

Belgian Menopause Society: Praktische richtlijnen voor de aanpak van de menopauze



GEDEON RICHTER

Health is our mission



BELGIAN MENOPAUSE SOCIETY asbl
vzw

Deze praktische richtlijnen zijn opgesteld op basis van de RIZIV-INAMI Menopause Consensusmeeting met leden van de Belgian Menopause Society (BMS) op 30 mei 2024.

Introductie¹⁻¹⁴

Het gebruik van menopauzale hormoontherapie is wereldwijd sterk gedaald sinds 2002, naar aanleiding van de publicaties van de **Women's Health Initiative** (WHI)-studies, wat zowel bij artsen als bij vrouwen bezorgdheid heeft gewekt. Het is belangrijk op te merken dat deze studies werden uitgevoerd bij vrouwen die gemiddeld al 15 jaar in de menopauze waren en bovendien in principe geen menopauzale symptomen hadden. Daarnaast zijn de geneesmiddelen die in deze studies werden gebruikt, niet voorgeschreven in België.

Recente studies en gegevens bij vrouwen die jonger zijn dan 60 jaar die hormoontherapie gebruiken, zijn geruststellend. Deze bevindingen tonen aan dat hormoontherapie belangrijke voordelen biedt voor symptomatische vrouwen en voor vrouwen die op jonge leeftijd in de menopauze komen (onder de 45 jaar). Bovendien laat de lange termijn opvolging in de WHI-studie bij vrouwen die minder dan 10 jaar in de menopauze waren een daling van de mortaliteit van meer dan 30 procent zien.

In november 2025 heeft de Food and Drug Administration (FDA) de waarschuwing **“Black Box Warning”** op het etiket van hormonale substitutietherapie (HST) verwijderd, die eerder werd geassocieerd met cardiovasculaire (CV) risico's, borstkanker en dementie. Deze update is gebaseerd op een opeenstapeling van wetenschappelijke gegevens waaruit blijkt dat bij vrouwen jonger dan 60 jaar of binnen tien jaar na het begin van de menopauze de baten-risicoverhouding van HST over het algemeen gunstig is, met name voor de behandeling van vasomotorische symptomen (VMS) en ter preventie van botverlies.

In België worden volgens de meest recente gegevens van het RIZIV ongeveer 200.000 vrouwen behandeld met HST. Ter vergelijking: België telt meer dan 1.500.000 vrouwen tussen 40 tot 65 jaar die mogelijks menopauzale symptomen ervaren.

Hoe wordt de diagnose van (peri)menopauze gesteld?^{2-10, 15-17}

Klinisch

In de eerste plaats wordt de diagnose klinisch gesteld **bij een vrouw (die geen hormonale anticonceptie gebruikt) boven de leeftijd van 45 jaar met:**

- ☒ 1 jaar amenorroe : «menopauze» zonder andere oorzaak.
- ☒ Onregelmatige regels en eventuele vasomotorische klachten: «overgang of transitie».
- ☒ Na hysterectomie, endometriumablatie/-resectie of met een levonorgestrel bevattend Intra-Uterine Device (LNG-IUD) met vasomotorische klachten: «overgang/transitie of menopauze».

Opmerking:

Volgens 'Stages of Reproductive Aging Workshop' (STRAW) staging system is de definitie voor menopauze 'transitie' iets nauwkeuriger:

- **Vroege transitie:** onregelmatige menstruatiecyclus met variabele lengte: er is een aanhoudend verschil van meer dan 7 dagen in opeenvolgende cycli.
- **Late transitie:** menstruatiecyclus interval > 60 dagen of oligomenorrhoe.

Endocrien onderzoek: follikel stimulerend hormoon (FSH) en oestradiol (E2)

De diagnose van 'overgang/ transitie of menopauze' kan worden gesteld na bepaling van het FSH en E2.

Nota:

- Het is niet aangewezen systematisch FSH en E2 te bepalen bij vrouwen > 45 jaar, met 1 jaar amenorroe.
- Eveneens zinloos bij vrouwen die de gecombineerde anticonceptiepill of een hoog gedoseerd progestageen preparaat gebruiken.
- FSH kan gemeten worden en is indicatief bij vrouwen die microprogestatieve anticonceptie gebruiken.
- Het bepalen van FSH kan nuttig zijn bij hysterectomie, LNG-IUD of na een endometriumresectie.
- Vanaf 55 jaar is 90% van de vrouwen in menopauze.

Wanneer labo-onderzoek met FSH en E2?

- ☒ Vrouwen < 45 jaar met vasomotorische klachten en veranderingen in menstruele cyclus of LNG-IUD of een voorgeschiedenis van hysterectomie of zelfs van endometriumresectie.
- ☒ Vrouwen < 40 jaar: minimaal 2x bepalen met interval van 4-6 weken.

Klinische uitingen van de menopauze

2-10, 18-21

Vasomotorische symptomen (VMS): vapers en nachtzweeten

- 60-80% vrouwen in de (peri) menopauze ervaren deze klachten.
- Gemiddelde duur: 7,4 jaar, maar kan veel langer aanhouden (meer dan 10-15 jaar) bij ongeveer 20% van de vrouwen.

Stemmingswisselingen, depressie of psychologische klachten

Insomnia / slaapproblemen

Frequent vermelde klacht tijdens de transitie.

Welke?

- Moeilijk inslapen, frequenter wakker worden tijdens nacht en/of vroeg in de ochtend.
- Vaak gepaard met nachtzweeten en nachtelijke vapers doch kan ook onafhankelijk van vasomotorische klachten.
- De indruk geen kwalitatief recupererende slaap te hebben.

