

UIT DE SERIE HUISARTSGENEESKUNDIGE CONFERENTIES*

8. De „overgangsjaren”

Al enige tijd bestaat een toenemende belangstelling voor de „overgangsjaren”. In de lekenpers wordt er veel over geschreven, er worden gespreksgroepen opgezet (bijvoorbeeld in VIDO-verband), Teleac wijdde er in 1978 een serie nascholingsuitzendingen aan en in de medische wereld lijkt het verschijnsel te leiden tot het ontstaan van een subspecialisme in de gynaecologie. Gaat het hier om een speciaal probleem dat tot voor kort onvoldoende aandacht kreeg en thans in medisch opzicht beter te benaderen is?

Inleiding

De eerste stap bij onze besprekingen was het inventariseren van de vragen die bij de deelnemers opkwamen naar aanleiding van het onderwerp. Een korte bloemlezing:

– zijn het misschien meer de artsen die het probleem „overgangsjaren” creëren dan de vrouwen in de leeftijd van 45 tot 55 jaar?

– veelal wordt gesproken over „climacterium”, maar is het begrip „overgangsjaren” niet beter omdat het benadrukt dat hier sprake is van een levensfase (analoog aan bijvoorbeeld de puberteit) terwijl „climacterium” suggereert dat het een medisch syndroom (dus ziektebeeld) betreft?

– zijn de overgangsjaren eigenlijk niet een cultureel bepaald typisch westers probleem?

– wat is de plaats van oestrogeen-substitutie therapie? Wat zijn de voor- en nadelen? Moet je eigenlijk wel aan behandelen denken?

– gaat zich hier een groep mannen bemoeien met een „vrouwenzaak”, het-

geen zij in zekere zin tamelijk vrijblijvend kunnen doen?

De discussies die op deze en soortgelijke vragen volgde, raakte een aantal elementaire vraagstukken: wanneer is er

E. H. VAN DE LISDONK EN
J. M. T. VERSTEEGEN

sprake van een probleem, van „ziekte”? Bepaalt de patiënt dit of de dokter? Wat is de invloed van psyche en sociale omstandigheden op de beleving van klachten en op de presentatie daarvan aan de huisarts? Wat is de invloed van de man-vrouwrelatie hierop? Voor een bespreking van dit soort vragen zijn verwezen naar het artikel van *Van Duren e.a.* Deze discussie relativeerde onze bespreking, maar we realiseerden ons ook dat ingaan op zulke vragen niet binnen de doelstelling van onze bijeenkomsten zou passen. Dat betekende een belangrijke beperking want de medische aspecten vormen slechts een van de invalshoeken van waaruit men de „overgangsjaren” kan, of liever: zou moeten benaderen. Wel vroegen we aan de enige vrouwelijke arts in ons midden het basisstuk (*Huygen*), in de plaatselijke werkgroep voor vrouwelijke huisartsen te bespreken.

Deze vrouwen vonden dat in het basisstuk de kans gemist werd om nader in te

gaan op de sociale positie van de vrouw in de middenleeftijd. Een goed begrip voor de problemen waarmee vrouwen van deze leeftijd ook in maatschappelijk opzicht kampen, leek hun onmisbaar voor de huisarts. Het basisstuk bevestigde naar hun oordeel de onjuiste mening dat de overgangsjaren hoofdzakelijk gedefinieerd kunnen worden als een psychisch – en dus individueel – probleem en dat dit probleem opgelost zou kunnen worden met een gesprek en een uiteenzetting over de fysiologische veranderingen en de individuele verwerking daarvan. Verder wijzen zij erop, dat de VIDO-groepen** geen langlopende therapiegroepen zijn. Deze groepen komen een keer of vijf bij elkaar om specifieke problemen te bespreken. Doel is het op gang brengen van een bewustwordingsproces waaruit zelfvertrouwen kan worden geput, zodat de deelnemers op eigen benen verder kunnen.

