



MENOKRACHT

- Verslag podcast -

Marieke in gesprek met gynaecoloog en voorzitter van de Dutch Menopause Society Dorenda van Dijken

Deze aflevering zit ik met Dorenda van Dijken aan onze online tafel. Dorenda is gynaecoloog en voorzitter van de Dutch Menopause Society en ik wil vooral met haar in gesprek over 'het wel of niet' van hormoonsuppletie.

Dorenda, daar weet jij heel veel van af en voordat we meteen de inhoud ingaan, is het leuk om wat meer over jouw achtergrond te horen, wie jij bent. Zou je jezelf eens willen introduceren?

Jazeker, nou dank Marieke in ieder geval voor de uitnodiging. Het is heel leuk en ook heel belangrijk om het hier over te hebben. Ik werk als gynaecoloog in het OLVG West in Amsterdam en dit is mijn 28e jaar. En ik ben bij toeval denk ik 25 jaar geleden in aanraking gekomen met de overgang en hormoonsuppletie, dat was in de jaren '90 echt hot. Iedereen gebruikte dat en het ging hartstikke goed, en daar komen we later nog wel op terug wanneer die kentering is gekomen en waar nu nog steeds de verkeerde beleving vandaan komt, maar dat ga ik straks toelichten.

Gaandeweg is dat eigenlijk vanzelf steeds meer een aandachtsgebied geworden en wat me vooral enorm boeit is hoe vrouwen eigenlijk toch anders zijn dan mannen. In meerdere

opzichten, dus het gaat wat mij betreft echt om veel meer dan alleen die opvlieger. Het gaat ook om hoe groot de impact van de overgang is op het welzijn van vrouwen, en op hun gezondheid op langere termijn. Het gaat wat mij betreft ook om gezond ouder worden als vrouw.

Van onze beroepsvereniging voor gynaecologen is een soort werkgroep 'menopauze'. Elk land heeft zijn eigen menopauze society, we hebben in Nederland de Dutch Menopause Society en dit is mijn zevende jaar als voorzitter. Daarnaast doe ik ook mee in het schrijven van richtlijnen, standaarden, samenwerking met andere specialisten, maar ook veel met huisartsen voor thuisarts.nl bijvoorbeeld. En schrijf dus ook richtlijnen in meerdere opzichten en ben ik ook internationaal deels betrokken, want in de landen om ons heen en internationaal is de overgang en menopauze, ik zal zo het verschil uitleggen, veel meer een onderwerp dan hier in Nederland. In mijn werk als gynaecoloog doe ik ook nog wel andere dingen.

Ik wil je eigenlijk even vragen, heb jij een werkweek van 40 uur?

Nou, ik doe dit er allemaal naast, dus het is meer een soort passie. Ik ben

inmiddels ruim 63 en mijn missie is echt dat dit onderwerp de erkenning krijgt dat voor sommige vrouwen het een serieus probleem kan zijn en dat ze ook op de goede manier geholpen worden. En als ik dat voor mekaar krijg, dan ga ik lekker met pensioen. Maar dat duurt nog even, daar zijn we nog wel even druk mee bezig. Maar in mijn vrije tijd doe ik dit hoofdzakelijk en op het werk is zo'n driekwart of meer dan de helft menopauze en verder heb ik nog een aantal andere gynaecologische aandachtsgebieden.

Dat is een hele hoop en het is ook leuk om erbij te vermelden dat je helemaal straalt als je praat over de menopauze en je ambitie. Dat zien de lezers niet en is leuk om even mee te geven. Ja en ik haak meteen aan op het stukje wat je net zegt, want de menopauze is meer dan alleen opvliegers. Misschien is het goed om daarmee te beginnen. Kun je daar wat meer woorden aan geven? Waarom is het meer dan alleen een opvlieger?

Als je kijkt naar alle vrouwen dan merk je dat, want iedereen komt door de overgang. Je menopauze is echt je laatste menstruatie. Dat is de laatste bloeding die je hebt gehad, dus dat weet je pas achteraf. Voor sommige vrouwen is het helemaal niet duidelijk, als je bijvoorbeeld geen baarmoeder meer hebt of een pil slikt of een hormoonspiraal hebt. Maar dat is de definitie van menopauze.

De overgang is eigenlijk het hele verhaal eromheen. Als je dan kijkt naar alle vrouwen, en dat is met name ja eigenlijk wereldwijd wel, maar met name voor de Kaukasische rassen wat wij grotendeels in Nederland zijn, dan zie je dat 20% heeft niet of nauwelijks klachten, dus die fietst daar redelijk

fluitend doorheen. Sommige van die vrouwen hebben wel wat klachten, maar die kunnen daar prima mee leven en dan noemen we dat niet noemenswaardige klachten. 80% heeft wel klachten in meer of mindere mate, maar van die 80% heeft een derde dus zeg 28% van alle vrouwen echt hinderlijke klachten en dat is de groep waar wij ons sterk voor maken.