Concentratie- of geheugenproblemen en 'brainfog'

Hoofdpijn en migraine

Gewichtstoename, vetverdeling

Spier- en gewrichtspijnen

Genito-urinaire symptomen

Genito-urinair syndroom van de menopauze (GSM)

- Vulvovaginale atrofie (VVA) met vaginale droogte, branderigheid en irritatie, dyspareunie, verminderd libido, gevoeligheid voor vaginale infecties.
- Urinaire klachten zoals urine-incontinentie, pollakisurie, nycturie, urge, of recurrenente urineweg infecties.

Seksuele dysfunctie

Menopauze: algemene adviezen ^{2-10, 22-25}

De overgang en de postmenopauze zijn ideale momenten om de levensstijl van vrouwen bij te sturen, met het oog op het verminderen van het risico op chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, osteoporose en bepaalde vormen van kanker.

Levensstijladvies is essentieel ²⁻¹⁰

- Rookstop (risicofactor voor kanker, CV lijden en osteoporose).
- Alcoholconsumptie beperken (risicofactor voor kanker, CV lijden en osteoporose).
- Voldoende beweging (sedentair leven is een risicofactor voor kanker, CV lijden en osteoporose).
- Nastreven van gezond gewicht (BMI 18-25).
- Evenwichtig en gezond dieet met adequate calciuminname en vitamine D.

Het belang van screenings ²²⁻²⁵

Mammografie:

Borstkankerscreening is belangrijk. Deze vindt vaak plaats voor de start van een HST. Hetzij via een georganiseerde opsporing om de twee jaar voor vrouwen tussen 50 en 70 jaar (mammothest), hetzij op individuele basis via mammografie en echografie, afhankelijk van de behoeften en risicofactoren.

Bij complexe situaties kan het risico, indien nodig, worden beoordeeld met behulp van risk score calculators zoals BOADICEA of IBIS calculator.

Botdensitometrie in functie van leeftijd en risicofactoren:

Beoordeel het risico op osteoporose aan de hand van de FRAX score en/of meting van de botmineraaldichtheid. Het wordt aanbevolen de botdichtheid te meten na de menopauze indien minstens één andere risicofactor voor osteoporose aanwezig is (zoals tengere lichaamsbouw, cortisone gebruik, familiale antecedenten van osteoporose, sedentair leven, beperkte inname van zuivelproducten, weinig zonexposie,...), en in ieder geval na 65 jaar.

Farmacologische behandeling

HST (hormonale substitutietherapie)^{2-10, 26-29}

Algemeen^{2-10, 27-28}

HST is de meest effectieve en gebruikte behandeling om menopauzale klachten te verlichten.

HST bevat alle systemisch toegediende regimes die steroïden bevatten voor de behandeling van menopauzale symptomen, zijnde oestrogeen therapie (ET), oestrogeen-progestageen therapie (EPT), tibolone en tissue-selective estrogen complex (TSEC) (= combinatie van geconjugeerde paardenoestrogenen (CEE) met selectieve oestrogeen-receptormodulatoren (SERM)).

De toediening kan oraal of transdermaal gebeuren (inclusief percutaan: gel, pleister of spray).

- Sommige progestagenen kunnen ook intravaginaal of intra-uterien worden toegediend.
- Transdermaal oestrogeen heeft een lager risico op veneuze trombo-embolie (VTE) en cerebro-vasculaire accident (CVA), en het risico op diep veneuze thrombose (DVT) lijkt niet verhoogd te zijn in vergelijking met orale HST, volgens observationele studies.

Aanbevolen opties^{2-10, 27-28}

Bij vrouwen met **hysterectomie**: enkel ET

Bij vrouwen met **baarmoeder**:

- Een combinatie van een oestrogeen en een progestatief of tibolone of een TSEC.
- Om het risico op VTE of CVA te verminderen, wordt vaak de voorkeur gegeven aan een transdermaal oestrogeen of aan een laaggedoseerde orale E2-behandeling, in combinatie met gemicroniseerd progesteron of dydrogesteron, hetzij sequentieel of continu.

Indicaties voor HST^{2-10, 26-29}

Vrouwen met vasomotorische klachten die de levenskwaliteit beïnvloeden.

Premature oestrogeen deficiëntie: premature ovariële insufficiëntie (POI) (voor de leeftijd van 40 jaar) of vroege menopauze (voor de leeftijd van 45 jaar).

Klachten van het GSM die een impact hebben op de levenskwaliteit, kunnen met lokale oestrogenen behandeld worden. Indien deze klachten samen voorkomen met andere menopauzale symptomen of met osteopenie/osteoporose, kan systemische hormonale therapie worden overwogen.

Osteoporose of osteopenie op jonge leeftijd en vasomotorische klachten.

Nota's:

HST verbetert ook andere (niet vasomotorische) menopauzale klachten, zoals mentale en cognitieve klachten, enz., maar deze vormen momenteel geen reden tot opstart en/of geen officiële indicatie voor HST (behalve bij osteoporose en botverlies, zie verder). Toch kan HST helpen bij vrouwen die stemmingsklachten hebben in samenhang met overgangsverschijnselen (climacterische symptomen).

Daarnaast kan de overgang, evenals de vroege fase van de menopauze, bij sommige vrouwen de kwetsbaarheid voor depressie vergroten. Dit geldt vooral voor vrouwen die eerder periodes van depressie hebben doorgemaakt of een voorgeschiedenis hebben van premenstrueel syndroom (PMS) of postpartumdepressie. Bij deze vrouwen is het risico op depressie tijdens de overgang 2 tot 5 keer hoger. Deze vrouwen kunnen daarom zeker baat hebben bij het gebruik van HST.

