

Wat mannen niet weten...

en vrouwen zouden moeten weten

Hendrik Cammu

Wat mannen niet weten...

**en vrouwen
zouden moeten
weten**

**Op stap in de wereld
van de gynaecologie**

P E L C K M A N S

Inhoud

Proloog	13
1. Wanneer ben je een goede dokter?	17
De dokter en het placebo-effect	18
Het begrip 'diagnose'	20
Met welke klachten ga je naar de gynaecoloog?	20
Het gynaecologisch onderzoek: hoe gaat dat in zijn werk?	21
Het incidentaloorn	22
Wanneer ben je een goede dokter?	23
Wanneer ben je een goede patiënt?	24
2. Vrouwen en mannen: gelijk maar toch verschillend	26
Honderdjarigen	28
Waaraan sterft de vrouw in Vlaanderen?	31
Waarom leven vrouwen langer dan mannen?	32
Vrouw, sta op uw strepen: de loonkloof en de orgasmekloof	34
Het vrouwenhart	36
Worden vrouwen nog steeds stiefmoederlijk behandeld in de medische research?	37
Wie is de beste chirurg?	38
Zijn vrouwen gelukkiger dan mannen?	38
3. Anatomie van de geslachtsorganen	40
De vulva	42
De klieren van Bartholin en Skene	45
Het perineum	46
De vagina	48
De baarmoeder = baarmoederhals + baarmoederlichaam	49
De eileiders	51
De eierstokken	52
4. Problemen van de vulva	54
Dermatitis jeukt	55
'Was de vulva met gewoon water'	55
Infectieziektes van de vulva: infectie van de klier van Bartholin	57
Infectieziektes van de vulva: Herpesvirusinfectie	58
Herpes	59

5. Vaginaproblemen	69
<i>The good old friends</i> : het microbioom	70
Het microbioom van de vagina	72
Vaginale afscheiding: 'witverlies'	73
Vaginitis	74
Bacteriële Vaginose	74
Vaginale Gistinfectie	77
Trichomonas vaginalis	79
We moeten ook over chlamydia- en gonorroe-infecties praten	81
 6. De vrouwelijke cyclus	 84
De menstruatiecyclus	85
Hypothalamus – Hypofyse – Eierstokken – Baarmoeder	86
Bevruchting: van zygote tot volwassen mens	89
Tweelingen	90
Miskraam	91
Het voortplantingsoverschot van de man	92
Het voortplantingsoverschot van de vrouw	93
 7. Over anticonceptie, noodanticonceptie en abortus	 96
De Pearl-index	98
De natuurlijke methodes	98
Beschouwing	101
De barrièremethodes	101
Orale hormonale anticonceptie: 'de pil'	102
Emancipatie	105
Hoe werkt de pil?	106
Pillen in soorten	107
Dokter, hoe moet ik de pil gebruiken?	107
Hoe doeltreffend is de pil?	108
Hoe verhogen we de therapietrouw?	109
De meest gestelde vragen over de pil	110
Vaginale hormonale anticonceptie: de NuvaRing®	121
Hormonale anticonceptie via de huid: de huidpleister	122
Anticonceptie die enkel bestaat uit progestageen: de progestageenpil, de prikpil en het implantaat	123
De progestageenpil	123
De prikpil	124
Het implantaat	124
De spiraal of het IUD: intra-uteriene anticonceptie	125
Een beetje geschiedenis	125
De koperspiraal	127
Hoe werkt een koperspiraal?	127

Meer bloedverlies en langer durende menstruatie	128
De kans op infectie is zeldzaam	128
Andere verwikkelingen zijn nog zeldzamer	129
Wie gebruikt er best geen koperspiraal?	130
De hormoonspiraal	130
Hoe werkt de hormoonspiraal?	132
De noodpil: twee methodes	135
De noodspiraal	137
Is noodanticonceptie abortus?	137
Anticonceptie in België: kus van de juf en een bank vooruit	138
Pil op de terugweg, maar nog steeds dominant leider in Vlaanderen	139
De pil vogelvrij verklaard	139
Abortus in cijfers	142
De abortuspil: Mifepriston en Misoprostol	143
De zuigcurettage	144
8. Het premenstrueel syndroom is een echt syndroom	146
Typisch voor het PMS is de timing van de klachten	147
De oorzaak van het PMS...	148
Behandeling van het PMS	149
9. Menstruatieproblemen	153
Waarom menstrueren vrouwen?	154
Misschien is het goed dat vrouwen menstrueren	155
Een meisje menstrueert voor de eerste keer	156
Vijftig keer menstrueren toen, vierhonderdvijftig keer nu	157
Menstruatiepijn zonder onderliggende ziekte	158
Menstruatiepijn ten gevolge van een onderliggende ziekte	160
Endometriose	160
Symptomen van endometriose	162
Bekkenpijn	163
Hoe vaak komt endometriose voor?	163
Hoe stellen we de diagnose van endometriose?	164
Hoe ontstaat endometriose?	165
Aan theorieën geen gebrek: de schoonmaakploeg in actie	166
Endometriose: wie loopt meer en wie loopt minder risico?	167
Endometriose en traumatische ervaringen	167
Endometriose en eierstokkanker	168
Behandeling van endometriose	169
Hevige menstruatie: Menorragie	170
Adenomyose	172
Poliepen	173
Vleesboom	174

Vleesboom en zwangerschap	177
Kanker	177
De menstruatie blijft uit: amenorroe	178
Het Polycysteus-Ovariumsyndroom: PCOS	180
PCOS is een mysterieuze ziekte met consequenties later in het leven	181
Uitsmijter: Van afvalberg tot menstruatiearmoede	183
10. Vruchtbaarheidsproblemen	185
Wanneer is het tijd om het spreekuur van de fertiliteitsarts op te zoeken?	186
Hoezo onvruchtbaar? Hoe komt dat dan?	187
Azoöspermie	191
Sperma in de verdrukking!	193
Hoe onvruchtbaarheid behandelen?	194
De leeftijd van de vrouw beïnvloedt haar vruchtbaarheid	205
Zijn baby's verwekt na IVF/ICSI minder gezond?	207
Zijn vrouwen en mannen met verminderde vruchtbaarheid minder gezond?	207
Onvruchtbaarheid en seksualiteit	208
Uitsmijter: Ethiek	209
Wat zegt de jurist?	210
11. Kanker is de ziekte van het DNA	212
Hippocrates was een visionair	213
Langer leven, vaker kanker	214
Hoe ontstaat kanker?	215
Kankerbehandeling: oorlog tegen kanker	217
Gynaecologische kanker	219
12. Iedereen kent iemand met borstkanker	220
Borstkanker in cijfers	222
Borstkanker is niet één ziekte	224
Wie heeft er een verhoogd risico op borstkanker?	226
Er zijn risicofactoren waar je niets aan kan doen	227
Er zijn risicofactoren die we zelf in de hand hebben	227
Er zijn risicofactoren die we een beetje in de hand hebben	228
Erfelijke risicofactoren: wanneer is een genetisch advies wenselijk?	229
Risicofactoren zijn relatief: effe rekenen	230
Over borstonderzoek	231
Lichamelijk onderzoek: symptomen	232
Bevolkingsonderzoek: de mammografie	232
De mammografie is een onderwerp van controverse	233
Ik resumeer, tot wat kan een screeningsmammografie leiden?	235
Overdiagnose: laat de patiënte beslissen	235
Borstkankerdiagnose: de patholoog heeft het laatste woord	237