Opvliegers, die warmte overdag, dat is vaak wel te doen met vestje aan, vestje uit of andere trucjes, maar deze vrouwen hebben het een stuk zwaarder. Opvliegers in de nacht noemen we ook wel nachtzweeten en dat kan echt een wissel trekken op je slaap. Ik noem het altijd een domino effect, want als je niet meer slaapt of bijna niet meer slaapt dan ben je overdag moe, je krijgt geheugen- en concentratiestoornissen, je kan ook emotioneler, labieler worden of juist een korter lontje krijgen met wat agressie. Dus ja, het geeft heel veel andere klachten.

Wat vaak niet bekend is en ook nog niet voldoende erkend is in mijn mening, is dat voor veel vrouwen hormoonverandering hun ook echt letterlijk uit balans kan halen. We weten dat als je bijvoorbeeld in de voorgeschiedenis bekend bent geweest met een depressie en vooral als dat een hormoon gerelateerde depressie is, bijvoorbeeld na een bevalling of tijdens pilgebruik, dat dan de kans dat je dat terugkrijgt rondom je overgang 2 tot 4 keer zo groot is, en dan hoeven die opvliegers eigenlijk helemaal niet eens zozeer op de voorgrond te staan.

Vrouwen komen vaak in het verkeerde hokje. Ook dingen als spier- en gewrichtsklachten kunnen heel belemmerend zijn in werk of sowieso in

alles wat je doet en daar moet gewoon meer aandacht voor komen. Soms zijn er ook vrouwen en daar zijn wij in het OLVG met name voor bedoeld, als het vrouwen zijn die verder niet helemaal gezond zijn of een voorgeschiedenis hebben of een andere aandoening, die vrouwen horen bij ons thuis.

Ik vind echt dat een gezonde vrouw met de overgangsklachten, zoals opvliegers en nachtzweeten gewoon hoort in wat wij noemen de eerste lijn, dus bij de huisarts, die kan daar prima worden geholpen. Maar vrouwen waar iets extra's mee is of een rugzakje hebben, die horen bij ons.

Je noemde net in het voorgesprek je de psychiatrische aandoeningen die eigenlijk onderschat worden. Kun jij daar iets meer over vertellen?

Enorm, daar is ook nog vrij weinig over bekend. Wat vaak wel bekend is, is premenstrueel syndroom genoemd, ofwel pms afgekort. Dat zijn vrouwen die merken dat ze in een normale hormonale menstruatiecyclus vaak al in de tweede helft, dus na de eisprong of vlak voor hun ongesteldheid, dat ze dan al meer stemmingsklachten hebben. Klassiek zijn die stemmingsklachten helemaal verdwenen zodra de menstruatie doorbreekt. Die vrouwen hebben dezelfde hormonen als alle andere vrouwen, maar die zijn er veel gevoeliger voor.

Je hebt ook groepen vrouwen met aandoeningen als ADHD, ADD, een autisme spectrum stoornis, maar ook bipolariteit die veel gevoeliger zijn voor hormonen dan vrouwen die dat niet hebben. En dat is een groep die het echt heel zwaar kan hebben, vaak wordt het ook afgeschoven of op die

aandoening of op de medicatie die ze gebruiken en ja daar vragen we meer aandacht voor en die vrouwen horen ook echt bij ons thuis.

Je zegt eigenlijk dat als je bekend bent met wat klachten, psychiatrische klachten, maar ik hoorde je eerder ook zeggen met een trauma of een postnatale depressie bijvoorbeeld, dat tijdens de overgang die gevoeligheid mogelijk meer speelt dan dat je goed in balans bent en je sterk voelt, de wereld aankan. Is dat een beetje een vertaling?

Ja, want ik zie het altijd voor me dat die vrouwen op een heel smal richeltje lopen en dan gaat het eigenlijk goed, want ze kunnen al die ballen en zichzelf nog net staande houden. Maar dan verandert ineens die hele hormoonhuishouding en raken ze letterlijk uit balans en lazeren ze van het richeltje af. En dat is dus wel door een hormonale verandering, maar dat betekent niet dat je het met hormoontherapie ook altijd kan oplossen. Daar is dan meer voor nodig.

En is het dan zo dat die vrouw die niet per se te maken heeft met een stoornis, dat dat richeltje iets breder is van die balk waar je overheen loopt? Ik heb best veel vrouwen gesproken die misschien niet ADHD of iets vergelijkbaars hebben en die toch zeggen: "ik heb het gevoel dat ik het even kwijt ben".

Ja, dat is ook zo en dat gevoel maakt je heel onzeker. En als je dan ook heel veel last hebt van dat nachtzweeten en je slaapt minder, slaap en psyche is ontzettend belangrijk. Maar we horen bijvoorbeeld ook wel vrouwen met angst en paniekaanvallen of al is het

maar dat ze ineens veel grotere beren op het pad zien dan dat ze van zichzelf gewend zijn. Je wordt letterlijk uit balans gehaald en daar moet meer aandacht voor komen. Dat is waar we ons in ieder geval vanuit de Dutch Menopause Society heel erg sterk voor maken, dat daar meer erkenning voor komt, dat er geluisterd wordt naar die vrouwen.