Aanvang en opvolging van HST²⁻⁹

- Het is aanbevolen om te starten binnen de 10 jaar na de aanvang van de menopauze en/of voor de leeftijd van 60 jaar.
- Opmaak van een individueel behandelplan, in overleg met patiënte, rekening houdend met risico-baten balans.
- Evaluatie van opgestarte therapie na 3 tot 6 maanden, verder jaarlijks, of zo nodig.

Duur en dosis van de behandeling^{2-9, 15}

- Geïndividualiseerd advies en aanpak is vereist in functie van de individuele risico's en voordelen van iedere vrouw.
- Gebruik de laagst mogelijke oestrogeen – progestageen dosis die effectief is (behalve bij vrouwen met POI).
- Regelmatige opvolging en controle met streven naar gezamenlijke besluitvorming.
- Er is geen arbitraire limiet qua duur van HST behandeling; dit is individueel te bekijken en te evalueren samen met de patiënte.

Definitie van dagelijkse dosering^{2,8, 29}

Fysiologische menopauze

Hoge oestrogeen dosis:

Equivalent aan 2 mg E2 of 0,625 mg CEE.

Standaard dosis:

Equivalent aan 1 mg E2 of equivalente dosis.

Lage dosis:

Equivalent aan 0.5 mg E2 en 0,4 mg CEE.

Transdermaal:

Patch: 25 mcg

Gel: 1 mg (1 pompje gel = 0,75 mg)

Spray: 3 mg (2 sprays (1 spray = 1,53 mg))

POI

Standaard dosis:

Equivalent aan 2-4 mg E2 of een equivalente dosis.

Transdermaal:

Patch: 50-100 mcg

Gel: 2-4 pompjes (of 2 - 3 mg waarbij 3 mg = 4 pompjes gel)

Spray: 3-4,5 mg (2-3 sprays)

Mogelijke neveneffecten die kunnen voorkomen met HST²⁻¹⁰

Zoals bij elke behandeling kan HST bijwerkingen veroorzaken:

- Onregelmatige bloedingen of spotting kunnen vooral voorkomen bij niet-gecombineerde of niet-continue schema's. Bij aanvang van de behandeling worden deze als aanvaardbaar beschouwd en vereisen ze meestal geen verdere onderzoeken. Indien ze echter na meerdere jaren behandeling optreden, dient te worden nagegaan of er geen onderliggende aandoeningen zijn (zoals poliepen; endometriumhyperplasie).
- Hoofdpijn: controleer bloeddruk, overdosering?, transcutane toediening heeft voorkeur.
- Gastro-intestinale klachten (nausea, abdominale last): indien overdosering.
- Borstspanning of -pijn, wat meestal duidt op een te hoge oestrogeendosis.
- Gewichtsveranderingen (toename of verlies).

Contra-indicaties voor HST^{2-10, 26}

- Aanwezigheid of verdenking van borstkanker alsook voorgeschiedenis van borstkanker.
- Aanwezigheid of verdenking van oestrogeengevoelige maligne tumoren (bv. endometriumkanker).
- Actieve of recente trombo-embolie (arterieel of veneus), post-trombose (CVA, hartinfarct) of aanwezigheid van trombofilie aandoening (specialistisch advies aanbevolen), tenzij actuele antistolling.
- Opmerking: Een transcutane therapie kan individueel worden overwogen bij vrouwen met een voorgeschiedenis van veneuze trombose, indien de onderliggende oorzaak of risicofactor niet meer aanwezig is.
- Leverziekten (cirrose, hepatitis, porfyrie, systemische lupus erythematodes).
- Abnormaal vaginaal bloedverlies of onbehandelde hyperplasie van het endometrium.
- Meningeoom (contra-indicatie voor progestageen) en onbehandelde macroprolactinoom (het advies van een specialist wordt aanbevolen in deze gevallen).

Lokale hormoonbehandeling^{2-10, 20, 30}

Inleiding^{2-10, 20}

- Tot 70-90% van de vrouwen heeft last van VVA of GSM.
- Het wordt aangeraden systematisch naar klachten hierover te vragen en deze te behandelen.

Indicatie^{2-10, 30}

Geïsoleerde klachten van VVA.

Nota:

Stress-incontinentie (incontinentie bij inspanning) is geen indicatie voor HST, maar studies melden een verbetering bij urge/urgentie incontinentie dankzij het gebruik van lokaal oestrogeen.

Lokale behandeling vermindert ook recurrenente urinaire infecties en nycturie.

Opties^{2-10, 30}

Lokale (topische) behandeling zijnde met E2, estriol (E3), en dehydroepiandrosteronen (DHEAs), of prasteron, kan gebruikt worden in afwezigheid van andere klachten:

- Kunnen gedurende lange perioden worden toegediend en vereisen geen gelijktijdige toediening van een progestageen.
- Vermindert ook de incidentie van recidiverende urineweginfecties en nycturie.
- Er is geen tijds- of leeftijdslimiet.

