

Landelijke Transmurale Afspraak Vaginaal bloedverlies in de postmenopauze

Flikweert S, Emanuel MH, Boukes FS, Hemrika DJ, Brölmann HAM, Groeneveld FPMJ, Meijer LJ, Sips AJBI, Van de Weijer PHM. *Landelijke Transmurale Afspraak Vaginaal bloedverlies in de postmenopauze*. Huisarts Wet 2002;45(3):129-32.

Inleiding

De Landelijke Transmurale Afspraak Vaginaal bloedverlies in de postmenopauze is opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). De Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) geeft in het kort richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij vaginaal bloedverlies in de postmenopauze en houdt daarbij rekening met een verschil in aanpak tussen huisartsen en gynaecologen. De LTA geeft globale richtlijnen; aanbevolen wordt om deze richtlijnen regionaal (door huisartsen en specialisten) nader in te vullen en hierover werkafspraken te maken. De LTA gaat in op de raakvlakken van eerste- en tweedelijnszorg.

De LTA is gebaseerd op wetenschappelijke gegevens en consensusafspraken. Voor de bespreking van de wetenschappelijke literatuur en de gemaakte keuzes wordt verwezen naar de NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies, eerste herziening,¹ de NVOG-richtlijn Abnormaal vaginaal bloedverlies in de postmenopauze,² de NHG-standaard Cervixuitstrijken³ en de NVOG-richtlijn Gynaecologische echoscopie.⁴ De LTA geeft richtlijnen om op het juiste tijdstip huisartsgeneeskundige of gynaecologische zorg te kunnen bieden waarbij ook voor patiënten de continuïteit in het beleid herkenbaar blijft. Bovendien komen de indicaties voor aanvullend onderzoek en (terug)verwijzing aan de orde. Deze LTA wordt afgesloten met enkele aanbevelingen voor gedeelde zorg.

Begrippen en achtergronden

Vaginaal bloedverlies in de postmenopauze is vaginaal bloedverlies (vers of oud bloed, al dan niet vermengd met vaginale afscheiding) dat optreedt op een tijdstip later dan één jaar na de laatste menstruatie (de menopauze). Vaginaal bloedverlies in de postmenopauze is alleen normaal als het optreedt als onttrekkingsbloeding door

progestativa in het kader van een behandeling met oestrogenen.

Onder *abnormaal vaginaal bloedverlies* in de postmenopauze wordt verstaan: elk bloedverlies in de postmenopauze dat niet geïdentificeerd kan worden als een bloeding bij het gebruik van oestrogenen en progestagenen. Met *persisterend of recidiverend abnormaal vaginaal bloedverlies* in de postmenopauze wordt bedoeld dat het bloedverlies niet binnen een week is opgehouden of binnen drie maanden weer terugkomt.

In de huisartspraktijk bedraagt de incidentie van vaginaal bloedverlies in de postmenopauze ongeveer 3 per 1000 vrouwen per jaar. De kans op vaginaal bloedverlies in de postmenopauze neemt af met de leeftijd, terwijl de kans op endometriumcarcinoom bij vrouwen met deze klacht met de leeftijd juist toeneemt. Er is geen onderzoek bekend over de voorspellende waarde van de aard en de duur van het bloedverlies voor het al dan niet bestaan van een maligniteit als oorzaak van het vaginale bloedverlies in de postmenopauze.

Uiteindelijk wordt bij 10% van de vrouwen met vaginaal bloedverlies in de postmenopauze de diagnose 'maligne neoplasma' gesteld. Dit zal meestal het endometriumcarcinoom betreffen. Volgens de laatste beschikbare gegevens wordt slechts 46% van de vrouwen verwezen naar de gynaecoloog bij een eerste consult over vaginaal bloedverlies in de postmenopauze. Bij minstens de helft van de verwezen groep wordt bij nadere diagnostiek geen oorzaak gevonden en berust het bloedverlies waarschijnlijk op atrofie; bij 7% van de verwezen groep wordt een endometriumcarcinoom gevonden.

Tijdige diagnose van een endometriumcarcinoom is van belang omdat de prognose van een stadium I-carcinoom op alle leeftijden gunstig is (gemiddelde vijfjaarsoverleving 91%). Indien curatieve behandeling niet meer mogelijk of ongewenst is, bijvoorbeeld door de hoge leeftijd van de patiënte, kan een palliatieve behandeling zinvol zijn om ernstige bloedingen te voorkomen. Een dergelijke palliatieve behandeling behoeft niet ingrijpend te zijn.