Dat is prachtig werk en sluit ook helemaal aan bij hoe ik kijk vanuit Menokracht. Die disbalans, het tijdelijk even niet meer weten. Maar stel je voor, we gaan dan daarna denken over hormoonsuppletie, want dat is een specifieke vraag die vaak langskomt merk ik bij vrouwen. Het heeft ook een beetje te maken met een bepaalde angst voor die hormoonsuppletie vanuit een onderzoek dat ooit is gedaan. Het is misschien interessant om daar iets meer over te vertellen, daar refereerde je in begin ook al even aan. Volgens mij is het onderzoek rond 2000 geweest (ja, 2002) waarna vrouwen zo huiverig zijn geworden. Laten we daar eens verder naar kijken, want in de jaren '90 schreven we hormoonsuppletie voor en dat ging eigenlijk best wel heel goed. Wat ging er goed toen?

Ja, wat ging er goed. Kijk het gaat nog steeds goed, want het werkt als een tierelier over het algemeen. Met name voor die warmteklachten is echt succes verzekerd en is er niks beters dan dat, nog steeds niet. Maar ook voor heel veel andere klachten, voor die spier- en gewrichtsklachten en ook om mentaal beter in balans te komen werkt het vaak ondersteunend. Soms lukt het ook alleen met hormoontherapie en soms moet er nog iets anders bij. Dat is per vrouw

verschillend. Er is niet een one-size-fits-all, het is maatwerk.

In de jaren '90 was dat heel populair en wat er toen is gebeurd, is dat er in Amerika een groep onderzoekers was - we werkten toen wel met andere producten, maar daar kom ik zo op terug - en die onderzoekers dachten: als al die vrouwen daar zo enorm van opknappen, het is ook goed voor je botten, ook goed voor hart en vaten, dus misschien moeten we ook een oudere groep vrouwen dit nog eens gaan geven. En ouder, dan hebben we het over 60+, 70+ en soms zelfs 80+. Als je nog een baarmoeder hebt geef je altijd oestrogeen en een progesteron type naast elkaar. Er werd toen gewerkt met een synthetisch oestrogeen. In Amerika werd toen gewerkt met een bepaald type progesteron en officieel heet dat een progestageen en dat type bleek een hoger risico te geven op borstkanker bij langer dan 3 jaar gebruik en het was natuurlijk een veel oudere groep vrouwen.

Op zich liep die studie nog en toen is er buiten de onderzoekers om, een journalist geweest en die is er ingedoken. En ja, die had geen cursus statistiek gevolgd, want het bleek toen dat per 1200 vrouwen er één extra geval was die borstkanker kreeg. We hebben het niet over het overlijden, maar die het kreeg. En in die tijd was borstkanker ook nog anders dan nu, maar dat terzijde. Die journalist heeft in komkommertijd, in de zomer paginagroot gezet dat hormoontherapie geeft 26 keer meer kans op borstkanker dan geen hormoontherapie. En dat klopt dus niet. Dat is ingeslagen als een bom, dat was juli 2002 en die beeldvorming blijft op de een of andere manier hier in Nederland hardnekkig. Er is nog een

Pavlov-reflex met hormoontherapie: oh daar krijg je borstkanker van.

Dat is niet waar, we werken met een andere doelgroep. In die studie van toen om aan te geven was maar 10% van de vrouwen tussen de 50 en 54 jaar. Nou dat is natuurlijk wel onze doelgroep hè, want die is tussen de 40 en 55 jaar, dat is één. We werken tegenwoordig met andere producten, we werken met het natuurlijke oestrogeen oftewel estradiol. Dat wordt ook wel bio-identiek genoemd, dat is een heel ander product. We werken met een veel lagere dosering, al jaren. En we zijn dankzij die studie, want die heeft ons ook goede dingen gebracht, erachter gekomen dat het type progestageen het risico op borstkanker bepaald.

Er zijn nog steeds producten op de markt waar verkeerde types in zitten. Overigens is dit product met het verhoogde risico in Europa nooit op de markt geweest voor deze indicatie, dus dat is een ander verhaal. En we werken echt al jaren met twee veilige types. Dat is het natuurlijke oftewel het bio-identieke progesteron en het zogenaamde dydrogesteron, dat is 90% bio-identiek. En dat zijn de veilige producten voor het borstweefsel. En waar in die studie ook niet naar is gekeken, is naar persoonlijke risicofactoren. Dagelijks alcoholgebruik, meer dan 2 eenheden per dag of meer dan 12 tot 14 per week, geeft een dubbel verhoogd risico op borstkanker. Roken, weinig bewegen, overgewicht geeft een verhoogd risico, dus je moet de risico's individualiseren. Wat we nu doen, is kijken naar het persoonlijke risicoprofiel, we spreken dat allemaal door en we schrijven betere producten voor in lagere dosering.

