

DE KRACHT VAN VROUWELIJKE HORMONEN

DR. SYLVIE DEMERS

De kracht van vrouwelijke hormonen

*Breng je hormonen in balans en
voel je voor altijd jong en gezond*

Standaard Uitgeverij



Oorspronkelijke titel: Hormones au féminin

© 2009 by Les éditions de l'homme

© 2012 Nederlandse vertaling Standaard Uitgeverij / WPG Uitgevers België nv,
Mechelsesteenweg 203, B-2018 Antwerpen en Jan Van Den Bulcke en Evelien Volpe

www.standaarduitgeverij.be

info@standaarduitgeverij.be

Vertegenwoordiging in Nederland

WPG Uitgevers België

Herengracht 370/372

NL-1016 CH Amsterdam

Vertaling: Jan Van Den Bulcke en Evelien Volpe

Omslagontwerp: make up

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op welke wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Ondanks alle zorg die aan de samenstelling van de uitgave werd besteed, kan de redactie of de auteur noch de uitgever aansprakelijkheid aanvaarden voor eventuele schade die zou kunnen voortvloeien uit enige fout die in deze publicatie zou kunnen voorkomen.

ISBN 978 90 02 25242 6

D/2012/0034/487

NUR 740

Een boek voor vrouwen en al wie om vrouwen geeft.

Op een dag vroeg ik aan een vrouw die ernstige menopauzeklachten en een heilige schrik voor hormonen had:

‘Hoe is het zover kunnen komen dat je je eigen hormonen bent gaan haten?’ Ze begon te huilen.

Wetenschappelijke referenties

Dit boek is het resultaat van een hele reeks klinische observaties en wetenschappelijk onderzoek.

De informatie in het boek is gebaseerd op ruim duizend wetenschappelijke artikels.

Om het overzichtelijk en transparant te houden, werden de wetenschappelijke referenties van deze uitgave van 2009 op de website van Editions de l'Homme geplaatst (op paragraafniveau). Op die manier is het voor de lezer eenvoudiger de referenties te raadplegen.

<http://www.edhomme.com/hormones.aspx>

Onder geslachtshormonen verstaan we oestrogenen (waaronder 17β -oestradiol, het belangrijkste oestrogeen), progesteron en testosteron.

In dit boek heeft de term 'bio-identieke hormoontherapie' betrekking op een behandeling met transdermaal 17β -oestradiol (transdermaal: via de huid toegediend) en progesteron. Dit zijn de twee belangrijkste vrouwelijke geslachtshormonen.

DANKWOORD

Mijn eerste dankwoord gaat uit naar Louise Gagné met wie ik samenwerk vanuit de stichting Centrum voor menopauze en andropauze in Ottawa. Zij is ruim dertig jaar verpleegster en heeft bij verschillende afdelingen gewerkt. Louise was mijn allereerste patiënte. Ik heb niet lang getwijfeld om haar in dienst te nemen. Ze deelde mijn sterke interesse voor de menopauze en was geïnteresseerd in mijn uitdagingen. Bovendien had ze ook enkele opmerkelijke kwaliteiten. Het was een van mijn beste beslissingen ooit. Louise heeft alleen maar goeds in mijn leven gebracht. Ik ben als het ware ‘beter’ geworden dankzij haar. Haar luisterend oor, sterk inschattingsvermogen, professionele houding, vertrouwen, wijze raad en onze prachtige verstandhouding zijn voor mij als een geschenk uit de hemel. Ze werkt al ruim vier jaar bij het Centrum als klinisch verpleegkundige en is deskundige geworden op het gebied van bio-identieke hormoontherapie voor vrouwen. Liefste Louise, ik dank je echt van ganser harte voor je gepassioneerde bijdrage aan dit boek en je scherpzinnige en constructieve kritiek.

Ik wil ook mijn echtgenoot, statisticus Sylvain Poirier bedanken voor zijn liefde, begrip, aanmoedigingen en steun. Voor het feit dat hij zo trots is op mij en me raad gaf tijdens het nalezen van dit boek. Bedankt Sylvain, voor je eerlijkheid, je familiale betrokkenheid en het feit dat je steeds in me hebt geloofd.

Ook de echtgenoot van Louise, Claude Lévesque, ben ik heel erg dankbaar. Net als Sylvain heeft hij me heel wat pertinente opmerkingen gegeven tijdens het nalezen van het boek, en dat waardeer ik echt. Bovendien heeft hij me ook heel wat geholpen op computertechnisch niveau. Bedankt Claude, voor je nauwe betrokkenheid en vrijgevigheid.

Verder wil ik François Lévesque bedanken, veelbelovende promovendus in de organische chemie. Met hem heb ik talrijke vruchtbare wetenschappelijke discussies gehad. Hij heeft ook de schema's van de geslachtshormonen opgesteld.

Hartelijk dank aan mijn kinderen voor hun warmte en bemoediging. Jullie zijn onmisbaar in mijn leven. Mijn schatten, ik ben zo trots op jullie. Ik wil ook de morele steun en solidariteit vernoemen die ik van mijn broers en zussen, zwagers en schoonzussen, vrienden en collega's heb gekregen. In

het bijzonder wil ik ook psychiater dr. Carole Gervain van harte bedanken voor haar professionele medewerking en interesse voor de gezondheid van de vrouw. Mijn dank gaat verder ook uit naar Gabrielle, Patricia, Vicky, Josée Labelle, Éline Sicotte, Sylvie Yelle, Lucie Cheff, Frédéric Labelle en Marie-France Cigna.

Ik wil ook mijn patiënten niet vergeten te bedanken. Alle vrouwen die me in mijn passie hebben gestimuleerd met hun vragen, aanmoedigingen en in sommige gevallen ook met hun verlangen om af te raken van de angst voor hormonen. Hoe vaak heb ik de volgende zin niet gehoord: 'Dokter, ik kan niet wachten tot uw boek wordt gepubliceerd, want vrouwen hebben er echt behoefte aan!' Wel, hier is de nieuwe telg dan. Ik heb het boek met veel zorg geschreven en ik draag het dan ook in mijn hart terwijl het zijn eigen weg zoekt. Vervolgens wil ik ook het uitstekende werk onderstrepen van mijn agent, producer en animator Daniel Séguin. Zijn steun en vertrouwen liggen me na aan het hart. Bedankt Daniel, voor de man die je bent: altijd bereid om de mensen in wie je gelooft aan te moedigen en te helpen. Ten slotte wil ik ook het dynamische en professionele team van Editions de l'Homme bedanken, met name Erwan Leseul, Brigitte Lépine, Linda Nantel, Ann-Sophie Caouette, Mélanie Sylvestre en Sylvie D. Archambault.

Inhoud

VOORWOORD – EEN ZWARE LAST 11

INLEIDING – EEN HARDNEKKIG MISVERSTAND 13

Een gezonde woede 13

Waarom ik dit boek wilde schrijven 14

1. DE VREUGDE VAN HET VROUW-ZIJN 20

Het is zalig een meisje te zijn 20

Een tekort aan vrouwelijke geslachtshormonen 23

De behoefte aan een goede behandeling 31

2. HET IS ALLEMAAL DE SCHULD VAN DE WHI-STUDIE 40

Waarom werden er vooral niet-bio-identieke vrouwelijke hormonen gebruikt? 40

CEE's en AMP worden vaak voorgeschreven, maar wat voor hormonen zijn dit? 42

De WHI-studie veroorzaakt paniek 44

De WHI-studie: onnodige paniek 51

Wat nu? Bio-identieke vrouwelijke hormonen natuurlijk! 56

Bio-identieke vrouwelijke hormonen: de echte gunstige hormonen 58

3. HART- EN VAATZIEKTEN, TROMBOSEN EN

VROUWELIJKE HORMONEN 61

Slagaderverkalking 64

Vaatvernauwing 69

Trombose 73

4. DE HERSENEN EN VROUWELIJKE HORMONEN 78

Dementie 78

Depressie 69

Angst 89

5. OSTEOPOROSE EN VROUWELIJKE HORMONEN 96

6. GESLACHTSHORMONEN ZIJN MULTIFUNCTIONEEL 108

Vrouwelijke hormonen en levensverwachting 109

Vrouwelijke hormonen en welzijn 114

Waarom worden vrouwelijke hormonen niet erkend en zelfs verafschuwd? 116

7. DE GROTE ANGST VOOR BORSTKANKER 124

De anticonceptiepil en borstkanker 126

Hormoontherapie en borstkanker 130

Echte vrouwelijke hormonen vs. borstkanker 137

8. DE KANKERBESTRIJDENDE EIGENSCHAPPEN VAN
VROUWELIJKE HORMONEN 147

We zitten op een dwaalspoor 147

Wat is kanker? 148

Vrouwelijke hormonen zijn relatief veilig 153

Zijn 17 β -oestradiol en progesteron kankerbestrijdende hormonen? 162

Het beschermende effect van 17 β -oestradiol 165

Het beschermende effect van progesteron 166

9. WAT ZIJN DE ECHTE OORZAKEN VAN JE GEZONDHEIDS- PROBLEMEN? 171

Insuline en borstkanker 172

Zwaarlijvigheid en borstkanker: hebben oestrogenen een preventieve
functie? 175

Een hoog insulinegehalte veroorzaakt verschillende gezondheidsproblemen 177

Waarom krijgen Japanse vrouwen minder borstkanker? 178

Hormonale klachtenzone 180

10. ER IS IETS MIS MET ONZE OPVATTINGEN OVER BORSTKANKER 187

Wanneer wetenschap ontstaan uit controverse 187

Wat is hormoongerelateerde borstkanker? 187

Borstkanker: welke behandelingen zijn er? 190

Is de doeltreffendheid van anti-oestrogenen te danken aan een pro-oestrogene
werking? 194

11. BIO-IDENTIEKE HORMOONTHERAPIE EN BORSTKANKER 204

En als we nu eens vrouwelijke hormonen voorschrijven... 205

Bio-identieke hormoontherapie na borstkanker 206

Bio-identieke hormoontherapie tijdens de behandeling van borstkanker 208

12. DE HEKSENJACHT OP OESTROGENEN 219

De grote angst voor vrouwelijke hormonen 219

Mythes en vooroordelen 221

Geslachtshormonen en kanker 225

Zwangerschap, ovariëctomie, menstruatie en borstkanker 231

Vrouwelijke castratie 234

13. HORMOONTHERAPIE VOOR VROUWEN VRAAGT KENNIS VAN ZAKEN 241

De menopauze heeft te maken met de eierstokken 241

De complexiteit van vrouwelijke geslachtshormonen 242

Het voorschrijven van bio-identieke hormoontherapie aan vrouwen 245

14. EN WAT NU? 258

In godsnaam, vertel me over hormonen! 258

SLOTWOORD – DE GEZEGENDE VROUWELIJKHEID 270

EINDNOTEN 279

TREFWOORDENREGISTER 283

VOORWOORD

EEN ZWARE LAST

‘Dokter, is het beter om wel of geen hormonen te nemen?’ Dag na dag moet ik jammer genoeg vaststellen hoeveel onduidelijkheid er heerst rond de vrouwelijke hormonen. Mettertijd is mijn ontsteltenis uitgegroeid tot een echte woede, een gezonde woede weliswaar. Want zie je, er gaapt een immense kloof tussen de kennis die ik heb opgedaan over vrouwelijke hormonen en de verhalen die de ronde doen!

Het schrijven van dit boek is voor mij een echte catharsis geworden: waar het voor mij om gaat is dat vrouwen beter geïnformeerd zullen zijn. De informatie die ik in de loop van de jaren heb verzameld nu te kunnen delen is alsof er een zware last van mijn schouders valt.

Sinds de studie van het WHI (*Women’s Health Initiative*), die bij sommigen een paniecreactie heeft veroorzaakt, heb ik gemerkt dat het aantal behandelingen tegen (premenopauze)klachten drastisch is gedaald. Vrouwen hebben nog nooit zoveel antidepressiva en natuurlijke producten ingenomen. De angst voor hormonen doet heel wat vrouwen onnodig lijden.

Door dat onnodige leed heb ik beslist om me aan de vooravond van mijn vijftigste verjaardag volledig toe te leggen op de invloed van geslachtshormonen op de gezondheid van de mens. Ik ben sinds lange tijd overtuigd van de heilzame werking van vrouwelijke hormonen op het welzijn en de gezondheid van de vrouw. Toch moest ik zelf ook een soort angst verdrijven: de angst dat vrouwelijke hormonen bij sommige van mijn patiënten het risico op borstkanker zouden verhogen.