Borstkankerbehandeling: het multidisciplinair team	238
Borstchirurgie vandaag	240
Okselkliertoilet en schildwachtklier	241
Radiotherapie: stralen vernietigen kankercellen	243
Medicatie: van bommentapijt tot precisie-aanval	243
Jonge vrouw met kinderwens	244
Zwangerschap en borstkanker	245
Hoe vaak komt de patiënte op follow-up?	246
Wat mogen we verwachten? De prognose	247
Psychologische ondersteuning is absoluut vereist	247
Alles kan beter: Borstklinieken	248

13. Gynaecologische kanker: baarmoederhals-, baarmoederslijmvlies- en eierstokkanker 250

Baarmoederhalskanker	251
De Humaan Papillomavirusfamilie	253
Symptomen en behandeling	254
Het bevolkingsonderzoek redt levens	254
Het uitstrijkje: de <i>pap smear</i>	255
De kweek van het humaan papillomavirus	257
Het eerste antikankervaccin in de medische geschiedenis	258
De resultaten van het vaccin zijn schitterend	259
Kanker van het baarmoederslijmvlies	262
Oestrogenen pleiten schuldig	263
Wie loopt er een verhoogd risico op baarmoederkanker?	263
Symptomen en behandeling	265
Uitsmijter: Het zijn de genen	266
Eierstokkanker	266
'Dokter, ik heb een cyste op mijn eierstok, heb ik kanker?'	267
Eén vrouw op de honderd ontwikkelt ooit eierstokkanker	268
Eierstokkanker is gedeeltelijk erfelijk	268
Is de eileider de schuldige?	269
Lokt de eisprong eierstokkanker uit?	270
'Een vrouw in menopauze met voor de eerste keer darmklachten is tricky'	270
Hoe stellen we de diagnose?	271
Behandeling	272
Uitsmijter: Het wondergezwel	272

14. Menopauze 275

Menopauze of eierstokpauze?	276
De hormoonproductie valt stil: de eierstokken zijn uitgeput	277
Perimenopauze	277
Menopauzeleeftijd blijft stabiel	278

Is de menopauze nuttig? De grootmoederhypothese en de moederhypothese	278
Menopauzesymptomen en hoe ze te verhelpen	280
'Vapeurs'	280
Hoe vapeurs behandelen?	281
'Dokter, ik bloed tijdens de hormoontherapie? Is dat normaal?'	283
'Ik heb vapeurs, maar mag geen hormonen nemen. Wat nu?'	283
Vaginale droogte	285
Hoe behandelen we vaginale droogte en plasklachten?	286
Gewrichtspijn, gewichtstoename en stemmingswisselingen	287
Menopauze en het hart	289
Menopauze en het bot	290
Wie loopt er een verhoogd risico op osteoporose?	291
Hoe kunnen we breuken voorkomen?	292
Lichaamsbeweging: het beste en goedkoopste medicijn	294
Voeding en vitamine D-supplementen tegen osteoporose	295
Medicijnen tegen osteoporose	296
Vlaanderen	299
Het wetenschappelijk onderzoek na de WHI: tijd voor nuance	301
Menopauzerichtlijnen vandaag	302
Tot slot	304
Uitsmijter: Dementie en hormoontherapie	304
15. Seks en pijn en wat te doen	306
Seksuele problemen doorheen het leven	307
Geen goesting in seks: <i>Hypoactive Sexual Desire Disorder</i>	311
Trammelant op het spreekuur	312
Niet hetzelfde ritme	313
Hoe zit het met de libidoverhogende pil?	314
Chocolade	314
Pijn bij vrijen: dyspareunie	315
Vulvodynie: frequent, maar onbekend	316
Inzicht en veranderen van gedachten	317
Therapie vulvodynie: dubbele aanpak	319
Uitsmijter: Negeer de pijn, er loopt een kip in mijn wiel	321
16. Zwanger, maar niet in de baarmoeder	323
Eileiders zorgen voor onheil	324
Hoe ontstaat een buitenbaarmoederlijke zwangerschap?	325
De eileider is de voorkeursplaats voor een buitenbaarmoederlijke zwangerschap	325
Een buitenbaarmoederlijke zwangerschap komt vaker voor dan gedacht	326
Welke vrouw loopt een verhoogd risico?	327
Hoe herkennen we een buitenbaarmoederlijke zwangerschap?	328
Hoe een buitenbaarmoederlijke zwangerschap te behandelen?	329

17. Urine-incontinentie en orgaanverzakking	331
De bekkenbodemspier is een trampoline	333
Een vaginale bevalling beschadigt de bekkenbodem	334
Wat gebeurt er als de bekkenbodem schade oploopt?	335
Orgaanverzakkingen: alle combinaties zijn mogelijk	336
En wat met urine-incontinentie?	336
Wie loopt meer kans op verzakkingen en urine-incontinentie?	337
Hoe vaak komen verzakkingen voor en wat zijn de symptomen?	338
Op het spreekuur	339
Hoe worden verzakkingen behandeld?	339
Hoe vaak komt urine-incontinentie voor?	342
Inspanningsincontinentie	343
Hoe inspanningsincontinentie te behandelen?	344
Overactieve 'nerveuze' blaas en aandrangincontinentie	347
Behandeling van aandrangincontinentie	348
Medicijnen	350
Cognitieve gedragstherapie en Botox	351
18. Blaasinfectie na blaasinfectie na blaasinfectie na ...	353
Tom Hanks	354
Een nierinfectie is gevaarlijk	355
Een blaasinfectie is niet gevaarlijk, maar vervelend	355
Een recidiverende blaasinfectie is niet gevaarlijk, maar zeer vervelend	356
Belangrijkste probleem: hoe voorkomen we herval?	356
Uitsmijter: ontharing van de schaamstreek en blaasinfecties	359
Epiloog	360
Referenties	362

proloog

Ik ben Hendrik Cammu, geboren als jongste van twee op 7 oktober 1956 in het moederhuis van Aalst. Op mijn zeventiende moest ik kiezen wat ik zou gaan studeren. Medicijnen studeren stond bovenaan mijn lijstje. Geneeskunde is een doe-beroep gebaseerd op de kennis van de werking van het menselijk lichaam. Dat trok mij aan. Het beroep van arts is tevens sociaal en humaan. Kortom, op 7 oktober 1974, mijn achttiende verjaardag, begon ik aan mijn eerste jaar geneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel.

In oktober 1980 begon ik aan mijn laatste jaar geneeskunde. Ik had geen idee wat ik wilde worden: huisarts of specialist. En als ik zou kiezen voor een specialisatie, welke specialisatie zou dat dan wel zijn? Ik vond alles interessant en had geen voorkeur. Ik was niet bepaald een student met een plan.

