Hoe kunnen we shared decision making stimuleren in de behandelkeuze voor peri-menopauzale vaginale atrofie?

De Troch Lotte, KU Leuven

Nysen Astrid, KU Leuven

Pernet Hanne, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Bert Aertgeerts, KU Leuven

Co-Promotor: Coteur Kristien, KU Leuven/ Maastricht University

Master Huisartsgeneeskunde

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2023 – 2026]

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten en programma's voor commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave **2**

Abstract **4**

Inleiding: *4*

Methoden: *4*

Resultaten: *4*

Conclusie: *4*

Inleiding **5**

Methoden **6**

Literatuurstudie *6*

Delphi-studie *6*

Resultaten **8**

Literatuurstudie *8*

Vaginale bevochtigers 8

Lage dosis vaginale oestrogenen 9

Orale oestrogenen 9

Transdermale oestrogenen 10

Lasertherapie 10

Plantaardige therapie 11

Delphi studie *11*

Inhoud keuzekaart 12

Duidelijkheid en gebruiksvriendelijkheid 15

Praktische bruikbaarheid 16

Vorm en Indeling 17

Algemeen oordeel en verdere optimalisatie 18

Discussie **20**

Conclusie **21**

Dankwoord **22**

Bronnen **23**

Bijlagen **28**

1. *Zoekstrategie* *28*
2. *Uitnodiging eerste ronde* *29*
3. *Uitnodiging tweede ronde* *30*
4. *Uitnodiging derde ronde* *31*
5. *Goedkeuring Ethische Commissie* *32*

6. Geïncludeerde artikels 34

7. Vragenlijst eerste en derde ronde.....41

8. Eerste versie keuzekaart. 43

9. Vragenlijst tweede ronde 46

10. Tabel tweede ronde.....49

11. Tweede versie keuzekaart 53

12. Derde versie keuzekaart 56

Abstract

Inleiding:

Het genitourinaire syndroom van de menopauze (GSM), waaronder vaginale atrofie, is een frequent maar ondergerapporteerd en onderbehandeld probleem dat een aanzienlijke impact heeft op de kwaliteit van leven van vrouwen. Ondanks de hoge prevalentie en beschikbaarheid van diverse behandelopties, ervaren vrouwen vaak barrières om hulp te zoeken. Shared decision making (SDM) en het gebruik van keuzekaarten kunnen de betrokkenheid van patiënten en de kwaliteit van besluitvorming verbeteren, maar momenteel ontbreekt een gevalideerd instrument voor vaginale atrofie. Deze studie heeft als doel een evidence-based keuzekaart te ontwikkelen voor peri-menopauzale vaginale atrofie om SDM te stimuleren.

Methoden:

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in twee fasen. In de eerste fase wordt een systematische literatuurstudie uitgevoerd in PubMed, Cochrane en Embase om behandelopties voor vaginale atrofie te identificeren. Gegevens over effectiviteit, bijwerkingen en beschikbaarheid in België werden geëxtraheerd en aangevuld met relevante richtlijnen (RIZIV, NICE, NHG en BMJ Best Practice). Op basis hiervan werd een eerste versie van de keuzekaart ontwikkeld. In de tweede fase werd een Delphi-studie uitgevoerd met een multidisciplinair panel van zorgverleners en patiënten om consensus te bereiken over de inhoud, structuur en bruikbaarheid van de keuzekaart. De studie omvatte drie rondes van online bevragingen.

Resultaten:

In totaal includeren we 82 studies. Lokale oestrogeentherapie toont een hoge effectiviteit in het verbeteren van zowel subjectieve symptomen als objectieve parameters van vaginale gezondheid, terwijl vaginale bevochtigers voornamelijk symptomatische verlichting bieden. Systemische hormoontherapie heeft een breder effect op menopauzale klachten, maar vereist een individuele risico-inschatting. Evidentie voor lasertherapie en plantaardige behandelingen is heterogeen en beperkt.

De Delphi-studie omvat drie rondes met 23 tot 33 deelnemers per ronde. Stapsgewijze aanpassingen leiden tot verbeteringen in structuur, taalgebruik en visuele presentatie. Over het algemeen wordt consensus bereikt over de inhoud, duidelijkheid en praktische bruikbaarheid van de keuzekaart. De keuzekaart wordt beschouwd als een waardevol hulpmiddel voor SDM, hoewel verschillen tussen expertengroepen blijven bestaan.

Conclusie:

De ontwikkelde keuzekaart wordt overwegend positief beoordeeld en heeft potentieel om gedeelde besluitvorming bij peri-menopauzale vaginale atrofie te ondersteunen in de klinische praktijk. Verdere optimalisatie en evaluatie in implementatiestudies zijn echter noodzakelijk om de effectiviteit en toepasbaarheid te bevestigen.

Inleiding

De menopauze is een opkomend onderwerp in de maatschappij, maar wordt in de praktijk vaak onderbelicht.[1] De menopauze omvat vele symptomen waaronder nachtzweten en warmte-opwellingen. Minder gekende klachten zoals vaginale pijn of droogte worden minder besproken in de praktijk. Deze klachten horen bij het genitourinaire syndroom van de menopauze (GSM). Andere klachten binnen dit syndroom zijn: vaginale jeuk, vaginale afscheiding, dyspareunie, urologische klachten (LUTS) zoals frequency, urgency, dysurie, nycturie en recidiverende urineweginfecties.[2] Deze symptomen hebben een invloed op het zelfvertrouwen en de kwaliteit van leven van vrouwen, ook bij niet-seksueel actieve vrouwen.[2]

Uit onderzoek blijkt dat 50% van de vrouwen geconfronteerd worden met deze klachten. Ze zijn zich er echter onvoldoende van bewust dat dit komt door de daling in oestrogeen en dat hiervoor verschillende behandelingen bestaan.[3–5] Vrouwen ondervinden vaak heel wat barrières om hulp te zoeken voor hun klachten zoals stigma, zich onvoldoende empowered voelen en het gevoel hebben dat hun klachten niet serieus genomen worden door zorgverleners.[4,6]

De studie van Bién et al onderzocht ‘self-efficacy’, hiermee wordt het vertrouwen in het eigen kunnen bedoeld, evenals het beschikken over de kennis, vaardigheden en inzet die vereist zijn voor het succesvol uitvoeren van taken en het omgaan met moeilijke of stressvolle situaties.[7] Dit wordt gemeten aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst. Uit hun onderzoek bleek dat deze ‘self-efficacy’ als een moderator kan werken tussen menopauzale symptomen en kwaliteit van leven. [7]

Verder blijkt ook dat patiënten die met klachten van GSM naar de gynaecoloog gaan, zich beter gehoord en behandeld voelen dan bij de huisarts.[8,9] Patiënten vernoemen dan vooral een slechte communicatie, het niet juist herkennen van GSM, onvoldoende kennis en terughoudendheid in het voorstellen van een therapie.[8,9] Dit gebrek aan informatie en betrokkenheid in de besluitvorming kan leiden tot onbevredigende behandelresultaten.

Van het gebruik van keuzekaarten is aangetoond dat het de kennis rond behandelopties en de betrokkenheid bij patiënten vergroot.[10] Daarenboven verbetert het de communicatie met de hulpverlener zonder de duur van het consult significant te verlengen.[10] Sinds 2018 ontwikkelt NHG keuzekaarten om patiënten te ondersteunen en betrekken bij het maken van beslissingen.[11] Er werd reeds een keuzekaart ontwikkeld voor opvliegers tijdens de menopauze maar nog niet voor vaginale atrofie.

De doelstelling van dit onderzoek is het ontwikkelen van een keuzekaart die vrouwen helpt bij het maken van een weloverwogen behandelkeuze voor peri-menopauzale vaginale atrofie. We streven ernaar de betrokkenheid van patiënten bij het beslissingsproces te vergroten door op een overzichtelijke manier inzicht te bieden in de verschillende behandelopties, zowel hormonaal als niet-hormonaal, met alle voor- en nadelen.

Methoden

Om te komen tot een onderbouwde en praktijkgerichte keuzekaart voor peri-menopauzale vaginale atrofie, werd het onderzoek uitgevoerd in twee opeenvolgende fasen. In de eerste fase werd een systematische literatuurstudie verricht om een volledig en actueel overzicht te verkrijgen van de beschikbare behandelopties en hun kenmerken. Deze inventarisatie vormt de inhoudelijke basis voor de ontwikkeling van de keuzekaart. In de tweede fase werd via een Delphi-studie consensus gezocht onder experten om de inhoud, relevantie en toepasbaarheid van de keuzekaart te valideren voor gebruik in de klinische praktijk.

Literatuurstudie

We begonnen met een systematische literatuurstudie om bestaande behandelopties voor peri-menopauzale vaginale atrofie te inventariseren. Hierbij doorzochten we drie databanken: PubMed, Cochrane en Embase. We gebruikten hiervoor de concepten: menopauze, vaginale atrofie en behandelopties (zie bijlage 1).

We hanteerden volgende inclusiecriteria: vrouw, (peri-)menopauzaal en klachten horende bij vaginale atrofie (dyspareunie, vaginale droogte/jeuk, recidiverende cystitis, frequency en urgency). De exclusiecriteria waren: actieve borstkanker/borstkanker in de voorgeschiedenis en andere vaginale aandoeningen in de voorgeschiedenis (lichen sclerosus, lichen planus, vulvaire intra-epitheliale neoplasie en ziekte van Paget).

We screenden de bekomen artikels eerst op titel, nadien op abstract en daarna op de volledige tekst. Voor de synthese van de literatuur werd een overzichtstabel gemaakt met de belangrijkste kenmerken van de geïncludeerde studies. Hierbij keken we onder andere naar het type studie (RCT, observationeel, systematische review), het jaar van publicatie, gebruikte schalen voor effectiviteit, bijwerkingen/contra-indicaties en de beschikbaarheid van de behandeling in België.

Hierna toetsten we deze resultaten aan de richtlijnen van het RIZIV, BCFI, NICE guidelines, NHG en BMJ best practice waarmee we een eerste versie van onze keuzekaart bekwamen.

Om onze keuzekaart te valideren voor de praktijk, gingen we over naar stap twee, de Delphi-studie.

Delphi-studie

Om consensus te bereiken over de inhoud en structuur van de keuzekaart, voerden we een Delphi-studie uit. Deze methode staat bekend als een betrouwbare aanpak om consensus te bereiken over klinische vraagstukken waarvoor beperkte wetenschappelijke evidentie beschikbaar is.[12] We stelden een panel samen van twintig – dertig experten, bestaande uit gynaecologen, huisartsen, menopauzeconsulenten en patiënten. We nodigden de deelnemers persoonlijk uit tot deelname aan de studie via e-mail of sociale media (zie bijlage 2-4). Hiervoor maakten we gebruik van de gegevens die we online terugvonden van gynaecologen, huisartsen en menopauzeconsulenten. De patiëntengroep bereikten we via verspreiding via sociale media.

Het panel gaf in verschillende rondes per groep feedback op de keuzekaart. Hiervoor ontwikkelden we een online vragenlijst via “Qualtrics”, een online tool waarmee onderzoekers enquêtes kunnen maken, verspreiden, gegevens kunnen verzamelen en antwoorden kunnen analyseren.

Na elke ronde verwerkten we de feedback en stuurden we de keuzekaart bij. Het doel was om consensus te bereiken over de bruikbaarheid en volledigheid van de keuzekaart.

We voerden drie Delphi-rondes uit om een consensus te bereiken.

De eerste ronde had als doel een overeenkomst te verkrijgen over de inhoud van de keuzekaart en of deze goed werd voorgesteld. De cut-off consensus lag op 75%. De deelnemers gaven hun mening met behulp van een Likert-schaal met tien punten. Bovendien kregen ze ook de mogelijkheid om zelf nog ideeën aan te brengen. Nadien verzamelden we deze informatie en categoriseerden we de antwoorden onder consensus en discrepantie. De tweede ronde startten we met de resultaten van de eerste ronde en de aanpassingen die we deden aan de keuzekaart. Deze ronde vroegen we vooral om verduidelijking van antwoorden en opmerkingen van de eerste ronde. De vraagstelling gebeurde grotendeels in ja-nee vragen of meerkeuze opties. Consensus werd bereikt wanneer de meerderheid van de respondenten hetzelfde antwoord gaf. Voor de derde en laatste ronde werkten we opnieuw met een cut-off consensus van 75% en mochten de deelnemers hun mening geven volgens de Likert-schaal met tien punten. Na de derde ronde bekwamen we een gevalideerde keuzekaart.

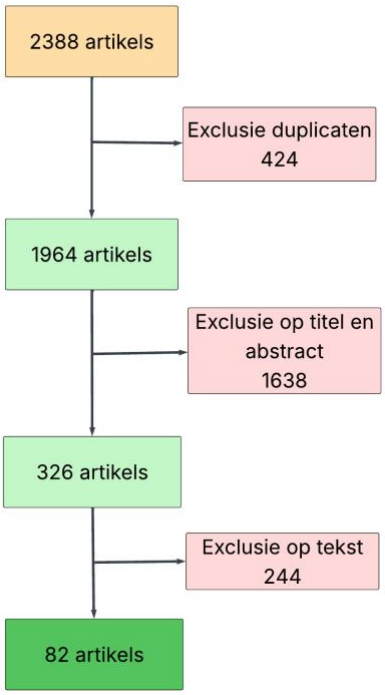
Het onderzoek werd goedgekeurd door de ethische commissie van de KU Leuven met als referentienummer MP033391 (zie bijlage *5*).

Resultaten

Literatuurstudie

Van de 2388 artikels hielden we uiteindelijk 82 artikels over (zie figuur 1 en bijlage 6).

Figuur 1- Flowchart



De resultaten uit deze artikels toetsten we aan de richtlijnen RIZIV, BCFI, NHG, Nice guidelines en BMJ best practice. Dit resulteerde in volgende behandelopties voor vaginale droogte bij menopauzale vrouwen.

Vaginale bevochtigers

Van de 82 geïncludeerde artikels gingen er twee over vaginale bevochtigers.

In de gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) van Palacios et al. werd het effect van vijf verschillende waterbasis-vaginale bevochtigingsmiddelen onderzocht bij vrouwen van 18 tot 65 jaar, verdeeld over vijf interventiegroepen met een gelijke verdeling van pre- en postmenopauzale vrouwen.[13] Na vier weken gebruik werd bij alle vijf de producten een gemiddelde stijging van vier punten op de Female Sexual Function Index (FSFI) vastgesteld.[13] De meest voorkomende bijwerkingen waren milde huidirritatie en een brandend gevoel.[13]

Fatahmeh et al. vergeleken het effect van vaginale oestrogenen met dat van vaginale bevochtigers.[14] In beide groepen werd een afname van seksuele en urinaire klachten vastgesteld.[14] Enkel in de groep behandeld met vaginale oestrogenen werd daarnaast een significante vermindering van de vaginale atrofie waargenomen.[14]

Lage dosis vaginale oestrogenen

Lokale oestrogeentherapie is in verschillende toedieningsvormen beschikbaar, waaronder vaginale crèmes, tabletten, gels en pessaria op basis van estradiol of estriol. Ondanks verschillen in formulering en dosering, wat een directe vergelijking tussen preparaten bemoeilijkt, tonen de meeste studies een vergelijkbare klinische werkzaamheid, die beter is dan placebo.[15–18]

Over verschillende studies en systematische reviews heen wordt consistent aangetoond dat lokale oestrogenen leiden tot een significante vermindering van vaginale symptomen zoals droogheid, dyspareunie en branderigheid, evenals tot de verbetering van objectieve parameters van vaginale gezondheid, waaronder de vaginale pH en vaginale maturatie-index (VMI).[15–17,19,20] Er werd geen klinisch relevant verschil aangetoond tussen estradiol en estriol, noch tussen de verschillende toedieningsvormen, zolang lage doseringen worden gebruikt.[15,18,21]

Naast vaginale symptomen werd ook een gunstig effect waargenomen op seksuele functie, met verbetering van pijn bij gemeenschap, lubricatie en algemene seksuele tevredenheid, gemeten met gevalideerde instrumenten zoals de FSFI.[20,22,23] Daarnaast wijzen enkele studies op een positief effect bij recidiverende urineweginfecties en andere urinewegsymptomen, al is deze evidentie minder uitgebreid en voornamelijk aanvullend van aard.[15,17,19]