In feite heb ik nooit geloofd dat vrouwelijke hormonen kankerverwekkend zijn, maar gezien hun reputatie heb ik letterlijk hopen wetenschappelijke artikels verslonden om zeker te zijn dat ik op een zo veilig mogelijke manier aan geneeskunde zou doen. Tot mijn grote verbazing heeft al die lectuur, in combinatie met persoonlijke observaties, ertoe geleid dat ik mijn idee over de invloed van hormonen op borstkanker volledig moest herzien. Ik dacht bij mezelf: mensen zitten op een dwaalspoor!

In dit boek neemt borstkanker dus een centrale plaats in, en ik hoop dat ik erin geslaagd ben om de mythes rond dit thema uit de wereld te helpen. Ik heb een aantal stellingen geformuleerd in de hoop het verband tussen vrou-

welijke hormonen en borstkanker grondig in vraag te stellen en voortgezet wetenschappelijk onderzoek aan te moedigen. Mochten bepaalde stellingen achteraf niet helemaal nauwkeurig blijken, dan doet dat niets af aan de wetenschappelijk bewezen gunstige invloed van vrouwelijke hormonen op het lichaam. En die gunstige invloed is groter dan je zou denken!

In de loop van dit boek zul je ontdekken dat de verhalen een weerspiegeling zijn van onze dagelijkse realiteit. De bewoordingen in de getuigenissen komen trouwens rechtstreeks uit de mond van mijn patiëntes. Ondanks de kleine aanpassingen die ik heb aangebracht om hun identiteit te verhullen, ben ik ervan overtuigd dat velen onder jullie de indruk zullen krijgen dat het verhaal net zo goed van je zus, vriendin, moeder of partner had kunnen zijn. Want de klachten die deze vrouwen hebben gehad en alle vragen die ze me hebben gesteld zouden misschien binnenkort ook jou ten deel kunnen vallen. Let wel dat ik niet medisch verantwoordelijk kan worden gehouden voor de raad die ik in dit boek meegeef. Je zult dan ook begrijpen dat elke beslissing op medisch vlak een grondige analyse van het volledige dossier vergt, en dat mijn raad die van je arts niet vervangt.

Ten slotte hoop ik dat de vrouwen – na het lezen van dit boek – hun hormonen zullen koesteren en er trots op zullen zijn.

Veel leesplezier!

EEN HARDNEKKIG MISVERSTAND

Er moet een einde komen aan de verwarrende sfeer en de controverse die er heerst rond vrouwelijke geslachtshormonen. Het is tijd om de taboesfeer te doorbreken.

EEN GEZONDE WOEDE

Tegenwoordig wekken de woorden ‘hormonen’ en ‘menopauze’ allerlei soorten emoties op. Er zijn weinig onderwerpen in de geneeskunde die tegelijk zoveel passie en controverse uitlokken.

We leven in een tijd waarin er grote verwarring heerst over de manier waarop vrouwen die met de eerste symptomen van de menopauze of zelfs premenopauze worden geconfronteerd, moeten worden behandeld. In januari 2005 heb ik het Centrum voor menopauze en andropauze in Ottawa opgericht, want ik vond het moeilijk om te aanvaarden dat zoveel vrouwen een slechte behandeling krijgen.

Nog nooit heb ik zoveel vrouwen zien lijden en zoveel geneesmiddelen en natuurlijke producten zien innemen. Wetenschappers hebben vastgesteld dat het gebruik van antidepressiva bij vrouwen de afgelopen jaren sterk is gestegen.

De resultaten van de WHI-studie¹ die in juli 2002 verscheen, waren als een koude douche voor de medische wereld. Tal van vrouwen zetten hun hormoontherapie stop en heel wat onder hen dachten zelfs dat de behandeling gevaarlijk was. Andere vrouwen moesten met tegenzin hun hormoontherapie stopzetten omdat hun arts hun niet langer hormonen wilde voorschrijven. Het woord ‘hormonen’ veroorzaakte vanaf dat moment een irrationeel gevoel van angst.

Er heerst momenteel zelfs zoveel verwarring rond hormonen dat mensen zelfs niet meer weten waarover het eigenlijk gaat. Weinigen maken het onderscheid tussen niet-bio-identieke hormonen, bio-identieke hormonen en ovariële hormonen (die in de eierstokken worden geproduceerd).

Vreemd genoeg heeft men zelfs de neiging om ovariële hormonen die een symbool zijn van vrouwelijkheid - in een negatief daglicht te stellen. Als je

dit boek hebt gelezen, zul je de reflex hebben om te vragen: ‘Maar over welke hormonen heeft u het nu precies?’

Algemeen genomen denken mensen dat vrouwelijke geslachtshormonen meer overlast veroorzaken dan dat ze een gunstige invloed hebben. Denk maar aan het premenstrueel syndroom, overvloedige menstruatie, endometriose (woekering van baarmoederslijmvlies buiten de baarmoeder) en borstkanker. ‘Die vervloekte hormonen!’ hoor ik je al denken. Wanneer je dit boek hebt uitgelezen zal je ovariële hormonen door een heel andere bril bekijken. En heel waarschijnlijk zal er dan, zoals bij mij, enkel nog een gezond gevoel van woede overblijven.

Heel wat vrouwen zeggen me dat ze zich niet begrepen en zelfs schuldig voelen wanneer ze hun hormoontherapie willen voortzetten. En toch is het de enige behandeling die doeltreffend hun leed verzacht. Een bepaalde arts vergeleek hormoontherapie voor vrouwen zelfs met een morfinebehandeling. Dag na dag zie ik hoe vrouwelijke hormonen ten onrechte worden veroordeeld, en dat maakt me droevig.

Deze chaotische situatie heeft een aantal oorzaken: de verschillende soorten hormoontherapieën worden met elkaar verward, hormoontherapieën voor vrouwen worden lukraak voorgeschreven en het belang van geslachtshormonen voor de gezondheid van de vrouw wordt niet erkend.

WAAROM IK DIT BOEK WILDE SCHRIJVEN

Vrouwen stellen me vaak de volgende vragen: ‘Is het gevaarlijk om hormonen te gebruiken?’ of ‘Ik zit in de menopauze. Neem ik nu beter wel of geen hormonen?’ Ze willen niet alleen weten wat er zou kunnen gebeuren als ze hormonen nemen, maar ook wat er zou kunnen gebeuren als ze er geen nemen. Ze vragen me met andere woorden hen te helpen om een duidelijke keuze te maken.

Eén van de doelstellingen van dit boek is bio-identieke hormoontherapie, die mijn sterke voorkeur heeft, beter bekend te maken. In de loop van dit boek zul je ook zien hoe belangrijk geslachtshormonen zijn voor de gezondheid van de vrouw, wat haar leeftijd ook is.

Vaak hoor ik van vrouwen: ‘Ik heb een goed boek over de menopauze, maar toen ik het had gelezen wist ik niet meer hoe of wat!’ Er zijn twee belangrijke redenen waarom er veel onduidelijkheid bestaat.

De eerste reden is dat er in boeken over de menopauze vaak over verschillende gezondheidsaspecten zoals voeding, lichaamsbeweging enzovoort wordt ge-

spraken. Daardoor kunnen vrouwen ten onrechte denken dat hun klachten niet van hormonale oorsprong zijn.

De menopauze is geen probleem dat wordt veroorzaakt door een tekort aan voedingsstoffen, slecht werkende bijniere, een slechte spijsvertering of een overbelaste lever. Bij de menopauze zijn de eierstokken het probleem! Vaak komen vrouwen naar me toe nadat ze heel wat tijd en geld hebben gestoken in een hele reeks behandelingen die hun onvoldoende positieve resultaten hebben opgeleverd. Ze willen koste wat het kost vrouwelijke hormonen vermijden, want ze hebben er een heilige schrik voor. Vooral sinds de resultaten van de WHI-studie zijn verschenen.

De tweede reden waarom er zoveel verwarring bestaat, is dat er gewoonweg te weinig goede informatie beschikbaar is. Momenteel doen er allerlei tegenstrijdige berichten over vrouwelijke hormonen de ronde. Bovendien kunnen de meningen van vrouwen onderling dan ook nog eens sterk variëren, afhankelijk van wat ze erover gelezen hebben. Dat maakt het al helemaal onmogelijk om door de bomen het bos nog te zien.

Hieronder enkele voorbeelden van bekende auteurs die gespecialiseerd zijn op het gebied van hormonen.

Dr. Robert Greene

Als je het boek *Perfect Balance* van dr. Robert Greene leest (verschenen in de lente van 2005), zul je overtuigd zijn van de talrijke positieve effecten van oestradiol, het belangrijkste oestrogeen. Volgens deze gynaecoloog-verloskundige uit Californië is oestradiol het hormoon dat betrokken is bij het grootste aantal lichaamsfuncties, namelijk meer dan driehonderd.

De rol van progesteron wordt daarentegen door dr. Greene eerder beperkt of zelfs negatief ingeschat, behalve tijdens de zwangerschap. Volgens hem kan progesteron vermoeidheid, depressie, prikkelbaarheid, gewichtstoename, geheugenproblemen en cognitieve problemen veroorzaken. Hij schrijft - ten onrechte - bepaalde negatieve eigenschappen van progestativa toe aan progesteron en beweert dat een hoge progesteronspiegel de symptomen van het premenstrueel syndroom kan veroorzaken.

Hoewel hij erg 'oestradiolgezind' is, lijkt de mening van dr. Greene verdeeld over het feit of oestradiol tijdens de menopauze altijd kan worden aanbevolen, aangezien de menopauze een natuurlijk proces is.

Als deze arts denkt dat oestradiol goed is voor ons welzijn en het hormoon mogelijk ook preventief werkt bij enkele ouderdomsziekten (zoals de ziekte van Alzheimer), waarom beveelt hij het dan niet aan?

Dr. John R. Lee

Als je de boeken van de Amerikaanse dokter John R. Lee (overleden in 2003) leest, dan zul je geneigd zijn voorstander te worden van progesteron. Hij benadrukt vooral de rol van dit andere belangrijke vrouwelijke hormoon. Volgens dr. Lee hebben vrouwen over het algemeen geen oestrogenen nodig tijdens de menopauze, want de meesten zouden die zelf in voldoende mate aanmaken. Hij stelt de invloed van oestradiol eerder negatief voor, meer bepaald tijdens de premenopauze wanneer een hoge oestrogeenspiegel bepaalde gezondheidsproblemen zou veroorzaken. Zijn standpunt verschilde zo sterk van dat van dr. Greene dat ze bijna lijnrecht tegenover elkaar stonden.

Dr. Lee heeft heel wat vrouwen met gezondheidsproblemen, zoals het premenstrueel syndroom en fibrocystische borsten, behandeld met progesteron.

Dr. Christiane Northrup

Het boek *De wijsheid van de menopauze* van de Amerikaanse gynaecologe dr. Christiane Northrup bevat een schat aan nuttige en gevarieerde informatie over de gezondheid van de vrouw. Dr. Northrup heeft een heel positieve visie op de menopauze. Voor haar is de menopauze een fase in het leven van de vrouw waarin ze kan evolueren om uit te groeien tot een nog betere vrouw. Het is een soort slim mechanisme in het lichaam.

Dr. Northrup geeft een gedetailleerde beschrijving van de verschillende soorten hormoontherapieën, maar haar behandelingen van de menopauze zijn wetenschappelijk niet altijd even goed onderbouwd. Zo kan de lezer bijvoorbeeld denken dat natuurlijke producten even doeltreffend zijn als een hormoontherapie voor vrouwen en dat ze bovendien altijd veilig zijn.

Toch is de doeltreffendheid van het gebruik van natuurlijke producten tijdens de premenopauze of de menopauze tot op heden niet wetenschappelijk bewezen. Heel wat vrouwen die het boek van dr. Northrup hebben gelezen, komen nadien bij mij en vertellen me dat ze veel beter begrijpen wat de menopauze is, maar nog steeds niet weten of ze hormonen moeten nemen.

Wat ik erover denk

Misschien stel ik je wat teleur door te zeggen dat ik geen idyllische visie heb op de menopauze. Het is niet omdat iets natuurlijk is, dat het dan ook noodzakelijk goed is voor onze gezondheid of ontwikkeling. Het spreekt voor zich dat de menopauze een natuurlijk proces is, net zoals lijden, ouder worden en sterven. Ik zou het niet zozeer hebben over de wijsheid van de menopauze, maar eerder over de wijsheid van het lijden. We weten dat zowel lichamelijk

als geestelijk lijden ons ertoe kan aanzetten om bepaalde prioriteiten in ons leven te veranderen, en dat we op die manier wijzer kunnen worden in de filosofische zin van het woord. Die wijsheid van het lijden zie je bijvoorbeeld terug bij kinderen die aan een ernstige ziekte lijden. Ze zijn vaak verrassend rijp voor hun leeftijd.