In dat laatste jaar moesten we vier verplichte stages doen: inwendige geneeskunde, chirurgie, gynaecologie en kindergeneeskunde. Het toeval wou dat de gegeerde stageplaatsen gynaecologie snel ingenomen waren. Ik moest dus zelf ergens een erkende stageplaats vinden. Met een vijftal studenten besloten we om de stage gynaecologie in het buitenland te doen. Na veel vijven en zessen kregen we een visum om stage te lopen in Madras (het huidige Chennai) in India. Mijn medestudente, en latere echtgenote, en ik, gingen aan de slag in het Government hospital for women and children in de wijk Royapuram. De stage liep van eind oktober tot januari en was voor mij een gigantische cultuurschok: in ons hospitaal bevielen ongeveer vijftig vrouwen per dag in redelijk primitieve omstandigheden. De kraamafdeling was een open ruimte met enkele tientallen bedden. De vrouwen bleven een tweetal dagen op de afdeling alvorens ze

naar huis werden gestuurd, zonder nazorg. 's Middags en 's avonds kwam de echtgenoot eten brengen in de kliniek voor zijn vrouw. Hij bracht ook de oudere kinderen mee. Alle gezinsleden verzamelden op het bed. Na het eten liepen de kinderen rond, posteerde de bevallen vrouw zich op de grond onder het bed en deed de man een dutje op het bed. In de ramen van de kraamafdeling zat geen glas, maar wel een ijzeren rasterwerk. Aan de buitenkant van dat raster hingen apen onbeweeglijk te wachten op wat toegegooid voedsel.

De gynaecologen waren allemaal vrouwen. De solidariteit tussen hen was ontroerend. Er hing een sfeer van 'samen kunnen we dit aan'. Aan de armoede kon ik niet wennen. Op straat zaten talloze dalits (de kastelozen) te bedelen voor wat geld of eten. Het ergste waren de dode mensen op de stoep waar de voetgangers gewoon overheen stapten. Dat zag je niet in Aalst. Het India-avontuur heeft mij gevormd. Na wat ik had meegemaakt kon het niet anders of ik zou gynaecoloog worden. Ik kan niet uitleggen waarom, het was gewoon zo.

Gynaecologie is een zware job, maar ik heb het mij nooit beklagd. In gynaecologie, net zoals in huisartsgeneeskunde, word je oud met je patiënten. Mettertijd ken je de patiënten zo goed. Ik heb het altijd als een voorrecht beschouwd om getuige te zijn van een reeks belangrijke momenten in het leven van de vrouw. En, in vergelijking met mannen maken vrouwen nogal wat mee: de eerste menstruatie, borstontwikkeling, contraceptie, zwangerschap, moederschap, menopauze, ouderdomskwalen.

Ik heb dit boek geschreven om twee redenen. Ik krijg regelmatig vragen van kranten en tijdschriften om uitleg te geven over diverse gynaecologische problemen. De eerste reden is dan ook inzicht verschaffen in die courante gynaecologische problemen. Er is een tweede reden, namelijk het opkrikken van de kennis van de gynaecologie bij de man. Mannen zitten vaak verweesd te kijken als ze met hun vrouw naar de gynaecoloog gaan en begrijpen het soms niet helemaal. Vandaar de titel van het boek.

Een man met kennis en inzicht in de kwalen van zijn vrouw is meer steunend en meer betrokken. Dat komt de relatie ten goede.

Rest mij nog de volgende collega's te bedanken voor hun inhoudelijke en grammaticale bijstand: Nola Cammu, jurist, Stef Cosyns, gynaecoloog, Emilie Goessens, uroloog, Guy Verhulst, gynaecoloog, Hilde Verlaenen, gynaecoloog, Veerle Wauters, verloskundige en Ria Willemsen, dermatoloog.

HOOFDSTUK 1

Wanneer ben je een goede dokter?

Dit hoofdstuk heeft ogenschijnlijk weinig uitstaan met het onderwerp van dit boek. Toch wel. Want voor er een diagnose is (die niet door dokter Google wordt gesteld), is er altijd eerst een bezoek aan de arts. Ik beschrijf hoe de visite bij de gynaecoloog, bij mij dus, verloopt en terloops probeer ik te achterhalen wat de voorwaarden zijn om een goede dokter te zijn.

De dokter en het placebo-effect

((i))

Komt een dame op het spreekuur. De eerste vragen die ik de patiënte stel, na haar te hebben begroet en mij voorgesteld, zijn een variant van: 'Welke klacht brengt u hier?' 'Vertel me wat je dwarszit?' 'Welke rol speelt de klacht in je dagelijks leven?' 'Boet je in aan levenskwaliteit?' Het belangrijkste doel tijdens het spreekuur is het opbouwen van vertrouwen tussen arts en patiënt.

Het eerste contact geeft de eerste indruk weer ('*You never get a second chance to make a first impression*'). Ik laat de patiënte de tijd om haar verhaal te doen. 'Luister naar de patiënte, zij heeft de diagnose', zei een van mijn oude opleiders en hij voegde eraan toe: 'Neem niet te snel over. Onderbreek niet, anders riskeert de patiënte niet tot de echte hulpvraag te komen. De patiënte moet het gevoel hebben gehoord te worden en verwacht lang niet altijd een oplossing.' Het bleek goede raad, want inderdaad, actief luisteren naar de patiënt is de beste start van elke raadpleging.

De non-verbale houding van de arts is een deel van de behandeling, leerde ik, dat noemt men het placebo-effect. Artsen hebben nogal eens de neiging de patiënt te onderbreken. Na gemiddeld elf tot achttien seconden, volgens een uitvoerig geciteerd onderzoek. Is dat oké? Niet als het onderbreken de bedoeling heeft om te tonen dat de arts de dominantie in de arts/patiënt-relatie heeft. Een gesprek heeft meestal drie fasen: eerst is er het verzamelen van relevante informatie. Hier zal de arts het vaakst de patiënte onderbreken. Dan is er de diagnosestelling en tot slot is er de

planning van de behandeling. In fase 2 en 3 zal de patiënte vaker de arts onderbreken. Elkaar onderbreken kan de kwaliteit van het consult verhogen, omdat het gesprek dan een stuk praktischer wordt. Ook belangrijk is dat de patiënte voelt dat de arts voldoende tijd neemt om te luisteren naar haar verhaal. Bij een te snelle visite riskeert de arts een foute diagnose te stellen, omdat hij/zij niet over alle informatie beschikt. De verwachtingen van de patiënte worden niet ingelost, en dat verlaagt de therapietrouw.

Dat gezegd, moet ik ook opmerken dat er niet zoiets is als een ideale tijdspanne van een raadpleging. Laat mij je een anekdote vertellen. Ik heb een groot deel van mijn loopbaan op twee diensten gewerkt, op gynaecologie, evident, maar ook op urologie. Ik was namelijk gespecialiseerd in plasproblemen bij de vrouw. Patiënten op de dienst urologie hadden haast allemaal een duidelijke klacht die onderzoek vereiste en dat in tegenstelling tot patiënten op de dienst gynaecologie die vaak enkel voor een routine-uitstrijkje kwamen. Logisch dat de visite op urologie gemiddeld meer tijd in beslag nam. Op een dag zie ik een dame op het gynaecologisch spreekuur voor een hernieuwing van een voorschrift. Duur van de visite? Nog geen tien minuten. Plots zegt ze: 'Dokter, laat mij toe te zeggen dat uw broer op urologie duidelijk meer tijd voor zijn patiënten neemt dan u. Misschien kunt u daar een voorbeeld aan nemen.' Ze was eerder bij mij op het urologiespreekuur geweest en ja, daar duurt een consult al gauw een halfuur. Ik legde haar uit waarom de duur van de beide consulten zo verschillend was, maar ik heb haar niet gezegd dat de twee dokters die ze had gezien een en dezelfde persoon waren. Dat was misschien niet netjes van mij.