Is dit op Nederlands niveau bepaald? Doen alle gynaecologen dit?

Ja, in principe wel. Kijk dit is eigenlijk niet alleen Nederlands, het is internationaal. Over de hele wereld wordt op dezelfde manier gewerkt. Niet elke land heeft evenveel producten. Het gaat met name om die groep vrouwen met hinderlijke klachten, want die groep komt in aanmerking voor hormoontherapie. In Nederland krijgt 5% van die vrouwen hormoontherapie. En in alle landen om ons heen 15 tot 35%. Dat komt door een aantal dingen, maar met name doordat die beeldvorming in Nederland nog zo hardnekkig is.

Kun je verklaren waarom dat in Nederland zo hardnekkig is? Want met mijn collega's in Ierland en in België praat ik er ook over en die zeggen ook dat het aantal vrouwen daar hoger ligt dat hormoontherapie gebruikt. Is dat iets calvinistisch? Hetzelfde misschien als bevallen, waar je kiest voor hulpmiddelen of niet, waarover in Nederland heel hard wordt gezegd: "je moet het op eigen kracht doen". Is dit een beetje hetzelfde?

Ja, het is grappig dat je dat zegt, want die vergelijking maak ik zelf ook altijd. Ik roep altijd: wij waren de laatste in de wereld met pijnbestrijding bij bevalling en zullen ook de laatste in de wereld zijn die hormoontherapie op een normale manier gaan voorschrijven. Ik denk dat het voor een deel te maken heeft met onze calvinistische houding. Over hormoonzalven bij eczeem en dergelijke wordt heel moeilijk gedaan, dat is echt een Hollands dingetje vind ik. En aan de andere kant merkte je ook wereldwijd dat na 2002 de boel echt even op zijn gat heeft gelegen door deze bom die is ingeslagen. En bij

ons is met name die nascholing misschien niet zo goed opgepakt.

Wij zijn ook het enige land met het systeem dat vrouwen in eerste instantie naar de huisarts gaan, en niets ten nadele van de huisarts hoor, want er zijn er inmiddels ontzettend veel die er goede kennis van hebben en het ook goed voorschrijven. Ze krijgen daarin een beetje een negatieve naam, maar dat is niet mijn ervaring. Het is wel mijn ervaring dat voor huisartsen die nascholing wat achter is gebleven bij de specialisten. Maar ja, ik heb ook heel veel collega gynaecologen die er ook geen kaas van hebben gegeten omdat het niet in de opleiding zit. En dat zit het met ingang van dit jaar (2022) wel. Dus het is ook een deel nascholing van bovenaf. En het is vaak een combinatie.

Huisartsen krijgen de mogelijkheid om zich beter na te laten scholen. Is er een nieuwe standaard gekomen voor huisartsen?

Ja, er komt een nieuwe standaard aan, die is waarschijnlijk na de zomer 2022 klaar. Dus die is onderweg, die is al geschreven. Het zit bij huisartsen helaas nog niet in de opleiding en die nascholing is ook nog niet vanuit het huisartsen kennisinstituut, maar die zijn er wel en die zijn ook geaccrediteerd.

Het is dan meer een opleiding of nascholing voor de vrijwilliger. Dat is altijd nog een beetje jammer, maar ik snap dat je dat niet kan dwingen.

Ja, maar ik ken veel huisartsen en die doen het beter dan een paar van mijn collega gynaecologen. Het is iets dat aandacht moet krijgen en ik vind ook dat vrouwen daar zelf een verantwoordelijkheid in hebben. Er

wordt nog heel veel aangenomen en ik hoor vaak in de spreekkamer dat vrouwen zeggen: "Ja, ik ben heel blij met hormoontherapie. Ik heb mijn leven weer terug. Het gaat hartstikke goed, maar mijn vriendinnen zeggen allemaal: dat je dat durft, want je krijgt er toch kanker van?" En dan roep ik altijd heel flauw, drinken je vriendinnen weleens een wijntje? "Ja, elke dag." Nou dan is hun risico op kanker veel groter dan bij jou met je hormoontherapie.

We hebben nog veel te doen aan beeldvorming, dat was mij al wel duidelijk en dat bevestig jij hier ook weer heel goed. Nog even over de huisarts, en naast de huisarts heeft ook de bedrijfsarts een ander standpunt gekregen, betekent dat ook dat zij die nascholing kunnen gaan ontvangen? Dit is misschien wel heel belangrijk om te weten, ook voor alle HR-specialisten, verzuimdeskundigen. Hoe ziet dat eruit? Wat kunnen we verwachten van de bedrijfsarts de komende periode als het gaat om de overgang?