Niet-hormonale behandeling^{4-6, 8-10,31-34}

- Opvliegers kunnen bij sommige patiënten worden verlicht met neurokinine 3 (NK)-antagonisten, zoals fezolinetant. Fezolitenant is geïndiceerd voor de behandeling van matige tot ernstige vasomotorische symptomen geassocieerd met peri- en postmenopauze. NK-antagonisten kunnen voorgeschreven worden, voornamelijk bij vrouwen die een contra-indicatie hebben voor HST of die neveneffecten hebben met HST.
- Bij patiënten die het medicijn fezolinetant gebruiken, is er ernstige leverschade waargenomen. Deze medicatie (klasse-effect) mag slechts voorgeschreven worden bij patiënten met een normale leverfunctie. Het is essentieel om de leverfunctie te controleren vóór de start van de behandeling, tijdens de eerste drie maanden en nadien volgens de klinisch evaluatie.
- Een ander molecule uit dezelfde klasse, elinzanetant (Lynkuet; NK-1 en NK-3-antagonist), zal binnenkort beschikbaar zijn voor de behandeling van matige tot ernstige VMS bij vrouwen in de menopauze of als gevolg van adjuvante endocriene therapie bij borstkanker.
- Alternatieve behandelingen omvatten clonidine, oxybutynine, venlafaxine en gabapentine, evenals selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's). Deze behandelingen worden echter minder aanbevolen, aangezien ze momenteel geen officiële indicatie hebben voor de behandeling van VMS. Hun werkzaamheid is niet vergelijkbaar met die van oestrogenen.

HST bij specifieke situaties of klachten

Osteoporose preventie³⁵

HST is doeltreffend in het voorkomen van botverlies bij vrouwen met POI of een premature oestrogeendeficiëntie, evenals bij vrouwen die een fysiologische menopauze doormaken:

- EPT of ET voorkomt zowel heup- als wervelfracturen.
- Tibolon, raloxifene en bazedoxifen voorkomen wervelfracturen.

Stemmingsstoornissen, concentratie en 'brainfog'^{8, 9, 36}

- Zowel de overgang naar de menopauze als een vroege menopauze kunnen de kwetsbaarheid van vrouwen vergroten.
- Vrouwen met eerdere depressieve episoden tijdens postpartum of met eerdere PMS, zijn tijdens de menopauze gevoeliger voor depressie. Deze vrouwen worden best eerst met HST behandeld alvorens antidepressiva te gebruiken.
- Hoewel stemmingsstoornissen en depressie tijdens de menopauze geen officiële indicatie zijn voor HST, kunnen deze symptomen wel verbeteren met HST, alsook andere mentale en cognitieve klachten zoals 'brainfog' of verminderde concentratie tijdens het werk.

De recente update van de Belgian Menopause Society (BMS) raadt HST aan als behandeling voor psychologische/cognitieve symptomen tijdens de menopauze (zoals 'brainfog' en/of concentratiestoornissen op het werk)⁸⁻⁹

Cognitie en dementie^{2-10, 21, 37-43}

- De belangrijke risicofactoren voor dementie zijn onvoldoende vorming, obesitas, roken, alcoholgebruik, een sedentair levenspatroon en slapeloosheid, alsook visuele en auditieve stoornissen, sociale isolatie, depressie, hypercholesterolemie, diabetes, de aanwezigheid van het allel 'apolipoproteïne E4' en luchtvervuiling.
- Een uitgebreide review van gerandomiseerde en observationele studies wijst op een mogelijk gunstig effect van HST op het risico van bepaalde cognitieve stoornissen en dementie, wanneer de behandeling vroegtijdig wordt gestart na de aanvang van de menopauze.
- HST op late leeftijd opstarten, zou het risico op vasculaire dementie kunnen verhoogen.

Cardiovasculaire preventie^{2-10, 44}

- Vrouwen met vroege menopauze (< 45 jaar) of premature ovariuminsufficiëntie (< 40 jaar) hebben een verhoogd risico op coronaire hartziekten, myocardinfarct en mortaliteit. Alle richtlijnen adviseren om deze vrouwen te behandelen met HST, minstens tot aan de leeftijd van de natuurlijke menopauze.
- Voor vrouwen met een menopauze op de normale leeftijd: HST (oestrogenen) vermindert significant het risico op coronaire hartziekten en CV overlijden bij vrouwen < 60 jaar. De preventie van coronaire hartziekten op zich wordt momenteel niet beschouwd als indicatie voor HST. Het bestrijden van roken, dyslipidemie, diabetes en hypertensie is essentieel voor de preventie van CV aandoeningen. De aanpak van andere risicofactoren primeert hier.
- Vrouwen met ernstige en langdurige VMS-symptomen hebben een verhoogd risico op hart- en vaatziekten.
- Sommige synthetische progestagenen (zoals medroxyprogesteronacetaat (MPA)) kunnen de gunstige CV effecten van ET verminderen.
- In vrouwen met > 10% risico op ernstige CV accidenten over 10 jaar, is HST niet geïndiceerd; HST levert ook geen voordeel op in secundaire CVD-preventie.
- Standaard HST (dosis) gaat gepaard met een zeldzaam, maar significante toename van VTE (0,8 gevallen/1000 vrouwjaren). De belangrijkste risicofactoren zijn leeftijd, overgewicht, sedentair leven en trombofilie.
- Het risico op VTE wordt verminderd door het gebruik van transdermale oestrogenen, door laaggedoseerde orale oestrogenen, evenals door het gebruik van (gemiconiseerd) progesteron of dydrogesteron in plaats van synthetische progestagenen.