Enquête en epidemiologie

Dat huisartsen zeer uiteenlopende visies hebben op het fenomeen overgangsjaren, constateerden we al in het begin van onze discussie. Om na te gaan of dit verschil van inzicht ook blijkt uit de frequentie waarmee zij dit verschijnsel tegenkomen en uit een verschillend beleid, hebben we een enquête gehouden. We vroegen de deelnemers onder meer een schatting te maken van hun praktijkomvang (ziekenfondspatiënten en particulieren) en vervolgens van het aantal vrouwen in de overgangsjaren dat zich per jaar voor het eerst met klachten tot hen wendde. De schattingen liepen uiteen van 0,1 tot 1 procent van de totale praktijkpopulatie, dus van enkele vrouwen per jaar tot ongeveer dertig.

We vroegen vervolgens hoeveel vrouwen voor deze klachten met oestrogenen werden behandeld (*tabel*). Eén respondent behandelt kennelijk vrijwel alle vrouwen die met „overgangsklachten” bij hem komen met oestrogenen. Een zeer groot verschil met de respondent die bij dergelijke klachten nooit oestrogenen voorschrijft.

De epidemiologische gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut zijn weergegeven in de *figuur* op pagina 479.

** VIDO: Stichting Informatiecentrum Vrouwen in de Overgang, Constantijn Huygenlaan 60, 1422 HJ Uithoorn.

* Dit artikel is een neerslag van discussies tussen huisartsen van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut over de benadering van in de praktijk veel voorkomende aandoeningen – zie (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 13-15. De lezer dient zich te realiseren, dat het bij deze discussies meer gaat om een kritische bezinning op verschillende problemen dan om een poging nu eens definitief vast te stellen hoe het wel zou moeten.

Presentatie en informatie

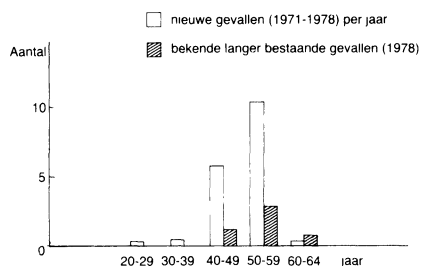
Vóór de enquête was geen poging gedaan te omschrijven welke klachten precies werden bedoeld en blijkbaar beschikten de respondenten ieder voor zich over een voldoende duidelijk inzicht in wat werd bedoeld om de enquête te kunnen beantwoorden.

Tallose klachten worden geassocieerd met de overgangsjaren: cyclusstoornissen, vasovegetatieve klachten (bijvoorbeeld: opstijgingen, aanvallen van transpireren, duizeligheid, prikkelingen in armen en benen, hoofdpijn) en meer psychisch getinte klachten (bijvoorbeeld: prikkelbaarheid, angsten, neerslachtigheid, eenzaamheidsgevoelens). Kenmerkend zijn deze klachten geenszins. *Haspels* schrijft: „Er zijn in feite maar twee typisch climacteriële klachten: de opstijging en de transpiratieaanval”. Wij konden ons daarmee verenigen. Als een vrouw een of meer van de bovengenoemde klachten vermeldt en de huisarts die kortweg toeschrijft aan haar leeftijd, doet hij dat naar onze mening dan ook ten onrechte. Het lijkt ons veeleer zijn taak het probleem van de patiënte te verhelderen. Zo kan een

Tabel. Aantal jaarlijks met oestrogeen-substitutie therapie behandelde vrouwen; schattingen door twaalf huisartsen.

Vrouwen	Respondenten
0	1
0 - 2	3
3 - 4	1
5 - 10	3
10 - 20	—
20 - 25	1
Geen antwoord	3

Figuur. Frequentie climacterische klachten in een standaardpraktijk.*



Bron: Continue Morbiditeits Registratie Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
* 2800 zielen met geslachts- en leeftijdsverdeling conform de Nederlandse bevolking in 1977

patiënte met cyclusstoornissen bij de huisarts komen. In een nader gesprek zou kunnen blijken, dat slechts medische deskundigheid voor de onregelmatigheid van menstruaties wordt gevraagd. Ook zou kunnen blijken, dat angst voor zwangerschap het feitewlijke probleem is. Niet minder waarschijnlijk is, dat de cyclusstoornissen een ingang zijn om angsten en onzekerheden te bespreken.

