Archief

Medicamenteuze behandeling van menorragie

Medicamenteuze behandeling van menorragie

Abstract

Bij menorragieën die een behandeling noodzakelijk maken, zal meestal in de eerste plaats getracht worden door medicatie de bloedingen te verminderen. Er zijn verschillende opties: het intra-uterien device (IUD) op basis van levonorgestrel, een oestroprogestageen anticonceptivum, een progestageen, tranexaminezuur, een nietsteroïdaal anti-inflammatoir middel. De keuze tussen een hormonale behandeling en een niet-hormonale behandeling zal vooral afhangen van de leeftijd, van een eventuele kinderwens op dat ogenblik en van eventuele contra-indicaties. Volgens het *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) is het IUD op basis van levonorgestrel de eerste keuze wanneer er geen actieve kinderwens is.

Menorragie wordt gedefinieerd als hevige menstruele bloedingen met een negatief impact op de levenskwaliteit Deze kunnen verantwoordelijk zijn voor anemie. In dit artikel komt de medicamenteuze aanpak aan bod. Een chirurgische ingreep (endometriumablatie, hysterectomie) zal meestal pas overwogen worden wanneer de medicatie niet verdragen wordt of gecontra-indiceerd is, en er definitief geen kinderwens meer is of wanneer een endocavitaire afwijking de oorzaak is van de menorragie.

Wanneer beslist wordt medicatie te starten, kan gekozen worden tussen een hormonale behandeling en een niet-hormonale behandeling. De keuze zal vooral afhangen van de leeftijd van de vrouw, van een eventuele kinderwens op dat ogenblik en van eventuele contra-indicaties.

- Met het IUD *op basis van levonorgestrel* worden de bloedingen met 70 tot 95% verminderd. Volgens het *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) is dit IUD de eerste keuze wanneer er geen actieve kinderwens is, maar dit slechts bij meisjes en vrouwen die reeds seksuele betrekkingen hebben gehad. De veranderingen in het bloedingspatroon (o.a. onregelmatig bloedverlies en spotting), zeker in de eerste cycli, maken dat minstens 6 maanden moet worden gewacht vooraleer het effect op de menorragieën kan worden beoordeeld. In verband met het risico van baarmoederperforatie, zie *Folia* maart 2011 .
- Voor een *anticonceptivum op basis van ethinylestradiol (30 µg) + levonorgestrel (150 µg)* is er evidentie uit één studie van een vermindering van de bloedingen met ongeveer 40%.
- Voor het progestageen *norethisteron* (15 mg per os per dag) van dag 4 tot dag 26 van de cyclus werd in één kleinschalige studie een vermindering van de bloedingen met ongeveer 80% gezien. Orale progestagenen worden soms slecht verdragen. Toediening van een progestageen tijdens de luteale fase alleen, heeft geen bewezen gunstig effect.
- *Depot-preparaten met progestagenen* (implantaat met etonogestrel, medroxyprogesteron voor intramusculaire of subcutane toediening) zijn niet onderzocht bij menorragie en deze indicatie wordt niet vermeld in de SKP. Amenorroe is een ongewenst effect van deze preparaten, waardoor ze soms wel worden gebruikt in het kader van menorragie.
- Voor *danazol* bestaat beperkte evidentie van werkzaamheid bij menorragie, maar het gebruik is niet aangewezen omwille van de ongewenste effecten (vooral androgene).
- De plaats van *gonadoreline-analogen* is beperkt; deze middelen worden wel soms kortdurend toegepast in afwachting van chirurgie, of bij menorragieën door uterusfibromen wanneer andere behandelingen falen of gecontra-indiceerd zijn.

Bij actuele kinderwens zal geopteerd worden voor tranexaminezuur of een niet-steroïdaal anti-inflammatoir middel (NSAID). Deze middelen moeten enkel genomen worden tijdens de menstruatieperiode.

- *Tranexaminezuur* vermindert de bloedingen met 30 tot 60%. De dosis bedraagt 2 à 4,5 g p.d. in meerdere giften, gedurende een viertal dagen (te beginnen bij de start van de bloedingen). Tranexaminezuur lijkt het risico van trombose niet te verhogen, maar (antecedenten van) arteriële of veneuze trombo-embolie zijn contra-indicaties, en voorzichtigheid is aangewezen bij vrouwen met risicofactoren van trombo-embolie. Inname samen met oestroprogestagenen wordt best vermeden gezien dit het risico van trombo-embolie verhoogt.
- *NSAID's* verminderen de bloedingen met 20 tot 40%. De evidentie is het grootst voor mefenaminezuur [n.v.d.r.: niet beschikbaar in België] en naproxen (500 mg, gevolgd door 250 mg om de 6 à 8 uur; max. 1,25 g de eerste dag, nadien maximum 1 g p.d.). NSAID's mogen niet gebruikt worden wanneer de menorragieën het gevolg zijn van coagulatiestoornissen. Zwangerschap dient steeds uitgesloten te worden gezien bij gebruik van NSAID's in het begin van de zwangerschap een verhoogd risico van spontane abortus niet uit te sluiten is.
- Gezien de zeer beperkte doeltreffendheid (vermindering van de bloedingen met 13%) wordt *etamsylaat* niet aangeraden ter behandeling van menorragie.

Clarke J.: Treatment of heavy menstrual bleeding. Patients prefer hysterectomy, but less radical treatment should be considered initially. *Brit Med J* 2010; 341: c3771

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence). Heavy menstrual bleeding. Clinical guideline, januari 2007. Via http://guidance.nice.org.uk/CG44

Tranexaminic acid for treatment of menorrhagia. *Med Lett* 2010; 52: 54-5

Colofon

De *Folia Pharmacotherapeutica* worden uitgegeven onder de auspiciën en de verantwoordelijkheid van het *Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie* (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique), vzw erkend door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

De informatie die verschijnt in de *Folia Pharmacotherapeutica* mag niet overgenomen worden of verspreid worden zonder bronvermelding, en mag in geen geval gebruikt worden voor commerciële of publicitaire doeleinden.

Hoofdredactie: (redactie@bcfi.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) en
Ellen Van Leeuwen (Universiteit Gent).

Verantwoordelijke uitgever:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.