Een richtlijn zegt ja of nee. Een balans zegt hoeveel.

DR. PHILIPPE ELST · 22 NOVEMBER 2026

1,46
Hazardratio voor herval met hormoontherapie na borstkanker

5 → 7,2 %
Herval binnen zeven jaar bij laag risico, zonder en met

0,99
Hazardratio voor totale sterfte na 18 jaar in het Women's Health Initiative

Richtlijnen over hormoontherapie beantwoorden één vraag: mag het? De HST-balans, het rekenmodel dat ik voor de Menopauzekliniek bouwde, stelt een andere: wat gebeurt er met honderd vrouwen zoals u, met en zonder hormonen, over de rest van hun leven? Wie de cijfers zo naast elkaar legt, komt soms tot een ander besluit dan de formele contra-indicatie doet verwachten.

Wie borstkanker heeft gehad, krijgt geen hormonen. Dat is de regel die elke arts kent en die in de bijsluiter staat.

De regel is niet uit de lucht gegrepen. In een meta-analyse van vier gerandomiseerde studies bij 4.050 vrouwen na borstkanker lag het risico op herval met hormoontherapie (HST) 46 procent hoger dan zonder (1).

Toch verscheen in januari 2026 in het vakblad Menopause een consensustekst van een panel van 25 leden, met menopauzespecialisten, oncologen, borstchirurgen en patiëntvertegenwoordigers (2). Hun besluit: een vrouw met een borstkanker van laag tot matig risico en ernstige klachten kan er redelijkerwijs voor kiezen een hoger hervalrisico te aanvaarden in ruil voor levenskwaliteit. The Menopause Society blijft terughoudender: systemische hormoontherapie na borstkanker wordt niet aanbevolen, op zeldzame uitzonderingen na, en dan na gedeelde besluitvorming (3).

Beide lezen dezelfde studies.

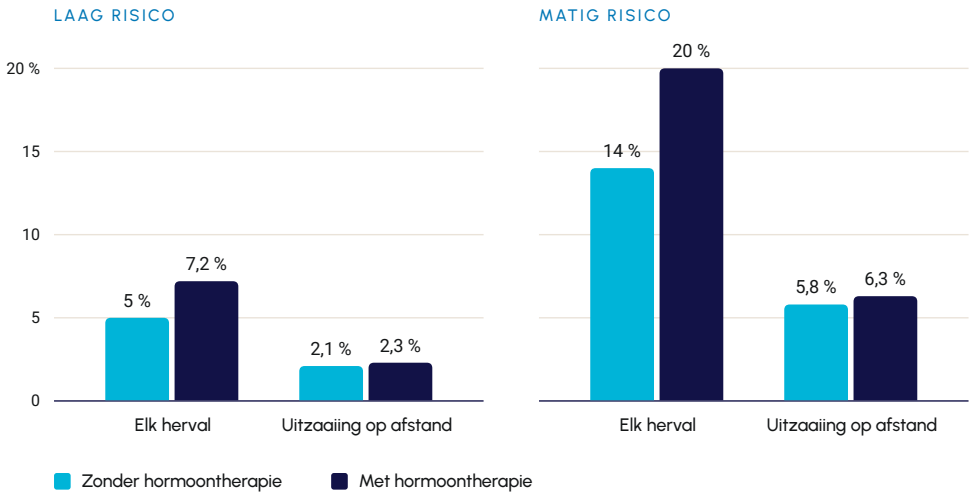
Het verschil zit in de vraag die ze stellen.

+ Een relatief risico is geen risico

46 procent hoger klinkt als bijna de helft meer kans. Maar 46 procent van wat? Een hazardratio is een vermenigvuldiger.

> Een hazardratio zegt hoe sterk een risico toeneemt. Ze zegt niet hoe groot het was.

Het panel rekende het uit met de gegevens van twee gerandomiseerde studies, HABITS en de Stockholm-studie (2). Bij een tumor met laag risico stijgt de kans op herval binnen zeven jaar van 5 naar 7,2 procent. De kans op uitzaaiingen op afstand, het herval dat levens kost, gaat van 2,1 naar 2,3 procent. Bij matig risico wordt dat 14 naar 20 procent, en 5,8 naar 6,3 procent. Het grootste deel van het extra risico is lokaal herval of een nieuwe tumor in de borst. Het weegt vooral in de eerste vijf tot tien jaar en bij hormoongevoelige tumoren.