Toch is de wijsheid soms ver te zoeken. Lijden kan ons ook aanzetten tot betreurenswaardige daden. Ik ben allang de tel kwijt van het aantal vrouwen in de menopauze en mannen in de andropauze dat te kampen heeft met relatieproblemen of problemen op het werk. Prikkelbaarheid, vermoeidheid, slaaptkort en verlies van het libido hebben dan nog weinig te maken met dat slimme mechanisme in je lichaam!

Voor heel wat vrouwen is de positieve kant van de menopauze dat ze hun maandstonden niet langer krijgen en ook niet langer vruchtbaar zijn. Ze hoeven zich geen zorgen meer te maken over zwanger worden. En toch treden er een aantal ernstige gezondheidsproblemen op, zoals hartziekten en osteoporose, die worden veroorzaakt door de lage productie van ovariële hormonen. Deze hormonen, en in het bijzonder oestradiol en progesteron, spelen een cruciale rol in de gezondheid van de mens.

Zowel de natuurlijke menopauze als de andropauze zitten ingebakken in het verouderingsproces van de mens. Naar mijn mening is de menopauze bij de vrouw zelfs het eerste teken van veroudering. Vaak hoor ik van vrouwen dat ze de indruk krijgen veel sneller te verouderen wanneer de menopauze nadert. Ik ben ervan overtuigd dat de plotselinge daling van de productie van geslachtshormonen tijdens de menopauze, en in het bijzonder van oestradiol en progesteron, een belangrijke rol speelt bij het verouderingsproces.

Natuurlijk is de menopauze niet de enige factor die een rol speelt in het verouderingsproces, dat trouwens uiterst complex is. Toch speelt de menopauze waarschijnlijk een niet te onderschatten rol. Ik merk trouwens al lang dat vrouwen van zestig jaar en ouder die hormonen nemen sinds het begin van hun menopauze zich onderscheiden van hun leeftijdsgenotes die geen hormonen nemen. Vaak zien ze er jonger uit!

Vrouwelijke hormonen moeten de erkenning krijgen die ze verdienen

Ik vind het van cruciaal belang dat vrouwen hun hormonen kennen en respecteren. Het schokt me te zien hoeveel angst een aantal van mijn patiënten heeft om vrouwelijke hormonen in te nemen, zelfs als ze te kampen hebben met een hele reeks problemen (slapeloosheid, prikkelbaarheid, gebrek aan

energie...). Ze lijden er echt onder en willen dat hun klachten worden verlicht. Vaak zijn ze verbaasd wanneer ze te horen krijgen dat al dat leed wordt veroorzaakt door een tekort aan vrouwelijke hormonen.

De vrouwelijke geslachtshormonen, en in het bijzonder 17β -oestradiol en progesteron, zijn immers de hormonen die in het menselijk lichaam het grootste aantal verschillende functies vervullen. Ze worden door het lichaam zowat overal ingezet: in de voortplantingsorganen, hersenen, zenuwen, bloedvaten, spieren, botten, huid, schildklier, lever, alvleesklier, maag, darmen, blaas enzovoort.

Geslachtshormonen zijn essentieel voor het leven, zowel voor mannen als vrouwen.

Vreemd genoeg wordt het belang van geslachtshormonen voor de gezondheid van de mens zwaar onderschat.

Erger nog: vrouwelijke geslachtshormonen krijgen vaak een negatieve stempel. Van alle menselijke hormonen is oestradiol het onbeminde en progesteron het onbekende hormoon. En dat is volledig onterecht! Mijn grootste wens is vrouwen met dit boek te overtuigen van de heilzame eigenschappen van hun hormonen.

Testosteron, het mannelijk hormoon bij uitstek, wordt geassocieerd met kracht, energie en viriliteit. Een heel positief beeld... en daar ben ik het mee eens!

Maar vrouwen moeten datzelfde positieve beeld hebben over hun vrouwelijke hormonen, want ze hebben een beschermende invloed op het hart, de botten en het zenuwstelsel. Bovendien spelen ze een belangrijke rol bij de voortplanting dankzij een ingenieus en complex samenspel van hormonale schommelingen.

En hoe zit het dan met het verlaagde libido en de grotere moeite om een orgasme te krijgen? Deze twee problemen houden immers verband met de lagere productie van geslachtshormonen tijdens de (pre)menopauze. Wij hebben de neiging om de biologische invloed op het seksuele genot van de vrouw te onderschatten, terwijl die bij de mannen wel wordt erkend. Seksualiteit bij de vrouw is niet alleen maar psychologisch! Verre van zelfs... De eierstokken zijn even belangrijk in het leven van de vrouw als de teelballen in het leven van de man.

Ik denk wel dat mijn boodschap duidelijk is: vrouwelijke geslachtshormonen, in het bijzonder 17β -oestradiol en progesteron, kunnen echt een heel gunstige invloed hebben op het lichaam van de vrouw wanneer ze in een aangepaste

dosis worden ingenomen. En die laatste woorden zijn belangrijk, want een teveel aan hormonen is even schadelijk als een tekort. Denk maar aan aandoeningen zoals schildklierinsufficiëntie (een slecht werkende schildklier) of diabetes. Volgens mij is het belangrijk de geslachtshormoonspiegel te meten. En bij vrouwen die een bio-identieke hormoontherapie volgen, is dat ook perfect mogelijk (zie hoofdstuk 13).

Dit boek is verder een vurig pleidooi voor onderzoek naar bio-identieke vrouwelijke hormonen, zodat de behandeling optimaal kan worden afgesteld op de patiënt met een maximale werking als doel.

Borstkanker: de strijd tegen het zwarte schaap van de hormoontherapie

Dag na dag ontmoet ik vrouwen die een heilige schrik hebben voor borstkanker. Ze geloven dat het innemen van vrouwelijke hormonen het risico op borstkanker gevoelig verhoogt.

‘Oestrogenen veroorzaken kanker.’ Het is een sterk verankerd geloof dat vaak als wetenschappelijke waarheid wordt aangenomen. Bij het lezen van dit boek zul je waarschijnlijk verbaasd opkijken want ik zal bewijzen dat dit geloof nergens op steunt. Je zult verrassende en zelfs schokkende dingen ontdekken.

Sommige vrouwen die borstkanker hebben overwonnen, komen naar me toe omdat ze kampen met de symptomen van de (pre)menopauze en niets vinden om hen op een doeltreffende manier van hun klachten af te helpen. Deze vrouwen willen zich weer goed in hun vel voelen. Sommigen willen daarom dat ik hun hormoontherapie voorschrijf, terwijl dat voor anderen dan weer een absolute contra-indicatie is (dit wil zeggen: hormoontherapie is voor hen om medische redenen niet verantwoord).

Je zult zien dat de wetenschappelijke basis voor die contra-indicatie voor discussie vatbaar is. Ik wijd dan ook de kern van mijn boek aan die vrouwen.

Ik kan en wil niet onverschillig blijven voor hun lijden.

DE VREUGDE VAN HET VROUW-ZIJN

Ik heb het ongelooflijke voorrecht gehad een moeder te hebben die van nature positief ingesteld was, een gul hart had en van me hield.

Woorden schieten te kort om Janette Bertrand te beschrijven. Voor ontelbare vrouwen van mijn generatie was zij een echt rolmodel. Zij droeg ons in haar hart.

Mijn dank gaat uit naar al die inspirerende, briljante en vooruitstrevende vrouwen die ons trots maken een vrouw te zijn.

HET IS ZALIG EEN MEISJE TE ZIJN

Ik herinner me een gesprek met mijn moeder, net voor mijn twaalfde verjaardag. Het was een gesprek onder vier ogen. Mijn moeder begon me heel voorzichtig uit te leggen dat het niet zo lang meer zou duren voor ik een jonge vrouw zou worden. Ze gaf me een klein roze boekje met de titel *La joie d'être une fille* ('Het is zalig een meisje te zijn'), geschreven door Janette Bertrand. Daarin wordt haarfijn uitgelegd wat maandstonden zijn. Ik denk nog vaak terug aan dat kleine boekje, want het heeft een belangrijke rol in mijn leven gespeeld.

Ik herinner me dat ik met ongeduld zat te wachten op mijn eerste maandstonden, want dat betekende dat ik op een dag zwanger kon worden. Ik ben altijd trots geweest op het feit dat ik een vrouw ben, en dat ben ik nog steeds. Ruim een jaar voor mijn eerste maandstonden was ik tot in de puntjes voorbereid op de grote dag. Ik had al een doos maandverbanden in een van mijn laden klaargelegd. Ik begon toen ook een beha te dragen, ook al had ik nog niets dat moest worden ondersteund.

Toen het zover was, heb ik het aan mijn beide ouders verteld, en ze hebben me gefeliciteerd! Hun kleine Sylvie was een jonge vrouw geworden.

Toen ik op een dag met Louise – mijn verpleegster en rechterhand – over het boekje van mevrouw Bertrand sprak, vertelde ze me dat ook haar moeder haar goed had voorbereid en haar hetzelfde roze boekje had gegeven. Toen Louise voor het eerst ongesteld was, hebben haar ouders haar zelfs een hangertje cadeau gedaan waarin de datum was gegrift van de dag waarop zij voor het eerst haar maandstonden had gekregen. Haar zogenaamde 'M-Day'. We hebben er

hartelijk om gelachen, want we beseften beiden dat we het geluk hadden om die nieuwe fase in ons leven met trots en erkenning in te mogen gaan.

Elk jong meisje en elke vrouw zou haar menstruatiecyclus, die zo belangrijk is in haar leven, moeten begrijpen.

Pas wanneer je de menstruatiecyclus begrijpt, kun je ook de gedachte achter de uitdrukking ‘alleen dwazen vertrouwen de grillen van vrouwen’ op de juiste manier interpreteren. Je mag nooit vergeten dat de hormonale schommelingen er zijn opdat vrouwen kinderen op de wereld zouden kunnen zetten. En dat op zich verdient al respect en waardering.

Wanneer vrouwen me raadplegen voor een ernstig premenstrueel syndroom, zeg ik hun soms: ‘Weet je, mannen zullen gedurende hun hele leven nooit zoveel hormonale veranderingen meemaken als een vrouw in een enkele maand. Was dat wel zo, dan zouden ze op intensieve zorgen de handen vol hebben!’ Met dat grapje probeer ik hun situatie te relativeren en hun duidelijk te maken dat ze helemaal niet gek zijn. Voor sommige vrouwen zijn de snelle en grote hormonale veranderingen, die in het bijzonder na de eisprong optreden, inderdaad een zware last. Toch leren de meeste vrouwen ermee om te gaan, en sommigen slagen er zelfs in er voordeel uit te halen. Veel vrouwen krijgen immers enkele dagen voor de eisprong een intens gevoel van geluk. Ze hebben meer energie, presteren beter op allerlei vlakken en hebben een hoger libido. Sommige vrouwen voelen zich goed gedurende een groot deel van de menstruatiecyclus, behalve enkele dagen voor en na de maandstonden. Tijdens die periode is er een plotselinge daling van de oestradiol- en progesteronspiegel in het bloed.

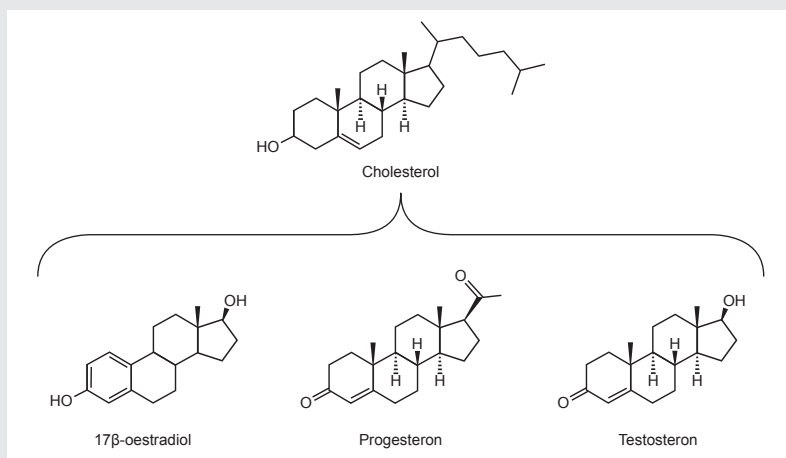
De uitdrukking ‘alleen dwazen vertrouwen de grillen van vrouwen’ is eigenlijk een biologische vertaling voor de schommelingen in de oestradiol- en progesteronspiegel tijdens de menstruatiecyclus.