Wat de veiligheid betreft, tonen meerdere systematische reviews en grote observationele studies aan dat laaggedoseerde lokale oestrogeentherapie niet geassocieerd is met een verhoogd risico op endometriumhyperplasie, endometrium- of borstkanker, cardiovasculaire aandoeningen of trombo-embolische gebeurtenissen.[15,17,24,25] De meest gerapporteerde nevenwerkingen zijn mild en lokaal, zoals vaginale irritatie, jeuk of lichte afscheiding en verdwenen meestal spontaan.[15,19,26] Eén studie beschreef een beperkte toename in endometriumdikte bij gebruik van hogere doses crème, maar zonder klinisch relevante pathologie.[18] Enkele andere studies konden geen significante verandering in endometriumdikte aantonen.[15,20]

Orale oestrogenen

Twee geïncludeerde artikels bespraken het gebruik van orale hormoontherapie bij GSM en de mogelijke risico's en bijwerkingen van systemische hormoontherapie. Orale hormoontherapie kan worden toegediend als oestrogeenmonotherapie of als een combinatie van oestrogeen met een progestageen. Daarnaast bestaat er ook een synthetisch niet-steroïdaal preparaat met oestrogene, progestagene en androgene eigenschappen, namelijk tibolone.[27]

De oestrogenen die op de Belgische markt beschikbaar zijn omvatten estradiolvaleraat (een pro-drug van estradiol), estradiol en estriol, waarbij estriol als een zwakker oestrogeen wordt beschouwd. Voor progestagenen bestaat er een grotere variatie aan preparaten. De combinatie van oestrogeen met een progestageen wordt aanbevolen bij vrouwen met een intacte uterus, aangezien oestrogeenmonotherapie kan leiden tot endometriumhyperplasie en een verhoogd risico op endometriumcarcinoom.[28]

Systemische hormoontherapie kan bijdragen tot een verbetering van menopauzale klachten, waaronder symptomen van GSM. In een studie waarin tibolone werd vergeleken met een combinatie van isoflavonen en hyaluronzuur, werd vastgesteld dat in beide behandelingsgroepen de klachten van GSM verdwenen tijdens de behandeling.[29] Daarnaast werden geen ernstige bijwerkingen gerapporteerd, zoals trombo-embolische gebeurtenissen of afwijkingen bij mammografie, en werd er geen verschil in effectiviteit tussen beide behandelingen vastgesteld.[29]

Bij het gebruik van orale hormoontherapie moet echter rekening worden gehouden met mogelijke cardiovasculaire risico's. Uit onderzoek blijkt dat het risico op cardiovasculaire aandoeningen hoger is bij vrouwen die hormoontherapie starten op een groter interval na start van de menopauze.[30] Zo werd een 52% hoger risico vastgesteld bij vrouwen die meer dan twintig jaar postmenopauzaal waren.[30] Dit suggereert dat de tijd sinds de menopauze een belangrijke rol kan spelen bij het bepalen van het cardiovasculaire risico en dat vroegere initiatie van hormoontherapie mogelijk gunstiger is dan een laattijdige start.[30]

Transdermale oestrogenen

Voor transdermale oestrogeentherapie werden geen specifieke studies geïdentificeerd in onze literatuurstudie. Daarom baseerden we ons op beschikbare richtlijnen (BCFI, BMJ, NICE en NHG). Transdermale oestrogeentherapie is beschikbaar onder de vorm van pleisters of gels op basis van estradiol.[31] Net zoals bij orale toediening wordt aanbevolen om bij vrouwen met een intacte uterus een progestageen toe te voegen, om het risico op endometriumhyperplasie en endometriumcarcinoom te beperken.[31,32] Er lijken geen significante verschillen te bestaan in effectiviteit tussen orale en transdermale toediening voor de behandeling van menopauzale klachten.[31–34]

Wat de veiligheid betreft, vertoont transdermale toediening een gelijkaardig profiel als orale hormoontherapie, met uitzondering van het risico op veneuze trombo-embolie en cerebrovasculaire accidenten.[31,33,34] Specifieke nevenwerkingen van transdermale therapie zijn voornamelijk lokaal, zoals huidirritatie of allergische reacties.[31]

Lasertherapie

Er bestaan verschillende vormen van lasertherapie voor de behandeling van GSM, waarvan de CO_2-laser en de Er:YAG-laser het meest onderzocht zijn.[35] In de literatuur lijkt vooral de CO_2-laser de grootste impact te hebben op de klachten van GSM, al is een directe vergelijking moeilijk door de uiteenlopende protocollen en gebruikte uitkomstmaten.[36]

Over het ideale aantal sessies (meestal drie tot vijf) en het optimale vermogen (vaak 30–40 watt) bestaat nog geen eenduidigheid in de literatuur.[37] Wat de veiligheid betreft, werden er geen ernstige bijwerkingen gerapporteerd op korte termijn. [37–39] De meest voorkomende nevenwerkingen waren vaginale bloeding of spotting, afscheiding, pijn/irritatie of ongemak en symptomen van de lagere urinewegen.[37–39] Nieuwe studies met langere follow-up zijn nodig om conclusies te kunnen trekken over de veiligheid op lange termijn.

In vergelijking met placebo, lijkt lasertherapie op korte termijn betere resultaten te behalen op de Vaginal Assessment Scale (VAS) voor GSM, waarmee patiënten zelf de meeste hinderlijke symptomen van GSM beoordelen.[39,40] Ook in het seksueel functioneren, gemeten aan de hand van de FSFI, zien we verbetering.[38,40–42] Deze positieve evolutie zien we ook in de urinaire symptomen, gemeten met behulp van de vragenlijst Urogenital Distress Inventory-6 (UDI-6).[38,39] Tenslotte zien we ook een verbetering van de mate van vaginale atrofie die geobjectiveerd wordt aan de hand van de Vaginal Health Index (VHI).[40–42]

Wanneer vaginale laserbehandeling wordt vergeleken met lokale hormonale therapie, tonen verschillende meta-analysen geen significant verschil in verbetering van vaginale klachten of seksueel functioneren.[41,43–45]

De huidige studies zijn dus veelbelovend wat de veiligheid en werkzaamheid van de laserbehandeling betreft. Hierbij is het wel belangrijk op te merken dat deze studies een grote variatie kennen in studieopzet, de manier van toepassen van de techniek en de patiëntkenmerken en dat ze meestal gebaseerd zijn op relatief kleine populaties met korte follow-up. Er is dan ook dringend behoefte aan grotere, goed opgezette studies met langere follow-up. Omwille van deze redenen is het voorlopig dus niet aangewezen om de lasertherapie standaard aan te bevelen als behandeling voor GSM.

Plantaardige therapie

Van de 82 geïncludeerde artikels hadden zes studies betrekking op plantaardige therapieën bij vaginale droogte en GSM. In deze studies werden uiteenlopende plantaardige producten onderzocht, waaronder combinaties van kruidenextracten, soja- en andere fyto-oestrogenen, venkel, zoethout, kamille en isoflavonen, toegediend via vaginale of orale weg.

Over het algemeen tonen de studies aan dat verschillende plantaardige therapieën een vermindering kunnen geven van klachten zoals vaginale droogte, jeuk, dyspareunie en urogenitale symptomen.[46–50] In meerdere onderzoeken werd een verbetering gezien van subjectieve klachten en seksuele functie, onder andere gemeten met gevalideerde scores zoals de FSFI[49], de VAS en de Vulvar Assessment Score (VuAS).[48–50] Sommige producten lieten ook een verbetering zien van klinische parameters, zoals tekenen van vaginale atrofie.[46,50] Wat betreft veiligheid werden doorgaans geen significante hormonale veranderingen vastgesteld (zoals in FSH-, estradiolwaarden of endometriumdikte)[50] en bijwerkingen waren meestal mild en zeldzaam, bijvoorbeeld een branderig gevoel of jeuk.[47,49]

Tegelijkertijd werd in verschillende studies een grote variatie vastgesteld.[48,51] De onderzochte producten verschilden sterk in samenstelling, dosering en toedieningsvorm en de studies omvatten vaak een beperkt aantal deelnemers. Meta-analyses toonden slechts beperkte of niet-significante effecten op objectieve uitkomstmaten, met bovendien een aanzienlijke variatie tussen de studies.[51] Daarnaast verschilden ook de kwaliteit en beschikbaarheid van de onderzochte producten.[46–51]

Op basis van deze bevindingen werden geen specifieke plantaardige producten opgenomen in de keuzekaart, aangezien het beschikbare bewijs per individueel product te beperkt of te heterogeen is. De literatuur suggereert echter dat plantaardige therapieën een mogelijke niet-hormonale benadering kunnen vormen. Het kan daarom aangewezen zijn om patiënten hierover te informeren en deze optie te bespreken tijdens een consult, rekening houdend met individuele verwachtingen en voorkeuren.

Delphi studie

Zoals aangegeven in de methoden, bestond de Delphi studie uit drie ronden.

Aan de eerste ronde namen 26 experten deel waarvan 3 gynaecologen, 4 huisartsen, 4 menopauzeconsulenten en 15 patiënten. Aan de tweede ronde namen 33 experten deel waarvan 11 gynaecologen, 4 huisartsen, 5 menopauzeconsulenten en 13 patiënten. Aan de derde en laatste ronde namen 23 experten deel waarvan 4 gynaecologen, 6 huisartsen, 3 menopauzeconsulenten en 10 patiënten.

Per ronde werden de thema's onderverdeeld in inhoud, duidelijkheid en gebruiksvriendelijkheid, praktische bruikbaarheid, vorm en indeling en algemeen oordeel en optimalisatie.

Inhoud keuzekaart

Eerste Ronde

De eerste reeks vragen (zie bijlage 7) had betrekking op de inhoud van de eerste versie keuzekaart (zie bijlage 8). In het algemeen werd consensus bereikt. Wanneer de verschillende groepen experten afzonderlijk werden geanalyseerd, stelden we enkele discrepanties vast (zie tabel 1).

*Tabel 1 – Gemiddelde scores per deelnemersgroep op de inhoud van de keuzekaart bij ronde 1 (R1) en ronde 3 (R3). N = aantal deelnemers *Consensus van 75% niet bereikt.*

	Gynaecologen		***Menopauze consulenten***		***Huisartsen***		***Patiënten***		***Iedereen***	
	R1 N = 3	R3 N = 4	R1 N = 4	R3 N = 3	R1 N = 4	R3 N = 6	R1 N = 15	R3 N = 10	R1 N = 26	R3 N = 23
De keuzekaart bevat alle relevante behandelopties voor vaginale droogte in de menopauze.	7,67	8,00	5,50*	6,67*	9,00	9,67	8,73	9,30	8,15	8,83
De informatie over de voordelen van de behandelopties is volledig en goed weergegeven.	7,00*	7,50	5,75*	6,67*	8,25	9,50	8,80	9,10	8,04	8,61
De uitleg van de risico's en bijwerkingen van de behandelopties is duidelijk en begrijpelijk voor patiënten	8,00	8,25	7,00*	8,00	8,00	9,33	8,80	9,40	8,31	9,00
De keuzekaart geeft een evenwichtige weergave van medische en niet-medische behandelopties	8,00	8,00	5,00*	6,33*	8,00	9,83	8,13	9,20	7,62	8,78
De toelichting op de effectiviteit van de behandelingen is voldoende gedetailleerd zonder overweldigend te zijn	5,33*	8,25	5,75*	8,33	8,00	9,00	8,53	8,60	7,65	8,61

Bij de menopauzeconsulenten werd op geen enkele vraag consensus bereikt. Zij gaven onder meer aan dat levensstijladviezen onvoldoende aan bod kwamen in de keuzekaart, zoals blijkt uit volgend citaat: “Er wordt niet ingegaan op wat de vrouw zelf ook kan doen zoals het dragen van katoenen ondergoed, niet wassen met zeep, in seksuele context meer inzetten op voorspel.” Aangezien onze zoekstrategie geen kwalitatieve studies opleverde met betrekking tot levensstijladviezen, hadden we dit niet opgenomen in de keuzekaart. We legden deze opmerking voor aan het panel in de volgende ronde.

Binnen de groep gynaecologen werd er op enkele vragen geen consensus bereikt. Daarnaast formuleerden zij verschillende inhoudelijke opmerkingen over de formulering van de keuzekaart. Een eerste opmerking betrof de formulering rond transdermale oestrogenen. Een panellid gaf aan dat de vermelding “geen risico op trombose” tegenstrijdig overkwam met de vermelding dat deze therapie in bepaalde gevallen niet gebruikt mag worden. Na herevaluatie van de informatie op het BCFI bleek dat de eerdere vermelding omtrent tromboserisico bij transdermale hormoontherapie niet langer expliciet werd weergegeven. Aangezien deze wijziging plaatsvond na het publiceren van de eerste vragenronde, werd besloten de verwijzing naar tromboserisico bij transdermale therapie uit de keuzekaart te verwijderen om inconsistentie te vermijden.

Op basis van andere reacties werden bepaalde formuleringen in de keuzekaart aangepast ter verduidelijking. De rubriek “Wanneer mag ik het niet gebruiken?” werd geherformuleerd naar “Wanneer is het niet geschikt?”, om beter weer te geven dat het voornamelijk om relatieve contra-

indicaties gaat en dat het gebruik steeds in overleg met de behandelend arts dient te gebeuren. De vermelding rond borstkanker werd aangepast naar “hormoongevoelige kankers”, aangezien niet alle vormen van borstkanker hormoongevoelig zijn. De oorspronkelijke titel “orale gecombineerde hormoontherapie (oestrogeen + progestageen)” werd vereenvoudigd naar “orale oestrogenen”, waarbij in de kolom “Hoe gebruik ik het?” werd toegevoegd dat deze behandeling gecombineerd dient te worden met inname van orale progestageen. Bij “transdermale oestrogenen” werd dit ook vermeld. De vermelding van de vaginale oestrogeenring werd verwijderd, aangezien deze toedieningsvorm niet beschikbaar is op de Belgische markt.

Verder werden nog verschillende bedenkingen gegeven, welke we in de volgende ronde voorlegden aan het expertenpanel (zie bijlage 9). Deze gingen over de toevoeging van een progestageen bij vrouwen met endometriose, de behandeloptie DHEA/prasterone, de verwoording van de voordelen van behandelingen en het effect op andere menopauzale klachten en mogelijke interacties van plantaardige therapieën.

Tweede Ronde

Een eerste thema betrof de opname van levensstijladviezen. Deze bezorgdheid werd in de tweede ronde (zie bijlage 9) voorgelegd aan het panel, waarbij ze beslisten (zie bijlage 10) dat levensstijladviezen in de keuzekaart (zie bijlage 11) thuishoren. Meer specifiek bleek uit de bevraging dat adviezen zoals het dragen van een katoenen onderbroek, wassen zonder zeep en meer aandacht besteden aan voorspel door het panel als relevante informatie voor patiënten werden beschouwd en daarom opgenomen moesten worden. Omdat de oorspronkelijke kolomtitel “hoe gebruik ik het?” minder goed aansloot bij de categorie levensstijladviezen, werd deze titel gewijzigd naar “hoe werkt het?”.

Daarnaast bleek in de eerste ronde onduidelijkheid over de formulering rond orale en transdermale oestrogenen, in het bijzonder rond het toevoegen van progestagenen. In de tweede ronde werd daarom expliciet gevraagd hoe deze combinatie het best geformuleerd kon worden. Het expertenpanel gaf de voorkeur aan de formulering: “Te combineren met inname progestageen (tenzij u een hormoonspiraal van minder dan 5 jaar hebt of u geen baarmoeder hebt en niet gekend bent met endometriose)”.

Verder werd in de eerste ronde opgemerkt dat voordelen van behandelingen in de keuzekaart als vaststaande feiten werden weergegeven, terwijl niet elke patiënt alle voordelen ervaart. Om dit te verduidelijken werd in de tweede ronde bevraagd of de formulering “Welke voordelen biedt het?” aangepast moest worden naar “Wat zijn de mogelijke voordelen?”. Deze aanpassing bleek de voorkeur van het panel en werd dus ook doorgevoerd.

Met betrekking tot de voordelen van orale en transdermale oestrogenen werd eveneens besproken hoe het effect op andere menopauzale klachten best geformuleerd kon worden. Drie opties werden voorgelegd: het effect niet vermelden, vermelden als “ook effect op andere menopauzale klachten”, of specifiek “ook effect op warmte-opwellingen” behouden. De meerderheid van de deelnemers koos voor de formulering “ook effect op andere menopauzale klachten”. Daarnaast werd nagegaan of deze klachten verder gespecifieerd moesten worden. Hoewel een nipte meerderheid van de patiënten hiervan voorstander was, bleek de meerderheid van het volledige expertenpanel dit niet te verkiezen.

