artikel over POI en de zorg na zwangerschapscomplicaties illustreert dit. Voor goede

counseling en zorg is kennis nodig, dus het onderwerp menopauze zal in 2020 terugkomen bij alle NVOG-activiteiten als het Gynaecologisch congres en de Pijlerdagen.

Want wat weet u van depressie, slaapstoornissen, osteoporose of seks in deze levensfase? Ook dit komt aan bod en een voorproefje kan u nu alvast lezen. Een jaarlijkse nascholingscursus is in ontwikkeling, evenals *e-learning*. Uiteraard alles multidisciplinair! Daarnaast is er per OOR een aanspreekpunt benoemd, die borgt dat dit onderwerp altijd aan bod komt bij het Clusteronderwijs en dat alle aios voldoende ervaring opdoen.

Kortom, de menopauze en gezond ouder worden als vrouw is nu meer dan ooit een belangrijk onderwerp waarbij we met elkaar goede zorg kunnen leveren. Uit het artikel van de patiëntenvereniging blijkt dat hier echt behoefte aan is. We hopen dat u dit nummer van het NTOG met daarin het themakatern met veel plezier gaat lezen en net als wij enthousiast worden van het onderwerp en daarin de samenwerking met andere disciplines. Behalve de winst die hier ligt voor de gezondheid van vrouwen, kunnen we ook veel van elkaar leren en is samenwerken leuk en geeft positieve energie. Laten we met elkaar de inhaalslag gaan maken!

Want heeft u enig idee hoe oud vrouwen gemiddeld zullen worden over 120 jaar?

Jaarthema 2020



Gezond ouder worden als vrouw

dr. Astrid Vollebregt lid NVOG-bestuur

Voor u ligt het eerste NTOG van 2020 met als thema gezond ouder worden als vrouw! Ook al is de eerste maand van het nieuwe jaar reeds verstreken wil ik allereerst jullie allen namens het NVOG-bestuur een heel mooi en gezond 2020 toe wensen.

Het is al eeuwen traditie om bij de start van een nieuw jaar goede voornemens te hebben. De meeste goede voornemens zijn vaak na een maand al weer weggezaakt, het beste voornemen is dan ook om je goede voornemens onderdeel te maken van je leven en niet terug te vallen in oude patronen. Maar dat vergt een aanpassing van de gebruikelijke routine.

Ondanks dat ik meer dan voldoende aan beweging doe, heb ik me dit jaar voorgenomen weer structureel naar de sportschool te gaan. Ik sponsor deze sportschool al jaren omdat ik liever buiten sport en dacht erover om deze op te zeggen, totdat een bevriende collega me erop attendeerde dat je er ook hele goede ontspanningslessen kunt volgen. Voor mij een reden om het lidmaatschap toch niet op te zeggen.

Liggend op een yogamatje van mijn eerste yogales ooit, bedacht ik deels de inhoud van deze bestuurscolumn: want yoga schijnt ook bij te dragen aan het gezond ouder worden. Al begreep ik direct dat het niet de bedoeling was om tijdens de yogales de inhoud van een column te bedenken, maar je te focussen op je lichaam. Direct wat geleerd!

Anno 2020 is er wereldwijd steeds meer aandacht voor preventie en vind

je overal allerhande gezondheidsadviezen. Inmiddels zijn hierover vele boeken geschreven en kun je op Google vele tips vinden, zoals: *'Met gezond ouder worden moet je jong beginnen'* en *'Je hoeft maar één ding te doen: dromen...'*.

Zo is het in 2014 verschenen boek *'Oud worden zonder het te zijn'* van hoogleraar ouderengeneeskunde Rudi Westendorp inmiddels een bestseller. Kortom veel aandacht voor gezond ouder worden, maar daarbij worden de specifieke gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen nog onvoldoende belicht. En daar kunnen wij gynaecologen verandering in brengen.

Vorig jaar is ons visiedocument gynaecoloog 2025 bij alle leden op de mat gevallen. Hierin hebben we als bestuur met input van alle koepels en pijlers een toekomstvisie voor de gynaecoloog in 2025 neergezet, waarin we ook een agenda met concrete doelen hebben opgesteld. Een deel van de doelen wordt inmiddels verder geconcretiseerd en onder andere uitgewerkt samen met de koepels en de pijlers.

Eén van de doelen uit ons visiedocument is *'Jaarlijks een specifiek thema selecteren dat projectmatige invulling krijgt door een breed scala aan activiteiten'*. Dit doel komt voort uit het hoofdstuk *'Betrokken bij gezondheid en gedrag'*, wat vooral over preventie gaat en onze actieve rol als gynaecoloog daarin.

Vrij snel waren we het erover eens dat het eerste NVOG-jaarthema onder ander de menopauze zou moeten bevatten. Vaststaat dat we in Nederland achterlopen wat betreft de (h)erkenning en behandeling van cli-

macteriële klachten ten opzichte van andere landen in Europa. Hier ligt een rol voor ons als gynaecologen om daar verandering in te brengen! Samen met vertegenwoordiging van diverse andere disciplines (oa ZonMW, bedrijfsartsen, huisartsen, aios, patiëntvereniging) werd vorig jaar een projectgroep opgericht onder leiding van Dorenda van Dijken. Deze multidisciplinaire projectgroep was er in de eerste inspirerende vergadering direct van overtuigd dat het onderwerp eigenlijk breder belicht zou moeten worden en zo werd het jaarthema 2020 geboren: *'Gezond ouder worden als vrouw'*.

De eerste uiting van het themajaar ligt voor uw neus: Het NTOG-themanummer! Verder zal er dit jaar volop aandacht zijn voor dit thema bij het Gynaecologisch Congres en Pijlerdagen, wordt het onderwerp opgenomen in het nieuwe opleidingscurriculum, komt er een jaarlijks terugkerende nascholingscursus, zal het in de media onder de aandacht worden gebracht en wordt er een e-learning ontwikkeld. Verder zal de projectgroep waarschijnlijk als stuurgroep worden opgenomen binnen de organisatie van de NVOG. Kortom vele activiteiten vanuit een bruisende projectgroep!

En ná mijn vorige sessie op het yogamatje droom ik ondertussen dat we voorop lopen op dit thema in Europa! Met deze enthousiaste en energieke projectgroep wordt deze droom vast werkelijkheid!



Frans Roumen geridderd

Frans Roumen ontving zaterdag 26 oktober een Koninklijke Onderscheiding uit handen van waarnemend burgemeester Emile Roemer. Hij is benoemd tot Ridder in de Orde van Oranje-Nassau.

Frans Roumen startte in 1980 als gynaecoloog op de afdeling Obstetrie en Gynaecologie in Parkstad en heeft zich altijd sterk gemaakt voor de ontwikkeling in het vakgebied. De zorg rondom zwangerschap en anticonceptie is nog steeds de rode draad in zijn leven, ook na zijn pensionering in 2014. De NVOG feliciteert Frans Roumen van harte met de ontvangen Koninklijke onderscheiding.

Bron: NVOG

Buitendag Werkgroep Historie: *save the date*

Op zaterdag 16 mei 2020 vindt de jaarlijkse buitendag plaats van de Werkgroep Historie van de NVOG, ditmaal in Den Haag, van 9.30 uur tot 14.30 uur. Opnieuw is een mooie locatie uitgezocht: de schutterszaal in het Haags Historisch Museum in de Sint Sebastiaansdoelen aan de Korte Vijverberg. In de ochtend worden de voordrachten gehouden, vervolgens een lunch en daarna een rondleiding door het museum. De buitendag wordt afgesloten op een van de oudste en gezelligste terrassen van Den Haag. Het definitieve programma en de instructies met betrekking tot de inschrijving volgen binnenkort.

Vanwege de omvang van de historische zaal is het aantal deelnemers, met name aan het ochtendprogramma, gelimiteerd. Bij overintekening bestaat de mogelijkheid voor partners om deel te nemen aan het tweede deel van het programma, vanaf de voordrachten. In dat geval zal voor de partners in de ochtend een alternatief programma worden aangeboden. Leden van de Werkgroep Historie hebben voorrang bij de aanmelding.

Patiëntendag Stichting Lichen Sclerosse

Op 9 november 2019 vond de patiëntendag van de Stichting Lichen Sclerosus plaats. Een jaarlijks evenement waar LS-patiënten met partners samenkomen voor contact en voorlichting. De dag begon met de uitreiking van de 'Dr. Willem I. van der Meijden Vulvaward' voor de beste vulvapoli van het afgelopen jaar. Drie klinieken waren genomineerd door de patiënten: de vulvapoli's van het RadboudUMC, het Erasmus MC, en de Roosevelt Kliniek. Omdat hij niet zelf aanwezig kon zijn, liet dr. Wim van der Meijden via een videoverbinding weten dat opnieuw de



Roosevelt Kliniek gewonnen had. Dr. Laurens Barkema van het Antonius Ziekenhuis Sneek (winnaar 2018) overhandigde het beeldje aan een trotse Bram ter Harmsel, van de Roosevelt Kliniek. Jeroen Dijkstra, gynaecoloog en seksuoloog (Isala Klinieken, Zwolle) hield een inspirerend en verhelderend verhaal over seksualiteit bij LS. Hij vond zeer knap een goede balans tussen (nieuwe) informatie en humor. Uit de zaal veel vragen, over soms heel persoonlijke ervaringen. De aankondiging van de studie naar impact van LS op seksueel functioneren, werd als zeer waardevol ontvangen.

Kim van Mierlo (aios dermatologie) gaf een mooi overzicht van haar differentiatie-stage vulvopathologie. Zij maakte kennis met ziektebeelden als LS, lichen planus, HSIL en vulvaire psoriasis. Ze bedankte de patiënten voor het laten 'meekijken'. Zonder dat is het onmogelijk om nieuwe collega's op te leiden. Irene van der Avoort (gynaecoloog Ikazia Ziekenhuis Rotterdam) besprak vragen over LS en menstruatie, zwangerschap en bevalling, uit de besloten Facebookgroep van de stichting. Helaas ontbreekt veel *evidence*, maar gelukkig zijn er steeds meer vulvapoli's waar ondersteuning wordt geboden (zonder onnodig te medicaliseren).

Caren de Graaf, psycholoog, vertelde over de psychische impact die een chronische aandoening als LS heeft. De verschillende fases van rouw werden besproken en handvatten werden uitgereikt om van uit positieve psychologie om te gaan met rouw en herstel. Bram ter Harmsel gaf een overzicht van de laatste nieuwtjes op LS-gebied vanuit de ISSVD. Hij benadrukte het terughoudende standpunt vanuit de ISSVD t.a.v. laser- en stamceltherapie: beide zijn nog niet bewezen veilig en/of zinvol. Ook hield hij een pleidooi voor het blijven gebruiken van een laagfrequente onderhoudsdosering met steroïden en dagelijks gebruik van vette zalf. Ter Harmsel sloot af met antwoorden op allerlei vragen vanuit het forum. Tussen de praatjes door, was er volop gelegenheid voor lotgenotencontact en/of persoonlijke vragen aan de sprekers. De volgende patiënten-dag voor LS-patiënten zal vindt plaats op 7 november 2020. www.LSNederland.nl

European Spontaneous Preterm Birth Congress in Nederland

Van 13-15 mei 2020 zal de vierde editie van het *European Spontaneous Preterm Birth Congress* (ESPBC) worden georganiseerd in Nederland. Het congres vindt plaats in de Philharmonie te Haarlem. Een unieke kans om in eigen land een congres van drie dagen bij te wonen, dat gericht is op vroeggeboorte. Op de eerste dag van het congres wordt basaal en translationeel onderzoek gepresenteerd, met o.a. een sessie over het vaginale microbiom en innovatieve behandelingen voor cervix insufficiëntie. In het middagprogramma is er aandacht voor vroeggeboorte vanuit internationaal perspectief in een sessie die wordt verzorgd door het Preterm Birth International Collaborative (PREBIC). Dag twee staat geheel in het teken van klinisch onderzoek en worden de nieuwste resultaten van grote trials gepresenteerd, current state-of-the-art keynote lectures gegeven door internationale experts en zijn er debatten over progesteron gebruik en tocolyse. Op dag drie krijgt u een inkijk in wat de toekomst ons qua onderzoek en behandeling op het gebied van vroeggeboorte gaat brengen, en is onze gast Alan Flake, van het Children's Hospital of Philadelphia, die recent in het nieuws kwam met zijn experimenten op het gebied van de ontwikkeling van een kunstbaarmoeder.



Na deze dagen bent u geheel up-to-date op het onderwerp vroeggeboorte en kunt u deze kennis meenemen naar uw dagelijkse praktijk. Verdere informatie kunt u vinden op www.espbc.nl. Wij hopen op een grote opkomst van onze Nederlandse collega's. Het congres is geaccrediteerd door de NVOG met 15 punten.

Martijn Oudijk en Eva Pajkrt.

Aad Huisman 1948-2019

Op 26 juli 2019 is Aad Huisman, op 71-jarige leeftijd, na een korte ziekteperiode, in bijzijn van zijn vrouw en drie dochters, thuis overleden.

Aad werd geboren in Zeeland, groeide op in Apeldoorn en studeerde in Groningen. Daar ontmoette hij de liefde van zijn leven, Hinka Bos, sindsdien waren ze onafscheidelijk. Ook vond hij daar de liefde voor zijn vak: gynaecologie en vooral verloskunde.

In 1974 startte hij zijn opleiding in het academisch ziekenhuis in Groningen. Na een laatste opleidingsjaar in Curaçao keerde hij er terug als stafid obstetrie en begon aan zijn promotieonderzoek. Door het overschot aan gynaecologen in die tijd, verzette hij zijn bakens en greep de kans om in Arnhem in het Elizabeth Gasthuis te beginnen. Door de flexibiliteit van zijn collega's en de steun van het thuisfront met drie jonge dochters, lukte het Aad om in 1986 te promoveren. De voltooiing van zijn proefschrift *Haemorrhological changes during pregnancy* werd groots gevierd. Daarna stak Aad veel energie in de fusie van de drie Arnhemse ziekenhuizen en het wegvallen van het Velpse ziekenhuis. In 1994 werd het nieuwe Arnhemse ziekenhuis betrokken met een maatschap van acht gynaecologen. Aad, opleider in hart en nieren, bracht in zijn EG-tijd tropenartsen en co-assistenten liefde voor en kennis en kunde van het vak bij. Na de fusie lukte het hem om de gynaecologie-opleiding binnen te halen, eerst in het cluster Utrecht, later samen met Nijmegen. Vele jaren vervulde hij de rol van opleider met groot enthousiasme. Met de hem kenmerkende discipline, organisatietalent, passie, integriteit en humor begeleide hij vele arts-assistenten op weg naar hun specialisatie of andere carrièrekeuzes. Dat dit zeer gewaardeerd werd bleek op het symposium bij zijn 25-jarig jubileum, waarvoor alle oud-assistenten uitgenodigd waren. Ook was Aad jarenlang actief binnen het Consilium van NVOG als opleider. Aad was een *all round* gynaecoloog en een empathische dokter. Hij was een van de grondleggers van de PND-afdeling, waar ook invasieve diagnostiek werd uitgevoerd. Hij stond bekend om



zijn uitgebreide statusvoering in een prachtig leesbaar handschrift. De overgang naar het EPD was voor hem dan ook geen onverdeeld genoegen. Ook als manager heeft Aad een grote rol gespeeld voor de maatschap, zowel in de fusietrajecten als in de medische staf. Hij had een voorbeeldfunctie en bewaakte de discipline. *On the horses* was zijn kreet als er weer eens te lang werd gekletst en tijd werd verdaan. 30 jaar was Aad lid van het regionaal tuchtcollege in Zwolle. Gewaardeerd om zijn integriteit en gedegen voorbereiding van de rechtszaken. In 2013, op 65-jarige leeftijd, nam Aad met een mooi feest afscheid van de vakgroep. Ter ere van zijn afscheid werd Stichting Aad opgericht ter bevordering van medisch onderwijs in derde wereld landen waarin hij nog vele jaren actief was. Stilzitten zat niet in zijn aard. Zo was hij nog enkele jaren actief in de raad van bestuur van het Mildredhuis in Arnhem.

Aad had een enorme passie voor zuidelijk Afrika. Na zijn pensionering heeft hij samen met Hinka erg genoten van de vele reizen die zij daar in hun eigen camper hebben kunnen maken. Ook hun tweede huis in Zeeland, *back to the roots*, was een gouden greep. Samen met hun kinderen en acht kleinkinderen hadden ze daar mooie tijden. Het is nauwelijks te bevatten dat een man die nog zo vol in het leven stond en van het leven genoot in zo'n korte tijd afscheid heeft moeten nemen. We zijn dankbaar voor wat hij voor ons heeft betekend.

Karin Aalders
gynaecoloog, Rijnstate Arnhem

Geen rol of functie

Leiderschap is een keuze

dr. J.A.M. de Boer *gynaecoloog, coach*drs. A.G.E. van Dam *huisarts n.p., coach*

Het woord 'leiderschap' leidt bij een groot aantal mensen tot jeuk of irritatie. Leiderschap wordt vaak verward met management en leidinggevende functies. Dit bleek ook weer uit de gesprekken die werden gevoerd in de Werkgroep 'persoonlijke ontwikkeling' in verband met revisie BOEG.¹

Leiderschap betekent echter niets anders dan het managen van de lastigste persoon op aarde: jezelf.² Leiderschap houdt in dat je het beste van jezelf inzet, bewuste keuzes maakt voor en over jezelf en daarbij het groter geheel in het oog houdt. Leiderschap staat ook voor verantwoordelijkheid nemen, minimaal voor jezelf. Je vergroot of behoudt hiermee je bevoegdheid en je ervaart meer autonomie en invloed. Leiderschap is dus voor iedereen!

Leiderschap is geen onderwerp dat zich laat vangen in RCT's. Leiderschap is echter wel een fenomeen dat onderwerp is in psychologische, antropologische en sociologische studies. Hierin wordt gebruik gemaakt van observatiestudies, waarbij gestructureerd, door een vooraf gedefinieerde bril, gedrag en betekenis worden onderzocht. Ook hierin vormen bestaande theorieën en een hypothese de basis van het onderzoek. De boeken, genoemd bij de referenties, zijn gebaseerd op dergelijk onderzoek. Dit leidt tot kennis die grote invloed heeft op bestuur, economie en onderwijs en die steeds belangrijker wordt in uitoefening en vormgeving van de zorg.

Wat zijn wezenlijke onderdelen van leiderschap?

Leiderschap heeft meer te maken met 'zijn' dan met 'doen'. Zoals al bij de tempel van Apollo bij Delphi beschreven was: 'ken uzelve'. Zelfkennis is een belangrijk onderdeel van leiderschap. Dat betekent dat je duidelijk moet hebben wat je waarden zijn³, wat voor

jou zingeving is⁴, wat je drijfveren zijn en waar je kracht ligt.⁵

Om dit nog meer te ondersteunen is het nodig om te weten wat je valkuilen zijn en waar je blinde vlekken zitten. Dit laatste kom je alleen te weten door *feedback* serieus te onderzoeken. Een andere manier om hier achter te komen is te gaan inzien waar je 'innerlijke criticus', je interne babbelbox, je tegen probeert te beschermen.⁶

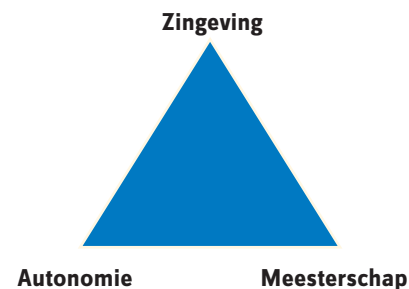
Bovenstaande maakt dat (zelf)reflectie noodzakelijk is in leiderschap. Dat betekent dat je soms afstand moet nemen en rust moet inlassen. Dat hoeft niet een retraite op Bali te zijn, dat kan al heel kort na een moeizaam verlopen partus bijvoorbeeld. Of even na je spreekuur (wat gebeurde er, wat voelde ik, wat betekende het voor mij, wat is er te leren, wat kan ik volgende keer anders doen?). Hierin kan ook de stem van de betrokken collega's zinvol zijn. Als dit op de werkvloer regelmatig gebeurt zal het steeds sneller en makkelijker gaan. Intervisie is hier een goed instrument voor.⁷

Als je met elkaar je gevoelens leert delen (angst, spanning, onzekerheid) zal je ontdekken dat kwetsbaarheid ook ruimte kan krijgen. Dit bevordert het gevoel van heelheid. Omdat leiderschap gaat over 'zijn' is het nodig dat je ook je zachtere kanten kan laten zien, je kwetsbaarheid of zelfs je onzekerheid.⁸ Aan het eind van de dag kost het minder energie als je echt helemaal jezelf kan zijn en geen delen van jezelf hoeft af te schermen.

Leiderschap heeft te maken met persoonlijke groei, niet met het betreden van de hiërarchische ladder. Persoonlijke groei ontstaat door reflectie, door te versterken waar je goed in bent, te weten waar je minder goed in bent en je emotionele valkuilen te beheersen. Een onderdeel dat echter vaak vergeten wordt, of er het eerst bij inschiet is: zelfzorg. Nog steeds geldt: je kunt niet voor een ander zorgen als je niet eerst

voor jezelf zorgt. Denk aan de uitleg van een stewardess over het zuurstofkapje. Zelfzorg bestaat uit vier onderdelen: zorg voor je lichaam (slapen, eten, bewegen, rust, ritme), zorg voor je mentale conditie (focus, mindfulness), zorg voor je emotionele welzijn (afstand nemen, verwerken) en leven vanuit zingeving (waarden, drijfveren, spiritualiteit, religie).⁹

Leven vanuit leiderschap doet je gevoel van autonomie toenemen. Het maakt dat je bewustere keuzes kan en durft te maken, vanuit visie en verlangen. Het geeft je handvatten om je leven en werk zo in te richten dat deze het best passen bij wie je bent. Je neemt daar dan ook de verantwoordelijkheid voor. Daniël Pink¹⁰ heeft aangetoond dat autonomie, zingeving (dat is namelijk je diepste drijfveer) en meesterschap (ontwikkelen, groeien, beheersen) de belangrijkste ingrediënten voor bevoegdheid zijn.

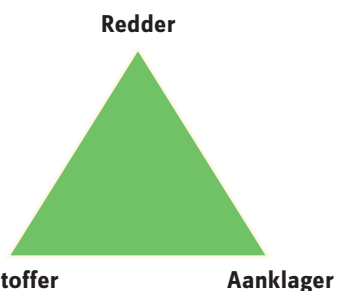


Figuur 1: Bevoegdheid

Gynaecoloog zonder leiderschap?

Een gynaecoloog (ook aios) zonder leiderschap kent zichzelf niet goed, weet niet waar zijn/haar valkuilen zitten en loopt het risico makkelijk reactief te zijn. Het lastigste is dat onze slechtste eigenschappen en reactieve patronen de overhand krijgen als we moe zijn of stress ervaren. Neem een overdracht na een nachtdienst in gedachten. Of een situatie waarin je als vakgroep langere tijd werk van een uitgevallen collega opvangt.

Zonder leiderschap is het moeilijker elkaar aan te spreken op gedrag, kan het onveilig voelen om kwetsbaar te zijn en ben je minder corrigeerbaar. Je voelt je minder vrij je stem te laten horen, zeker als het een minderheidsstem is. In moeilijke situaties oordeel je makkelijk over jezelf (m.b.v. innerlijke criticus), over anderen (aanklagen) of je hebt het gevoel anderen te moeten reddende. Dit is een situatie die in de *transactionele analyse* de 'Dramadriehoek' wordt genoemd.¹¹ Verblijven in één van de posities van deze driehoek kost veel energie. Doordat niemand echt verantwoordelijkheid neemt voor (een deel van) de situatie, verandert er echter niets. Er wordt onmacht of angst ervaren. Langdurig verblijven in een 'dramadriehoek' leidt tot stress, tot verlies van bevoegdheid, er wordt gebrek aan autonomie ervaren en het kost veel energie, waarmee een *burn-out* makkelijk kan ontstaan.



Figuur 2: Dramadriehoek

Zonder leiderschap loop je een groter risico *second victim* te worden na een klacht of calamiteit. Er ontbreekt een mate van zelfreflectie. Kwetsbaarheid is moeilijk te ervaren of te uiten. Hiermee krijgt je innerlijke criticus de overhand, en dat leidt tot schaamte. Schaamte maakt dat je de afzondering opzoekt. Bovendien werkt dit gevoelens van eenzaamheid in de hand. Iedereen die dit weleens heeft meegemaakt herkent de vicieuze cirkel.¹²

Gynaecologie en Obstetrie zijn vakken waarbij samenwerken cruciaal is. Denk eens aan het samenspel tijdens een partus, een operatie, integrale geboortezorg of regionale oncologie. In samenwerkingsverbanden, of als je een bestuurlijke rol krijgt, treedt een ver-

schuiving op van persoonlijk leiderschap naar groepsleiderschap.¹³ Bij gebrek aan leiderschap is er een risico dat de communicatie minder helder is. Er worden vaak aannames gedaan (en niet uitgesproken) en zaken worden persoonlijk genomen. De focus komt makkelijk te liggen op de verschillen. Belangen worden bevochten in plaats van de gezamenlijkheid op te zoeken. Bij gebrek aan leiderschap ligt het ego op de loer om in te grijpen. Verbinden met anderen vraagt om vertrouwen in jezelf en in de ander.¹⁴ Je hoeft het over de inhoud niet per se eens te zijn, maar leiderschap is een basis voor open luisteren en co-creatie.

Kiezen voor leiderschap

Leiderschap is een bewuste keuze. Een keuze om verantwoordelijkheid te willen nemen voor je eigen gedrag, je eigen gevoel en je eigen ontwikkeling. Verantwoordelijkheid nemen voor het willen leven vanuit je eigen waarden en drijfveren. En dat je ervoor kiest vanuit je stevige ik (waar ook kwetsbaarheid en niet-weten bij kunnen horen) invloed te hebben op je leven en werk. Als je daar vanuit kiest voor een leidende rol of functie is dat prachtig, dan heb je een goede basis. Een leidende rol zonder leiderschap werkt niet. Los van die rol past leiderschap iedereen!

Referenties

1. Sandberg, E.M. & Van Meurs, H.S., *Aandacht in opleiding voor persoonlijke ontwikkeling*. NTOG vol 132, blz 268-269, 2019.
2. Tiggelaar, B., *Dromen Durven Doen*. Editie 2010. Spectrum.
3. Barrett, R., *Everything I have learned about Values*. 2018. Lulu.com.
4. Covey, S.R., *De 8ste eigenschap*. 10e druk. 2010. Uitgeverij Business Contact. Amsterdam.
5. Rath, T., *Strengthsfinder 2.0*. 2007. Gallup press.
6. Chamine, S., *Positive Intelligence*. 2016. Greenleaf Bookgroup press.
7. Zeeman, G.G. & de Boer, J.A.M. *Intervisie als oplossing*. NTOG vol. 127, blz. 353-354, 2014.
8. Brown, B., *Dare to lead*. 2018. Vermillion London.
9. Schwarts, T. & McCarthy, C., *Manage your energy not your time*. Harvard Business review <https://hbr.org/2007/10/manage-your-energy-not-your-time>
10. Pink D.H., *Drive*. 13e druk, 2017. Uitgeverij

Business Contact. Amsterdam.

11. Steward, I. & Joines, V., *Transactionele Analyse*, het handboek. 8e druk, 2010. Uitgeverij SWP. Amsterdam.
12. Zeeman, G.G., Dijkman, A., Lim, F.T.H., de Boer, J.A.M. & Weijnenborg, Ph.T.M. *Medische incidenten en klachten, wat doen ze met je?* NTOG vol 128, blz 148-151, 2015.
13. George, B., *Discover your True North*. 2015 Wiley. USA.
14. The Arbinger Institute. *Leadership and self-deception*. 2007. Penguin Books

Trefwoorden

leiderschap, persoonlijk leiderschap, bevoegdheid.

Summary

The statement 'leadership is a choice' is explained in this article. Leadership needs to start with knowing yourself well: with regards to your core values, your most important drivers, core qualities and life purpose. That also means that you acknowledge your pitfalls. Leadership is not necessarily connected to hierarchy. It thrives on personal growth: this is where reflection and wholeness come in. When you act from a stance of leadership your drive in your work will be fueled. It will make work more fun and will create energy. Autonomy, mastery and purpose are crucial. When people do not come from the stance of leadership there is a bigger risk of reactive behaviour, which can lead to being in the 'drama triangle', getting burnt-out, being a 'second victim' or creating conflicts. The stance of leadership asks for a conscious choice. This choice is available to everyone, not only the people who are in leadership positions.

Keywords

Leadership, personal leadership, drive.

Contact

moniek@lemniscaap.com

Belangenverstrengeling

Auteurs zijn eigenaar van Lemniscaap, geaccrediteerde nascholing Medisch leiderschap.

Voor het overige verklaren de auteurs dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

Moedersterfte in Nederland bijna laagste van de wereld

dr. J.J. Zwart *gynaecoloog, namens de Auditcommissie Maternale Sterfte en Ernstige Morbiditeit (AMSM)*

Werd u onlangs ook weer helemaal opgewonden van de nieuwe perinatale sterftecijfers van Peristat? Lees dan vooral even verder. De stagnatie van de perinatale sterfte en de middenmootpositie van ons land brachten de beroepsgroep opnieuw in operste staat van paraatheid. Toch geven de nieuwste moedersterftecijfers een tegengesteld beeld. De moedersterfte daalde de laatste jaren in gepaste bescheidenheid naar een historisch dieptepunt: 3,1 sterfgevallen per 100.000 levendgeborenen. Daarmee doen we niet onder voor landen als Zweden, Denemarken, Finland en de UK... Ook wel eens leuk voor de verandering!

Een mooie prestatie in een tijd waarin lage moedersterfte geen vanzelfsprekendheid blijkt: in de Verenigde Staten stijgt de moedersterfte al jaren zorgwekkend.² Die stijging kent meerdere oorzaken: een 'zieke' gezondheidszorg met ongelijke toegang, een zieke populatie geteisterd door obesitas en comorbiditeit en een verstoorde vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en patiënt, met onnodige medicalisering en hoge sectiepercentages tot gevolg. Een duidelijke waarschuwing: goede resultaten in de geboortezorg moeten we nooit *for granted* nemen, het vereist inspanning om de zorg ook goed te houden.

Daaraan hopen we met AMSM een bijdrage te leveren. De commissie bruist van activiteit, zoals ook bleek tijdens de AMSM-sessie van de Koepel Kwaliteit op het Gynaecologisch congres november j.l in Amersfoort. In een anderhalf uur durende sessie passeerden alle aspecten van het werk van de commissie de revue: de actuele cijfers (meer hierover binnenkort in dit tijdschrift), het goed functionerende registratienetwerk NethOSS, de connectie met vele succesvolle projecten in lage- en middeninkomenslanden, en de samenwerking binnen de *International Network of*

Obstetric Survey Systems (INOSS) dat komende zomer zijn tienjarig bestaan viert in Oxford onder Nederlands voorzitterschap. Ook werden enkele uitdagingen waar we voor staan in een interactieve sessie aangestipt. Met name ging het over de vraag hoe de resultaten van de commissie het beste met de leden te delen: de implementatie van *lessons learned*.

De commissie bestaat nu bijna 40 jaar en heeft de laatste jaren een transitie ondergaan. In geboortezorgland is veel veranderd en we passen ons aan aan de nieuwe realiteit. Moedersterfte is een zeldzaamheid geworden, waarbij de focus is verschoven van obstetrische naar onderliggende niet-obstetrische oorzaken zoals cardiale aandoeningen en suïcide. En van mortaliteit naar morbiditeit: het verzamelen en analyseren van ernstige maternale morbiditeit is een niet meer weg te denken onderdeel geworden van de commissie, getuige ook het recente proefschrift van Timme Schaap.³ Daarnaast is het audit-proces dankzij de Perinatale Audit Nederland geprofessionaliseerd, en is de tijd rijp voor landelijke introductie van audit van maternale sterfte op de werkvloer. Een aantal verloskundig samenwerkingsverbanden is hiermee al begonnen, en wij doen er ervaring mee op. Graag bieden we dan ook, waar gewenst, hulp aan lokale auditcommissies bij de organisatie van een dergelijke audit, bijvoorbeeld door het leveren van een onafhankelijk voorzitter vanuit de commissie.