De geslachtshormonen

Onder de geslachtshormonen vallen oestrogenen, progesteron en testosteron. De oestrogenen vormen een familie waarvan de drie belangrijkste leden 17β -oestradiol, oestron en oestriol zijn. 17β -oestradiol is het belangrijkste en krachtigste hormoon. Toch bestaat er maar één soort

progesteron en testosteron. Het menselijk lichaam gebruikt cholesterol om geslachtshormonen aan te maken. Dat gebeurt hoofdzakelijk in de geslachtsklieren (eierstokken en teelballen) en in mindere mate in de perifere weefsels, zoals de bijnieren, de hersenen en de borsten. De twee geslachtshormonen die de grootste rol spelen in de gezondheid van de vrouw, zijn 17β -oestradiol en progesteron. Tijdens een normale menstruatiecyclus worden ze in grote hoeveelheden door de eierstokken afgescheiden.

De drie belangrijkste geslachtshormonen



Wat is een normale menstruatiecyclus?

De menstruatiecyclus wordt veroorzaakt door cyclische veranderingen in de hormoonconcentraties van hoofdzakelijk oestradiol en progesteron, die beide door de eierstokken worden geproduceerd.

De menstruatiecyclus duurt gemiddeld 28 tot 30 dagen en bestaat uit twee fases: de folliculaire fase en de luteale fase. Elke fase duurt ongeveer twee weken. De folliculaire fase (eerste fase) begint de eerste dag van de maandstonden en eindigt met de eisprong. Tijdens die fase scheiden de eierstokken in toenemende mate 17β -oestradiol af tot net voor de eisprong.

De luteale fase (tweede fase) begint na de eisprong en eindigt wanneer de maandstonen beginnen. Tijdens de eisprong barst de wand van het dominante eiblaasje (follikel) open en komt er een eikel vrij waarna het blaasje verandert in een geel lichaam dat progesteron en 17β -oestradiol afscheidt.

17β -oestradiol wordt gedurende het grootste deel van de menstruatiecyclus afgescheiden, terwijl progesteron slechts wordt geproduceerd tijdens het tweede deel.

De eierstokken produceren ook testosteron tijdens de menstruatiecyclus. Testosteron heeft ongetwijfeld ook een invloed op de gezondheid van de vrouw, en die belangrijke rol zou grondiger moeten worden onderzocht. Tot op heden is dat echter nog niet gebeurd.

EEN TEKORT AAN VROUWELIJKE GESLACHTSHORMONEN

Ovariële functiestoornis

Wanneer de eierstokken (ovaria) niet voldoende geslachtshormonen produceren, spreken we over een ovariële disfunctie. Deze stoornis is verantwoordelijk voor een tekort aan vrouwelijke geslachtshormonen.

Vaak komen vrouwen tussen hun twintigste en veertigste naar het Centrum Menopauze-Andropauze met een ovariële disfunctie die niet kan worden toegeschreven aan de (pre)menopauze.

Heel wat gezondheidsproblemen die met de verstoring van de hormoonhuishouding te maken hebben (bijvoorbeeld hypercortisolemie, hyperprolactinemie, diabetes type 2, het polycysteus ovariumsyndroom) en zelfs anorexie kunnen tot ovariële functiestoornissen leiden.

Het is vrij waarschijnlijk dat een progesterontekort vaak voorkomt bij jonge vrouwen. Volgens mij kan dat een hele reeks gezondheidsproblemen veroorzaken waaronder hevige bloedingen met klonters, endometriose, fibromen (ook wel 'vlesbomen' genoemd), onvruchtbaarheid, het premenstrueel syndroom enzovoort.

Wat is de premenopauze?

De premenopauze wordt veroorzaakt door een ovariële functiestoornis als gevolg van de veroudering van de eierstokken. Deze overgangsfase duurt gewoonlijk twee tot acht jaar en gaat vooraf aan de menopauze.

Het eerste tekort dat over het algemeen bij de premenopauze optreedt is een progesterontekort. De menstruatiecycclus kan aanvankelijk nog een normale duurtijd hebben, maar wordt mettertijd korter (bijvoorbeeld met een cyclus van 23 dagen). Door het tekort aan progesteronproductie in de eierstokken (anovulatoire cycli) worden de cycli geleidelijk aan langer (bijvoorbeeld een cyclus van 40 dagen). Hoe dichterbij de menopauze nadert, hoe groter het tekort aan progesteron en oestradiol, en hoe vaker deze tekorten zich voordoen. De cycli worden geleidelijk aan langer en uiteindelijk stoppen ze.

Tijdens de premenopauze is er een min of meer langere periode waarin er hormonale chaos heerst: de menstruatiecycclus wordt steeds onregelmatiger. Voor veel vrouwen is dit een bijzonder lastige periode.

Maryse

Maryse, 49 jaar, heeft ons advies ingewonnen omdat ze het afgelopen jaar merkte dat haar premenstruele klachten (ook wel het ‘premenstrueel syndroom’ genoemd) steeds erger werden.

Twee jaar geleden had Maryse nog een regelmatige menstruatiecycclus (28-29 dagen), maar daarna begon de duur van haar cyclus te variëren. Soms was die korter (25 dagen) met hevige bloedingen en bloedklontertjes, maar ze had ook enkele lange cycli van ongeveer 40 dagen.

Eén tot twee weken voor haar maandstonden had Maryse te kampen met een hele reeks klachten. Ze sliep minder goed en voelde zich angstiger. ‘Dr. Demers, wat me het meeste stoort is dat ik heel snel geïrriteerd raak. Elke maand krijg ik wel eens het gevoel dat ik mijn baan wil opgeven en wil scheiden!’ vertelde ze me. Maryse had verder ook last van pijn in spieren en botten, vooral ’s morgens.

Ze voelde zich opgeblazen en was dikker geworden. ‘Ik heb de indruk dat ik in een heteluchtballon aan het veranderen ben!’ vertelde ze. Ze wilde beter begrijpen wat haar overkwam.

Maryse had een relatief tekort aan progesteron, hoewel haar oestradiolspiegel normaal was.

In het woord ‘progesteron’ herken je trouwens de term ‘gestatie’ (zwanerschap). Het hormoon speelt immers een essentiële rol in de zwanerschap. Progesteron vervult ook nog andere functies, en een tekort aan dit hormoon kan verschillende klachten veroorzaken zoals prikkelbaarheid, angst, een opgezwollen gevoel, slaapproblemen, pijn in spieren en botten, urine-incontinentie, opvliegers (of warmteopwelingen) en hevige bloedingen die gepaard gaan met bloedklonters.

De belangrijkste voortekenen en symptomen van de premenopauze en menopauze

- Opvliegers en nachtelijk zweten
- Vermoeidheid
- Slapeloosheid
- Prikkelbaarheid
- Spier- en gewrichtspijn
- Osteopenie-osteoporose (=afname van de botdichtheid en botontkalking)
- Urine-incontinentie
- Angst
- Depressie
- Geheugenverlies
- Vaginale droogheid
- Afname van het libido
- Onregelmatige menstruatie (premenopauze)
- Hevige bloedingen (premenopauze)
- Meer klachten vlak voor de menstruatie (premenopauze)

Wat is de menopauze?

Terwijl de premenopauze het gevolg is van een te lage productie van vrouwelijke hormonen als gevolg van de veroudering van de eierstokken, is de menopauze het gevolg van een plotselinge daling (en eventuele stopzetting) van de hormoonproductie, waardoor de menstruatiebloedingen stoppen.

Tijdens de menopauze is niet oestrogeen maar oestron het belangrijkste hormoon.

Oestron bestaat hoofdzakelijk uit DHEA (dehydroepiandrosteron) dat door de bijnieren wordt aangemaakt. Jammer genoeg bezit oestron slechts een klein deel van de gunstige eigenschappen van oestradiol.

Algemeen wordt aangenomen dat een vrouw in de menopauze zit wanneer ze gedurende minstens 12 opeenvolgende maanden haar maandstonden niet meer heeft gehad en wanneer de diagnose wordt bevestigd met een bloedonderzoek. De gemiddelde leeftijd waarop vrouwen in hun natuurlijke menopauze komen is 51 jaar en 6 maanden.

Toch laten tal van vrouwen een chirurgische castratie (verwijdering van de eierstokken) uitvoeren en komen dan plots op vroegere leeftijd in de menopauze. Bij deze vrouwen zijn de klachten over het algemeen ernstiger en vaak het gevolg van een plotselinge daling van hun geslachtshormoonspiegel.

Vrouwelijke castratie en testosteron

In tegenstelling tot de natuurlijke menopauze die geleidelijk aan optreedt, veroorzaakt het wegnemen van de eierstokken bij de vrouw een abrupte menopauze die verantwoordelijk is voor een onmiddellijke daling van zowel de oestradiol- en progesteronspiegel als het testosteron-niveau.

Tijdens de menopauze stellen we een chronisch tekort aan progesteron en oestradiol vast. Het volgende verhaal gaat over Joanna en is typerend voor de vrouwen die in hun menopauze zitten en naar ons Centrum komen.

Joanna

Joanna, een dynamische vrouw van eenenvijftig met een kaderfunctie bij de overheid en moeder van twee jongvolwassene kwam naar ons Centrum omdat ze zichzelf sinds bijna twee jaar niet meer herkende. Ze kreeg het steeds lastiger op het werk, en dat verontrustte haar. Haar huwelijksleven was een zootje. Haar psychologe had haar doorverwezen.

Toen ik Joanna voor het eerst ontmoette, was ze helemaal overstuur. Ze vertelde me dat ze al ruim twee jaar last had van opvliegers en slapeloosheid, en ze voelde zich vaak moe.

Ze raakte ook heel snel geïrriteerd en had voortdurend stemmingswisselingen, hoewel ze bekend stond om haar zachte karakter.

Ze kreeg ook vaak tranen in de ogen zonder eigenlijk te weten waarom. 'Ik stoer me aan alles! Laatst kon ik zelfs het geadem van mijn eigen man niet meer verdragen!' vertelde ze me. Joanna stond al vijfentwintig jaar elke morgen op met stramme spieren: 'Soms krijg ik de indruk dat ik door een vrachtwagen ben overreden! Overal doet het pijn.' Ook haar seksleven met Pierre was totaal omgeslagen. Joanna gaf toe dat ze last had van een droge vagina waardoor vrijen pijn deed. Mede daar-

door was haar libido tot op een dieptepunt gezonken. Joanna was bang haar partner te verliezen. Ze kreeg de indruk dat haar levenskwaliteit zo goed als nihil was: 'Ik probeer te overleven, ook al besef ik dat ik alles heb om gelukkig te zijn.'

Toch kon je amper iets aanmerken op haar levensstijl. Bovendien waren er ook geen specifieke stresserende factoren aanwezig.

Ze had al verschillende jaren allerlei natuurlijke producten geprobeerd. In het begin kreeg ze de indruk dat die hielpen, maar achteraf bleken ze toch niet doeltreffend.

Bovendien had Joanna ook geen medische voorgeschiedenis, behalve een hysterectomie (verwijdering van de baarmoeder) die ze zes jaar voor haar klachten had laten uitvoeren omdat ze last had van hevige bloedingen. Joanna nam al acht maanden een antidepressivum. Ze raakte minder snel geïrriteerd, maar afgezien daarvan ging het niet beter met haar. Ze was zelfs in gewicht toegenomen. Ze kwam naar ons omdat ze niet langer antidepressiva wilde slikken. Ze wilde dat ik haar een behandeling voorschreef die echt doeltreffend zou zijn. Ze had over bio-identieke hormonen gehoord en wilde die graag nemen. Ze vertelde me echter dat ze ook bang was om borstkanker te krijgen wanneer ze hormonen zou nemen.

De premenopauze en de menopauze: 'Het is biologisch, niet psychologisch.'

Het is niet uitzonderlijk dat vrouwen in mijn kantoor beginnen te huilen wanneer ze vaststellen dat de ellenlange lijst van symptomen die ze rond hun vijfenveertigste kregen, te wijten is aan een tekort aan hormonen die door de eierstokken worden geproduceerd. 'Ik wist al die tijd dat ik niet gek was', vertellen de vrouwen me dan opgelucht, omdat ze zich eindelijk begrepen voelen.

De menopauze is geen waanidee, het is een echte crash van de hormoonspiegel in je lichaam, vooral van oestradiol en progesteron.

Het FSH, het LH en de premenopauze

Het FSH (follikel stimulerend hormoon) en het LH (luteïniserend hormoon) worden door de hypofyse afgescheiden.

Hun functie bestaat erin de eierstokken te stimuleren om een dominant eiblaasje aan te maken en geslachtshormonen te produceren.