Soms kan een al jaren bestaande relatie met patiënte een hulpmiddel zijn om klachten in een juist kader te plaatsen. Ook achtergrondgegevens als pariteit, gezinsfase, gehuwd of ongehuwd zijn, beroep, sociale relaties, karakter en dergelijke kunnen daartoe bijdragen. Een huisarts die een dergelijke patiënte nog niet of pas kort kent, doet er ons inziens goed aan in de anamnese aan deze punten aandacht te besteden. Overigens kan zijn onbevangenheid tegenover zo'n patiënte ook van voordeel zijn.

Voor zover nog niet besproken, kan aandacht voor het verloop van de cyclus en met name tussentijds bloedverlies en contactbloedingen, mictieklachten, vaginale klachten (bijvoorbeeld fluor vaginalis) en anticonceptie van belang worden geacht.

In het kader van een anticiperende geneeskunde lijkt het gewenst dat ook bij een patiënte met „overgangsklachten” onderzoek wordt verricht. Daarbij denken wij aan het bepalen van gewicht en bloeddruk, vaginaal onderzoek dat eventueel aangevuld wordt met een cervixuitstrijkje, en onderzoek van de mammae. Over dit laatste ontstond enige discussie. Als conclusie daarvan menen we dat niet zozeer het eenmalig palperen van de mammae daarbij het doel is; vooral zal de huisarts patiënte dienen te instrueren in het regelmatig (bijvoorbeeld ten minste eenmaal per maand) zelf leren aftasten van de borsten. Tot slot omvat het onderzoek het bepalen van de reductie in de urine en eventueel een hemoglobinebepaling.

Handelingsplan

De eerste stap in het handelingsplan is een uitleg over de fysiologische veranderingen in deze leeftijdsfase en de individuele wijze van verwerking daarvan. In het kort komt dit hier op neer:

De ovaria produceren minder oestrogenen. Dit wordt gevolgd door een toegenomen productie van gonadotrofinen. Deze veranderingen leiden tot een toenemend aantal anovulatoire cycli, veranderingen in het menstruatiepatroon en uiteindelijk het geheel wegblijven

van vaginaal bloedverlies. Na de laatste bloeding (de menopauze), wanneer de ovaria vrijwel geen oestrogenen meer aanmaken, blijft wel een andere bron van productie van oestrogenen bestaan. Het gaat hierbij om het oestron, dat ontstaat uit androsteendion. Androsteendion wordt in de bijnier geproduceerd en wordt, waarschijnlijk in vetweefsel, omgezet tot oestron. Dit proces heet „perifere conversie”. Deze perifere conversie vormt een met de mate van adipositas in sterkte toenemende bron voor oestrogeenproductie in de menopauze.

Wij vinden dat uitleg over de fysiologische veranderingen – uiteraard in voor patiënte begrijpelijke taal – niet zonder meer gekoppeld moet worden aan reeds bestaande klachten maar tevens in een algemener kader betreffende het ouder worden moet besproken worden. Eigenlijk is op dit punt een gesprek over de sociale positie van de vrouw in de middenleeftijd op zijn plaats. In de praktijk blijkt dit evenwel voor de meeste deelnemers geen vast punt van bespreking te zijn. We achten deze eerste stap in het handelingsplan, bedoeld voor uitleg en bespreking, daarom van groot belang omdat er een preventieve werking van kan uitgaan ten aanzien van een krampachtig vasthouden aan lichamelijke klachten of – en daar dient men niet minder attent op te zijn – meer psychisch getinte ongenoegen.

Welke behandeling kan de huisarts instellen bij veel voorkomende klachten in de overgangsjaren?