En *last but not least*: ook de AMSM heeft zich moeten aanpassen aan de AVG. De organisatie is geprofessionaliseerd en staat nu als een huis: we zijn ondergebracht bij Perined, een gecertificeerde organisatie met veel expertise en een streng beveiligde elektronische omgeving. Data worden dus anoniem en veilig verwerkt, ook als het over gegevens gaat waarbij andere beroepsgroepen zijn betrokken. Belangrijk voor u om u te realiseren is dat we ook een

wettelijke juridische basis hebben voor het werk wat de commissie doet: de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) stelt dat kwaliteitsborging een verplichting van de zorgaanbieder is, waarbij 'ook op systematische wijze gegevens moeten worden verzameld en geregistreerd en op systematische wijze wordt getoetst of wel goede zorg is geleverd' (artikel 7). Hiertoe wordt aan iedere zwangere aan het begin van de zwangerschap om toestemming gevraagd. Anonimiteit van de data is hierbij wel van belang.⁴ Om aan al deze belangrijke taken van de commissie de komende jaren invulling te geven is de commissie vernieuwd en uitgebreid met twee gynaecologen-in-opleiding en een verloskundige, waarbij goede landelijk spreiding leidend is geweest: Kitty Bloemkamp (*UMCU, vz*), Babet Braams (*Ter Gooi Ziekenhuis*), Jelle Stekelenburg (*MC Leeuwarden/UMCG*), Jerome Cornette (*Erasmus MC*), Joke Schutte (*Isala*), Joost Zwart (*Deventer Ziekenhuis*), Simone Kuppens (*Catharina Ziekenhuis*), Thomas van den Akker (*LUMC*), Timme Schaap (*UMCU*), Ingrid Beenackers (*namens NVA*), Sabine Logtenberg (*namens verloskundigen*), Athanasios Kallianidis en Anna Rietveld (*namens VAGO*).

De boodschap mag helder zijn: U hoort van ons!

Referenties

1. *Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Geneva: World Health Organization; 2019. <https://tinyurl.com/wgmukca>
2. Centers for Disease Control and Prevention, *Pregnancy mortality surveillance system*. <https://tinyurl.com/uxdc52g>
3. Schaap, T.S. (2019) *Severe maternal morbidity and mortality The Netherlands Obstetric Surveillance System*. Utrecht University, Utrecht.
4. *Rapport juridische aspecten perinatale audit* (Legemaate, De Roode, 2008, <https://tinyurl.com/uu5y78t>)

Regionaal Opleiden, hoe doen we dat?

drs. C.A.T. Kanne *beleidsadviseur NVOG, Utrecht (carolienkane@nvog.nl)*
 prof. dr. F. Scheele *gynaecoloog, OLVG, Amsterdam (f.scheele@olvg.nl)*

De Koepel Opleiding wijdde op 29 november 2019 een themamiddag aan regionaal opleiden. Het belang hiervan is al in 2015 onderstreept door de Raad Opleiding van de Federatie van Medisch Specialististen in het visiedocument 'Regionalisering van de medisch specialistische vervolgopleiding'. De organisatie van de opleiding is steeds meer vanuit een regionaal perspectief gecoördineerd, zodat de aios in alle relevante onderdelen van het vak voldoende exposure hebben aan patiëntpopulaties, ziektebeelden én differentiatiemogelijkheden.

De opleiding tot gynaecoloog vindt al tientallen jaren plaats over minimaal twee verschillende instellingen, zowel academisch als algemeen. Daarmee heeft de gynaecologie veel ervaring opgedaan met regionaal opleiden. Dit biedt kansen om in de nabije toekomst ook regionaal te visiteren in plaats van per clusterziekenhuis. Hiervoor is het van groot belang dat er regionale afspraken zijn over de organisatie van de opleiding en verantwoordelijkheden voor de begeleiding van de aios en voor de kwaliteit van de opleiding. Ter voorbereiding zijn in deze themamiddag ervaringen en *best practices* van regionaal opleiden uitgewisseld. De opleidingsclusters gaven een presentatie waarin ze ingingen op een aantal vragen. Hieronder zijn cluster overstijgend ter inspiratie de *best practices* samengevat naar onderwerp.

Best practices van regionale samenwerking

Een aantal zaken kan het beste regionaal worden geregeld en daarvoor is een regionaal (dagelijks) bestuur dat als aanspreekpunt en organisator dient, wenselijk. Randvoorwaarden zijn gelijkwaardige communicatie/samenwerking tussen de clusterpartners, een laagdrempelige en veilige aanspreekcultuur in de regio en aios vertegenwoordigers per ziekenhuis.

Best practices van items die nu al in diverse clusters zijn geregeld:

- het opleidingsbeleidsplan met een gezamenlijke ambitieuze visie op opleiden;
- het operationeel opleidingsplan met dezelfde modules per clusterziekenhuis om uitwisseling makkelijker te maken;
- regionale planning inzet aios op basis van langetermijnrooster, denk ook aan tijdelijke uitval/krapte in een clusterziekenhuis;
- PNIL-aanstelling voor iedere aios op regionaal niveau om optimaal gebruik te maken van de leermomenten in de andere clusterziekenhuizen;
- voor afspraken over criteria en proces-bekwaamheidsverklaringen en EPA's regionaal accepteren;
- afspraken over differentiatie: bijvoorbeeld uniform format, toewijzingsproces (evt. georganiseerd in een regionale commissie);
- afspraken over profilering: bijvoorbeeld regionaal aanvragen/goedkeuring, 10% opleidingstijd beschikbaar;
- gezamenlijke sollicitatieprocedure;
- *active learner* cursus aanbieden bij de start van de opleiding;
- sociale activiteiten ondernemen met het gehele cluster (bv. clusterdiner / assistentenweekend);
- intervisie met alle clusteropleiders, en zorg dragen voor elkaar bij bijvoorbeeld veranderingen in de opleiding en/of binnen de opleidingsgroep;
- regionale intervisie voor de aios, ter bevordering van de samenhang binnen het cluster;
- aandacht voor behouden van bevoegdheid, vitaliteit en werkplezier in de opleiding en door het hele (werkende) leven heen, o.a. door het 'Challenge en supportprogramma';
- clustersymposium voor en door aios;
- huldiging jonge klaren met 'diploma' tijdens clustersymposium;
- een warme overdracht met universitaire (U) en algemeen opleider (NU) en vice versa hoort bij regionaal opleiden.

De clustervergaderingen worden optimaal benut door o.a.:

- delen gang van zaken per clusterziekenhuis vanuit zowel opleiders als aios perspectief;
- bespreking voortgang alle aios met alle opleiders;
- evaluatie clusteronderwijs;
- combineren met clusteronderwijs / refereeravond;
- combineren met beleidsvorming (heidag).

Best practices voor borging kwaliteit van clusteropleidingen zijn;

- regionaal afstemmen kwaliteitcycli en inzet van (dezelfde) kwaliteitsinstrumenten (DIRECT/EFFECT/SETQ/KPBO);
- halfjaarlijkse evaluatie van de clusterziekenhuizen;
- check van ingezette verbeterplannen en formuleren nieuwe acties (PDCA);
- jaarlijkse clusterevaluatie aan de hand van een thema;
- elke paar jaar 'mini-visite (audit)' van één van de clusterziekenhuizen door de aios en opleiders van de overige clusterziekenhuizen;
- evaluatie opleiding middels exit gesprek na vierde jaar, bevragen jonge klaren één jaar na opleiding;
- delen en evalueren resultaten van kwaliteitsinstrumenten, alsmede visietatie adviezen en PDCA van ieder clusterziekenhuis in de clustervergadering;
- gezamenlijke deskundigheidsbevordering met alle opleiders in het cluster, o.a. leergang NVOG;
- jaargesprekken aios met zowel de U en NU opleider.

Hopelijk bent u geïnspireerd om zelf actief aan de slag te gaan met het bevorderen van samenwerking in uw opleidingscluster! De Koepel Opleiding organiseert dit jaar nog een aantal themamiddagen: u bent van harte uitgenodigd.

Op 3 april 2020: themamiddag waarin we met elkaar discussieren over de eerste versie van het vernieuwde opleidingsplan Landelijk Opleidingsplan Gynaecologie en Obstetrie (LOGO). Locatie Noordwijkerhout, aansluitend aan de COBRA-dagen.

25 september en 27 november 2020 - thema's nog nader in te vullen.

Nevenbevindingen bij de NIPT

dr. L. Henneman senior onderzoeker, afd. Klinische Genetica, Amsterdam UMC, Amsterdam

dr. D. van Opstal laboratoriumsPECIALIST, afd. Klinische Genetica, Erasmus MC, Rotterdam

dr. M.V.E. Macville laboratoriumsPECIALIST, GROW School of Oncology & Developmental Biology, MUMC+, Maastricht

dr. E.A. Sistermans laboratoriumsPECIALIST, afd. Klinische Genetica, Amsterdam UMC, Amsterdam

dr. R.H. Galjaard klinisch geneticus, afd. Klinische Genetica, Erasmus MC, Rotterdam

dr. M.N. Bekker gynaecoloog-perinatoloog, afd. Gynaecologie en Verloskunde, UMC Utrecht

dr. C.J. Bax gynaecoloog perinatoloog, afd. Gynaecologie en Verloskunde, Amsterdam UMC, Amsterdam

Bij de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT) moeten zwangeren kiezen of zij nevenbevindingen uit de test willen horen. Wat zijn nevenbevindingen en wat zijn de gevolgen?

Sinds 1 april 2017 kunnen zwangere vrouwen die prenatale screening voor down- (trisomie 21), edwards- (trisomie 18) en patausyndroom (trisomie 13) wens, kiezen voor de combinatie-test of de NIPT in het kader van de TRIDENT-2-studie (www.meerovernipt.nl). De NIPT is een screenende test waarbij het celvrije DNA in het plasma van de zwangere wordt onderzocht.^{1,2} Zo'n 90% van dit DNA, is afkomstig van de moeder en ongeveer 10% is placentair. In de meeste gevallen is placentair DNA identiek aan dat van de foetus, maar niet altijd. Zo kan een chromosoomafwijking aanwezig zijn in de placenta (de NIPT is afwijkend), terwijl de foetus chromosomaal normaal is. Na een afwijkende NIPT-uitslag is daarom

altijd diagnostisch vervolgonderzoek nodig om zeker te weten of de foetus de chromosoomafwijking ook heeft. Omdat in het laboratorium een genoombrede methode wordt gebruikt, waarbij met uitzondering van de geslachtschromosomen, alle chromosomen worden onderzocht³, kunnen er naast de bekende trisomieën ook andere afwijkingen, zogeheten nevenbevindingen, aan het licht komen.

Keuze

Wanneer een zwangere kiest voor de NIPT moet zij de keuze maken of zij geïnformeerd wil worden over de nevenbevindingen. De eerste resultaten van de TRIDENT-2-studie laten zien dat zo'n 78% van de zwangeren hiervoor kiest.⁴ Als de zwangere niet geïnformeerd wil worden over eventuele nevenbevindingen wordt bij de analyse een filter toegepast dat alle chromosomen, anders dan chromosoom 21, 18 en 13, afdekt. In het laboratorium

worden eventuele afwijkingen op de andere chromosomen dan niet gezien. Wel kunnen er op de chromosomen 21, 18 en 13 andere afwijkingen dan een trisomie worden gevonden, zoals een deletie of duplicatie. Ook kan in zeldzame gevallen het laboratoriumonderzoek wijzen op de aanwezigheid van meerdere afwijkingen van deze drie chromosomen, wat kan passen bij een behandelbare ziekte bij de zwangere, zoals kanker (tabel 1).⁵ In beide gevallen krijgt zij de uitslag altijd te horen.⁶

Wat zijn nevenbevindingen?

Nevenbevindingen bij de NIPT zijn chromosomale afwijkingen anders dan trisomie 21, 18 en 13. Er zijn veel verschillende, zeldzame, chromosoomafwijkingen waardoor het niet mogelijk is om een complete lijst te geven. De NIPT toont alleen grote chromosoomafwijkingen aan zoals: een chromosoom te veel, een deletie of een duplicatie. Meestal is een trisomie, anders dan trisomie 21, 18 of 13, maar in een deel van de cellen aanwezig: een mozaïek. Meestal is dit type afwijking beperkt tot de placenta, terwijl het kind een normaal chromosoompatroon heeft. Zo'n placentamozaïek kan een verhoogd risico geven op groeivertraging en aangeboren afwijkingen.⁷ Daarom is dit een indicatie voor een GUO en groeiecho's. Soms heeft ook het kind de trisomie, al dan niet in mozaïek. Dat kan klinisch grote consequenties hebben. Niet alle chromo-

Tabel 1. Nevenbevindingen bij de NIPT

Na vervolgonderzoek is een indeling in drie groepen van nevenbevindingen mogelijk:
Groep 1. chromosoomafwijkingen bij de foetus die anders zijn dan trisomie 21, 18 of 13
Groep 2. chromosoomafwijkingen alleen in de placenta (placentamozaïek)
Groep 3. (heel zeldzaam) chromosoomafwijkingen bij de zwangere zelf

Groep 1 – Chromosoomafwijkingen bij de foetus Dit zijn afwijkingen die meestal een ernstige ziekte veroorzaken, waardoor het kind bijvoorbeeld een verstandelijke beperking en/of lichamelijke afwijking heeft.

Groep 2 – Chromosoomafwijkingen in de placenta Dit zijn afwijkingen die alleen in (een deel van) de placenta zitten en niet in het kind. Het kind zelf is meestal gezond. Bij afwijkingen in deze groep is er dus sprake van een placentamozaïek. Een belangrijk gevolg hiervan kan zijn een verminderde placentafunctie waardoor tijdens de zwangerschap een groeivertraging bij het kind optreedt. Ook is er een verhoogd risico op aangeboren afwijkingen.

Groep 3 – Chromosoomafwijkingen bij de zwangere Er zijn twee typen, zeer zeldzame, afwijkingen bij de zwangere:

1. De zwangere heeft zelf een chromosoomafwijking, maar weet dit (vaak) niet omdat ze (nog) geen klachten ondervindt. Bij deze vrouwen is een (klein) deel van een chromosoom in enkel- of drievoud aanwezig. Soms is de chromosoomafwijking maar in een klein deel van de lichaamscellen aanwezig (mozaïcisme).
2. Heel zelden geeft de uitslag van de NIPT een aanwijzing voor kanker bij de moeder. Kanker-cellen kunnen namelijk ook DNA afscheiden in het bloed. Als de tumor chromosomaal afwijkend is, geeft dit met de NIPT meestal een herkenbaar profiel van meerdere chromosoomafwijkingen.

Bron: www.onderzoekvanmijnongeborenkind.nl/nevenbevindingen

Tabel 2. Wat spoort de NIPT niet op?

- Relatief kleine chromosoomafwijkingen zoals microdeletie- en microduplicatiesyndromen (bijv. 22q11-deletie)
 - Monogene aandoeningen zoals erfelijke kanker of cystische fibrose
 - Geslachtschromosomale* aandoeningen, zoals Turner of Klinefelter syndroom
 - Triploidie (trisomie van alle chromosomen)
- * Geslachtschromosomen worden in Nederland niet onderzocht.

soomafwijkingen kunnen met NIPT worden gevonden. Relatief kleine afwijkingen worden niet gezien, maar kunnen ook een ernstige ziekte veroorzaken (tabel 2). Bij een normale uitslag is er dus nog steeds een (zeer kleine) kans dat het kind toch een chromosoomafwijking heeft.

Hoe vaak?

De TRIDENT-2-studie onderzoekt de aard, frequentie, klinische en psychische gevolgen van nevenbevindingen. In het eerste jaar werd aan 0,4% van de zwangeren die daarvoor kozen een aanwijzing voor een nevenbevinding gerapporteerd. Dit is ongeveer even vaak als een trisomie 21, 18 of 13.⁴ Omdat het om een algemeen zwangere populatie gaat, is de kans op een nevenbevinding kleiner dan in zwangerschappen met verhoogde kans op een trisomie.⁷

De helft van alle nevenbevindingen betrof een andere trisomie, waarvan een klein deel (-6%) werd teruggevonden in het kind terwijl het merendeel (-94%) hoogstwaarschijnlijk alleen aanwezig was in de placenta, maar wel klinisch relevant kan zijn (zie tabel 1). Dit wordt verder onderzocht. De andere helft van de nevenbevindingen betrof een structurele chromosoomafwijking (deletie of duplicatie) die in 32% van de gevallen bevestigd werd in de foetus. Bij 1 op 6.500 zwangeren (n=11) werd een zeer afwijkend patroon gevonden, waarvan zeven (1:10.500) op een maternale maligniteit bleken te berusten en twee door leiomyomen werd veroorzaakt.⁴

Vervolgonderzoek

Om de oorsprong en klinische betekenis van een nevenbevinding te kunnen achterhalen is vervolgonderzoek noodzakelijk. Bij een nevenbevinding wordt de zwangere voor counseling verwezen naar een klinisch geneticus van een centrum voor prenatale diagnostiek. Het vervolgonderzoek hangt af van de afwijking. Meestal is een vruchtwaterpunctie geïndiceerd, soms een vlokken-test en in bepaalde gevallen ondergaan de ouders ook bloedonderzoek. Pas na vervolgonderzoek is duidelijk wat de (waarschijnlijke) oorsprong is van de nevenbevinding, of dit klinische gevol-

gen kan hebben en hoe ernstig die zijn. Na vervolgonderzoek zijn er drie groepen nevenbevindingen te maken, namelijk chromosoomafwijkingen: bij de foetus, alleen in de placenta, of (heel zelden) bij de zwangere zelf (tabel 1).⁸

Gevolgen voor de zwangere

Als een nevenbevinding is gevonden, kan het enige tijd duren voor er meer zekerheid is. Soms is de zwangerschap nog niet ver genoeg gevorderd om direct vervolgonderzoek te doen. Ook het laboratoriumonderzoek neemt tijd in beslag.⁹ In een enkel geval kan de betekenis van de nevenbevinding onduidelijk blijven tot na de geboorte. Dit alles heeft een nadelige invloed op de beleving van de zwangerschap en leidt tot stress en ongerustheid bij de ouders.^{10,11} De TRIDENT-2-studie onderzoekt met vragenlijsten en interviews de gevolgen van de nevenbevinding voor de zwangere en haar partner.

Counseling

Counseling over nevenbevindingen voorafgaande aan de screening met NIPT is niet eenvoudig. Het RIVM verzorgt samen met de Regionale Centra Prenatale Screening en het NIPT Consortium de deskundigheidsbevordering over nevenbevindingen door bijscholingen, een e-learning¹² en een gespreksleidraad.¹³ Er zijn landelijke folders in vele talen beschikbaar en de counselor kan de zwangere wijzen naar www.onderzoekvanmijnongeborenkind.nl, waar naast een keuzehulp ook ervaringen van zwangeren te vinden zijn. Counseling na een nevenbevinding gebeurt door de klinisch geneticus, waarbij de verloskundig zorgverlener een ondersteunende rol heeft.

Toekomst van de NIPT

De overgrote meerderheid van de zwangeren die kiest voor prenatale screening, kiest voor de NIPT. In de TRIDENT-2-studie wordt onderzocht hoe een toekomstig screeningsaanbod eruit zou moeten zien. Moet de focus op trisomie 21, 18 en 13 blijven liggen of is een breder testaanbod wenselijk? Dit artikel is een bewerking van een eerdere publicatie in het Tijdschrift voor Verloskundigen (Henneman et al., *Nevenbevindingen bij de NIPT 2019*, 01).

Referenties

- Henneman L, Bax CJ, Oepkes D, et al. *Niet-invasieve prenatale testen in Nederland*. Tijdschr Verlosk. 2013;juli/aug:34-6.
- Chiu RW, Akolekar R, Zheng YW, et al. *Non-invasive prenatal assessment of trisomy 21 by multiplexed maternal plasma DNA sequencing: large scale validity study*. BMJ 2011;342:c7401.
- Straver R, Siermans EA, Holstege H, et al. *WISECONDOR: detection of fetal aberrations from shallow sequencing maternal plasma based on a within-sample comparison scheme*. Nucl. Acids Res 2014;42:e31
- Van der Meij KRM, Siermans EA, Macville MVE, et al. *TRIDENT-2: National implementation of genome-wide non-Invasive prenatal testing as a first-tier screening test in the Netherlands*. Am J Hum Genet 2019;105:1091-1101.
- Amant F, Verheecke M, Wlodarska I, et al. *Presymptomatic Identification of Cancers in Pregnant Women During Noninvasive Prenatal Testing*. JAMA Oncol 2015;1:814-9
- Gezondheidsraad. *Wet op het bevolkingsonderzoek: NIPT als eerste test voor de syndromen van Down, Patau en Edwards*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2016; publicatienr. 2016/10.
- Van Opstal D, van Maarle MC, Lichtenbelt K, et al. *Origin and clinical relevance of chromosomal aberrations other than the common trisomies detected by genome-wide NIPT: results of the TRIDENT study*. Genet Med. 2018;20:480-5.
- RIVM. *Publiekswaarschuwing o.a. over nevenbevindingen bij NIPT*. <https://www.onderzoekvanmijnongeborenkind.nl/nevenbevindingen>. Laatst bekeken op 10-12-2019.
- NVOG protocol, *Aanbevelingen voor vervolgonderzoek bij aanwijzingen voor Trisomie 21, 18 en 13, en nevenbevindingen bij NIPT*. Juni 2018. <https://tinyurl.com/rxh3oof>. Laatst bekeken 10-12-2019
- Zwetsloot J. *Hoe de Nipt-test zorgt voor wekenlange spanning en stress bij aanstaande ouders*. Volkskrant. 29 juni 2018. <https://tinyurl.com/qve4s43>
- Hilhorst D, Verbeek A. *De NIPT vraag. Alles weten of niet?* Ouders van Nu. Juli 2018: 22-35.
- RIVM. *Opleiding en Bijscholing: Informatie over de erkende opleidingen en de mogelijkheden voor nascholing*. <https://tinyurl.com/tybuwta>. Laatst bekeken 10-12-2019.
- RIVM. *Gespreksleidraad NIPT voor Counselors*. Beschikbaar via <https://tinyurl.com/qnzsblf> Laatst bekeken 10-12-2019.

Contact

dr. Lidewij Henneman 020-4449815
l.henneman@amsterdamumc.nl

Belangenverstrengeling

De auteurs zijn betrokken bij de TRIDENT-2-studie, mede mogelijk gemaakt door ZonMw. De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

Bezwaar Bureau Clara Wichmann tegen Nu Niet Zwanger

dr. S.M. van der Kooij *gynaecoloog, Noordwest Ziekenhuisgroep, Den Helder*

Op 25 november jl. stonden Bureau Clara Wichmann (BCW) en het Nederlands Juristen Comité voor de Mensenrechten (NJCM) tegenover het Ministerie van Volksgezondheid tijdens een hoorzitting rondom het Nu Niet Zwanger programma (nunietzwanger.nl). BCW en NJCM maken bezwaar tegen het subsidiebesluit van ruim zes miljoen euro, waarmee het programma wordt uitgebreid naar 50 regio's, en zo landelijk dekkend kan worden. Het Nu Niet Zwanger programma ondersteunt kwetsbare (potentiële) ouders om regie te nemen over hun kindervens zodat zij niet ongewenst zwanger worden.

Maar volgens Bureau Clara Wichmann heeft het ministerie het programma onvoldoende getoetst en onvoldoende onderzocht hoe de mensenrechten van deelnemers worden gewaarborgd bij de uitvoering van het programma. Hoewel de partijen in deze zaak tegenover elkaar staan, lijken zij wel een gezamenlijk doel te hebben: adequate voorlichting en toegankelijkheid van anticonceptie voor alle vrouwen die op dit moment in hun leven er zelf voor kiezen niet zwanger te willen worden. Het Nu Niet Zwanger-programma, onderdeel van het actieprogramma Kansrijke Start, richt zich hierbij op kwetsbare mensen. Dit zijn vrouwen en mannen die vaak een opeenstapeling van problemen en beperkingen hebben zoals bijvoorbeeld ernstige psychiatrische problematiek, verstandelijke beperking, verslaving, dakloosheid, schulden, loverboyproblematiek, ongedocumenteerdheid, etc. Wat kwetsbaar is, is daarnaast zeer afhankelijk van de totale omstandigheden waar iemand zich in begeeft en hoe groot diens draagkracht is. Connie Rijlaarsdam (NNZ): 'Professionals die al om de cliënt staan vanwege hun complexe problematiek signaleren wie in aanmerking zou kunnen komen voor dit programma. Deze professio-

nals zijn bijvoorbeeld maatschappelijk werkers, professionals vanuit GGZ, verslavingszorg, daklozenopvang, 'Veilig thuis', jeugdzorg of vrouwenopvang. Het kan ook zo zijn dat een man/vrouw vanuit de somatische keten wordt aangemeld bij Nu niet zwanger. Vooral vanuit de POP-poli is dit regelmatig het geval.

Vrijwilligheid staat centraal bij de deelname van kwetsbare potentiële ouders aan het programma Nu Niet Zwanger. Als iemand open staat voor gesprek, wordt ten eerste gevraagd of er een kindervens is. Wanneer er geen actuele kindervens is, wordt gekeken wat nodig is om ongeplande zwangerschap te voorkomen. Mocht er gekozen worden voor anticonceptie dan komt er altijd een arts of verloskundige in beeld.

Alle hulpverleners die het gesprek over de kindervens aangaan, zijn hiervoor geschoold. Deze scholing is in samenwerking met Rutgers vormgegeven. Wat Nu Niet Zwanger voornamelijk doet is kennis en ondersteuning geven rondom kindervens en indien gewenst ook over anticonceptie, het helpen vinden van een huisarts of andere professional, en het regelen van de infrastructuur rondom de afspraak.'

De mensen die Rijlaarsdam spreekt, hebben in deze fase van hun leven vaak helemaal geen kindervens, maar ze hebben soms geen idee hoe ze zich moeten beschermen. 'Voor hen maakt het programma een groot verschil. Het voorkomt dat mensen die het al moeilijk hebben, hun problemen zien toeneemen door een ongewenste zwangerschap.'

Bureau Clara Wichmann is echter kritisch over het programma. 'Het is een klassiek dilemma van paternalisme versus autonomie' zegt Aniek de Ruijter van BCW. 'Ons bureau vindt het positief dat vrouwen meer controle krijgen over hun kindervens. Het aan-

bieden van gratis anticonceptie is zeer belangrijk, maar hierbij moet voldaan worden aan alle relevante mensenrechtelijke verplichtingen. Het programma wordt vooralsnog in onze opinie niet zorgvuldig genoeg ingevoerd, en daarom kan het mogelijk inbreuk maken op het recht op familieleven en privacy. Het is niet voldoende duidelijk hoe de vrouwen worden geselecteerd en benaderd, om deel te nemen aan het Nu Niet Zwanger-programma. Ook is niet duidelijk welke professionals deze gesprekken voeren en wat hun opleiding of scholing is geweest. Wij hebben nog geen duidelijke gespreksprotocollen gezien.' Tijdens de hoorzitting is toegezegd dat er vanuit NNZ daarom nog extra informatie volgt. De Ruijter geeft aan dat zij op basis daarvan een inschatting maken of zij de juridische procedure gaan doorzetten. Veel gynaecologen zijn enthousiast over het programma want zij zien de gevolgen van ongeplande dan wel ongewenste zwangerschappen in deze kwetsbare groep. Schrijnende situaties van uithuisplaatsingen of adoptie, traumatische ervaringen voor moeder, vader en bovenal het kind. Het kunnen voorkomen van dit soort situaties met behulp van Nu Niet Zwanger lijkt een grote uitkomst.

Bureau Clara Wichmann maakt zich al jaren hard voor gratis anticonceptie. Dit zou anticonceptie weliswaar voor iedereen toegankelijk maken, maar Nu Niet Zwanger helpt om anticonceptie voor mensen in kwetsbare omstandigheden ook daadwerkelijk bereikbaar te maken.

Contact

sm.vander.kooij@nwz.nl

Belangenverstrengeling

Auteur verklaart dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

Redactie themakatern:

drs. Dorenda van Dijken gynaecoloog

drs. Anneloes Smits kaderhuisarts

dr. Femke Hohmann kaderhuisarts

drs. Mariëlle van Aalst bedrijfsarts en lid bestuur NVAB

drs. Charlotte Vreede aios huisartsengeneeskunde en voorzitter LOVAH

dr. Miranda van Duijn senior programme officer ZonMW

Eveline Bakker voorzitter Patiëntenvereniging Vuurvrouw

dr. Yvonne Louwers aios gynaecologie

drs. Waltje Jager gynaecoloog

dr. Roger Heydanus gynaecoloog

drs. Marije Geukes gynaecoloog

dr. Astrid Vollebregt gynaecoloog en lid bestuur NVOG

prof.dr. Marlies Bongers gynaecoloog en voorzitter Pijler Benigne Gynaecologie

prof.dr. Fedde Scheele gynaecoloog en adviseur Projectgroep

Wiesje van Boxtel bureau NVOG

Ank Louwes bureau NVOG

vanuit NTOG:

dr. Floor Vernooij gynaecoloog

dr. Annemijn Aarts gynaecoloog

prof.dr. Velja Mijatovic gynaecoloog

ntog thema katern menopauze

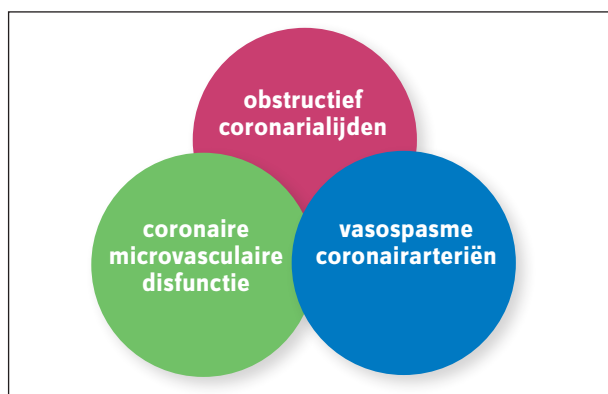
Hartklachten in de (peri-)menopauze

prof. dr. A.H.E.M. Maas cardioloog, Radboudumc, Nijmegen

In de afgelopen decennia heeft de focus binnen de cardiologie vooral gelegen op het vaststellen en behandelen van obstructieve (stenotische) afwijkingen in de epicardiale coronair arteriën, waardoor percutane coronaire interventies (PCIs) en coronaire bypasschirurgie (CABG) zich enorm hebben kunnen ontwikkelen. Obstructief coronarialijden is echter slechts een deel van de oorzaken van ischemische hartziekten (IHD). Vasculaire disfunctie en spasme in de grote en kleinere coronair-arteriën spelen daarin ook een belangrijke rol. Dit kan geïsoleerd voorkomen, maar vaker in combinatie met niet-obstructief coronarialijden (figuur 1). Juist deze functionele afwijkingen komen relatief veel voor bij vrouwen op middelbare leeftijd en worden in de praktijk nog onvoldoende gediagnosticeerd en behandeld. Vaak worden deze klachten ten onrechte toegeschreven aan de menopauze. Dat kan leiden tot veel onzekerheid bij de patiënten zelf en beïnvloedt de prognose op termijn in negatieve zin.