Regelmatig zie ik patiënten vergezeld van een derde persoon. De derde persoon kan zijn: de partner van de patiënte, de moeder met haar adolescente dochter, de dochter die tolkt voor haar taalonkundige moeder, of een zorghulp of begeleidster uit een instelling als spreekbuis van een onbekwame patiënte. Nuttig dus. Ik tracht, zelfs al begrijpt de patiënte mij niet, om toch mijn blik steeds op de patiënte te richten en ik praat ook niet met de student-assistent over de patiënt alsof die laatste niet aanwezig is.

Het begrip 'diagnose'

(ii)

Voor de patiënte is de ernst van een aandoening steeds subjectief en een gevolg van haar perceptie, haar copingmechanisme, de psychosociale context en haar verleden. De arts tracht een objectieve diagnose te stellen, maar moet rekening houden met het niveau van de klacht zoals ze door de patiënte wordt ervaren. Een voorbeeld: komt een dame, een vijftiger, op het spreekuur. Ze klaagt over urine-incontinentie bij het tennissen. Tennist ze niet, dan verliest ze geen urine. 'Kunt u het tennissen niet vervangen door fietsen of stappen,' zeg ik, 'probleem opgelost.' Zo simpel is het niet. De tennisclub is haar sociale leven, ze heeft er al haar vriendinnen en wil er absoluut bij horen, vandaar haar wil om te spelen. Ze vraagt een definitieve oplossing en we komen overeen dat ik bij haar een operatie zal uitvoeren. Een andere dame, ook een vijftiger, komt naar het spreekuur voor een voorschrift. Ik vraag terloops of ze last heeft van urine-incontinentie en ze antwoordt: 'Nee, niet echt, ik heb wel dagelijks urinelekkage, maar met een TENA Lady kan ik mij prima behelpen.' Ik stel bekkenbodemonderzoek voor, desnoods een operatie, maar daar wil ze niet van weten: 'Niet nodig,' zegt ze. Tot slot vertel ik haar nog dat, zouden haar klachten hinderlijk worden, er goede behandelingen zijn. De tweede vrouw verloor dagelijks urine, de eerste enkel bij tennis. Toch opereerde ik de dame met de minste graad van incontinentie wel en de andere niet. Waarom? Omdat de eerste vrouw veel meer hinder had van haar aandoening hoewel ze objectief minder incontinent was.

Met welke klachten ga je naar de gynaecoloog?

(iii)

Het klinkt raar, maar dat hangt in grote mate af van de leeftijd van de gynaecoloog. Toen ik mijn loopbaan begon, zag ik vooral jonge vrouwen met de vraag naar of problemen met anticonceptie. Later kwam dan de

zwangerschapsgolf en neen, dit was geen gevolg van foute anticonceptie-adviezen. Frequente klachten bij relatief jonge vrouwen zijn pijnlijke menstruatie, pijn in het midden van de cyclus (ovulatiepijn) en overvloedige vaginale afscheiding, 'witverlies'. Bij vrouwen tussen de dertig en vijfenveertig zag ik vooral menstruatieproblemen: vlekvormig tussentijds bloedverlies, een te korte of te lange vrouwelijke cyclus, overvloedige of karige menstruatie en vaginale bloedingen na seks. Vanaf vijfenveertig jaar dienden de (peri)menopauzeklachten zich aan: warmte-opwellingen, stemmingsveranderingen, gewrichtspijnen et cetera. Zestig- en zeventigplussers komen vooral met plasklachten zoals urine-incontinentie, niet op tijd op toilet geraken, valse aandrang, vaginale droogte of een zwaartegevoel in de vagina als gevolg van een verzakking van blaas of baarmoeder. Chronische onderbuikspijn of bekkenbodempijn zag ik in alle leeftijden. Vaak gaat het om vrouwen die moeilijker in het leven staan. Maar veruit, en dat van vrouwen van vooraan de twintig tot halverwege de zestig, de belangrijkste reden om op visite te gaan bij de gynaecoloog is het laten nemen van een uitstrijkje.

Het gynaecologisch onderzoek: hoe gaat dat in zijn werk?

(iv)

Tijdens het spreekuur word ik meestal geflankeerd door een student geneeskunde. Ik heb mijn volledige loopbaan in een universitair ziekenhuis gewerkt en het opleiden van studenten en assistenten is een belangrijk deel van de job. Voor de patiënte (maar ook voor de arts en de assistent) kan een onderzoek van de geslachtsorganen beladen zijn. Daarom geef ik de patiënte zo veel mogelijk privacy: een afgescheiden, goed verwarmde kleedruimte, ik zeg haar wat ze wel en niet mag aanhouden en de gynaecologische stoel staat niet in het vizier van een deur. We houden de deuren dicht en niemand mag zomaar binnenstormen. Ik zorg altijd voor een handspiegel in het kabinet. Ik leg uit wat ik ga doen en zeg dat de patiënte moet aangeven wanneer ze voortijdig wil dat het onderzoek

stopt. Ik respecteer haar grenzen en vraag of de student haar ook mag onderzoeken.

Het gynaecologisch onderzoek begint met de inspectie van de vulva gevolgd door het inbrengen van het speculum in de vagina. Het speculum glijdt beter als het besprenkeld is met een beetje water. Als de patiënte wat meeperst, opent de vagina-ingang zich vanzelf en kan het speculum makkelijker naar binnen glijden. Bij het openen van het speculum zie je de baarmoederhals. Als het moment daar is, neem ik een uitstrijkje. Bij het verwijderen van het speculum bekijk ik de vaginawanden. Aansluitend voer ik dan, maar lang niet bij iedereen, het bekende 'vaginaal toucher' uit, in het vakjargon heet dat 'het bimanueel onderzoek'. Met wijs- en middelvinger ga je in de vagina op zoek naar de baarmoederhals en met de andere hand duw je op de buik om te trachten de baarmoeder en eierstokken af te lijnen. Wetenschappelijk onderzoek zegt dat het vaginaal toucher voor vrouwen zonder klachten niet nuttig is. Het is onaangenaam, en kan, vooral bij jonge vrouwen, leiden tot ongemak en pijn. Het vaginaal toucher is meer een rituele handeling. Bij een vrouw met klachten of voor opvolging van een behandeling is een echografie ('de stethoscoop van de gynaecoloog') nuttiger dan een vaginaal toucher. Actueel wordt in de gynaecologiewereld bij elke visite standaard een echografie gedaan. Dat is niet onschuldig. Bij een vrouw zonder klachten kan een routine-echografie aanleiding geven tot een 'incidentaloorn'. Dat laatste kan dan leiden tot overdiagnose, overbehandeling, angst en meerkosten.