Wij proberen als Dutch Menopause Society ook veel met bedrijfsartsen en andere specialisten te doen. Als je bijvoorbeeld kijkt naar een land als Engeland, daar is heel veel onderzoek gedaan en veel bekend over overgang en werk. En het is eigenlijk wat ik je ook in het begin zei, het is een beetje als seks: als je ernaar vraagt dan hoor je vrouwen er niet over. We hebben hier in Nederland ook een aantal onderzoeken gedaan en dan blijkt ook dat vrouwen het heel moeilijk vinden om dat bespreekbaar te maken op de werkvloer. Dat hangt voor een deel ook af van leidinggevenden. Als dat een jongere man is, is de drempel nog hoger. En de

overgang en overgangsklachten zijn in Nederland nog steeds een taboe.

En ik denk dat dat ook aan ons vrouwen zelf ligt, maar ik zeg altijd: als jij net bevallen bent en je slaapt nachten niet omdat je een huilbaby hebt, dan hebben al je collega's daar begrip voor. Als je nachten niet slaapt vanwege nachtzweeten en overgangsklachten, dan moet je er vooral niet over zeuren. Dat is een beetje onze instelling. We moeten in mijn optiek echt naar een andere mindset, dat begint ook bij onszelf.

Bedrijfsartsen moeten er eigenlijk ook naar vragen en daarvoor hebben we met z'n vieren dat standpunt geschreven. Dat is ook aangenomen door de NVAB de beroepsvereniging voor bedrijfsartsen en er staan een aantal aanbevelingen in waar je op kan letten. In Nederland zijn we heel klein met de Dutch Menopause Society (DMS), maar er is ook een overkoepelende Europese Menopause Society en die heeft een zogenaamde positionpaper geschreven en dat is een heel uitgebreide handleiding voor op de werkvloer. Daar zijn wij natuurlijk lid van, ik zit er ook in, en je hebt zelfs een Internationale Menopause Society, daar zit ik als vertegenwoordiger van de DMS in en dan merk je gewoon dat ze overal in de wereld verder zijn. In Londen zijn zelfs aparte menopauze klinieken.

Ja, daar zijn ze veel verder. In Ierland zijn ze verder. In België. Ik hoorde laatst een arts zeggen: "die Nederlandse vrouwen denken dat alle magie in melk zit en kiezen dus niet voor hormoonsuppletie". Die was verbijsterd over dat gegeven.

Tja, zo zijn we opgevoed. Veel melk drinken kan juist klachten geven, ook spier- en gewrichtsklachten. Ze kijken mij ook altijd met ogen als schoteltjes aan als ik vertel dat hier in Nederland maar een handjevol mensen is die zich voor dit onderwerp hard maakt. In alle landen om ons heen heb je hele grote Menopause Societies met een heel secretariaat erachter. Wij doen het allemaal zelf, dus ja wij zijn een kleine speler in het geheel.

Ons werk is heel belangrijk, Dorenda. Heel fijn! Ok, dat geeft ons een beetje een beeld. Organisaties zouden ook kunnen vragen aan bedrijfsartsen of zij zich bewust zijn van die standaard en of zij hier weleens naar hebben gekeken. Dat is goed om te weten. Dan nog even terug naar die medicatie, want dan heb je het over de hormoonsuppletiemogelijkheden. Daarin zijn natuurlijk verschillende variaties. Je hebt orale variaties, transdermale variaties. Oraal is gewoon slikken. Transdermaal gaat via de huid. Ik kan me voorstellen dat door de jaren heen daar heel wat ontwikkelingen in zijn geweest, kun je daar iets over vertellen? Wat schrijven jullie vandaag de dag het meest voor? Wat is het minst belastend?

Het is wat ik eerder al aangaf niet one-size-fits-all, dus je gaat altijd het gesprek aan. Waar we mee starten is dat we altijd kijken naar risicofactoren en je moet ook altijd kijken naar voeding en leefstijl, want dat is ontzettend belangrijk. Daar weet de huisarts meer van dan de gynaecoloog. Maar wie daar vooral heel veel van weten zijn verpleegkundig overgangsconsulenten, dus daar werken we ook veel mee samen. Ze hebben hun eigen beroepsvereniging,

de VVOC. Ik maak er in het OLVG ook dankbaar gebruik van, we hebben er twee, en die hebben echt driekwartier de tijd om alles uit te vragen. Je kunt ook allerlei klachten krijgen van roken, alcohol, de hele dag door koffie, cola, citrusvruchten, nou noem maar op. Er is dus vaak al heel veel winst te behalen in je voeding en leefstijl. Overgewicht kan overgangsklachten geven. Makkelijker gezegd dan gedaan, maar dat brengen we eerst in kaart. Dat is één.