Vrouwspecifieke risicofactoren voor ischemische hartziekten

Op hogere leeftijd (> 65 jaar) hebben vrouwen meer traditionele risicofactoren dan mannen en de *impact* hiervan lijkt ook groter te zijn. In de vroegere levensfase zijn de vrouwspecifieke risicofactoren, gerelateerd aan zwangerschapsproblemen en hormonale disfunctie, relatief belangrijker om hoog-risico vrouwen er tussenuit te halen (figuur 2). Opvallend is dat vrouwen met een hoog risico vaak een sterke erfelijke belasting hebben, in veel gevallen migraine hebben gehad als tiener/twintiger en als veertiger inflammatoire ziekten krijgen zoals reumatische aandoeningen, chronische darmklachten en schildklier-problemen.¹ De onderlinge samenhang is nog onvoldoende duidelijk, maar inflammatie is een van de belangrijkste oorzaken van genoemde aandoeningen en van atherosclerose. Na de menopauze hebben vrouwen een sterker inflammatoir risicoprofiel dan mannen. Een paar jaar geleden is een multidisciplinaire richtlijn Car-



Figuur 1. Ischemische Hartziekten bij vrouwen

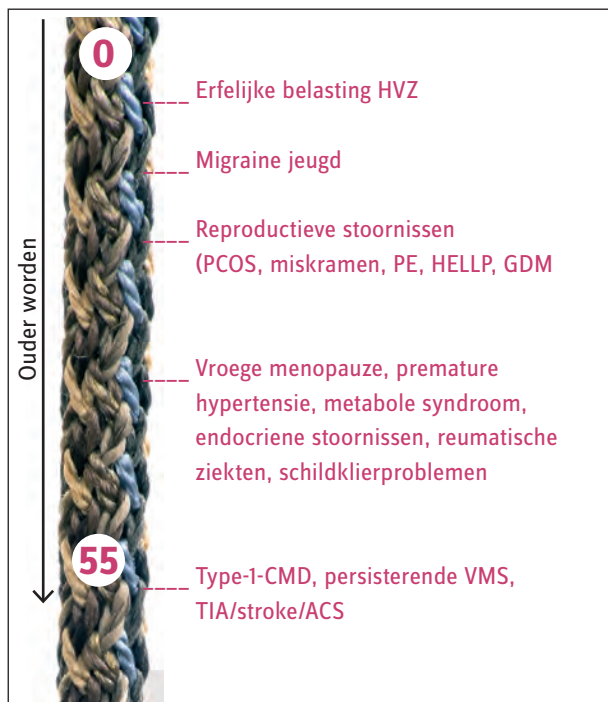
diovasculair Risicomanagement uitgebracht door de NVOG, waarin het belang van de diverse vrouwspecifieke risicofactoren nader is onderzocht.² Een vroeger doorgemaakte pre-eclampsie (PE/HELLP) springt er als belangrijkste risicovariabele uit, met een tweemaal zo groot risico op hart- en vaatziekten (HVZ) en een viermaal zo hoog risico op de ontwikkeling van hypertensie. Vrouwen na eerdere PE/HELLP zijn als aparte risicogroep benoemd in de meest recente ESC 2016 richtlijnen preventie hart- en vaatziekten.³ In een recente studie werd vastgesteld dat vrouwen na PE op de leeftijd van 50 jaar tweemaal zo vaak aantoonbare coronaire kalk hebben op een CT-scan (CAC-score) ten opzichte van gezonde controles.⁴ In de praktijk is de CAC-score een handige *tool* om een verhoogd risico te objectiveren en bijvoorbeeld te gebruiken bij twijfel over het cardiovasculaire risico van hormoontherapie.⁵

Overgangsklachten en cardiovasculair risico

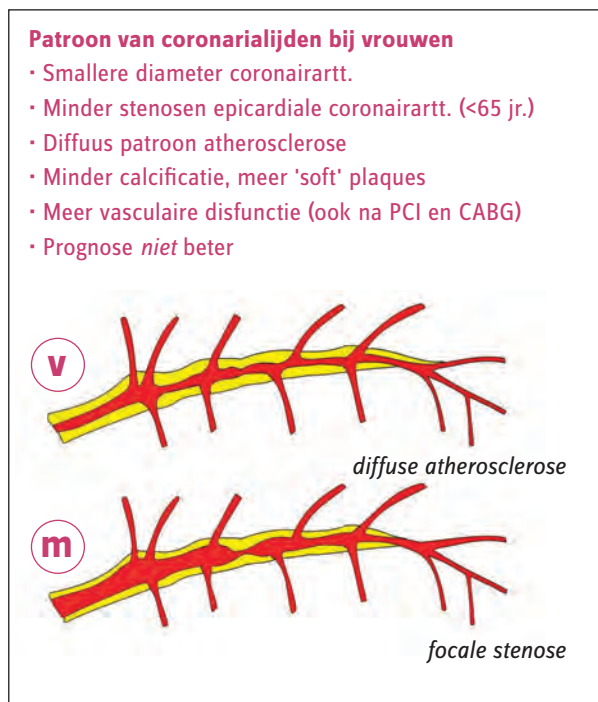
De hormonale veranderingen in de overgang geven een versnelling aan het leeftijdsgerelateerde proces van vasculaire veroudering. Er ontstaat als eerste een endotheeldisfunctie, die vage en onbestemde klachten kan geven van pijn op de borst, een trekkend gevoel naar de kaken, een zeurend gevoel tussen de schouderbladen, luchttekort en bijvoorbeeld slechter slapen. Daarnaast wordt het adrenergesysteem iets minder geremd en kan een autonome disfunctie ontstaan met een snelle toename van de hartfrequentie bij lichte inspanning. Hiervoor kan het gebruik van een lage dosering (selectieve) bèta-blokker een goede oplossing zijn. Overgangsklachten komen meer voor bij vrouwen met overgewicht en bij rooksters. Vrouwen die ernstige overgangsklachten hebben en deze klachten als 55-plusser nog lang houden, blijken een grotere kans te hebben op HVZ.⁶ Het lijkt erop dat de 'vroeg' overgangsklachten er min of meer bij horen, maar als deze voortduren of na het zestigste jaar weer terugkomen, wijst dat op een hoger risico voor HVZ. Vrouwen met een hypertensie/PE in de zwangerschap krijgen later ook meer overgangsklachten.⁷ (Premature) hypertensie is een belangrijke *trigger* voor vasculaire disfunctie en kan veel klachten geven, die vaak als menopauze-gerelateerd worden geïnterpreteerd.⁵ Bij adequate behandeling van de bloeddruk is het vaak niet nodig om hormoontherapie te overwegen.

Vrouwen hebben geen atypische, maar 'karakteristieke' klachten

Het klassieke patroon van inspanningsgebonden angina pectoris is ontleend aan de mannelijke patiënt met obstructieve coronairafwijkingen (stenosen) en volgens dat stramen is ook de standaarddiagnostiek met een fietsproef en CAG ontwikkeld. Omdat vrouwen minder obstructieve afwijkingen hebben en relatief meer vasculaire disfunctie, hebben zij ook



Figuur 2. Vrouwspecifieke risicofactoren: 'rode draad'. Endotheel dysfunctie/prematuur hart- en vaatziekten



Figuur 3. Patroon van coronarialijden bij vrouwen. Gould 1999. L.J. Shaw et al. 2009.

andere klachten die, nog steeds ten onrechte, als 'atypisch' bestempeld worden. Het zijn echter voor vrouwen hele karakteristieke klachten. Vasculaire disfunctie en spasme wisselen in de tijd en kunnen bij inspanning, maar ook in rust aanwezig zijn. Het kan de ene week erger zijn dan de andere en ook optreden na afloop van drukke dagen. Alsof de energie ineens volledig is verdwenen. Bij vrouwen is de invloed van stress en emoties op angineuze pectoris relatief groter dan bij mannen. Daarmee moeten cardiale klachten vooral niet als psychisch te worden weggezet of als een menopauzegerelateerd fenomeen, zeker als het gaat om vrouwen met een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel.

Coronarialijden bij vrouwen op middelbare leeftijd

Vrouwen hebben een smallere diameter van de coronair arteriën dan mannen, ook na correctie voor lichaamsoppervlak. In alle levensfasen hebben zij een minder uitgesproken mate van calcificatie en obstructie met meer 'soft plaques' en een diffuser patroon van atherosclerose (figuur 3). In een grote Zweedse database van meer dan 12.000 patiënten is vastgesteld dat bijna 80% van de vrouwen met stabiele angina pectoris geen duidelijke afwijkingen heeft bij coronair angiografie (CAG), tweemaal zoveel ten opzichte van mannen.⁸ Dat betekent niet dat de coronairarteriën 'schoon' zijn. Wandstandige atherosclerose (laesies tot 20%) zijn niet zichtbaar bij een routine-CAG. Deze zijn wel zichtbaar te maken met geavanceerde intra-coronaire imaging-technieken zoals intravasculaire ultrasound (IVUS). Het standaard-CAG is derhalve geen goede 'gouden standaard' voor de diagnostiek van ischemische hartziekten bij vrouwen < 60 jaar. Een coronaire kalkscore met CT in combinatie met een

CT-angiografie (CTA) is een veel efficiëntere techniek om bij vrouwen in deze levensfase de mate van coronairsclerose ('biologische leeftijd') te beoordelen en het heeft ook een betere prognostische waarde.⁹

Voor het vaststellen van functionele coronairafwijkingen zijn er diverse invasieve en niet-invasieve testmogelijkheden, die in de praktijk nog te weinig worden toegepast. Hieronder vallen invasieve metingen van de coronaire flow reserve (CFR), acetylcholine coronaire spasmetesten met acetylcholine, flow-metingen in de LAD met echo/dopplersonderzoek en PET-scans. Ook in de oudere levensfase (> 65 jaar) hebben vrouwen vaker een dominant patroon van 'non-obstructive coronary artery disease' (NOCAD), terwijl mannen drie- tot viermaal zo vaak focale obstructies hebben die zich goed lenen voor een PCI of CABG. De gemiddelde leeftijd van vrouwen met een coronaire interventie is beduidend hoger dan bij mannen. Grote series patiënten hebben aangetoond dat de prognose van symptomatische patiënten met NOCAD vergelijkbaar is met die van obstructief coronarialijden. Ook al is er niets te dotteren, dan is het nog geen onschuldige aandoening.

Coronaire microvasculaire disfunctie (CMD) en coronairspasme

Naast de diffuse atherosclerose met NOCAD wordt een disfunctie en/of spasme van het microvasculaire coronaire vaatbed verantwoordelijk gehouden voor angineuze klachten bij de helft van de vrouwen op middelbare leeftijd. Slechts 10% van de patiënten met dit ziektebeeld is man. Karakteristiek voor microvasculaire angina pectoris is dat klachten zowel bij inspanning of zomaar in rust en vrij onvoorspelbaar kunnen optreden. Patiënten hebben vaak klachten van

kortademigheid, (extreme) vermoeidheid en energieverlies. In de huidige praktijk staat de diagnostiek en behandeling van dit syndroom echter nog in de kinderschoenen.¹⁰ De diagnose wordt het beste gesteld met invasieve metingen en een spasmetest met acetylcholine bij een CAG. Het zijn typisch vrouwen met meerdere risicofactoren, zowel de traditionele als de vrouwspecifieke, gerelateerd aan zwangerschapshypertensie en hormonale disfunctie. De behandeling kan lastig zijn en moet worden toegesneden op het individu.¹¹ In kleine studies zijn gunstige effecten op de perifere vaatweerstand aangetoond met diltiazem, ACE-remmers, angiotensine-II-antagonisten, selectieve bèta-blokkers en statines. Kortwerkende nitraten hebben een wisselend effect, langwerkende nitraten kunnen een 'stealing' effect geven in het microvasculaire vaatbed en de klachten juist verergeren. Leefstijlaanpassingen zoals stoppen met roken en gewichtsreductie bij obesitas geven ook een verbetering. Daarnaast is stressreductie van groot belang, dat kan in de thuissituatie zijn, maar ook op het werk. Stressvolle werksituaties en onbegrip over het ziektebeeld maken de klachten erger en kunnen de patiënten in een vicieuze cirkel brengen. Vaak lukt het niet meer op het vroegere werkniveau terug te komen. Klachten gaan meestal niet over, maar de patiënt kan wel in rustig vaarwater komen. Microvasculaire angina pectoris is geassocieerd met diastolisch hartfalen (HFpEF) op hogere leeftijd. Ook dit komt veel vaker bij oudere vrouwen voor dan bij mannen en wordt vaak laat gediagnosticeerd.¹²

Conclusie

Ischemische hartziekten vertonen klinisch zeer relevante sekseverschillen, die zich niet alleen vertalen in verschillende klachtenpatronen, maar ook in verschillende diagnostische en therapeutische benaderingen. Bij vrouwen beginnen hartklachten vaak op middelbare leeftijd en kunnen dwars door menopauzegerelateerde klachten heenlopen. Om de kwaliteit van leven bij vrouwen in deze levensfase te verbeteren is goede kennisuitwisseling en onderlinge samenwerking tussen cardiologen en gynaecologen een belangrijke voorwaarde.

Referenties

1. Elias-Smale SE, Günel A, Maas AH. *Gynecardiology: Distinct patterns of ischemic heart disease in middle-aged women*. *Maturitas*. 2015 ;81(3):348-52.
2. Heida KY, Bots ML, de Groot CJ, et al. *Cardiovascular risk management after reproductive and pregnancy-related disorders: A Dutch multidisciplinary evidence-based guideline*. *Eur J Prev Cardiol* 2016 ;23(17):1863-1879.
3. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. *2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice*. *Eur Heart J* 2016; 37(29):2315-81.
4. Zoet GA, Benschop L, Boersma E, et al. *CREW Consortium. Prevalence of Subclinical Coronary Artery Disease Assessed by Coronary Computed Tomography Angiography in 45- to 55-Year-Old Women With a History of Preeclampsia*. *Circulation* 2018; 137(8):877-879.
5. Maas, Angela. *Hart voor vrouwen. De cardioloog over het vrouwenhart*. 2019 De Arbeiderspers, ISBN 9789029539692 /NUR 860.
6. Thurston RC. *Vasomotor symptoms: natural history, physiology, and links with cardiovascular health*. *Climacteric* 2018 ;21(2):96-100.
7. Drost JT, van der Schouw YT, Herber-Gast GC, Maas AH. *More vasomotor symptoms in menopause among women with a history of hypertensive pregnancy diseases compared with women with normotensive pregnancies*. *Menopause* 2013;20(10):1006-11.
8. Johnston N, Schenck-Gustafsson K, Lagerqvist B. *Are we using cardiovascular medications and coronary angiography appropriately in men and women with chest pain?* *Eur Heart Journal*. 2011; 32(11):1331-6.
9. Pagidipati NJ, Hemal K, Coles A, Mark DB, et al. *Sex differences in functional and CT angiography testing in patients with suspected coronary artery disease*. *J Am Coll Cardiol* 2016;67(22): 2607-16.
10. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. *ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes*. *Eur Heart J*. 2019. pii: ehz425. doi: 10.1093/eurheartj/ehz425
11. Ong P, Athanasiadis A, Sechtem U. *Treatment of Angina Pectoris Associated with Coronary Microvascular Dysfunction*. *Cardiovasc Drugs Ther*. 2016; 30(4):351-6.
12. Crea F, Bairey Merz CN, Beltrame JF, Kaski JC, Ogawa H, Ong P, et al. *Coronary Vasomotion Disorders International Study Group (COVADIS). The parallel tales of microvascular angina and heart failure with preserved ejection fraction: a paradigm shift*. *Eur Heart J*. 2017;38(7):473-477.

Samenvatting

Rond de menopauze neemt het risico op hart- en vaatziekten toe. In deze levensfasen komen vernauwingen in de kransvaten nog weinig voor, maar kunnen wel klachten ontstaan gerelateerd aan een coronaire vasculaire disfunctie. Dit wordt getriggerd door de traditionele en vrouwspecifieke risicofactoren. Cardiale en perimenopauzale klachten kunnen door elkaar heenlopen en een juiste diagnose en behandeling in de weg staan. In dit overzichtsartikel proberen wij deze knoop te ontwarren op het snijvlak van de cardiologie en gynaecologie.

Trefwoorden

coronairspasme, ischemische hartziekten, menopauze, microvasculair lijden, vrouwspecifieke risicofactoren

Summary

Around menopause the risk of cardiovascular diseases increases. Whereas obstructive coronary artery disease is relatively uncommon in women at middle-age, coronary vasomotor disorders are often present. These are triggered by traditional and female-specific risk factors. Cardiac symptoms and menopausal vasomotor symptoms can interfere with each other, prohibiting an appropriate diagnosis and treatment. In this review paper we aim to untangle these entities on the cutting edge of cardiology and gynecology.

Keywords

coronary spasm, ischemic heart disease, menopause, microvascular disease, woman-specific risk factors

Contact

angela.maas@radboudumc.nl

Belangenverstrengeling

De auteur verklaart dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

Grotere kans op hart- en vaatziekten

Effecten van zwangerschapscomplicaties op langere termijn

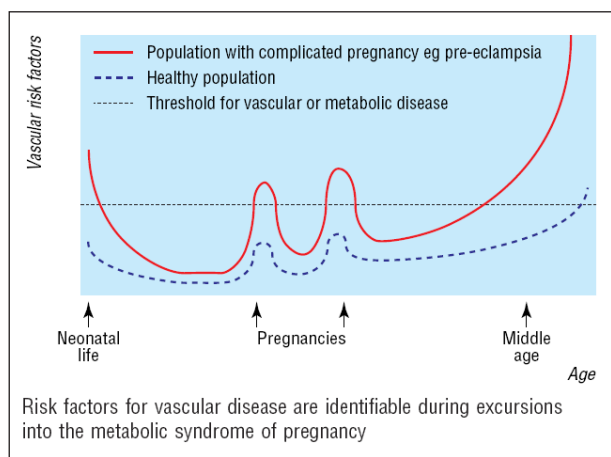
dr. J.J. Duvekot *gynaecoloog-perinatoloog, Erasmus MC, Rotterdam*

dr. J.E. Roeters van Lennep *internist-vasculair geneeskundige, Erasmus MC, Rotterdam*

Zwangerschap kan niet worden beschouwd als een strikt fysiologisch proces. Ruim 20% van alle zwangerschappen heeft te maken met een of meerdere zwangerschapscomplicaties variërend van hypertensieve ziekten in de zwangerschap tot zwangerschapsdiabetes.¹ Deze zwangerschapsaandoeningen veroorzaken niet alleen complicaties voor moeder en kind tijdens de zwangerschap en het kraambed, maar ook nog tot jaren daarna. Het betreft hier vooral om een toegenomen risico op het optreden van hart- en vaatziekten. Derhalve behoort de behandeling van deze aandoeningen allang niet meer alleen tot het domein van de gynaecoloog maar vraagt dit om een multidisciplinaire benadering waarbij internist, cardioloog en huisarts zijn betrokken.

Zwangerschapscomplicaties en toekomstig cardiovasculair risico

De meeste zwangerschapscomplicaties maar met name hypertensieve aandoeningen, geven een toegenomen kans op hart- en vaatziekten, later in het leven. In 2002 beschreven Sattar en Greer hun theorie dat vrouwen die a priori een verhoogd cardiovasculair risico hebben tijdens hun zwangerschap pre-eclampsie ontwikkelen en op latere leeftijd hart- en vaatziekten (fig. 1). Derhalve zou pre-eclampsie moeten worden gezien als een eerste uiting van hart- en vaatziekten.²



Figuur 1. Beloop van cardiovasculaire risicofactoren bij vrouwen met en zonder hypertensieve aandoeningen van de zwangerschap.²

De zwangerschapscomplicatie verdwijnt na de bevalling en is ogenschijnlijk genezen, maar in de loop van het leven keert de cardiovasculaire ziekte door veroudering eerder terug dan bij vrouwen na een ongecompliceerde zwangerschap. Verschillende zwangerschapscomplicaties zijn waarschijnlijk risicoverhogend, maar pre-eclampsie en eclampsie zijn de meest belangrijke.

Hoewel pre-existente cardiovasculaire risicofactoren sterk predisponeren voor het ontwikkelen van zwangerschapscomplicaties, is het vaak niet duidelijk of deze factoren voorafgaand aan de zwangerschap al aanwezig waren. De reden hiervan is dat bij jonge vrouwen risicofactoren zoals bloeddruk of cholesterolgehalte niet worden gemeten. Anderzijds liet een literatuurstudie, die alle studies over het hart- en vaatziekten risico na pre-eclampsie samenvatte, zien dat pre-eclampsie onafhankelijk van klassieke risicofactoren een risicofactor is voor hart- en vaatziekten.³

Hypertensieve ziekten in de zwangerschap

Hypertensie

Het is al lange tijd bekend dat vrouwen na hypertensieve ziekten in de zwangerschap vaker en vroeger in het leven chronische hypertensie ontwikkelen. De meta-analyse van Bellamy geeft een relatief risico van 3,70 (95% CI 2,70-5,05) voor vrouwen die pre-eclampsie hebben gehad ten opzichte van vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap.⁴ Dit risico is nog hoger bij vrouwen die een ernstige pre-eclampsie hebben doorgemaakt. Recent is aangetoond dat zelfs 42,5% van de vrouwen met ernstige preeclampsie een jaar na de bevalling een hypertensie heeft.⁵ De kans op hypertensie is daarnaast afhankelijk van het aantal zwangerschappen dat gecompliceerd werd door een hypertensieve aandoening. Een meta-analyse toonde aan dat bij vrouwen die pre-eclampsie in de zwangerschap hadden en opnieuw pre-eclampsie ontwikkelen, het risico van hypertensie 2,3 (95%CI 1,9-2,9) keer zo hoog is in vergelijking met vrouwen die daarna een ongecompliceerde zwangerschap hadden.⁶ Interessant is dat een Deense registratiestudie liet zien dat het risico van chronische hypertensie het hoogst was voor vrouwen die zwangerschapshypertensie doormaakten, gevolgd door ernstige pre-eclampsie en daarna pas milde pre-eclampsie. In vergelijking met vrouwen die een ongecompliceerde zwangerschap hadden, was dit risico 4-10 keer hoger in de eerste vijf jaar na de zwangerschap.⁷

Ischemische hartziekte

De relatieve kans op ischemische hartziekte later in het leven na een zwangerschap gecompliceerd door pre-eclampsie is gemiddeld 2,16 (95% CI 1,86 - 2,52).⁴ Bij milde pre-eclampsie is dit relatieve risico 1,92 (95% CI 1,65 - 2,24), waar na ernstige pre-eclampsie dit risico 2,86 (95% CI 2,25 - 3,65) is. Vroege pre-eclampsie, en daarmee ook ernstige pre-eclampsie, is geassocieerd met het hoogste risico: 7,71 (95% CI 4,40 - 13,52).⁴

Niet alleen na pre-eclampsie maar ook na zwangerschapshypertensie is de kans op ischemische hartziekten 1,44 (95% CI 1.30-1.60) keer groter.⁹

Cerebrovasculaire ziekte

Verscheidene meta-analyses tonen aan dat ook het risico op cerebrovasculaire ziekten zoals beroertes en *transient ischemic accidents* (TIA's) hoger is na hypertensieve ziekten in de zwangerschap.⁶ Cerebrovasculaire *events* komen de eerste twee tot drie jaar na de zwangerschap zelfs het meeste voor.⁸ In een meta-analyse was het risico op cerebrovasculaire *events* voor vrouwen na pre-eclampsie vergelijkbaar met die zwangerschapshypertensie doormaakten: respectievelijk 1,53 (95% CI 1,21-1,92) en 1,41 (95% CI 1,20-1,65).⁹

Vroeggeboorte

Een grote Scandinavische studie beschrijft hoe het risico op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten toeneemt met een afnemende zwangerschapsduur.¹⁰ De *hazard ratio's* om hart- en vaatziekten te ontwikkelen waren 2,18 (95% CI 1,33 - 3,57) bij een extreme vroeggeboorte (≤ 27 weken), 2,57 (95% CI 1,97 - 3,34) bij een ernstige vroeggeboorte (28-31 weken) en 1,39 (95% CI 1,22 - 1,58) bij een milde vroeggeboorte (32-36 weken).

Foetale groeirestrictie

Veel studies laten zien dat ook na foetale groeirestrictie er een verhoogd risico bestaat op hart- en vaatziekten, later in het leven.¹¹ In de eerder genoemde Scandinavische studie betekende de geboorte van een neonaat met een geboortegewicht 2 SD onder het gemiddelde, ongeacht de zwangerschapsduur, een toegenomen risico op ischemische hartziekte van 1,60 (95% CI 1,38 - 1,86).⁹ De combinatie van erg klein en erg preterm leverde een *hazard ratio* op van 2,97.

Zwangerschapsdiabetes

Het staat vast dat zwangerschapsdiabetes het risico om type-2-diabetes later te krijgen sterk verhoogt: een systematische review toonde een zevenmaal verhoogd risico aan.¹² Eveneens is de kans op ontwikkelen van hart- en vaatziekten toegenomen. Een grote Franse studie liet een associatie zien tussen zwangerschapsdiabetes en hart- en vaatziekten na correctie voor leeftijd en obesitas (OR 1,25, 95% CI 1,09 - 1,43) binnen zeven jaar na de index zwangerschap.¹³ Dit verhoogde risico bij vrouwen met zwangerschapsdiabetes is niet alleen toe te schrijven aan de verhoogde kans op diabetes maar treedt ook op bij vrouwen (nog) geen diabetes hebben.

Solutio placentae

In een groot Scandinavisch cohort was de *hazard ratio* voor sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten 1,8 (95% CI 1,5 - 2,2).¹⁴

Richtlijnen

Ondanks het verhoogde risico op hart- en vaatziekten, is er in de huidige cardiovasculaire preventierichtlijnen nog zeer weinig aandacht voor cardiovasculaire preventie bij deze hoogrisicovrouwen. Dit is een gemiste kans omdat een gecompliceerde zwangerschap juist een unieke kans biedt om tijdige *screening* en behandeling aan te bieden.

In 2014 verscheen de multidisciplinaire richtlijn *Cardiovascular riskmanagement na een reproductieve aandoening*.

Echter ook in deze richtlijn was de uiteindelijke aanbeveling voor vrouwen die pre-eclampsie hebben doorgemaakt om pas bij 50-jarige leeftijd een cardiovasculair risicoprofiel op te laten stellen. Binnenkort zal een *update* van dit deel van de richtlijn verschijnen met aanbevelingen vanaf welke leeftijd moet worden gescreend en door wie.

Follow-upprogramma

Een multidisciplinair follow-up-programma ter cardiovasculaire preventie voor vrouwen na ernstige preeclampsie is het follow-up-spreekuur na pre-eclampsie (FUPEC) in het Erasmus MC. Door de afdeling verloskunde en vasculaire geneeskunde is sinds 2010 een gemeenschappelijk spreekuur opgezet waarbij al meer dan 1000 vrouwen worden begeleid. Vrouwen worden zes weken, drie maanden en een jaar postpartum en daarna elke twee jaar tot aan hun vijftigste verjaardag gezamenlijk gezien door een gynaecoloog en een internist vasculaire geneeskunde. Elk bezoek worden risicofactoren voor hart- en vaatziekten, bloeddruk, glucose en lipidenprofiel, geëvalueerd. Tevens wordt elke vier jaar een 24-uurs bloeddrukmeting verricht naast een echo van de carotis ter beoordeling van de intima media. Het spreekuur is ook bedoeld om de cardiovasculaire gezondheid te bevorderen die wordt gemeten met een *'cardiovascular health score'*. Door het multidisciplinaire karakter kunnen vrouwen al hun vragen in een bezoek stellen, wat een hoge patiënttevredenheid oplevert.

Conclusies

Meer dan 20% van alle zwangerschappen worden gecompliceerd door zwangerschapscomplicaties zoals hypertensieve aandoeningen, foetale groeirestrictie, zwangerschapsdiabetes en vroeggeboorte. De meeste van deze complicaties resulteren in een verhoogd risico op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten: vaak zelfs meer dan een verdubbeling. Bij de meer ernstige vormen van zwangerschapscomplicaties is deze kans tot meer dan zevenvoudig verhoogd. Specifieke richtlijnen en follow-up-programma's zijn nodig om vroegtijdig cardiovasculaire risicofactoren op te sporen. Preventieprogramma's kunnen bijdragen aan een verlaging van deze risico's.

Referenties

1. Smith GN, Pudwell J, Roddy M. *The Maternal Health Clinic: a new window of opportunity for early heart disease risk screening and intervention for women with pregnancy complications*. J Obstet Gynaecol Can 2013; 35:831-9.
2. Sattar N, Greer IA. *Pregnancy complications and maternal cardiovascular risk: opportunities for intervention and screening?* BMJ 2002; 325(7356):157-60.
3. Berks D, Hoedjes M, Raat H, Duvekot JJ, Steegers EA, Habbema JD. *Risk of cardiovascular disease after pre-eclampsia and the effect of lifestyle interventions: a literature-based study*. BJOG 2013; 120:924-31.
4. Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams DJ. *Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis*. BMJ 2007; 335(7627):974.
5. Benschop L, Duvekot JJ, Versmissen J, van Broekhoven V, Steegers EAP and Roeters van Lennep JE. *Blood Pressure Profile 1 Year After Severe Preeclampsia*. Hypertension 2018; 71:491-8.
6. Brouwers L, van der Meiden-van Roest AJ, Savelkoul C, Vogelvang TE, Lely AT, Franx A and van Rijn BB. *Recurrence of pre-eclampsia and the risk of future hypertension and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis*. BJOG 2018; 125:1642-54.
7. Behrens I, Basit S, Melbye M, Lykke JA, Bundgaard H, Thilaganthan B, Boyd HA. *Risk of post-pregnancy hypertension in women with a history of hypertensive disorders of pregnancy: nationwide cohort study*. BMJ 2017; 358:j3078
8. Lin YS, Tang CH, Yang CY, Wu LS, Hung ST, Hwa HL, Chu PH. *Effect of pre-eclampsia-eclampsia on major cardiovascular events among peripartum women in Taiwan*. Am J Cardiol 2011; 107:325-30.
9. Heida KY, Bots ML, de Groot CJ, van Dunné FM, Hammoud NM, Hoek A, Laven JS6, Maas AH, Roeters van Lennep JE, Velthuis BK, Franx A. *Cardiovascular risk management after reproductive and pregnancy-related disorders: A Dutch multidisciplinary evidence-based guideline*. Eur J Prev Cardiol 2016; 17:1863-79.
10. Bonamy AK, Parikh NI, Cnattingius S, Ludvigsson JF, Ingelsson E. *Birth characteristics and subsequent risks of maternal cardiovascular disease: effects of gestational age and fetal growth*. Circulation 2011; 124:2839-46.
11. Ray JG, Vermeulen MJ, Schull MJ, Redelmeier DA. *Cardiovascular health after maternal placental syndromes (CHAMPS): population-based retrospective cohort study*. Lancet 2005; 366(9499):1797-803.
12. Feig DS, Zinman B, Wang X, et al. *Risk of development of diabetes mellitus after diagnosis of gestational diabetes*. CMAJ 2008; 179:229-34.
13. Goueslard K, Cottenet J, Mariet AS, Giroud M, Cottin Y, Petit JM, Quantin C. *Early cardiovascular events in women with a history of gestational diabetes mellitus*. Cardiovasc Diabetol 2016; 15:15.
14. DeRoo L, Skjærven R, Wilcox A, Klungsøyr K, Wikström AK, Morken NH, Cnattingius S. *Placental abruption and long-term maternal cardiovascular disease mortality: a population-based registry study in Norway and Sweden*. Eur J Epidemiol 2016; 31:501-11.

Samenvatting

Tijdens de zwangerschap nemen de meeste maternale orgaansystemen toe in werking of grootte. Zwangerschap kan worden gezien als de ultieme stress test voor deze orgaansystemen. Zwangerschapscomplicaties ontstaan als zo'n orgaansysteem niet kan meekomen met de fysiologische vraag in de zwangerschap. Een hypertensieve ziekte zoals preeclampsie kan worden beschouwd als een ontsporing van het cardiovasculaire systeem in de zwangerschap. De bevalling lost veel van deze problemen op maar dit is slechts tijdelijk. Tijdens het latere leven, als veroudering haar tol begint te eisen, treden cardiovasculaire risicofactoren vaker op bij vrouwen die een hypertensieve zwangerschap hebben gehad. Dit geldt niet alleen voor hypertensieve ziekten in de zwangerschap maar ook voor vroeggeboorte, zwangerschapsdiabetes, foetale groeiretardatie en placentaloslatie. Zwangerschapscomplicaties verdienen het om door zorgverleners te worden erkend als risicofactoren voor hart- en vaatziekten. De optimale zorg voor vrouwen na zwangerschapscomplicaties moet multidisciplinair zijn en zich richten op preventie en vroege opsporing en zo nodig tijdige behandeling van risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Een dergelijk programma is het Follow-Up Pre-Eclampsie (FUPEC) spreekuur in het Erasmus MC.

Trefwoorden

Hypertensie, zwangerschap, pre-eclampsie, bloeddruk, antihypertensiva, cardiovasculair risicomanagement

Contact

j.j.duvekot@erasmusmc.nl

Belangenverstrengeling

De auteur verklaart dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

Premature ovariële insufficiëntie: een ziektebeeld met grote impact

dr. Y.V. Louwers *gynaecoloog, Erasmus MC, Rotterdam*

L.G. Jiskoot MSc *psycholoog, Erasmus MC, Rotterdam*

dr. I. Schipper *gynaecoloog, Erasmus MC, Rotterdam*

Bij één à twee op de honderd vrouwen begint de menopauze voor het veertigste levensjaar. Bij één op de duizend vrouwen is dat zelfs voor het dertigste levensjaar. Premature ovariële insufficiëntie verhoogt het risico van osteoporose en cardiovasculaire ziekten. Daarnaast ervaren deze vrouwen veel en vaak onderschatte psychosociale problematiek. Zorg voor deze patiëntengroep is specialistisch en vergt een multidisciplinaire aanpak.