Tijdens de eerste ronde werd bovendien DHEA/prasterone aangehaald als mogelijke behandeloptie. Ook dit legden we dus voor aan ons expertenpanel, waaruit bleek dat er geen steun was om deze optie op te nemen in de keuzekaart. Vooral gynaecologen en huisartsen gaven aan hier niet achter te staan, terwijl patiënten aangaven hier geen mening over te hebben.

Daarnaast werd gevraagd of percentages van de bijwerkingen vermeld moesten worden. Aangezien deze sterk afhankelijk zijn van product, dosis, duur en patiëntkenmerken, werden verschillende opties voorgelegd. De meerderheid van het panel gaf de voorkeur aan de formulering dat deze informatie “te bespreken is met de behandelend arts”. Deze optie werd verkozen boven het niet vermelden van percentages of het verwijzen naar de bijsluiter.

Verder werd nagegaan of het nuttig was een korte inleiding toe te voegen aan de keuzekaart. Zowel het totale panel als de verschillende subgroepen bereikten consensus dat een inleiding een meerwaarde vormt. De voorgestelde inleidingstekst werd goedgekeurd.

Met betrekking tot plantaardige therapieën werd reeds vastgesteld dat mogelijke interacties met andere geneesmiddelen nog niet vermeld waren. Aangezien deze producten zonder voorschrift verkrijgbaar zijn, werd aan het panel gevraagd of een waarschuwing hiervoor noodzakelijk is. Er werd consensus bereikt dat het risico op mogelijke interacties expliciet vermeld moet worden.

Tot slot werd in de tweede ronde opgemerkt dat de formulering van hormoongevoelige kankers onnodige ongerustheid kan zaaien. De formulering “bijvoorbeeld borstkankers” werd genuanceerd naar “bijvoorbeeld sommige borstkankers".

Derde Ronde

In de derde enquêteronde (zie bijlage 7) werd een algemene verbetering van de inhoudelijke beoordeling vastgesteld. Hoewel in de eerste ronde al consensus bestond, werd deze in deze ronde duidelijker en sterker, wat wijst op een verfijning van de inhoud en formulering in de derde versie van de keuzekaart (zie bijlage 12).

Binnen de groep gynaecologen werd in deze ronde een duidelijke positieve evolutie waargenomen. Er werd consensus bereikt over de mate waarin de effectiviteit van de behandelingen voldoende gedetailleerd, maar niet overweldigend wordt toegelicht, evenals over de volledigheid en correctheid van de informatie omtrent de voordelen van de verschillende behandelopties. In de aanvullende opmerkingen haalden gynaecologen wel nog enkele inhoudelijke aandachtspunten aan. Zo werd gesuggereerd dat experimentele behandelingen, zoals platelet-rich plasma-injecties, eventueel kort vermeld kunnen worden. Ook werd opgemerkt dat de informatie rond plantaardige therapieën en fyto-oestrogenen genuanceerder kan worden weergegeven, aangezien hoge doseringen niet voor alle patiëntengroepen, bijvoorbeeld bij hormoongevoelige kankers, aanbevolen zijn.

In de groep van de menopauzeconsulenten bleven we een tendens zien tot lagere scores. Zij schatten de uitleg van de risico’s en bijwerkingen deze ronde wel als duidelijk en begrijpelijk in voor patiënten en bereikten ook consensus dat de effectiviteit van de behandelingen voldoende gedetailleerd was. Met de andere stellingen waren ze het niet overtuigend eens, voornamelijk over het evenwicht tussen medische en niet-medische behandelopties waren zij niet tevreden. In hun opmerkingen benadrukten menopauzeconsulenten onder meer dat vaginale droogte vaak vooral klachten geeft in een seksuele context en dat het onderscheid tussen vaginale droogte en seksuele lubricatie mogelijk sterker belicht kan worden. Daarnaast gaven sommigen aan dat de keuzekaart vooral als ondersteunend hulpmiddel moet worden gezien binnen een breder consult en niet als een op zichzelf staand instrument.

De huisartsen en patiënten hadden al na de eerste ronde consensus bereikt. In de derde ronde bleven hun beoordelingen stabiel of vertoonden ze een verdere verbetering.

Tegelijkertijd werd opgemerkt dat het al dan niet meegeven van de kaart best afgestemd wordt op de informatiebehoefte van de patiënt. Inhoudelijk suggereerden zij onder meer dat de voordelen van

plantaardige therapieën en leefstijladviezen uitgebreider kunnen worden toegelicht, met vermelding van het beperkte wetenschappelijke bewijs. Daarnaast werd voorgesteld om mogelijke lokale allergische reacties te verduidelijken. Ook werd gewezen op recente evoluties in de risicocommunicatie rond menopauzale hormoontherapie, wat het belang benadrukt van actuele en genuanceerde informatie.

Duidelijkheid en gebruiksvriendelijkheid

Dit domein beoordeelt in welke mate de keuzekaart begrijpelijk en gebruiksvriendelijk is voor patiënten. Hierbij wordt onder meer gekeken naar het taalgebruik, zoals de mate waarin vakjargon wordt vermeden en of de tekst voldoende afgestemd is op patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Daarnaast werd ook de structuur van de keuzekaart geëvalueerd (zie tabel 2).

Tabel 2 – Gemiddelde scores per deelnemersgroep op de duidelijkheid en gebruiksvriendelijkheid van de keuzekaart bij ronde 1 (R1) en ronde 3 (R3). N = aantal deelnemers
**Consensus van 75% niet bereikt.*
*** Deze formulering werd aangepast voor patiënten.*

	Gynaecologen		***Menopauze-consulenten***		***Huisartsen***		***Patiënten***		***Totaal***	
	R1 N = 3	R3 N = 4	R1 N = 4	R3 N = 3	R1 N = 4	R3 N = 6	R1 N = 15	R3 N = 10	R1 N = 26	R3 N = 23
De taal op de keuzekaart is eenvoudig genoeg voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden.**	7,50	8,50	8,25	7,00*	8,25	9,17	9,07	9,40	8,66	8,86
De keuzekaart vermijdt onnodig gebruik van medische termen of jargon.	8,50	8,50	8,00	8,00	8,25	9,50	8,93	9,40	8,62	9,09
De tabelvorm van de keuzekaart maakt het gemakkelijk om informatie snel te begrijpen.	8,50	8,50	8,00	8,00	7,50	9,50	9,00	9,60	8,54	9,17
De visuele lay-out (bijv. lettertype, kleuren, symbolen) ondersteunt de leesbaarheid van de kaart.	8,00	8,75	6,25*	8,00	5,00*	9,67	8,21	9,20	7,33*	9,09
De structuur van de tabel helpt patiënten om de behandelopties met elkaar te vergelijken.	9,00	9,00	7,75	8,00	6,25*	9,50	8,79	9,60	8,21	9,26

Eerste Ronde

Uit onze bevraging bleek duidelijk dat de visuele lay-out (bijvoorbeeld lettertype, kleuren, symbolen) niet werd goedgekeurd. De meeste opmerkingen gaven aan dat er een gebrek was aan kleur en dat de kaart te veel tekst bevatte. Een andere bedenking ging over de term ‘spotting’ die als jargon beschouwd werd, dit werd aangepast naar ‘lichte tussentijdse bloeding’. Op de andere vragen werd er wel een algemene consensus bereikt.

Tweede Ronde

Gezien er uit de eerste ronde geen onduidelijke opmerkingen kwamen, noch opmerkingen die gevalideerd moesten worden door het panel, werden rond duidelijkheid en gebruiksvriendelijkheid geen vragen gesteld in de tweede ronde.

Derde Ronde

Voor de derde ronde werden belangrijke wijzigingen aangebracht aan het design van de keuzekaart. Deze aanpassingen werden algemeen als een verbetering beoordeeld. Hierdoor werd consensus bereikt over de visuele lay-out van de keuzekaart als ondersteuning van de leesbaarheid (bijvoorbeeld wat betreft lettertype, kleuren en symbolen). Meerdere experten uit de verschillende groepen maakten terecht de opmerking dat de kleurenkeuze zorgde voor een stoplichtfenomeen. Zij gaven de opmerking dat het beter zou zijn om ofwel de kleuren te behouden maar dan de volgorde van minimaal naar maximaal invasief te veranderen ofwel de kleuren zelf te veranderen. In alle expertengroepen, met uitzondering van de menopauzeconsulenten, was er sprake van een stijging of een stabiele situatie ten opzichte van de eerste ronde voor alle andere stellingen. Binnen de groep van de menopauzeconsulenten werd geen consensus meer bereikt over de begrijpbaarheid van het taalgebruik voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, terwijl dit er in de eerste ronde wel was.

Praktische bruikbaarheid

Dit domein onderzocht de praktische toepasbaarheid van de keuzekaart tijdens een consult van 15 tot 20 minuten. We bekeken of de keuzekaart artsen helpt behandelopties gestructureerd uit te leggen, patiënten helpt gerichter vragen te stellen en bijdraagt aan gedeelde besluitvorming (zie tabel 3).

Tabel 3 – Gemiddelde scores per deelnemersgroep op de praktische bruikbaarheid van de keuzekaart bij ronde 1 (R1) en ronde 3 (R3). N = aantal deelnemers
**Consensus van 75% niet bereikt.*
*** Deze formulering werd aangepast voor patiënten.*

	Gynaecologen		***Menopauze-consulenten***		***Huisartsen***		***Patiënten***		***Totaal***	
	R1 N = 3	R3 N = 4	R1 N = 4	R3 N = 3	R1 N = 4	R3 N =6	R1 N = 15	R3 N = 10	R1 N = 26	R3 N = 23
De keuzekaart is praktisch bruikbaar binnen de tijdslimiet van een standaard consult (15-20 minuten).	7,00*	8,25	7,25*	5,67*	9,00	9,50	8,86	9,60	8,46	8,83
De keuzekaart helpt zorgverleners om behandelopties op een gestructureerde manier uit te leggen.	7,00*	8,50	7,00*	7,00*	8,25	9,50	9,14	9,70	8,46	9,09
De kaart ondersteunt patiënten bij het stellen van gerichte vragen over hun behandelopties.**	6,00*	8,25	6,25*	7,00*	8,50	8,50	9,00	9,70	8,21	8,78
De keuzekaart kan eenvoudig worden geïntegreerd in gedeelde besluitvorming tussen patiënten en zorgverleners.	7,50	8,50	6,75*	7,00*	8,75	9,50	8,93	9,70	8,42	9,09

Eerste Ronde

Er werd algemeen consensus bereikt over alle stellingen binnen dit domein.

Tussen de verschillende experten afzonderlijk werden enkele verschillen vastgesteld. Zo zien we dat patiënten en huisartsen aangeven gericht vragen te kunnen stellen op basis van de keuzekaart. Dit in tegenstelling tot de groep gynaecologen en menopauzeconsulenten.

Tweede Ronde

Gezien er uit de eerste ronde geen onduidelijke opmerkingen kwamen, noch opmerkingen die gevalideerd moesten worden door het panel, werden rond praktische bruikbaarheid geen vragen gesteld in de tweede ronde.

Derde Ronde

Alle scores zijn gestegen of stabiel gebleven, met uitzondering van de menopauzeconsulenten op de eerste vraag, met betrekking tot de praktische toepasbaarheid van de keuzekaart binnen een standaardconsult van 15 tot 20 minuten.

De grootste stijging zien we bij de gynaecologen. Terwijl in de eerste ronde enkel consensus werd bereikt over de gedeelde besluitvorming, zien we in de derde ronde consensus over alle vier de stellingen. Opvallend is dat de menopauzeconsulenten, in tegenstelling tot de andere groepen, opnieuw geen consensus bereikten voor alle bevraagde items.

Vorm en indeling

Dit deel beoordeelt of de keuzekaart voldoende informatie bevat om patiënten te ondersteunen bij het maken van een behandelkeuze en of de verschillende behandelopties in een logische volgorde worden gepresenteerd (zie tabel 4).

Tabel 4 – Gemiddelde scores per deelnemersgroep op de vorm en indeling van de keuzekaart bij ronde 1 (R1) en ronde 3 (R3). N = aantal deelnemers
**Consensus van 75% niet bereikt.*

	Gynaecologen		***Menopauze-consulenten***		***Huisartsen***		***Patiënten***		***Totaal***	
	R1 N = 3	R3 N = 4	R1 N = 4	R3 N = 3	R1 N = 4	R3 N = 6	R1 N = 15	R3 N = 10	R1 N = 26	R3 N = 23
De kaart biedt patiënten voldoende informatie om een weloverwogen keuze te maken.	3,50*	7,50	6,75*	7,33*	7,50	9,17	8,57	9,30	7,67	8,70
De volgorde waarin de behandelopties worden gepresenteerd is logisch.	8,50	8,25	6,00*	7,00*	7,50	7,33*	8,86	8,40	8,13	7,91

Eerste Ronde

Er was wederom algemene consensus over beide stellingen. Opvallend is dat patiënten aangeven voldoende informatie te hebben om een weloverwogen keuze te maken, een mening die ook door huisartsen wordt gedeeld, maar niet door gynaecologen en menopauzeconsulenten. Een gynaecoloog benadrukte dat de uiteindelijke behandelkeuze per patiënt moet worden bekeken. Menopauzeconsulenten haalden ook aan dat niet alle behandelopties in de keuzekaart stonden, dit slaat op de levensstijladviezen die al eerder werden besproken bij de inhoud. Verder werden er

verschillende alternatieven voorgesteld voor de volgorde van de behandelopties, zoals rangschikking op basis van hoe invasief de optie is, mogelijke bijwerkingen of cardiovasculaire risico's.

Tweede Ronde

Ondanks de algemene consensus rond de volgorde van de behandelopties, wilden we toch verifiëren of de voorkeur niet uitging naar een van de suggesties van de panelleden. Uit de resultaten bleek dat er een algemene consensus was om de behandelingsopties te ordenen op basis van de beschikbare evidentie. De huisartsen kozen unaniem voor deze volgorde en ook bij de patiënten werd hierover consensus bereikt. Bij de gynaecologen kreeg deze optie evenveel stemmen als een alternatieve volgorde waarbij de transdermale oestrogenen voor de orale oestrogenen staat. De menopauzeconsulenten gaven de voorkeur aan een van de alternatieve panelvoorstellen. Desondanks werd op basis van de globale resultaten beslist om de behandelingsopties in de keuzekaart te rangschikken volgens de beschikbare evidentie.

Derde Ronde

Uit de gegeven scores bleek dat de kaart patiënten voldoende informatie geeft om een weloverwogen keuze te maken. We zagen bij alle groepen een verbetering in de scores, met de meest opvallende stijging bij gynaecologen die consensus bereikten. Menopauzeconsulenten hadden echter nog geen consensus bereikt.

Met betrekking tot de volgorde van de behandelopties, constateerden wij een daling van de score in alle groepen, met uitzondering van menopauzeconsulenten, ondanks dat deze volgorde in de tweede ronde werd bevraagd. Zelfs huisartsen bereikten na de derde ronde geen consensus meer. Uit de opmerkingen blijkt dat het gebruik van de gekozen kleuren voornamelijk als negatief werd ervaren en dat levensstijl beter bovenaan dan onderaan zou moeten worden gepresenteerd.

Algemeen oordeel en verdere optimalisatie

In dit onderdeel werd nagegaan of de keuzekaart een waardevolle aanvulling vormt bij de begeleiding van patiënten met vaginale droogte, of men de keuzekaart zou aanbevelen als hulpmiddel voor gedeelde besluitvorming en of er nog verdere aanpassingen nodig zijn aan de keuzekaart (zie tabel 5).

Tabel 5 – Gemiddelde scores per deelnemersgroep op het algemeen oordeel en verdere optimalisatie van de keuzekaart bij ronde 1 (R1) en ronde 3 (R3). N = aantal deelnemers
**Consensus van 75% niet bereikt.*

	Gynaecologen		Menopauze-consulenten		Huisartsen		Patiënten		Totaal	
	R1 N = 3	R3 N = 4	R1 N = 4	R3 N = 3	R1 N = 4	R3 N = 6	R1 N = 15	R3 N = 10	R1 N = 26	R3 N = 23
De keuzekaart is een waardevolle aanvulling in de begeleiding van patiënten met vaginale droogte.	8,50	8,00	6,25*	6,67*	8,25	9,33	9,29	9,60	8,54	8,87
Ik zou de keuzekaart aanbevelen als hulpmiddel voor gedeelde besluitvorming tussen arts en patiënt.	8,00	7,50	6,25*	6,33*	7,50	9,50	9,36	9,70	8,42	8,83
Ik ben van mening dat er geen verdere verbeteringen nodig zijn aan de keuzekaart.	1,50*	6,00*	6,00*	6,33*	5,50*	7,17*	8,29	8,20	6,88*	7,30*

Eerste Ronde

Uit deze ronde blijkt dat de keuzekaart al als waardevolle aanvulling werd gezien en dat experts deze waarschijnlijk al zouden aanbevelen, hoewel er nog verbeteringen nodig waren.

