

# Postmenopauzaal bloedverlies

**P** **WAT IS HET PROBLEEM?**  
 Postmenopauzaal bloedverlies (PMB) is bloedverlies dat meer dan een jaar na de laatste menstruatie optreedt. Bloedverlies dat (verwacht) optreedt bij het gebruik van cyclische postmenopauzale hormonale substitutietherapie valt hier niet onder. Soms is PMB een eerste uiting van een maligniteit, maar in verreweg de meeste gevallen is de oorzaak onschuldig. Voor de huisarts is het van belang om de patiënten met een maligniteit te identificeren.

**WAT MOET IK WETEN?**  
 De huisarts ziet ongeveer drie vrouwen met PMB per 1000 vrouwen per jaar. De meeste vrouwen melden zich hiervoor niet bij hun huisarts: ongeveer 10% blijkt nog wel eens te bloeden na een jaar amenorroe. Dit percentage neemt af in latere jaren.

Van de vrouwen die voor PMB naar de dokter gaan, heeft 4-9% een maligniteit. Deze kans neemt toe naarmate de menopauze langer geleden is. Meestal betreft het een endometriumcarcinoom, in minder dan 2% van de gevallen een cervix-, ovarium- of vaginatumor. De piekincidentie van het endometriumcarcinoom ligt tussen de 60 en 70 jaar.

In meer dan 90% van de gevallen is er geen sprake van een carcinoom maar van atrofie van het vagina- of endometrium-slijmvlies (50-60%), endometriumpoliepen of hyperplasie van het endometrium (ongeveer 20%). Poliepen zijn goedaardige endometriumszwellingen van onbekende oorsprong. Hyperplasie van het endometrium ontstaat door oestrogene stimulatie. Dat is in de postmenopauze abnormaal, kan premaligne zijn en vereist dus verder onderzoek. Overige oorzaken van PMB zijn myomen, infecties (inclusief soa's) en decubitus bij pessariumgebruik.

**WAT MOET IK DOEN?**  
 Het beleid is primair gericht op het uitsluiten of aantonen van een maligniteit. Vraag naar de aard van de bloeding: duur, hoeveelheid, relatie met coïtus, leeftijd waarop de menopauze begon en pessariumgebruik. Vraag ook naar andere klachten: afscheiding, pijn, koorts, verandering in mictie of defaecatie, risico op soa's en medicijngebruik, met name hormonale medicatie en antistolling.

Verricht daarna gynaecologisch onderzoek om de bloeding te lokaliseren: inspectie van de anogenitale regio (laesies vulva of perineum, hemorrhoiden), speculumonderzoek (atrofie of decubitus vaginawand, bloedende portio, cervixpoliep), vaginaal toucher (afwijkingen uterus of ovaria: zwelling, pijn),

cytologisch onderzoek van de cervix (uitsluiten cervixcarcinoom) en eventueel soa-diagnostiek.

Laat een transvaginale echo verrichten om een endometriumcarcinoom uit te sluiten, tenzij de bron van de bloeding zeker is. In veel plaatsen kan deze echo direct door de huisarts worden aangevraagd. Bij een dikte van het endometrium  $\leq 4$  mm is de kans op een carcinoom minder dan 1% en kan worden afgewacht.

Verwijs naar de gynaecoloog bij een endometriumdikte van meer dan 5 mm of bij persisterend bloedverlies voor nadere diagnostiek in de vorm van endometriumbiopsie (Pipelle-aspiratie) of hysteroscopie. Endometriumhyperplasie vereist histologisch onderzoek met beoordeling op atypie. Is atypie afwezig dan is behandeling met progestagenen geïndiceerd. Bij atypische hyperplasie is een uterusextirpatie vaak de enige optie.

Een lastige situatie ontstaat als vrouwen continue hormonale substitutietherapie (HST) gebruiken met zowel oestrogenen als gestagenen. In het begin geeft dit nogal eens irregulair bloedverlies. Wacht dan zes maanden af, daarna is verder onderzoek nodig. Bij irregulair bloedverlies vóór de aanvang van de HST is aan te raden dit onderzoek te doen voor de start van een hormonale behandeling.

Behandel de onderliggende aandoening als maligniteiten en endometriumhyperplasie zijn uitgesloten; schrijf bijvoorbeeld lokale oestrogenen voor bij atrofie of decubitus bij pessariumgebruik.

**WAT MOET IK UITLEGGEN?**  
 Vertel de patiënt dat bloedverlies na de overgang zorgvuldig onderzoek vereist. De kans is groot dat het een onschuldig probleem betreft, maar vanwege de kleine kans op kanker zijn een inwendig onderzoek, een uitstrijkje van de baarmoederhals en een vaginale echo nodig. Een verwijzing naar de gynaecoloog is nodig als er bij het onderzoek afwijkingen worden gevonden en als het bloedverlies blijft bestaan of terugkomt. Als de oorzaak van het bloedverlies kwaadaardig is, is deze vaak goed te behandelen. Geef de patiënt schriftelijk informatiemateriaal mee: de NHG-Patiëntenbrief 'Vaginaal bloedverlies na de overgang' en de brochure 'Echoscopie' van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie ([www.nvog.nl](http://www.nvog.nl)). ■

## LITERATUUR

- 1 Flikweert S, Emanuel MH, Boukes FS, Hemrika DJ, Brölmann HAM, Groeneveld FPMJ, et al. LTA Vaginaal bloedverlies in de postmenopauze. Huisarts Wet 2002;45:129-32.
- 2 Meijer LJ, Bruinsma ACA, Pameijer AS, Drost B, Hohmann FP, Leusink GL, et al. NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies. Tweede herziening. Huisarts Wet 2008;51:128-37.
- 3 Van Hanegem N, Breijer MC, Khan KS, Clark TJ, Burger MPM, Mol BWJ, et al. A. Diagnostic evaluation of the endometrium in postmenopausal bleeding: An evidence-based approach. Maturitas 2011;68:155-64.