Risico op borstkanker^{2-10, 45-47}

- De risicofactoren omvatten onder andere een familiale of persoonlijke voorgeschiedenis van borstkanker of een vroegtijdig premaligne borstafwijking, hogere leeftijd, evenals een hoge borstdensiteit.
- De levensstijl (zoals obesitas, alcoholgebruik en een sedentair levenswijze) verhoogt significant het risico.
- Sommige studies tonen een verhoogd risico op borstkanker aan.
- In de WHI studies, was er geen verhoging van mortaliteit, te wijten aan borstkanker, bij combinatietherapie met oestrogenen en progestagenen maar wel een verlaging van mortaliteit bij gebruik van enkel oestrogenen behandeling (bij vrouwen zonder baarmoeder).
- Synthetische progestagenen zijn geassocieerd met een hoger risico.
- Bij verhoogde borstdensiteit: krijgt borstsparende HST de voorkeur zoals TSEC, SERMs, lage dosis EPT, ET, of tibolone.
- Er is geen bewijs voor een verhoogd borstkankerrisico met HST bij vrouwen < 50 jaar bij gebruik van (natuurlijk) lichaamsidentiek oestrogeen en progesteron of dydrogesteron.
- Bij vrouwen > 50 jaar wordt het gebruik van deze HST-combinatie gedurende maximaal 5 jaar niet geassocieerd met een significant verhoogd risico op borstkanker, mits afwezigheid van andere risicofactoren (zoals overmatig alcoholgebruik enz).

Vrouwen met een voorgeschiedenis van borstkanker of premaligne borstafwijking^{2-10, 47}

- Alle systemische HST zijn gecontra-indiceerd.
- Bij vaginale atrofie onder aromatase inhibitoren, kan topische niet-hormonale therapie (of laaggedoseerd E3 als tweedelijsbehandeling) of DHEA-ovules kunnen worden gebruikt.
- De beslissing om HST te starten bij patiënten met een hoog risico op hormoonafhankelijke kankers (zoals borstkanker) moet per geval worden genomen. De mogelijke voordelen, zoals het verlichten van menopauzale symptomen, de bescherming tegen CV aandoeningen en het behoud van de botmassa, moeten zorgvuldig worden afgewogen tegenover de risico's.

Andere kankers⁸⁻⁹

- HST geeft een verlaagd risico op colonkanker.
- Endometriumkanker: ET verhoogt het risico bij vrouwen met baarmoeder, daarentegen zijn observationele gegevens tegenstrijdig voor sequentiële EPT, terwijl continu gecombineerde EPT niet gepaard gaat met een verhoogd risico of zelfs een verlaagd risico bij zwaarlijvige vrouwen.
- Ovariumcarcinoom: sommige studies zouden op een licht verhoogd risico wijzen.
- Er is geen bewijs van een effect op longkanker.

Hoe overstappen van contraceptie naar HST?

Wanneer stoppen met contraceptie?⁷⁻⁹

Bij gebruik van een POP, implantaat, LNG-IUD:

- De diagnose van de menopauze kan moeilijk zijn bij patiënten die een POP, implantaat of LNG-IUD gebruiken.
- De FSH-bepaling helpt de arts bij het diagnostisch proces. Ook het ovarieel aspect op echografie kan aanvullende informatie geven.

Bij niet-hormonale methode:

- Indien geen menstruatie > 6 weken en FSH dosering > 30 IU/L bij 2 aparte metingen over 6-8 weken, dan gaat het meestal om de overgang of transitie.
- De aanpak gebeurt per patiënt, op basis van FSH-bepaling en ovarische echografie.
- De dikte van het endometrium op echografie kan een onderscheidend element zijn.

Bij combinatiepil:

- FSH dosering op het einde van de 7 dagen stopweek, bij 2 aparte metingen over 6-8 weken. Indien FSH > 30 IU/L: stop met de pil.

Nota:

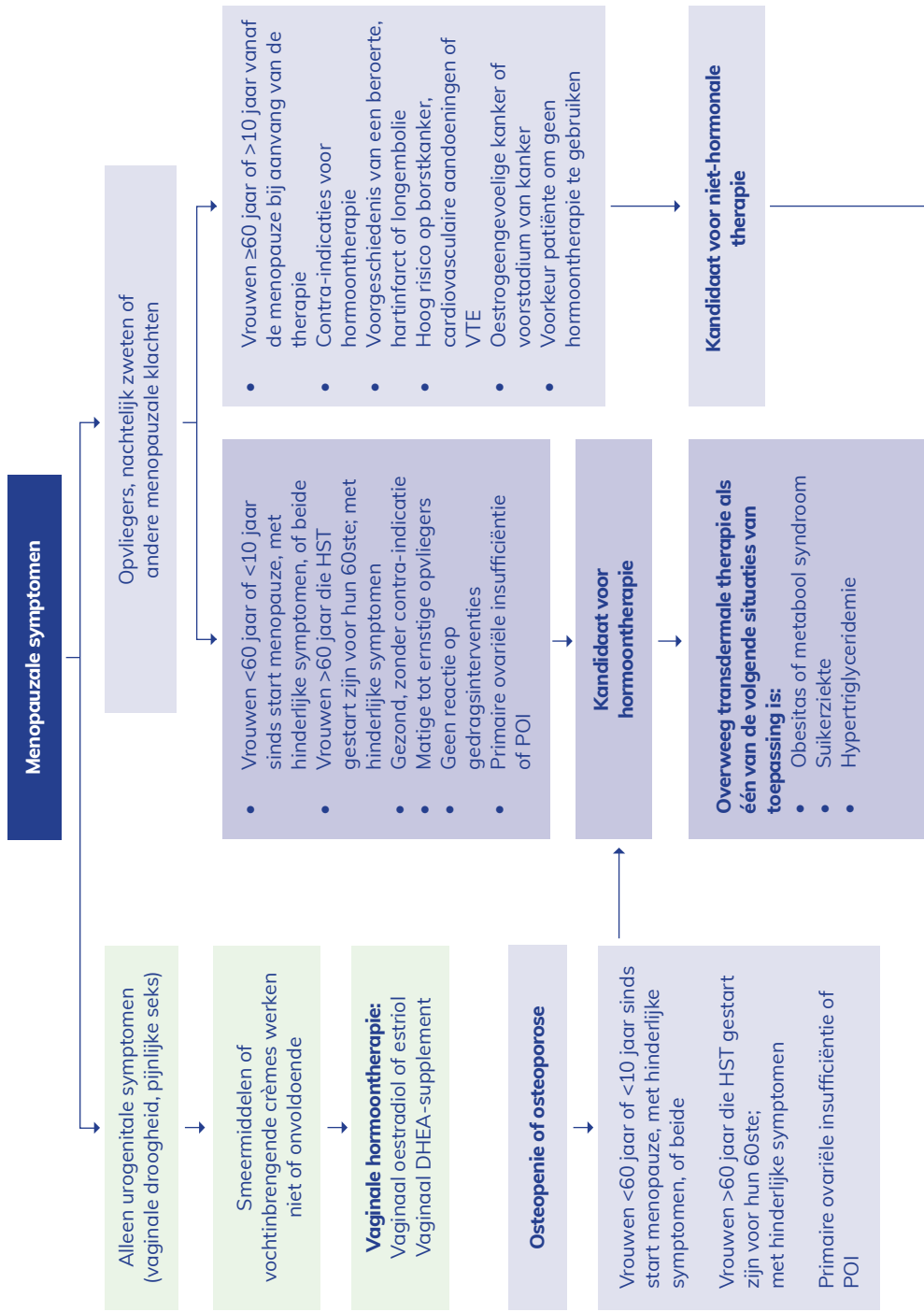
Het wordt aangeraden om een orale combinatiepil te stoppen ten laatste op 52-jarige leeftijd, bij afwezigheid van vasculaire risicofactoren.