Tweede Ronde

Gezien er uit de eerste ronde geen onduidelijke opmerkingen kwamen, noch opmerkingen die gevalideerd moesten worden door het panel, werden rond algemeen oordeel en verdere optimalisatie geen vragen gesteld in de tweede ronde.

Derde Ronde

Na afloop van de derde ronde werd geen consensus bereikt over de stelling dat er geen verdere verbeteringen nodig zijn aan de keuzekaart, ondanks een toename in steun binnen alle groepen. De grootste stijging in steun voor deze stelling werd waargenomen bij de gynaecologen.

Het algemene oordeel was dat de keuzekaart waardevol is bij vaginale droogte en kan dienen als aanbevolen hulpmiddel voor gedeelde besluitvorming.

Opvallend is dat de menopauzeconsulenten de keuzekaart eerder wel als een meerwaarde beschouwden en zouden aanbevelen maar dat hierover toch geen overtuigende consensus kon bereikt worden, in tegenstelling tot de andere groepen.

Discussie

Deze studie had als doel een keuzekaart te ontwikkelen ter ondersteuning van gedeelde besluitvorming bij vrouwen met vaginale atrofie tijdens de menopauze. Op basis van een Delphi-procedure met verschillende experten werd getracht consensus te bereiken over de inhoud, vorm en bruikbaarheid van deze keuzekaart. Over het algemeen werd de keuzekaart positief beoordeeld. De meeste experten beschouwden de kaart als een waardevol hulpmiddel om het consult te structureren, behandelopties overzichtelijk weer te geven en patiënten actief te betrekken bij het maken van een behandelkeuze. Dit wijst op een potentieel om de communicatie en gedeelde besluitvorming in de klinische praktijk te verbeteren.

Zoals eerder besproken, toont onderzoek aan dat hulpmiddelen zoals keuzekaarten patiënten beter informeren over beschikbare behandelopties en hun actieve betrokkenheid in het beslissingsproces versterken.[10] Daarnaast faciliteren ze de communicatie tussen patiënt en zorgverlener.[10] Uit de bevraging van ons expertenpanel blijkt dat de ontwikkelde keuzekaart ook dit potentieel heeft.

Binnen deze studie dienen echter enkele methodologische beperkingen in acht te worden genomen. Een eerste belangrijke beperking betreft de ongelijke grootte van de verschillende experten groepen. Om deze variatie te contextualiseren werd ervoor gekozen de resultaten ook per groep te analyseren. Daarnaast waren de deelnemers aan de verschillende Delphi-rondes niet identiek en nam niet elke expert deel aan elke ronde. Dit kan hebben geleid tot variatie in interpretaties en tot het herhaald formuleren van opmerkingen die reeds in eerdere rondes aan bod waren gekomen.

Een voorbeeld hiervan betreft de volgorde waarin de behandelopties werden weergegeven. Hoewel in de eerste ronde consensus werd bereikt, werden er toch opmerkingen geformuleerd, waarna in de tweede ronde verschillende opties voor volgorde werden voorgelegd. De experten gaven hierbij de voorkeur aan een ordening op basis van evidentie. In dezelfde ronde werd echter ook gevraagd om levensstijladviezen toe te voegen, die vervolgens onderaan werden geplaatst in overeenstemming met de mate van wetenschappelijke onderbouwing. In de derde ronde werd deze volgorde opnieuw minder gunstig beoordeeld, waarbij verschillende experten een alternatieve ordening suggereerden, bijvoorbeeld van minder naar meer invasieve behandelingen. Deze discrepantie kan mogelijk verklaard worden door de wisselende samenstelling van het expertenpanel. Daarnaast werd na de tweede ronde de visuele lay-out aangepast door het gebruik van kleuren. Hoewel deze keuze louter esthetisch bedoeld was, werd door experten aangegeven dat dit een “stoplichtfenomeen” kon suggereren, waarbij onbedoeld bepaalde opties impliciet als beter of slechter kunnen worden geïnterpreteerd.

Een bijkomende bevinding is dat menopauzeconsulenten de keuzekaart als minder bruikbaar beoordeelden en deze vermoedelijk minder geschikt achtten voor gebruik binnen hun consultaties. Dit kan mogelijk verklaard worden door het verschil in context, aangezien de keuzekaart primair ontwikkeld werd ter ondersteuning van consultaties in de huisartsenpraktijk. Vermoedelijk is de verwachting van de gemiddelde patiënt die een menopauzeconsulent contacteert verschillend van deze in de huisartsenpraktijk. Daarbij komt dat de opleiding en vermoedelijk ook visie van de menopauzeconsulent verschilt van de huisarts.

Daarnaast moet rekening worden gehouden met het feit dat behandelopties voortdurend in evolutie zijn, waardoor de relevantie van de ontwikkelde keuzekaart op termijn mogelijk beperkt is en regelmatige actualisatie noodzakelijk zal zijn.

Wat betreft de klinische implicaties tonen de resultaten aan dat de keuzekaart potentieel heeft om het consult in de huisartsenpraktijk te ondersteunen en gedeelde besluitvorming te bevorderen.

Tegelijkertijd blijkt dat verdere optimalisatie noodzakelijk is, met name op vlak van structuur, formulering en visuele presentatie. Toekomstig onderzoek dient zich te richten op de verdere aanpassingen en implementatie van de keuzekaart in de praktijk. Een implementatiestudie kan inzicht bieden in het effectief gebruik tijdens consultaties, de haalbaarheid binnen de tijdsdruk van een standaardconsult en de ervaren meerwaarde voor zowel arts als patiënt.

Conclusie

Deze studie toont aan dat deze keuzekaart voor vaginale atrofie in de menopauze overwegend positief wordt beoordeeld door experten en potentieel heeft om gedeelde besluitvorming in de huisartsenpraktijk te ondersteunen. Verdere optimalisatie en evaluatie in de klinische praktijk zijn echter noodzakelijk om de effectiviteit en toepasbaarheid van de keuzekaart te bevestigen.

Dankwoord

Deze thesis werd geschreven in het kader van onze master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven.

Wij willen graag onze dank betuigen aan iedereen die ons de afgelopen drie jaar heeft gesteund en geholpen.

In de eerste plaats danken wij de participanten die deelnamen aan de enquêtes.

Daarnaast willen wij in het bijzonder onze (co-)promotor, Kristien Coteur, bedanken voor haar begeleiding, hulp en waardevol advies.

Ook gaat onze dank uit naar David Griffioen voor de hulp met de lay-out van onze keuzekaart.

Tot slot willen wij onze familie en vrienden bedanken voor hun morele steun en aanmoedigende woorden.

Bronnen

1. 30/10/2024 [Internet]. [cited 2026 Feb 15]. Menopauzia: meer dan een programma, een waardevol gesprek voor de hele maatschappij | VRT. Available from: https://www.vrt.be/nl/over-ons/nieuws-over-vrt/menopauzia-meer-dan-een-programma-een-waardevol-gesprek-voor-de-hele-maatschappij

2. Kagan R. Genitourinary syndrome of menopause: novel term for common conditions. Menopause. 2016 Dec;23(12):1363–407. doi:10.1097/GME.0000000000000783

3. Briggs P. Genitourinary syndrome of menopause. Post Reprod Health. 2020 Jun;26(2):111–4. doi:10.1177/2053369119884144 PubMed PMID: 31645194.

4. Kingsberg S, Amadio J, Graham S. Painful Sex, Why Women Do or Don't Seek Treatment. J Sex Med. 2016 Jun 1;13(Supplement_6):S261–2. doi:10.1016/j.jsxm.2016.04.051

5. Krychman M, Kingsberg S, Graham S, Bernick B, Mirkin S, Constantine G. The EMPOWER survey: Women's knowledge and treatment of Vulvar and Vaginal Atrophy (VVA) remains low years after previous surveys, FL. Menopause. 2016 Dec;23(12):1404–1404. doi:10.1097/GME.0000000000000783

6. Barber K, Charles A. Barriers to Accessing Effective Treatment and Support for Menopausal Symptoms: A Qualitative Study Capturing the Behaviours, Beliefs and Experiences of Key Stakeholders. Patient Prefer Adherence. 2023;17:2971–80. doi:10.2147/PPA.S430203 PubMed PMID: 38027078.

7. Bień A, Niewiadomska I, Korżyńska-Piętas M, Rzońca E, Zarajczyk M, Pięta B, et al. General self-efficacy as a moderator between severity of menopausal symptoms and satisfaction with life in menopausal women. Front Public Health. 2024;12:1426191. doi:10.3389/fpubh.2024.1426191 PubMed PMID: 39267631.

8. S.M. Revelle. Development of a clinical toolkit for use by primary care providers regarding genitourinary syndrome of menopause. 1387–1387.

9. Larkin L., Kingsberg S.A., Madore A., Walker L. Knowledge Gaps in Women's Health: Results of a Survey of Primary Care Providers. Menopause. 2021 Dec;28(12):1466–7. doi:10.1097/GME.0000000000001890

10. Scalia P, Durand MA, Berkowitz JL, Ramesh NP, Faber MJ, Kremer JAM, et al. The impact and utility of encounter patient decision aids: Systematic review, meta-analysis and narrative synthesis. Patient Educ Couns. 2019 May;102(5):817–41. doi:10.1016/j.pec.2018.12.020 PubMed PMID: 30612829.

11. van der Weele G, Baghus A. Huisarts en Wetenschap [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 7]. p. 10–3. Welke rol spelen keuzekaarten bij samen beslissen? Available from: https://www.henw.org/artikelen/welke-rol-spelen-keuzekaarten-bij-samen-beslissen

12. Humphrey-Murto S, Varpio L, Wood TJ, Gonsalves C, Ufholz LA, Mascioli K, et al. The Use of the Delphi and Other Consensus Group Methods in Medical Education Research: A Review.

Acad Med. 2017 Oct 1;92(10):1491–8. doi:10.1097/ACM.0000000000001812 PubMed PMID: 28678098.

13. Palacios S, Hood S, Abakah-Phillips T, Savania N, Krychman M. A randomized trial on the effectiveness and safety of 5 water-based personal lubricants. J Sex Med. 2023 Mar 31;20(4):498–506. doi:10.1093/JSXMED/QDAD005 PubMed PMID: 36781402.

14. Seyyedi F, Rafieian-Kopaei M, Miraj S.) Obstetrics and Gynaecology Section. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2016;10(5). doi:10.7860/JCDR/2016/17844.7715

15. Rueda C, Osorio AM, Avellaneda AC, Pinzón CE, Restrepo OI. The efficacy and safety of estriol to treat vulvovaginal atrophy in postmenopausal women: a systematic literature review. Climacteric. Taylor and Francis Ltd; 2017. p. 321–30. doi:10.1080/13697137.2017.1329291 PubMed PMID: 28622049.

16. How does local estrogen compare with placebo for vaginal atrophy in postmenopausal women? In: Cochrane Clinical Answers. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2017. doi:10.1002/cca.1556

17. Biehl C, Plotsker O, Mirkin S. A systematic review of the efficacy and safety of vaginal estrogen products for the treatment of genitourinary syndrome of menopause. Menopause. Lippincott Williams and Wilkins; 2019. p. 431–53. doi:10.1097/GME.0000000000001221 PubMed PMID: 30363010.

18. Lethaby A, Ayeleke RO, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016 Aug 31;2016(11). doi:10.1002/14651858.CD001500.pub3

19. Weber MA, Lim V, Oryszczyn J, Te West N, Souget J, Jeffery S, et al. The Effect of Vaginal Oestriol Cream on Subjective and Objective Symptoms of Stress Urinary Incontinence and Vaginal Atrophy: An International Multi-Centre Pilot Study. Gynecol Obstet Invest. 2017 Jan 1;82(1):15–21. doi:10.1159/000445074 PubMed PMID: 26990867.

20. Caruso S, Cianci S, Amore FF, Betty V, Bambili E, Spadola S, et al. Quality of life and sexual function of naturally postmenopausal women on an ultralow-concentration estriol vaginal gel. Menopause. 2016;23(1):47–54. doi:10.1097/GME.0000000000000485 PubMed PMID: 26079974.

21. Rioux JE, Devlin MC, Gelfand MM, Steinberg WM, Hepburn DS. 17β-estradiol vaginal tablet versus conjugated equine estrogen vaginal cream to relieve menopausal atrophic vaginitis. Menopause. 2018;25(11):1208–13. doi:10.1097/GME.0000000000001220 PubMed PMID: 30358715.

22. Goetsch MF, Garg B, Lillemon J, Clark AL. Treating where it hurts - a randomized comparative trial of vestibule estradiol for postmenopausal dyspareunia. In: Menopause. Wolters Kluwer Health; 2023. p. 467–75. doi:10.1097/GME.0000000000002162 PubMed PMID: 36787525.

23. Tanmahasamut P, Jirasawas T, Laiwejpithaya S, Areeswate C, Dangrat C, Silprasit K. Effect of estradiol vaginal gel on vaginal atrophy in postmenopausal women: A randomized double-

blind controlled trial. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2020 Aug 1;46(8):1425–35. doi:10.1111/jog.14336 PubMed PMID: 32715556.

24. Kovachev SM, Kovachev MS. Genitourinary syndrome, local oestrogen therapy and endometrial pathology: a single-centre, randomised study. J Obstet Gynaecol (Lahore). 2022;42(5):1489–92. doi:10.1080/01443615.2021.2006163 PubMed PMID: 35076327.

25. Crandall CJ, Hovey KM, Andrews CA, Chlebowski RT, Stefanick ML, Lane DS, et al. Breast cancer, endometrial cancer, and cardiovascular events in participants who used vaginal estrogen in the Women's Health Initiative Observational Study. Menopause. 2018 Jan 1;25(1):11–20. doi:10.1097/GME.0000000000000956 PubMed PMID: 28816933.

26. Villa P, Tagliaferri V, Amar ID, Cipolla C, Ingravalle F, Scambia G, et al. Local ultra-low-dose estriol gel treatment of vulvo-vaginal atrophy: efficacy and safety of long-term treatment. Gynecological Endocrinology. 2020 Jun 2;36(6):535–9. doi:10.1080/09513590.2019.1702016 PubMed PMID: 31847628.

27. BCFI | Tibolon [Internet]. [cited 2026 Mar 5]. Available from: https://www.bcfi.be/nl/chapters/7?frag=5710

28. BCFI | (Peri)menopauze en hormonale substitutie [Internet]. [cited 2026 Mar 5]. Available from: https://www.bcfi.be/nl/chapters/7?matches=perimenopauzaal%7Cperimenopauze&frag=5561

29. Chalkidou A, Oikonomou E, Lambrinos D, Bothou A, Kyriakou D, Nikolettos K, et al. The Comparative Study of the Administration of the Combination Preparation of Isoflavones and Hyaluronic Acid in Menopausal Women for the Treatment of the Symptoms of Menopause, Urogenital Atrophy and Oteoporosis in Relation to Existing Hormone Replacement Therapies. Mater Sociomed. 2023;35(3):206. doi:10.5455/MSM.2023.35.206-214 PubMed PMID: 37795159.

30. Brzezinski A. How old is too old for hormone therapy? Menopause. 2015 Mar 10;22(3):258–9. doi:10.1097/GME.0000000000000413 PubMed PMID: 25584740.

31. BCFI | Oestrogenen voor transdermale toediening [Internet]. [cited 2026 Apr 14]. Available from: https://www.bcfi.be/nl/chapters/7?frag=5603

32. De overgang | NHG-Richtlijnen [Internet]. [cited 2026 Apr 14]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/de-overgang

33. Kaufman MR, Ackerman AL, Amin KA, Coffey M, Danan E, Faubion SS, et al. The AUA/SUFU/AUGS Guideline on Genitourinary Syndrome of Menopause. J Urol. 2025 Sep 1;214(3):242–50. doi:10.1097/JU.0000000000004589 PubMed PMID: 40298120.

34. Recommendations | Menopause: identification and management | Guidance | NICE.

35. Salvatore S, Ruffolo AF, Phillips C, Athanasiou S, Cardozo L, Serati M. Vaginal laser therapy for GSM/VVA: where we stand now–a review by the EUGA Working Group on Laser. Climacteric.