Premature ovariële insufficiëntie (POI) wordt volgens de ESHRE-richtlijn uit 2015 gedefinieerd als een oligo/amenorroe gedurende minimaal vier maanden en een verhoogde follikelstimulerendhormoonwaarde > 25 IU/l op twee momenten gemeten met minimaal vier weken tussen de twee metingen.¹ De *impact* van het krijgen van de diagnose POI is groot, enerzijds omdat deze gesteld wordt tijdens de levensfase waarin mensen kinderen krijgen. Anderzijds, omdat de gevolgen van vervroegde overgang veel verder gaan dan alleen verlies van de vruchtbaarheid. Symptomen die worden ervaren, zijn vergelijkbaar met vrouwen die natuurlijk in de menopauze komen, zoals vasomotore klachten en slaapstoornissen, stemmingswisselingen en depressieve gevoelens, vermoeidheid, mindere belastbaarheid, seksuele problematiek en geheugenstoornissen. Studies laten zien dat 85% van de patiënten met POI één of meerdere van deze klachten ervaart.¹

Etiologie en aanvullende diagnostiek

Oorzaken van vervroegde overgang kunnen chromosomaal of auto-immuun van aard zijn. Meestal wordt er geen aanwijsbare oorzaak voor het vroege intreden van de overgang gevonden (idiopathisch). *Genome Wide Association Studies* laten zien dat varianten in genen betrokken bij DNA-herhouding en DNA-herstel mogelijk een rol spelen bij overgangleeftijd, ook bij vroege overgang.² Een groeiende groep POI-patiënten betreft vrouwen die vanwege de diagnose kanker behandeld zijn met radiotherapie op het kleine bekken of gonadotoxische chemotherapie. Voor deze laatstgenoemden is goede counseling over fertiliteitspreservatie noodzakelijk, bij voorkeur vooraf aan de behandeling.^{1,3}

Aanbevolen aanvullende diagnostiek bij POI staat vermeld in

tabel 1.^{1,3} Karyotypering en testen op FMRI-pre-mutatie wordt geadviseerd. Voorafgaand aan het chromosomale onderzoek dient patiënte adequaat gecounseld te worden over de implicaties voor familieleden bij een positief resultaat. Bij iedere patiënte wordt verder een uitgang-DEXA geadviseerd.

De noodzaak van behandeling

Onbehandeld geeft POI een verhoogd sterfterisico, ongeacht de sterfteoorzaak, en een scala aan langetermijncomplicaties. Vrouwen met POI hebben een verhoogd risico (*hazard ratio* 1,6 95% betrouwbaarheidsinterval 1,16-2,40) op sterfte door een cardiovasculaire gebeurtenis ten opzichte van vrouwen die natuurlijk in de menopauze zijn gekomen.¹ Tevens hebben zij 60% meer kans op het ontstaan van ischemische beroerte. Verschillende studies hebben aangetoond dat 8-14% van de vrouwen met premature menopauze osteoporose hebben en 40-50% osteopenie.¹ Dit is onafhankelijk van gebruik van hormonale substitutietherapie. Behandeling bestaat uit hormonale substitutietherapie (HST) en is gericht op primaire preventie van de langetermijngevolgen van POI. De keus voor het soort HST is bij vervroegde overgang niet anders dan bij natuurlijke overgang. POI-patiënten hebben bij HST-suppletie geen verhoogd risico op mammacarcinoom zolang de behandeling gegeven wordt tot de leeftijd waarop haar moeder in de menopauze kwam.^{1,3} Wanneer deze onbekend is, wordt aangehouden HST te geven tot de leeftijd van 52-53 jaar. Als eerste keus wordt substitutietherapie met 17 β -estradiol en gemicroniseerd, natuurlijk progesteron geadviseerd.^{1,3} Uiteraard zijn er verschillende mogelijkheden en toedieningswijzen, waarover met de vrouw overlegd dient te worden. Van even zo groot belang is de aandacht voor psychologische klachten door POI zoals somberheids- en angstklachten, omgaan met een verminderde belastbaarheid op werk of studie, de verwerking van de diagnose (ook voor de omgeving van de patiënt), verwezenlijken of loslaten van een kindwens en kwaliteit van leven door bijv. slaap- en seksuele problemen aan te pakken. Hier is in de praktijk niet altijd voldoende aandacht voor. Leefstijladviezen bestaan onder andere uit gezonde voeding

Tabel 1. Aanbevolen aanvullend onderzoek bij POI samengevat uit de huidige internationale richtlijnen. 1,2,3

ACA: adrenocorticale antistoffen. TPO: thyroïd peroxidase antistoffen)

Aanvullend onderzoek bij premature ovariële insufficiëntie (POI)	
Genetisch onderzoek	
Karyotypering	bij aanwezigheid van turnersyndroom is verwijzing naar de cardioloog en klinisch geneticus geïndiceerd
Y-chromosomaal materiaal	bij aanwezigheid is een gonadectomie geadviseerd
Fragiele X (FMR1-gen)	verwijzing naar klinisch geneticus
Antistoffen	
ACA/21-OH-antistoffen	verwijs naar endocrinoloog bij positieve antistoffen
TPO-antistoffen	jaarlijkse TSH-bepaling is geïndiceerd bij positieve antistoffen
Cardiovasculaire screening en screening Bone Mineral Density (BMD)	
DEXA-scan	bij iedere patiënte dient een uitgangs-DEXA gemaakt te worden. Bij aanwezigheid van osteoporose dient de DEXA-scan na vijf jaar herhaald te worden.
Cardiovasculaire screening	jaarlijkse bloeddrukmeting en gewichtmeting

(met calcium en vitamine D), sporten ter preventie van osteoporose, het nastreven van een gezond gewicht en stopadvies ten aanzien van roken.^{1,3} Als er sprake is van een kinderwens, is over het algemeen eiceldonatie, naast adoptie en pleegkinderen, de enig resterende reële optie.

Multidisciplinaire aanpak van zorg

De zeldzaamheid van het ziektebeeld vraagt om centralisatie van zorg voor deze patiënten en er is een zeker mate van expertise vereist. De ESHRE-richtlijn adviseert multidisciplinaire zorg voor vrouwen met POI. In het Erasmus MC is recent een specialistisch spreekuur geopend voor patiënten met POI, in samenwerking met het Botcentrum, de afdeling Vasculaire Geneeskunde en de afdeling Seksuologie. Bij de opzet van deze multidisciplinaire polikliniek is de patiëntenvereniging POI/POF nauw betrokken geweest. In nauw overleg met de patiëntenvereniging is kritisch gekeken naar onze aanpak en hebben we de zorg verbeterd. Naar ons weten is dit de eerste multidisciplinaire poli voor patiënten met POI. De patiënten worden tijdens het eerst consult altijd door een gynaecoloog samen met een psycholoog gezien.

Vervolgens zal geïndividualiseerd een plan van aanpak worden gemaakt waarbij de klachten van de patiënte leidend zijn en de lijntjes met de eerdergenoemde specialisten kort zijn. Eén en ander gebeurt volgens principes en langs de lijnen van waarde gedreven zorg.

Referenties

1. European Society for Human Reproduction, Guideline Group on POI, L. Webber, M. Davies, R. Anderson, J. Bartlett, *et al.*, *ESHRE Guideline: management of women with premature ovarian insufficiency*, Hum. Reprod. 31 (2016) 926-937.
2. Perry *et al.* *A genome-wide association study of early menopause and the combined impact of identified variants*. Human Molecular Genetics (2013), Vol. 22, No. 7 1465-1472
3. Ladan Yeganeh, Jacqueline A. Boyle, Anna Wood, Helena Teede, Amanda J. Vincent. *Menopause guideline appraisal and algorithm development for premature ovarian insufficiency*. Maturitas 130 (2019) 21-31.

Informatie

Patiëntenvereniging POI/POF: www.poi-pof.nl

Multidisciplinaire POI poli Erasmus MC: poi@erasmusmc.nl

Preventie osteoporose bij anorexia nervosa

drs. W. Jager gynaecoloog, SJG, Weert

dr. A.G. Veldhuis-Vlug internist-endocrinoloog, Jan van Goyen MC en OLVG, Amsterdam

Bekend is dat oestrogeengebruik geïndiceerd is ter preventie van postmenopauzale osteoporose. Bij vrouwen met een vervroegde overgang worden oestrogenen vaak tot ongeveer 51 jaar voorgeschreven, met endometriumprotectie door progestativa indien de baarmoeder nog aanwezig is. Minder bekend is dat bij anorexia nervosa op jonge leeftijd reeds osteoporose kan optreden omdat de optimale piekbotmassa vaak niet bereikt wordt. Als dit niet tijdig behandeld wordt, kan er een levenslang verhoogde kans op botbreuken ontstaan.

In de NRC van 18 januari 2019 stond een artikel over Jacqueline (26). *Als ze komt binnenlopen in het café van ondernemersbroedplaats De Stadstuin in Utrecht, heeft Jacqueline een mitella om. Een gebroken schouder na een val van haar fiets. De arts die de scan van haar schouder beoordeelde, had haar niet persoonlijk ontmoet, maar beoordeelde op basis van de foto dat het om de botten van een oude vrouw moest gaan. Toen hij hoorde dat de patiënt pas zesentwintig was, schrok hij. Haar botten zijn niet goed ontwikkeld. Ze zijn broos en breken gemakkelijk. "Achteraf niet zo gek, als je bedenkt dat ik vanaf mijn dertiende vrijwel altijd in meer of mindere mate ondervoed ben geweest, zegt Jacqueline".*

Gezond ouder worden begint jong

Dit geldt zeker ook voor het skelet. Vanaf de geboorte wordt het skelet opgebouwd en na het bereiken van de eindlengte gaat de toename van de botmassa door totdat de piekbotmassa bereikt wordt rond het dertigste levensjaar. Na een stabilisatie van de botmassa begint een geleidelijke afname vanaf het veertigste jaar en bij vrouwen versnelt de afname van de botmassa nog rondom de menopauze. Deze afname van de botmassa verhoogt de kans op botbreuken. Daarom is het bereiken van een optimale piekbotmassa cruciaal om de kans op botbreuken te verlagen.

Voor het opbouwen van de botmassa is een aantal factoren van belang: mechanische belasting van het bot door beweging, calcium en vitamine-D als bouwstoffen en geslachts-

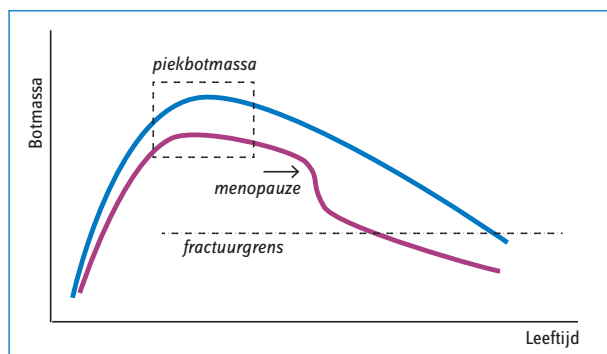
hormonen om de botopbouw te stimuleren. Pas als aan alle voorwaarden voldaan is, kan het bot zich optimaal vormen. Er zijn zorgen over de botopbouw bij kinderen die met beeldschermen opgroeien en onvoldoende lichaamsbeweging hebben.

Een tekort aan geslachtshormonen komt voor bij anorexia nervosa, een psychiatrische ziekte waarbij jonge mensen ernstig ondergewicht ontwikkelen door het dwangmatig beperken van eten, vaak in combinatie met overmatige activiteit.

Anorexia en secundaire osteoporose

Osteoporose wordt vastgesteld op basis van een meting van de botmineraaldichtheid (BMD) met een dexascan en wordt gedefinieerd als een BMD lager dan 2,5 standaarddeviaties van het gemiddelde (T-score < -2,5) of op basis van het voorkomen van een osteoporotische fractuur zoals een wervelinzaking. Een BMD-T-score tussen de -1 en -2,5 wordt gedefinieerd als osteopenie en een BMD-T-score groter dan -1 is normaal. Hoe lager de BMD, hoe hoger de kans op botbreuken.

Osteoporose als gevolg van het normale verouderingsproces noemen we 'primaire' osteoporose en osteoporose als gevolg van een andere aandoening of bijvoorbeeld medicatiegebruik noemen we 'secundaire' osteoporose. Anorexia kan leiden tot secundaire osteoporose tijdens de actieve ziekteperiode, maar ook na behandeling van anorexia en herstel van het gewicht, komt osteoporose vaker voor. Hierdoor is er een bijna 60% hoger fractuurrisico dan bij de gezonde populatie.¹ De afname van de botmassa ten gevolge van anorexia is multifactorieel. De ernstige beperking in voedingsinname leidt tot een tekort aan energie en bouwstoffen voor de botaanmaak. Door ernstige psychische stress, hongeren en overmatig trainen ontstaat een hypogonadotroop hypogonadisme, ook wel bekend als de functionele hypothalamie amenorroe, ook wel bekend als de functionele hypothalamie amenorroe. De amenorroe ontstaat door onderdrukking van de afgifte van het gonadotropine releasing hormoon (GnRH) in de hypothalamus. Naast het oestrogeentekort zijn de cortisolconcentraties verhoogd door stress en is de insuline-groefactor-1-afgifte (IGF-1-afgifte) verstoord. Afname van de vetmassa zorgt ervoor dat de concentraties van de adipokines, hormonen gevormd door vetcellen zoals leptine en adiponectine, verstoord raken en deze hormonen spelen ook een belangrijke rol bij de botaanmaak. Hoewel de totale vetmassa afneemt bij anorexiapatiënten, neemt de hoeveelheid beenmergvet juist toe. Deze toename in beenmergvet is duidelijk geassocieerd met verlies van botmassa en een toename van de kans op botbreuken.² Deze toename in beenmergvet vindt eveneens plaats na de menopauze. Anorexia in de groeifase leidt vaak tot een verstoorde botopbouw. De verlaagde piekbotmassa zorgt ervoor dat de kans op osteoporose en botbreuken levenslang verhoogd is.



Figuur 1. Botmassa bij mannen (blauw) en bij vrouwen (roze).

Therapie

Vanwege het levensbedreigende karakter van deze ziekte is het begrijpelijk dat er minder aandacht is voor de lange-termijneffecten zoals osteoporose, waarvan de bovengenoemde Jacqueline de gevolgen ondervond. Idealiter wordt de aandoening in een vroeg stadium herkend en behandeld zodat weer een normaal gewicht wordt bereikt voordat de negatieve spiraal zich ontrolt. Bij een secundaire amenorroe van zes maanden bij jonge vrouwen kan al een achterstand in de botopbouw ontstaan. Inname van voldoende calcium en vitamine-D is van belang. Voldoende beweging is gezien de neiging tot hyperactiviteit bij anorexiapatiënten vaak aanwezig, maar de botaanmaak wordt met name gestimuleerd door krachtoefeningen. Bij klinische bedrust worden belastingsoefeningen of mechanische botstimulatie geadviseerd. Botafbraakremmers zoals bisfosfonaten worden in principe afgeraden bij jonge vrouwen in verband met de lange halfwaardetijd en mogelijke teratogeniciteit. Medicijnen die de botaanmaak stimuleren zoals teriparatide (recombinant parathyreoïdhormoon) worden niet geadviseerd in verband met twijfels over de veiligheid bij gebruik bij deze jonge patiënten gezien het verhoogd voorkomen van osteosarcomen in de preklinische studies. Experimentele behandeling met leptine heeft geen goede resultaten gegeven.³

Er is een duidelijke rationale om te behandelen met oestrogeensubstitutie bij hypogonadisme. De anticonceptiepill heeft geen effect op de botkwaliteit, mogelijk door het onderdrukken van de IGF-1-productie in de lever.⁴ Transdermale oestrogentoediening, waarbij het *first pass*-effect op de lever wordt voorkomen, lijkt echter wel te werken ter verbetering van de botmassa.

Behandeling met transdermale oestradiolpleisters van 100 microgram tweemaal per week in combinatie met cyclisch progesteron verbetert de botdichtheid. Deze behandeling kan aanbevolen worden bij jonge vrouwen met een botleeftijd > 15 jaar, voor deze leeftijdsgroep is het een fysiologische hormoonbehandeling.

Voor meisjes met een botleeftijd < 15 jaar is een andere behandeling geïndiceerd: lage orale dosis ethinylestradiol, de eerste zes maanden dagelijks 3,75 microgram, van 6-12 maanden 7,5 microgram, daarna 11,25 microgram per dag.⁵

Conclusie

'Voorkomen is beter dan genezen' is een belangrijk adagium in de geneeskunde en dit geldt zeker ook voor het skelet, dus preventie van osteoporose en fracturen begint al op jonge leeftijd. In het bijzonder bij anorexia nervosa omdat dit kan leiden tot een verlaagde piekbotmassa met als gevolg een levenslang verhoogde kans op botbreuken. Daarom pleiten wij voor aandacht voor de botgezondheid in de multidisciplinaire behandeling van deze ziekte.

Referenties

- 1 Faje et al *Fracture risk and areal bone mineral density in adolescent females with anorexia nervosa*. Int J Eat Disorders 2014, 47(5):458-466
- 2 Bredella et al *Increased bone marrow fat in anorexia nervosa*. J Clin Endoc Metab 2009, 94(6):2129-2136
- 3 Welt et al *Recombinant human leptin in women with hypothalamic*

amenorrhea. N Engl J Med 2004, 351(10):987-97

4 Strokosch et al *Effects of an oral contraceptive (norgestimate/ethinylestradiol) on bone mineral density in adolescent females with anorexia nervosa*. J Adolesc Health 2006, 39(6):819-27

5 Misra et al *Physiologic Estrogen Replacement Increases Bone Density in Adolescent Girls with Anorexia Nervosa*, J Bone Mineral Research 2011, 26(10); 2430-2438

Samenvatting

Vanaf de geboorte wordt het skelet opgebouwd en neemt de botmassa toe tot het bereiken van de piekbotmassa rond het dertigste levensjaar. Na het veertigste levensjaar daalt de botmineraaldichtheid en onder een bepaalde grens (2,5 standaarddeviaties van het gemiddelde) spreken we van osteoporose. Osteoporose leidt tot een verhoogd risico op botbreuken. Ook op jonge leeftijd kan osteoporose voorkomen, zoals bij de ziekte anorexia nervosa, waarbij de botdichtheid afneemt door een tekort aan energie en hormonale veranderingen zoals een hypogonadotrop hypogonadisme en een verhoogd cortisol. Daarnaast wordt de optimale piekbotmassa bij dexe groep, niet bereikt waardoor de kans op osteoporose en botbreuken tijdens het hele leven verhoogd blijft. Behandeling bestaat uit herstel van de voedingstoestand, optimalisatie van de botgezondheid door calcium- en vitamine D suppletie en eventueel substitutie met estradiol.

Trefwoorden

Osteoporose, anorexia nervosa, fractuurrisico, hypogonadisme

Summary

During skeletal growth, bone mass increases and around the age of thirty, peak bone mass is reached. After the age of forty, bone mass decreases and a bone mineral density below 2.5 standard deviations from the mean is defined as osteoporosis. Osteoporosis leads to an increased fracture risk. Osteoporosis can develop already at a young age for example in anorexia nervosa patients, when bone density decreases due to the energy deficit and endocrine disruption ie hypogonadotropic hypogonadism and elevated cortisol concentrations. Due to not reaching an optimal peak bone mass, the risk of osteoporosis and subsequent fractures remains increased, also later in life. Treatment consists of improvement of the nutritional status and optimisation of bone health by administration of calcium and vitamin D supplements and possibly estradiol substitution therapy.

Keywords

Osteoporosis, anorexia nervosa, fracture risk, hypogonadism

Contact

dr. A.G. Veldhuis-Vlug annegreetveldhuis@live.nl
drs. W. Jager waltjajager@hotmail.com

Verklaring belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

Begeleiden van vrouwen in de overgang vraagt om transmuraal samenwerken

prof. dr. H. de Vries *em. hoogleraar huisartsgeneeskunde, Amsterdam*
 drs. A.A.L. Smits *huisarts en kaderarts uro-gynaecologie, Eefde*
 drs. Y.A.J.M. Dabekausen *gynaecoloog, Gelre Ziekenhuizen, Zutphen*

Nu de NVOG én dit tijdschrift in 2020 de schijnwerper richten op het gezond ouder worden van de vrouw, met een focus op vrouwen in de overgang, kan een bijdrage vanuit de huisartsgeneeskunde niet gemist worden. De huisarts ziet immers veel vrouwen in de overgang en komt op de eerste plaats bij de behandeling van overgangsklachten. Alleen al door de omvang van het probleem – een derde van de vrouwen heeft matig ernstige opvliegers – en de laagdrempeligheid van huisartsenhulp.¹ Kennis van de context en de integrale werkwijze van de huisarts sluiten aan op veranderingen in meerdere dimensies (fysiek, psychisch, sociaal) in deze levensfase. Daarbij spelen leefstijl en preventie een belangrijke rol. Door de continuïteit in de relatie met de vrouw kan de huisarts voorlichting en begeleiding goed op de persoon afstemmen. Wij betogen dat transmurale samenwerking van huisartsen en gynaecologen op plaatselijk en regionaal niveau onmisbaar is voor een optimale begeleiding van vrouwen in de overgang. De noodzaak hiertoe wordt versterkt door een aantal ontwikkelingen.

Ontwikkelingen

De populatie van vrouwen in de overgang verandert. Steeds meer vrouwen werken. Buiten het feit dat vrouwen recht hebben op een goede behandeling van hun klachten is er ook een economisch aspect, want overgangsklachten nemen als oorzaak van ziekteverzuim toe.² Door de dubbele vergrijzing hebben verder juist vrouwen in deze leeftijdsfase te maken met meer mantelzorgtaken. Dat betekent zeker bij werkende vrouwen een forse stressor. Tegelijkertijd worden de mensen mondiger. Meer vrouwen willen niet alleen voorlichting maar verwachten van de arts ook een behandeling voor hun overgangsklachten. Hier komt bij dat het risicoprofiel van de vrouw veranderd is door een sterke toename in het percentage vrouwen met overgewicht na de overgang. Medisch-inhoudelijke inzichten met betrekking tot de overgang veranderen. De Nice-richtlijn van 2015 en de NVOG-richtlijn Menopauze management van 2018 zijn over perimenopauzale hormoonsuppletie duidelijk minder terughoudend dan de NHG-richtlijn van 2012.^{3,4,5} Deze laatste is momenteel in herziening. Wat betreft de praktische toepassing van hormoonsuppletie bevelen gynaecologen tegenwoordig bij

combinatietherapie oestradiol aan met natuurlijk progesteron, omdat dit de eerste vijf jaar nauwelijks gepaard gaat met een verhoogd risico op borstkanker of endometriumcarcinoom.^{3,6} Zij wijzen er verder op dat transdermale in plaats van orale toediening van oestrogenen het risico op trombo-embolische bijwerkingen kan wegnemen en ook de voorkeur heeft bij een ongunstig cardiovasculair risicoprofiel.^{3,6} Verder zijn er aanwijzingen dat stemmingswisselingen en depressie een typisch overgangverschijnsel zijn. Ze worden namelijk mede bepaald door perimenopauzale oestrogeenschommelingen en niet uitsluitend door de stressvolle levensfase.⁷

Verder verandert de zorg. Over de volle breedte van de geneeskunde zien we een toename van de betekenis van *shared decision making*. De keuze van een behandeling komt tot stand in gezamenlijke afweging door arts en patiënt van voor- en nadelen van verschillende behandelingsopties, inclusief niet-medicamenteus behandelen. Daarnaast ontwikkelt transmurale samenwerking in regionaal verband zich op steeds meer terreinen en zijn er Landelijke Transmurale Afspraken op het gebied van bijvoorbeeld cardiovasculair risicomangement (CVRM), subfertiliteit en GGZ. In de huisartsenpraktijk is CVRM geprofessionaliseerd onder meer door de inzet van praktijkondersteuners. Tenslotte zoeken veel vrouwen met overgangsklachten begeleiding buiten het reguliere eerste- en tweedelijns medische circuit bij overgangsconsulenten en *Care for Women*-specialisten. Wij vermoeden dat dit mede komt door het terughoudende beleid in het nabije verleden. Naast voorlichting en steun geven overgangsconsulenten en *Care for Women*-specialisten advies over voeding, supplementen en phyto-oestrogenen. Over effectiviteit en veiligheid daarvan is overigens nog onvoldoende *evidence* van voldoende niveau beschikbaar.⁸

Transmurale samenwerking van huisartsen en gynaecologen

In een steeds veranderend speelveld is *teamwork* essentieel. In de overgang geïnteresseerde huisartsen en gynaecologen doen er goed aan om elkaar op lokaal en regionaal niveau op te zoeken en regelmatig bijeen te komen. Landelijke richtlijnen geven richting aan het beleid, maar de praktische uitwerking ervan kan het beste op regionaal niveau plaatsvinden tussen de *professionals* die de zorg leveren:

('think globally, act locally'). Op enkele plaatsen is deze vorm van transmurale samenwerking al van de grond gekomen.

Onze ervaring is dat gezamenlijk georganiseerde bijscholing over perimenopauzale hormoonsuppletie bij veel huisartsen kennislacunes aanvult en tot een meer genuanceerde visie leidt.

In regionale werkgroepen wisselen huisartsen en gynaecologen ervaringen uit met de praktische begeleiding van vrouwen met overgangsproblemen, bespreken ze ontwikkelingen in de beroepsgroep (o.a. de implicaties van de nieuwe NHG-standaard) en gaan ze na welke vragen er liggen en organiseren nascholing samen. Verder is de regionale werkgroep de plaats om werkafspraken over de praktische zorg te maken. Daarbij gaat het om voorlichtingsmateriaal, voorkeursmedicatie, consultatie vragen en verwijzen: wanneer en naar welke gynaecoloog, wanneer terugverwijzen naar de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld voor leefstijlbegeleiding door de praktijkondersteuner CVRM of inzet van gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht. Ook kan in de regionale werkgroep het beleid bij depressie aan de orde komen en kunnen we afspraken maken over de eventuele rol van menopauzeverpleegkundigen en niet-medische zorgverleners binnen de overgangszorg.

Het ligt voor de hand dat kaderhuisartsen uro-gynaecologie in deze regionale netwerkvorming een voortrekkersrol vervullen (zie <https://ugynhag.nhg.org>). Hetzelfde geldt voor huisartsen en gynaecologen van de universitaire medische centra die al samen optrekken in onderzoek, onderwijs of opleiding.

Tenslotte pleiten wij voor het opstellen van een Landelijke Transmurale Afspraak m.b.t. overgangsklachten. Een door de NHG en NVOG samengestelde werkgroep kan dankbaar gebruik maken van de expertise en ervaringen afkomstig van regionale transmurale initiatieven.

Referenties

1. Santoro, N. *Perimenopauze: from research to practice*. J Women's Health 2016; 4: 332-9.
2. Geukes, M., van Aalst, M.P., Robroek, S.J., et al. *The impact of menopause on work ability*. Menopause 2012; 19: 278b-82.
3. *NICE Guideline Menopause 2015*. www.nice.org.uk/guidance/ng23.
4. *NVOG richtlijn menopauze management*. www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/06/NVOG-Richtlijn-Menopauze-management-def-2018.pdf
5. Bouma, J., De Jonge, M., De Laat, E.A.T., et al. *NHG-Standaard De overgang (eerste herziening)*. Huisarts Wet 2012; 55: 168-72.
6. Brood-Van Zanten, M.M.A., van Trotsenburg, M.A.A., van Dijken, D.K.E., et al. *Praktische handleiding hormoonsuppletie therapie*. www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/06/Praktische-handleiding-2018.pdf
7. Santoro, N., Epperson, C.N., Mathews, S.B. *Menopausal symptoms and their management*. Endocrinol Metab Clin North Am 2015; 44: 497-515.
8. Lethaby, A., Marjoribanks, J., Kronenberg, F., et al. *Phytoestrogens for menopausal vasomotor symptoms (Review)*. Cochrane database of systematic reviews 2013, Issue 12. Art. No.: CD 001395.

Samenvatting

De huisarts is de eerst aangewezen om vrouwen met overgangsklachten te begeleiden. Wij betogen dat transmurale samenwerking van huisartsen en gynaecologen op plaatselijk en regionaal niveau onmisbaar is voor een optimale begeleiding van de vrouwen. De noodzaak hiertoe wordt versterkt door ontwikkelingen in de populatie van vrouwen in de overgang, gewijzigde medische inzichten en veranderingen in de zorg. Bij de individuele behandeling staat gezamenlijke besluitvorming tussen arts en patiënt op basis van een goed inzicht in voor- en nadelen van behandelingsopties centraal. Kaderartsen uro-gynaecologie kunnen een voortrekkersrol spelen bij regionale netwerkvorming, die onder meer gericht is op bijscholing van huisartsen en het maken van afspraken over transmurale samenwerking.

Trefwoorden

overgangsklachten, transmurale samenwerking, gezamenlijke besluitvorming

Summary

To counsel women with menopausal complaints is first and foremost a task for general practitioners. We argue that transmurale cooperation of general practitioners and gynaecologists is indispensable for optimal guidance of these women. This is even more necessary taking into account developments in the population of perimenopausal women, changes in medical views and trends in health care. In individual treatment, shared decision making based on up-to-date knowledge of treatment options plays a central role. General practitioners with a special interest in uro-gynaecology can play a key role in initiating regional networks focused on, amongst other things, post-academic education of general practitioners and making agreements on transmurale cooperation.

Key words

menopausal symptoms, transmurale networks, shared decision making

Contact

h.devries@amsterdamumc.nl

Verklaring belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

Klachten menopauze meer in eerste lijn behandelen

Interprofessioneel opleiden is geen bevestiging

C.L. Vreede voorzitter LOVAH en tevens derdejaars aios huisartsgeneeskunde, Amsterdam UMC, locatie VUmc
A.V. Öry bestuurslid onderwijs LOVAH en tevens derdejaars aios huisartsgeneeskunde, UMC, Utrecht

Klachten rondom de menopauze worden vaak onvoldoende behandeld in de eerste lijn door angst voor de risico's van hormoontherapie. Daarover is echter weinig onderwijs in de eerste lijn en worden patiënten onnodig verwezen naar de gynaecoloog. Samen onderwijs voor aios gynaecologie en huisartsen in opleiding, door bijvoorbeeld stages in de huisartspraktijk voor aios gynaecologie in het kader van 'anderhalfste lijn' is een vorm van interprofessioneel opleiden die de behandeling van vrouwen in de menopauze kan verbeteren.

Terughoudendheid voor hormoontherapie in de eerste lijn

"Mijn eerste ervaring met een vrouw in de menopauze in de huisartspraktijk was in het eerste jaar van mijn opleiding tot huisarts. 'Een patiënt met opvliegers' stond aangemeld op mijn spreekuur. Om mij voor te bereiden, las ik de NHG-richtlijn 'De Overgang' snel door.¹ In de eerste alinea, waar de kernboodschappen van de richtlijn staan, las ik dat hormoontherapie alleen geïndiceerd is bij patiënten met belangrijke beperkingen in het dagelijkse leven. Immers, hoewel de fysiologische klachten misschien wel hinderlijk zijn, zijn ze niet levensbedreigend. De zelden voorkomende, maar zeer ernstige, bijwerkingen kunnen dit wel zijn.

Vorbereid zag ik mijn patiënte en vroeg ik naar haar klachten. Al snel vloeiden de tranen. Haar klachten beïnvloedden haar werk, haar slaap, haar relatie, eigenlijk haar hele leven. Ze herkende zichzelf niet meer. Kortom, haar fysiologische klachten waren behoorlijk 'hinderlijk'. Na uitgebreid counsellen kozen we toch voor hormoontherapie. Mijn patiënt had een duidelijke hulpvraag en indicatie, maar om te zeggen dat ik als jonge dokter een drempel voelde om dit voor te schrijven is zacht uitgedrukt."

Vuurvrouwen

Later dat jaar ontdekte ik het Patiëntenplatform 'De Vuurvrouw'. Bij de term 'vuurvrouw' moest ik denken aan een heldhaftige vrouw die een kolkende vuurzee trotseert. Ik zat er niet helemaal naast. Dit landelijk platform voor vrouwen in de overgang probeert een cultuurverandering onder dokters teweeg te brengen door, via de media, vrouwen voor te lichten en hormoontherapie bespreekbaar te maken. Daar heb je behoorlijk doorzettingsvermogen en lef voor nodig.