Cyclusstoornissen zijn als regel te ondervangen door een combinatie van oestrogenen en progestativa in de vorm van de anticonceptiepil. Kortdurend (bijvoorbeeld 2 maanden) een pil met 50 microgram oestrogenen of meer, tot goede cyclusbeheersing is bereikt, desgewenst gevolgd door een „sub-50”-pil. Wordt op het anticonceptieve effect geen prijs gesteld, dan komen als tweede keus lynestrenol (Orgametril®) of bijvoorbeeld oestradiol valerianaat (Cyclocur®) in aanmerking. Bij hevig bloedverlies met stolsels kan Ermetrine® gegeven worden (3 dd 300 mg gedurende 5 dagen).

Opstijgingen, transpiratie-aanvallen en andere vaso-vegetatieve klachten moeten niet zonder meer medicamenteus behandeld worden, vinden wij. Wel kan, afhankelijk van de betekenis en de gevolgen die de klachten volgens patiënte hebben, in individuele gevallen hormonale behandeling als mogelijke therapie aan patiënte worden voorge-

legd. Vóór de menopauze gaat de voorkeur dan uit naar de anticonceptiepil. Na de menopauze moet de indicatie tot behandelen met de anticonceptiepil of andere vormen van oestrogeensubstitutie strenger gesteld worden, omdat er nog onzekerheid bestaat over de effecten van oestrogenen in de postmenopauze op de ontwikkeling van het endometriumcarcinoom. Dergelijke overwegingen kan men in een gesprek met betreffende patiënte betrekken.

Een literatuuronderzoek dat wij hiervoor verrichtten en waarover in een *bijlage* wordt gerapporteerd, bracht ons ertoe zeer terughoudend te zijn met deze therapie. Het is tevens maar de vraag of een gunstig effect op het ontwikkelen van osteoporose op latere leeftijd opweegt tegen de nadelen van oestrogeensubstitutie. *Duursma en Van Paassen* schrijven in dit verband: „De verhouding tussen het aantal vrouwen en mannen die lijden aan osteoporose wordt geschat op 85 : 15. Ongeveer 25% van alle vrouwen ouder dan 60 jaar heeft één of meer ingezakte wervels”. Hoewel is aangetoond „dat oestrogenoediening mits in voldoende dosering een profylactische werking heeft op het ontstaan van osteoporose”, heeft deze behandeling, mede doordat er vroegtijdig mee begonnen moet worden, vele nadelige effecten, zoals waarschijnlijk een verhoogde kans op hypertensie, myocard infarct, trombo-embolische processen, galstenen en mogelijk endometriumcarcinoom. Vooralsnog lijkt deze therapie niet aangewezen, ook niet uit profylactische overwegingen.

Bij het later op deze leeftijd soms optredende probleem van de atrofie van het onderste deel van de tractus urogenitalis, leidend tot irritatie, vaginitis en dyspareunie, is oestrogeensubstitutie ons inziens om dezelfde redenen niet zonder meer aangewezen. In individuele gevallen kan evenwel lokaal een glijmiddel of een oestrogeen bevattende zalf uitkomst bieden.

Enquête

Bovenstaande richtlijnen voor het handelingsplan zijn slechts met moeite en veel discussie tot stand gekomen. Hoewel het op zich al verheugend was dat we ons allen konden vinden in de opgestelde regels, bleef het nog maar de vraag of we deze regels nu ook in praktijk brachten. Om daar enig zicht op te krijgen hebben we gebruik gemaakt van dezelfde enquête als waarvan in de paragraaf *Enquête en epidemiologie* reeds sprake was. Deze enquête is dus twee-

maal aan de leden van de werkgroep toegezonden, zowel vóór de besprekingen over de „overgangsjaren”, als bijna zes maanden later, op een moment dat we alweer bijna drie maanden met een ander onderwerp bezig waren. Met de uitkomsten van deze enquête dient uiterst voorzichtig te worden omgegaan: het zijn „zachte” gegevens, omdat datgene wat men zegt te doen, niet altijd representatief is voor wat men werkelijk in de praktijk doet.