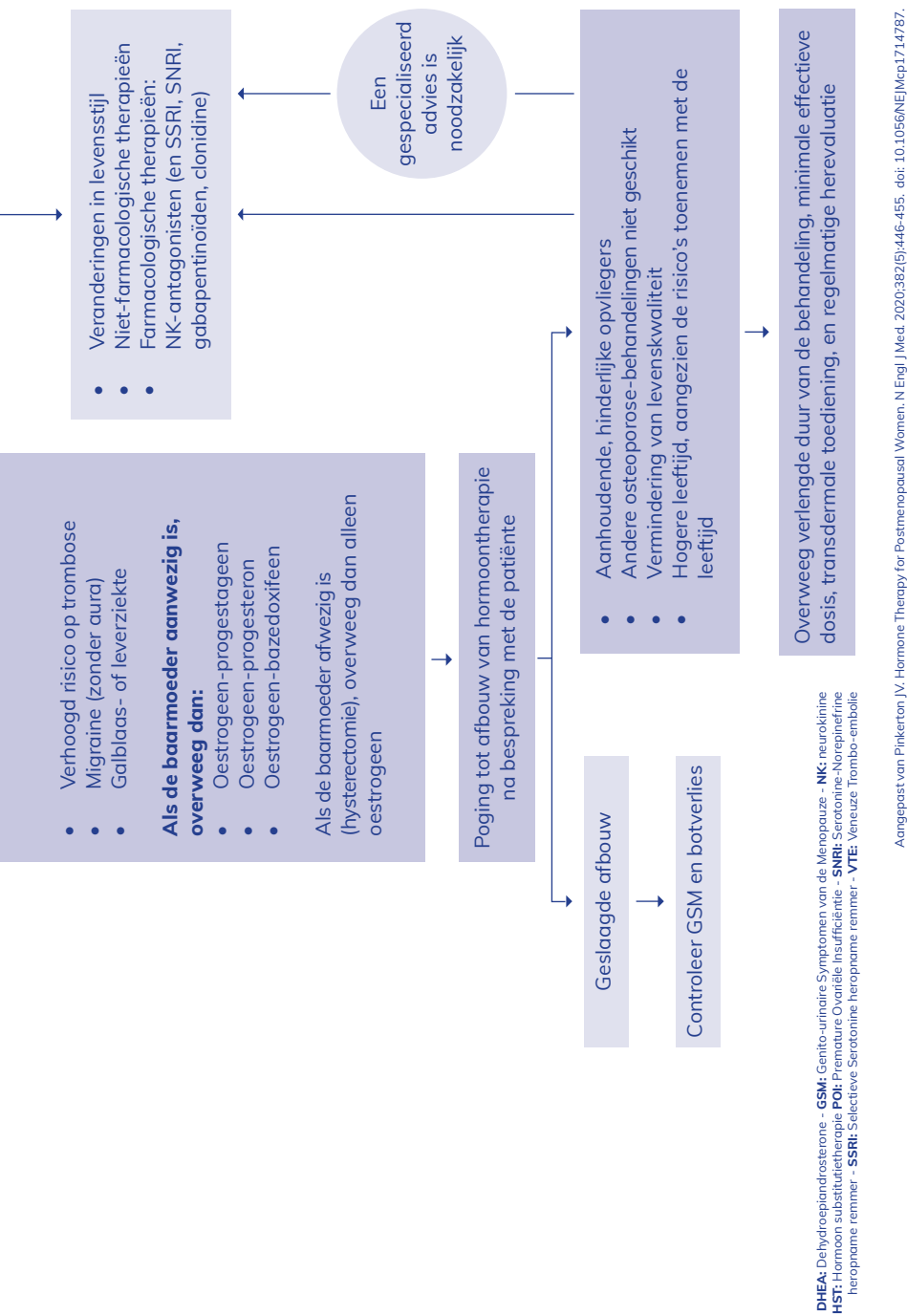
Het is raadzaam om de anti-conceptie regelmatig aan te passen. Er zijn veiligere opties zonder vasculair risico beschikbaar.