Het beleid bij een *eerste episode van abnormaal vaginaal bloedverlies* in de postmenopauze bestaat in eerste instantie uit het uitsluiten van een maligniteit door middel van trans-

Inbreng van de patiënt en persoonlijk inzicht van de behandelend arts

Factoren van de kant van de patiënt zullen altijd het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de LTA aan de orde. De huisarts en de gynaecoloog stellen, waar mogelijk, hun beleid vast in samenspraak met de patiënt en met erkenning van diens verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Het persoonlijk inzicht van de huisarts en de gynaecoloog speelt een belangrijke rol bij het transmurale beleid. Afweging van relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het in de LTA beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat de LTA bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

vaginale echoscopie. Een endometriumdikte >4 mm – dit betreft de dikte van het endometrium in twee lagen – gemeten bij transvaginale echoscopie, is een afwijkende bevinding. Het stellen van een oorzakelijke diagnose door histologisch onderzoek is dan noodzakelijk. Uit vergelijkend onderzoek is gebleken dat de minder invasieve aspiratietechnieken met de Vabracurette of de Pipelle hierbij even betrouwbaar zijn als de invasieve curettage en daarom genieten eerstgenoemde poliklinische methoden de voorkeur.

Is er sprake van *persisterend of recidiverend abnormaal vaginaal bloedverlies* in de postmenopauze, dan wordt naar de gynaecoloog verwezen. Volgens de bilaterale richtlijnen van het NHG en de NVOG heeft histologisch al wel transvaginale echoscopie plaatsgevonden, waarbij een endometriumdikte ≤4 mm is aangetroffen. In die situatie gaat het erom een oorzakelijke diagnose voor het bloedverlies te vinden en deze zo mogelijk te behandelen. Hysteroscopie met aanvullend histologisch onderzoek zal dan worden overwogen omdat veel (vooral gesteelde) afwijkingen in het cavum met curettage gemist kunnen worden.

Als er *opnieuw vaginaal bloedverlies* in de postmenopauze optreedt na meer dan drie maanden na een eerste episode (en na transvaginale echoscopie), dan wordt dit beschouwd als een nieuwe episode en vindt er dus opnieuw onderzoek plaats, alsof het om een nieuwe (eerste) episode gaat.



Bij het gebruik van oestrogenen en progestagenen in de postmenopauze en vaginaal bloedverlies buiten de onttrekkingsbloedingen om, volgt verwijzing naar de gynaecoloog. Een transvaginale echoscopie zal in dat geval niet bijdragen aan de diagnostiek.

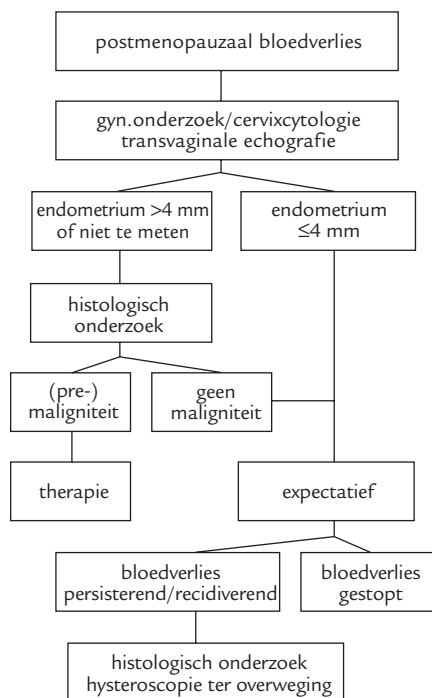
Uitgangspunten

De rollen van huisarts en gynaecoloog bij abnormaal vaginaal bloedverlies in de postmenopauze zijn door de komst van de transvaginale echoscopie veranderd. In beginsel dragen huisarts en gynaecoloog zorg voor een transvaginale echoscopie bij elke vrouw met (elke hoeveelheid) vaginaal bloedverlies in de postmenopauze.

De taak van de huisarts omvat naast een zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek ook het maken van een cervixuitstrijkje bij elke vorm van abnormaal vaginaal bloedverlies in de postmenopauze. Het cervixuitstrijkje wordt gemaakt om – naast afwijkingen van het cervixepitheel – mogelijk aanwezige atypische endometriumcellen op te sporen.

