



## **i** Lokale anticonceptiva

Anticonceptiva worden verdeeld in systemisch werkende (hormonaal) en lokale anticonceptiva. Voor de orale hormonale anticonceptiva zie [Anticonceptiva \(/bladeren-volgens-boek/inleidingen/inl-anticonceptiva\)](#). Onder lokale medicamenteuze anticonceptiva worden begrepen de spermaticide middelen en de IUD's (Intra Uterine Device).

### 1. Eigenschappen geneesmiddelen

Spermaticide middelen bevatten stoffen (zoals kwikverbindingen of melkzuur) die, vaginaal toegepast, beogen spermatozoa te doden. De betrouwbaarheid van deze middelen is gering. Zij komen hoogstens als adjuvans bij mechanische anticonceptie in aanmerking. Irritatie van vulva en penis en verstoring van de vaginale flora zijn de meest voorkomende bijwerkingen. Kwikbevattende middelen hebben als nadeel dat zij milieuverontreinigend zijn. Geen van de spermaticide middelen is als geneesmiddel geregistreerd.

IUD's kunnen worden onderscheiden in inerte en bioactieve. Aan deze laatste zijn koper of hormonen (bv. progestageen) toegevoegd, waardoor de betrouwbaarheid toeneemt. Mede daardoor zijn IUD's met een kleiner formaat toepasbaar, waardoor er minder klachten en bijwerkingen bij het gebruik van het IUD optreden.

In de tabel [Lokale anticonceptiva, Koperhoudende IUD's \(/bladeren-volgens-boek/inleidingen/inl-lokale-anticonceptiva#09002b67808adcff\)](#) zijn de in Nederland beschikbare koperhoudende IUD's weergegeven.

Tabel 1 : **Koperhoudende IUD's**

<b>Type IUD</b>	<b>Lengte (mm)</b>	<b>Koperoppervlak (mm<sup>2</sup>)</b>	<b>Bijzonderheid</b>
Flexi-T 300	28	300	
Flexi-T plus 300	32	300	
Flexi-T plus 380	32	380	
Gynefix	20	220	zonder frame
Multi-Safe Cu 375	34,8	375	
Multi-Safe Cu 375 short	29,4	375	
T-Safe Cu 380A	36	380	

De koperhoudende IUD's zijn geregistreerd als medisch hulpmiddel en niet als geneesmiddel. Daarom worden de preparaatteksten van de koperhoudende IUD's niet meer opgenomen in het Kompas. Aan de IUD's met een frame is bariumsulfaat toegevoegd voor röntgenherkenning.

De huidige beschikbare IUD's veroorzaken een steriele asymptotische ontsteking (vreemdlichaamreactie) in het endometrium en deels ook in de tuba. Hierdoor wordt de nidatie van de bevruchte eicel verhinderd. Koper vergroot de betrouwbaarheid van het IUD door versterking van de ontstekingsreactie. Bovendien blijken de koper-ionen een manifest cytotoxisch dan wel immobiliserend effect te hebben op zaadcellen. Het koper verstoort eveneens enzymatische processen in het endometrium, waardoor de normale uitrijping van het endometrium wordt verhinderd. IUD's met een groter koperoppervlak hebben een aangetoond sterker anticonceptief effect dan IUD's met een kleiner koperoppervlak. In hoeverre het in versterkte mate vrijkomen van prostaglandinen in de uterus bijdraagt aan het anticonceptieve effect, is nog onduidelijk.

De *werkingsduur* van koperhoudende IUD's bedraagt 5 tot 10 jaar. De T-Safe is als enige voor 10 jaar geregistreerd. De verblijfsduur van de andere typen koperspiralen is maximaal 5 jaar, vanwege onvoldoende gegevens over de betrouwbaarheid na 5 jaar.

De *betrouwbaarheid* van het koperhoudend IUD is groot. De effectiviteit van anticonceptiva wordt doorgaans weergegeven met een cumulatief zwangerschapscijfer, berekend uit het aantal onbedoelde zwangerschappen per 100 vrouwen na ieder gebruiksjaar (levenstabel-analyse). Het aantal zwangerschappen voor de koperhoudende IUD's bedraagt 0,1–1,0 per 100 gebruiksters in het eerste gebruiksjaar. Er zijn geen grote verschillen in betrouwbaarheid tussen de op de markt zijnde koperspiraaltjes met een oppervlak van meer dan 300 mm<sup>2</sup> koper. Van de koperspiraaltjes gaat de voorkeur van het NHG uit naar de T-Safe Cu 380A.

Het progestageenbevattend IUD (Mirena<sup>®</sup>) geeft gedurende vijf jaar gemiddeld circa 12 microg levonorgestrel per 24 uur af. De anticonceptieve werking berust op lokale effecten. Het veroorzaakt o.a. atrofie van het endometrium. Dit voorkomt innesteling van de bevruchte eicel, maar remt ook de migratie van het sperma naar de baarmoeder en eileiders. Daarnaast veroorzaakt het gebruik van levonorgestrel dik en taai cervixslijm, waardoor dit ondoordringbaar voor spermatozoa wordt. De meeste vrouwen blijven tijdens het gebruik van het hormoonspiraaltje wel ovuleren. In enkele studies was het zwangerschapscijfer in het eerste gebruiksjaar 0,1–0,2%. Vergelijkende onderzoeken met orale anticonceptiva zijn, voor zover bekend, niet verricht. De werkingduur van het hormoonhoudende spiraaltje is vijf jaar.

## 2. Indicaties

IUD's worden toegepast voor intra-uteriene anticonceptie.