Want waarom blijven we de soms ernstige climacteriële klachten rondom de menopauze zien als iets wat 'erbij' hoort? Wanneer uit onderzoek² is gebleken dat 34% van het ziekteverzuim van vrouwen tussen de 44 en 60 jaar toe te kennen is aan overgangsklachten, kunnen we concluderen dat deze klachten een behoorlijke impact kunnen hebben op het leven van een vrouw. Zouden de artsen bang zijn voor de dreigende rookwolken – de risico's van hormoontherapie – en vrouwen dus liever laten vlammen om ze hiertegen te beschermen? Deze angst of terughoudendheid is waarschijnlijk niet uit onbegrip, maar komt mogelijk voort uit beperkte ervaring bij het voorschrijven van hormoontherapie. Ook kritische artikelen zoals recent verschenen in The Lancet³ maken de aarzeling onder artsen niet minder. Goed onderwijs zou kunnen helpen deze risico's te relativiseren.

Wens: meer gynaecologie in de huisartsopleiding

Dat de start van hormoontherapie in beginsel in de eerste lijn hoort, is voor ons evident. Als huisarts zijn we bij symptomen getraind om naar alle factoren van invloed te kijken. Omdat we daarnaast de patiënt vaak al langer kennen, weten we snel tot de kern van het probleem door te dringen. De multifactoriële klachten rondom de menopauze passen dus uitstekend in ons straatje.

Dat de meeste aios huisartsgeneeskunde meer urogynaecologie in de huisartsopleiding zou willen, lijkt ons eveneens aannemelijk. Niet voor niets draait het congres van de Landelijke Organisatie voor Aspirant Huisartsen (LOVAH), waar 1200 aios huisartsgeneeskunde naar toe zullen gaan, volledig rondom het thema urogynaecologie in de eerste lijn.

Maar hoe kunnen wij ons als aios zo goed mogelijk voorbereiden op vragen rondom de overgang en hoe kunnen wij onze patiënten het beste helpen? We hebben immers in onze generalistische opleiding niet de tijd om stages te lopen bij alle medische specialismes. Het antwoord dat wij als Landelijke Organisatie voor Aspirant Huisartsen (LOVAH) hiervoor hebben is: door onderwijs met aios huisartsgeneeskunde en aios gynaecologie samen te organiseren in de vorm van interprofessioneel opleiden.

Interprofessioneel opleiden

Je spreekt over interprofessioneel opleiden als aios van verschillende specialismes samen met elkaar onderwijs volgen



vanbeekimages.com

over een specifiek onderwerp. Dit kan in de huisartspraktijk of het ziekenhuis zijn, of op gezamenlijke opleidingsdagen. Deze manier van leren zorgt voor kruisbestuiving tussen verschillende specialismes. Kennis en expertise worden uitgewisseld, wat niet alleen vakinhoudelijke verdieping brengt, maar tevens nieuwe initiatieven en innovatie aanwakkert. Dit kan in de vorm van 'anderhalfdelijnzorg' waarbij een aios gynaecologie samen met de huisarts (in opleiding) spreekuur doet in de huisartspraktijk. De aios gynaecologie krijgt zo inzicht in welke problematiek wel of juist niet verwezen wordt. Tevens brengt het de zorg dichterbij de patiënt, in plaats van het ziekenhuis kan de patiënt bij zijn huisarts terecht voor een consult bij de gynaecoloog. Tenslotte leidt het tot een effectieve interprofessionele samenwerking, wat uiteindelijk weer de uitkomsten van de zorg verbetert.⁴

Conclusie

De zorg voor de vrouw met klachten rondom de menopauze hoort wat ons betreft in beginsel plaats te vinden in de eerste lijn. Scholing is hiervoor cruciaal. Laten we samen optrekken en samen opleiden om de volgende vrouw in de overgang beter te kunnen begeleiden. En hopelijk zal de drempel die nu nog vaak wordt ervaren dan in rook opgaan. Wij worden er in ieder geval warm van.

Referenties

- 1 Bouma J, De Jonge M, De Laat EAT, Eekhof H, Engel HF, Groeneveld FPMJ, Stevens NTJM, Verduijn MM, Goudswaard AN, Opstelten W, De Vries CJH. *NHG Standaard De Overgang*. Huisarts Wet 2012;55(4):168-72.
- 2 Geukes, Marije; van Aalst, Mariëlle P.; Nauta, Mary C.E.; Oosterhof, Henk *The impact of menopausal symptoms on work ability Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*: March 2012 - Volume 19 - Issue 3 - p 278-282 doi: 10.1097/gme.0b013e31822ddc97
- 3 Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer *Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence* Lancet 2019; 394: 1159-68 Published Online August 29, 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31709-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31709-X)
- 4 Reeves S., Perrier L., Goldman J., Freeth D., Zwarenstein M. *Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 3. Art. No.: CD002213. DOI: 10.1002/14651858.CD002213.pub3.

Depressie tijdens de perimenopauze

M.V. Kasander psychiater, PsyQ Depressie Vrouwenpoli, Haaglanden

M. de Kruijf psychiater, PsyQ Depressie Vrouwenpoli, Haaglanden

De perimenopauze is een fase waarin vrouwen kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van depressieklachten. Bovendien zijn depressieklachten tijdens de perimenopauze ernstiger in vergelijking met de premenopauze.¹ Er zijn aanwijzingen dat de aanwezigheid van vasomotorische symptomen gerelateerd is aan de aanwezigheid van depressieklachten tijdens de perimenopauze. Cohen et al.² beschrijft een mogelijk dominoeffect: de aanwezigheid van stemmingsproblemen tijdens de perimenopauze kan secundair zijn aan het voorkomen van vasomotorische klachten en slaapproblemen. Risicofactoren voor het krijgen van een perimenopauzale depressie zijn naast klachten van de overgang, een eerdere depressie, angstklachten, klachten van een premenstruele stemmingsstoornis, sociodemografische factoren en psychosociale factoren als life events en sociaal isolement.³

Vrouwen met een depressie tijdens de overgang presenteren zich met dezelfde symptomen als bij een klassieke depressie. Deze wordt gekenmerkt door een sombere stemming en/of een duidelijk verminderde interesse of plezier het grootste deel van de dag, bijna elke dag. De symptomen veroorzaken significant lijden of leiden tot verminderd functioneren. Dit treedt op in combinatie met andere klachten zoals inzichtelijk wordt gemaakt in tabel 1. Veelvoorkomende klachten tijdens de overgang overlappen met die van een depressieve stoornis.⁴ Bij vrouwen in de perimenopauze dient men alert te zijn op het voorkomen van klachten van depressie. Tabel 1 kan behulpzaam zijn in de differentiatie.

Voor *screening* op depressie kan de depressieherkenningschaal (DHS) of de Interventiestudie Eerstelijns (INSTEEL) gebruikt worden. Deze zijn beide in de Nederlands huisartsenpraktijk onderzocht, hebben een hoge sensitiviteit en hoge negatieve voorspellende waarde.⁵

De behandeling van een perimenopauzale depressie bestaat uit psycho-educatie door psycholoog en psychiater, activering, lichttherapie, antidepressiva en/of psychotherapie. Hormoonsuppletie therapie is geen behandeling binnen de psychiatrie.

Activering, oftewel genoeg bewegen, vermindert depressieklachten. Daarnaast voorkomt het de veel voorkomende gewichtstoename bij vrouwen tijdens de overgang en reduceert het de kans op hart- en vaatziekten en osteoporose.⁶

Lichttherapie wordt niet alleen toegepast in de behandeling van seizoensgebonden depressie, maar wordt ook gezien als een effectieve behandeling voor een depressieve stoornis in het algemeen.⁷ Lichttherapie kan gegeven worden tijdens gebruik van antidepressiva en tijdens het volgen van psychotherapie.

Wanneer de depressieklachten ernstiger of langer gaande zijn, kunnen antidepressiva ingezet worden waarbij het gangbare depressieprotocol gevolgd wordt. Onderzoek naar het gebruik van antidepressiva, specifiek gericht op de perimenopauzale periode, is schaars. Het gebruik van een antidepressivum met goede tolerantie en voldoende remissie van de klachten tijdens een eerdere depressie, is reden om dit antidepressivum te herstarten. Wanneer nooit eerder antidepressiva gebruikt zijn, wordt gestart met een selectieve serotonine-heropnameremmer (SSRI), bijvoorbeeld sertraline of citalopram. Bij onvoldoende resultaat na twee SSRI's, wordt overgegaan op een serotonine-noradrenaline-heropnameremmer (SNRI). Er is evidentie dat zowel SSRI's als SNRI's tevens een positief effect hebben op de vermindering van vasomotorische klachten.³

Psychotherapie bij vrouwen met een depressie tijdens de perimenopauze is weinig onderzocht. Er is enige evidentie dat cognitieve gedragstherapie (CGT) werkzaam is.⁸ Dit lijkt voor de hand liggend aangezien CGT bij een depressie in het algemeen een werkzame therapie is. Er zijn aanwijzingen dat CGT ook werkzaam is voor vermindering van klachten van opvliegers en nachtzweten.^{9,10} CGT richt zich op verandering van automatische negatieve denkpatronen en gevoelens. Gedachten zijn van invloed op gedrag en andersom heeft gedrag weer invloed op gevoel. Het is daarom belangrijk inzicht te krijgen in deze manier van denken.

Verder is interpersoonlijke psychotherapie (IPT) een bewezen effectieve therapie voor een depressie.¹¹ Deeks¹² beschrijft de verandering in interpersoonlijke relaties tijdens de perimenopauze zoals verandering partnerrelatie, ouder-kindrelatie en andere sociale relaties. Ondanks dat er geen directe evidentie is voor de werkzaamheid van interpersoonlijke therapie (IPT) bij een depressie tijdens de perimenopauze, ondersteunt deze studie wel het belang van adaptatie en balans in interpersoonlijke relaties gedurende deze levensfase. Tijdens IPT wordt gezocht naar manieren om opnieuw waardevolle banden op te bouwen, hetzij door

Depressieve stoornis	Overlap	Overgang
Sombere stemming en/of een duidelijke vermindering van interesse of plezier	Vermoeidheid, verminderde energie	Vasomotore klachten
Psychomotore klachten	Slaapproblemen	Vaginale droogheid
Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens	Verminderde concentratie	
Verandering van eetlust	Gewichtsverandering	
Gedachten aan de dood of suïcidegedachten	Libidoverandering	

Tabel 1. Klachten van een depressieve stoornis, de overgang en de overlap, bewerkt naar Soares & Taylor (2006).

oude relaties nieuw leven in te blazen, hetzij door nieuwe relaties op te bouwen.

Vooral IPT en CGT, eventueel in combinatie met lichttherapie en/of medicamenteuze behandeling, worden veelvuldig ingezet als behandeling van depressieve stoornissen. Beide behandelingen kunnen zowel individueel gegeven worden als in een groep, bij voorkeur wekelijks.

Referenties:

1. M. de Kruif, A.T. Spijker & M.L. Molendijk 2016. *Depression during the perimenopause: a meta-analysis*. Journal of Affective Disorders 206:174-180.
2. L.S. Cohen, C.N. Soares, A.F. Vitonis, M.W. Otto & B.L. Harlow. 2006. *Risk for new onset of depression during the menopausal transition*. Arch Gen Psychiatry 63:385-390.
3. P.M. Maki, S.G. Kornstein & H. Joffe et al., 2019. *Guidelines for the Evaluation and Treatment of Perimenopausal Depression: Summary and Recommendations*. Journal of Women's Health 28;2: 117-134.
4. C.N. Soares & V. Taylor, 2007. *Effects and management of the menopausal transition in women with depression and bipolar disorder*. J Clin Psychiatry 68:16-21.
5. W.A. Nolen & P.M.A.J. Dingeman, 2004. *Meetinstrumenten bij stemmingsstoornissen*. Tijdschrift voor Psychiatrie 46:10 681-686.
6. S. Karvonen, M.J. Jergenson, M. Hyvärinen, P. Aukee, T. Tammelin et al, 2019. *Menopausal Status and Physical Activity Are Independently*

Associated With Cardiovascular Risk Factors of Healthy Middle-Aged Women: Cross-Sectional and Longitudinal Evidence. Front Endocrinol (Lausanne).30;10:589.

7. P.A Geoffroy, C.M. Schroder, E. Reynaud & P. Bourgin. 2019. *Efficacy of light therapy versus antidepressant drugs, and of the combination versus monotherapy, in major depressive episodes: A systematic review and meta-analysis*. Sleep Medicine Reviews 18;48:101213.
8. C. Larroy García & S.G. Gómez-Calcerrada. 2011. *Cognitive-behavioral intervention among women with slight menopausal symptoms: a pilot study*. The Spanish Journal Psychology 14;1:344-55.
9. E. Mann, M.J. Smith, J. Hellier, J.A. Balabanovic, H. Hamed et al. 2012. *Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): a randomised controlled trial*. Lancet Oncology 13;3:309-18.
10. S. Norton, J. Chilcot & M.S. Hunter. 2014. *Cognitive-behavior therapy for menopausal symptoms (hot flushes and night sweats): moderators and mediators of treatment effects*. Menopause. 21;6:574-8.
11. M.B. Blom, K. Jonker, E. Dusseldorp, P. Spinhoven, E. Hoencamp, J. Haffmans & R. van Dyck. 2007. *Combination treatment for acute depression is superior only when psychotherapy is added to medication*. Psychother Psychosom 76;5:289-97.
12. A. Deeks. 2003. *Psychological aspects of menopause management. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism 17;1:17-31*.
10. S. Norton, J. Chilcot & M.S. Hunter. 2014. *Cognitive-behavior therapy for menopausal symptoms (hot flushes and night sweats): moderators and mediators of treatment effects*. Menopause. 21;6:574-8.

Cognitieve gedragstherapie voor overgangsklachten

drs. V. Atema *promovenda*

dr. M. van Leeuwen *postdoc*

dr. H.S.A. Oldenburg *chirurg*

dr. M. van Beurden *gynaecoloog*

prof. dr. N.K. Aaronson *senior-groepsleider*

Allen Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam

De overgang gaat gepaard met verschillende klachten, waarvan opvliegers en nachtzweten de meest voorkomende symptomen zijn. Deze symptomen kunnen het dagelijks leven beïnvloeden en de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden. Dit geldt zowel voor vrouwen die op natuurlijke wijze in de overgang komen als voor vrouwen met een kankerbehandeling-geïnduceerde overgang. Bij deze laatste groep vrouwen kunnen de klachten zelfs leiden tot het voortijdig stoppen van adjuvante behandeling (zoals de hormonale behandeling).

Tabel 1: Overzicht van de inhoud van het iCGT programma

Module 1: Introductie

Psycho-educatie over het effect van de borstkankerbehandeling op het vroegtijdig ontstaan van overgangsklachten, de verscheidenheid aan overgangsklachten en de positieve invloed van relaxatie.

Oefeningen: Planning doornemen modules en uitvoeren oefeningen; bijhouden van een opvliegers en nachtzweten dagboek; oefenen van relaxatietechnieken.

Module 2: Opvliegers en nachtzweten

Psycho-educatie over de fysiologie van opvliegers en over de interactie tussen fysieke symptomen, emoties, gedachten en gedragingen.

Oefeningen: Identificatie patronen en triggers opvliegers; identificatie en vervanging niet helpende gedachten.

Module 3: Stress-management

Psycho-educatie over het effect van stress op opvliegers en de meerwaarde van verschillende relaxatietechnieken.

Oefeningen: Identificatie van stressvolle situaties; doelen stellen stressreductie.

Module 4: Slaap

Psycho-educatie over de relatie tussen nachtzweten, slaap en de invloed op het dagelijks functioneren; slaaphygiëne; en behulpzame reacties op nachtzweten.

Oefeningen: Vragenlijst slaaphygiëne, doelen stellen verbeteren slaap.

Module 5: Lichaamsveranderingen en seksualiteit

Psycho-educatie over lichaamsveranderingen en veranderingen op het gebied van seksualiteit.

Oefeningen: Doelen stellen gewichtsverlies (optioneel); doelen stellen gezonder seksleven (optioneel).

Module 6: Reflectie en volhouden

Psycho-educatie over de inhoud en meerwaarde van een actieplan.

Oefeningen: Identificatie behulpzame informatie/oefeningen per module; identificatie mogelijke barrières en behulpzame strategieën; opstellen actieplan.

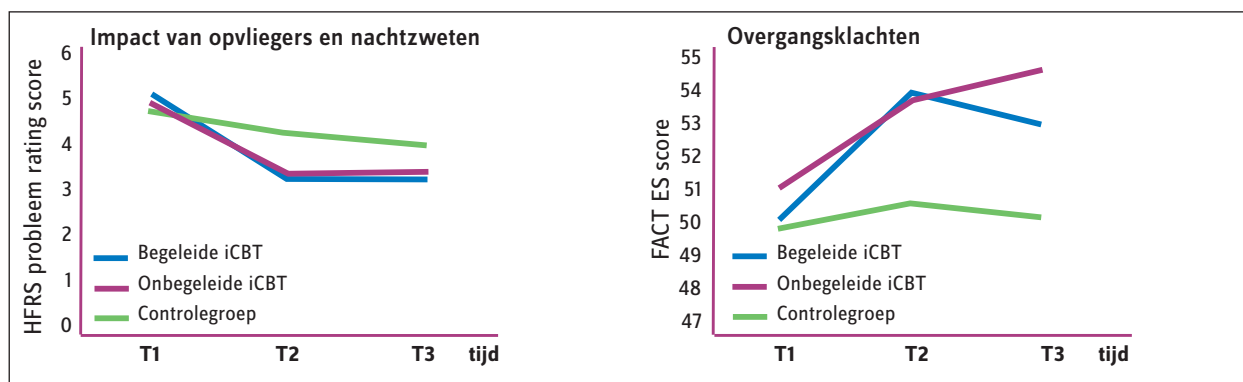
Cognitieve gedragstherapie

Een belangrijke behandeloptie om de negatieve effecten van opvliegers en nachtzweten te verminderen, is cognitieve gedragstherapie (CGT). Myra Hunter heeft hiervoor een CGT-programma ontwikkeld voor gezonde vrouwen en borstkanker-survivors met behandelinggeïnduceerde overgangsklachten, dat gericht is op het verbeteren van het omgaan (*coping*) met overgangsklachten.¹ Binnen het programma ligt de nadruk vooral op het omgaan met de opvliegers en het nachtzweten maar ook stress-management en het omgaan met slaapproblemen komen aan bod. De behandeling bestaat uit psycho-educatie, het monitoren van de opvliegers en nachtzweten en de *triggers* hiervan, ontspanningsoefeningen, stress-management, cognitieve herstructurering en het aanleren van andere manieren om te reageren op en om te gaan met overgangsklachten. Om dit te bereiken worden de vrouwen gestimuleerd om op regelmatige basis het huiswerk te maken dat bestaat uit het monitoren van hun klachten en het doen van ontspanningsoefeningen. Ook worden ze gestimuleerd om aangeleerde gedragsveranderingen in de praktijk te brengen.

Tussen 2008 en 2010 werd deze CGT binnen de EVA-studie (in Nederland) en de MENOS-studies (in Engeland) aangeboden in de vorm van groepsessies en in de vorm van een zelfhulpboek met begeleiding²⁻⁴. Deze drie studies hebben de werkzaamheid van de CGT van Myra Hunter aangetoond. Vrouwen die het programma gevolgd hadden, ervoeren significant minder last van opvliegers en nachtzweten.

Echter, met name jonge vrouwen met behandelinggeïnduceerde overgangsklachten vonden het vaak lastig om de groepsessies bij te wonen. Om de toegankelijkheid van het programma te verbeteren hebben we daarom in 2014 het programma doorontwikkeld tot een zes weken durend online zelfhulpprogramma dat zowel begeleid als onbegeleid aangeboden kan worden. Het online-programma (iCGT) gebruikt, naast geschreven tekst, ook video's met voorlichting en toelichting van een chirurg en seksuoloog. Tevens worden de ervaringen van twee lotgenoten met het programma en hun uitgewerkte huiswerkopdrachten beschreven. Tabel 1 geeft een overzicht van de inhoud van het online programma en van het huiswerk.

Het online-programma is tussen 2015-2017 in de EVA-online studie geëvalueerd⁵. De begeleiding van het CGT-programma werd in alle studies verzorgd door psychologen en medisch



Figuur 1. Gemiddelde waarden van de impact van opvliegers en nachtzweeten specifiek en overgangsklachten algemeen. Hogere scores op de HFRS problem rating scale indiceren een hogere impact van opvliegers en nachtzweeten (score range is 0-10). Hogere scores op de FACT-ES indiceren lagere niveaus van overgangsklachten (score range is 0-72). T0, baseline; T1, korte termijn follow-up (10 weken); T2, langere termijn follow-up (24) weken.

maatschappelijk werkers, die een daartoe ontwikkeld trainingsprogramma hebben gevolgd.

EVA-Online studie

In totaal deden er 254 vrouwen met behandelinggeïnduceerde overgangsklachten die veel last ervoeren van opvliegers en nachtzweeten mee aan de EVA-online-trial. Zij werden middels loting toegewezen aan een begeleide iCGT-groep, een onbegeleide iCGT-groep of een wachtlijst-controlegroep. Vrouwen die het programma volgden, met of zonder professionele begeleiding, kregen toegang tot het zes weken durende iCGT-programma. De vrouwen in de begeleide iCGT-groep kregen daarnaast ook een telefonisch kennismakingsgesprek en wekelijkse online feedback op hun voortgang. De meerderheid van de vrouwen in de begeleide (86%) en onbegeleide (62%) iCGT-groepen heeft het gehele programma doorlopen. Uit de resultaten bleek dat de vrouwen in zowel de begeleide en onbegeleide groepen een sterke en significante vermindering van klachten op de primaire uitkomstmaten ervoeren ten opzichte van de controlegroep:

1. verlichting van de ervaren last van opvliegers en nachtzweeten, en
2. verlichting van andere overgangsklachten klachten (zie figuur 1).⁵

Tevens ervoeren de vrouwen in de interventiegroepen een afname van het aantal opvliegers en nachtzweeten en een verbeterde slaapkwaliteit. Uit de resultaten van een kosten-effectiviteitsanalyse bleek tevens dat het aanbieden van het programma een acceptabele financiële investering is.⁶

Reactie van een deelnemster: 'Ik heb meer inzicht gekregen in mijn opvliegers en ook herkenning en erkenning ervaren door het programma. Ook nuttige tips en informatie ontvangen. Zeker over slaap en slaapproblemen en over *triggers* voor opvliegers.'

Momenteel is het programma nog niet beschikbaar voor gebruik in de klinische praktijk. Het team zet zich in om de implementatie van dit waardevolle programma mogelijk te maken.

Referenties

1. Hunter MS, Liao KLM, *Evaluation of a four-session cognitive-behavioral intervention for menopausal hot flashes*. British Journal of Health Psychology 1:113-125, 1996
 2. Ayers B, Smith M, Hellier J, et al. *Effectiveness of group and self-help cognitive behavior therapy in reducing problematic menopausal hot flashes and night sweats (MENOS 2): a randomized controlled trial*. Menopause 19:749-759, 2012
 3. Mann E, Smith MJ, Hellier J, et al. *Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): a randomised controlled trial*. Lancet Oncol 13:309-318, 2012
 4. Duijts SFA, Van Beurden M, Oldenburg HSA, et al. *Efficacy of cognitive behavioral therapy and physical exercise in alleviating treatment-induced menopausal symptoms in patients with breast cancer: Results of a randomized controlled multicenter trial*. Journal of Clinical Oncology 30:4124-4133, 2012
 5. Atema V, van Leeuwen M, Kieffer JM, et al. *Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Treatment-Induced Menopausal Symptoms in Breast Cancer Survivors: Results of a Randomized Controlled Trial*. J Clin Oncol:Jco1800655, 2019
 6. Verbeek JGE, Atema V, Mewes JC, et al. *Cost-utility, cost-effectiveness, and budget impact of Internet-based cognitive behavioral therapy for breast cancer survivors with treatment-induced menopausal symptoms*. Breast Cancer Res Treat 178:573-585, 2019
- Contact: prof. dr. Neil Aaronson via n.aaronson@nki.nl.

Menopauze en seks: een bio-psychosociale benadering

Ook in en na de overgang gaat het bij seks om stimulus, context en communicatie

drs. B.R. van Moorst *klinisch psycholoog, psychotherapeut-seksuoloog NVVS, OLVG, Amsterdam*
 dr. H.W. van Lunsen *arts-seksuoloog NVVS, voorheen Amsterdam UMC, Amsterdam*

Voor het overgrote deel van ouder wordende vrouwen en mannen is en blijft plezierige seksualiteit een belangrijk aspect van kwaliteit van leven. Of seksualiteit een bron van levensgeluk blijft, hangt af van een groot aantal lichamelijke, psychische en contextuele (relationele en sociale) factoren, waarbij een plezierige seksuele voorgeschiedenis, het vermogen om zich aan te passen aan veranderende omstandigheden en relationele factoren de belangrijkste voorspellers zijn. Voor vrouwen en hun partners is de perimenopauze een periode met lichamelijke, psychische en sociale veranderingen, die gevolgen voor seksueel functioneren kunnen hebben. De directe invloed van de fysiologische overgang op seksualiteit is echter veel minder groot dan vaak wordt verondersteld.

Inleiding

Vrijwel alle volwassen beschouwen seksualiteit als een belangrijk aspect van kwaliteit van leven.^{1,2} Seksueel plezier, seksueel bevrediging en een positief seksueel zelfbeeld bevorderen lichamelijke en geestelijke gezondheid, geluk en kwaliteit van leven. Seksueel welbevinden van mensen van alle leeftijden is sterk gecorreleerd met relationele tevredenheid en met zowel lichamelijke als psychische gezondheid^{3,4}, niet alleen doordat slechte gezondheid leidt tot minder seksuele activiteit maar ook doordat seksuele activiteit cardiovasculaire risico's daadwerkelijk verkleint⁵, waarbij het er bij vrouwen vooral om gaat of ze ook van die seksuele activiteit genieten, terwijl dit bij mannen meer gerelateerd is aan de frequentie van seksuele activiteit.⁵

Seksuele problemen komen in elke levensfase vaak voor

Hoe tevreden of ontevreden mensen zijn over seksualiteit wordt bepaald door een veelheid aan bio-psychosociale factoren, waarmee in onderzoek naar de prevalentie van problemen en disfuncties veelal onvoldoende rekening wordt gehouden. In het meeste onderzoek wordt gebruik gemaakt van gesimplificeerde meetinstrumenten, waarbij seksuele activiteit wordt gereduceerd tot (de frequentie van) penetratieve seksuele activiteit en, zonder rekening te houden met lijdensdruk, alleen gekeken wordt naar de in de DSM-5 opgenomen seksuele disfuncties (seksuele interesse/opwindingsstoornis; genitopelviene pijn/penetratiestoornis; orgas-

mestoornis; seksuele disfunctie door een (genot)middel of medicatie) of naar door de farmaceutische industrie gepostuleerde "stoornissen" als HSDD (hypoactive sexual desire disorder)⁶. Het meest gebruikte meetinstrument is de FSFI (Female Sexual Function Index). Deze korte vragenlijst meet echter niet de belangrijkste criteria waaraan een seksueel 'probleem' conform de DSM moet voldoen om van een disfunctie te mogen spreken: er moet dan sprake zijn van minstens 6 maanden aanwezige klachten en van klinisch significant lijden. Om de prevalenties van seksuele disfuncties vast te stellen moet daarom naast de FSFI minstens ook de FSDS (Female Sexual Distress Scale) zijn afgenomen.

Als alleen wordt gekeken naar 'seksuele problemen' als situaties waarin niet elk aspect van seksueel functioneren probleemloos verloopt, komen deze bij 40-45% van alle vrouwen en bij 20-30% van alle mannen voor^{7,8}. In Nederland liggen deze percentages met respectievelijk 35% en 18% wat lager. Van de vrouwen en mannen met deze 'problemen' ondervindt ongeveer de helft, respectievelijk 18 en 11%, hier ook hinder van.⁹ De meeste studies rapporteren een toename van seksuele problemen en seksuele disfuncties in de perimenopauze,¹⁰ hoewel ook in deze levensfase minstens de helft van de vrouwen aangeeft tevreden te zijn over hun seksleven¹¹ en er grote verschillen zijn afhankelijk van culturele, etnische, religieuze achtergrond¹² en van de gebruikte meetmethoden. Daarnaast wordt in veel onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen vrouwen met een fysiologische menopauze en vrouwen na chirurgische of farmacotherapeutische castratie, een situatie die ten onrechte ook vaak betiteld wordt met 'in de overgang', maar die door het wegvallen van de ovariële androgeen productie en daardoor ook sterk verminderde perifere conversie, gekenmerkt wordt door veel lagere androgeen en oestrogeen spiegels. De door vrouwen in de overgang meest gerapporteerde klachten zijn: verminderd seksueel verlangen, vaginale droogheid, dyspareunie, verminderde opwinding en orgasme en verminderde seksuele satisfactie.¹⁰

Hoe specifiek voor de (peri)menopauze zijn seksuele problemen van vrouwen in de overgang?

Seksualiteit is een complex bio-psychosociaal fenomeen en ongeacht de oorzaak van een seksueel probleem, zijn het vooral secundaire psychische en contextuele factoren

evenals eventuele somatische comorbiditeit -zoals door de menopauze veroorzaakte lichamelijke veranderingen- die bij het in stand houden van het probleem een rol spelen. Daarnaast is het lastig om effecten van de overgang op seksualiteit te onderscheiden van veranderingen die het gevolg zijn van algemene verouderingsprocessen. Net als bij mannen is het belangrijkste effect van veroudering op seksualiteit van vrouwen dat er, ongeacht de overgang, geleidelijk meer, meer directe en langduriger stimuli nodig zijn voor het kunnen doorlopen van een seksuele respons. Bovendien is er bij veel vrouwen en mannen sprake van een zekere verschuiving, waarbij opwindingsaspecten en penetratieve prestaties aan belang verliezen en verbinding en intimiteit belangrijker worden.¹³ Het blijkt dan ook dat, vergeleken met jongeren, vrouwen en mannen op wat latere leeftijd (55-69 jaar) niet minder tevreden over hun seksleven zijn, niet meer zorgen hebben over hun seksleven en niet minder tevreden zijn over hun relatie.¹⁴ Het is dan ook opvallend dat van alle seksuele problemen en klachten die in de overgang gemeld worden, alleen de prevalentie van 'vaginale droogheid' rond de menopauze significant hoger is dan in eerdere en latere levensfasen. Zelfs dyspareunie komt bij vrouwen van rond de 55 jaar niet vaker voor dan bij vrouwen rond de twintig jaar.^{15,16,17}

Biologische factoren:

Het leidt geen twijfel dat klachten van verminderd seksueel verlangen, van vaginale droogheid en van dyspareunie bij vrouwen rond de overgang veel voorkomen.¹⁰ Minstens even opvallend is echter dat de overgrote meerderheid van de vrouwen na de overgang deze klachten niet ontwikkelt.¹⁷ Veelal wordt verondersteld dat het de hormonale veranderingen van de menopauze zijn die direct effect hebben op seksueel verlangen en opwinding en dat urogenitale atrofie zorgt voor klachten rond 'vaginale droogheid' en dyspareunie. Het is echter de vraag of dit niet een eenzijdige biomedische verklaring is voor veel complexer problematiek. De seksuele respons (seksuele opwinding en verlangen, orgasme) is het resultaat van een samenspel tussen een gevoelig seksueel systeem en stimuli die als seksueel betekenisvol geïnterpreteerd worden. Seksuele opwinding en verlangen ontstaan als adequate interne en/of externe seksuele prikkels het seksuele respons systeem activeren en er vervolgens sprake is van een geschikte seksuele context met mogelijkheden tot seksuele expressie.¹⁸ De gevoeligheid van het seksuele systeem voor stimulatie wordt gemedieerd door neurotransmitters (vooral dopamine en serotonine) en hormonen (vooral testosteron). Voldoende testosteron is onder meer van invloed op seksuele opwindbaarheid, op de frequentie van seksuele gedachten en fantasieën en op de gevoeligheid van de geslachtsdelen voor seksuele stimulatie.¹⁹ Door de menopauze veranderen testosteronspiegels echter niet of nauwelijks en in psychofysiologisch onderzoek is dan ook aangetoond dat de seksuele responsiviteit van perimenopauzale vrouwen niet verschilt van die van gezonde jonge vrouwen.²⁰ Ook is herhaaldelijk aangetoond dat er geen correlatie is tussen klachten van seksuele vaginale droogheid en dyspareunie enerzijds en zowel oestrogeenspiegels als de

mate van vaginale atrofie anderzijds^{17,21}. Het enige wat wel oestrogeen afhankelijk is, is de vermindering in vaginale doorbloeding en vochtigheid in een niet seksueel gestimuleerde situatie. Vrouwen na de overgang verliezen het vermogen om bij voldoende relaxatie pijnloos coïtus te ondergaan bij een (nog) onvoldoende in gang zijnde lichamelijke seksuele respons. Dit vermogen kan weliswaar hersteld worden door toediening van locale oestrogenen, moisturizers of glijmiddelen, maar het is de vraag of vrouwen niet meer gebaat zijn bij meer aandacht voor de kwaliteit van de seksuele stimulus en/of de seksuele relatie.