De taak van de gynaecoloog omvat – voortbouwend op de gegevens van de huisarts – uit-

voering van de beslisboom uit de NVOG-richtlijn. Deze beslisboom is weergegeven in figuur 1.



Figuur 1 Vuistregels voor het beleid bij abnormaal vaginaal bloedverlies in de postmenopauze

Diagnostiek

Voor de uitvoering en de interpretatie van de diagnostiek (anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek) wordt verwezen naar de NHG-standaard en de NVOG-richtlijn.

De anamnese bij *abnormaal vaginaal bloedverlies in de postmenopauze* beperkt zich tot de volgende punten:

- datum menopauze;
- begin, duur en beloop van de klachten;
- contactbloedingen;
- geneesmiddelengebruik (oestrogene substitutie al dan niet in combinatie met progestagenen).

In alle gevallen verricht de huisarts het volgende onderzoek:

- inspectie van vulva en perineum;
- speculumonderzoek: vaginalesie of cervixpoliep, fluor, ectropion, aanwijzingen voor maligniteit van vagina of cervix met speciale aandacht voor eventuele atrofie van het vaginaslijmvlies;
- vaginaal toucher: uterus (grootte en consistentie), adnexe (grootte).

Aanvullend onderzoek

Bij *abnormaal vaginaal bloedverlies in de postmenopauze* wordt als aanvullend onderzoek een cervixuitstrijkje gemaakt. Het tijdstip en de uitslag van eerdere uitstrijkjes zijn niet van invloed op deze aanbeveling, ook niet als er in de voorgaande vijf jaar een uitstrijkje is gemaakt in het kader van het bevolkingsonderzoek met een niet-afwijkende uitslag.

Tevens wordt *transvaginale echoscopie* verricht om de dikte van het endometriumslimvlies te bepalen.

Samenwerken

OVERWEGINGEN EN BELEID

De huisarts draagt zorg voor het maken van het cervixuitstrijkje en de bespreking van de uitslag daarvan met de patiënte. Bij elke vrouw met abnormaal vaginaal bloedverlies in de postmenopauze dient een transvaginale echoscopie te worden verricht conform regionaal gemaakte of te maken afspraken.⁵ De werkgroep heeft consensus bereikt over de termijn van drie weken, waarbinnen deze transvaginale echoscopie dient plaats te vinden. In alle gevallen geeft de huisarts aan de patiënte voorlichting en informatie over de transvaginale echoscopie; hierbij kan gebruik worden gemaakt van de NHG-patiëntenbrief Vaginaal bloedverlies na de overgang (zie p. 131). De actuele versie van deze patiëntenbrief is te vinden op www.artsennet.nl/nhg/voorlichting. De randvoorwaarden voor transvaginale echoscopie staan beschreven in de NVOG-richtlijn Gynaecologische echoscopie. Het onderzoek dient te worden uitgevoerd door een echoscopist met voldoende kwalificatie in de gynaecologische echoscopie. Bij een endometriumdikte ≤4 mm en een niet afwijkende uitslag van het cervixuitstrijkje wordt de vrouw gerustgesteld door de huisarts of gynaecoloog en krijgt de vrouw de instructie om contact met de huisarts op te nemen wanneer het bloedverlies niet ophoudt of terugkomt. Bij een endometriumdikte >4 mm is nader aanvullend onderzoek door de gynaecoloog aangewezen.

VERWIJZING

Redenen voor verwijzing naar de gynaecoloog volgens regionale afspraken kunnen zijn:

- Er is sprake van abnormaal vaginaal

Samenvatting

- ▶ De Landelijke Transmurale Afspraak Vaginaal bloedverlies in de postmenopauze is het resultaat van landelijk overleg tussen huisartsen en gynaecologen over de medische zorg aan patiënten met vaginaal bloedverlies in de postmenopauze.
- ▶ Onder vaginaal bloedverlies in de postmenopauze wordt verstaan vaginaal bloedverlies dat optreedt op een tijdstip later dan één jaar na de laatste menstruatie (de menopauze).
- ▶ Het beleid van de huisarts en de gynaecoloog bij abnormaal vaginaal bloedverlies in de postmenopauze is primair gericht op het 'uitsluiten' van maligniteit door middel van transvaginale echoscopie. Bij persisterend of recidiverend abnormaal vaginaal bloedverlies in de postmenopauze wordt verwezen voor het opsporen van een andere (behandelbare) oorzaak.
- ▶ Bij abnormaal bloedverlies in de postmenopauze worden altijd transvaginale echoscopie van het endometriumslimvlies en een cervixuitstrijkje verricht.