De laatste jaren heeft transdermaal, dus via de huid dat oestrogeen, een enorme vlucht genomen en dat combineren we dan bij vrouwen met een baarmoeder met het natuurlijke bio-identieke progesteron. Dat zijn tabletten die hebben als bijwerking dat je er ook een beetje slaperig van wordt. Dus vrouwen die slecht slapen, daar zit een mooie win-win in. En de toedieningsvorm van oestrogeen via de huid geeft een wat stabielere waarde in bloed dan als je het slikt als tablet. Want dan gaat dat natuurlijk via de lever, die breekt dat af. Nou is het tromboserisico van producten die je slikt als tablet wel veel lager dan bijvoorbeeld van de anticonceptiepil.

Wij zijn als Nederland een land waar heel veel de pil geslikt wordt, meer dan in andere landen in de wereld. Dat zijn vrouwen vaak gewend en de gebruiksvriendelijkheid ervan wordt zeer gewaardeerd. Dus dat is vaak een makkelijk product dat vrouwen fijn vinden om te gebruiken en dat is maar één keer per dag een pilletje en dan ben je er. Dat is vaak gecombineerd met dat dydrogesteron, dat is een wat sterker type progestageen dan het natuurlijk progesteron, want het natuurlijk progesteron heeft weer wat meer kans op bloedingen.

Aan de andere kant is die toedieningsvorm via de huid, dat we transdermaal noemen. In Nederland bestaat dat als een pleister, een spray of een gel en die geeft dus een stabielere waarde in het bloed. Voor vrouwen met stemmingsklachten is dat veel geschikter en het is ook geschikt voor vrouwen die wat seksuele problemen hebben, want die tabletten kunnen net als de pil een wat minder goed effect hebben op je seksualiteit.

Maar ook voor bijvoorbeeld vrouwen die bekend zijn met hoofdpijn of migraine, dan is een toedieningsvorm via de huid beter dan een tablet. Omdat die tabletten via je lever gaan kunnen die ook effect hebben op je bloeddruk en voor een deel ook op je cholesterol en die toedieningsvorm via de huid doet dat niet. In die zin heeft die zelfs een bloeddrukverlagend en een cholesterol verbeterend effect. Dus als je iemand hebt met hart- en vaataandoeningen of die daarvoor belast is familiar, hetzij zelf, dan heeft dat dus eerder de voorkeur. En wij zien natuurlijk wel meer vrouwen met een bepaalde voorgeschiedenis, want die horen bij ons thuis dus wij schrijven meer van die transdermale hormoontherapie voor. Maar in de praktijk, als je verder gezond bent en niks hebt dan is zo'n tablet natuurlijk supermakkelijk om te nemen en dan ben je klaar.

Ik heb begrepen dat via je huid, transdermaal, minder belastend zou zijn voor je lever, voor je gezondheid. Is dat dan onzin of zit er een kern van waarheid in?

Er zit zeker een kern van waarheid in, maar ik denk aan de andere kant dat je die belasting ook niet te zwaar moet zien, want dat tromboserisico is vrij

laag. Kijk als je verder gezond bent en geen voorgeschiedenis hebt, dan kan je dat makkelijk hebben. Daarbij zie je nooit als bijwerking bloedingen. Alle producten, zowel oraal als transdermaal, afhankelijk van de dosering werken goed tegen botontkalking, dus zijn goed voor de botten. Voor hart- en vaatziekten moet ik zeggen is het wel leeftijdsafhankelijk. Onder je 45^e, dus als je jong in de overgang komt - vanaf 40 noemen we in principe 'normaal' - maar onder de 45 kan hormoontherapie echt een beschermende werking hebben voor hart- en vaatandoeningen. Boven de 45 maakt het eigenlijk niet zoveel uit, dan zijn je vaten namelijk al ouder.

Dat is ook de reden, dat heb ik trouwens ook van die studie uit 2002 geleerd, dat als je langer dan 10 jaar na je menopauze bent, je niet alsnog hormoontherapie mag krijgen. Dan zijn onaardig gezegd je vaten dusdanig verouderd, dat als je iemand dan hormoontherapie gaat geven, dan merk je dat je juist een hoger risico op hart- en vaatandoeningen gaat krijgen. Vandaar die zorg op maat. Het is leeftijdsafhankelijk en er komt veel meer bij kijken.

Ik was zelf nog wel nieuwsgierig naar die preventieve kant van de werking van die vrouwelijke hormonen. Dat hoor je steeds meer, maar jij zegt dat het wel geldt voor botontkalking, maar voor hart- en vaatziekten niet per se.

Nee, je hebt wel jonge vrouwen - dat noemen we 'niet normaal' - vrouwen onder de 40 die in de overgang komen, die vrouwen moeten echt verplicht aan de hormoontherapie. Als ze dat niet doen, dan hebben ze in het meest ongunstige geval zelfs kans om 10 tot 15 jaar eerder te overlijden,

omdat ze eerder botontkalking of hart- en vaatandoeningen krijgen en ze hebben 70% meer kans op dementie zonder hormoontherapie. Maar dat is echt een andere groep, die is onder de 40, dus dat is de niet natuurlijke overgang. Maar ook de natuurlijke overgang en dan de jonge groep, de groep van 40-45 vind ik daar eigenlijk ook onder vallen. En anders gaat het echt over sturen op klachten en ja bedenk wel klachten zijn ook kwaliteit van leven hè. Zeker hele heftige opvliegers, want er wordt altijd een beetje raar over gedaan, maar hele heftige warmteklachten geven een verhoogd risico, zelfs tot een hartinfarct aan toe. En dat noemen ze een stress hartinfarct en dat kan door de overgang komen, dus onderschat het niet.