Het incidentaloorn

{{v}}

Komt een vrouw, eind veertig, op het spreekuur. Ze heeft geen klachten, neemt geen medicijnen en ze heeft geen medische voorgeschiedenis die enige opvolging vereist. Ze voelt zich prima. Strikt genomen is haar bezoek overbodig. Ze komt 'op controle' zegt ze. Ik vertel haar dat ze ten

vroegste over twee jaar een nieuw uitstrijkje behoeft. Ze doet ook, via de huisarts, aan borstkankeropsporing. Ik sla met haar een babbeltje over het nut van lichaamsbeweging en ditjes en datjes en besluit dat ze, zonder klachten, niet eerder naar het spreekuur hoeft te komen. En dan vraagt ze: 'Waarom doet u geen echografie bij mij?' en ook: 'Mijn vriendinnen krijgen een echo, jaarlijks bovendien.' Ik leg haar uit dat een echografie in haar geval overbodig is omdat ze geen enkele klacht heeft. Een echografie mag dan wel gratis zijn voor de patiënt, ze kost de samenleving 25 euro en daar betalen we met zijn allen voor. Ik vertel dat er studies bestaan die aantonen dat een routine-echografie van baarmoeder, eierstokken en eileiders zelfs schadelijk kan zijn. 'Hoezo schadelijk?' vraagt ze. 'Stel,' zeg ik 'je vindt een kleine vleesboom op de baarmoeder, een banale vondst, of je vindt een met vocht gevulde cyste op de eierstok, ook banaal. Ze zijn volstrekt goedaardig en behoeven geen behandeling. Ik kan dan wel beweren dat deze bevindingen niets voorstellen, maar ergens blijft dat bij de dame toch knagen: "Ik heb een cyste, toch geen kanker, hoop ik." Plots wordt de-dame-zonder-klachten een patiënte. De medicalisering begint: controle echografie over zes maanden met bijkomend onderzoek. Een CT-scan is nooit ver weg. Regelmatig eindigt het verhaal met een kijkoperatie en wordt de eierstok verwijderd. Allemaal kosten op het sterfhuis. Ach, ik heb het zo vaak zien gebeuren.'

Keren we terug naar mijn patiënte bij wie ik geen echografie wou doen. Waar is haar vertrouwen in mij nu? Dat is weg. Ik ben zeker dat ik een aantal patiënten ben kwijtgespeeld, omdat ik niet inging op hun vraag naar een echo of scan. Ben ik dan wel een goede dokter?

Wanneer ben je een goede dokter?

{{vi}}

Plotsklaps moet ik denken aan een boek uit 1998, *What makes a leader?* van de Amerikaanse psycholoog/journalist Daniel Goleman (1948), de ontwerper van het begrip 'Emotionele intelligentie'. Ik was toen grote fan. Bij

het herlezen van mijn samenvatting van het boek – boeken samenvatten om ze later niet meer volledig te hoeven herlezen is een oude gewoonte, een afwijking zeg maar, die tot op vandaag standhoudt – vind ik het antwoord op mijn vraag. Je bent een goede dokter als je sociale vaardigheid kan koppelen aan integriteit. Sociale vaardigheid kun je omschrijven als doelgerichte vriendelijkheid. De arts blijft steeds vriendelijk, legt alles goed uit, stelt de patiënte op haar gemak en komt betrouwbaar over. Soms denkt de arts: wat een vervelende zaag. Geloof me, elke arts – inclusief uw dienaar – denkt dit weleens. Op dat moment echter ben je als arts wel sociaal vaardig, maar ontbreekt empathie. Stel dat je je als dokter zou afvragen waarom de patiënte zo zeurt en erop in zou gaan, dan zou je blijk geven van empathie. Misschien heeft de patiënte thuis problemen of kijkt ze tegen een burn-out aan op haar werk? Sociale vaardigheid mondt niet vanzelf uit in integriteit. Het maakt er, strikt genomen, zelfs geen deel van uit. Maar komen ze samen voor, dan is dit de definitie van een goede dokter. Er zijn ontelbare voorbeelden in alle mogelijke beroepen van sociaal vaardige en charismatische mensen die deze kwaliteiten grandioos hebben misbruikt voor hun eigenbelang. Denk maar aan sommige populaire wereldleiders of bij het volk geliefde beroemdheden die sympathiek en betrouwbaar overkwamen, maar finaal van hun voetstuk getuimeld zijn.

Wanneer ben je een goede patiënt?

(vii)

De patiënt mag een goede verzorging verwachten inclusief geen blootstelling aan onnodige bloedafnames, overbodige scanners, nodeloze operaties en te snelle controlevisites. Zaken die de patiënte zowel als de overheid op kosten jagen. Let wel: dat geldt ook voor mij als dokter in de echte wereld. Van auto's, advocatuur en vele andere zaken weet ik niets, het enige wat ik mag wensen is dat mijn garagehouder, mijn advocaat et cetera mijn vertrouwen verdienen en mij niet op flessen trekken.

Tot slot rest de vraag, wanneer ben je een goede patiënt? Als je de onbeperkte keuzevrijheid van ons gezondheidssysteem niet misbruikt en medisch shoppen achterwege laat. Wanneer je respect hebt voor de tijd van de dokter en hem/haar niet nodeloos consulteert. Wanneer je de dokter correct informeert, de behandeling naleeft en de dokter feedback verschaft over de resultaten van de behandeling.

**Vrouwen en
mannen:
gelijk
maar toch
verschillend**

Waarom hoort dit hoofdstuk in het boek? Vrouwen zijn bij ons toch volstrekt gelijkwaardig aan mannen? Natuurlijk is dat zo. Maar dat verhindert niet dat ze op vele vlakken verschillend zijn.

Laten we beginnen met het verschil tussen vrouw en man dat het meest in het oog springt: de levensverwachting. Er is geen enkel land in de wereld waar mannen gemiddeld ouder worden dan vrouwen. De gemiddelde levensverwachting van de wereldbevolking bedroeg in 2025 73,3 jaar (70,7 man – 76,0 vrouw). De evolutie in de afgelopen decennia is indrukwekkend. In 1956, mijn geboortjaar, was de levensverwachting van de wereldbevolking 50,1 jaar, nu is dat 23 jaar langer. De welvaart, en bijgevolg ook de levensverwachting, is in de meeste landen de voorbije halve eeuw spectaculair toegenomen. In 1990 leefde 36% van de wereldbevolking in extreme armoede, in 2024 was dat nog maar 8,5% (gegevens Wereldbank).

In het Europa van 2025 worden Zwitsers (84,1 jaar), Italianen (83,9 jaar) en Spanjaarden (83,8 jaar) het oudst. In België is de levensverwachting 82,3 jaar: 80,4 man en 84,5 vrouw. Ons land staat daarmee wereldwijd op een zesentwintigste plaats. Nederland (82,3 jaar) is vijfentwintigste. Op planeet Aarde (2025) hebben de Hong Kong Chinezen (85,6 jaar) en de Japanners (84,5 jaar) de hoogste levensverwachting. In die twee landen worden vrouwen gemiddeld 88 jaar.

Hoge inkomenslanden scoren vanzelfsprekend het hoogst. Landen met grote ongelijkheid tussen de mensen, meestal lage inkomenslanden, scoren slecht. Het meest dramatisch is Afrika ten zuiden van de Sahara. De dertig landen in de wereld met de laagste levensverwachting komen daarvandaan. Nigeria, met een levensverwachting van 54,6 jaar, staat allerlaatste.

Honderdjarigen (*i*)

Wat hebben de acteur Kirk Douglas en de Britse *Queen Mother* Elizabeth gemeen met de voormalige Amerikaanse president en Nobelprijswinnaar Jimmy Carter? Alle drie werden ze honderd jaar of meer. Honderdjarigen zijn niet meer zo zeldzaam als ze ooit zijn geweest.

Qua honderdjarigen is Japan de baas. In 2024 telde het land 146.000 honderdjarigen (1/840) waarvan 88% vrouw. Daarmee heeft het land zowel in absolute als in relatieve cijfers de meeste honderdplussers ter wereld.

