

Datum 28 maart 2017
Doel Voorkomen van bijwerkingen door hormonale anticonceptie bij langdurig gebruik op hogere leeftijd

Uitgangspunt

1. NHG-standaard Anticonceptie

Algemene opmerkingen

Opmerking expertgroep 28-3-2017: de keuze voor 52 jaar is een statistische keuze. Het is raar om iemand dan nog over te zetten op bijvoorbeeld progestagenen. De overgang kan ook vastgesteld worden door FH, FSH en estradiol te prikken. Dit wordt in de eerste lijn nooit gedaan in de 2^e lijn wel.

Toelichting stroomschema

Ad "Leeftijd \geq 52 jaar?"

In de NHG-Standaard wordt 52 jaar als afkappunt gekozen waarbij de meeste vrouwen geen anticonceptie meer nodig hebben. Dit geldt vooral voor hormonale anticonceptiva en de prikpil, om verschillende redenen: hormonale anticonceptiva vanwege de bijwerkingen en de prikpil om te bepalen of er al amenorroe optreedt.

Niet hormonale anticonceptiva zijn niet opgenomen in deze MFB.

Literatuurreferenties

Literatuur	Samenvatting
NHG- Standaard Anticonceptie 2020.	Hormonale anticonceptie (inclusief hormoonspiraal) Het algemene advies is om op de leeftijd van 52 jaar te stoppen met anticonceptie. Dit advies is gebaseerd op onderstaande overwegingen: <ul style="list-style-type: none">o bij gebruik van hormonale anticonceptie is de menopauze niet vast te stelleno de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen de menopauze bereiken is 50 tot 51 jaar (SD \pm 4 tot 5 jaar)o de kans op zwangerschap wordt daarom vanaf de leeftijd van 52 jaar geacht zeer klein (maar niet 0) te zijno bij onzekerheid kan de vrouw eventueel tijdelijk een condoom gebruikeno het absolute risico op VTE, ischemische HVZ en mammacarcinoom neemt toe naarmate de vrouw ouder is Niet-hormonale anticonceptie (inclusief koperspiraal) Adviseer bij gebruik van niet-hormonale anticonceptiemethodes deze een jaar na de laatste menstruatie te staken. Gebruikstermijn spiralen rond de overgang Spiralen geplaatst op de leeftijd van 45 jaar kunnen tot na de menopauze (52 jaar) in situ blijven; voor T-vormige spiralen geldt dit bij plaatsing vanaf het 40e jaar. Adviesleeftijd stoppen De leeftijd waarop in het algemeen stoppen met anticonceptie wordt aanbevolen is gebaseerd op consensus. De gemiddelde leeftijd waarop autochtone vrouwen in Nederland de menopauze bereiken is 50 tot 51 jaar (SD \pm 4 tot 5 jaar). Vrouwen die roken bereiken de menopauze eerder. Het is niet bekend of de gemiddelde leeftijd ten tijde van de menopauze onder verschillende etnische groepen in Nederland varieert (zie de NHG-Standaard De overgang). Betrouwbare zwangerschapsgegevens van vrouwen > 50 jaar (inclusief zwangerschapsonderbrekingen, miskramen, voldragen zwangerschap met al dan niet gebruik van anticonceptie) ontbreken. Op basis van consensus is besloten om een vrouw \geq 52 jaar geen anticonceptie meer te adviseren,