Taylor and Francis Ltd.; 2023. p. 336–52. doi:10.1080/13697137.2023.2225766 PubMed PMID: 37395104.

36. Photiou L, Lin MJ, Dubin DP, Lenskaya V, Khorasani H. Review of non-invasive vulvovaginal rejuvenation. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. Blackwell Publishing Ltd; 2020. p. 716–26. doi:10.1111/jdv.16066 PubMed PMID: 31714632.

37. Prodromidou A, Zacharakis D, Athanasiou S, Kathopoulis N, Varthaliti A, Douligeris A, et al. CO2 Laser versus Sham Control for the Management of Genitourinary Syndrome of Menopause: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Journal of Personalized Medicine. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2023. doi:10.3390/jpm13121694

38. Khamis Y, Abdelhakim AM, Labib K, Islam BA, Nassar SA, Motaal AOA, et al. Vaginal CO2 laser therapy versus sham for genitourinary syndrome of menopause management: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Menopause. Wolters Kluwer Health; 2021. p. 1316–22. doi:10.1097/GME.0000000000001845 PubMed PMID: 34374686.

39. Gunawan YW, Erlina Y. Efficacy and safety of carbon dioxide laser therapy compared with sham for genitourinary syndrome of menopause management: A meta-analysis of randomized clinical trials. Menopause. Wolters Kluwer Health; 2023. p. 980–7. doi:10.1097/GME.0000000000002220 PubMed PMID: 37490650.

40. Mension E, Alonso I, Tortajada M, Matas I, Gómez S, Ribera L, et al. Vaginal laser therapy for genitourinary syndrome of menopause – systematic review. Maturitas. Elsevier Ireland Ltd; 2022. p. 37–59. doi:10.1016/j.maturitas.2021.06.005 PubMed PMID: 34217581.

41. Mao Q, Cai T, Li H, Chu Y, Cui Y, Wu J. The efficacy of CO2 laser in the treatment of genitourinary syndrome of menopause: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Lasers in Medical Science. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2023. doi:10.1007/s10103-023-03808-z PubMed PMID: 37382691.

42. Liu M, Li F, Zhou Y, Cao Y, Li S, Li Q. Efficacy of CO2 laser treatment in postmenopausal women with vulvovaginal atrophy: A meta-analysis. International Journal of Gynecology and Obstetrics. John Wiley and Sons Ltd; 2022. p. 241–51. doi:10.1002/ijgo.13973 PubMed PMID: 34625949.

43. Li F, Picard-Fortin V, Maheux-Lacroix S, Deans R, Nesbitt-Hawes E, McCormack L, et al. The Efficacy of Vaginal Laser and Other Energy-based Treatments on Genital Symptoms in Postmenopausal Women: A Systematic Review and Meta-analysis. Journal of Minimally Invasive Gynecology. Elsevier B.V.; 2021. p. 668–83. doi:10.1016/j.jmig.2020.08.001 PubMed PMID: 32791349.

44. Jang YC, Leung CY, Huang HL. Comparison of Severity of Genitourinary Syndrome of Menopause Symptoms after Carbon Dioxide Laser vs Vaginal Estrogen Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Network Open. American Medical Association; 2022. p. E2232563. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.32563 PubMed PMID: 36129710.

45. Luo C, Yue F, Mei L, Chen Y, Niu X. Efficacy of Fractional CO2 Laser Versus Intravaginal Estrogen for Controlling the Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) Especially Sexual Dysfunctions—A Systematic Review and Meta-Analysis. Clin Exp Obstet Gynecol. 2024 Feb 1;51(2). doi:10.31083/j.ceog5102040

46. Ritzmann D. Herbal Treatment of Female Urogenital Atrophy: A Retrospective Cohort Analysis. Complement Med Res. 2024 Jan 11;31(2):124. doi:10.1159/000536193 PubMed PMID: 38211573.

47. Sadeghi M, Namjouyan F, Cheraghian B, Abbaspoor Z. Impact of Glycyrrhiza glabra (licorice) vaginal cream on vaginal signs and symptoms of vaginal atrophy in postmenopausal women: A randomized double blind controlled trial. J Tradit Complement Med. 2020 Mar 1;10(2):110–5. doi:10.1016/J.JTCME.2019.02.005

48. Abdi F, Rahnemaei FA, Roozbeh N, Pakzad R. Impact of phytoestrogens on treatment of urogenital menopause symptoms: A systematic review of randomized clinical trials. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2021 Jun 1;261:222–35. doi:10.1016/J.EJOGRB.2021.03.039 PubMed PMID: 33962824.

49. Bosak Z, Iravani M, Moghimipour E, Haghighizadeh M hosein, Jelodarian P. Effect of Chamomile Vaginal Gel on the Sexual Function in Postmenopausal Women: A Double-Blind Randomized Controlled Trial. J Sex Med. 2022 Jun 1;19(6):983–94. doi:10.1016/J.JSXM.2022.03.536 PubMed PMID: 35400624.

50. Chaudhary D, Mishra V, Chaudhary S, Rajender G. A Prospective Study to Investigate the 12-week Efficacy of Soy Isoflavone Vaginal Gel (0.5%) in Postmenopausal Women with Symptoms of Vulvovaginal Atrophy. Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology. 2023. doi:10.5005/jp-journals-10006-2237

51. Saghafi N, Ghazanfarpour M, Sadeghi R, Najarkolaei AH, Omid MG, Azad A, et al. Effects of Phytoestrogens in Alleviating the Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. Iran J Pharm Res. 2017;16(Suppl):99. PubMed PMID: 29844781.

Bijlagen

1. Zoekstrategie

PubMed: ("menopau*"[tiab] OR "postmenopau*"[tiab] OR "perimenopau*"[tiab] OR "post-menopau*"[tiab] OR "peri-menopau*"[tiab] OR "Postmenopause"[Mesh] OR "Menopause"[Mesh] OR "Perimenopause"[Mesh]) AND ("vulvovaginal atrophy"[tiab] OR "vulvo-vaginal atrophy"[tiab] OR "vagina* atrophy"[tiab] OR "genitourinary syndrome"[tiab] OR "atrophic vaginitis"[Mesh] OR "vulvar atrophy"[tiab] OR "urogenital atrophy"[tiab]) AND ("Estrogen Replacement Therapy"[Mesh] OR "Hormone Replacement Therapy"[Mesh] OR "Vaginal Creams, Foams, and Jellies"[Mesh] OR "Estrogens"[Mesh] OR "Estrogen Receptor Modulators"[Mesh] OR "Selective Estrogen Receptor Modulators"[Mesh] OR "Placebos"[Mesh] OR "Pessaries"[Mesh] OR "Lubricants"[Mesh] OR "estrogen*"[tiab] OR "placebo*"[tiab] OR "estradiol"[tiab] OR "estriol"[tiab] OR "cream*"[tiab] OR "CEE"[tiab] OR "tablet*"[tiab] OR "ovule*"[tiab] OR "pessar*"[tiab] OR "ring*"[tiab] OR "systemic hrt"[tiab] OR "nonhormonal treatment"[tiab] OR "non-hormonal treatment"[tiab] OR "gel"[tiab] OR "remoistur*"[tiab] OR "moistur*"[tiab] OR "hyaluronic acid"[tiab] OR "lubricant*"[tiab] OR "replens"[tiab] OR "SERM"[tiab] OR "TSEC"[tiab] OR "endocrin*"[tiab] OR "hormon*"[tiab] OR "MHT"[tiab] OR "ET"[tiab] OR "EPT"[tiab] OR "dehydroepiandrosteron*"[tiab] OR "DHEA"[tiab] OR "ospemifene"[tiab] OR "laser"[tiab]).

Embase: ('postmenopause'/exp OR 'menopause'/exp OR 'climacterium'/exp OR 'menopau*':ti,ab,kw OR 'postmenopau*':ti,ab,kw OR 'perimenopau*':ti,ab,kw OR 'post-menopau*':ti,ab,kw OR 'peri-menopau*':ti,ab,kw) AND ('vulvovaginal atrophy':ti,ab,kw OR 'vulvo-vaginal atrophy':ti,ab,kw OR 'vagina* atrophy' OR 'genitourinary syndrome':ti,ab,kw OR 'atrophic vaginitis'/exp OR 'vulvar atrophy':ti,ab,kw OR 'urogenital atrophy':ti,ab,kw) AND ('estrogen therapy'/exp OR 'hormone substitution'/exp OR 'agents used intravaginally'/exp OR 'estrogen'/exp OR 'selective estrogen receptor modulator'/exp OR 'placebo'/exp OR 'vagina pessary'/exp OR 'lubricating agent'/exp OR ‘estrogen*’:ti,ab,kw OR ‘placebo*’:ti,ab,kw OR ‘estradiol’:ti,ab,kw OR ‘estriol’:ti,ab,kw OR ‘cream*’:ti,ab,kw OR ‘CEE’:ti,ab,kw OR ‘tablet*’:ti,ab,kw OR ‘ovule*’:ti,ab,kw OR ‘pessar*’:ti,ab,kw OR ‘ring*’:ti,ab,kw OR ‘systemic hrt’:ti,ab,kw OR ‘nonhormonal treatment’:ti,ab,kw OR ‘non-hormonal treatment’:ti,ab,kw OR ‘gel’:ti,ab,kw OR ‘remoistur*’:ti,ab,kw OR ‘moistur*’:ti,ab,kw OR ‘hyaluronic acid’:ti,ab,kw OR ‘lubricant*’:ti,ab,kw OR ‘replens’:ti,ab,kw OR ‘SERM’:ti,ab,kw OR ‘TSEC’:ti,ab,kw OR ‘endocrin*’:ti,ab,kw OR ‘hormon*’:ti,ab,kw OR ‘MHT’:ti,ab,kw OR ‘ET’:ti,ab,kw OR ‘EPT’:ti,ab,kw OR ‘dehydroepiandrosteron*’:ti,ab,kw OR ‘DHEA’:ti,ab,kw OR ‘ospemifene’:ti,ab,kw OR ‘laser’:ti,ab,kw).

Cochrane:([mh ”Postmenopause”] OR [mh ”menopause”] OR [mh ”Perimenopause”] OR (“post-menopausal” OR “postmenopausal” OR “menopausal” OR “menopauze” OR “menopause”):ti,ab,kw) AND ([mh ”atrophic vaginitis”] OR (“urogenital atrophy” OR “vaginal atrophy” OR “vulvovaginal atrophy” OR “genitourinary syndrome” OR “vagina atrophy” OR “vulvar atrophy” OR “vulvo-vaginal atrophy”):ti,ab,kw) AND ([mh ”Estrogen Replacement Therapy”] OR [mh ”Hormone Replacement Therapy”] OR [mh ”Vaginal Creams, Foams, and Jellies”] OR [mh ”Estrogens”] OR [mh ”Estrogen Receptor Modulators”] OR [mh ”Selective Estrogen Receptor Modulators”] OR [mh ”Placebos”] OR [mh ”Pessaries”] OR [mh ”Lubricants”] OR (estrogen* OR placebo* OR “estradiol” OR “estriol” OR cream* OR “CEE” OR tablet* OR ovule* OR pessar*OR ring* OR “systemic hrt” OR “nonhormonal treatment” OR “non-hormonal treatment” OR “gel” OR remoistur* OR moistur* OR “hyaluronic acid” OR lubricant* OR “replens” OR “SERM” OR “TSEC” OR endocrin* OR hormon* OR “MHT” OR “ET” OR “EPT” OR dehydroepiandrosteron* OR “DHEA” OR “ospemifene” OR “laser”):ti,ab,kw).

2. Uitnodiging eerste ronde

Geachte

Wij nodigen u graag uit om deel te nemen aan een Delphi-studie waarin we consensus willen bereiken over de inhoud en vormgeving van een keuzekaart voor patiënten met vaginale atrofie in de menopauze. Uw expertise als gynaecoloog is van groot belang om een bruikbaar, betrouwbaar en patiëntgericht hulpmiddel te ontwikkelen. Deze studie zal worden uitgevoerd in het kader van een masterproef. Deze studie is goedgekeurd door EC Onderzoek UZ/KU Leuven MP033391.

Wat houdt deelname in?

- U vult 2 online vragenlijsten in, verspreid over 2 rondes.
- Iedere ronde duurt circa 10-15 minuten.
- Startdatum: zomer 2025.
-

Waarom deelnemen?
Uw input helpt de zorg en gedeelde besluitvorming te verbeteren. Als deelnemer ontvangt u ook een samenvatting van de resultaten.

Indien u geïnteresseerd bent in deelname, verzoeken wij u vriendelijk om te reageren op deze e-mail. Wij sturen u dan de link naar de eerste vragenlijst in de zomer van 2025.

Heeft u nog vragen of wilt u meer informatie? Aarzel dan niet om contact met ons op te nemen.

Lotte De Troch: lotte.detroch@student.kuleuven.be

Astrid Nysen: astrid.nysen@student.kuleuven.be

Hanne Pernet: hanne.pernet@student.kuleuven.be

Kristien Coteur: kristien.coteur@kuleuven.be

Wij danken u hartelijk voor uw overweging en hopen u als deelnemer te mogen verwelkomen bij dit belangrijke project.

Met vriendelijke groet,
Lotte De Troch, Astrid Nysen en Hanne Pernet
Huisartsen in opleiding
KU Leuven

3. Uitnodiging tweede ronde

Geachte

Hartelijk dank voor uw eerdere deelname aan onze Delphi-studie waarin we consensus willen bereiken over de inhoud en vormgeving van een keuzekaart voor patiënten met vaginale atrofie in de menopauze.

Graag nodigen wij u uit om deel te nemen aan de **tweede ronde** van deze studie. In deze ronde vragen wij u om opnieuw een **korte online vragenlijst** in te vullen via Qualtrics, waarin u enkele gerichte stellingen beoordeelt op basis van de resultaten van de eerste ronde.

Praktische informatie

- Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer **5 minuten**.
- De vragenlijst kan online worden ingevuld via deze link:
- In bijlage vindt u de 2e versie van de keuzekaart.
- Wij zouden deze tweede ronde graag **afsluiten op 9 februari**, aangezien dit een korte vragenlijst betreft en we voldoende tijd willen voorzien voor een derde en laatste ronde.
- Ook deelnemers die in de eerste ronde niet hebben kunnen deelnemen, maar wel interesse hadden in de studie, zijn van harte welkom om deel te nemen aan deze tweede ronde.

Uw input blijft van grote waarde om te komen tot een bruikbare, betrouwbare en patiëntgerichte keuzekaart die gedeelde besluitvorming in de zorg ondersteunt.

Deze studie wordt uitgevoerd in het kader van een masterproef en is goedgekeurd door de **EC Onderzoek UZ/KU Leuven (MP033391)**.

Heeft u nog vragen of wenst u meer informatie, aarzel dan niet om contact met ons op te nemen:

- Lotte De Troch – lotte.detroch@student.kuleuven.be
- Astrid Nysen – astrid.nysen@student.kuleuven.be
- Hanne Pernet – hanne.pernet@student.kuleuven.be

Wij danken u hartelijk voor uw verdere deelname en engagement in dit project.

Met vriendelijke groet,

Lotte De Troch, Astrid Nysen en Hanne Pernet
Huisartsen in opleiding
KU Leuven

4. Uitnodiging derde ronde

Geachte,

Hartelijk dank voor uw betrokkenheid bij onze Delphi-studie, waarin wij streven naar consensus over de inhoud en vormgeving van een keuzekaart voor patiënten met vaginale atrofie in de menopauze. Graag nodigen wij u uit om deel te nemen aan de derde en laatste ronde van deze studie.

In deze ronde vragen wij u een **laatste keer** om een online vragenlijst in te vullen via Qualtrics, waarin u de aangepaste onderdelen van de keuzekaart beoordeelt op basis van de feedback uit de voorgaande rondes. Ook wanneer u in een eerdere ronde niet kon deelnemen, maar wel interesse heeft in het onderwerp, bent u van harte welkom om deze laatste vragenlijst alsnog in te vullen. Uw expertise en mening blijven zeer waardevol voor het eindresultaat.

Praktische informatie

- Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 5 tot 10 minuten. De vragenlijst kan online worden ingevuld via deze **link**: **https://qualtricsxm77ggpznkp.qualtrics.com/jfe/form/SV_1BNtSn7JRlGlW6y**
- In bijlage vindt u de meest recente versie van de keuzekaart.
- Wij sluiten deze laatste ronde af op **24 maart**, zodat wij de resultaten tijdig kunnen verwerken in onze masterproef.