In 2014 waren er in België 1890 honderdjarigen (1/6000). In 2024 waren dat er 2928 (1/4000): 83% vrouwen en 17% mannen. De oudste Belg ooit was Joanna Deroover-Turcksin (1890–2002) uit Machelen, ze werd 112 jaar en 186 dagen.

Nederland telde in 2023 2572 honderdjarigen (1/7000), 84% vrouw en 16% man. In 2003 waren er dat de helft minder. De oudste Nederlandse ooit was Henny van Andel-Schipper (1890–2005) uit Hoogeveen, ze werd 115 jaar en 62 dagen.

De oudste persoon aller tijden was de Française Jeanne Calment die 122 jaar en 164 dagen oud werd. Ze overleed op 4 augustus 1997. Calment, Turcksin en van Andel-Schipper waren '*supercentenarians*', dat zijn mensen die honderdtien jaar of ouder worden. Opmerkelijk: 95% zijn vrouwen. Eén honderdjarige op duizend wordt honderdtien jaar. Medisch gesproken zijn deze hoogbejaarde vrouwen superinteressant, omdat ze zeer lang fit blijven en blijkbaar immuun zijn voor diabetes, dementie en kanker. Wetenschappers hopen bij hen de sleutel van een lang gezond leven te vinden.

Het geval Jeanne Calment

Zou de leeftijd van Jeanne Calment een vervalsing kunnen zijn?

In de zomer van 1997 stierven drie vrouwelijke iconen: Lady Diana, Princess of Wales (36 jaar), Moeder Teresa, ontvanger van de Nobelprijs voor de vrede voor haar werk met armen en zieken (87 jaar) en Jeanne Calment (122 jaar en 164 dagen). Deze laatste gold als de oudste mens die ooit heeft geleefd. Ze werd geboren te Arles op 21 februari 1875 en overleed daar op 4 augustus 1997. Volgens het overlijdensrapport stierf zij 'van ouderdom'. Toen Jeanne werd geboren waren er op de wereld anderhalf miljard mensen, Jeanne zou ze allemaal overleven. Ze maakte twintig Franse presidenten mee. Wie was Jeanne Calment en waarom is ze zo oud geworden? Calment had goede genen: haar oudere broer werd 97, haar vader 93 en haar moeder 86. Jeanne had een welgestelde vader, een scheepsbouwer. Jeanne huwde op haar eenentwintigste met haar neef, Fernand Calment, eigenaar van een handelszaak en eveneens bemiddeld. Jeanne heeft nooit gewerkt. Ze had vele hobby's zoals tennissen, rolschaatsen, piano spelen en het opjagen van wilde zwijnen. Jeanne en Fernand hadden één dochter, Yvonne (1898–1934) die op haar beurt een zoon had. Drama, Yvonne stierf in 1934 aan tuberculose. Fernand Calment overleed in 1942 aan een vergiftiging, hij werd 73 jaar. In 1963 verloor Jeanne zowel haar schoonzoon als haar kleinzoon. Op slag stond Jeanne er alleen voor, ze had geen familie meer. 'Niet omkijken' was haar motto. Wandelen en turnen waren haar lang leven. Ze was bekend in Arles als de vrouw die dagelijks doorheen de stad banjerde. Op haar honderdste verjaardag fietste ze nog. Toen ze honderdtien jaar werd, tot dan woonde ze nog steeds alleen, besloot ze dat de tijd rijp was om naar een woonzorgcentrum te gaan, het 'Maison du Lac'. Ze werd de eerste

Jeanne Calment op
40-jarige leeftijd



vrouw ooit die honderdzesenveertien jaar werd. Jeanne hield er in het 'Maison' een strenge en rituele dagindeling op na. Opstaan om 6:45 uur, bidden, dan turnoefeningen. Haar ontbijt bestond uit koffie met beschuit. Na elke maaltijd rookte ze een sigaret, hiermee stopte ze op haar honderdzeventiende. Ze was dol op stoofkarbonade, gekookte vis vond ze maar niks. 's Avonds luisterde ze naar muziek op haar walkman. Elke avond dronk ze een port. Ze at wekelijks een kilo chocolade. Vrijdag en zondag ging ze naar de mis. Op haar honderdvijftiende brak ze haar heup, ze genas, maar belandde in een rolstoel. Calment is verder nooit ernstig ziek geweest. Ze nam, tenzij een aspirine tegen hoofdpijn, nooit medicijnen. Tot haar dood bleef haar geheugen redelijk goed. Jeanne Calment was veeleisend voor het personeel, haar bijnaam was 'de commandant'. Hoe ouder ze werd, hoe beroemder ze werd. Er verschenen boeken over haar, onder andere *Les 120 ans de Jeanne Calment*. Maar de aandacht was niet altijd positief en prijzend.

Het begon in 1994. Jeanne had een nicht opdracht gegeven om haar persoonlijke documenten te verbranden, daardoor had de gemeentedienst van Arles het moeilijk om haar leeftijd te verifiëren. Jaren na haar dood, in november 2018, beweerde de Russische dokter en gerontoloog Valery Novoselov aan de hand van foto's, dat Calment twintig jaar jonger was dan ze wou doen geloven. Maar het was vooral een andere Rus, de wiskundige Nikolay Zak, die zich fanatiek vastbeet in de casus 'Calment'. Zak verzamelde allerlei gegevens van de burgerlijke stand en van biometrische gezichtskenmerken van Jeanne, waaruit moest blijken dat Jeanne Calment niemand anders was dan haar overleden dochter Yvonne en dus eigenlijk 23 jaar jonger was. En het zou Jeanne zelf geweest zijn en dus niet Yvonne die in 1934 stierf aan tuberculose. De familie zou dit hebben gedaan om successierechten te ontwijken. Zaks besluit was dat het hier een familiegeheim betrof van zestig jaar oud. Gerontoloog Jean-Marie Robine (1951) wees erop dat Jeanne hem zaken had verteld die Yvonne nooit had kunnen weten. Robine en medewerkers publiceerden in 2019 hun kritiek in het

wetenschappelijk tijdschrift *Journal of gerontology*. Daarin wijzen ze op onnauwkeurigheden in het werk van Zak.

Toch is er iets dat knaagt. Ik herinner mij goed mijn reactie in 1997 op het nieuwsbericht van het overlijden van mevrouw Calment. 'Ach, waar maakt de pers zich druk om?' dacht ik. Dat record zal niet lang standhouden. In die tijd verschenen er boekjes waarvan de teneur was dat de mens die 150 jaar zou worden, al geboren was. Ik zat helemaal fout. We zijn nu 28 jaar later en het record van Jeanne Calment staat nog steeds, meer zelfs, het wordt niet eens bedreigd. Er zijn in de '*list of the verified oldest people*' iets meer dan een dozijn 116-jarigen, een half dozijn 117-jarigen, en drie 118 tot 119-jarigen. Niemand van 120 jaar en niemand van 121 jaar. De tweede oudste mens aller tijden is de Japanse mevrouw Kane Tanaka: 119 jaar en 107 dagen. Ze scheelt met de derde oudste mens, de Amerikaanse Sarah Knauss, slechts tien dagen. Maar met Jeanne Calment scheelt Tanaka 3 jaar en 57 dagen. Gerontologen vertellen mij dat in die leeftijdscategorie drie jaar een eeuwigheid is. Ze vinden dit een 'uitdagende' vaststelling. Het is alsof het wereldrecord honderd meter sprint van Usain Bolt in een klap met één volle seconde zou worden verbeterd. Jeanne Calment blijft een raadsel.