Het zijn vooral de verschillen tussen deze twee meetmomenten waar we nieuwsgierig naar waren. Hier volgt een beknopte beschrijving van de resultaten:

● *Vraag 1:* Een patiënte in de premenopauze wil de „pil” zowel ter regeling van de cyclus als voor anticonceptie; wat schrijf je voor? In het antwoord hierop trad vrijwel geen verschuiving op: ongeveer tweederde koos voor een „sub-50”-pil.

● *Vraag 2:* Wat schrijf je voor bij een patiënte met een metrorragie in de premenopauze? Gaf 25 procent bij de eerste meting orale anticonceptie op, bij de tweede meting was dit ruim 80 procent. Zo gaf bij de eerste meting 42 procent Ermetrine® op, bij de tweede meting niemand.

● *Vraag 3:* Wat schrijf je voor bij een vrouw in de overgangsjaren met dyspareunie ten gevolge van atrofie van het vaginaslijmvlies en verder zonder klachten? Oestrogenen blijven in beide metingen favoriet, hoewel bij de tweede meting bij ruim een derde ook niet-hormonale methoden en met name een glijmiddel worden genoemd (bij de eerste meting slechts eenmaal vermeld!).

● *Vraag 4:* Wat is je beleid bij klachten over stress incontinentie in de overgangsjaren? Een scala van mogelijkheden wordt in beide metingen opgesomd: er bestaat duidelijk geen uniformiteit; onder andere genoemd: lichamelijk onderzoek, urineonderzoek, bekkenbodemspieroefeningen, pessarium, oestrogenen). In onze besprekingen hebben we dit onderwerp helaas niet uitgediept.

● *Vraag 5:* Daarin wordt onder andere gevraagd naar de wijze van toediening van een oestrogeenpreparaat als daar in de overgangsjaren eenmaal toe besloten is. De enige verandering die opvalt, is een duidelijke toename van het intermitterend toedienen van oestrogenen; ook bij de tweede meting blijkt er in het geheel geen voorkeur te zijn voor het afwisselen van de oestrogenen met progestativa.

Conclusie: de belangrijkste verschuiving die zes maanden na bespreking van dit onderwerp is opgetreden, is de toenomen voorkeur voor orale anticonceptie ter behandeling van een metrorragie in de premenopauze.

Slot

Slechts een deel van de vrouwen in de overgangsjaren wendt zich met mogelijk daarmee samenhangende klachten tot de huisarts. De wijze waarop de huisarts met deze klachten omgaat, belicht maar een deel van de vele facetten van deze levensperiode. Wij menen dat de huisarts samen met patiënte moet proberen te komen tot een verheldering van de betekenis van klachten in de overgangsjaren. Hij zal daarbij vooral de ruimte moeten bieden voor een gesprek over psychische en sociale aspecten. De hem bekende achtergrondgegevens van een patiënte dient hij daarbij kritisch te hanteren. Een dergelijk contact biedt een goede gelegenheid om anticiperend onderzoek te verrichten. Uitleg over de fysiologische processen die ten grondslag liggen aan de overgangsjaren, kan gewenst zijn.

Van de klachten in deze leeftijdsfase zijn de cyclusstoornissen gewoonlijk eenvoudig te behandelen met de aan de huisarts zo vertrouwde orale anticonceptiva. Ingewikkelde schema's over bijvoorbeeld door tijdstip, aard, hoeveelheid en duur onderscheiden vaginale bloedingen met speciaal aangepaste therapieprotocollen lijken daarmee overbodig. Wanneer door orale anticonceptiva vaginaal bloedverlies niet gereguleerd kan worden, kan dit een reden zijn tot verwijzing naar de gynaecoloog. Uiteraard blijft een gouden regel, dat vaginaal bloedverlies bij de niet meer menstruerende vrouw de huisarts zeer op zijn hoede moet doen zijn en wel des te dringender naarmate de laatste bloeding langer is geleden; ook dit kan een reden zijn tot verwijzing naar de gynaecoloog.