Uw input is van grote waarde om te komen tot een bruikbare, betrouwbare en patiëntgerichte keuzekaart die gedeelde besluitvorming in de zorg ondersteunt.

Deze studie wordt uitgevoerd in het kader van een masterproef en werd goedgekeurd door de EC Onderzoek UZ/KU Leuven (MP033391).

Heeft u vragen of wenst u bijkomende informatie, dan kunt u steeds contact met ons opnemen.

Met vriendelijke groet,

Lotte De Troch
Astrid Nysen
Hanne Pernet
Huisartsen in opleiding KU Leuven

5. Goedkeuring Ethische Commissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP033391
Uw kenmerk: Masterproef studie: Hoe kunnen we shared decision making stimuleren in de behandelkeuze voor peri-menipauzale vaginale atrofie?
Leuven, 19-02-2025

GEEN BEZWAAR BRIEF

Geachte Professor Prof Bert Aertgeerts
Geachte Astrid Nysen, Hanne Pernet, Lotte De Troch

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven bevestigt hierbij dat er geen bezwaren zijn tegen het uitvoeren van de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 19-02-2025

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Het betreft een prospectieve studie over de gezamenlijke besluitvorming rond de behandelkeuzes voor peri-menopauzale vaginale atrofie. De studie bevraagt zo'n 20 experts (huisartsen, gynaecologen, patiënten, menopauzeconsulenten) met behulp van vragenlijsten. Rekrutering vindt plaats via e-mail, een brief en sociale media. De studie is goed ontwikkeld. Er zijn geen bezwaren.

EC Onderzoek heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. EC wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Deze geen bezwaar brief betreft de indiening van 18-02-2025 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de Onderwijs-Begeleidings-Commissie (OBC) die de initiële studie heeft geëvalueerd.

EC bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

EC bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

EC benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt. EC benadrukt tevens dat de hoofdonderzoeker/promotor verantwoordelijk is voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de van toepassing zijnde wetten en voorschriften, waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische wet betreffende de rechten van patiënten van 22/8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek zal worden uitgevoerd.

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Dit advies van EC houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk.

Bovendien dient u als hoofdonderzoeker erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zaan EC moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

6. Geïncludeerde artikels

Titel	Auteurs	Jaartal	Soort studie	Behandeling
17β-estradiol vaginal tablet versus conjugated equine estrogen vaginal cream to relieve menopausal atrophic vaginitis	Rioux JE, Devlin MC, Gelfand MM, et al.	2018	RCT	Vaginale oestrogenen
A comparison of hyaluronic acid and estradiol treatment in vulvovaginal atrophy (RCT)	Jafarzade A, Mungan T, Aghayeva S, et al.	2024	RCT	Vaginale oestrogenen - bevochtigers
A Prospective Study to Investigate the 12-week Efficacy of Soy Isoflavone Vaginal Gel (0.5%) in Postmenopausal Women with Symptoms of Vulvovaginal Atrophy	Chaudhary D, Mishra V, Chaudhary S, et al.	2023	Prospectief interventioneel	Laser
A randomized clinical trial comparing vaginal laser therapy to vaginal estrogen therapy in women with genitourinary syndrome of menopause: The VeLVET Trial	Paraiso MFR, Ferrando CA, Sokol ER, et al.	2020	RCT	Vaginela oestrogenen - laser
A randomized trial on the effectiveness and safety of 5 water-based personal lubricants	Palacios S, Hood S, Abakah-Phillips T, et al.	2023	RCT	Bevochtigers
A systematic review and critical appraisal of menopause guidelines	Hemachandra C, Taylor S, Islam RM, et al.	2024	Systematic review	Vaginale oestrogenen - orale oestrogenen - bevochtigers - laser
A systematic review of the efficacy and safety of vaginal estrogen products for the treatment of genitourinary syndrome of menopause	Biehl C, Plotsker O, Mirkin S.	2019	Systematic review	Vaginale oestrogenen
Applicability of vaginal energy-based devices in urogynecology: evidence and controversy	Machado AC, Judice LMDPP, Riccetto CLZ, et al.	2023	Narrative review	Laser
Breast cancer, endometrial cancer, and cardiovascular events in participants who used vaginal estrogen in the Women's Health Initiative Observational Study	Crandall CJ, Hovey KM, Andrews CA, et al.	2018	Prospectief observationeel	Vaginale oestrogenen
CO2 laser and the genitourinary syndrome of menopause: a randomized sham-controlled trial	Salvatore S, Pitsouni E, Grigoriadis T, et al.	2021	RCT	Laser
CO2 Laser versus Sham Control for the Management of Genitourinary Syndrome of Menopause: A Systematic	Prodromidou A, Zacharakis D,	2023	Meta-analyse	Laser

Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	Athanasiou S, et al.			
CO2-laser for the genitourinary syndrome of menopause. How many laser sessions?	Athanasiou S, Pitsouni E, Falagas ME, et al.	2017	Prospectief interventioneel	Vaginale oestrogenen - laser
Comparison of Severity of Genitourinary Syndrome of Menopause Symptoms after Carbon Dioxide Laser vs Vaginal Estrogen Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis	Jang YC, Leung CY, Huang HL.	2022	Meta-analyse	Vaginale oestrogenen - laser
Comparison of the effect of noninvasive radiofrequency with vaginal estrogen and vaginal moisturizer in the treatment of vulvovaginal atrophy in postmenopausal women: a randomized clinical trial	Gueldini de Moraes AV, Costa-Paiva L, da Costa Machado H, et al.	2024	RCT	Vaginale oestrogenen - bevochtigers - laser
Comparison of the effects of vaginal royal jelly and vaginal estrogen on quality of life, sexual and urinary function in postmenopausal women	Seyyedi F, Rafiean-Kopaei M, Miraj S.	2016	RCT	Vaginale oestrogenen - bevochtigers
Comparison of topical fractional CO2 laser and vaginal estrogen for the treatment of genitourinary syndrome in postmenopausal women: a randomized controlled trial	Dutra PFSP, Heinke T, Pinho SC, et al.	2021	RCT	Vaginale oestrogenen - laser
Different effects of CO2 laser and estrogen treatment on vaginal mucosa microbiota and function in genitourinary syndrome of menopause patients	Qi Y, Mo K, Wang A, et al.	2024	Prospectief interventioneel	Vaginale oestrogenen - laser
Effect of Chamomile Vaginal Gel on the Sexual Function in Postmenopausal Women: A Double-Blind Randomized Controlled Trial	Bosak Z, Iravani M, Moghimipour E, et al.	2022	RCT	Vaginale oestrogenen - plantaardig
Effect of estradiol vaginal gel on vaginal atrophy in postmenopausal women: A randomized double-blind controlled trial	Tanmahasamut P, Jirasawas T, Laiwejpithaya S, et al.	2020	RCT	Vaginale oestrogenen
Effects of Phytoestrogens in Alleviating the Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis	Saghafi N, Ghazanfarpour M, Sadeghi R, et al.	2017	Meta-analyse	Laser
Efficacy and safety of carbon dioxide laser therapy compared with sham for genitourinary syndrome of menopause management: A meta-analysis of randomized clinical trials	Gunawan YW, Erlina Y.	2023	Meta-analyse	Laser
Efficacy and safety of current therapies for genitourinary syndrome of menopause: A Bayesian network analysis of 29 randomized trials and 8311 patients	Li B, Duan H, Chang Y, et al.	2021	Meta-analyse	Vaginale oestrogenen - bevochtigers - laser
Efficacy of CO2 laser treatment in postmenopausal women with vulvovaginal atrophy: A meta-analysis	Liu M, Li F, Zhou Y, et al.	2022	Meta-analyse	Laser

Efficacy of Erbium:YAG laser treatment compared to topical estriol treatment for symptoms of genitourinary syndrome of menopause	Gaspar A, Brandi H, Gomez V, et al.	2017	Prospectief interventioneel	Laser
Efficacy of Fractional CO2 Laser Versus Intravaginal Estrogen for Controlling the Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) Especially Sexual Dysfunctions—A Systematic Review and Meta-Analysis	Luo C, Yue F, Mei L, et al.	2024	Meta-analyse	Laser
Evaluation of the efficacy of fractional CO2 laser in the treatment of vulvar and vaginal menopausal symptoms	Sindou-Faurie T, Louis-Vahdat C, Oueld Es Cheikh E, et al.	2020	Prospectief interventioneel	Laser
Fractional CO 2 laser versus promestriene and lubricant in genitourinary syndrome of menopause: a randomized clinical trial	Politano CA, Costa-Paiva L, Aguiar LB, et al.	2019	RCT	Vaginale oestrogenen - laser - bevochtigers
Fractional CO2 Laser for Treatment of Vulvovaginal Atrophy: A Short Time Follow-up	Ghanbari Z, Sohbati S, Eftekhar T, et al.	2020	Prospectief interventioneel	Laser
Fractional CO2 laser of the vagina for genitourinary syndrome of menopause: Is the out-of-pocket cost worth the outcome of treatment?	Lang P, Dell JR, Rosen L, et al.	2017	Retrospectief observationeel	Laser
Fractional CO2 laser therapy: A new challenge for vulvo-vaginal atrophy in postmenopausal women	Siliquini GP, Tuninetti V, Bounous VE, et al.	2017	Prospectief interventioneel	Laser
Fractional CO2 laser treatment for the symptoms of genitourinary syndrome of menopause	Garcia MA, Warren LL, Samuels JB.	2017	Prospectief observationeel	Laser
Fractional CO2 Laser Treatment for Vaginal Atrophy and Vulvar Lichen Sclerosus	Maggish MS	2016	Prospectief observationeel	Laser
Fractional CO2 laser treatment for vulvovaginal atrophy symptoms and vaginal rejuvenation in perimenopausal women	Arroyo C.	2017	Prospectief interventioneel	Laser
Fractional Co2 Laser Treatment of the Vulva and Vagina and the Effect of Postmenopausal Duration on Efficacy	Alexiades MR.	2020	Prospectief interventioneel	Laser
Fractional CO2 Laser: From Skin Rejuvenation to Vulvo-Vaginal Reshaping	Filippini M, Del Duca E, Negosanti F, et al.	2017	Prospectief observationeel	Laser
Fractionated Laser for Vaginal Atrophy Symptoms: A Randomized, Double-Blind Placebo Controlled Study	Li FG, Deans R, Nesbitt-Hawes E, et al.	2020	RCT	Laser

Genitourinary syndrome, local oestrogen therapy and endometrial pathology: a single-centre, randomised study	Kovachev SM, Kovachev MS.	2022	RCT	Vaginale oestrogenen
Glycine Max (L.) Merr isoflavone gel improves vaginal vascularization in postmenopausal women	Lima SMRR, Honorato JV, Silva MALG.	2020	RCT	Plantaardig
Herbal Treatment of Female Urogenital Atrophy: A Retrospective Cohort Analysis	Ritzmann D.	2024	Retrospectief observationeel	Plantaardig
Histological findings after non-ablative Er:YAG laser therapy in women with severe vaginal atrophy	Gaspar A, Silva J, Calderon A, et al.	2020	Prospectief interventioneel	Laser
Hormonal, metabolic, and endometrial safety of testosterone vaginal cream versus estrogens for the treatment of vulvovaginal atrophy in postmenopausal women: a randomized, placebo-controlled study	Fernandes T, Pedro AO, Baccaro LF, et al.	2018	RCT	Vaginale oestrogenen
How does local estrogen compare with placebo for vaginal atrophy in postmenopausal women?	Bunt C.	2017	Prospectief interventioneel	Vaginale oestrogenen
How old is too old for hormone therapy?	Brzezinski A.	2015	Narrative review	Orale oestrogenen
Impact of Glycyrrhiza glabra (licorice) vaginal cream on vaginal signs and symptoms of vaginal atrophy in postmenopausal women: A randomized double blind controlled trial	Sadeghi M, Namjouyan F, Cheraghian B, et al.	2020	RCT	Plantaardig
Impact of microablative fractional radiofrequency on the vaginal health, microbiota, and cellularity of postmenopausal women	Sarmento AC, Fernandes FS, Marconi C, et al.	2020	Prospectief interventioneel	Laser
Impact of phytoestrogens on treatment of urogenital menopause symptoms: A systematic review of randomized clinical trials	Abdi F, Rahnemaei FA, Roozbeh N, et al.	2021	Systematic review	Plantaardig
Laser therapy for the genitourinary syndrome of menopause. A systematic review and meta-analysis	Pitsouni E, Grigoriadis T, Falagas ME, et al.	2017	Meta-analyse	Vaginale oestrogenen - bevochtigers - laser
Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women	Lethaby A, Ayeleke RO, Roberts H.	2016	Meta-analyse	Vaginale oestrogenen
Local ultra-low-dose estriol gel treatment of vulvo-vaginal atrophy: efficacy and safety of longterm treatment	Villa P, Tagliaferri V, Amar ID, et al.	2020	Prospectief interventioneel	Vaginale oestrogenen
Microablative fractional radiofrequency for sexual dysfunction and vaginal Trophism: A randomized clinical trial	Sarmento ACA, Fernandes FS, Maia RR, et al.	2023	RCT	Vaginale oestrogenen - laser

One-year treatment persistence with local estrogen therapy in postmenopausal women diagnosed as having vaginal atrophy	Portman D, Shulman L, Yeaw J, et al.	2015	Retrospectief observationeel	Vaginale oestrogenen
Quality of life and sexual function of naturally postmenopausal women on an ultralow-concentration estriol vaginal gel	Caruso S, Cianci S, Amore FF, et al.	2016	Case-control studie	Vaginale oestrogenen
Randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial for evaluating the efficacy of fractional CO 2 laser compared with topical estriol in the treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women	Cruz VL, Steiner ML, Pompei LM, et al.	2018	RCT	Vaginale oestrogenen - laser
Review of non-invasive vulvovaginal rejuvenation	Photiou L, Lin MJ, Dubin DP, et al.	2020	Narrative review	Laser
Safety and long-term efficacy of fractional CO2 laser treatment in women suffering from genitourinary syndrome of menopause	Behnia-Willison F, Sarraf S, Miller J, et al.	2017	Prospectief interventioneel	Laser
Sexual function after vaginal erbium laser: the results of a large, multicentric, prospective study	Gambacciani M, Albertin E, Torelli MG, et al.	2020	Prospectief interventioneel	Laser
Sexual Function in Women Suffering From Genitourinary Syndrome of Menopause Treated With Fractionated CO2 Laser	Salvatore S, Pitsouni E, Del Deo F, et al.	2017	Meta-analyse	Laser
Short-term effects of an erbium/neodymium laser combination in superficial dyspareunia: a pilot study	Gambacciani M, Fidecicchi T.	2022	Prospectief interventioneel	Laser
Short-Term Efficacy and Safety of Non-Ablative Laser Treatment Alone or with Estriol or Moisturizers in Postmenopausal Women with Vulvovaginal Atrophy	Alvisi S, Lami A, Baldassarre M, et al.	2022	Prospectief interventioneel	Laser - vaginela oestrogenen - bevochtigers
The CO2 ablative laser treatment in perimenopausal patients with vulvovaginal atrophy	Rosner-Tenerowicz A, Zimmer-Stelmach A, Zimmer M.	2021	Prospectief interventioneel	Laser
The Comparative Study of the Administration of the Combination Preparation of Isoflavones and Hyaluronic Acid in Menopausal Women for the Treatment of the Symptoms of Menopause, Urogenital Atrophy and Oteoporosis in Relation to Existing Hormone Replacement Therapies	Chalkidou A, Oikonomou E, Lambrinos D, et al.	2023	RCT	Orale oestrogenen
The Effect of Vaginal Oestriol Cream on Subjective and Objective Symptoms of Stress Urinary Incontinence and Vaginal Atrophy: An International Multi-Centre Pilot Study	Weber MA, Lim V, Oryszczyn J, Te West N, et al.	2017	Prospectief observationeel	Vaginale oestrogenen
The efficacy and safety of estriol to treat vulvovaginal atrophy in postmenopausal women: a systematic literature review	Rueda C, Osorio AM, Avellaneda AC, et al.	2017	Systematic review	Vaginale oestrogenen