Waaraan sterft de vrouw in Vlaanderen? (2022)

(ii)

Tot de leeftijd tussen 0 en 40 jaar sterven vrouwen en mannen in grote lijnen aan hetzelfde. De belangrijkste doodsoorzaken in het eerste levensjaar zijn de gevolgen van ernstige vroeggeboorte en van aangeboren misvormingen van de baby. Tussen 1 en 40 jaar zijn ongevallen en zelfdoding de belangrijkste doodsoorzaken. Voor elke doodsoorzaak sterven er een kwart meer jongens/mannen dan meisjes/vrouwen. Onderschat de problemen rond de geboorte niet: in Vlaanderen sterft een baby op de honderd (1%) voor het einde van het eerste levensjaar. Dat zijn er 620 per jaar.

Het is pas vanaf 50 jaar (man) en 55 jaar (vrouw) dat de kans om dood te gaan opnieuw die 1% van het eerste levensjaar evenaart. Tussen 40 jaar en 55 jaar is borstkanker de belangrijkste doodsoorzaak bij vrouwen, vanaf 55 tot 74 jaar is dat longkanker. Dat laatste is een gevolg van de inhaalbeweging van roken die vrouwen maakten vanaf begin jaren 80 van vorige eeuw. Boven de leeftijd van 75 jaar was, enkel in 2020, covid-19 de belangrijkste doodsoorzaak. In de leeftijd 75 tot 84 jaar zijn hart- en vaatziektes de belangrijkste sterfte-oorzaak bij vrouwen. Vanaf 85 jaar is dat hartfalen en beroerte. Uiteindelijk zal, over alle leeftijden heen, 40% van alle vrouwen sterven aan hart- en vaatziektes tegenover 30% van alle mannen. Een feit waarop mijn studenten vaak verwonderd reageren: 'Ah zo, vrouwen sterven vaker aan hun hart dan mannen, dat is nieuw?' 'Ja, maar ze sterven wel op een hogere leeftijd aan hun hart dan mannen.'

Er is zeker nog gezondheidswinst mogelijk want de meeste van deze doodsoorzaken zijn ofwel te vermijden (ongevallen, zelfmoord, ziekte door roken) ofwel te verschuiven naar een oudere leeftijd mits het in acht nemen van eenvoudige basisregels: niet roken, drie tot vijf uur per week bewegen, matig en gevarieerd eten en zes tot acht uur slapen. Matig de alcoholconsumptie of stop er gewoon mee. Tot slot, zorg dat je over een sociaal netwerk beschikt. Het is een goede remedie tegen de stress van het alleen-zijn, dat konden we aan den lijve ondervinden tijdens de coronaperiode. Wetenschappers toonden aan dat eenzaamheid de stresshormonen activeert, hetgeen een extra risicofactor is voor hart- en vaatziekte.

Waarom leven vrouwen langer dan mannen?

{iii}

In België leven vrouwen gemiddeld vier jaar langer dan mannen. In 2023 werden er in Vlaanderen 62.338 baby's geboren. Aan de start zijn er meer jongens (51,2%) dan meisjes (48,8%). Vanaf dat moment tot de leeftijd van 75 jaar zullen er op elke leeftijd meer mannen dan vrouwen sterven. Vanaf

de leeftijd van 75 jaar sterven er meer vrouwen, omdat er minder mannen overblijven.

Door de tijden heen hebben mannen zich risicovol en competitief gedragen tegenover andere mannen, volgens sommigen met het doel om status en vrouwen te verwerven. Volgens een (deels achterhaalde) theorie kiezen vrouwen, onbewust, voor een sterke en gezonde man, omdat ze een gezond en goed beschermd kind willen. Het nadeel, volgens deze theorie, is dat er regelmatig een roekeloze man in zijn competitieve ijver omkwam. De natuur springt dus kwistig om met mannen.

Vandaag de dag echter hoeft dat competitiegedoe niet meer. Desondanks gedragen mannen zich nog steeds roekelozer dan vrouwen. Voor iedere vier doden bij verkeersongelukken zijn er drie mannen en één vrouw. Mannen plegen op iedere leeftijd vaker zelfmoord dan vrouwen. Mannen werken meer in onveilige beroepen, ze roken en drinken meer, ze sterven vaker dan vrouwen aan longkanker en levercirrose. Maar het grootste gezondheidsverschil tussen man en vrouw zit hem in het tijdstip waarop hart- en vaatziekten optreden. Een man is gemiddeld vijf jaar jonger dan een vrouw wanneer hij een hartinfarct doormaakt. Dit komt omdat het natuurlijke vrouwelijke hormoon, oestrogeen, de bloedvaten van de vrouw beschermt tegen vetafzetting. Een bescherming die wegvalt zodra de menopauze intreedt. Bescherming door vrouwelijke hormonen is niet de enige reden. Mannen lijden vaker dan vrouwen aan obesitas en houden er slechtere voedingsgewoonten op na. Uiteindelijk zullen er zelfs meer vrouwen dan mannen aan hart- en vaatziekten sterven, maar de leeftijd waarop het hart van de vrouw het finaal begeeft, ligt ten minste vijf jaar hoger dan die van de man. Stilaan is de man aan een inhaalbeweging bezig. Hij rookt minder, beweegt meer, eet gezonder dan vroeger en zorgt steeds vaker voor zijn kinderen. De levensduur voor beide geslachten blijft stijgen, maar de stijging is voor de man nu groter dan voor de vrouw. In 1997 was het verschil in levensverwachting tussen de Belgische man en vrouw 6,4 jaar. Een kwarteeuw later (2024) was dat nog maar 4,1 jaar. Kortom, zowel mannen als vrouwen leven alsmaar langer, maar de man heeft meer groeimarge.

En dan zijn er ook nog de genen. Is de levensverwachting een gevolg van verschillen in de geslachtschromosomen tussen man en vrouw? Vrouwen beschikken over twee X-chromosomen, mannen over een X- en een Y-chromosoom. Dat Y-chromosoom is een beetje de rase. Het is een 'leeg' chromosoom en bestaat uit ocharmen zeventig genen, terwijl een X-chromosoom ongeveer duizend genen heeft. Het Y-chromosoom werd ontdekt in 1905 door de Amerikaanse genetica Nettie Stevens (1861–1912) en is verantwoordelijk voor de spermaproductie. Sommige geleerden beweren dat de XX-chromosomen verantwoordelijk zijn voor het verschil in levensverwachting tussen man en vrouw. Het blijkt dat wanneer oudere mannen hun 'fragiele' Y-chromosoom beginnen te verliezen, ze minder bestand zijn tegen kanker of infectieziektes en sneller doodgaan. Vrouwen hebben twee X-chromosomen. Ze kunnen de beste genen selecteren uit de beide X-chromosomen. Ze zijn dus beter beschermd tegen kanker. Mannen kunnen niet kiezen, want ze hebben maar één X. Vrouwen zouden daardoor genetisch superieur zijn en langer overleven.

Het hoeft niet zo somber te zijn voor mannen. Gerieters vertellen mij dat zowel man als vrouw, mits men de gezondheidsregels in acht neemt, vlot 80 jaar kunnen worden. Echter, het belang van het geslacht (xx versus xy) neemt wel degelijk toe met de leeftijd en hoe hoger de leeftijd, hoe belangrijker. Van de honderdjarigen is nog slechts 16% man, van de honderdjarigen is dat een povere 5%.