Het vasculaire en trombo-embolische risico neemt toe met de leeftijd; het is belangrijk om de anticonceptiemethode tijdig te herzien op basis van het profiel en de risicofactoren van elke vrouw.

Een progestageen contraceptivum (bv. hormoonspiraal) helpt niet tegen VMS noch botverlies.

Menopauze behandelingschema





Definities²⁻¹⁰

- Premenopauze: reproductieve periode vanaf de menarche tot de laatste menstruatie.
- Overgang of transitie: periode vanaf eerste duidelijke verandering in spontane cyclus (>7 dagen) tot een jaar na laatste menstruatie.
- Postmenopauze: periode vanaf de laatste menstruatie.
- Natuurlijke menopauze: uitblijven van de menstruatie gedurende 12 opeenvolgende maanden.
- POI: Premature ovariële insufficiëntie. Transitie voor de leeftijd van 40 jaar. Er kan nog wel onregelmatige ovarieel activiteit aanwezig zijn.
- Vroege menopauze: menopauze voor 45 jaar.

Afkortingen

BMI	Body Mass Index
BMS	Belgian Menopause Society
BOADICEA	Breast and Ovarian Analysis of Disease Incidence and Carrier Estimation Algorithm
CEE	Geconjugeerde paardenoestrogenen
CV	Cardiovasculair
CVA	Cerebro Vasculair Accident
CVD	Cardiovascular ziekte
DHEA	Dehydroepiandrosterone
DVT	Diep Veneuze Thrombose
EPT	Oestrogeen-Progestageen Therapie
ET	Oestrogeen Therapie
E2	Oestradiol
E3	Estriol
E4	Estetrol
FDA	Food and Drug Administration
FRAX	Fracture Risk Assessment Tool
FSH	Follikel Stimulerend Hormoon
GSM	Genito-urinaire Symptomen van de Menopauze
HST	Hormonale Substitutietherapie
IBIS	International Breast Cancer Intervention Study
IU	International Units
L	Liter
LNG-IUD	Levonorgestrel bevattend Intra-Uterine Device
MCG	Microgram
MG	Milligram
MPA	Medroxyprogesteronacetaat
NK	Neurokinine
PMS	Premenstrueel syndroom
POI	Premature Ovariële Insufficiëntie
POP	Progestin Only Pill
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SERM	Selectieve Oestrogeen Receptor Modulator
SNRI	Serotonine-Norepinefrineheropnameremmer
SSRI	Selectieve Serotonineheropnameremmer
STRAW	Stages of Reproductive Aging Workshop
TSEC	Tissue-Selective Estrogen Complex
VMS	Vasomotorische Symptomen
VTE	Veneuze Trombo-embolie
VVA	Vulvovaginale Atrofie
WHI	Women's Health Initiative

Referenties

1. Aমেয়ে L, et al. Menopausal hormone therapy use in 17 European countries during the last decade. *Maturitas*. 2014 Nov;79(3):287-91.
2. Rozenberg S, et al. Postmenopausal hormone therapy: risks and benefits. *Nat Rev Endocrinol*. 2013 Apr;9(4):216-27. Epub 2013 Feb 19. PMID: 23419265.
3. Baber RJ et al. IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016;19(2):109-50.
4. Manson JE, et al. Menopause Management-Getting Clinical Care Back on Track. *N Engl J Med*. 2016;374(9):803-806.
5. Genazzani AR, et al. Hormone therapy in the postmenopausal years: considering benefits and risks in clinical practice. *Hum Reprod Update*. 2021;27(6):1115-1150.
6. Pinkerton JV. Hormone therapy for postmenopausal women. *N Engl J Med* 2020;382 (5):446-455.
7. Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2022;29(7):767-794.
8. Belgian Menopause Society (BMS). Updated Consensus of the BMS 14.10.23. Beschikbaar via consensus-BMS-updated-14.10.23 of <https://www.menopausesociety.be/consensus/>.
9. RISIV-INAMI. Consensus rapport: consensusvergadering met BMS-leden – 30 mei 2024, aanpak van menopause. (Geraadpleegd op 25 november 2025) Beschikbaar via: - <https://www.menopausesociety.be/nieuwsbericht/riziv-inami-consensus-conference-on-menopause-30-5-24/>; - [https://www.riziv.fgov.be/nl/publicatie/consensusvergadering-aanpak-van-menopause-video-opnames](https://www.riziv.fgov.be/nl/publicatie/consensusvergadering-aanpak-van-menopause-video-opnames;); - https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_sprekersbrochure_20240530.pdf.
10. Davis SR, et al. The 2023 Practitioner's Toolkit for Managing Menopause, *Climacteric* 2023; 26(6): 517-536.
11. Manson JE, et al. Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific Mortality: The Women's Health Initiative Randomized Trials. *JAMA*. 2017;318(10):927-938.
12. Statbel. Structuur van de bevolking. Statbel – Belgische statistiek. Geraadpleegd op 2 juli 2025. Beschikbaar via: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/structuur-van-de-bevolking>.
13. Scohy A, et al. Rapport over de gezondheid van vrouwen. Brussel (België): Sciensano; 2024. 3p. Rapportnummer: D/2024.14.440/31. Beschikbaar via: <https://www.sciensano.be/en/biblio/womenshealth-report-belgium-2024> of <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/womens-health>.
14. Makary MA, Nguyen CP, Høeg TB, Tidmarsh GF. Updated Labeling for Menopausal Hormone Therapy. *JAMA*. Published online November 10, 2025.
15. Panay N, et al. Evidence-based guideline: premature ovarian insufficiency†. *Climacteric*. 2024;27(6):510-520.
16. Rees M, et al. The essential menopause curriculum for healthcare professionals: A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement. *Maturitas*. 2022;158:70-77.
17. Soules MR, et al. Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *J Womens Health Gend Based Med*. 2001;10(9):843-848.
18. Nappi RE, et al. Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden. *Menopause*. 2021;28(8):875-882. Published 2021 May 24.
19. Tepper PG, et al. Characterizing the trajectories of vasomotor symptoms across the menopausal transition. *Menopause*. 2016;23(10):1067-1074.
20. Nappi RE, et al. Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey. *Climacteric*. 2016;19(2):188-197.
21. Depypere H, et al. Coping with menopausal symptoms: An internet survey of Belgian postmenopausal women. *Maturitas*. 2016;90:24-30.
22. Gerkens S, et al. Performance of the Belgian health system: Report 2024. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2024. KCE Reports 376C.
23. Li SX, Milne RL, Nguyen-Dumont T, et al. Prospective Evaluation over 15 Years of Six Breast Cancer Risk Models. *Cancers (Basel)*. 2021;13(20):5194. Published 2021 Oct 16.
24. Terry MB, Liao Y, Whittemore AS, et al. 10-year performance of four models of breast cancer risk: a validation study. *Lancet Oncol*. 2019;20(4):504-517.
25. Sanchez-Rodriguez D, et al. The Belgian Bone Club 2020 guidelines for the management of osteoporosis in postmenopausal women. *Maturitas*. 2020;139:69-89.