Figuur 1. Kans op herval binnen zeven jaar na borstkanker, zonder en met hormoontherapie. Cijfers van het expertenpanel, berekend uit de studies HABITS en Stockholm (2).

Dezelfde contra-indicatie dekt dus heel verschillende risico's.

Daarom begint de HST-balans niet bij de hormonen maar bij de tumor. Ze berekent eerst het basisrisico met PREDICT, het gevalideerde model dat uit leeftijd, tumorgrootte, klieren, graad en receptoren de kans schat om aan de borstkanker te overlijden. Pas daarna komt de vermenigvuldiger.

+ De borst is één post op de balans

In Vlaanderen stierf in 2023 een kwart van de vrouwen, 25,2 procent, aan hart- en vaatziekten. Alle kankers samen waren goed voor 22,7 procent (4). Wie alleen het borstrisico telt, leest één regel van een boekhouding en noemt dat het resultaat.

De grootste gerandomiseerde studie, het Women's Health Initiative, toont wat er gebeurt als u alles optelt. Oestrogeen met een synthetisch progestageen gaf meer borstkanker: 28 procent meer diagnoses over twintig jaar (5). Maar na achttien jaar was de totale sterfte 27,1 procent in de hormoongroep en 27,6 procent in de placebogroep (6).

Geen verschil.

Hormoontherapie verlengt het leven dus niet aantoonbaar. Ze verkort het evenmin. Wat ze aan de ene kant kost, wint ze elders terug. Eén van die plaatsen is het bot. Oestrogeen remt de cellen die bot afbreken, en in dezelfde studie daalde het aantal fracturen met ongeveer een kwart (7). Dat telt: in de eerste drie maanden na een heupfractuur is de sterfte bij vrouwen bijna zes keer hoger dan bij leeftijdsgenoten zonder fractuur (8).

De HST-balans telt daarom alle posten: borstkanker, hart en vaten, beroerte, trombose, fracturen, dementie, kanker van darm en baarmoeder, en de gewone sterfte volgens de Belgische sterftetafels.

+ Welk hormoon, langs welke weg

De vrouwen in het Women's Health Initiative slikten paardenoestrogenen met medroxyprogesteron. Mijn referentie is een ander schema: oestradiol door de huid met gemicroniseerd progesteron.

Het verschil is mechanistisch. Een geslikt oestrogeen passeert eerst de lever en zet die aan tot de aanmaak van stollingsfactoren. Oestradiol door de huid omzeilt die eerste passage. In een Britse studie bij ruim 80.000 vrouwen met een trombose ging orale hormoontherapie samen met 58 procent meer trombose, transdermale met geen verhoging (9). In de Franse E3N-cohorte was oestrogeen met progesteron niet geassocieerd met meer borstkanker, oestrogeen met andere progestagenen wel (10).

Dat zijn associaties, geen bewijs van oorzaak. En er is een tegenstem. De grote Lancet-analyse van 2019 vond voor elke vorm behalve de vaginale een verhoogd borstkankerrisico: ongeveer twee extra diagnoses per honderd vrouwen over twintig jaar, na vijf jaar oestrogeen met dagelijks progestageen (11). De HST-balans rekent daarom voor de sterfte buiten de borst telkens met twee aannames naast elkaar: wat observationele studies suggereren, en een voorzichtige.

+ Levenskwaliteit staat mee op de balans

Frequente opvliegers duren mediaan 7,4 jaar. Bij vrouwen bij wie ze al voor de menopauze beginnen, is dat meer dan 11,8 jaar (12). Dat is geen ongemak van één seizoen.

De balans drukt dat uit in kwaliteitsjaren: een jaar in volle gezondheid telt als één, een jaar met ernstige klachten als minder. De patiënte kan daarvoor zelf een korte

gevalideerde vragenlijst invullen, de EQ-5D-5L. Het resultaat staat naast de levensjaren, niet in de plaats ervan. Zo ziet zij zelf wat zij wint en wat zij riskeert. In mijn spreekuur hoor ik vaak dat levenskwaliteit zwaarder weegt dan een klein verschil in levensjaren. Dat is ervaring, geen bewijs. En het is haar afweging, niet de mijne.