Vaginaal bloedverlies**Vaginaal bloedverlies na de overgang**

*In deze brief wordt nog eens uitgelegd wat met u is besproken.
U kunt de tekst thuis op uw gemak doorlezen.*

Vaginaal bloedverlies na de overgang

In de overgang worden uw menstruaties onregelmatig en houden ten slotte op. Wanneer u meer dan een jaar na uw laatste menstruatie opnieuw vaginaal bloed verliest, is het belangrijk uit te zoeken wat hiervan de oorzaak is. Ook als de bloeding binnen enkele dagen vanzelf stopt.

Oorzaken

Bij de helft van de vrouwen wordt geen oorzaak gevonden. Soms blijkt een goedaardige poliep in de baarmoederhals de bloeding te veroorzaken. Bij een op de tien vrouwen met bloedverlies na de overgang wordt een kwaadaardige aandoening gevonden. Het kan dan gaan om baarmoederhalskanker of kanker van het slijmvlies in de baarmoederholte.

Onderzoek

Twee onderzoeken zijn nodig om een kwaadaardige oorzaak van de bloeding uit te sluiten: een uitstrijkje van de baarmoederhals en een inwendige echoscopie.

Uitstrijkje

Om baarmoederhalskanker uit te sluiten, wordt een uitstrijkje van de baarmoederhals gemaakt. Ook al is er kort geleden een uitstrijkje gemaakt, dan wordt het nu toch herhaald.

Inwendige echoscopie

Voor dit onderzoek gaat u meestal naar de gynaecoloog. Een echoscopisch onderzoek maakt gebruik van geluidsgolven om de inwendige organen in beeld te brengen. De geluidsgolven worden door een geleider uitgezonden. Om het slijmvlies van de baarmoeder goed in beeld te krijgen, is een inwendige echo nodig. Hiervoor wordt de geleider in de vagina gebracht. Is het baarmoeder-slijmvlies te dik of is de dikte van het slijmvlies niet goed te beoordelen, dan is verder onderzoek nodig om kanker van het slijmvlies van de baarmoederholte uit te sluiten.

Hoe gaat het verder?

Als bij onderzoek geen oorzaak voor de bloeding is gevonden, dan gaat men ervan uit dat de bloeding onschuldig is. Als een goedaardige poliep de bloeding veroorzaakt, kan deze direct worden verwijderd. Ook een kwaadaardige aandoening kan vaak goed worden behandeld.

Neem na het onderzoek contact op als de bloeding langer dan een week aanhoudt of als de bloeding terugkomt. We bespreken dan of een behandeling nodig is om de bloeding te stoppen. Soms is verder onderzoek nodig, bijvoorbeeld een herhaling van de inwendige echoscopie. Ook als u abnormale of roze vaginale afscheiding krijgt, moet u opnieuw contact opnemen.

Heeft u nog vragen?

Als u na het lezen van deze brief nog vragen heeft, dan kunt u daar bij een volgend contact op terugkomen.



- bloedverlies in de postmenopauze.
- Bij transvaginale echo wordt een endometriumdikte >4 mm gevonden.
 - Er is een afwijkende uitslag: Pap 3A (KOPAC-B-codering P 4-5 A 3-5 C 4-5) of hoger, wijzend op afwijkingen van het cervixepitheel of op afwijkende endometriumcellen.
 - Er is sprake van persisterend of recidiverend abnormaal vaginaal bloedverlies in de postmenopauze, ook als de endometriumdikte ≤ 4 mm is. In deze gevallen gaat het om het opsporen van behandelbare, goedaardige aandoeningen van het endometrium.
 - Er treedt onregelmatig bloedverlies bij hormonale substitutietherapie in de postmenopauze op. Omdat vaginale echoscopie in deze situatie geen uitsluitend geeft, is altijd histologisch onderzoek nodig en wordt naar de gynaecoloog verwezen.

TERUGVERWIJZING

De gynaecoloog verwijst de vrouw bij gunstig resultaat na een afrondend gesprek terug naar de huisarts en stelt de huisarts tijdig op de hoogte van de verrichte diagnostiek en therapie.