	<p>mits de vrouw over de risico's is voorgelicht, zoals uitleg dat het risico niet nul is, als de vrouw nog perimenopauzaal is en er mogelijk nog ovulaties (en dus menstruaties) zijn.</p> <p>Beleid bij overgangsklachten Het continueren van hormonale anticonceptie (combinatiepreparaten) na de leeftijd van 52 jaar voor overgangsklachten alleen wordt ontraden. Bij keuze voor behandeling van overgangsklachten heeft hormoontherapie naar verwachting een gunstiger veiligheidsprofiel dan hormonale anticonceptie.</p> <p>Hormoontherapie versus hormonale anticonceptie Argument tegen het gecontinueerd gebruik van combinatiepreparaten uit angst voor overgangsklachten is dat het de vraag is of de vrouw daadwerkelijk overgangsklachten zal ervaren, welke klachten dat zijn, en hoe ernstig (zie de NHG-Standaard De overgang). Combinatiepreparaten zijn niet voor behandeling van overgangsklachten geregistreerd en onderzocht. Hormoontherapie voor overgangsklachten bevat een lagere dosering oestrogeen dan combinatiepreparaten. De dosering progestageen is nagenoeg gelijk, of er worden andere progestagenen gebruikt. Mogelijk veroorzaakt hormoontherapie een kleinere toename van het risico op VTE, HVZ en mammacarcinoom dan combinatiepreparaten. Op hogere leeftijd is een risicotename steeds relevanter, doordat uitgangrisico toeneemt. Vergelijkend onderzoek tussen combinatiepreparaten en hormoontherapie ontbreekt.</p>
<p>NHG- Standaard De overgang 2012</p>	<p>Als besloten wordt tot medicamenteuze behandeling gelden de volgende richtlijnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geef oestrogenen in een zo laag mogelijke effectieve dosering. • Bij vrouwen <i>met een uterus</i>: geef oestrogenen altijd <i>in combinatie</i> met progestagenen om het risico op endometriumhyperplasie en -carcinoom te beperken.³¹ Progestagenen kunnen <i>sequentieel</i> of (alleen bij postmenopauzale vrouwen) <i>continue</i> worden toegediend. <ul style="list-style-type: none"> ○ Bij <i>sequentiële</i> combinatietherapie worden progestagenen gedurende ten minste veertien dagen toegevoegd aan de continue toediening van oestrogenen. Als gevolg hiervan vindt maandelijks een onttrekkingsbloeding plaats. ○ Bij <i>continue combinatietherapie</i> wordt continue een combinatie van oestrogenen met een lage dosis progestageen gegeven. De eerste maanden kunnen onregelmatig bloedverlies en spotting optreden. Bij perimenopauzale vrouwen geeft continue combinatietherapie langdurig en frequent onregelmatig bloedverlies.³³ Om deze reden komen alleen postmenopauzale vrouwen in aanmerking voor continue combinatietherapie. • Bij vrouwen <i>zonder uterus</i>: geef oestrogenen zonder progestageensuppletie. <p>Het gebruik van tibolon wordt ontraden wegens een verhoogd risico op endometriumcarcinoom, mammacarcinoom en bij oudere vrouwen op een CVA.³⁴</p> <p>Keuze van hormoonpreparaten Bij vrouwen <i>met een uterus</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Perimenopauzale</i> vrouwen met anticonceptiewens: overleg met de vrouw over de wenselijkheid van het gebruik van orale anticonceptie (combinatiepreparaat).³⁵ Voor een keuze en meer informatie zie de NHG-Standaard Anticonceptie. Hormoontherapie heeft onvoldoende anticonceptieve werking. Indien een vrouw korter dan 5 jaar een hormoonspiraal heeft, kan dit worden gecombineerd met oestrogeenmonotherapie (estradiol 1 mg oraal per dag of estradiolpleister 50 microgram/24 uur = 2 pleisters/week).³⁶ • <i>Perimenopauzale</i> vrouwen zonder anticonceptiewens: sequentiële combinatietherapie (estradiol 1 mg/dydrogesteron 10 mg oraal); anders dan bij de pil is er geen stopweek. • <i>Postmenopauzale</i> vrouwen: maak in overleg met de vrouw een keuze tussen orale sequentiële (estradiol 1 mg/dydrogesteron 10 mg) of orale continue combinatietherapie (estradiol 1 mg/dydrogesteron 5 mg continu of estradiol 1 mg/norethisteron 0,5 mg continu).³⁷ <p>Bij vrouwen <i>zonder uterus</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oestrogeenmonotherapie (estradiol 1 mg oraal per dag of een estradiolpleister 50 microgram/24 uur = 2 pleisters/week). <p>Adviseer om na zes maanden gebruik de medicatie op proef te staken. De medicatie hoeft niet te worden afgebouwd.³⁸</p>