The efficacy of CO2 laser in the treatment of genitourinary syndrome of menopause: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	Mao Q, Cai T, Li H, et al.	2023	Meta-analyse	Laser
The efficacy of fractional co2 laser in the treatment of genitourinary syndrome of menopause: A large prospective observational study	Donato VD, D Oria O, Gianni A, et al.	2022	Prospectief observationeel	Laser
The Efficacy of Vaginal Laser and Other Energy-based Treatments on Genital Symptoms in Postmenopausal Women: A Systematic Review and Meta-analysis	Li F, Picard-Fortin V, Maheux-Lacroix S, et al.	2021	Meta-analyse	Laser
The Er:YAG vaginal laser for management of women with genitourinary syndrome of menopause (GSM)	Lin KL, Chou SH, Loo ZX, et al.	2022	Retrospectief observationeel	Laser
The evidence behind the use of LASER for genitourinary syndrome of menopause, vulvovaginal atrophy, urinary incontinence and lichen sclerosus: A state-of-the-art review	Mortensen OE, Christensen SE, Løkkegaard E.	2022	Systematic review	Laser
The evidence for laser treatments to the vulvo-vagina: Making sure we do not repeat past mistakes	Song S, Budden A, Short A, et al.	2018	Systematic review	Laser
The Fractional CO2 Laser for the Treatment of Genitourinary Syndrome of Menopause: A Prospective Multicenter Cohort Study	Li J, Li H, Zhou Y, et al.	2020	Prospectief interventioneel	Vaginale oestrogenen - laser
Treating where it hurts - a randomized comparative trial of vestibule estradiol for postmenopausal dyspareunia	Goetsch MF, Garg B, Lillemon J, et al.	2023	RCT	Vaginale oestrogenen
Treatment to External Labia and Vaginal Canal With CO2 Laser for Symptoms of Vulvovaginal Atrophy in Postmenopausal Women	Samuels JB, Garcia MA.	2019	Prospectief interventioneel	Laser
“Two wavelengths endovaginal laser system”: Clinical evaluation of a new device for mild SUI and vaginal atrophy treatment	Mezzana P.	2020	Prospectief interventioneel	Laser
Update on hormone therapy for the management of postmenopausal women	Pan M, Pan X, Zhou J, et al.	2022	Narrative review	Orale oestrogenen
Use of a novel fractional CO2 laser for the treatmentof genitourinary syndrome of menopause: 1-yearoutcomes	Sokol ER, Karram MM.	2017	Prospectief interventioneel	Laser
Use of Fractional CO2 Laser for the Treatment of Vulvovaginal Atrophy: a Double-blinded Randomized Placebo-controlled Clinical Trial	Cruz VL, Steiner ML, Pompei LM, et al.	2019	RCT	Vaginale oestrogenen - laser
Vaginal CO2 laser therapy versus sham for genitourinary syndrome of menopause management: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	Khamis Y, Abdelhakim AM, Labib K, et al.	2021	Meta-analyse	Laser

Vaginal hormone-free moisturising cream is not inferior to an estriol cream for treating symptoms of vulvovaginal atrophy: Prospective, randomised study	Garcia de Arriba S, Grüntkemeier L, Häuser M, et al.	2022	RCT	Vaginale oestrogenen - bevochtigers
Vaginal laser therapy for genitourinary syndrome of menopause – systematic review	Mension E, Alonso I, Tortajada M, et al.	2022	Systematic review	Laser
Vaginal laser therapy for GSM/VVA: where we stand now–a review by the EUGA Working Group on Laser	Salvatore S, Ruffolo AF, Phillips C, et al.	2023	Narrative review	Laser
Vitamin E as alternative local treatment in genitourinary syndrome of menopause: a randomizedcontrolled trial	Golmakani N, Parnan Emamverdikhan A, Zarifian A, et al.	2019	RCT	Vaginale oestrogenen
Women with Genitourinary Syndrome of Menopause Treated with Vaginal Estriol, Microablative Fractional CO2 Laser and Microablative Fractional Radiofrequency: A Randomized Pilot Study	de Oliveira CD, de Mello Bianchi AMH, Campos MLP, et al.	2023	RCT	Vaginale oestrogenen - laser

7. Vragenlijst eerste en derde ronde

Alle vragen worden beantwoord met behulp van een Likert-schaal, tenzij anders aangegeven bij de vraag. De Likert-schaal bevat 10 punten, waarbij 1 staat voor helemaal oneens en 10 voor helemaal eens.

a. Ik ben - Gynaecoloog - Huisarts - Menopauze consulent - Patiënt Evaluatie

Inhoud

b. De keuzekaart bevat alle relevante behandelopties voor vaginale droogte in de menopauze. (1-10)
c. De informatie over de voordelen van de behandelopties is volledig en goed weergegeven. (1-10)
d. De uitleg van de risico's en bijwerkingen van de behandelopties is duidelijk en begrijpelijk voor patiënten. (1-10)
e. De keuzekaart geeft een evenwichtige weergave van medische en niet-medische behandelopties. (1-10)
f. De toelichting op de effectiviteit van de behandelingen is voldoende gedetailleerd zonder overweldigend te zijn. (1-10)
g. Heeft u nog opmerkingen/suggesties over de inhoud van deze keuzekaart? (open vraag)

Duidelijkheid en gebruiksvriendelijkheid

h. De taal op de keuzekaart is eenvoudig genoeg voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. (1-10)
   *aanpassing voor groep patiënten: Ik vind de keuzekaart duidelijk.
i. De keuzekaart vermijdt onnodig gebruik van medische termen of jargon. (1-10)
j. De tabelvorm van de keuzekaart maakt het gemakkelijk om informatie snel te begrijpen. (1-10)
k. De visuele lay-out (bijv. lettertype, kleuren, symbolen) ondersteunt de leesbaarheid van de kaart. (1-10)
l. De structuur van de tabel helpt patiënten om de behandelopties met elkaar te vergelijken. (1-10)
m. Heeft u nog opmerkingen/suggesties over de duidelijkheid en gebruiksvriendelijkheid van deze keuzekaart? (open vraag)

Praktische Bruikbaarheid

n. De keuzekaart is praktisch bruikbaar binnen de tijdslimiet van een standaard consult (15-20 minuten).
o. De keuzekaart helpt zorgverleners om behandelopties op een gestructureerde manier uit te leggen.
p. De kaart ondersteunt patiënten bij het stellen van gerichte vragen over hun behandelopties.
   *aanpassing patiënt: Door de keuzekaart kan ik gericht vragen stellen over de behandelopties.
q. De keuzekaart kan eenvoudig worden geïntegreerd in gedeelde besluitvorming tussen patiënten en zorgverleners.
r. Heeft u nog opmerkingen/suggesties over de praktische bruikbaarheid van deze keuzekaart? (open vraag)

Vorm en indeling

s. De kaart biedt patiënten voldoende informatie om een weloverwogen keuze te maken.
t. De volgorde waarin de behandelopties worden gepresenteerd is logisch.
u. Heeft u nog opmerkingen/suggesties over de vorm en indeling van deze keuzekaart? (open vraag)

Algemeen oordeel en verdere optimalisatie

v. De keuzekaart is een waardevolle aanvulling in de begeleiding van patiënten met vaginale droogte.
w. Ik zou de keuzekaart aanbevelen als hulpmiddel voor gedeelde besluitvorming tussen arts en patiënt.
x. Ik ben van mening dat er geen verdere verbeteringen nodig zijn aan de keuzekaart.
y. Heeft u nog opmerkingen/suggesties met betrekking tot de keuzekaart? (open vraag)

8. Eerste versie keuzekaart.

BEHANDELOPTIE	Welke voordelen biedt het?	Wat zijn de mogelijke nadelen?	Wat zijn de mogelijke bijwerkingen?	Wanneer mag ik het niet gebruiken?	Hoe gebruik ik het?
Vaginale bevochtigers	Kan gecombineerd worden met andere behandeling. Vermindering van pijn bij betrekkingen en vermindering van jeuk.	Klachten komen snel terug na stoppen van de behandeling. Geen invloed op andere menopauzale klachten.	Lokale irritatie, allergische reacties.	Iedereen mag het gebruiken.	Vaginale applicatie naargelang klachten, mag dagelijks gebruikt worden.
Lage dosis vaginale oestrogenen	Geen progestageen nodig. Het risico op nevenwerkingen is lager dan bij orale of transdermale hormonen. Vermindering van: pijn bij betrekkingen, urineweginfecties, jeuk, branderig gevoel en pijn bij het plassen.	Geen invloed op andere menopauzale klachten.	Lokale irritatie, allergische reacties.	Geschikt voor veel vrouwen. Opletten bij kanker die groeit door hormonen (zoals borstkanker), klontervorming, hartaanval, beroerte, leverziekte of spontane vaginale bloeding.	Eerst twee tot vier weken dagelijks, daarna 2x per week. Verkrijgbaar in crème, gel, tablet of ring.
Orale gecombineerde hormoontherapie (oestrogeen + progestageen)	Ook effectief voor warmte-opwellingen. Vermindering van: pijn bij betrekkingen, urineweginfecties, jeuk, branderig gevoel en pijn bij het plassen.	Verhoogd risico op klontervorming en beroerte. Toediening zonder progestageen zorgt voor verhoogd risico op opgroeiend baarmoederslijmvlies en baarmoederkanker. Gegevens omtrent borstkanker zijn niet eenduidig, vermoedelijk klein risico.	Spotting, hoofdpijn, pijnlijke borsten en maag-darmklachten.	Geschikt voor veel vrouwen. Opletten bij kanker die groeit door hormonen (zoals borstkanker), klontervorming, hartaanval, beroerte, leverziekte of spontane vaginale bloeding.	Orale inname eenmaal per dag. Te combineren met inname progestageen (tenzij u een hormoonspiraal van minder dan 5 jaar hebt of u geen baarmoeder hebt)

Transdermale gecombineerde hormoontherapie	Ook effectief voor warmte-opwellingen. Vermindering van: pijn bij betrekkingen, urineweginfecties, jeuk, branderig gevoel en pijn bij het plassen. Geen verhoogd risico op klontervorming of beroerte.	Toediening zonder progestageen zorgt voor verhoogd risico op opgroeiend baarmoederslijmvlies en baarmoederkanker. Gegevens omtrent borstkanker zijn niet eenduidig, vermoedelijk klein risico.	Lokale irritatie, allergische reacties, spotting, hoofdpijn, pijnlijke borsten en maag-darmklachten.	Geschikt voor veel vrouwen. Opletten bij kanker die groeit door hormonen (zoals borstkanker), klontervorming, hartaanval, beroerte, leverziekte of spontane vaginale bloeding.	Afhankelijk van gekozen product 1x/week tot 3x/dag Bestaat in spray, pleisters of gel. Te combineren met inname progestageen (tenzij u een hormoonspiraal van minder dan 5 jaar hebt of u geen baarmoeder hebt)
Lasertherapie	Vermindering van: pijn bij betrekkingen, jeuk, branderigheid, vaginale afscheiding, incontinentie.	Geen invloed op andere menopauzale klachten. Duurder. Niet overal beschikbaar. Onduidelijk hoeveel sessies nodig zijn, herhaling is soms aangewezen.	Bijwerkingen zijn vaak kortdurend: lokale irritatie, branderig gevoel, vaginale bloeding en jeuk.	Iedereen mag het gebruiken.	Behandeling wordt uitgevoerd in gespecialiseerde centra. 1 tot 5 sessies
Plantaardige therapie	Heel veel verschillende soorten preparaten waarvan de resultaten wisselend zijn.	Duurder, niet altijd bewezen effectief.	Geen gekende bijwerkingen.	Iedereen mag het gebruiken.	Orale inname, hoeveelheid verschillend per exact product.

9. *Vragenlijst tweede ronde*

Ik ben

- gynaecoloog
- huisarts
- menopauze consulent
- patiënt

Bij transdermale therapie kwamen er opmerkingen over het toevoegen van progestageen bij vrouwen met endometriose. Hoe kunnen we dit best vermelden op de keuzekaart?

- Te combineren met inname progestageen (tenzij u een hormoonspiraal van minder dan 5 jaar hebt of u geen baarmoeder hebt en niet gekend bent met endometriose)
- Meestal te combineren met inname progestageen (uitzonderingen te bespreken met behandelend arts)
- Ik heb hier geen mening over / ik weet het niet

In hoeverre bent u het eens met de stelling dat leefstijladviezen (bv. hygiëne, seksuele gewoonten, kleding, algemene gezondheid) als een aparte categorie opgenomen moeten worden in de keuzekaart voor vaginale atrofie, ondanks de beperkte beschikbare wetenschappelijke evidentie?

- Eens
- Neutraal / ik weet het niet
- Oneens

Indien we de levenstijladviezen opnemen in de keuzekaart, welke moeten we dan zeker vermelden?

	Ja	Nee	Ik weet het niet
Het dragen van katoenen onderbroek	○	○	○
Wassen zonder zeep	○	○	○
Meer inzetten op voorspel	○	○	○

Er werd aangehaald dat de voordelen als feiten worden weergegeven ondanks niet iedereen alle voordelen ervaart. Moeten we de vraag aanpassen van “welke voordelen biedt het” naar “Wat zijn de mogelijke voordelen?”

- Ja
- Nee
- Geen mening

Bij de voordelen van orale en transdermale oestrogenen vermelden we ook het effect op bijvoorbeeld warmte-opwellingen. Is het beter om dit niet te vermelden of om de zin aan te passen naar “ook effect op andere menopauzale klachten”.

- Niet vermelden gezien de keuzekaart over vaginale atrofie gaat
- “Ook effect op andere menopauzale klachten” om een zo volledig mogelijk beeld te geven aan de patiënt.
- Behouden als "ook effect op warmte-opwellingen"
- Geen mening

Moet dit specifiek worden beschreven op welke andere klachten het effect kan hebben?

- Ja
- Nee, want dan wordt het te veel tekst en minder overzichtelijk

Bij de opmerkingen werd DHEA/prasterone ook aangegeven als een mogelijke behandeloptie. Dit hebben wij in eerste instantie niet opgenomen in de keuzekaart aangezien dit weinig naar voor kwam in onze literatuurstudie. Vindt u dat het in de keuzekaart moet opgenomen worden?

- Ja
- Nee
- Ik weet het niet

Er werd ook gevraagd naar de percentages van de bijwerkingen van oestrogenen, dit is echter product, dosis, duur en patiëntafhankelijk. Hoe kunnen we dit vermelden in de keuzekaart?

- Niet vermelden gezien dit veel extra tekst veroorzaakt waardoor de keuzekaart niet meer overzichtelijk is, dit kan natuurlijk wel met de behandelend arts besproken worden.
- Vermelden als “zie bijsluiter voor percentages”
- Vermelden als “te bespreken met behandelend arts”

Is het nuttig om een korte inleiding toe te voegen met wat de bedoeling is van de keuzekaart?

- Ja
- Nee
- Geen mening

Zou dit een goede inleiding kunnen zijn? Deze keuzekaart geeft een overzicht van de mogelijke behandelingen voor vaginale atrofie tijdens of na de menopauze. De kaart is bedoeld om u te helpen nadenken over wat voor u belangrijk is en om het gesprek met uw behandelend arts te ondersteunen. Samen met uw arts kunt u de opties bespreken en een keuze maken die het beste bij u past. De keuzekaart vervangt geen persoonlijk medisch advies.

- Ja
- Nee
- Geen mening

Heeft u nog andere suggesties?

Welke volgorde zou u het liefste hebben?

- Minder invasief naar meer invasief: vaginale bevochtigers – plantaardige therapie – lage dosis vaginale oestrogenen – transdermale oestrognen – orale oestroegenen - lasertherapie
- Op basis van evidence: vaginale bevochtigers - lage dosis vaginale oestrogenen - orale oestrogenen - transdermale oestrogenen – lasertherapie - plantaardige therapie
- Optie uit het panel: vaginale bevochtigers – plantaardige therape - lage dosis vaginale oestrogenen – transdermale oestrogenen – orale oestrogenen – lasertherapie
- Optie uit het panel: vaginale bevochtigers – lage dosis vaginale oestrogenen – transdermale oestrogenen – orale oestrogenen - lasertherapie – plantaardige therapie.

Bij plantaardige therapie wordt er nog niet gewezen op mogelijke interacties met andere geneesmiddelen, moet dit vermeld worden gezien dit zonder voorschrift te verkrijgen is?

- Ja
- Nee
- Geen mening

Heeft u nog opmerkingen of suggesties die niet aan bod zijn gekomen?