GEDEELDE ZORG

Om een goede afstemming te bewerkstelligen tussen huisarts en gynaecoloog draagt de huisarts zorg voor een adequate verwijzing naar de gynaecoloog en bereidt hij de verwijzing in een gesprek met de vrouw voor. De huisarts vermeldt bij verwijzing naar de gynaecoloog expliciet in de verwijsbrief dat een cervixuitstrijkje is gemaakt en zo mogelijk de uitslag daarvan. De gynaecoloog informeert – in verband met een goede communicatie tussen eer-

ste en tweede lijn – de huisarts in ieder geval na het eerste polikliniekbezoek, na afronding van de diagnostiek en steeds voor aanvang van een nieuwe therapie.

BELANGRIJKSTE AANDACHTSPUNTEN

- Bij elke vorm van abnormaal vaginaal bloedverlies in de postmenopauze, ongeacht de hoeveelheid, maakt de huisarts een cervixuitstrijkje.
- Bij elke vorm van abnormaal vaginaal bloedverlies in de postmenopauze, ongeacht de hoeveelheid, wordt transvaginale echoscopie verricht.
- De belangrijke plaats van de transvaginale echoscopie, het beleid bij een eerste episode van postmenopauzaal bloedverlies, het beleid bij persisterend of recidiverend postmenopauzaal bloedverlies zijn besproken.
- Er is geen plaats meer voor diagnostische curettage bij abnormaal vaginaal bloedverlies.

Totstandkoming

In juni 1999 startte een werkgroep van huisartsen en gynaecologen benoemd door het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Namens het NHG hadden zitting in de werkgroep: dr. F.P.M.J. Groeneveld, L.J. Meijer, dr. A.J.B.I. Sips, allen huisarts en namens de NVOG: dr. H.A.M. Brölmann, dr. M.H. Emanuel en dr. P.H.M. van de Weijer, allen gynaecoloog. In oktober 2000 is een conceptversie voorgelegd ter becommentariëring aan een steekproef van 50 huisartsen (NHG-leden) en aan alle gynaecologen.

In april 2001 heeft het bestuur van de NVOG de concepttekst ter goedkeuring aan de ledenvergadering van de NVOG voorge-

legd. De meeste leden hadden bezwaar tegen het uitvoeren van een transvaginale echoscopie door de huisarts. Op 1 augustus 2001 hebben de besturen van het NHG en de NVOG gezamenlijk besloten de tekst van de LTA op dit punt te wijzigen in: 'het uitvoeren van transvaginale echoscopie conform regionaal gemaakte afspraken'.

In november 2001 is de aldus gewijzigde LTA voorgelegd aan en goedgekeurd door de ledenvergadering van de NVOG.

In januari 2002 is de concepttekst voorgelegd aan de Autorisatie Commissie van het NHG. Met enkele tekstuele wijzigingen is de LTA geautoriseerd.

De coördinatie was in handen van de huisartsen S. Flikweert en F.S. Boukes (NHG), en de gynaecologen dr. M.H. Emanuel en dr. D.J. Hemrika (NVOG).

© 2002 Nederlands Huisartsen Genootschap

Noot 1

Meijer LJ, Zwart S, Wemkamp H, Boukes FS, Burgers JS. NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies (eerste herziening). Huisarts Wet 2001;44:260-6.

Noot 2

NVOG-richtlijn no 4. Abnormaal vaginaal bloedverlies in de postmenopauze. Ned Tijdschr Obstet Gynaecol 1999;112:231-3. En: <http://www.nvog.nl>.

Noot 3

Appelman CLM, Bruinsma M, Collette C, Van Weel C, Geijer RMM. NHG-Standaard Cervixuitstrijken. In: Geijer RMM, Burgers JS, Van der Laan JR, Wiersma TJ, Rosmalen CFH, Thomas S, redactie. NHG-Standaarden voor de huisarts, deel 1. Utrecht: NHG, 1999:85-92.

Noot 4

NVOG-richtlijn no 27: Gynaecologische echoscopie. Juni 1999. <http://www.nvog.nl>.

Noot 5

Deze regionale afspraken kennen besluitvorming op basis van consensus. Ook indien er regionaal geen consensus bestaat, wordt om kwaliteitsredenen de echoscopische diagnostiek verricht conform de randvoorwaarden zoals beschreven in de NVOG-richtlijn Gynaecologische echoscopie.