+ Wat er niet uit volgt

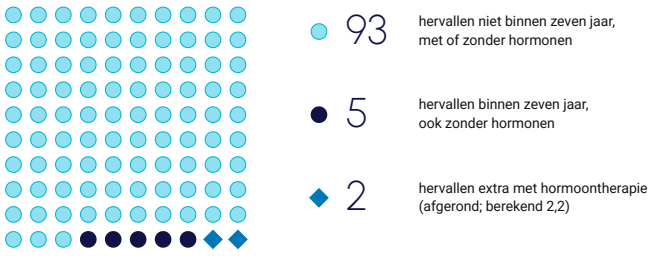
De HST-balans is een rekenmodel. Haar bouwstenen zijn gevalideerd, maar de afweging zelf is niet getoetst aan uitkomsten bij echte patiënten. De studies na borstkanker zijn weinig talrijk en gebruikten oudere schema's. Voor oestradiol door de huid met progesteron bestaan na borstkanker geen gerandomiseerde gegevens. Het panel vraagt daarom zelf om een nieuwe studie (2).

De balans is ook geen pleidooi voor hormonen. Ze rekent in beide richtingen. Bij een hoog hervalrisico, of kort na de diagnose van een hormoongevoelige tumor, toont dezelfde rekensom waarom het antwoord neen blijft. Ook zonder borstkanker en zonder één formele contra-indicatie kan ze negatief uitvallen: in het Women's Health Initiative deden vrouwen van 50 tot 59 jaar het tijdens de behandeling duidelijk beter dan vrouwen van 70 tot 79 jaar (6). En hormoontherapie na borstkanker is gebruik buiten de registratie. Die beslissing neemt u nooit zonder uw oncoloog.

+ Van mag het naar hoeveel

De echte vraag is dus niet of er een contra-indicatie bestaat, maar hoe groot het risico is voor deze vrouw, en wat ertegenover staat.

In de Menopauzekliniek leg ik bij een moeilijke afweging de balans naast de richtlijn. De patiënte ziet honderd figuurtjes: hoeveel vrouwen zoals zij er baat bij hebben, hoeveel er hoe dan ook hervallen, hoeveel door de hormonen. Daarna beslissen we samen.



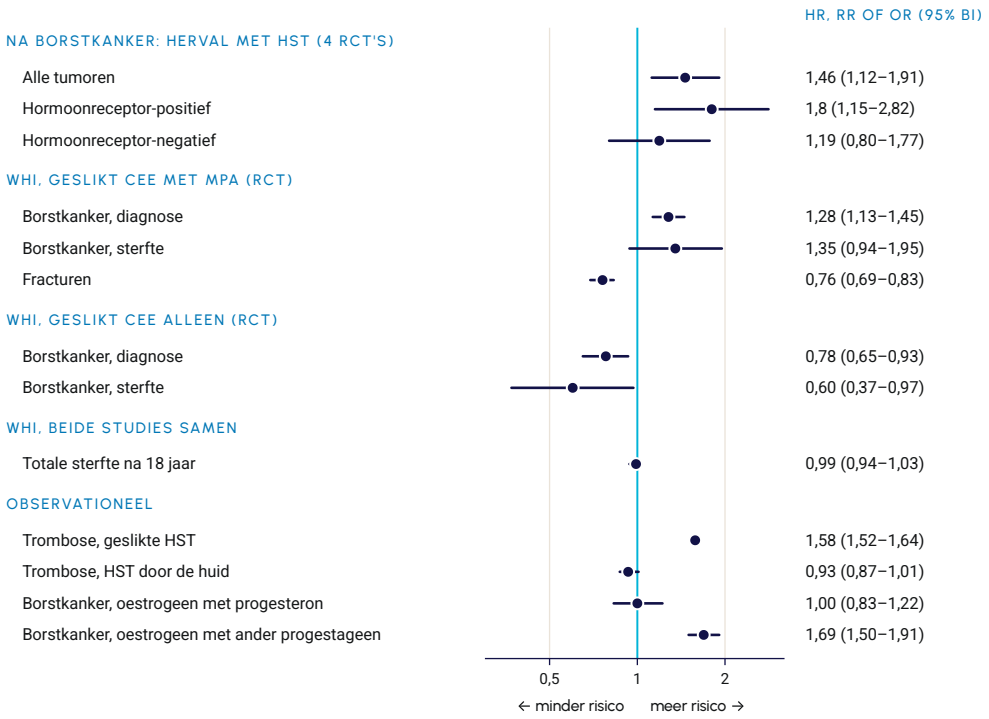
Figuur 2. Honderd vrouwen met een borstkanker van laag risico, zeven jaar later. Zo toont de HST-balans een afweging aan de patiënte. Cijfers uit (2), afgerond.