Goed dat je dat nog even meegeeft. Even over dementie, want daar begin je ook over. Ik heb wat studies van Lisa Mosconi bekeken. Misschien ken je haar, zij is een Italiaans Amerikaanse onderzoeker die veel met overgang en dementie doet. Is dat ook iets wat je met een hormoontherapie kunt voorkomen? De gevolgen op lange termijn. Hoe kijken jullie daar naar?

Alleen voor die jonge groep. Mijn heldin in wetenschappelijk opzicht over dit hele onderwerp is Pauline Maki. Zij is hoogleraar psychiatrie gynaecologie in Chicago en zij heeft alle richtlijnen voor de hele wereld geschreven. Zij is echt een wetenschapper, ook binnen de internationale en Europese Menopauze Societies. Zij doet alles over overgang en het brein en daar is ook veel onderzoek naar gedaan en ook veel over geschreven, maar we weten ook heel veel nog niet.

Je moet er eigenlijk vanuit gaan dat als jij op de gemiddelde leeftijd in de overgang komt, dan zal hormoontherapie je niet zoveel brengen als preventie voor dementie. Wat een veel gehoorde klacht is, is wat ze 'in goed Nederlands' een brain fog noemen, dat is vaak wel iets waar hormoontherapie iets op kan doen. Maar gek genoeg die geheugen- en concentratiestoornissen dat hersteld zich vaak ook weer vanzelf als je er doorheen bent. Want de overgang gaat in principe bij de meeste vrouwen ook weer over en dan kan die hormoontherapie je helpen om dat te overbruggen. Ik hoor vaak ook dat als je stopt met hormoontherapie dan moet je alsnog het hele proces door, maar dat is echt onzin. Dus het haalt de scherpe kantjes van het proces voor je ervanaf. Dus het herstelt zich vanzelf. En ja als jij per nacht maar één of twee uur slaapt, dan is dat geheugen... het is een domino effect. Daar kan hormoontherapie een bijdrage leveren.

Bedenk wel, dementie is maar bij 2 tot 3% van de vrouwen erfelijk. Je moet rekenen dat als het in de eerste lijn, dat is je moeder en eventueel je zus, als die het allemaal niet voor hun 65e gekregen hebben, dan heb jij geen hoger risico. Erik Scherder is natuurlijk bij uitstek de ambassadeur om te laten zien wat jij aan dementie kan doen, want je kan het namelijk wel uitstellen. Dat is ook die gezonde levensstijl, veel bewegen (app ommetje), doorbloeding van je hersenen, maar blijf ook sociaal actief. Er is een mooi onderzoek vanuit het Radboud, zij hebben aangetoond dat mensen die doof worden en geen gehoorapparaat gebruiken eerder dementie krijgen omdat hun sociale contacten afnemen. En blijf jezelf

cognitief uitdagen. Zo kun je dementie uitstellen.

Sowieso is bewegen en vooral in de natuur, ja klinkt een beetje geitenwollensokken, daarvan is aangetoond dat dat ook voor stemmingsklachten op elk moment, maar ook zeker rond de overgang veel goed doet en dat dat helpt. En ja, bewegen is ook goed voor gewichtsverandering. Je verbrand trager in de overgang, dus je hebt ook minder calorieën nodig. Je spiermassa neemt af, dus je moet ook meer bewegen wil je hetzelfde verbranden dus dat wandelen is ook weer goed voor je botten. En ja als we iets geleerd hebben van deze covid pandemie, dan is dat bewegen heel belangrijk is. En dat geldt ook voor de overgang.

En voor burn-out en voor depressie. We onderschatten eigenlijk de kracht van bewegen. Het is goed dat je dat ook nog even benoemt. We hebben veel gehoord over hormoonsuppletie, de mogelijkheden, waarom niet, waarom wel. Hoe jullie dit aanpakken, heel zorgvuldig hoor ik ook. Is er een vraag die ik jou niet heb gesteld en die ik wel had moeten stellen?

Nou, het enige wat ik nog kan bedenken is, want ik heb altijd zo'n rijtje feiten en fabels, en in mijn rijtje staat bijvoorbeeld onder andere ook de pil. Dat vaak de pil wordt voorgeschreven, want dan kom je goed door de overgang. De pil heeft een hoger tromboserisico dan hormoontherapie en de pil bevat dus ook het synthetische hormoon oestrogeen en die doet het ook minder goed op overgangsklachten. Het is niet gezegd dat vrouwen dan geen baat kunnen hebben bij de pil, maar schrijf nooit de anticonceptiepil

voor tegen overgangsklachten, dan liever hormoontherapie.