Tijdens de premenopauze stijgen de FSH- en LH-concentraties geleidelijk aan, terwijl de progesteron- of oestradiolwaarden dalen. Door toedoen van deze hormonen probeert de hypofyse wanhopig de eierstokken te stimuleren om de hormoontekorten weg te werken.

Ik heb gemerkt dat er een bepaald verband bestaat tussen hoge FSH- en LH-concentraties enerzijds en opvliegers anderzijds.

In het kadertje hieronder zie je de geslachtshormoonspiegel van France en Jean die al 35 jaar getrouwd zijn en gelijkaardige symptomen vertonen: opvliegers, slapeloosheid, prikkelbaarheid, pijn in spieren en botten, seksuele problemen enzovoort.

Het bloedonderzoek van France en Jean vertoont de typische concentraties geslachtshormonen die we terugvinden bij mensen van hun leeftijd die te kampen hebben met de symptomen van de menopauze of andropauze.

MENOPAUZE EN ANDROPAUZE

France (56 jaar)	Jean (58 jaar)
FSH: 65 UI/l	FSH: 4 UI/l
LH: 31 UI/l	LH: 3 UI/l
Oestradiol: 68 pmol/l	Oestradiol: 80 pmol/l
Progesteron: 1,0 nmol/l	Progesteron: 1,8 nmol/l
Testosteron: 0,9 nmol/l	Testosteron: 7,9 nmol/l

Het is je waarschijnlijk wel opgevallen dat France minder geslachtshormonen (oestradiol, progesteron en testosteron) heeft dan Jean. Over het algemeen stel ik vast dat vrouwen in de menopauze lagere oestradiol- en progesteronwaarden hebben dan mannen.

Maar dat is niet het geval vóór de menopauze, want vrouwen hebben dan een hogere gemiddelde oestradiol- en progesteronspiegel dan mannen. (Wat testosteron betreft, hebben vrouwen gemiddeld tien keer minder testosteron dan mannen). Zo kan de oestradiolwaarde tijdens een normale menstruatiecyclus

net voor de eisprong oplopen tot bijna 2.000 pmol/liter. Tijdens de laatste drie maanden van de zwangerschap kan dat zelfs oplopen tot 50.000 pmol/liter! Met 68 pmol/liter zit France daar dus ruim onder. Het is echt verbazend dat de oestradiolwaarde van France zelfs lager is dan die van Jean (68 pmol/liter tegenover 80 pmol/liter), hoewel oestradiol een typisch vrouwelijk hormoon is. France heeft ook minder progesteron dan Jean (1,0 nmol/liter tegenover 1,8 nmol/liter). Ter vergelijking: tijdens een normale menstruatiecyclus kan de progesteronwaarde stijgen tot 100 nmol/liter, en tijdens de laatste drie maanden van de zwangerschap zelfs tot 800 nmol/liter.

Tijdens de andropauze...

De FSH- en LH-waarden zijn tijdens de andropauze over het algemeen normaal, terwijl de testosteronwaarden zakken.

Bij de man daalt de testosteronwaarde geleidelijk aan.

Aangezien het slechts om een daling gaat (de teelballen blijven wel testosteron produceren), zijn de symptomen minder duidelijk maar toch vergelijkbaar met die van de menopauze.

De premenopauze en de menopauze maken deel uit van het normale verouderingsproces

Het verouderingsproces is een natuurlijk en complex proces waarin onze omgeving (voeding, levensstijl enzovoort) en onze genetische bagage een belangrijke rol spelen.

De voornaamste hormonale veranderingen die gepaard gaan met het verouderingsproces zijn de menopauze (andropauze bij de mannen), de adrenopauze en de somatopauze.

De menopauze en andropauze zijn veel bekender dan de adrenopauze en somatopauze. Bovendien kan de menopauze (en ook de andropauze) doeltreffend worden behandeld met hormoontherapie voor vrouwen (of voor mannen).

De adrenopauze wordt eigenlijk veroorzaakt door de verminderde werking van de bijnier die vanaf een bepaalde leeftijd optreedt (over het algemeen na je zestigste). De adrenopauze wordt gekenmerkt door een geleidelijke afname van de concentratie van dehydroepiandrosteron (DHEA) en bijhorende sulfaatverbinding (DHEA-S) in het bloed. Zo liggen de DHEA-S-serumwaarden bij

iemand van 70 en 85 jaar veel lager dan bij een jonge twintiger (respectievelijk ongeveer vijf tot twintig keer lager).

De somatopauze is dan weer te wijten aan het feit dat je lichaam door het ouder worden minder groeihormoon produceert.

De adrenopauze en somatopauze gaan we in dit boek echter niet behandelen. Het enige wat ik daarover wel wil zeggen, is dat het nog niet wetenschappelijk is aangetoond dat het gebruik van DHEA of het groeihormoon doeltreffend en onschadelijk is bij normale veroudering.

Ouder worden kan in sommige opzichten worden gezien als een proces waarbij de organen geleidelijk aan minder goed functioneren. De natuurlijke menopauze treedt op wanneer de eierstokken niet meer functioneren als gevolg van veroudering. Tijdens de menopauze nemen de concentraties geslachtshormonen in het bloed (oestrogenen, progesteron en testosteron) geleidelijk af met de leeftijd.

De daling van de productie van geslachtshormonen is nauw verbonden met het verouderingsproces.

Wanneer eindigt de menopauze?

Vrouwen stellen me vaak de vraag: ‘Dokter, wanneer is mijn menopauze voorbij?’, en dan denken ze eigenlijk vooral aan hun opvliegers. Ze zijn over het algemeen verbaasd wanneer ik hun dan vastberaden antwoord: ‘Nooit!’ Het is belangrijk te weten dat de menopauze niet gelijkstaat aan opvliegers.

De menopauze houdt veel meer in dan de bekende opvliegers. Er zijn heel wat klachten aan de menopauze verbonden, waardoor het belang en de verscheidenheid aan functies van de geslachtshormonen in het lichaam van de vrouw meteen ook duidelijk wordt.

Wanneer mensen aan de (pre)menopauze denken, zijn opvliegers vaak het eerste dat in hen opkomt. Vijfenzeventig procent van de vrouwen heeft trouwens last van opvliegers, maar met de jaren zwakken die meestal af. Bij sommige vrouwen verdwijnen ze zelfs na twee tot vijf jaar. Bij ongeveer dertig procent van de vrouwen blijven ze echter aanhouden tot zeven jaar na de laatste menstruatie. De natuurlijke menopauze wordt veroorzaakt doordat de eierstokken door ouderdom niet langer functioneren. Het spreekt daarom voor zich dat ze niet plots opnieuw zullen werken op je vijfenzeventigste!

De natuurlijke en operatieve menopauze zijn definitief.

De opvliegers zullen misschien wel vanzelf voorbijgaan, maar door het tekort aan hormonen zullen er geleidelijk aan gezondheidsproblemen optreden, zoals aderverkalking, osteoporose (botontkalking) enzovoort.

DE BEHOEFTE AAN EEN GOEDE BEHANDELING

Natuurlijke producten

Het is niet wetenschappelijk aangetoond dat natuurlijke producten de symptomen van de (pre)menopauze verlichten.

Natuurlijke producten en bioproducten zijn tegenwoordig heel populair. Mensen willen gezonde producten die in harmonie zijn met hun lichaam. Dat is absoluut begrijpelijk, maar het creëert een vooroordeel ten gunste van de natuurlijke producten.

Er bestaan heel wat natuurlijke producten die je kunt nemen om (pre)menopauzeklachten te verlichten. De belangrijkste zijn zilverkaars, fyto-oestrogenen (lijnzaad, soja-isoflavonen of rode klaver) en teunisbloemolie.

Steeds meer onderzoeken wijzen erop dat die natuurlijke producten ernstige bijwerkingen kunnen hebben. Zo wordt bijvoorbeeld het gebruik van teunisbloemolie, salie en ginkgo biloba geassocieerd met een verhoogde frequentie van epileptische aanvallen.

Ginseng, sint-janskruid en zoethout kunnen aanleiding geven tot verschillende klachten van het centraal zenuwstelsel, zoals hoofdpijn, beven en manie. Ik heb de wetenschappelijke artikels doorgenomen die tussen 1966 en 2001 verschenen over het gebruik van natuurlijke producten tijdens de premenopauze en de menopauze. Daaruit bleek dat rode klaver, dong quai (engelwortel), sleutelbloemolie, vitamine E en een mengeling van Chinese kruiden niet doeltreffend zijn tegen opvliegers.

Ook recent nog verschenen er enkele wetenschappelijke artikels (waaronder meta-analyses) waarin de doeltreffendheid van niet-hormonale producten, waaronder natuurlijke producten, werd nagegaan. Er werd meer bepaald onderzocht of ze in staat zijn (pre)menopauzeklachten te verlichten. Bij de meeste studies schort het op bepaalde vlakken ernstig aan methodologie, wat het moeilijk maakt om de resultaten te veralgemenen. Volgens diezelfde studies heeft geen enkele van de voornoemde behandelingen bijwerkingen. Ik kan met een gerust hart zeggen dat ik die studies grondig heb doorgenomen, en

ik kom tot de conclusie dat natuurlijke producten niet efficiënter zijn tegen (pre-)menopauzeklachten dan een placebo.

Wat is een placebo?

Een placebo is een product dat uiterlijk en in smaak geheel overeenkomt met het product dat wordt getest, maar geen werkzame stoffen bevat.

Het placebo-effect is een verwachtingseffect bij de inname van een product dat geen werkzame stof bevat. Het wordt veroorzaakt door het vertrouwen (of wantrouwen) dat je in dat product hebt.

Het placebo-effect bij opvliegers is gemiddeld dertig tot vijfendertig procent. Dat wil dus zeggen dat ongeveer een derde van de mensen die een placebo toegediend krijgen (product zonder actief bestanddeel) minder last heeft van opvliegers.

Tot voor kort waren de meest veelbelovende natuurlijke producten tegen opvliegers zilverkaars en fyto-oestrogenen.

Jammer genoeg blijkt uit wetenschappelijke studies dat die producten allesbehalve wondermiddelen zijn voor de vrouw.

Zilverkaars

In een studie heeft men de doeltreffendheid van zilverkaars onderzocht bij 351 vrouwen tussen 45 en 55 jaar die minstens een keer per dag vasomotorische klachten (opvliegers en/of nachtelijk zweten) hadden. Deze vrouwen hebben willekeurig een van de volgende behandelingen gekregen:

Groep	Behandeling
1	160 mg zilverkaars per dag
2	200 mg zilverkaars per dag in combinatie met plantenextracten ¹ die tijdens de premenopauze of menopauze worden ingenomen
3	Zelfde behandeling als groep 2, maar met voedingstips (bijvoorbeeld gebruik van sojaproducten)

- | | |
|---|---|
| 4 | Hormoontherapie voor vrouwen (Premarin® 0,625 mg/dag met of zonder Provera® 2,5 mg/dag) |
| 5 | Placebo |

De vrouwen werden na de derde, zesde en twaalfde maand opgevolgd. Uit de resultaten bleek dat er geen verschil was wat de klachten betreft tussen de groep vrouwen die natuurlijke producten had ingenomen en de groep die een placebo had gekregen. Na een jaar bleek zelfs dat de vrouwen uit groep 3 meer vasomotorische klachten hadden dan de groep die een placebo had gekregen. De groep vrouwen die een hormoontherapie had gevolgd, had daarentegen beduidend minder klachten dan de groep met een placebo (gemiddelde daling van 4,06 vasomotorische klachten per dag).

Bovendien is het nu bekend dat zilverkaars bepaalde bijwerkingen kan hebben zoals een te lage bloeddruk, maagklachten (dyspepsie), misselijkheid en braken, interactie met bloeddrukverlagers en een verhoogd risico op een miskraam.

Fyto-oestrogenen

Fyto-oestrogenen zijn bestanddelen die in tal van planten zitten. De twee belangrijkste groepen fyto-oestrogenen zijn isoflavonen en lignanen.

Fyto-oestrogenen hebben een structuur die lijkt op die van oestrogenen. Toch bezitten ze enkel zwak oestrogene eigenschappen: ze zijn immers honderd tot duizend keer minder krachtig dan 17 β -oestradiol. Door fyto-oestrogenen oraal in te nemen, wordt het grootste deel bovendien ook nog eens door de lever afgebroken voor ze goed en wel in de grote bloedsomloop terechtkomen.

Wetenschappelijk onderzoek naar isoflavonen en rode klaver (bijvoorbeeld Promensil) heeft aangetoond dat deze niet doeltreffend zijn tegen opvliegers. Wat de soja-isoflavonen betreft, werd er in elf van de veertien gerandomiseerde studies geen enkel verschil waargenomen tussen het actieve bestanddeel en het placebo.