Over de oestrogeensubstitutie-therapie is veel onderzoek gedaan. Op grond van de tot nu toe beschikbare gegevens menen wij hiermee uiterst terughoudend te moeten zijn.

We realiseren ons dat veel nog onbesproken is gebleven en dat met name het ruimere kader waarin feitelijk de overgangsjaren beschouwd zouden moeten worden, onvoldoende aan de orde is geweest; een beperking die we aangaande dit onderwerp vaak ook in de spreekkamer voelen.

Bijlage: Oestrogenen en het risico van een endometriumcarcinoom

Veel is geschreven over de hypothese dat oestrogenen door hyperplasie van het endometrium te veroorzaken een factor van betekenis zijn bij het ontstaan van een endometriumcarcinoom. Uit de Continue Morbiditeits Registratie van het N.U.H.I. over de jaren 1971-1978 blijkt dat de huisarts in een standaardpraktijk van 2800 patiënten eens in de vijf jaar een endometriumcarcinoom ziet (evenals eens in de vijf jaar een cervixcarcinoom). Ook Fry schrijft dat hij eens per vijf jaar in een praktijk van 2500 patiënten een endometriumcarcinoom ziet.

Weiss et al. beschrijven een plotselinge stijging van de incidentie van het endometriumcarcinoom in de Verenigde Staten met 10 procent ten opzichte van de tot 1970 stabiele cijfers. De schrijvers zeggen goede redenen te hebben om aan te nemen dat het oestrogeengebruik door vrouwen in de postmenopauze ten minste gedeeltelijk verantwoordelijk is voor deze stijging. De studies van Smith et al., Ziel and Finkle, Mack et al. en Gordon et al. leiden tot de conclusie dat gebruik van oestrogenen een beduidend risico met betrekking tot het ontstaan van een endometriumcarcinoom inhoudt. Jick et al. tonen een scherpe daling in de incidentie van het endometriumcarcinoom aan, overeenkomend met een sterke daling van het aantal prescripties aangaande ter substitutie voorgeschreven oestrogenen. Ook Antunes et al. berekenden een sterk toegenomen overall risico voor oestrogeengebruiksters.

In 1978 verschijnt een kritisch artikel van Horwitz and Feinstein. Op de tot dan toe gepubliceerde studies uiten zij inhoudelijk en vooral methodologische kritiek en zij concluderen dat de tot nog toe verrichte onderzoekingen niet valide van opzet zijn. Kruijver neemt in een overzichtsartikel een genuanceerd standpunt in. Ten eerste zegt hij dat een geringe dosis gecombineerd met een intermitterend gebruik het risico doet afnemen. Ten tweede concludeert hij dat oestrogenen niet zozeer de oorzaak zijn, als wel een versnelling van de manifestatie van het carcinoom bewerkstelligen bij een bestaande predispositie. Tot slot beveelt hij combinatie met gestagenen aan. Haspels acht manifeste climacteriële symptomen een duidelijke indicatie voor oestrogeentherapie, adviseert een zo gering mogelijke hoeveelheid oestrogeen, cyclisch toegediend, en acht combineren met progestatieve stoffen

niet noodzakelijk. Als absolute contra-indicaties noemt hij: een oestrogeenafhankelijke tumor, bepaalde enzymopathieën, het Rotor-syndroom, het Dubin-Johnson-syndroom en een cholestatische icterus tijdens de zwangerschap in de anamnese. Als relatieve contra-indicaties noemt hij: een trombose in de anamnese, diabetes, cardiale en nefrogene oedemen en hypertensie. Myomen behoeven geen contra-indicatie te betekenen. Wij tekenen hierbij aan dat het maar de vraag is of de huisarts weet dat een van de genoemde aandoeningen bij een bepaalde patiënte aanwezig is.

Deze veelheid aan gegevens laten (nog) geen definitieve conclusies toe. Voor de huisarts heeft het zeker zin tot slot nogmaals te wijzen op de onder anderen door Zeylmans aangegeven voordelen van de anticonceptiepil bij de vrouw in de premenopauze: „Er wordt gezorgd voor een betrouwbare contraceptie; cyclusstoornissen worden voorkomen; neuro-vegetatieve climacteriële klachten worden bestreden”.