10. Tabel tweede ronde

Bij transdermale therapie kwamen er opmerkingen over het toevoegen van progestageen bij vrouwen met endometriose. Hoe kunnen we dit best vermelden op de keuzekaart?						
		Gyn	**Mc**	**Ha**	**Pt**	**Tot**
Te combineren met inname progestageen (tenzij u een hormoonspiraal van minder dan 5 jaar hebt of u geen baarmoeder hebt en niet gekend bent met endometriose)		55*	40**	33	38	44*
Meestal te combineren met inname progestageen (uitzonderingen te bespreken met behandelend arts)		36	20	67*	15	28
Ik heb hier geen mening over / ik weet het niet		9	40**	0	46*	28
In hoeverre bent u het eens met de stelling dat leefstijladviezen (bv. hygiëne, seksuele gewoonten, kleding, algemene gezondheid) als een aparte categorie opgenomen moeten worden in de keuzekaart voor vaginale atrofie, ondanks de beperkte beschikbare wetenschappelijke evidentie?						
		Gyn	**Mc**	**Ha**	**Pt**	**Tot**
Eens		71*	100*	67*	55*	68*
Neutraal / ik weet het niet		0	0	33	27	16
Oneens		29	0	0	18	16
Indien we de levenstijladviezen opnemen in de keuzekaart, welke moeten we dan zeker vermelden?						
		Gyn	**Mc**	**Ha**	**Pt**	**Tot**
Het dragen van katoenen onderbroek	Ja	57*	100*	100*	45*	64*
	Nee	43	0	0	18	20
	Ik weet het niet	0	0	0	36	16
Wassen zonder zeep	Ja	100*	100*	100*	64*	84*
	Nee	0	0	0	18	8
	Ik weet het niet	0	0	0	18	8
Meer inzetten op voorspel	Ja	43*	75*	33**	36	44*
	Nee	29	0	33**	18	20

	Ik weet het niet	29	25	33**	45*	36
Er werd aangehaald dat de voordelen als feiten worden weergegeven ondanks niet iedereen alle voordelen ervaart. Moeten we de vraag aanpassen van "welke voordelen biedt het" naar "Wat zijn de mogelijke voordelen?"						
		Gyn	**Mc**	**Ha**	**Pt**	**Tot**
	Ja	100*	100*	100*	82*	92*
	Nee	0	0	0	9	4
	Geen mening	0	0	0	9	4
Bij de voordelen van orale en transdermale oestrogenen vermelden we ook het effect op bijvoorbeeld warmte-opwellingen. Is het beter om dit niet te vermelden of om de zin aan te passen naar "ook effect op andere menopauzale klachten".						
		Gyn	**Mc**	**Ha**	**Pt**	**Tot**
	Niet vermelden gezien de keuzekaart over vaginale atrofie gaat	0	0	0	0	0
	"Ook effect op andere menopauzale klachten" om een zo volledig mogelijk beeld te geven aan de patiënt.	100*	100*	100*	64*	84*
	Behouden als "ook effect op warmte-opwellingen"	0	0	0	36	16
	Geen mening	0	0	0	0	0
Moet dit specifiek worden beschreven op welke andere klachten het effect kan hebben?						
		Gyn	**Mc**	**Ha**	**Pt**	**Tot**
	Ja	14	50**	0	55*	36
	Nee, want dan wordt het te veel tekst en minder overzichtelijk	86*	50**	100*	45	64*
Bij de opmerkingen werd DHEA/prasterone ook aangegeven als een mogelijke behandeloptie. Dit hebben wij in eerste instantie niet opgenomen in de keuzekaart aangezien dit weinig naar voor kwam in onze literatuurstudie. Vindt u dat het in de keuzekaart moet opgenomen worden?						
		Gyn	**Mc**	**Ha**	**Pt**	**Tot**
	Ja	14	25	0	27	20
	Nee	86*	50*	67*	9	44*

Ik weet het niet	0	25	33	64*	36
Er werd ook gevraagd naar de percentages van de bijwerkingen van oestrogenen, dit is echter product, dosis, duur en patiëntafhankelijk. Hoe kunnen we dit vermelden in de keuzekaart?					
	Gyn	**Mc**	**Ha**	**Pt**	**Tot**
Niet vermelden gezien dit veel extra tekst veroorzaakt waardoor de keuzekaart niet meer overzichtelijk is, dit kan natuurlijk wel met de behandelend arts besproken worden.	14	0	33**	36	24
Vermelden als “zie bijsluiter voor percentages”	0	25	33**	0	8
Vermelden als “te bespreken met behandelend arts”	86*	75*	33**	64*	68*
Is het nuttig om een korte inleiding toe te voegen met wat de bedoeling is van de keuzekaart?					
	Gyn	**Mc**	**Ha**	**Pt**	**Tot**
Ja	71*	100*	100*	91*	88*
Nee	14	0	0	0	4
Geen mening	14	0	0	9	8
Zou dit een goede inleiding kunnen zijn? Deze keuzekaart geeft een overzicht van de mogelijke behandelingen voor vaginale atrofie tijdens of na de menopauze. De kaart is bedoeld om u te helpen nadenken over wat voor u belangrijk is en om het gesprek met uw behandelend arts te ondersteunen. Samen met uw arts kunt u de opties bespreken en een keuze maken die het beste bij u past. De keuzekaart vervangt geen persoonlijk medisch advies.					
	Gyn	**Mc**	**HA**	**Pt**	**Tot**
Ja	86*	75*	100*	100*	92*
Nee	0	25	0	0	4
Geen mening	14	0	0	0	4
Welke volgorde zou u het liefste hebben?					
	Gyn	**Mc**	**Ha**	**Pt**	**Tot**
Minder invasief naar meer invasief: vaginale bevochtigers – plantaardige therapie – lage dosis vaginale	14	25	0	20	17

oestrogenen – transdermale oestrognen – orale oestroegenen - lasertherapie					
Op basis van evidence: vaginale bevochtigers - lage dosis vaginale oestrogenen - orale oestrogenen - transdermale oestrogenen – lasertherapie - plantaardige therapie	43**	25	100*	50*	50*
Optie uit het panel: vaginale bevochtigers – plantaardige therape - lage dosis vaginale oestrogenen – transdermale oestrogenen – orale oestrogenen – lasertherapie	0	50*	0	0	8
Optie uit het panel: vaginale bevochtigers – lage dosis vaginale oestrogenen – transdermale oestrogenen – orale oestrogenen - lasertherapie – plantaardige therapie	43**	0	0	30	25
Bij plantaardige therapie wordt er nog niet gewezen op mogelijke interacties met andere geneesmiddelen, moet dit vermeld worden gezien dit zonder voorschrift te verkrijgen is?					
	Gyn	**Mc**	**Ha**	**Pt**	**Tot**
Ja	57*	100*	67*	82*	76*
Nee	43	0	0	9	16
Geen mening	0	0	33	9	8

Tabel Ronde 2 – Antwoorden per deelnemersgroep bij Ronde 2 in percent. Gyn = gynaecoloog, Mc = menopauzeconsulent, Ha = huisarts, pt = patiënt, Tot = totaal
**Grootste groep*
***Ex aequo*

11. Tweede versie keuzekaart

KEUZEKAART: Vaginale droogte (atrofie) tijdens en na de menopauze

BEHANDELOPTIE	Welke voordelen biedt het?	Wat zijn de mogelijke nadelen?	Wat zijn de mogelijke bijwerkingen?	Wanneer is het niet geschikt?	Hoe gebruik ik het?
Vaginale bevochtigers	Kan gecombineerd worden met andere behandeling. Vermindering van pijn bij betrekkingen en vermindering van jeuk.	Klachten komen snel terug na stoppen van de behandeling. Geen invloed op andere menopauzale klachten.	Lokale irritatie, allergische reacties.	Iedereen mag het gebruiken.	Vaginale applicatie naargelang klachten, mag dagelijks gebruikt worden.
Lage dosis vaginale oestrogenen	Geen progestageen nodig. Het risico op nevenwerkingen is lager dan bij orale of transdermale hormonen. Vermindering van: pijn bij betrekkingen, urineweginfecties, jeuk, branderig gevoel en pijn bij het plassen.	Geen invloed op andere menopauzale klachten.	Lokale irritatie, allergische reacties.	Geschikt voor veel vrouwen. Opletten bij genitale kankers die hormoongevoelig zijn, klontervorming, hartaanval, beroerte, leverziekte of spontane vaginale bloeding.	Eerst twee tot vier weken dagelijks, daarna 2x per week. Verkrijgbaar in crème, gel of tablet.
Orale oestrogenen	Ook effectief voor warmte-opwellingen. Vermindering van: pijn bij betrekkingen, urineweginfecties, jeuk, branderig gevoel en pijn bij het plassen.	Verhoogd risico op klontervorming en beroerte. Toediening zonder progestageen zorgt voor verhoogd risico op opgroeiend baarmoederslijmvlies en baarmoederkanker. Gegevens omtrent borstkanker zijn niet eenduidig, eerder klein risico.	Lichte tussentijdse bloeding, hoofdpijn, pijnlijke borsten en maag-darmklachten.	Geschikt voor veel vrouwen. Opletten bij kanker die groeit door hormonen (zoals borstkanker), klontervorming, hartaanval, beroerte, leverziekte of spontane vaginale bloeding.	Orale inname van oestrogeen eenmaal per dag. Te combineren met orale inname progestageen (tenzij u een hormoonspiraal van minder dan 5 jaar hebt of u geen baarmoeder hebt)

Transdermale oestrogenen	Ook effectief voor warmte-opwellingen. Vermindering van: pijn bij betrekkingen, urineweginfecties, jeuk, branderig gevoel en pijn bij het plassen. Geen verhoogd risico op klontervorming of beroerte.	Toediening zonder progestageen zorgt voor verhoogd risico op opgroeiend baarmoederslijmvlies en baarmoederkanker. Gegevens omtrent borstkanker zijn niet eenduidig, eerder klein risico.	Lokale irritatie, allergische reacties, lichte tussentijdse bloedingen, hoofdpijn, pijnlijke borsten en maag-darmklachten.	Geschikt voor veel vrouwen. Opletten bij kanker die groeit door hormonen (zoals borstkanker), hartaanval, leverziekte of spontane vaginale bloeding.	Afhankelijk van gekozen product 1x/week tot 3x/dag Bestaat in spray, pleisters of gel. Te combineren met orale inname progestageen (tenzij u een hormoonspiraal van minder dan 5 jaar hebt of u geen baarmoeder hebt)
Lasertherapie	Vermindering van: pijn bij betrekkingen, jeuk, branderigheid, vaginale afscheiding, incontinentie.	Geen invloed op andere menopauzale klachten. Duurder. Niet overal beschikbaar. Onduidelijk hoeveel sessies nodig zijn, herhaling is soms aangewezen.	Bijwerkingen zijn vaak kortdurend: lokale irritatie, branderig gevoel, vaginale bloeding en jeuk.	Iedereen mag het gebruiken.	Behandeling wordt uitgevoerd in gespecialiseerde centra. 1 tot 5 sessies
Plantaardige therapie/ fyto-oestrogenen	Heel veel verschillende soorten preparaten waarvan de resultaten wisselend zijn.	Duurder, niet altijd bewezen effectief.	Geen gekende bijwerkingen.	Iedereen mag het gebruiken.	Orale inname, hoeveelheid verschillend per exact product.

12. Derde versie keuzekaart

KEUZEKAART: Vaginale droogte (atrofie) tijdens en na de menopauze

KU LEUVEN

Deze keuzekaart geeft een overzicht van de mogelijke behandelingen voor vaginale atrofie tijdens of na de menopauze. De kaart is bedoeld om u te helpen nadenken over wat voor u belangrijk is en om het gesprek met uw behandelend arts te ondersteunen. Samen met uw arts kunt u de opties bespreken en een keuze maken die het beste bij u past. De keuzekaart vervangt geen persoonlijk medisch advies.

BEHANDEL OPTIE	Wat zijn de mogelijke voordelen?	Wat zijn de mogelijke nadelen?	Wat zijn de mogelijke bijwerkingen? *	Wanneer is het niet geschikt?	Hoe werkt het?
Vaginale bevochtigers	Kan gecombineerd worden met andere behandeling. Vermindering van pijn bij vrijen en vermindering van jeuk.	Klachten komen snel terug na stoppen van de behandeling. Geen invloed op andere menopauzale klachten.	Lokale irritatie, allergische reacties.	Iedereen mag het gebruiken.	Vaginale applicatie naargelang klachten, mag dagelijks gebruikt worden.
Lage dosis vaginale oestrogenen	Geen progestageen nodig. Het risico op bijwerkingen is lager dan bij orale of transdermale hormonen. Vermindering van: pijn bij vrijen en bij het plassen, urineweginfecties, jeuk en branderig gevoel.	Geen invloed op andere menopauzale klachten.	Lokale irritatie, allergische reacties.	Geschikt voor veel vrouwen. Opletten bij genitale kankers die hormoongevoelig zijn, klontervorming, hartaanval, beroerte, leverziekte of spontane vaginale bloeding.	Eerst twee tot vier weken dagelijks, daarna 2x per week. Verkrijgbaar in crème, gel of tablet.
Orale oestrogenen	Ook effect op andere menopauzale klachten. Vermindering van: pijn bij vrijen en bij het plassen, urineweginfecties, jeuk en branderig gevoel.	Verhoogd risico* op klontervorming en beroerte. Toediening zonder progestageen zorgt voor verhoogd risico op opgroeiend baarmoederslijmvlies en baarmoederkanker. Gegevens omtrent borstkanker zijn niet eenduidig, eerder klein risico.	Lichte tussentijdse bloeding, hoofdpijn, pijnlijke borsten en maag-darmklachten.	Geschikt voor veel vrouwen. Opletten bij kanker die groeit door hormonen (zoals sommige borstkankers), klontervorming, hartaanval, beroerte, leverziekte of spontane vaginale bloeding.	Orale inname van oestrogeen eenmaal per dag. Te combineren met orale inname progestageen (tenzij u een hormoonspiraal van minder dan 5 jaar hebt of u geen baarmoeder hebt en niet gekend bent met endometriose)

* risico te bespreken met uw behandelend arts

KU LEUVEN

KEUZEKAART: Vaginale droogte (atrofie) tijdens en na de menopauze.

	Wat zijn de mogelijke voordelen?	Wat zijn de mogelijke nadelen?	Wat zijn de mogelijke bijwerkingen? *	Wanneer is het niet geschikt?	Hoe werkt het?
Transdermale oestrogenen	Ook effect op andere menopauzale klachten. Vermindering van: pijn bij vrijen en bij het plassen, urineweginfecties, jeuk en branderig gevoel. Geen verhoogd risico op klontervorming of beroerte.	Toediening zonder progestageen zorgt voor verhoogd risico* op opgroeiend baarmoederslijmvlies en baarmoederkanker. Gegevens omtrent borstkanker zijn niet eenduidig, eerder klein risico.	Lokale irritatie, allergische reacties, lichte tussentijdse bloedingen, hoofdpijn, pijnlijke borsten en maag-darmklachten.	Geschikt voor veel vrouwen. Opletten bij kanker die groeit door hormonen (zoals sommige borstkankers), hartaanval, leverziekte of spontane vaginale bloeding.	Afhankelijk van gekozen product 1x/week tot 3x/dag. Bestaat in spray, pleisters of gel. Te combineren met orale inname progestageen. (tenzij u een hormoonspiraal van minder dan 5 jaar hebt of u geen baarmoeder hebt en niet gekend bent met endometriose)
Lasertherapie	Vermindering van: pijn bij vrijen, jeuk, branderigheid, vaginale afscheiding, incontinentie.	Geen invloed op andere menopauzale klachten. Duurder. Niet overal beschikbaar. Onduidelijk hoeveel sessies nodig zijn, herhaling is soms aangewezen.	Bijwerkingen zijn vaak kortdurend: lokale irritatie, branderig gevoel, vaginale bloeding en jeuk.	Iedereen mag het gebruiken.	Behandeling wordt uitgevoerd in gespecialiseerde centra. 1 tot 5 sessies.
Plantaardige therapie/ fyto-oestrogenen	Heel veel verschillende soorten preparaten waarvan de resultaten wisselend zijn.	Duurder, niet altijd bewezen effectief.	Geen gekende bijwerkingen. Mogelijks interactie met andere geneesmiddelen.	Iedereen mag het gebruiken.	Orale inname, hoeveelheid verschillend per exact product.
Levensstijl-adviezen	Iedereen mag het gebruiken.	Geen invloed op andere menopauzale klachten. Beperkte bewijskracht.	Geen gekende bijwerkingen.	Iedereen mag het gebruiken.	Wassen zonder zeep, dragen van katoenen onderbroeken, inzetten op voorspel, etc.

* risico te bespreken met uw behandelend arts