Eén van die studies over de doeltreffendheid van soja-isoflavonensupplementen is het vermelden waard, want ze beantwoordt aan de criteria van een goede klinische studie (die we in het volgende hoofdstuk zullen bespreken). Twee jaar lang werden 393 vrouwen tussen veertig en vijftig jaar opgevolgd in een gerandomiseerde en placebogecontroleerde studie.

Groep	Behandeling
1	80 mg soja-isoflavonen per dag
2	120 mg soja-isoflavonen per dag
3	Placebo

Tijdens het onderzoek werden de klachten gemeten die de levenskwaliteit van de vrouw kunnen beïnvloeden, zoals opvliegers en het seksleven. Uit de resultaten bleek dat de supplementen met soja-isoflavonen de levenskwaliteit van de vrouwen in de (pre)menopauze niet verbeterden.

Bovendien kunnen mensen die soja eten, last krijgen van winderigheid, en kunnen de soja-eiwitten zelfs tot constipatie leiden. Lignanen van hun kant, en dan vooral het populaire lijnzaad, kunnen allergieën veroorzaken en een versnelling van de darmtransit in de hand werken (bijvoorbeeld krampen, diarree).

Ik ben geen voorstander van natuurlijke producten, maar ik ben er ook niet tegen. Ik ben voorstander van een keuze waarbij je gezondheid het meeste baat heeft. En dat hoort een heldere keuze te zijn.

Vrouwen die natuurlijke producten innemen tegen de symptomen van de (pre)menopauze moeten beseffen dat de heilzame werking van de producten die ze innemen niet is bewezen, en dat er ook nog maar weinig bekend is over de mogelijke risico's.

Niet-hormonale geneesmiddelen

Niet-hormonale geneesmiddelen zijn weinig doeltreffend tegen opvliegers en kunnen bovendien ernstige bijwerkingen hebben.

Niet-hormonale geneesmiddelen die worden gebruikt tegen opvliegers zijn bijvoorbeeld antidepressiva, clonidine (alfa-blokker) en gabapentine (antiepilepticum).

Recent hebben twee meta-analyses van dubbelblinde, placebogecontroleerde en gerandomiseerde klinische studies aangetoond dat orale niet-hormonale behandelingen slechts in heel beperkte mate helpen tegen opvliegers. De

meeste studies verliepen echter over een periode van maximaal twaalf maanden en vertonen enkele methodologische zwaktes.

Antidepressiva van het type SSRI (selectieve serotonineheropnameremmers, zoals Prozac) en van het type SNRI (selectieve serotonine en noradrenalineheropnameremmers, zoals Effexor) zouden de frequentie van opvliegers doen afnemen met één per dag.

Clonidine (Dixarit®) en gabapentine (Neurontin^{MC}) doen de frequentie van de opvliegers matig dalen. Beide geneesmiddelen hebben echter een hele reeks noemenswaardige bijwerkingen.

Er zijn nog tal van andere geneesmiddelen die je kunt nemen tegen diverse (pre)menopauzeklachten.

Zo zijn er bijvoorbeeld de antidepressiva die doeltreffend kunnen zijn tegen stemmingswisselingen en vaak worden voorgeschreven aan vrouwen (zie hoofdstuk 4). Antidepressiva kunnen echter bijwerkingen hebben, waaronder klachten die sowieso al kunnen optreden tijdens de (pre)menopauze, zoals gewichtstoename en een verminderd libido. Deze twee problemen doen de levenskwaliteit van vrouwen gevoelig dalen en zijn een gegronde reden tot klagen.

Slapeloosheid kan worden behandeld met anxiolytica (angstremmers), hypnotica (slaapmiddelen), antidepressiva of een lage dosis antipsychotica. De kwaliteit van de herstellende slaap is met deze geneesmiddelen over het algemeen niet echt bevredigend, om nog maar te zwijgen over de bijwerkingen wanneer ze regelmatig worden genomen.

De geneesmiddelen die over het algemeen worden gebruikt tegen urineverlies zijn anticholinergica en antispasmodica (krampwerende middelen) die de blaas ontspannen. Deze geneesmiddelen kunnen bijwerkingen hebben zoals een droge mond, droge ogen (xeroftalmie), afwijkingen van het gezichtsvermogen (accommodatie van het oog), urineretentie en constipatie.

Ter preventie van osteoporose worden bifosfonaten (bijvoorbeeld Fosamax®) het vaakst als eerste-lijnsgeneesmiddelen voorgeschreven. Toch moet je bepaalde voorzorgen nemen wanneer je bifosfonaten inneemt, want ze kunnen een plaatselijke irritatie veroorzaken aan het bovenste deel van het spijsverteringskanaal. Ook de bijwerkingen op lange termijn zijn nog niet goed bekend (zie hoofdstuk 5).

Tegen pijn in spieren en botten kunnen spierontspanners, antidepressiva en pijnstillers worden voorgeschreven (paracetamol, ontstekingsremmers, opioïden). De resultaten zijn vaak niet eenduidig of zelfs teleurstellend en er kunnen tal van bijwerkingen optreden, vooral wanneer je deze medicatie langdurig neemt.

Veel vrouwen gebruiken een combinatie van geneesmiddelen tijdens de (pre-) menopauze (fenomeen dat ook wel ‘polyfarmacie’ wordt genoemd). Door de slechte reputatie van hormonen worden vrouwen vooral op basis van hun symptomen en klachten behandeld. De symptomen worden individueel bekeken. Maar zijn deze geneesmiddelen ook doeltreffend?

- Geneesmiddelen tegen opvliegers.
- Geneesmiddelen tegen angst.
- Geneesmiddelen tegen depressie.
- Geneesmiddelen om te kunnen slapen.
- Geneesmiddelen tegen pijn in spieren en botten.
- Geneesmiddelen tegen urine-incontinentie.
- Geneesmiddelen om osteoporose te voorkomen.
- Plus een brede waaier aan natuurlijke producten.

Vaak zijn ze dan nog niet eens van al hun klachten af! Je kunt je ook afvragen welke bijwerkingen al deze geneesmiddelen hebben, en hoe ze elkaar onderling beïnvloeden. Van de meeste is het trouwens niet bekend of ze onschadelijk zijn op lange termijn.

Het is belangrijk de zaken in het juiste perspectief te plaatsen, maar momenteel lijkt dat niet te gebeuren, want de angst voor hormonen overheerst en maakt mensen blind.

Vrouwelijke hormonen

Momenteel is hormoontherapie voor vrouwen de enige behandeling die als doeltreffend wordt erkend.

De Canadese Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (SOGC) heeft in haar nieuwe richtlijnen erkend dat hormoontherapie de beste behandeling is tegen menopauzesymptomen. Zo kunnen in negentig procent van de gevallen opvliegers efficiënt worden behandeld met oestrogenen. De SOGC maakt echter geen onderscheid tussen bio-identieke en niet-bio-identieke hormonen. De symptomen van de (pre)menopauze worden veroorzaakt doordat de eierstokken minder 17 β -oestradiol en progesteron (en mogelijk ook testosteron) aanmaken, of ze helemaal niet meer aanmaken. Daarom lijkt het logisch dat een bio-identieke hormoontherapie voor vrouwen, waarbij lichaamsidentieke

hormonen worden gebruikt, menopauzeklachten nog doeltreffender kan bestrijden. Mijn ervaring leert me dat dit inderdaad zo is.

Bio-identieke vrouwelijke hormonen

Bio-identieke vrouwelijke hormonen en hormonen die door de eierstokken worden aangemaakt hebben dezelfde samenstelling en gedragen zich ook op dezelfde manier in het lichaam van de vrouw. De bio-identieke hormonen die momenteel op de markt zijn, worden over het algemeen vervaardigd uit analoge steroïden die je in een aantal plantensoorten terugvindt, vooral in sojabonen en in de wilde yamswortel.

De twee voornaamste hormonen die door de eierstokken worden geproduceerd, zijn 17β -oestradiol en progesteron, de hormonen die ik zelf voorschrijf. Deze hormonen vervullen dezelfde taken in de cellen als onze lichaamseigen hormonen, en worden dankzij een fysiologisch evenwicht omgezet in andere hormonen.

De hormonen die je terugvindt in orale anticonceptiemiddelen (bijvoorbeeld Yasmin®) en bij niet-bio-identieke hormoontherapieën (bijvoorbeeld Premarin® en Provera®) verschillen van de hormonen die door de eierstokken worden aangemaakt.

Een aantal artsen, onder andere ikzelf, zijn er rotsvast van overtuigd dat bio-identieke hormonen beter zijn dan niet-bio-identieke hormonen. Het zijn immers exacte kopieën van de hormonen die in het lichaam worden geproduceerd.

Waarom dient de menopauze?

Mensen, net zoals alle levende wezens, worden ouder en sterven. De menopauze en andropauze maken integraal deel uit van het verouderingsproces van de mens.

Misschien vind je dat de verhouding tussen de menopauze en de andropauze niet rechtvaardig is. Inderdaad, op een bepaalde leeftijd gaan de eierstokken van de vrouw niet langer vrouwelijke hormonen aanmaken, terwijl de teelballen van de man wel nog testosteron blijven aanmaken, zij het in mindere mate.

Zit het lichaam van de vrouw dan minder goed in elkaar? Mijn antwoord daarop is: neen! Eerst en vooral is de zwangerschap een ingrijpende gebeurtenis in het lichaam die vooral voor oudere vrouwen een aanzienlijk gezondheids-

risico zou inhouden (als zij zwanger zouden worden). Om dit risico voor de ouder wordende vrouw en het kind te vermijden, verliest het voortplantingssysteem tijdens de menopauze zijn functie.

De vrouw wordt dus niet benadeeld, want ondanks de menopauze heeft de vrouw ook een hogere levensverwachting dan de man. Zo was in de VS in 2003 de levensverwachting van de vrouw 80,1 jaar terwijl dat 74,8 jaar was voor de man.

Volgens mij heeft de vrouw die hogere levensverwachting te danken aan de grote hoeveelheden geslachtshormonen die in haar lichaam circuleren gedurende de periode waarin ze vruchtbaar is (in totaal 35 tot 40 jaar). Zo zien we bijvoorbeeld dat 17 β -oestradiol een krachtige werking heeft tegen slagaderverkalking (atherosclerose).

Die heilzame werking blijft aanwezig tot meerdere jaren na het begin van de menopauze.

Hoewel we langer leven, zorgt een chronisch tekort aan geslachtshormonen er tijdens de menopauze toch voor dat sommige vrouwen zich een groot deel van hun leven ongezonder en slecht in hun vel voelen.

Denk maar aan een chronisch slaaptekort, vaginale droogheid, een droge huid, pijn in spieren en botten, hart- en vaatziekten, breuken als gevolg van osteoporose, dementie enzovoort.

Laten we niet vergeten dat de levensverwachting van de westerse vrouw aan het begin van de twintigste eeuw ongeveer 48,3 jaar was. De meeste vrouwen kwamen zelfs nog niet eens aan de menopauze toe. Dat er nu zoveel vrouwen in de menopauze zitten, is een recent fenomeen in de geschiedenis van de mensheid.

In westerse landen zitten vrouwen veertig procent van hun leven in de menopauze.

Het wordt dus hoog tijd dat deze vrouwen ten volle kunnen genieten van de heilzame werking van hun natuurlijke vrouwelijke hormonen, want ze zijn goed voor lichaam en geest.

Waarom niet ten volle en langer genieten van het feit dat je een vrouw bent?

Eén van mijn collega's, die als verpleegster op de afdeling palliatieve zorgen werkt en ook een patiënte van me is, vertelde me dat sommige vrouwen hun hormonen willen blijven nemen en liever stoppen met symptoombestrijdende geneesmiddelen. Eén keer had een vrouw op haar afdeling zelfs eens tegen haar gezegd: 'Ik wil begraven worden met mijn hormonen!' Die woorden

alleen al tonen aan hoe belangrijk sommige vrouwen hun hormoontherapie vinden om zich goed te voelen.

Ik vind het belangrijk dat vrouwen goed geïnformeerd zijn en dat ze ook actief kunnen deelnemen in wat er wordt beslist voor hun eigen gezondheid. Ik houd dus niet van mensen die zeggen dat een patiënt niet in staat is te weten wat goed is voor hem of haar.

Je moet goede informatie aan je patiënten geven zodat ze een heldere keuze kunnen maken, en dat geldt zeker voor een van de meest actuele gezondheidsthema's, met name de hormonen.