26. Shifren JL, et al. Menopausal Hormone Therapy. *JAMA*. 2019;321(24):2458-2459.
27. Canonico M, et al. Estrogen and Thromboembolism Risk (ESTHER) Study Group. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study. *Circulation*. 2007;115(7):840-845.
28. Canonico M, et al. Progestogens and venous thromboembolism among postmenopausal women using hormone therapy. *Maturitas*. 2011;70(4):354-860.
29. Panay N, et al. Premature ovarian insufficiency: an International Menopause Society White Paper. *Climacteric*. 2020;23(5):426-446.
30. Donders GGG, et al. Pharmacotherapy for the treatment of vaginal atrophy. *Expert Opin Pharmacother*. 2019;20(7):821-835.
31. Shapiro CMM, et al. Effect of fezolinetant on patient-reported quality-of-life outcomes: Data from a phase 3b study (DAYLIGHT) of the treatment of moderate to severe vasomotor symptoms associated with menopause in women considered unsuitable for hormone therapy. *Maturitas*. 2025;193:108159.
32. SmPC Veoza, incl. DHPC Veoza https://www.ema.europa.eu/en/documents/dhpc/direct-healthcare-professional-communication-dhpc-veoza-fezolinetant-risk-drug-induced-liver-injury-new-recommendations-monitoring-liver-function-during-treatment_en.pdf. Geraadpleegd op 02/07/25.
33. Depypere H, et al. Treatment of Menopausal Vasomotor Symptoms With Fezolinetant, a Neurokinin 3 Receptor Antagonist: A Phase 2a Trial. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019;104(12):5893-5905.
34. Cardoso F, et al. Elinzanetant for Vasomotor Symptoms from Endocrine Therapy for Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2025;393(8):753-763.
35. Rozenberg S, et al. Is there a role for menopausal hormone therapy in the management of postmenopausal osteoporosis? *Osteoporos Int*. 2020;31(12):2271-2286.
36. Maki PM, et al. Menopause and brainfog: how to counsel and treat midlife women. *Menopause*. 2024;31(7):647-649.
37. Livingston G, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020;396(10248):413-446.
38. Nerattini M, et al. Systematic review and meta-analysis of the effects of menopause hormone therapy on risk of Alzheimer's disease and dementia. *Front Aging Neurosci*. 2023;15:1260427. Published 2023 Oct 23.
39. Depypere H, et al. Alzheimer's disease, apolipoprotein E and hormone replacement therapy. *Maturitas*. 2016;94:98-105.
40. Anstey KJ, et al. A Systematic Review of Meta-Analyses that Evaluate Risk Factors for Dementia to Evaluate the Quantity, Quality, and Global Representativeness of Evidence. *J Alzheimers Dis*. 2019;70(s1):S165-S186.
41. Rocca WA et al. Association of Premenopausal Bilateral Oophorectomy With Cognitive Performance and Risk of Mild Cognitive Impairment. *JAMA Netw Open*. 2021;4(11):e2131448. Published Nov 1.
42. Suemoto CK, et al. The potential for dementia prevention in Brazil: a population attributable fraction calculation for 14 modifiable risk factors. *Lancet Reg Health Am*. 2025;49:101209. Published 2025 Aug 7.
43. Depypere H, et al. Dementia prevention, intervention, and care: Comments on the 2024 report of the Lancet standing Commission. *Maturitas*. 2025;195:108217.
44. Muka T et al. Association of Age at Onset of Menopause and Time Since Onset of Menopause With Cardiovascular Outcomes, Intermediate Vascular Traits, and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Cardiol*. 2016;1(7):767-776.
45. Vinogradova Y, et al. Use of hormone replacement therapy and risk of breast cancer: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ*. 2020;371:m3873. Published 2020 Oct 28.
46. Gompel A, et al. Progesterone, progestins and the breast in menopause treatment. *Climacteric*. 2018;21(4):326-332.
47. McVicker L, et al. Vaginal Estrogen Therapy Use and Survival in Females With Breast Cancer. *JAMA Oncol*. 2024;10(1):103-108.



GEDEON RICHTER

Health is our mission

Gedeon Richter Benelux bv/srl

Noordkustlaan 16A, 1702 Groot-Bijgaarden, België

+32 2 704 93 30 | info.benelux@gedeonrichter.eu