Een onderschat probleem is dat van alle seksuele disfuncties bij ouderen naar schatting 25% wordt veroorzaakt door medicatie,²² waaronder door vrouwen rond de overgang relatief veel gebruikte middelen als betablokkers, statines, SSRI'S en benzodiazepinen. Ook SHBG verhoging door orale HRT kan door het effect op het biologisch beschikbaar testosteron een paradoxaal negatief effect op seksuele responsiviteit veroorzaken.²³

Indirecte psychologische effecten van de overgang op seksueel welbevinden

Psychologische factoren zoals stemmingswisselingen, depressie, angst, of negatieve gedachten over het eigen lichaam beïnvloeden de seksuele beleving van vrouwen in de overgang. Voor een deel spelen overgangsverschuiven hierbij een medierende rol. Zo blijkt dat seksuele problemen van vrouwen in de overgang gecorreleerd zijn met de frequentie en intensiteit van typische overgangsklachten, waarbij slaapproblemen zowel het algeheel welbevinden, de stemming van vrouwen als ook hun seksuele tevredenheid sterk negatief beïnvloeden.^{24,25} De invloed op seksualiteit van vasomotorische klachten aan zich lijkt in dit opzicht gering te zijn.²⁶ Ook veroorzaakt de overgang geen klinisch manifeste depressies, maar uit verschillende longitudinale studies blijkt wel dat de kans op milde depressieve klachten met een factor 1,5 tot 3,0 toeneemt.^{27,28} Behalve demografische, socio-economische factoren en recente life events²⁹, zijn eerdere depressieve episoden en een voorgeschiedenis met hormoon gerelateerde klachten (zoals PMS, PMDD of postpartum depressie) belangrijke voorspellers.^{27,28} Eenzelfde fenomeen lijkt te spelen bij angstklachten: vrouwen met een geschiedenis van angstklachten hebben in de perimenopauze een sterk verhoogde kans op recidiveren ervan.³⁰ Vrouwen in de perimenopauze hebben daarnaast een negatiever lichaamsbeeld dan voor en na de menopauzale transitie.³¹

Contextuele en relationele aspecten van seksueel functioneren in de overgang

Ondanks de aan de transitie van de menopauze verbonden lichamelijke en psychologische veranderingen, blijkt dat historische en contextuele variabelen de belangrijkste voorspellers zijn voor zowel seksuele tevredenheid als voor het continueren van seksuele activiteit in en na de overgang. Als voor de overgang seksualiteit een bron van tevredenheid en geluk was, is de kans groot dat dat tot op hoge leeftijd zo blijft. In een grote Zweedse studie onder een cohort 70 jarigen was

het continueren van seksuele activiteit van vrouwen gecorreleerd met positieve seksuele ervaringen in het verleden en het hebben van een gelukkige relatie met een psychisch en lichamelijk gezonde partner.³² Cross sectionele analyse van data van 1345 vrouwen in de MIDUS studie in de VS toonde eveneens aan dat seksuele tevredenheid op zich niet gerelateerd was aan hun menopauzale status, maar dat deze vooral werd bepaald door variabelen als seksuele voorgeschiedenis, tevredenheid over de relatie en kwaliteit van de communicatie met de partner.³² Het beeld dat naar voren komt uit studies waarbij meer gekeken wordt naar seksuele tevredenheid, dan naar het voorkomen van 'disfuncties' en klachten, is dat de overgang weliswaar enige invloed heeft op een aantal lichamelijke aspecten van seksueel functioneren, maar dat er nauwelijks invloed is van de overgang op seksuele tevredenheid. Deze discrepantie tussen functie en beleving wordt mogelijk vooral verklaard doordat vrouwen en hun partners met een positieve seksuele voorgeschiedenis zich blijkbaar aanpassen aan door overgang en veroudering veroorzaakte fysieke veranderingen.

De praktijk

De prevalentie van seksuele problemen en seksuologische zorgvragen van vrouwen in de overgang is hoog. Toch blijkt hier in de praktijk weinig pro-actief aandacht aan te worden besteed, terwijl vrouwen dat wel van hun zorgverleners verwachten³⁴ en uiteindelijk minder dan een kwart van de vrouwen met seksuele zorgvragen dit ook met hun arts bespreekt.³⁵ Bij de seksuele problemen van vrouwen in de overgang spelen bovendien, ook volgens henzelf, psychologische en contextuele variabelen een grotere rol dan fysieke factoren, terwijl artsen het belang van urogenitale veroudering en de impact van "vaginale droogheid" sterk overschatten.³⁶ Voor de praktijk is het dan ook van belang te kiezen voor een pro-actieve en biopsychosociale benadering, waarbij niet alleen aandacht wordt geschonken aan functionele aspecten van seksualiteit, maar vooral ook aan seksuele satisfactie en de wijze waarop in de relatie wordt omgegaan met de lichamelijke, psychische en contextuele veranderingen van de overgang. Vaak zal dan blijken dat er naast eventuele medicamenteuze interventies, vooral behoefte bestaat aan gedragsmatige adviezen ter optimaliseren van context, stimuli en communicatie en aanpassing van seksueel gedrag en repertoire aan veranderende omstandigheden.

Referenties

1. Marwick C. *Survey says patients expect little physician help on sex.* Journal of the American Medical Association, 1999; 281:2173-2174.
2. Whipple, B. *The health benefits of sexual expression.* In: Tepper MS, Owens AF (Eds.), *Sexual Health, Volume 1: Psychological Foundations* (pp. 17-41). 2007 Westport, CT: Praeger Publishers
3. Laumann EO, Das A, Waite L.J. *Sexual Dysfunction among Older Adults: Prevalence and Risk Factors from a Nationally Representative U.S. Probability Sample of Men and Women 57-85 Years of Age.* J Sex Med. 2008;5: 2300-2311

zie voor vervolg referenties pagina 36

Samenvatting

Of seksualiteit tijdens en na de overgang een bron van levensgeluk blijft, hangt af van een groot aantal factoren, waarbij een plezierige seksuele voorgeschiedenis, het vermogen om zich aan te passen aan veranderende omstandigheden en relationele factoren de belangrijkste voorspelers zijn. De directe invloed van de fysiologische overgang op seksualiteit is veel minder groot dan vaak wordt verondersteld. De in de overgang meest voorkomende problemen zijn verminderd seksueel verlangen, dyspareunie en gebrek aan lubricatie ('vaginale droogheid'). Bij een fysiologische overgang is de bijdrage van hormonale factoren aan deze klachten gering. Verminderd seksueel verlangen is vaker het gevolg van ontevredenheid over eerdere seksuele ervaringen en/of over de relatie. Urogenitale veroudering kan vele niet-seksuele klachten veroorzaken, maar vaginale droogheid tijdens seksuele activiteit is noch aan oestrogendeprivatie, noch aan de mate van vulvo-vaginale atrofie gerelateerd. In veel gevallen is perimonopauzale dyspareunie een verklikker van pre-existent ineffectief seksueel gedrag. Pro-actieve aandacht voor seksualiteit vanuit een bio-psychosociaal perspectief wordt door patiënten niet alleen gewaardeerd, maar ook verwacht.

Trefwoorden

Seksualiteit, Menopauze, Overgang

Summary

Whether or not sexuality during the menopausal transition will be satisfying depends on a number of physical, psychological, sociocultural, and interpersonal factors. A history of positive sexual experiences, the capacity to adapt to changing circumstances and relational factors are the most important predictors of sexual wellbeing of midlife women. The direct effect on sexuality of a physiological menopausal transition in general is overrated. Decreased sexual desire, dyspareunia and a lack of lubrication ('vaginal dryness') in midlife women are common, but evidence that these complaints are related to hormonal factors is lacking. Decreased sexual desire is more often related to a lack of positive sexual experiences and/or relational factors. Urogenital atrophy may cause many non-sexual problems, but research repeatedly reveals that coital vaginal dryness is not related to estrogen levels nor to degrees of vulvovaginal atrophy. Dyspareunia in midlife women often is a whistleblower of pre-existent unaroused intercourse.

Keywords

Sexuality, Menopause, Midlife

Contact

b.moorst@olvg.nl

Verklaring belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

Slaapstoornissen tijdens de overgang

dr. Kristel M. Kasius *neuroloog-somnoloog, OLVG West, Amsterdam*

Hormonale veranderingen tijdens de menstruele cyclus, zwangerschap, menopauze en daarna hebben invloed op de kwaliteit van de slaap van de vrouw. Zo melden veel vrouwen een verstoorde slaap in de nachten voorafgaand en tijdens de menstruatie.¹ Ze worden vaker wakker in de nacht en dromen levendiger. Tijdens de zwangerschap rapporteert, afhankelijk van het trimester, het merendeel van de vrouwen enige vorm van verstoring van de slaap.²

Slaap tijdens de overgang

Met het ouder worden verandert de slaap. De totale slaaptijd neemt af, het duurt langer voordat men in slaap valt en de slaapefficiëntie neemt af.³ Daarnaast is de diepe slaap minder vertegenwoordigd dan op jongere leeftijd. De gevolgen van de slaapproblemen zijn uiteenlopend: verminderde kwaliteit van leven, lagere productiviteit, overgewicht, angstklachten etc.⁴

Veertig tot 60% van de vrouwen in de overgang rapporteert slaapproblemen tijdens de menopauze⁵ waarbij het nachtelijk ontwaken het meest wordt genoemd.⁶ Veel vrouwen klagen ook over moeilijk in slaap vallen en te vroeg wakker worden in de ochtend. We spreken van insomnie wanneer er gedurende drie maanden, minimaal drie nachten per week problemen zijn met het in- of doorslapen en er als gevolg daarvan klachten overdag zijn zoals slaperigheid, vermoeidheid, concentratieproblemen etc.⁷

Met name oestrogenreceptoren in de hersenen zijn verantwoordelijk voor regulatie van de slaap.⁸ De veranderingen en uiteindelijke afname van het oestrogeenniveau zorgt voor een slechtere slaap. Deze hormoonschommelingen veroorzaken o.a. ook opvliegers, nachtzweeten en hartkloppingen met vervolgens een negatief effect op de slaap.¹ Niet alle opvliegers leiden tot slaapproblemen of insomnie en slaapproblemen komen ook voor zonder opvliegers, maar opvliegers die verstoring van de slaap tot gevolg hebben, leiden vaker tot stijging van de hartfrequentie en bloeddruk⁹ met mogelijk ook negatieve effecten op de lange termijn.

Daarnaast wordt verondersteld dat de afname van het oestrogeen verantwoordelijk is voor o.a. depressie wat vervolgens weer kan leiden tot slapeloosheid.¹⁰ Daarentegen kan insomnie ook tot het ontstaan of een verslechtering van een stemmingsstoornis zorgen.¹¹ Deze bidirectionele relatie maakt behandeling van de stemming- en slaapproblemen vaak complex.

Slaapapneu

Niet alleen de afname van oestrogenen kan zorgen voor slaapproblemen. De afname van progesteron vergroot het risico op het ontwikkelen van slaapapneu. Vóór de overgang komt obstructief slaapapneu ongeveer tweemaal zo vaak

voor bij mannen als bij vrouwen. Daarentegen heeft meer dan 50% van de vrouwen peri- of postmenopauzaal slaapapneu, wat min of meer gelijk is aan de prevalentie bij mannen.^{1,12} De afname van progesteron leidt tot een afname van de ventilatoire respons. Daarnaast zorgt ook de toename van het gewicht voor een groter risico op het ontwikkelen van slaapapneu. Bovendien vermelden vrouwen met slaapapneu veel minder vaak dan mannen typische symptomen zoals snurken en ademstops. Zij hebben vaker klachten van slapeloosheid of stemmingsklachten waardoor de slaapapneu niet altijd herkend en adequaat behandeld wordt. Het valt te overwegen te verwijzen voor nader onderzoek naar slaapapneu in het geval van overgewicht in combinatie met slaperigheid overdag en eventueel snurken of ademstops.

Behandeling

De behandeling van de slaapproblemen is uiteraard afhankelijk van de aard van de slaapproblemen. Vanzelfsprekend vraagt de behandeling van obstructief slaapapneu om een andere aanpak¹³ dan insomnie. Vaak zijn de klachten van insomnie van tijdelijke aard en kan in eerste instantie worden afgewacht. Bij persisterende klachten of wanneer de klachten het dagelijks functioneren negatief beïnvloeden is behandeling soms wel aangewezen. Behandeling van insomnie begint bij een goede slaaphygiëne: regelmatige bedtijden, geen cafeïne, alcohol en nicotine, geen (beeld)schermen, etc.¹⁴ Cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CBT-i) wordt gezien als de behandeling van eerste keus voor chronische insomnie¹⁵ en is ook perimenopauzaal effectief.¹⁶ CBT-i wordt gegeven door gespecialiseerde psychologen. Hormoontherapie verbetert de slaapproblemen met name bij vrouwen met vasomotore symptomen maar heeft geen duidelijk aangetoond effect wanneer deze klachten niet of nauwelijks aanwezig zijn.¹⁷

Concluderend komen slaapproblemen veel voor tijdens de overgang en zijn zij vaak multifactorieel bepaald. De behandeling van vrouwen met slaapproblemen in de menopauze vraagt daarom om behandeling op maat. Wanneer nachtelijke opvliegers of nachtzweeten op de voorgrond staan, heeft hormoontherapie de voorkeur.

Referenties

1. Rajagopal A, Sigua, NL. *Women and Sleep* Am J Respir Crit Care Med 2018; 197: P19-P20.
2. Ladyman, Signal TL. *Sleep Health in Pregnancy. A Scoping Review* Sleep Med Clin 2018; 13: 303-333.
3. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. *Meta-Analysis of Quantitative Sleep Parameters From Childhood to Old Age in Healthy Individuals: Developing Normative Sleep Values Across the Human Lifespan* Sleep 2004; 27: 1255-1273.
4. Baker FC, Lempio L, Saaresranta T, Polo-Kantola P. *Sleep and sleep*

- disorders in the menopausal transition *Sleep Med Clin* 2018; 13: 434-456. .
5. Nelson HD. *Menopause*. *Lancet* 2008; 371: 760-770.
 6. Kravitz HM, Zhao X, Bromberger JT, et al. *Sleep disturbance during the menopausal transition in a multi-ethnic community sample of women*. *Sleep* 2008; 31: 979-990.
 7. *International Classification of Sleep Disorders, third edition*. American Academy of Sleep Medicine.
 8. Polo-Kantola P. *Sleep problems in midlife and beyond*. *Maturitas* 2011; 68: 224-232.
 9. Baker FC, Forouzanfar M, Goldstone A, et al. *Changes in heart rate and blood pressure during nocturnal hot flashes associated with and without awakenings*. *Sleep* 2019; 42: 1-13.
 10. Soares CN. *Mood disorders in midlife women: understanding the critical window and its clinical implications*. *Menopause* 2014; 21: 198-206
 11. Murphy MJ, Peterson MJ. *Sleep disturbances in depression* *Sleep Med Clin* 2015; 10: 17-23.
 12. Freedman RR, Roehrs TA. *Sleep disturbance in menopause*. *Menopause* 2007; 14: 826-829.
 13. *Richtlijn obstructief slaapapneu bij volwassenen*. https://richtlijnen-database.nl/richtlijn/osa_bij_volwassenen/startpagina_-_obstructief_slaapapneu_osa.html
 14. <https://www.thuisarts.nl/slaapproblemen/ik-wil-beter-slapen>
 15. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al. *European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia* *J Sleep Res* 2017; 26: 675-700.
 16. McCurry SM, Guthrie KA, Morin CM, et al. *Telephone-Based Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Perimenopausal and Postmenopausal Women With Vasomotor Symptoms: A MsFLASH Randomized Clinical Trial*. *JAMA Intern Med* 2016; 176: 913-920.
 17. Cintron D, Lipford M, Larrea-Mantilla L, et al. *Efficacy of menopausal hormone therapy on sleep quality: systematic review and meta-analysis*. *Endocrine* 2017; 55: 702-711.
- Vervolg referenties 'Menopauze en seks' (p. 34)**
4. Lee DM, Nazroo J, O'Connor DB, Blake M, Pendleton N. *Sexual Health and Well-being Among Older Men and Women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing*. *Archives of Sexual Behavior* 2016;45:133-144
 5. Hui, Waite L, Shen S, et al. *Is Sex Good for Your Health? A National Study on Partnered Sexuality and Cardiovascular Risk Among Older Men and Women*. *J Health Soc Behav*. 2016;57:276-296.
 6. Thomas HN, Thurston RC. *A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review*. *Maturitas*. 2016;87:49-60.
 7. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, et al. *Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies*. *Sexual Medicine Reviews* 2016;4:197-21
 8. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, et al. *Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015*. *J Sex Med*. 2016 ;13:144-52
 9. De Graaf H, Wijzen C. *Seksuele Gezondheid in Nederland 2017* www.rutgers.nl/feiten-en-cijfers/seksuele-gezondheid-en-gedrag/seksuele-gezondheid-nederland-2017 (geraadpleegd 29-12-2019)
 10. Nappi RE, Lachowsky M. *Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life*. *Maturitas* 2009; 63:138-141.
 11. Davison SL, Bell RJ, LaChina M, et al. *Sexual function in well women: Stratification by sexual satisfaction, hormone use, and menopause status*. *J Sex Med*. 2008;5:1214-1222
 12. Makara-Studzika MT, Kry-Noszczyk KM, Jakiel G. *Epidemiology of the symptoms of menopause – an intercontinental review*. *Prz Menopauzalny* 2014;13:203-211
 13. Hughes AK, Rostant OS, Pelon S. *Sexual problems among older women by age and race*. *J Womens Health* 2015;24:663-9
 14. de Graaf H. *Seksueel gedrag en seksuele beleving in Nederland*. *Tijdschrift voor Seksuologie* 2012;36:87-97
 15. Kedde H. *Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren*. *Tijdschrift voor Seksuologie* 2012; 36-2, 98-108
 16. Mitchell KR, Geary R, Graham CA, et al. *Painful sex (dyspareunia) in women: prevalence and associated factors in a British population probability survey*. *BJOG*. 2017 ;124:1689-1697
 17. A Kao, YM Binik, A Kapuscinski, et al. *Dyspareunia in postmenopausal women: A critical review*. *Pain Res Manage* 2008;13(3):243-254.
 18. Laan E, Both S. *Sexual desire and arousal disorders in women*. *Adv Psychosom Med*. 2011;31:16-34.
 19. Bancroft J. *Sexual effects of androgens in women: some theoretical considerations*. *Fertil Steril* 2002;77;Suppl 4; S55-59
 20. Laan E, Van Driel E, van Lunsen RHW. *Genital responsiveness in healthy women with and without sexual arousal disorder*. *J Sex Med* 2008;5:1424-1435
 21. Laan E, van Lunsen RHW. *Hormones and sexuality in postmenopausal women: a psychophysiological study*. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1997;18:126-133
 22. Segraves R. *Recognizing and reversing sexual side effects of medications*. In: Levine SB, ed. *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals*. NY: Brunner-Routledge; 2003. p. 377-91.
 23. Serin IS, Ozcelik B, Basbug M, et al. *Longterm effects of continuous oral and transdermal estrogen replacement therapy on sex hormone binding globulin and free testosterone levels*. *Eur J Obstet Gynecol Biol* 2001;99:222-225.
 24. Kling JM, Manson JE, Naughton MJ, et al. *Association of sleep disturbance and sexual function in postmenopausal women*. *Menopause*. 2017;24:604-612.
 25. Joffe H, Soares CN, Thurston RC, et al. *Depression is associated with worse objectively and subjectively measured sleep, but not more frequent awakenings, in women with vasomotor symptoms*. *Menopause* 2009;16(4):671-9.
 26. Worsley R, Bell RJ, Gartoulla P, Davis SR. *Prevalence and Predictors of Low Sexual Desire, Sexually Related Personal Distress, and Hypoactive Sexual Desire Dysfunction in a Community-Based Sample of Midlife Women*. *J Sex Med*. 2017;14:675-686.
 27. Bromberger JT, Kravitz HM, Youk A, et al. *Patterns of depressive disorders across 13 years and their determinants among midlife women: SWAN mental health study*. *J Affect Disord* 2016;206:31-40.
 28. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, et al. *Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression*. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:375-82.
 29. Bromberger JT, Kravitz HM, Chang Y, et al. *Does risk for anxiety increase during the menopausal transition? Study of women's health across the nation*. *Menopause* 2013;20:488-95.
 30. Clayton AH, Pinkerton JV. *Vulnerability to depression and cardiometabolic risk associated with early ovarian disruption*. *Menopause* 2013;20:598-9
 31. Séjourné N, Got F, Solans C, Raynal P. *Body image, satisfaction with sexual life, self-esteem, and anxiodepressive symptoms: A comparative study between premenopausal, perimenopausal, and postmenopausal women*. *J Women Aging*. 2019;31:18-29
 32. Beckman N, Waern M, Östling S, Sundh V, Skoog I. *Determinants of sexual activity in four birth cohorts of Swedish 70-year-olds examined 1971-2001*. *J Sex Med* 2014;11:401-10.
 33. Thomas HN, Hess R, Thurston RC. *Correlates of Sexual Activity and Satisfaction in Midlife and Older Women*. *Ann Fam Med*. 2015;13:336-42
 34. Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, et al. *Standard operating procedures for taking a sexual history*. *J Sex Med*. 2013 ;10:26-35
 35. Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, et al. *Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey*. *BMJ* 2003;327; 426-427
 36. Nijland EA, Van Lunsen HW, Abrams L et al. *Sexual Well-Being after 50: A European Survey among Women and Physicians*. In: Nijland EA. *Effects of hormone treatment on sexual functioning in postmenopausal women: pharmacological intervention and female sexuality*. Thesis 2008, Groningen University (<http://hdl.handle.net/11370/f989eabf-b59c-4b2f-a33a-afce027f6414>)

Overgang en werk

Hoe carrières tot stilstand kunnen komen

dr. H. Oosterhof gynaecoloog, Nij Smellinghe Ziekenhuis, Drachten

drs. M. van Aalst bedrijfsarts, Van Aalst Arbo advies, Bakkeveen

drs. M. Geukes gynaecoloog, Gycon, Ziekenhuisgroep Twente, Almelo

Door de toegenomen participatie van vrouwen in het arbeidsproces en het steeds langer moeten doorwerken, worden steeds meer vrouwen geconfronteerd met de gevolgen van hun overgang op de werkvloer. Overgangsklachten kunnen een negatieve invloed hebben op het werken. Het kan ontevredenheid geven over het werk, kan een toename geven van het verzuim en kan zelfs leiden tot het opzeggen van een baan. En dat terwijl er sterke aanwijzingen zijn dat werk in het algemeen goed is voor iemands fysieke en mentale welbevinden.¹ Nog steeds vinden vrouwen het moeilijk om over overgangsklachten te praten. De overgang is een van de laatste grote taboedonderwerpen op de werkvloer. Het wordt hoog tijd dat werkgevers, werknemers en zorgverleners samen in actie komen om dit probleem aan te pakken.

Probleem

De gemiddelde menopauzeleeftijd in Nederland is 51 jaar. Reeds enkele jaren daarvoor, maar ook daarna kunnen vrouwen hinderlijke overgangsklachten ervaren. Vanaf het jaar 2000 tot 2010 is het aantal oudere werkenden (55-64 jaar) met ongeveer 10% toegenomen. In Nederland was in 2018 het percentage werkende vrouwen in de leeftijdsgroep 45-49 jaar 79,3% en in de leeftijdsgroep 50-59 jaar 72,8%.² Ongeveer 96% van de vrouwen ervaart verschijnselen van de overgang, waarvan 63% deze klachten als ernstig ervaart.³ Typische klachten zijn onder andere opvliegers, slaapproblemen, nachtelijk zweten, stemmingsstoornissen, gewrichts- en spierklachten, urogenitale atrofie en hartkloppingen. Er bestaan grote culturele verschillen in het ervaren van de overgang. In culturen waar oudere vrouwen veel waardering en respect krijgen wordt de overgang bijvoorbeeld als minder belastend ervaren. In onze cultuur waar jong, knap en krachtig het ideaal is, wordt de overgang meer als een aftakelingsproces gezien. Daardoor kunnen klachten van de overgang als heftiger ervaren worden.^{4,5}

De overgang is een uitdagende periode in het leven van menige vrouw. Naast de confrontatie met ongewenste overgangsklachten, kunnen er op verschillende vlakken uitdagingen ontstaan die energie kosten: chronische gezondheidsklachten, mantelzorg voor ouders of partner, en uit huis gaande kinderen. Dennerstein *et al.* (2002) rapporteren dat de overgang een negatief effect heeft op de kwaliteit van leven bij de vrouw en meerdere studies hebben aangetoond dat de overgang effect heeft op de kwaliteit van leven op de

werkvloer.⁶ In 2012 rapporteerden wij dat in een groep gezonde werkende vrouwen de totale variatie in het vermogen tot werken (*work ability index*, WAI) voor 34% verklaard kan worden door overgangsklachten.⁷ Bij nadere analyse van de soorten overgangsklachten die verantwoordelijk zijn voor deze uitkomst, bleken alleen de psychische en somatische klachten (en dus niet de vasomotorische klachten!) van de *Greene Climacteric Scale* (GCS)⁸ significante voorspellers van de totale variatie in het vermogen tot werken.

De WAI is een gevalideerde vragenlijst die een indicatie geeft van het vermogen tot werken.⁹ Een laag werkvermogen gaat gepaard met toegenomen aanwerk gerelateerde vermoeidheid, een toegenomen intentie het werk te verlaten, meer verzuim op de werkvloer en een lagere arbeidsproductiviteit.¹⁰

In een vervolgstudie vonden wij bij 73% van de werkende vrouwen met ernstige overgangsklachten die daarvoor een overgangskliniek bezochten, een laag werkvermogen. Bij gezonde werkende vrouwen zonder evidente overgangsklachten in dezelfde leeftijdsgroep scoorden slechts 29% een laag werkvermogen (OR 8,4, CI 95%, 4,1-17,2).¹¹

In het Verenigd Koninkrijk rapporteerden vrouwen in een vragenlijstonderzoek 12% meer ziekteverzuim door overgangsklachten. Slechts 30% van deze werkneemsters had klachten gemeld aan haar leidinggevende. Schaamte en het taboe dat rond de overgang op de werkvloer heerst, zouden hier een grote rol spelen.¹² Ook als overgangsklachten niet leiden tot ziekteverzuim, hebben deze volgens de helft van de respondenten van een andere grote *survey*, wel een negatief effect op het functioneren op de werkvloer. Een derde van deze respondenten heeft zelf aanpassingen doorgevoerd



vanbeekimages.com

om haar klachten beter te kunnen hanteren: veranderingen in dieet, meer bewegen, meer slapen in de weekenden, gebruik van ventilatoren en dragen van andere kleding.^{13,14} Sommige vrouwen met ernstige overgangsklachten overwegen echter om te stoppen met werken, of voor een parttime baan te kiezen.¹⁵

Overgangsklachten die invloed hebben op het functioneren op de werkvloer zijn vooral: slechte concentratie, vermoeidheid, geheugenstoornissen, neerslachtigheid, snel geïrriteerd zijn, verminderd zelfvertrouwen en schaamte. Opliegers zijn een belangrijke oorzaak van stress op de werkvloer.¹³ Er is sprake van een domino-effect: het ene symptoom veroorzaakt het andere. Opliegers en nachtelijk zweten veroorzaken slaapstoornissen, die leiden tot vermoeidheid, concentratieproblemen en stemmingswisselingen. Slaapstoornissen kunnen verergeren door depressies en angststoornissen. Opliegers kunnen juist weer leiden tot stress en vice versa. Er lijkt dus sprake te zijn van een vicieuze cirkel die moeilijk te doorbreken is.

De oplossing

Als we vrouwen willen behouden voor het arbeidsproces zal de overgang gezien moeten worden als een potentieel gezondheidsprobleem op de werkvloer. Er zijn meerdere redenen waarom werkgevers de overgang mee moeten nemen in hun personeelsbeleid.

Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen (MVO): ondernemen gericht op economische prestaties, met respect voor de sociale kant, binnen de ecologische randvoorwaarden.

Duurzame inzetbaarheid van werknemers: bedrijven die aandacht hebben voor de gezondheid, betrokkenheid en ontwikkeling van hun medewerkers, hebben daar direct voordeel van. Het zorgt voor meer werkplezier, minder ziekteverzuim en een hogere arbeidsproductiviteit.

Juridische aspecten: *Scottish Employment Tribunal - 'menopause-disability'*.¹⁶ Een werkneemster met ernstige overgangsklachten heeft met succes haar ontslag aangevochten. Zij had tijdig haar klachten gemeld aan haar leidinggevende, desondanks werd zij ontslagen. Hierop startte zij een juridische procedure. Zij kreeg een schadevergoeding plus proceskosten toegewezen.

Economische motieven: Het lijkt kosteneffectief om een beleid ten aanzien van de overgang op de werkvloer te implementeren. In meerdere studies zijn de hoge kosten van de overgang voor de werkgever en de samenleving aangetoond. De extra kosten van ziekteverzuim voor vrouwen met ernstige overgangsklachten werden in 2010 geschat op \$48 per vrouw in 2010 (in die tijd €37,79).^{17,18,19} Omgerekend naar de Nederlandse situatie in 2018 zou dat €42,79 per vrouw betekenen. Met 484.000 werkende vrouwen tussen 50 en 55 jaar in 2018, zouden we een zeer conservatieve schatting kunnen maken van 10% die dermate belemmerende overgangsklachten heeft dat ze daadwerkelijk verzuimt. Dat komt neer op (484.000 x €42,79 =) €2.071.036 extra verzuimgerelateerde kosten voor Nederlandse vrouwen met ernstige overgangsklachten per jaar, vergeleken met vrouwen zonder ernstige klachten. Dit is echter een extreem ruwe schatting en houdt alleen rekening met verzuimkosten

en slechts in een beperkte leeftijdsgroep.

Wat kunnen werkgevers, leidinggevenden, bedrijfsartsen en gynaecologen doen aan de problemen die vrouwen op de werkvloer ervaren door hun overgangsklachten? Zoals bij iedere gezondheidsprobleem is steun en begrip van collega's en leidinggevenden van groot belang. Daar begint de oplossing. Daarnaast zijn er inmiddels meerdere aanbevelingen in richtlijnen verschenen met betrekking tot de overgang op de werkvloer.^{20,21} De belangrijkste aanbevelingen zijn:

Werkgevers en leidinggevenden moeten *bekend zijn met de overgang* en de mogelijke gevolgen op de werkvloer.

Werkgevers moeten een *positieve houding* tonen met betrekking tot de overgang. Een algemeen gezondheidsprogramma, met de overgang als thema, zou kennis over de overgang kunnen vergroten en het uit de taboesfeer kunnen halen.

Problemen die op de werkvloer ontstaan door overgangsklachten moeten *voortvarend opgelost* worden. Voor vrouwen moet een *veilige sfeer* gecreëerd worden om hun klachten bespreekbaar te maken; bij voorkeur door medewerkers die hiervoor getraind zijn. Vrouwen ervaren hierin een drempel bij jonge mannelijke leidinggevenden.

Flexibilisering van werktijden met de mogelijkheid tot het nemen van korte pauzes door de vrouwen met ernstige overgangsklachten.

Goede werkomstandigheden zoals adequate constante klimaatbeheersing, geschikte ademende werkkleding, mogelijkheden tot ventilatie, beschikbaarheid van koud water en het aanwezig zijn van schone sanitaire ruimtes.

Conclusie

Veel vrouwen komen in de overgang als ze aan de top van hun carrière zitten. Vanwege hun ervaring, capaciteiten, kennis en loyaliteit, hebben werkgevers er alle belang bij om deze vrouwen te behouden voor het arbeidsproces.