HOOFDSTUK 2

HET IS ALLEMAAL DE SCHULD VAN DE WHI-STUDIE

De publicatie van de resultaten van de WHI-studie had onze kijk op hormoontherapie voor vrouwen moeten verruimen, waardoor vrouwen een betere behandeling hadden kunnen krijgen. Helaas is het heel anders uitgedraaid.

WAAROM WERDEN ER VOORAL NIET-BIO-IDENTIEKE VROUWELIJKE HORMONEN GEBRUIKT?

Op 20 juli 2001 zat ik gezellig in mijn sofa met een lekkere espresso en het Franse tijdschrift *Les sélections de médecine/Sciences*, toen een artikel mijn aandacht trok: 'Uitdagingen en vooruitzichten voor de behandeling van de menopauze'.

Net zoals de meeste huisartsen heb ik zelf ook veel vrouwelijke patiënten met menopauzeklachten. Het artikel in kwestie interesseerde me meteen, want het ging over een thema waar ik passioneel mee bezig was, en bovendien werd er verwezen naar een onderzoek dat wetenschappelijk betrouwbaar leek.

Je moet weten dat de hele medische gemeenschap reikhalzend uitkeek naar de resultaten van een omvangrijke studie over hormoontherapieën voor vrouwen. De bedoeling van die *Women's Health Initiative*-studie, kortom de WHI-studie, was om de heilzame eigenschappen (en de risico's) te onderzoeken van een hormoonbehandeling met geconjugeerde equine oestrogenen (CEE's: *conjugated equine estrogens*, dit is oestrogeen afkomstig van de urine van drachtige merries) al dan niet in combinatie met medroxyprogesteronacetaat (MPA).

Ik was verbijsterd toen ik verder las en zag dat CEE's en MPA een zeker gezondheidsrisico inhielden voor de vrouw. Ik werd op slag onwel. Waarom hadden deze hormonen gebruikt voor de WHI-studie in plaats van bio-identieke hormonen?

Voor het eerst beseftte ik dat deze hormonen heel verschillend zijn van de echte vrouwelijke geslachtshormonen, en dat het slikken van oestrogenen absoluut niet de juiste keuze is in een hormoonbehandeling voor vrouwen.

Vreemd genoeg werd de hormoontherapie die het veiligst leek, de bio-identieke hormoontherapie (transdermaal 17β -oestradiol en progesteron), het minst vaak voorgeschreven. Die bleek vooral bestemd voor vrouwen die in een bepaalde risicogroep zaten. Al snel kwam de vraag in me op: waarom past men geen behandeling toe die goed is voor alle vrouwen? Waarom laat men zoveel vrouwen onnodige risico's nemen?

Nadat ik het artikel had gelezen bleef ik verweesd achter. Ik had een dubbel gevoel, want net zoals tal van huisartsen en andere gynaecologen uit Quebec, schreef ik regelmatig CEE's (Premarin®) en MPA (Provera®) voor. Moest ik dan mijn aanpak veranderen? De vraag die zich plots opdroeg, was waarom wij, artsen, vooral niet-bio-identieke hormonen voorschreven.

Je moet weten dat er aan CEE's en MPA destijds meer heilzame eigenschappen dan risico's werden toegeschreven, en dat die hormoontherapie voor vrouwen de bekendste en meest bestudeerde was. Er was niet alleen zwaar geïnvesteerd in onderzoek, maar ook in marketing om de voordelen van dat type hormonen aan te prijzen waardoor in de meeste klinische onderzoeken naar hormoontherapieën steeds diezelfde producten werden gebruikt.

De termen 'hormonale vervangingstherapie' of 'hormonale substitutietherapie' werden nagenoeg als synoniemen gebruikt voor CEE's en MPA, zodat heel wat mensen ze met echte vrouwelijke hormonen verwarden (en dat vandaag nog altijd doen).

Zoals heel veel andere artsen was ook ik voorstander van hormoontherapie voor vrouwen, en dat ben ik nog steeds. Maar sinds 2001 is mijn mening veel genuanceerder geworden: niet zomaar om het even welke hormoontherapie, en niet om het even hoe.

Door meer over het onderwerp te lezen en zelf onderzoek te doen, veranderde mijn aanpak in de daaropvolgende maanden. Geleidelijk aan begon ik bio-identieke hormoontherapieën voor vrouwen voor te schrijven. Dat bleek niet alleen beter te zijn voor de gezondheid, het was ook logischer behandelingen voor te schrijven waarbij hormonen worden gebruikt die identiek zijn aan echte vrouwelijke hormonen.

Destijds was er in de medische wereld van bio-identieke hormoontherapie amper sprake. Daar is trouwens weinig verandering in gekomen. Zelfs vandaag nog zijn er maar weinig professionals in de medische wereld die bio-identieke hormoontherapie kennen. Anderen die er vaag over hebben gehoord denken dat er geen wetenschappelijke basis is voor deze hormoonbehandeling. Zij vergissen zich.

Ik zou zelfs durven te zeggen dat er, in tegenstelling tot wat algemeen wordt

gedacht, weinig onenigheid bestaat omtrent het onderzoek naar bio-identieke hormonen. Uit de resultaten van onderzoeken is meermaals gebleken dat deze hormonen een heilzame werking hebben, op voorwaarde dat ze in een aangepaste dosis worden voorgeschreven.

Transdermaal 17β -oestradiol en progesteron zijn trouwens grondiger bestudeerd dan de meeste geneesmiddelen en natuurlijke producten. Het is dus interessant te onderzoeken waarom dit type hormoontherapie zo onbekend is in de medische wereld (zie hoofdstuk 6).

Nog een andere belangrijke vraag: 'Waarom hebben vrouwelijke hormonen zo'n slechte reputatie en waarom wekken ze zoveel vrees?'

Het beeld dat we hebben over andere lichaamseigen hormonen, zoals schildklierhormonen en insuline die vaak worden voorgeschreven tegen een slecht werkende schildklier of alvleesklier, is lang niet zo negatief.

CEE'S EN AMP WORDEN VAAK VOORGESCHREVEN, MAAR WAT VOOR HORMONEN ZIJN DIT?

CEE's zijn niet hetzelfde als 17β -oestradiol

CEE's (geconjugeerde equine oestrogenen) zijn afkomstig van de urine van drachtige merries.

Een drachtige merrie produceert een enorme hoeveelheid geconjugeerde oestrogenen: haar urine kan meer dan 100 milligram per dag van deze stof bevatten. In Canada worden CEE's (bijvoorbeeld Premarin®) sinds de jaren veertig toegediend.

Heel wat van mijn patiënten kijken verbaasd op en zijn zelfs ontgoocheld wanneer ik hen vertel dat CEE's eigenlijk oestrogenen zijn die in de urine van merries zitten. Heel wat vrouwen denken namelijk dat CEE's oestrogenen bevatten die identiek zijn aan hun eigen oestrogenen.

Dat is allesbehalve het geval.

Wanneer de vergelijking wordt gemaakt tussen bio-identieke en niet-bio-identieke vrouwelijke hormonen, hoor ik al te vaak: 'Een hormoon is toch een hormoon.' Wel, dat is fout.

Bij CEE's bestaan ongeveer de helft van de oestrogenen uit oestransulfaat. De andere helft bestaat uit andere oestrogenen¹ waarvan de helft niet wordt aangemaakt in het lichaam van de vrouw. Ik wil hierbij benadrukken dat het niet wetenschappelijk bewezen is dat oestron en oestransulfaat goed zijn voor het

hart en de hersenen (zie hoofdstukken 3 en 4).

In het volgende hoofdstuk zullen we zien dat de orale inname van CEE's de kans op ontstekingen en trombo-embolie (bloedklonters) doet toenemen en dat ontstekingen een rol spelen bij talrijke andere aandoeningen.

Transdermaal 17 β -oestradiol, dat in bio-identieke hormoontherapieën wordt gebruikt, zou daarentegen het risico op ontstekingen en trombo-embolie (bloedklonters) niet verhogen. Sterker nog: het risico op deze aandoeningen zou zelfs dalen.

Nog lang voor de resultaten van de WHI-studie werden gepubliceerd, was transdermaal 17 β -oestradiol de voorkeursbehandeling voor vrouwen met zwaarlijvigheid, hoge bloeddruk, diabetes of dyslipedemie²; gezondheidsproblemen waarmee nogal wat vrouwen tijdens de menopauze te kampen hebben.

MPA is geen progesteron

MPA (medroxyprogesteronacetaat) is een progestativum dat in de baarmoeder bepaalde functies vervult die vergelijkbaar zijn met die van progesteron.

De term 'progestativum' verwijst naar alle synthetisch vervaardigde stoffen die aangroeiend baarmoederslijmvlies³ (baarmoederslijmvlies in de eerste fase van een menstruatiecyclus) omzetten in baarmoederslijmvlies dat wordt afgescheiden (het normale baarmoederslijmvlies in de tweede fase). Progestativa vind je niet terug in de natuur: het zijn synthetisch vervaardigde stoffen.

Tijdens een hormoontherapie wordt MPA voorgeschreven aan vrouwen met een intacte baarmoeder om abnormale baarmoederbloedingen en baarmoederkanker te voorkomen. Deze behandeling wordt niet gegeven aan vrouwen bij wie de baarmoeder is verwijderd. En dat zou trouwens ook niet mogen, want het kan schadelijke gevolgen hebben voor de gezondheid.

Gezien de gunstige invloed van progesteron op de gezondheid, zou dit hormoon daarentegen wel moeten worden voorgeschreven aan alle vrouwen die een hormoontherapie volgen.

Wetenschappelijke studies tonen immers aan dat MPA schadelijk kan zijn voor het hart en het zenuwstelsel, en het risico op borstkanker kan verhogen, terwijl progesteron beschermend werkt.

Ik houd dus van progesteron, maar niet van MPA.

Vrouwen verdienen beter.

DE WHI-STUDIE VEROORZAAKT PANIEK

Op 10 juli 2002, een doordeweekse (iets te drukke) werkdag, kwam mijn secretaresse Patricia naar me toe en overhandigde me een fax waarop stond dat de WHI-studie bij vrouwen die PremProTM namen (een geneesmiddel dat een combinatie van CEE's en MPA bevat) was stopgezet. Ik was er al van overtuigd dat men op het verkeerde spoor zat met hormoontherapieën waarin geen echte vrouwelijke hormonen worden gebruikt. Toen ik het bericht had gelezen, keek ik naar Patricia en zei: 'En nu?' Ik ging terug aan het werk. Eerlijk gezegd was ik niet echt verbaasd over de resultaten van de WHI-studie. Ik betrapte me er zelfs op dat ik dacht: 'Ik ben blij, want de resultaten zijn misschien een mooie kans om echt vooruitgang te boeken op het gebied van hormoontherapie.'

Maar wat ik me nooit had kunnen inbeelden is dat wat volgde zo verwarrend en teleurstellend zou zijn. We zijn nu jaren later en nog geen stap verder.

De volgende dag stonden de kranten er bol van. En zoals verwacht begonnen heel wat van mijn patiënten die een hormoonbehandeling volgden, me ongerust op te bellen met de vraag: 'Dr. Demers, moet ik stoppen met hormonen te nemen?' 'Wat is uw mening over de studie die net is verschenen? Er wordt namelijk beweerd dat hormonen het risico op borstkanker en hartaanvallen verhogen?' Om hun goed advies te kunnen geven heb ik eerst het wetenschappelijke basisartikel gelezen waarin de resultaten van de WHI-studie werden besproken. Ik werd langzaam overmeesterd door een gevoel van woede, hoewel ik die emotie niet helemaal kon plaatsen.

Mijn grootste motivatie om dit boek te schrijven was om vrouwen, en al wie om vrouwen geeft, beter te doen begrijpen dat we de WHI-studie verkeerd hebben geïnterpreteerd en dat we de rol van de vrouwelijke geslachtshormonen totaal verkeerd hebben ingeschat.

Wat is de WHI-studie?

De WHI (Women's Health Initiative) is een grootschalige Amerikaanse studie naar de gunstige invloed van CEE's en MPA op hart- en vaatziekten.

Met de studie wilde men ook de gunstige invloed van deze stoffen op verschillende ernstige gezondheidsproblemen onderzoeken (zoals osteoporose, trombosen, borstkanker). Veertig medische klinieken in de Verenigde Staten namen aan de studie deel.

Vóór de publicatie van de resultaten van de WHI-studie waren de artsen het erover eens dat hormoontherapie voor vrouwen meer voordelen dan risico's inhield. Die voordelen waren onder meer het verzachten van menopauzesymptomen en het voorkomen van osteoporose, wat nog steeds klopt. Men vermoedde dat er ook nog andere positieve eigenschappen aan konden worden toegeschreven zoals het voorkomen van hartziekten en de ziekte van Alzheimer.