En als er nog anticonceptie nodig is, dan kan je dat ook heel goed met hormoontherapie - transdermaal of oraal dit kan beide - combineren. Met bijvoorbeeld zo'n hormoonspiraal, dan ben je ook van die nare bloedingen af en is de anticonceptie gewaarborgd. Er is een pil waar het natuurlijke oestrogeen in zit en we hebben daarom bij onze richtlijnen van de beroepsvereniging voor gynaecologen een praktische handleiding gemaakt, die is ook terug te zien op de richtlijnen database van de FMS, Federatie Medisch Specialisten en daarin hebben we dat in tabelvorm gedaan. Dus je kan precies zien als een vrouw nog menstrueert, want dan kan je dus ook al overgangsklachten hebben, dan kan je zien welke producten dan aan de orde zijn. Welke doseringen. En als iemand niet meer menstrueert, dus na de menopauze is, wat je dan kan voorschrijven. Het is echt een lekkere praktische handleiding voor hormoontherapie en daar staat ook bij, met kleuren genoemd, welke doseringen wel preventief werken voor botontkalking, wat geen indicatie is overigens, waar je dus wel extra winst bij kan hebben. En dat is voor zorgprofessionals in de praktijk denk ik een hele handige leidraad.

Het laatste is dat er vaak wordt gedacht dat je je seksleven in de prullenbak kan gooien als je in de overgang bent. Als je natuurlijk nachten niet slaapt en je diep ellendig voelt, dan staat seks zeker onderaan je lijstje. Maar in principe verandert er qua seksualiteit eigenlijk niet of nauwelijks iets door die overgang. We zien vaak, en dat is ook Nederlands onderzoek, dat de seks voor die tijd

ook al niet helemaal goed ging en er kunnen soms ook andere factoren zijn. Het hormoon testosteron maakt je gevoelig voor een seksuele prikkel en dat is ten onrechte het mannelijke hormoon, want wij vrouwen maken het ook, en dat verandert eigenlijk niet of nauwelijks. Er is een kleine groep bij wie dat wel is, dus dat moet je ook altijd goed uitvragen.

Dat is goed om te weten. Het kan wel dat je vagina droger wordt?

Dat is het grootste fabeltje. Want je moet onderscheid maken of je een droge vagina hebt of dat die huid aan de binnenkant droger, dunner en schraal wordt. Vaak bedoelen vrouwen droogheid bij de seks, bij het vrijen, maar dat is het vochtig worden. Dat wordt in medische termen ook wel lubricatie genoemd. Het vochtig worden door een seksuele prikkel wordt aangestuurd door het hormoon testosteron en dat gaat dus over seksuele zin en opwinding. Het vermogen tot opgewonden worden dat raken vrouwen niet kwijt door de overgang. Wat je wel ziet is dat dat hele gebied en dat geldt voor mannen overigens ook, wat minder doorbloed is dus je moet wat meer tijd nemen, meer directe stimulatie. Er zijn zelfs vrouwen die een beter seksleven na de overgang hebben.

Een enkeling heb ik daar ook over gehoord.

Soms ben je langer met een bepaalde partner, dus weet je beter wat je wel en niet prettig vindt. Of de kinderen zijn eindelijk de deur uit, dus je hoeft niet 's avonds in het donker. Maar in principe verandert dat niet, dus het is goed uitvragen wat vrouwen bedoelen met

een droge vagina. Want er zijn wel lokale producten voor die drogere huid, maar dat is dan als je in het dagelijks leven, dus als je gewoon aan het werk bent, op de fiets zit of dingen doet, dat je merkt dat die onderkant schaal en droog aanvoelt. Maar die producten geven je geen beter seksleven, daar komt een beetje meer bij kijken en daar zijn seksuologen voor.

Absoluut, ieder zijn vak weer. Al weet jij er ook veel over. Jee Dorenda, ik wil je heel erg bedanken voor al je woorden, voor alle activiteiten die je ook doet voor die vrouwen en dus niet alleen als zijnde gynaecoloog, maar ook als voorzitter van de Dutch Menopause Society. Dat we betrokken zijn bij internationale ontwikkelingen, dat is ook voor ons allemaal als vrouw hier in Nederland ongelooflijk prettig. Dus daar wil ik je ook gewoon even namens alle vrouwen voor bedanken.

Nou, heel graag gedaan. Ik hoop dat veel mensen hier aandacht voor hebben en daarnaar gaan vragen en het erkennen en herkennen bij vrouwen, want dat is ons aller doel denk ik. Het is fijn dat je deze podcast maakt en overgang op de werkvloer daar ligt ook nog heel veel werk, letterlijk en figuurlijk, te doen.

Nou daar zijn we het helemaal over eens. Dankjewel, Dorenda!