Ondanks het grote belang van duurzame inzetbaarheid van werknemers en de potentieel hoge kosten die overgangsklachten met zich mee brengen voor de samenleving, is er tot op vandaag weinig aandacht voor de effecten van de overgang op de werkvloer.

Terwijl het steeds gewoner wordt om een vrouw in haar overgangsjaren op de werkvloer tegen te komen is er in Nederland nog steeds geen veilig werkklimaat gecreëerd en geen uniform beleid ontwikkeld om de duurzame inzetbaarheid van deze groep werknemers te vergroten.

Het wordt hoog tijd dat de overheid en werkgevers hierin hun verantwoordelijkheid nemen.

Carrières moeten niet bedreigd worden of tot stilstand komen door de gevolgen van de overgang. Eenvoudige en goedkope werkplaatsaanpassingen kunnen helpen bij het verlichten van de symptomen. Het belangrijkste is het stimuleren van een veilig klimaat op de werkvloer zodat vrouwen van hun overgang geen extra stress ervaren. Het zal de tevredenheid en de productiviteit verhogen tot ver na de leeftijd van de menopauze. Zo'n beleid zal voordelen hebben voor werkgevers en werkneemsters!

Referenties

1. Waddell & Burton. *Is work good for your health and well-being?* The Stationary Office, London; 2006.
2. Eurostat. European Union Labour force survey - *Annual results 2018*. Beschikbaar via: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/lfsa_ergan
3. Genazzani AR, Schneider HPG, Panay N, Nijland EA. *The European Menopause Survey 2005: Women's perceptions on the menopause and postmenopausal hormone therapy*. Gynecological Endocrinology 2006;22:369-375.
4. Bendien E, van Gemert I, Heijnsman A, Verdonk P. Zwoegen, *Zweten en Zwijgen in de Zorg*. Beschikbaar via: https://www.womeninc.nl/Uploaded_files/Zelf/verslag-empirische-studie-vitaliteit-op-de-werkvloer-def.2405cb.pdf
5. Gatrell C, Cooper CL, Kossek EE. *Maternal bodies as taboo at work: new perspectives on the marginalizing of senior-level women in organizations*. The Academy of Management Perspectives 2017;31:239-252.
6. Dennerstein L, Lehert P, Guthrie J. *The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being*. Arch Womens Ment Health. 2002;5(1):15-22.
7. Geukes M, van Aalst MP, Nauta MCE et al. *The impact of menopausal symptoms on work ability*. Menopause 2012;19:278-282.
8. Greene, J, *A factor analytic study of climacteric symptoms* Journal of Psychosomatic Research 1976; 20:425-430.
9. Tuomi K, Ilmarinen J, Jakohla A, Katajarinne L, Tullki A. *Work ability index*. Helsinki: Institute of Occupational Health; 1994.
10. McGonagle AK, Fisher GG, Barnes-Farrel JL, Grosch JW. *Individual and work factors related to perceived work ability and labor force outcomes*. J Appl Psychol. 2015;100: 376-398.
11. Geukes M, Van Aalst MP, Robroek SJ, Laven JS, Oosterhof H. *The Impact of menopause on work ability in women with severe menopausal symptoms*. Maturitas 2016;90:3-8.
12. Hardy C et al, *The association of individual and workplace factors with menopause-related work absence*. IMS Praag 2016 Menopause @Work.
13. Griffiths A, MacLennan A, Hassard J. *Menopause and work; an electronic survey of employee's attitude in the UK*. Maturitas 2013;76:155-9.
14. *BOHRF 2010*. Beschikbaar via: www.bohrf.org.uk/downloads/Womens_Experience_of_Working_through_the_Menopause-Dec_2010.pdf
15. Hardy C, Hunter M. *Work outcomes in midlife women: the impact of menopause, work stress and working environment*. Women's Midlife Health 2018;4:3.
16. *GOV.UK 2018*. Beschikbaar via: www.gov.uk/employment-tribunal-decisions/ms-m-davies-v-scottish-courts-and-tribunals-service-4104575-2017.
17. Fenton A, Panay N. *Menopause and the workplace*. Climacteric 2014;17:317-18.
18. Kleinman NL, Rohrbacker NJ, Bushmakin AG, Whitley J, Lynch WD, Shah SN. *Direct and indirect costs of women diagnosed with menopause symptoms*. J of Occupational and Environmental Medicine 2013;55:465-70.
19. Brewis J, Beck V, Davies A, Matheson J (2017). *The Effects of Menopause Transition on Women's Economic Participation in the UK*. Department for Education, London.
20. Griffiths A, Ceausu I, Depypere H, et al. *EMAS recommendations for conditions in the workplace for menopausal women*. Maturitas 2016;85:79-81.
21. TUC: *Working through the change: health and safety and the menopause*. TUC survey of safety representatives. March 2003. www.tuc.org.uk/workplace/tuc-6316-10.cfm.

Samenvatting

Veel vrouwen komen in de overgang als ze aan de top van hun carrière zitten. Vanwege hun ervaring, capaciteiten, kennis en loyaliteit, hebben werkgevers er alle belang bij om deze vrouwen te behouden voor het arbeidsproces. Ondanks het grote belang van duurzame inzetbaarheid van werknemers en de potentieel hoge kosten die overgangsklachten met zich mee brengen voor de samenleving, is er tot op vandaag weinig aandacht voor de effecten van de overgang op de werkvloer. De overgang is een van de laatste grote taboe-onderwerpen op de werkvloer. Het wordt hoog tijd dat werkgevers, werknemers en zorgverleners gezamenlijk in actie komen om dit probleem aan te pakken. Eenvoudige en goedkope werkplaatsaanpassingen kunnen helpen bij het verlichten van de symptomen. Het belangrijkste is het stimuleren van een veilig klimaat op de werkvloer zodat vrouwen van hun overgang geen extra stress ervaren.

Trefwoorden

Menopauze, overgang, werk, werkvermogen, kosten, duurzame inzetbaarheid

Summary

Many women experience menopause when they are at the top of their careers. Because of their experience, capacities, knowledge and loyalty, employers have every interest in retaining these women at work. Despite the great importance of the sustainable employability of employees and the potentially high costs that transitional problems entail for society, little attention is paid to the effects of menopause in the workplace to this day. Menopause is one of the last major taboo topics in the workplace. It is time that employers, employees and care providers take joint action to tackle this problem. Simple and inexpensive workplace adjustments can help relieve symptoms. The most important thing is to promote a safe working environment so that women do not experience extra stress during their menopausal transition.

Keywords

Menopause, transition, work, work ability, costs, sustainable employability

Contact

h.oosterhof@nijsmellinghe.nl

Verklaring belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

Survey huisartsenzorg vanuit perspectief vrouwen met overgangsklachten (2019)

De overgang zit tussen uw oren, mevrouw!

Eveline Bakker
Saron Petrinilia
Stichting Vuurvrouw

'Niets dan complimenten', zegt de een. De ander zou haar huisarts wel aan de schandpaal willen nagelen: 'het zit tussen uw oren' had hij gezegd. De zorg voor vrouwen met overgangsklachten moet beter, veel beter als het aan de respondenten ligt van de onlangs gehouden enquête 'Huisarts en de Overgang' van Stichting Vuurvrouw. Gelukkig vindt het Nederland Huisartsen Genootschap (NHG) dat ook, daarom hebben ze gevraagd om de ervaringen van deze vrouwen.

Uitkomsten enquête van september/oktober 2019

Om ervoor te zorgen dat er in de nabije toekomst meer aandacht in de spreekkamer is voor het perspectief van vrouwen met overgangsklachten, heeft de NHG Stichting Vuurvrouw gevraagd haar achterban hierover te consulteren. De huisartsen willen de uitkomsten meenemen in herziening van de NHG-Standaard Overgang zodat vrouwen in deze levensfase beter geholpen kunnen worden.

Communicatie

Stichting Vuurvrouw heeft de vragen van de NHG voorgelegd aan 10.000 vrouwen (gemiddeld tussen 40 en 60 jaar oud) die lid zijn van haar online supportgroep. De enquête gaat in op hoe de vrouwen de huisartsenzorg beleven, zowel in positieve als in negatieve zin. Hoe ervaren ze de communicatie tussen patiënt en huisarts, wat vinden ze van de informatie die wordt verstrekt, de verwijzingen, de voorlichting en de behandeling van overgangsklachten? In totaal kwamen 9 vragen aan bod, die in de periode tussen 18 augustus en 19 september 2019 online zijn beantwoord door 278 vrouwen met overgangsklachten. Ruim 90% van hen is met haar klachten naar de huisarts gegaan.

Vraag 2: Als u bij de huisarts bent geweest, hoe bent u door hem/haar geholpen?

Goed	37	14,12 %
Redelijk	52	19,85 %
Matig	106	40,46 %
Slecht	66	25,19 %
Totaal	262	

Uit Survey Huisarts en de Overgang, september/oktober 2019, door Stichting Vuurvrouw

Geen oestrogeen

'Overgangsklachten, zei mijn huisarts, daar geloof ik niet in'. Eén van de respondenten die wel naar haar huisarts ging geeft antwoord op de vraag hoe ze is geholpen. Een derde van de ondervraagden vindt dat ze redelijk tot goed is geholpen. Twee derde omschrijft haar ervaring met de huisarts als matig tot slecht.

'Omdat ik geen oestrogeen meer heb, werd gezegd: je bent al over de menopauze heen en kunt dus geen klachten meer hebben', schrijft een geënquêteerde naar aanleiding van de vraag of ze vindt dat haar huisarts kennis heeft van de overgang. Ze werd helaas verkeerd geïnformeerd. Maar liefst 85% vindt dat het de huisarts aan kennis over de overgang schort. Vooral het gebrek aan kennis van psychische overgangsklachten, valt daarbij op. Ruim de helft van de respondenten noemt de informatie die ze krijgen slecht.

Vooral het gebrek aan erkenning voor psychische overgangsklachten en het behandelen ervan met antidepressiva, anti-angstmedicatie, slaapmedicatie of met een doorverwijzing naar GGZ, psycholoog of therapeut wordt door de ondervraagden als onplezierig ervaren.

'Ik heb met grote regelmaat gevraagd of mijn klachten te maken hadden met overgang, maar daar wilden zij niet op ingaan. Ze gaven aan dat het geen zin had om dat te weten, want dat je daar toch niks mee kon. Nu ik daar wel duidelijkheid over heb, willen ze me niet begeleiden met hormoontherapie. Ik heb tien jaar van mijn leven geworsteld met vooral psychische problemen, die na een paar dagen Femoston compleet verdwenen. De huisarts zegt dat niet te geloven, want is overtuigd van haar mening dat ik depressief ben. En dat is ook zo, maar werd wel heel sterk aangezwengeld door hormonen. Kortom, ik ben enorm boos op mijn huisarts, maar wat moet je daarmee? Ik kan niet zomaar switchen van huisarts want alle praktijken zitten vol.'

Net afgestudeerd

Opvallend is dat vrouwen vaker tevreden zijn over de oudere en de net afgestudeerde of nog studerende huisartsen.

'We hadden een oudere huisarts, kreeg via hem *Hormone Replacement Therapy* (HRT). Hij snapte de klachten prima, maar ging met pensioen, toen werd ik opgeroepen voor controle HRT door een andere huisarts (vrouw) en die ging me op de risico's wijzen conform de verouderde huisartsrichtlij-



vanbeekimages.com

nen. Dat heeft een flinke discussie opgeleverd. Op dat soort gezeik zit ik niet te wachten, omdat ik hoger opgeleid ben dan de gemiddelde huisarts en gewend ben om dingen uit te zoeken. Dus ben ik ook beter op de hoogte dan de gemiddelde huisarts. En de huisartsrichtlijnen zijn verouderd vooral met betrekking tot de risico's op borstkanker.'

Tevreden vrouwen voelen zich meer serieus genomen, blijkt uit de enquête. Ze vinden het prettig als naar diverse oorzaken van de klachten wordt gekeken, de klachten goed worden uitgevraagd en de huisarts kan vertellen over verschillende behandelopties of kan verwijzen naar een passende behandelaar. Ook over huisartsen die toegeven dat ze eigenlijk weinig van de overgang weten, maar wel open staan voor informatie, zijn vrouwen meer tevreden.

'Mijn huisarts wilde wel graag helpen maar wist er te weinig van. Na een lange zoektocht bij een overgangsconsulente beland die met de juiste oplossing kwam qua hormoon medicatie. Mijn huisarts was erg blij me er te kunnen helpen door het voor te schrijven.'

De NGH is dankbaar voor de uitkomsten van de enquête van Stichting Vuurvrouw en geeft aan de ervaren knelpunten mee te zullen nemen in het proces van herziening.



Samenvatting

In september 2019 heeft Stichting Vuurvrouw, de belangenorganisatie voor vrouwen in de overgang op verzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) haar achterban van 10.000 vrouwen geconsulteerd over hun ervaringen met de huisarts. In totaal hebben 276 vrouwen de vragenlijst Huisarts en de Overgang ingevuld. Van de ondervraagden ging 90% met hun klachten naar de huisarts. Daarvan voelde ruim 34% zich redelijk tot goed geholpen. Meer dan 40% vond de hulp echter matig en 25% zelfs slecht.

Maar liefst 85% vindt dat het de huisartsen aan kennis schort. Vooral het gebrek aan kennis van psychische overgangsklachten, valt daarbij op.

Toch zijn vrouwen tevreden over de huisarts, als deze het gebrek aan kennis erkent en openstaat voor informatie. Ook zijn vrouwen meer tevreden als hun klachten goed worden uitgevraagd en ze het gevoel hebben serieus genomen te worden. Opvallend is dat vrouwen vaker tevreden zijn over de oudere en de net afgestudeerde of nog studerende huisartsen. Het NHG is dankbaar voor de uitkomsten van de enquête en zal de ervaren knelpunten meenemen in het proces van herziening van de NHG-Standaard Overgang.

Summary

September 2019, Stichting Vuurvrouw, patient support group for women going through menopause, consulted their 10.000 members about their experience with the general practitioner (GP) with regards to menopausal complaints, as requested by the Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

In total 276 women filled out the questionnaire 'GP and the Menopause', of which 90% visited a GP because of their menopause symptoms. Of this group 34% felt the care they received was reasonable or good. Over 40% thought the care was mediocre; 25% classified the care as inadequate. 85% think that GPs lack knowledge, especially on psychological symptoms.

Women are more content if the doctors acknowledge their lack of knowledge and are open to information. Women are also more satisfied if their complaints are properly examined and they feel they are being taken seriously. It is striking that women are more satisfied with elderly doctors and recently graduated or still studying GPs. The NHG is grateful for the results of the survey and will include the outcome in the process of revising the NHG-Standaard Overgang.

Contact en meer informatie

Stichting Vuurvrouw, Eveline Bakker (voorzitter),
info@vuurvrouw.nu, 06-53860246

Stichting Vuurvrouw is de belangenorganisatie voor vrouwen in de overgang. Met meer dan 10.000 aangesloten vrouwen zetten we ons dagelijks in voor meer aandacht en een betere behandeling.

Kijk voor meer informatie op www.vuurvrouw.nu.

Overgangsklachten en het menopauzespreekuur

E.J. Molenaar-Wessels *verpleegkundig overgangsconsulente, docent, (loopbaan-) coach en trainer*

De overgang heeft invloed op het welbevinden en de kwaliteit van leven van de vrouw. Zeker nu vrouwen vaak tot op hogere leeftijd (moeten) blijven werken in combinatie met de zorg voor pubers thuis en mantelzorg-activiteiten. Overgangsklachten hebben een grote impact op het functioneren van vrouwen en daarbij ook het vermogen om 'alle ballen in de lucht' te houden. De last die de overgang veroorzaakt, lijkt ondanks de wetenschap dat er overgangsklachten bestaan, nog onvoldoende (h)erkend en behandeld te worden. Het blijkt dat 34% van het ziekteverzuim van vrouwen in de zorg tussen veertig en zestig jaar door overgangsklachten komt.¹ Maar preventie, adequate advisering en behandeling hebben een gunstig effect op het welbevinden van vrouwen in de overgang en dus ook op uitval en verzuim.

Vanaf het vijfenveertigste levensjaar worden vaak al overgangsklachten ervaren terwijl er nog gemenstrueerd wordt. Dit heeft te maken met het verminderen van de eicelvoorraad en de kwaliteit van de nog overgebleven eicellen. Een veranderend menstruatiepatroon kan dus ook al aanleiding zijn voor gezondheidsklachten en de behandeling hiervan. Ook als een OAC is ingezet kunnen vrouwen klachten hebben.

Vier op de vijf vrouwen ondervinden overgangsklachten. Deze kunnen variëren van opvliegers, slecht slapen en hartkloppingen tot stemmingswisselingen, opgejaagdheid, vermoeidheid en concentratie- en geheugenproblematiek. De laatstgenoemde worden vaak gelabeld als een *burn-out* en helaas ook als zodanig behandeld.

Welke vrouwen zien wij zoal op het menopauzespreekuur?

1. Vrouwen met fysiologische overgang die zodanige overgangsklachten hebben dat het dagelijks leven continue hinderlijk wordt beïnvloed;
2. Vrouwen met een behandeling van mammacarcinoom met anti oestrogeen medicatie en overgangsklachten;
3. Vrouwen bekend met BRCA-1 of BRCA-2 gen;
4. Vrouwen met POI en overgangsklachten.

De menopauzeverpleegkundige of overgangsconsulente

Omdat het uitvragen en analyseren van het klachtenpatroon specifieke deskundigheid en extra tijd vraagt, kunnen deze vrouwen worden verwezen naar een overgangsconsulente.

De overgangsconsulente op de menopauzepoli heeft als vooropleiding een afgeronde opleiding verpleegkunde, verloskunde of fysiotherapie, tenminste vijf jaar werkervaring en moet actief BIG-geregistreerd zijn.

Vervolgens heeft zij de eenjarige beroepsopleiding tot overgangsconsulente gevolgd (www.breederode.nl). In deze opleiding wordt de verpleegkundige specifiek opgeleid in alle aspecten van de overgang en mogelijkheden tot behandelingen. Zij leert uitgebreid naar de problematiek te kijken, voorlichting te geven over de overgang en behandel- en leefstijladviezen te geven om overgangsklachten te verminderen en ter preventie van co-morbiditeit zoals hart- en vaatziekten, diabetes mellitus of osteoporose.

Tijdens de opleiding tot overgangsconsulente wordt ook aandacht besteed aan het zoeken van wetenschappelijk literatuur en het leren gebruiken daarvan voor protocollering en procedures. Bij kwaliteitsbewaking leert de overgangsconsulente hiervoor systemen te hanteren, zoals collegiale toetsing / intervisie, klanttevredenheidsonderzoek, foutmeldingsprocedures.

Met behulp van clienttevredenheidsonderzoek is onderzoek naar de uitkomsten van het werk van de overgangsconsulente gedaan.²

Factoren die blijken te leiden tot tevredenheid over de consulten van de overgangsconsulente zijn:

- uitleg over de overgang, werking en effecten van dalende hormoonspiegels,
- als vrouw benaderd worden en niet als patiënt,
- persoonlijke aandacht en advies/serieus genomen/begrip,
- goede handvatten over het sturen op zelfregie/ kennis
- bewustwording
- preventie-adviezen

Het menopauzespreekuur

Gedurende de consulten van 50 en 20 minuten, wordt door de overgangsconsulente respectievelijk intake- en evaluatiegesprekken gevoerd.

Er wordt een verpleegkundige anamnese afgenomen aan de hand van de *Green Climacterial Scale* (GCS). Dit is een erkend instrument, waarmee symptomen/klachten systematisch in kaart worden gebracht.

Uitgelegd wordt welke psychische en fysieke klachten er kunnen zijn in de verschillende fasen van de overgang en tijdens de periode van (medicamenteuze) behandeling en hoe om te gaan met deze klachten. Ook wordt informatie

gegeven over de kans op het krijgen van osteoporose, hart- en vaatziekten, diabetes mellitus of borstkanker. De vrouw krijgt 'passende' leefstijl- en voedingsadviezen mee (maatwerk).

Vrouwen met klachten die wijzen op een onderliggende pathologie, worden doorverwezen.

De overgangsconsulente overlegt bij mogelijke pathologie dus altijd met een arts.

Waar de arts zich met name richt op 'cure' en meer behandelingsgericht is binnen het domein van de gezondheidszorg, richt de overgangsconsulent zich meer op gezondheid en gedrag, ook buiten het domein van de gezondheidszorg.

Het geven van voorlichting, begeleiding en coaching is hierbij essentieel.

Goede resultaten worden behaald bij een gereuleerde samenwerking tussen de overgangsconsulent, en de artsen rondom de zorg voor vrouwen in de overgang.

We zien bijvoorbeeld steeds vaker dat de huisarts of arbo-arts de vrouw met overgangsklachten doorverwijst. Zo wordt een zoektocht langs veel verschillende zorgverleners voorko-

men en zien we minder (langdurige) uitval en verzuim.

Als er geen menopauze-verpleegkundige aan het ziekenhuis verbonden is kunnen gynaecologen verwijzen via de site www.overgangsconsulente.com

Hier kunnen zij alle zelfstandige praktijken van de overgangsconsulenten vinden die aangesloten zijn bij de beroepsvereniging van overgangsconsulenten (VVOC) en ook erkend zijn als goed opgeleide overgangsconsulenten door de *Dutch Menopause Society* (SIG Menopauze).

De consulten worden door de meeste ziektekostenverzekeraars geheel of gedeeltelijk vergoed bij een aanvullende verzekering.

De vrouwen hebben hiervoor geen verwijzing nodig van een arts.

Referenties

1. H. Oosterhof et al, *The impact of menopausal symptoms on work ability*. *Menopause* 2012; 19: 250-252
2. *Klanttevredensenquête verpleegkundig overgangsspreekuur*. Franciscus gasthuis /VVOC 2012

Owee

Overgang

Tijdens mijn spoedspreekuur meldt zich een mevrouw met ernstige overgangsklachten. Ze komt samen met haar echtgenoot mijn spreekkamer binnen. Honderduit praat ze zonder pauzes over alle ongemakken. Hij zwijgt ongeduldig. Zijn gezicht spreekt boekdelen. Ik schrijf haar hormoonpleisters voor en het echtpaar verlaat de spreekkamer. Plotseling vraagt hij, met de deurkruk al in zijn hand: 'Eh, dokter, wat ik nog vragen wou, mag ik die pleisters ook op haar mond plakken?'

Mieke Kerkhof

(verscheen eerder als Ikje in de NRC, 3-10-2008)

Zelf iets opmerkelijks, grappigs, wetenswaardigs, ontroerends meegemaakt? Stuur uw tekst naar m.kerkhof@jzb.nl onder vermelding van Owee. Beperk u tot 120 woorden. De redactie behoudt zich het recht voor om wijzigingen aan te brengen, die de leesbaarheid van het stukje optimaliseren.

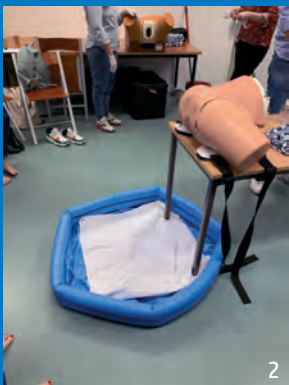


Mieke Kerkhof

'Je hebt geen diagnose nodig om je patiënt in leven te houden' (instructeur van MOET-cursus)

Onlangs werd ik gebeld door de afdeling communicatie. Als gynaecoloog ben je dan al snel in alle staten. Maar het viel mee. Het was gewoon wat geneuzel op Zorgkaart Nederland. Een inmiddels postmenopauzale patiënte had me voor alle te beoordelen onderdelen (luisteren, uitleg, deskundigheid, voor- en nadelen, samen beslissen, samenwerking en behandeling) een 1 gegeven. Een zuivere indicatie voor hormonale substitutie, dacht ik meteen.

Bij mij bracht dit rijtje enen een knagende onzekerheid teweeg. Ik kon dit vernietigende judicium er gewoon niet meer bij hebben. Van mijn coach kreeg ik het advies om meteen op een of andere manier een vuist te maken en dat deed ik. Ik schreef me in voor de MOET-cursus* in Tilburg. Spoedig kreeg ik door dat mijn werkomgeving dit een zeer stoer en moedig besluit vond, omdat het een pittige *course* was. Trots rolde ik beiderzijds mijn krullen achter mijn oren, kiepte mijn hoofd een beetje scheef en riep luid 'dank je,' bij het horen van zo'n opmerking. Dat MOET-varkentje ging ik wel even wassen. Tijdens de kerstdagen zat ik op mijn studeerkamer en zwoegde me door tientallen modules heen. Toen het laatste hoofdstuk klaar was, verscheen automatisch het meerkeuze-examen. De nacht voor het examen had ik de livijge MOET-*manual* onder mijn kussen gelegd, dat deed ik vroeger immers ook en dat heeft me best ver gebracht. Bij een score van 80 of hoger mocht ik de reis van 's-Hertogenbosch naar Tilburg aanvaarden. Aldus geschiedde. De weg naar het *skills and drills paradise* was gebaand.



Op 16 januari was het zover: om 7.30 uur begon de scenariotrainning. Deze zou twee volle dagen in beslag nemen. In de parkeergarage was ik het spoor al bijster, maar gelukkig kwam ik een jeugdige collega tegen en samen ondernamen we de speurtocht richting klaslokaal.

Eenmaal binnen, kwam ik ogen en oren tekort. Een fantastisch team *instructors* leerde ons in sneltreinvaart de kneepjes van de spoedeisende verloskunde. Thoraxdrainage, symfyiotomie, B-lynches plaatsen en cricothyrotomie waren slechts het topje van de ijsberg. In rap tempo werden diverse moribunde casus weer opgelapt. Alles volgens een strak regime, te weten volgens het acroniem SHOM ABCDE. Daarna volgen de 4 H's en de 4 T's om de diagnose rond te breien.

De S staat voor *Safe*. Het eerste wat je moet doen in een spoedeisende situatie is kijken of het veilig is voor jezelf. (Nu loop ik steeds mijn eigen verloskamer in en vraag aan de verpleegkundige 'Ben ik veilig?' Ik word dan uilig aangekeken). H betekent *Hulp* inroepen. Tijdens de simulatietrainingen was iedere collega die je liet roepen niet beschikbaar. Altijd was het SIT-team elders, de chirurg was op de OK iets spannends aan het doen, de internist stond vast op de SEH en de anaesthesist was na het telefoontje weer in slaap gesukkeld. Dus was het peentjes zweten voor iedere cursist. Stuitbevallingen werden nageëapt met een kind in een plastic zak vol water (foto 1 en 2). Ik plaatste een bericht op Twitter om ons, Nederlandse obstetrici, even de hemel in te prijzen. Maar ja, het platte volk dacht er heel anders over, getuige foto 3. Afijn, na twee volle dagen steeg de spanning tot een onmetelijk niveau, want er volgde een serieus praktijkexamen met heuse Lotuspatiënten. De mijne moest ik reanimeren, maar ja, dat kon natuurlijk niet in het echt, dus er lag een pop naast. Toen ik met succes de pop had gereanimeerd, begon het naburige Lotusvrouwje te kuchen en was ik geslaagd. Bij thuiskomst had mijn vrouw de Nederlandse driekleur met schooltas in de mast gehangen. 's Avonds kwamen alle burens een biertje drinken.

O ja, en ik heb nog een goeie tip voor mijn lezers. Gebruik het emailadres van uw partner, geef uzelf op Zorgkaart uitsluitend tien en zet bij de opmerkingen dat u een heel goed luisterende, deskundige, niet autoritaire, goed samenwerkende en fijne dokter bent, die ook nog ambachtelijk vaginale stuitbevallingen begeleidt.

*) *Managing Obstetric Emergencies and Trauma*

Gynaecological malignancies in Lynch Syndrome

Surveillance and cancer characteristics

Promovenda **J.M. (Jorien) Woolderink** | Promotoren **prof.dr. M.J.E. Mourits**, **prof.dr. G.H. de Bock** en **prof.dr. H. Hollema**
| **Rijks Universiteit Groningen** | 27 november 2019

Je proefschrift gaat over de toegevoegde waarde van een endometriumbiopsie tijdens gynaecologische screening bij vrouwen met het lynchsyndroom, de evaluatie van pijn tijdens het verrichten van een endometriumbiopsie en de analyse van een mogelijk minder pijnlijk alternatief met behulp van vaginale tampons. Ook worden de karakteristieken van ovariumcarcinomen bij vrouwen met het lynchsyndroom beschreven en de rol van screening op het diagnosticeren van deze ovariumcarcinomen in een vroeg stadium.

Welke vraag van een opponent gaf een interessante discussie?

In mijn proefschrift worden de histopathologische kenmerken van ovariumcarcinomen bij vrouwen met het lynchsyndroom beschreven. Eén van de opponenten had een kritische kanttekening bij het hoge percentage sereuze adenocarcinomen (36%). Ook in de *systematic review* beschreven in dit proefschrift wordt 20% sereuze carcinomen beschreven. Ik heb laten zien dat dit histopathologische type ovariumcarcinoom wel voorkomt bij vrouwen met het lynchsyndroom, maar veel minder frequent dan bij vrouwen met een BRCA-1 of -2 gerelateerd of sporadisch ovariumcarcinoom. Ovari-

umcarcinomen bij vrouwen met het lynchsyndroom hebben mede daardoor een veel betere prognose dan de BRCA-1/2 en sporadische ovariumcarcinomen.

Wat is de belangrijkste les uit je proefschrift voor de dagelijkse klinische praktijk van gynaecologen?

De beschreven ovariumcarcinomen ontstaan op jonge leeftijd (gemiddeld 45 jaar) met een grote leeftijdspreiding (20-80 jaar). Ze worden vaak gediagnosticeerd in een vroeg stadium met een non-sereus histopathologisch type. Jaarlijkse screening lijkt weinig bij te dragen aan het diagnosticeren van dit ovariumcarcinoom in een vroeg stadium, ofschoon hier beperkte informatie over bekend is.

Wat is de meerwaarde van je proefschrift voor de individuele patiënt?

Endometriumscreening bij vrouwen met het lynchsyndroom is zinvol, alhoewel de toegevoegde waarde van het standaard verrichten van een endometriumbiopsie, bij asymptomatische vrouwen zonder een verdikt endometrium beperkt is. Een endometriumbiopsie is een pijnlijke procedure. Goede counseling hiervoor is essentieel en mogelijkheden voor eventuele pijnstilling dienen besproken te worden. Ovariumcarcinomen bij vrouwen met het lynchsyndroom treden op jonge leeftijd op en hebben een ander biologisch gedrag met een betere prognose vergeleken met BRCA-1/2 gerelateerde en sporadische ovariumcarcinomen. Een advies omtrent het verrichten van preventieve chirurgie kan overwogen worden vanaf 40-45 jaar, waarbij een weloverwogen beslissing gemaakt moet worden, door samen met de patiënte de voor- en nadelen van deze procedure te bespreken.

Wat is de meerwaarde van je proefschrift voor de samenleving?

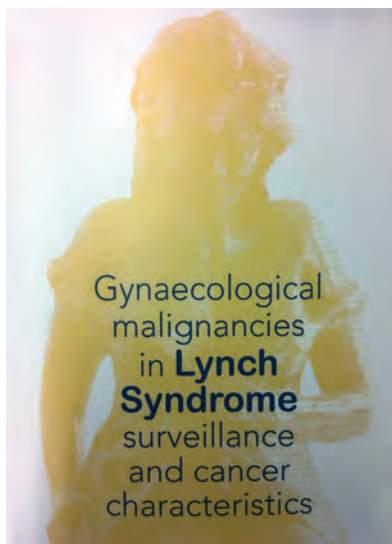
Er is meer inzicht verkregen in de pijnbeleving van patiënten tijdens het ver-

richten van een endometriumbiopsie in het kader van endometriumscreening in het algemeen en bij vrouwen met het lynchsyndroom. Eveneens zijn de klinische en histopathologische kenmerken van lynchsyndroom geassocieerde ovariumcarcinomen uitgezocht. Dit maakt dat er beter een advies kan worden geformuleerd over het biologisch gedrag van deze tumor, het nut van screening en het al dan niet verrichten van preventieve chirurgie ter voorkoming van een gynaecologische maligniteit bij vrouwen met het lynchsyndroom.

Stel je ook vervolgonderzoek voor?