Besluit: vrouwen leven langer dan mannen, omdat ze meer beschermd zijn door zowel hun vrouwelijke hormonen als door hun extra X-chromosoom en omdat ze zich minder roekeloos gedragen dan mannen.

Vrouw, sta op uw strepen: de loonkloof en de orgasmekloof

(iv)

De loonkloof is het verschil in uurloon tussen mannen en vrouwen. Het bedroeg in 2021 in België 5%. Per uur verdienen vrouwen dus gemiddeld 5% minder dan mannen. Daarmee staat België op een vijfde plaats

in Europa (Nederland met een loonkloof van 13,5% staat achttiende). De loonkloof in Europa is 12,7%. We doen het helemaal niet zo slecht. Bij werknemers onder de 25 jaar is de loonkloof onbestaande. Met de leeftijd neemt de kloof toe. Bij vijfenvijftigplussers is de kloof 8,5%.

In de wet staat nochtans 'gelijk loon voor gelijk werk'. De helft van de loonkloof kan verklaard worden, omdat er voor hetzelfde werk een verschillende benaming bestaat (steeds in het nadeel van de vrouw). Man en vrouw doen hetzelfde werk, maar hun functiebenaming is verschillend en dus ook hun loon. Een andere oorzaak van de loonkloof is dat mannen ambitieuzer zijn (of maatschappelijk verwacht worden om ambitieuzer te zijn) dan vrouwen en daarom vaker met de baas discussiëren over loonopslag. Openheid over de lonen waarbij werknemers binnen een bedrijf van elkaar weten hoeveel ze verdienen, zal loondiscriminatie een stuk lastiger maken.

De orgasmekloof verwijst naar het verschil in aantal keer dat mannen en vrouwen tot een orgasme komen tijdens heteroseks: negentien op de twintig mannen komen altijd klaar tegenover dertien op de twintig vrouwen. Nog geen 20% van de vrouwen bereikt een orgasme door PIV (penis in vagina). Volgens wijlen seksuoloog Ellen Laan (1962–2022) is mannelijke seksualiteit volledig gericht op coïtus en het vrijen wordt gestaakt zodra de man klaarkomt. Professor Laan: 'De enige mensen die een vaginaal orgasme hebben zijn mannen.' Dat een vrouw niet zo veel belang hecht aan klaarkomen is onzin. De orgasmefrequentie tijdens seks bij lesbische koppels bedraagt achttien op de twintig en oogt daarmee 'mannelijk'. Hoe kunnen we de kloof dichten? Seksuologen stellen een drietrapsraket voor. Een: vrouwen moeten leren van seks te genieten, niet enkel geven, maar ook ontvangen. Twee: meer focussen op het orgaan dat genot verschaft, de clitoris. Stimulatie van clitoris kan manueel of oraal. Drie: communicatie tussen partners: 'Wat heb je graag? Doe ik het goed?'

Op het eerste gezicht hebben loonkloof en orgasmekloof niks met elkaar te maken. Dat is maar schijn, in beide gevallen moeten vrouwen leren veel

meer voor zichzelf op te komen zowel in loononderhandelingen als in bed. Mijn vrouwelijke collega dokter M, wijst mij op nog een 'gender'-tegenstrijdigheid: 'Waarom kunnen mannen zich niet voortplanten zonder orgasme en vrouwen wel. Raar toch?'

Het vrouwenhart ({v})

Over de biologische verschillen kun je boeken schrijven. Ik beperk mij hier tot een willekeurige greep. Vrouwen hebben 50% meer vet dan mannen, vrouwen zijn daardoor ronder en zachter. Het vet dient als melkbron voor borstvoeding. De beenderen van vrouwen ontkalken sneller dan die van mannen en nog veel sneller vanaf de menopauze. Vrouwen hebben daarom voor eenzelfde leeftijd meer breuken dan mannen. Hun kans op Alzheimer is het dubbele van die van de man. Grotendeels, maar niet uitsluitend, een gevolg van de hogere levensverwachting van de vrouw. Mannen lijden vaker aan de ziekte van Parkinson. Vrouwen hebben meer auto-immuunziektes zoals reumatoïde artritis. Ze worden sneller dronken, omdat ze alcohol anders verteren. Alcoholmisbruik komt veel vaker voor bij mannen, dat is bekend, maar het misbruik wordt maatschappelijk bij hen meer getolereerd. Als vrouwen drinken worden ze sneller alcoholafhankelijk dan mannen. Ook voor roken is dat zo: vrouwen die pogingen doen om te stoppen met roken hervallen vaker dan mannen.

Er was in 2024 veel te doen rond het vrouwenhart. Dat is niet nieuw. In 2005 publiceerden verschillende vrouwelijke cardiologen studies waaruit bleek dat bij een vrouwelijke patiënt met hartklachten de dokter eerder terughoudend is: 'Ach mevrouw, het zal de stress zijn.' De arts denkt bij een vrouw niet in de eerste plaats aan een hartziekte, en zeker niet als ze nog geen 50 jaar oud is. Bijgevolg stelt hij de noodzakelijke onderzoeken en therapie uit. Het besluit van de studies was dan ook: 'Deze onderbehandeling kost vrouwenlevens.' Te veel artsen denken dat hartziekte een

typische mannenziekte is. Jammer. Een andere, belangrijkere, reden is dat de symptomen van een hartaanval bij mannen en vrouwen niet dezelfde zijn. Bij de man zijn het de klassieke symptomen van drukkende pijn achter het borstbeen, uitstralend naar de armen en vaak na een inspanning. Bij vrouwen kan die typische pijn afwezig zijn en plaatsmaken voor maag/darmstoornissen, zweten, vermoeidheid en pijn in de onderkaak. Vaak worden deze klachten voorafgegaan door mentale stress. Nu, twintig jaar later, is er nog niet al te veel veranderd. Cardiologe Birgit Vogel (New York) schrijft in *Lancet* dat hart- en vaatziekten bij vrouwen nog steeds te weinig onderzocht, te weinig gediagnosticeerd en te weinig behandeld worden. Zeker als je weet dat gehospitaliseerde vrouwen na een hartaanval dubbel zo vaak sterven als gehospitaliseerde mannen. De symptomen van een hartaanval leren herkennen bij een vrouw en haar verhaal au sérieux nemen, is een goed begin.

Worden vrouwen nog steeds stiefmoederlijk behandeld in de medische research?

(vi)

Ja, hoewel minder dan vroeger. Er was een tijd dat resultaten van onderzoek op mannen gemakshalve ook golden voor vrouwen en kinderen, weliswaar met enige aanpassing. In studies werden vrouwen lang beschouwd als wat kleinere mannen en kinderen als kleine volwassen mannen. Dat verschijnsel is nu grotendeels achter de rug. Wel is er nog steeds een *gender bias*, niet in het minst in de academische wereld. Een Israëlische studie uit 2023 toonde aan dat vrouwelijke onderzoekers zwaar ondervertegenwoordigd zijn als belangrijkste auteur van klinische studies en dat voor alle specialismen. Hartziekten spannen de kroon: hier wordt 80% van alle wetenschappelijke publicaties door mannen geleid. In mijn vak, de gynaecologie, staan mannen aan het roer in 55% van de studies. 'Minder publicaties' is een van de redenen waarom vrouwelijke artsen moeilijker doorgroeien naar een universitaire carrière. Maar, het gaat de