Een richtlijn zegt wat voor de meeste vrouwen veilig is.

Een balans toont wat er voor u op het spel staat.

VOOR DE COLLEGA

- HST na borstkanker, meta-analyse van 4 RCT's (n = 4.050): herval HR 1,46 (95% BI 1,12 tot 1,91); hormoonreceptor-positief HR 1,8 (1,15 tot 2,82); hormoonreceptor-negatief HR 1,19 (0,80 tot 1,77).
- WHI, 18 jaar: totale sterfte HR 0,99 (0,94 tot 1,03); CEE met MPA 1,02 (0,96 tot 1,08); CEE alleen 0,94 (0,88 tot 1,01). Borstkanker na 20 jaar: CEE met MPA incidentie HR 1,28 (1,13 tot 1,45), sterfte HR 1,35 (0,94 tot 1,95); CEE alleen incidentie HR 0,78 (0,65 tot 0,93), sterfte HR 0,60 (0,37 tot 0,97).
- E3N: oestrogeen met progesteron RR 1,00 (0,83 tot 1,22); met andere progestagenen RR 1,69 (1,50 tot 1,91). Veneuze trombo-embolie: transdermaal OR 0,93 (0,87 tot 1,01), oraal OR 1,58 (1,52 tot 1,64).
- Fracturen in WHI (CEE met MPA): HR 0,76 (0,69 tot 0,83). Sterfte in de eerste 3 maanden na heupfractuur bij vrouwen: relatieve hazard 5,75 (4,94 tot 6,67).
- Rekenmodel HST-balans: PREDICT Breast v3.2, SCORE2 en SCORE2-OP, Gail, FRAX, sterftetafel Statbel 2023, EQ-5D-5L met de Belgische waardenset. Uitkomst in levensjaren en kwaliteitsjaren, met omslagpunt voor de hazardratio. De afweging zelf is niet gevalideerd tegen klinische uitkomsten.



Figuur 3. De relatieve risico's uit de aangehaalde studies, met 95% betrouwbaarheidsinterval, op een logaritmische schaal. Bronnen: 1, 5, 6, 7, 9 en 10. CEE: geconjugeerde paardenoestrogenen. MPA: medroxyprogesteronacetaat.

BRONNEN

1. Poggio F, et al. Safety of systemic hormone replacement therapy in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. Breast Cancer Research and Treatment, 2022.
2. Glynne S, et al. Menopausal hormone therapy for breast cancer patients: what is the current evidence? Menopause, 2026.
3. The Menopause Society. Statement on misinformation surrounding hormone therapy. 2024.
4. Statistiek Vlaanderen. Doodsoorzaken, cijfers 2023.
5. Chlebowski RT, et al. Association of menopausal hormone therapy with breast cancer incidence and mortality during long-term follow-up of the Women's Health Initiative randomized clinical trials. JAMA, 2020.
6. Manson JE, et al. Menopausal hormone therapy and long-term all-cause and cause-specific mortality: the Women's Health Initiative randomized trials. JAMA, 2017.
7. Cauley JA, et al. Effects of estrogen plus progestin on risk of fracture and bone mineral density: the Women's Health Initiative randomized trial. JAMA, 2003.
8. Haentjens P, et al. Meta-analysis: excess mortality after hip fracture among older women and men. Annals of Internal Medicine, 2010.
9. Vinogradova Y, et al. Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. BMJ, 2019.
10. Fournier A, et al. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. Breast Cancer Research and Treatment, 2008.
11. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. The Lancet, 2019.
12. Avis NE, et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. JAMA Internal Medicine, 2015.

Dr. Philippe Elst schrijft deze blog in eigen naam. Dit artikel geeft algemene informatie en vervangt geen consultatie.