Aangezien het verrichten van een endometriumbiopsie bij vrouwen met het lynchsyndroom pijnlijk is, kunnen andere screening tools worden onderzocht, zoals het verkrijgen van endometriumcellen of gemethyleerd DNA met behulp van vaginale tampons of onderzoek met *liquid biopsies* in bloed. Ovariumcarcinomen bij vrouwen met het lynchsyndroom komen niet frequent voor. Om een nog beter inzicht te verkrijgen in de histopathologie van deze ovariumcarcinomen kan een grotere internationale studie worden opgezet. Hierbij wordt pathologische analyse volgens de huidige technieken verricht, waarbij analyse tussen sereuze/non sereuze ovariumcarcinomen plaatsvindt. Als er een sereus carcinoom wordt gevonden, is analyse nodig of het een laaggradig of hooggradig sereuscarcinoom betreft. In een grotere internationale studie bij vrouwen met het lynchsyndroom, die allen jaarlijks worden gescreend, kan eveneens de rol van screening op het vroegtijdig diagnosticeren van deze ovariumcarcinomen beter worden geanalyseerd.

Jouw recent verdedigde proefschrift ook in deze rubriek? Mail naar de rubrieksredacteurs Annemijn Aarts en Rafli van de Laar via ntog@gaw.nl





Geen spreekverbod meer voor de menopauze

drs. Marcel Zuiderland

Wat hebben schapen en mensen met elkaar gemeen? Het zijn de enige twee bekende landdieren waarvan de vrouwelijke exemplaren een menopauze kennen. Wat schapen en mensen nog meer met elkaar gemeen hebben is dat ze niet over de menopauze spreken. Schapen omdat ze het niet kunnen, mensen omdat ze het niet durven.

Over de oorzaken van de menopauze tasten evolutiebiologen overigens in het duister. Waarom treedt de menopauze op? Twee theorieën zijn in zwang: de moederhypothese en de grootmoederhypothese. De eerste gaat uit van het idee dat zwangerschap een gevaarlijke aanslag op het lichaam is. De evolutie zou daar de oudere, zwakke vrouwen met vervroegde onvruchtbaarheid tegen beschermen. In het verlengde van dat idee ligt de grootmoederhypothese: in plaats van nog eens zwanger te worden heeft succesvolle spreiding van haar genen meer kans als ze zich concentreert op ondersteuning van haar kinderen zodra die aan nageslacht beginnen. Het zijn echter onbevestigde hypothesen, niemand begrijpt goed welke *trigger* de menopauze initieert.¹

Maar welke ondoorgroendelijke wegen de evolutie ook met de menopauze wil bewandelen, een zegening kun je het moeilijk noemen: *'Not sleeping, memory loss, angeriness and frustration, pains all over my body and hot flashes at least fifteen times a day. If I was a dog, I'm sure I would be put down.'*

De auteur van dit citaat is onbekend, maar de typering is in de roos. De vermeende anonimiteit van de auteur is wellicht ook illustratief voor het sociale

ongemak waarmee de menopauze vaak gepaard gaat: schaamte en onbegrip bij de omgeving.

Begin vorig jaar publiceerde psycholoog Petra Verdonk van het Amsterdam UMC samen met drie collega's de literatuurstudie 'Werken aan de overgang'.²

In een interview met NRC Handelsblad naar aanleiding van de publicatie, antwoordde Verdonk dat ze in eerste instantie was geschokt dat er zo weinig onderzoek was gedaan naar de invloed van de overgang op werk en leven, terwijl de helft van de bevolking toch door deze levensfase heengaat. Wat volgens Verdonk vooral opviel was de ontkenning. Vanwege een stigmatiserend effect bestaat een grote aarzeling om de overgang bespreekbaar te maken, zei ze.³

Die aarzeling en schaamte om aandacht voor de overgang te vragen, waar Verdonk aan refereert, is te duiden als een vorm van 'geïnternaliseerd seksisme'. Daar zit een mechanisme achter van sociale conditionering. Meisjes identificeren zich gedurende hun vormende jaren met de maatschappelijke stereotypen van vrouwelijke ideaalbeelden waarmee de mate van overeenstemming bepaalt hoe ze hun eigenwaarde ervaren. Het gangbare stereotype waar ze zich mee identificeren is het bekende ideaal van de jonge, aantrekkelijke vrouw. Die lacht hun vanuit iedere straathoek toe, op billboards, abri's, social media, etc. en roept 'jeugd is de norm'.

Nu is dit ideaal niet zonder grondslag. Het heeft stevige wortels in onze biologische constitutie. Jonge vrouwen zijn aantrekkelijk vanwege hun veronderstelde vruchtbaarheid. De evolutie kent één duidelijk doel: reproductie. Zo worden chimpanseevrouwen bijvoor-

beeld aantrekkelijker naarmate ze ouder worden omdat ze hun leven lang vruchtbaar blijven. De chimpanseemannen vechten het hevigst om de oudste vrouwtjes. Volgens de elementaire evolutionaire logica hebben deze vrouwen kans op taaier én meer nageslacht, en bieden dus een hogere kans op grotere spreiding van genen. Ouderdom geeft selectievoordelen, en is dus seksueel aantrekkelijk voor apen.⁴

Hoewel mensen van de apen afstammen, hebben mensen de duurzaamheid van de vrouwelijke vruchtbaarheid niet met apen gemeen. Een oudere, onvruchtbare mensenvrouw betekent volgens de codes van de evolutie dus een onaantrekkelijke vrouw. Vertaald naar onze huidige culturele maatstaven houdt de onvruchtbare vrouw feitelijk op nog echt vrouw te zijn. Zoals Helen Gurley Brown, de controversiële hoofdredacteur van Cosmopolitan, ooit zei: *'if you're not a sex symbol, you're in trouble.'* De menopauze is het embleem van onvruchtbaarheid. De overgang wordt geassocieerd met ouder worden, met afgeschreven worden. Het is het onzichtbaar worden van de oudere vrouw, zegt Verdonk, en dat is letterlijk in onderzoek te zien.

Geen wonder dat veel vrouwen liever zwijgen over hun menopauze. Er openlijk over spreken staat ongeveer gelijk aan een symbolische zelfmoord van hun vrouwelijkheid en identiteit. Ook op het werk, vooral in fysiek veeleisende beroepen zoals de zorg, lijkt het onder deze vrouwen de mentaliteit te zijn om ondanks alle lichamelijke klachten en ongemakken met de kiezen op elkaar door te gaan. Dat is misschien flink, maar het resultaat is meer verzuim, of uiteindelijk minder



©marcjanjanssen.com

uren gaan werken. Tel daar nog eens het feit bij op dat werkgevers nauwelijks kennis van en dus geen begrip hebben voor de overgang, en je ontwaart een systeem dat zichzelf in stand houdt.

De overgang uit de taboesfeer verlossen, is zo gezien niet alleen een ideologische correctie van het vermeende seksisme dat vrouwen uitsluitend op hun jeugd beoordeelt, maar ook een economische noodzaak. Het kost gewoon geld om deze groep aan hun lot over te laten. Met meer begrip en ondersteuning behoud je een groep ervaren professionals langer voor de arbeidsmarkt. Als het motief om vrouwen niet alleen tijdens hun reproductieve jaren, maar in iedere fase van hun leven als volwaardig en waardevol te beschouwen, onvoldoende ethisch momentum genereert, dan mag je toch hopen dat onze pragmatische koopmansgeest enig gezond verstand aan de dag legt om dit 'zichzelf in standhoudende systeem' met onmiddellijke ingang te doorbreken.

Maar hoe doorbreek je dat systeem? Volgens Verdonk begint het met kennis verspreiden. Bij de vrouwen zelf blijkt

daar overigens nog veel winst te behalen. Zo begint een aantal overgangsklachten al voor de menopauze en worden ze niet als zodanig door hun herkend. Zodra vrouwen meer kennis en inzicht verwerven, zullen ze ook het lef kweken hun nek uit te steken om er over te praten op hun werk. Het bedrijfsleven, maar ook de politiek, kunnen het zich dan niet meer permitteren Oost-Indisch doof te blijven. Nederland kan wat dat aangaat nog wat van Engeland leren. Labour-kamerlid Carolyn Harris zei onlangs dat ze zich hard zal maken voor wetgeving dat beleid afdwingt voor vrouwen in de overgang: *I firmly believe there should be legislation to make sure every workplace has a menopause policy, just like they have a maternity policy.*

De Britse omroeporganisatie Channel4 was die wetgeving reeds voor. Oktober vorig jaar voerde het als eerste bedrijf officieel een menopauze-beleid in. Vrouwen kregen de mogelijkheid hun werk flexibel in te richten, en kregen tevens betaald verlof als ze vanwege hun klachten thuis bleven. Bovendien beloofde het bedrijf ook werkplekken beter in te richten om te voorkomen

dat die hun klachten verergeren. Nu dit eerste Britse schaap over de dam is, mogen we hopen dat de Nederlandse schapen spoedig zullen volgen.

Referenties

1. Bryson, B. (2019). *The Body: a guide for occupants* (Eerste editie, pp. 334). New York: Doubleday.
2. Verdonk, P., Bendien, E., Gemert van, I., & Appelman, Y. (2019). *Werken aan de overgang*. Geraadpleegd van <https://tinyurl.com/uluxjrf>
3. Bruin de, E. (2019, 10 mei). *Zelfs een ventilator tegen de opvliegers is verboden*. NRC Handelsblad. Geraadpleegd van <https://tinyurl.com/wek8w8s>
4. Draulans, D. (2008). *Het succes van slechte seks* (2de editie, pp. 21). Amsterdam, Antwerpen: Meulenhoff | Manteau.

Marcel Zijderland (1964) is wetenschappelijk docent bij Amsterdam UMC, locatie VUMC, afdeling Meta-medica. Hij schrijft geregeld voor NRC en Trouw. Voor het NTOG levert hij bijdragen op het vlak van bio- en medische ethiek.

Wat gebeurt er in de praktijk?

Mag metoclopramide tijdens de zwangerschap langer dan 5 dagen gebruikt worden?

drs. L. de Vries arts, TIS Bijwerkingencentrum Lareb, Den Bosch

S. Vorstenbosch MSc projectleider pREGnant, TIS Bijwerkingencentrum Lareb, Den Bosch

U heeft een zwangere vrouw in de praktijk die sinds één week metoclopramide gebruikt en er veel baat bij heeft. Het liefst wilt u doorbehandelen maar dit middel mag niet langer dan vijf dagen worden gebruikt. Wat nu?

Tardieve dyskinesie en andere bijwerkingen van metoclopramide

In 2013 heeft de EMA (de Europese geneesmiddelenautoriteit) bepaald dat metoclopramide gedurende maximaal vijf dagen gebruikt mag worden.¹ De reden hiervoor is de grotere kans op neurologische en andere bijwerkingen. Het meest zorgwekkende risico is het risico van tardieve dyskinesie. Dit is een ernstige bewegingsstoornis waar geen behandeling voor is en die zelden reversibel is. Het risico lijkt vooral verhoogd als metoclopramide langdurig of in hoge dosering gebruikt wordt, maar blijft absoluut gezien laag. Risicofactoren zijn gevorderde leeftijd, diabetes, lever- en nierfunctiestoornissen en gelijktijdig antipsychotica gebruik.² Metoclopramide kan ook diverse andere neurologische en niet-neurologische bijwerkingen geven. Voorbeeld hiervan is acute dystonie, die meestal optreedt binnen uren na start van de medicatie. Ook tijdens de zwangerschap kunnen dergelijke bijwerkingen bij de vrouw optreden.^{3,4} Er zijn geen *case reports* van zwangere vrouwen met tardieve dyskinesie. Uit studies rondom de partus blijkt dat metoclopramide over de placenta gaat, zonder dat dit klinisch relevant lijkt te zijn.⁵ Een *case report* beschrijft echter dystonie bij een neonaat, mogelijk door metoclopramide gebruik van de moeder vlak voor de partus.⁶ De FDA in de VS heeft vanwege mogelijke bijwerkingen besloten tot een maximale gebruiksduur van 12 weken.⁷

Wat is er bekend?

Metoclopramide behoort al jaren tot de voorkeursmiddelen bij misselijkheid en braken in de zwangerschap. Hierdoor is er veel ervaring met dit middel. Een verhoogd risico op aangeboren afwijkingen lijkt er niet te zijn. Er zijn acht prospectieve cohortstudies met samen meer dan 85.000 geïncludeerde zwangerschappen blootgesteld aan metoclopramide in het eerste trimester en één case-control studie.⁸⁻¹⁶ De gebruiksduur was in de meeste studies niet bekend. Als de gebruiksduur wel bekend was, lag deze rond 2-3 weken. Een groot aantal zwangerschappen komt uit databases met geneesmiddelenvoorschriften, waardoor het gebruik niet zeker is. Gebruikers hebben een middel dan mogelijk wel verstrekt gekregen, maar hoeven het niet daadwerkelijk gebruikt te hebben. In een deel van de studies wordt metoclopramide vergeleken met ondansetron. Eén studie met 958 zwangerschappen liet een licht verhoogd risico zien op aangeboren afwijkingen.¹⁶ Het betreft hier het risico op aangeboren afwijkingen in het algemeen (11%, aOR 1,27, 95% CI:1,03-1,57; 105 blootgestelde cases) en in het bijzonder op genitaal stelsel (1%, aOR 2,26, 95% CI: 1,14- 4,48; 10 blootgestelde cases). In de controlegroep was het *overall* percentage aangeboren afwijkingen eveneens hoog, namelijk 8,0%. In de andere studies werd geen verhoogd risico op aangeboren afwijkingen of andere nadelige effecten gezien. Het gebruik tijdens de zwangerschap is echter off-label.

Zijn er alternatieven?

Ernstige zwangerschapsmisselijk en -braken dient adequaat behandeld te worden. Als eerste keus komt meclozine eventueel met pyridoxine in aanmerking.¹⁷ Metoclopramide is tweede keus.¹⁷ Derde keus is ondansetron, net

als metoclopramide off-label. Recentelijk is de productinformatie van ondansetron aangepast en is door EMA gecontra-indiceerd.¹⁸ Ondansetron kan echter in de eerste drie maanden van de zwangerschap gebruikt worden als meclozine (met of zonder pyridoxine) of metoclopramide onvoldoende werken. De vrouw moet wel goede informatie krijgen over mogelijke risico's van ondansetron.¹⁷

Wat gebeurt er in de Nederlandse praktijk?

Het zwangerschapsregister pREGnant bevat 117 deelnemers die metoclopramide hebben gebruikt. Van 93 van de deelnemers is ook de gebruiksduur bekend. Slechts 35 van hen (38%) gebruikten de metoclopramide 5 dagen of korter. In 16 gevallen (17%) was de gebruiksduur net meer dan 5 dagen. Bij 42 van deze zwangere vrouwen (45%) werd het metoclopramide gebruik (veel) langer voortgezet.

Wat nu?

In de praktijk komt metoclopramide-gebruik gedurende enkele weken tijdens de zwangerschap frequent voor. De zwangere vrouw moet goed geïnformeerd zijn over het risico van bijwerkingen en geïnstrueerd worden bij neurologische bijwerkingen te stoppen met de medicatie en contact op te nemen met haar behandelaar. Geef geen hogere dosering dan de therapeutische dosering van 30 mg per dag. Attendeer een zwangere op deelname aan pREGnant, zodat er beter inzicht komt in gebruik en bijwerkingen tijdens de zwangerschap.

Referenties

1. Europees Geneesmiddelenbureau adviseert wijzigingen in het gebruik van metoclopramide. <https://tinyurl.com/tt3arnl>
2. Al-Saffar A, Lennernäs H, Hellström PM. *Gastroparesis, metoclopramide, and*

tardive dyskinesia: Risk revisited. Neurogastroenterol Motil. 2019 May 2:e13617. Epub ahead of print].

3. Askenasy JJ. *The synaptic significance of metoclopramide induced dyskinesia-dystonic head and neck movements in pregnancy.* J Neural Transm 42:73, 1978.
4. Chua EW, Harger SP, Kennedy MA. *Metoclopramide-Induced Acute Dystonic Reactions May Be Associated With the CYP2D6 Poor Metabolizer Status and Pregnancy-Related Hormonal Changes.* Front Pharmacol. 2019 Aug 22;10:931.
5. Mishriky BM, Habib AS: *Metoclopramide for nausea and vomiting prophylaxis during and after Caesarean delivery: a systematic review and meta-analysis.* Br J Anaesth 108(3):374-383, 2012.
6. Gokhale SG, Panchakshari MB. *Maternal medication causing drug dystonia in a newborn: placental transfer of drugs.* J Matern Fetal Neonatal Med 2004 Oct;16(4):215-7.
7. www.fda.gov/media/80163/download
8. Nageotte MP, Briggs GG. *Droperidol and diphenhydramine in the management of hyperemesis gravidarum.* Am J Obstet Gynecol 1994;174:1801-6.
9. Sorensen HT, Nielsen GL, Christensen K, et al. *Birth outcome following maternal use of metoclopramide.* British Journal of Clinical Pharmacology 2000;49(3):264-8.
10. Berkovitch M, Mazzota P, Greenberg R, et al. *Metoclopramide for nausea and vomiting of pregnancy: a prospective multi-center international study.* American Journal of Perinatology 2002 Aug;19(6):311-6.
11. Anderka M, Mitchell AA, Louik C, et al. *Medications used to treat nausea and vomiting of pregnancy and the risk of selected birth defects.* Birth Defects Res A Clin Mol Teratol 2012 Jan;94(1):22-30.
12. Pasternak B, Svanstrom H, Molgaard-Nielsen D, et al. *Metoclopramide in pregnancy and risk of major congenital malformations and fetal death.* JAMA 2013 Oct 16;310(15):1601-11.
13. Matok I, Koren G, Sheiner E, et al. *The Safety of Metoclopramide Use in the First Trimester of Pregnancy.* N Engl J Med 2009;360 (24):2528-35.
14. Diav-Citrin O, Sakran R, Shechtman S. *Pregnancy outcome following in utero exposure to ondansetron: a prospective, comparative, observational cohort study.* Reprod. Toxicology 2018;2017(72):203.
15. Huybrechts KF, Hernandez-Diaz S, Straub L, et al. *Association of maternal first-trimester ondansetron use with cardiac malformations and oral clefts in offspring.* JAMA 2018 Dec 18;320(23):2429-37.
16. Berard A, Sheehy O, Gorgui J, et al. *New evidence for concern over the risk of birth defects from medications for nausea and vomiting of pregnancy.* J Clin Epidemiol 2019 Jul 26;116:39-48.
17. <https://www.lareb.nl/tis-knowledge>
18. PRAC recommendations on signals. <https://tinyurl.com/tg3nnpn>

Waar zullen we beginnen?

Lauren Bullens *aios gynaecologie, Rijnstate, Arnhem*
Namens projectgroep Gynae Goes Green.

Eindelijk de aftrap van de duurzaamheidsrubriek in NTOG! De klimaatdoelen voor 2020 zijn niet gehaald, plasticsoep staat wereldwijd op het menu en voor een tropische vakantie hoeven we niet verder te rijden dan de Veluwe. Het is dan ook niet 2 voor 12, maar ver voorbij het middag uur als het gaat om het leefbaar houden van onze wereld.

Wij gynaecologen zetten ons iedere dag in om mensen beter te maken, en belangrijker nog, niet te schaden, zoals Hippocrates ons voorschreef. Echter het afval wat de gezondheidssector produceert is alle behalve 'zorgeloos': één bezet ziekenhuisbed levert dagelijks al gauw zo'n 15 kilo afval, jaarlijks wordt minstens 140 ton aan geneesmiddelenresten op het oppervlaktewater geloosd, en *reusables* hebben plaatsgemaakt voor handige disposables. Uiteraard levert het intensief gebruik van de gezondheidszorg ook veel op, maar wij voelen de urgentie om nu de *side effects* van ons werk te beperken.

Was er maar een *magic pill*, waarmee we in één keer, het liefst zonder dat we er iets van voelen, ons leven kunnen beteren. Maar helaas, ook daarin herkennen we onze dagelijkse praktijk waarbij niet voor alle kwalen een passende oplossing is. Wij gaan jullie, allen gynaecologen met een warm hart voor de wereld, helpen een stapje (of hele pas) in de goede richting te zetten.

Oproep: deel lokale initiatieven!

We nodigen jullie van harte uit om lokale initiatieven met ons te delen. Welke overwinningen zijn behaald, en welke valkuilen u bent tegengekomen in verduurzamen van de praktijk? Samen willen we onze CO₂-voetafdruk een paar maatjes kleiner maken! Dus waar moeten we beginnen? In de volgende aflevering bespreken we één van de meest intensief gebruikte afdelingen van het ziekenhuis, waar veel winst kan worden behaald als het gaat om duurzaam werken: de operatiekamer.

Contact carolienkanne@nvog.nl



De projectgroep Gynae Goes Green voor de Sustainable Development Goals Dome. Staand: Anne Timmermans, Femke Siemonsma, Martijn Oudijk, Tamara Steenstra Toussaint. Gehurkt: Carolien Kanne, Anneke Kwee, Lauren Bullens. Zittend: Wouter Hehenkamp. Afwezig: Jan van Lith, Marjolein van den Tweel, Karin van der Tuuk.

Echocontrole nodig bij laagliggende placenta?

Een placenta over het ostium internum (placenta previa) of vlak bij het ostium (laagliggende placenta) geeft een verhoogd risico op complicaties zoals bloedverlies of (iatrogene) partus prematurus. Daarom wordt in het tweede trimester de locatie van de placenta bepaald. Maar veel placenta's die op dat moment bij of over het ostium liggen, blijken meer richting de fundus gelegen in het derde trimester. Dit wordt veroorzaakt door de zogeheten placentamigratie: door groei van de uterus en atrofie van de onderste delen van de placenta 'verplaatst' de placenta zich van het ostium af. Hierdoor is dus het risico minder hoog dan in het tweede trimester lijkt bij een laaggelegen placenta en hebben deze vrouwen onnodige zorgen en overbodige *follow-up*. Daarom zijn in het AMC een drietal studies verricht om een afkapwaarde te definiëren voor de afstand tussen de placenta en het ostium internum in het tweede trimester waarmee voorspeld kan worden welke vrouwen in het derde trimester nog steeds een placenta over of dichtbij het ostium internum hebben. Allereerst is er een *systematic review* verricht, waarin elf artikelen zijn geïnccludeerd die gezamenlijk 3586 vrouwen met een laaggelegen placenta in het tweede trimester vervolgden in het derde trimester. Hieruit kon geconcludeerd worden dat het merendeel van de placenta's zich in het derde trimester richting de fundus hadden verplaatst. Maar er kon geen *cut-off* waarde worden vastgesteld.¹ Daarom is een groot, prospectief cohort uitgevoerd waarin 958 vrouwen zijn geïnccludeerd, die in het tweede trimester een laaggelegen placenta hadden aan de anterieure zijde (38%) of de posterieure zijde (62%). Na de *follow-up* echo in het derde trimester bleek dat bij 20% van de vrouwen met een placenta previa in het tweede trimester en bij 1,4% van de vrouwen met een laagliggende placenta de placenta nog < 20 mm van het ostium internum lag. Ook bleek dat vrouwen met een placenta aan de posterieure zijde (6,4%) een significant hoger risico op

een placenta die laag lag in het derde trimester, dan bij de anterieure zijde (2,7%). Hetzelfde was het geval voor vrouwen met een keizersnede in de voorgeschiedenis (13%) dan vrouwen zonder keizersnede in de voorgeschiedenis (4,0%). De *cut-off* waarden voor persisteren van een laagliggende placenta in het derde trimester was in het tweede trimester 15,5 millimeter van het ostium internum voor posterieure placenta's en 4,5 mm over het ostium internum voor anterieure placenta's.² Ook is een prospectief cohort gedaan (*under review*) met betrekking tot alleen de vrouwen met een placenta previa in het tweede trimester om hiermee vast te stellen welke vrouwen een hoog risico en welke vrouwen een laag risico hebben om een placenta previa te houden in het derde trimester. Hier werden 313 vrouwen met in het tweede trimester een placenta previa vervolgd. Wederom bevond de placenta zich vaker aan de posterieure zijde (62%) dan aan de anterieure zijde (38%). Bij 14% van de vrouwen was de placenta in het derde trimester nog steeds over het ostium internum gelegen, maar hierbij was geen significant verschil tussen anterieure placentas (8,7%) en posterieur gelegen placentas (16%), $p=0,0048$. Bij zwangerschap na een fertiliteitsbehandeling en vrouwen met een keizersnede in de voorgeschiedenis was de kans op een placenta previa ook hoger. De conclusie was dat vrouwen met een placenta previa minder dan 14 millimeter over het ostium internum een laag risico hadden om een placenta previa in het derde trimester te hebben, in dit cohort zelfs 0%. Vrouwen met een placenta previa meer dan 55 millimeter over het ostium internum hebben een hoog risico om een placenta previa in het derde trimester te houden, waarbij in dit cohort alle placenta previa persisteerden in het derde trimester.³ Ondanks het grote cohort van 958 vrouwen gelden de resultaten niet perse voor alle vrouwen en daarom is het advies aan de hand van deze resultaten een *follow-up* van anterieure placenta's als zij in het tweede trimester 5 mm van het ostium internum liggen en van posterieure placenta's als zij in het tweede trimester 20 mm van het

ostium internum liggen. Dit laatste zoals al in de praktijk gebeurt. Daarnaast kunnen de *cut-off* waarden voor de placenta praevias gebruikt worden als risicostratificatie in de counselling en individualisering van patiëntenzorg en *follow-up* van vrouwen met een placenta previa in het tweede trimester. C.H.J.R. Jansen en E. Pajkrt

Referenties

1. Jansen C, Kleinrouweler CE, van Leeuwen L, Ruiters L, Limpens J, van Wely M, et al. *Final outcome of a second trimester low-positioned placenta: A systematic review and meta-analysis*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2019;240:197-204.
2. Jansen C, Kleinrouweler CE, Kastelein AW, Ruiters L, van Leeuwen E, Mol BW, et al. *Follow-up ultrasound in second-trimester low-positioned anterior and posterior placentas: prospective cohort study*. Ultrasound Obstet Gynecol 2019.
3. Jansen C, Kleinrouweler CE, van Leeuwen E, Ruiters L, Mol BW, Pajkrt E. *Which second trimester placenta previa (never) persists as a third trimester placenta previa - a prospective cohort study*. Ultrasound Obstet Gynecol - under review.

Prognostic factors for the failure of endometrial ablation: a systematic review and meta-analysis

Endometriumablatie is een frequent toegepaste behandeling bij vrouwen met hevige menstrueel bloedverlies. Gezien het minimaalinvasieve karakter is het een populair alternatief geworden voor hysterectomie. Een groot percentage vrouwen is tevreden na endometriumablatie. Toch wordt bij tien tot twintig procent van de vrouwen alsnog een hysterectomie uitgevoerd, meestal in verband met aanhoudend hevige bloedverlies of pijnklachten. Om te voorspellen welke vrouwen een hoog risico hebben op het falen van endometriumablatie, is het belangrijk factoren te identificeren die geassocieerd zijn met falen. Door deze factoren in kaart te brengen, kan de counseling worden aangepast aan de individuele patiënt en kan het hysterectomie percentage mogelijk worden verlaagd. In het review *Prognostic Factors for the Failure of Endometrial Ablation* is een overzicht gegeven van in de literatuur beschreven prognostische factoren en



dr. Floor Vernooij & dr. Rafli van de Laar redacteurs

werd een meta-analyse verricht voor de primaire uitkomst chirurgische re-interventie (gedefinieerd als het ondergaan van een re-ablatie en/ of hysterectomie). Er werd een systematische search verricht in Medline, Embase, the Cochrane Library en clinicaltrials.gov tussen 1988 en februari 2019. Na screening werden 56 studies in de review geïnccludeerd met in totaal 157.830 vrouwen, waarvan 21 studies werden meegenomen in de meta-analyse. In de geïnccludeerde studies zijn 32 prognostische factoren beschreven. Op basis van klinische relevantie werden de volgende tien factoren verder geëvalueerd: leeftijd, myomen, eerdere sterilisatie, BMI, pariteit, dysmenorroe, sectio, bloedingspatroon, uteruspositie en uteruslengte. Uit de meta-analyse bleek dat jongere leeftijd (leeftijd ≤ 35 OR 1,68, 95% CI 1,19-2,36; leeftijd ≤ 40 , OR 1,58, 95% CI 1,30-1,93; leeftijd ≤ 45 OR 1,63, 95% CI 1,28-2,07), eerdere sterilisatie (OR 1,46, 95% CI 1,23-1,73) en dysmenorroe (OR 2,12, 95% CI 1,41-3,19) risicofactoren zijn voor het ondergaan van een chirurgische re-interventie. Het is belangrijk om vrouwen met één of meer risicofactoren te informeren over het hogere risico dat zij hebben op het falen van endometriumablatie en na counseling kan een alternatieve behandeling worden overwogen. De resultaten van deze studie zullen worden gebruikt voor de ontwikkeling van een predictie-model waardoor een nog nauwkeurigere voorspelling kan worden gemaakt van het risico op falen bij de individuele patiënt. Het direct plaatsn van een mirenspiraal na endometriumablatie biedt mogelijk perspectief tot het verlagen van het hysterectomie percentage doordat het risico op dysmenorroe en persisterend bloedverlies wordt verkleind. Het effect van deze gelijktijdige behandeling wordt momenteel onderzocht in de recent gestarte Nederlandse studie: de MIRA 2.
Pleun Beelen, huisarts i.o. en arts-onderzoeker afdeling Gynaecologie Máxima Medisch Centrum, Veldhoven



vanbeekimages.com

Obstetrische risicofactoren voor posttraumatische stress

Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) in de kraamtijd kan veilige hechting tussen moeder en kind belemmeren. De perinatale variabelen die PTSS beïnvloeden werden in een ziekenhuis in Spanje in 2017 in een omvangrijke cross-sectionele studie onder alle vrouwen die er bevallen waren onderzocht. Bijna drieduizend kraamvrouwen beantwoordden vier tot zes weken post partum twee online-vragenlijsten (PPQ en SF-36). Meer dan tien procent van de respondenten (318 van 2990) voldeed aan de criteria van PTSS en ervoer een verminderde kwaliteit van leven. Risicofactoren waren sectio caesarea, algehele anesthesie, fundusexpressie, derde- en vierdegraads perineumruptuur en manuele placenta verwijdering. Beschermende factoren waren maternale leeftijd boven 35 jaar, multipariteit, het respecteren van het geboortepan, epiduraal anesthesie en binnen een uur na de geboorte huid-op-huidcontact van de moeder met de pasgeborene. Bevalling per sectio caesarea en huid-op-huidcontact waren de variabelen met de grootste effectschattingen, met respectievelijke odds ratios 3,79 (95%BI 2,43-5,92) en 0,37 (95%BI 0,28-0,50). De gevonden prevalentie van PTSS-symptomen in deze groep kraamvrouwen is relatief hoog, mogelijke is er sprake van enige selectiebias. Een opvallende bevinding was dat neonatale uitkomsten zoals prematuriteit, laag geboortegewicht en NICU-opname in deze

studie geen associatie hadden met het optreden van PTSS. Een verklaring voor een verhoogd risico op PTSS bij bevalling per sectio en het gebruik van algehele anesthesie kunnen de stressvolle en spoedeisende omstandigheden zijn waarin de vrouwen op dat moment hebben verkeerd. Gezamenlijke besluitvorming rondom de bevalling zou het risico van PTSS kunnen verkleinen, door het gevoel van controle en tevredenheid te vergroten. De nacontrole postpartum biedt de mogelijkheid om te screenen op PTSS. Het valt te overwegen om dit te doen bij vrouwen die een sectio caesarea hebben ondergaan en bij wie huid-op-huidcontact kort na de geboorte niet mogelijk was. Deze screening kan worden verricht met behulp van zelfrapportage lijsten voor PTSS en/of vragen naar slaapproblemen, nachtmerries, zich opdringende herinneringen, het vermijden van gedachten en handelingen die doen denken aan de geboorte, misplaatste schuldgevoelens, verhoogde alertheid of prikkelbaarheid en emotionele distantie van dierbaren. PTSS is inmiddels snel en effectief te behandelen met gesprekstherapie, vooral als de symptomen nog maar kort bestaan. Spoedige behandeling is aan te bevelen, want dit verkleint de kans op depressieve symptomen postpartum.

*J.A. Godschalx-Dekker en
D.D.C.A. Henriquez*

Referentie

Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Molina-Alarcón M *et al.* Postpartum post-traumatic stress disorder: associated perinatal factors and quality of life. *J Affect Disord.* 2019;249:143-150.