- Antunes, C. M. F., P. D. Stolley and N. B. Rosensheim. Endometrial cancer and estrogen use. (1979) *New Engl. J. Med.* **300**, 9-13.
- Duren, J van, B. W. Fryling en F. L. de Leeuw. Ziektedrempel bij overgangsklachten. (1979) *Medisch Contact* **34**, 116-121.
- Duursma, S. A. en H. C. van Paassen, in: L. J. B. Jaszmann en A. A. Haspels (red.). De middelbare leeftijd van de vrouw. *Bunge, Utrecht*, 1979.
- Foster, R. A., S. P. Lang, M. C. Costanza et al. Breast self-examination practices and breast-cancer stage. (1978) *New Engl. J. Med.* **299**, 265-270.
- Fry, J. Common diseases. Second ed. *M.T.P. Press, Lancaster*, 1979.
- Gordon, J., J. W. Reagan, W. D. Finkle et al. Estrogen and endometrial carcinoma. (1977) *New Engl. J. Med.* **297**, 570-571.
- Haspels, A. A., in: L. J. B. Jaszmann en A. A. Haspels (red.). De middelbare leeftijd van de vrouw. *Bunge, Utrecht*, 1979.
- Horwitz, R. I. and A. R. Feinstein. Alternative analytic methods for case control, studies of estrogens and endometrial cancer. (1978) *New Engl. J. Med.* **299**, 1089-1094.
- Huygen, F. J. A. Huisartsgeneeskundige conferenties. (1980) *huisarts en wetenschap* **23**, 13-15.
- Jick, H., R. N. Watkins, J. R. Hunter et al. Replacement estrogens and endometrial cancer. (1979) *New Engl. J. Med.* **300**, 218-222.
- Kruijver, G. P. M. Substitutie met oestrogenen in endometrium-carcinoom. (1979) *Ned. T. Geneesk.* **123**, 383-387.
- Mack, T. M., M. C. Pike, B. E. Henderson et al. Estrogens and endometrial cancer

- in a retirement community. (1976) *New Engl. J. Med.* **294**, 1262-1267.
- Smith, D. C., R. Prentice, D. J. Thompson et al. Association of exogenous estrogen and endometrial carcinoma. (1975) *New Engl. J. Med.* **293**, 1164-1167.
- Weiss, N. S., D. R. Szekely and D. F. Austin. Increasing incidence of endometrial cancer in the United States. (1976) *New Engl. J. Med.* **294**, 1259-1262.
- Zeylmans, J. G. Problemen rond menopauze. (1978) *Ned. T. Geneesk.* **122**, 512-517.
- Ziel, H. K. and W. D. Finkle. Increased risk of endometrial carcinoma among users of conjugated estrogens. (1975) *New Engl. J. Med.* **293**, 1167-1170.

Deelnemers aan deze Huisartsgeneeskundige conferenties zijn: J. F. Bakker, P. J. A. M. Baselier, W. J. M. Becking, Dr. H. J. F. M. Crebolder, J. P. van Dam, C. J. Erdman, Prof. Dr. F. J. A. Huygen, R. Kartodirdjo, E. H. van de Lisdonk, H. J. M. Markus, P. Mesker, H. A. Nolet, J. W. van Rec, J. W. G. Schellekens, Dr. L. M. de Sonaville, Dr. H. G. M. van der Velden, J. M. T. Versteegen, Dr. H. L. A. Vlamings, Th. B. Voorn, J. T. N. Weijtens, P. de Winter en R. G. Zwart, allen huisarts, verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

Summary. Phases in the professional training of general practitioners (pages 474-477).

In this article, a junior doctor and an instructor/general practitioner each report on a year of training, in which both distinguish several phases. On the basis of personal experience, they outline the development of a general practitioner's identity in the junior doctor, concentrating on the processes of awakening which lead to a personal vision of general medicine and can also contribute to the general profile of professional training.