In de overgrote meerderheid van de klinische studies werden CEE's afzonderlijk of in combinatie met MPA gebruikt, maar de meeste observaties werden gedaan in studies die gebaseerd waren op getuigenissen, statistisch gelijke groepen en meta-analyses⁴.

De WHI-studie beantwoordde aan de strengste eisen inzake wetenschappelijke studies. Het was een:

- primaire-preventiestudie (voorkomt het geneesmiddel de ziekte?)
- grootschalige studie (groot aantal vrouwelijke deelnemers)
- gerandomiseerde studie (de twee onderzochte groepen moeten gelijkaardig en vergelijkbaar zijn)
- studie met placebo (een product dat er net hetzelfde uit ziet als het geteste product, maar zonder de werkzame stoffen) en een
- dubbelblinde studie (noch de arts, noch de patiënt weet wie de hormoontherapie volgt).

Dit soort studies wordt gezien als de *gouden standaard* in de experimentele geneeskunde.

De studie werd hoofdzakelijk gefinancierd door de Amerikaanse overheid en gedeeltelijk door het farmaceutische bedrijf Wyett dat Premarin® en PremPro™ maakt. Financieel stond er dus veel op het spel als zou worden bevestigd dat deze hormonen een gunstige invloed hadden op hart- en vaatziekten. Ze vormen immers de belangrijkste doodsoorzaak in de westerse wereld.

De WHI-studie bestaat uit twee delen: in het eerste deel werd het gebruik van CEE's en MPA (PremPro™) onderzocht, terwijl men in het tweede deel de invloed van CEE's, zonder MPA (Premarin®) bestudeerde.

Deel één van de WHI-studie: CEE's en MPA (PremPro™)

In het eerste deel van de studie werd een groep van 16.608 vrouwen tussen 50 en 79 jaar met een intacte baarmoeder onderzocht. Iets meer dan de helft van deze vrouwen nam PremPro (CEE's – 0,625 mg). De andere helft kreeg een placebo.

In mei 2002 werd dit deel van de studie voortijdig afgebroken aangezien de potentiële risico's van de hormoontherapie groter bleken dan de voordelen. De onderzoekers hadden namelijk in een toezichtcomité afgesproken om de studie stop te zetten wanneer een vooraf bepaald aantal aandoeningen (bijvoorbeeld borstkanker) binnen de groep vrouwen met hormoonbehandeling zou worden overschreden. En dat is precies wat er gebeurde. Hieronder zie je de eerste resultaten die werden gepubliceerd. We zullen zien dat deze resultaten opnieuw werden geanalyseerd op basis van bepaalde parameters, waaronder de leeftijd van de onderzochte vrouwen.

Resultaten van het onderzoek bij de groep vrouwen die 0,625 mg CEE's en 2,5 mg MPA innamen en gemiddeld 63,2 en 68,4 jaar waren bij het begin en aan het einde van de studie:

Twee positieve punten

- Verlaagd risico op breuken (daling met 1,2 gevallen op 1.000 vrouwen/jaar)
- Verlaagd risico op darmkanker (daling met 0,6 gevallen op 1.000 vrouwen/jaar)

Drie negatieve punten

- Verhoogd risico op een veneuze trombose (stijging met 1,8 gevallen op 1.000 vrouwen/jaar)
- Stijging van het risico op een infarct en een cerebrovasculair accident (CVA of beroerte) (stijging met 1,5 gevallen op 1.000 vrouwen/jaar)
- Stijging van het risico op borstkanker (stijging met 0,8 gevallen op 1.000 vrouwen/jaar)

Algemeen resultaat

Uit deze studie bleek dat het totale risico op aandoeningen door het gebruik van CEE's en MPA steeg met 1,9 op 1.000 vrouwen/jaar. Er was echter geen stijging van het aantal sterfgevallen in de groep vrouwen die een hormoontherapie volgden.

Diane

Diane, 58 jaar, nam sinds haar vijftigste CEE's en MPA. Onlangs heeft haar arts haar aangeraden te stoppen met haar hormoontherapie, omdat ze al langer dan vijf jaar hormonen nam.

Diane herinnerde zich nog goed welke klachten ze had gehad in de premenopauze en menopauze. Ze was ongerust. Haar vader was op zijn negenenvijftigste overleden aan een hartaanval en twee van haar vijf broers hadden te kampen met hartproblemen. Ze vroeg me: 'Dokter, loop ik nu een groter risico op een hartaanval omdat ik hormonen heb genomen?'

Mijn antwoord:

'Nee, Diane. Volgens de WHI-studie loop je daardoor geen groter risico op een hartaanval.

Maar ik vind dat het gebruik van CEE's en MPA toch een aantal onnodige risico's inhoudt. Daarom stel ik je voor verder te gaan met je hormoontherapie, maar dan wel met bio-identieke hormonen zodat je gezond blijft en je je goed in je vel blijft voelen.'

De gedetailleerde resultaten in de voorgaande tabel hebben betrekking op vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 63,2 jaar (bij aanvang van de studie). De meeste onder hen hadden nog nooit hormonen genomen⁵. De resultaten zijn dus geen weerspiegeling van de realiteit. Vrouwen die met een hormoontherapie beginnen zijn doorgaans rond de vijftig.

Uit een analyse van de resultaten bleek dat er bij de subgroep van de vrouwen tussen 50 en 59 jaar die hormonen namen, minder gevallen van hart- en vaataandoeningen waren dan bij de vrouwen die geen hormonen namen. Het verlaagde risico was te danken aan de CEE's. Maar het gebruik van MPA bleek de positieve eigenschappen van de CEE's ongedaan te maken.

Voorals de vrouwen tussen 50 en 59 jaar die CEE's hadden ingenomen, liepen 27 procent minder kans op een hartaanval dan de vrouwen die geen CEE's namen. Bij vrouwen die daarentegen zowel CEE's als MPA namen, bleef het risico op een hartaanval onveranderd.

Opmerkelijk was dat bij de vrouwen die met een hormoontherapie waren begonnen vóór hun zestigste (CEE's met of zonder MPA), het sterftcijfer 30 procent⁶ lager lag (los van de doodsoorzaak) dan bij de vrouwen die geen hormonen hadden ingenomen. Statistisch gezien is dat een significante daling. Het is ongelooflijk dat die vaststelling de pers niet heeft gehaald.

Het klinische belang van het eerste deel van de studie (CEE's en MPA)

De eerste dagen nadat de resultaten van het onderzoek in de media waren verschenen, kregen de mensen de indruk dat hormoontherapie voor vrouwen het risico op een hartaanval en borstkanker sterk zou verhogen. Hartziekten en borstkanker zijn twee belangrijke doodsoorzaken, dus het duurde niet lang voor er paniek uitbrak.

Voor het eerste deel van de studie zijn er drie belangrijke punten die moeten worden overwogen:

- Ten eerste stelde men vast dat bij de vrouwen die CEE's en MPA namen, en gemiddeld 63,2 jaar waren, het risico op een hartaanval kleiner was dan bij vrouwen met om het even welke andere risicofactor die hart- en vaatziekten kan uitlokken, zoals erfelijkheid, roken, hoge bloeddruk, zwaarlijvigheid, een tekort aan lichaamsbeweging.
- Verder moet je ook weten dat de resultaten van het eerste deel van de studie opnieuw werden geanalyseerd⁷. De onderzoekers hebben daarbij vastgesteld dat het enige risico dat statistisch gezien van betekenis is, een veneuze trombose was.

(De term 'veneuze trombose' omvat zowel een diep-veneuze trombose als een longembolie.)

- Ten slotte zouden vrouwen die vóór hun zestigste met een hormoontherapie begonnen ook een hogere levensverwachting hebben.

Met andere woorden...

Zowel het risico op een hartaanval, op borstkanker (de redenen waarom het eerste deel van de studie werd stopgezet en er paniek uitbrak) als op een beroerte (CVA), waren statistisch gezien niet verschillend bij vrouwen die hormonen namen en zij die er geen namen.

Het enige statistisch significante risico bij de groep vrouwen van gemiddeld 63,2 jaar die gedurende 5,2 jaar CEE's en MPA hadden gebruikt, was een verhoogd risico op trombo-embolische aandoeningen.

Deel twee van de WHI-studie: de CEE's (enkel Premarin®)

Lise

Lise, 60 jaar, liet haar baarmoeder verwijderen wegens baarmoederbloedingen. Ze nam al zeven jaar CEE's. Haar vrienden maanden haar aan niet langer hormonen te nemen omdat dit borstkanker zou kunnen veroorzaken.

Ze vroeg mijn advies: 'Moet ik stoppen met mijn hormonen? Moet ik kiezen tussen mijn gezondheid of een betere levenskwaliteit?' Ik vertelde haar dat ze geen van beide moest opofferen.

Lise stelde me opnieuw een vraag: 'Hoe groot is het risico dat ik borstkanker krijg door oestrogenen te nemen?'

Mijn antwoord:

'Volgens de WHI-studie zou je nu zelfs minder kans hebben om borstkanker te krijgen.

Onderzoekers hebben namelijk vastgesteld dat vrouwen die gedurende gemiddeld 6,8 jaar CEE-oestrogenen nemen 23 procent minder kans hebben op borstkanker. Dat had je waarschijnlijk niet verwacht?'

Weinig mensen weten dat de WHI-studie uit twee delen bestaat, en dat men in het tweede deel enkel de invloed van CEE's heeft onderzocht, dus niet in combinatie met MPA. Aan de studie namen 10.739 vrouwen tussen 50 en 79 jaar deel die allen een hysterectomie hadden laten uitvoeren. Ze werden willekeurig verdeeld in twee groepen: de ene groep kreeg CEE's, de andere een placebo. In februari 2004 was de studie afgelopen.

De resultaten van het onderzoek bij de vrouwen die 0,625 mg CEE's (Premarin®) namen en gemiddeld 63,6 jaar (begin studie) en 70,4 jaar waren (einde studie):

Drie positieve punten

- Verlaagd risico op breuken (5,6 gevallen minder op 1.000 vrouwen/jaar)
- Verlaagd risico op borstkanker (0,7 gevallen minder op 1.000 vrouwen/jaar)
- Verlaagd risico op een infarct (0,5 gevallen minder op 1.000 vrouwen/jaar)

Twee negatieve punten

- Verhoogd risico op beroerte (1,2 gevallen meer op 1.000 vrouwen/jaar)
- Verhoogd risico op een veneuze trombose (0,7 gevallen meer op 1.000 vrouwen/jaar)

In deel twee van de studie hadden er veel deelnemers afgehaakt (54 procent), net zoals in het eerste deel (50 procent). Hoewel we dit niet gaan bespreken in dit hoofdstuk, wil ik toch al meegeven dat het grote aantal vrouwen dat afhaakte toch enkele vragen doet rijzen.

Bij de positieve punten is het beschermende effect van hormonen op het been-dergestel wetenschappelijk bewezen.

Bovendien stelde men ook een bijna statistisch significante daling van het risico op borstkanker vast⁸, wat uitstekend nieuws is. Het risico op een infarct is dan weer gedaald, hoewel die daling statistisch gezien niet significant is.

Bij de negatieve punten zien we dat het risico op een beroerte (CVA) statistisch gezien is gestegen, in tegenstelling tot het risico op een veneuze trombo-embolie.

Het klinische belang van het tweede deel van de studie (CEE's)

De resultaten van het tweede deel van de WHI-studie, waarbij enkel het gebruik van CEE-oestrogenen (zonder MPA) werd onderzocht, zijn amper bekend bij het publiek.

Het enige statistisch significante risico dat werd gevonden bij de groep vrouwen van gemiddeld 63,6 jaar (bij aanvang van de studie) die gedurende gemiddeld 6,8 jaar CEE's hadden ingenomen, was een verhoogd risico op een CVA (cardiovasculair accident)⁹.

Je moet weten dat toen de resultaten van het eerste deel van de studie in juli 2002 werden bekendgemaakt, het vooral de stijging van het risico op hartziekten en borstkanker was die paniek veroorzaakte. Vreemd genoeg werd er onmiddellijk met een beschuldigende vinger naar de oestrogenen gewezen.

Toch hebben de onderzoekers bij de groep vrouwen (gemiddeld 63 jaar) die gedurende ongeveer 6,8 jaar CEE's hadden genomen, geen groter risico op een hartaanval of borstkanker vastgesteld in vergelijking met de vrouwen die geen CEE's namen. Integendeel. Het aantal vrouwen dat een hartaanval of borstkanker kreeg, was kleiner.