Het *levonorgestrelbevattende IUD* is geregistreerd voor anticonceptie, voor de behandeling van toegenomen menstrueel bloedverlies of menorrhagie en ook als progestageenadjuvans ter preventie van endometriumhyperplasie tijdens oestrogeentherapie in de peri- en postmenopauze. Het koperhoudend IUD is tevens geregistreerd voor gebruik als post-coïtum-interceptivum (noodanticonceptie).

### 3. Contra-indicaties

Absolute contra-indicaties voor het plaatsen van een spiraaltje zijn zwangerschap, vaginaal bloedverlies waarvan de oorzaak (nog) niet bekend is, actieve infecties en maligne aandoeningen van de genitalia interna, anatomische afwijkingen of grote en/of talrijke uterusfibromyomen van de cervix of uterus die de uterusholte blokkeren of misvormen. Voor het koperspiraaltje vormt koperallergie voorts een absolute contra-indicatie; voor het hormoonhoudende spiraaltje actieve diepveneuze trombose en longembolie, mammacarcinoom en bij acute leverziekten of levertumoren.

Een relatieve contra-indicatie vormt plaatsing van een spiraaltje binnen 6 weken postpartum (i.v.m. meer kans op expulsie en perforatie).

Daarnaast vormen voor het koperspiraaltje gebruik van bloedverdunners en een stoornis in het kopermetabolisme (M Wilson) relatieve contra-indicaties, terwijl voor het hormoonspiraaltje het optreden van ischemische hartziekte of migraine met focale symptomen tijdens gebruik en aids relatieve contra-indicaties vormen.

### 4. Bijwerkingen

Door de aanwezigheid van een koperhoudend IUD worden de menstruaties gewoonlijk heviger, langduriger en pijnlijker. Dit geldt vooral voor de eerste drie cycli. Het levonorgestrelbevattende IUD veroorzaakt gewoonlijk binnen drie maanden een duidelijke vermindering van de menstruele bloedingen. Bij sommige vrouwen blijven de menstruaties geheel uit (tot ca. 30%). Dit leidt enerzijds nogal eens tot verwijdering van het IUD in verband met onzekerheid over een eventuele zwangerschap, anderzijds tot gebruik door vrouwen met menorrhagieën. Verder dient in een enkel geval bij het progestageenhoudende IUD rekening te worden gehouden met bijwerkingen door de systemische hormonale effecten zoals depressie, hoofdpijn, acne, gewichtsveranderingen en pijnlijke borsten. Daarnaast kan de incidentie van ovariumcysten (meestal asymptomatisch) toenemen. Deze verdwijnen vrijwel altijd spontaan.

De eerste drie weken na plaatsing van het IUD is er meer kans op infectie (PID = Pelvic Inflammatory Disease). Dit is gerelateerd aan het plaatsen en de aanwezigheid van een seksueel overdraagbare aandoening (SOA). Bij meer kans op een SOA dient men vóór plaatsing een infectie uit te sluiten. Voor routinematige antibioticumprofylaxe ter preventie van PID bestaat geen bewijs.

Bij het plaatsen van een IUD bestaat weinig kans op perforatie. De incidentie ligt tussen de 0,0 en 2,6 per 1000 inserties per jaar. Soms treedt er pijn of bloedverlies op, maar het kan ook symptomeloos verlopen. Binnen zes weken post partum is er meer kans op, evenals tijdens het geven van borstvoeding.

Omdat IUD's vrijwel alleen beschermen tegen zwangerschap in de baarmoeder, is er bij het optreden van een zwangerschap bij een vrouw met een IUD meer kans dat het om een buitenbaarmoederlijke zwangerschap gaat. De kans op het ontstaan van extra-uteriene zwangerschappen is bij draagsters van een IUD overigens heel klein; zelfs kleiner dan zonder anticonceptie.

## 5. Interacties

Er zijn aanwijzingen dat de werking van het koperspiraaltje verminderd wordt door langdurig gebruik van NSAID's, immunosuppressiva en oncolytica. Overtuigend bewijs ontbreekt echter.

Bij het hormoonspiraaltje kan sint-janskruid mogelijk de werking gedurende 2 weken na inname verminderen door enzyminductie. Waarschijnlijk wordt de werking niet beïnvloed door enzyminductoren zoals anti-epileptica, rifampicine en anti-retrovirale middelen. Dit is echter niet onderzocht. De systemische resorptie van levonorgestrel is echter niet groot; het anticonceptieve effect wordt voornamelijk lokaal bepaald.

## 6. Behandeling

Na afweging van de voor- en nadelen kan de vrouw in overleg met de huisarts een keuze maken voor een koper- of hormoonspiraaltje. Belangrijk daarbij is dat er weinig verschil is in betrouwbaarheid tussen beide type spiraaltjes, maar wel een verschil in de invloed op het menstruatiepatroon. Bij het koperspiraaltje wordt de menstruatie meestal wat heviger en langer. Bij het hormoonspiraaltje treedt met name tijdens de eerste drie maanden onregelmatig vaginaal bloedverlies op, na verloop van tijd wordt de menstruatie minder en blijft soms helemaal weg.

Plaatsing binnen 7 dagen na de eerste dag van de menstruatie is het meest praktisch, omdat zwangerschap dan uitgesloten is en het spiraaltje direct zwangerschap voorkomt. Het spiraaltje kan op ieder moment van de cyclus worden geplaatst, maar dan dient zwangerschap vóór plaatsing te worden uitgesloten. Na een bevalling wordt in verband met de toegenomen kans op expulsie en mogelijk ook perforatie van de uterus, minimaal zes weken gewacht met plaatsing. Na een abortus in het eerste en tweede trimester kan direct een spiraaltje worden geplaatst. De kans op expulsie lijkt iets groter met name in het tweede trimester.

Veel voorkomende reacties bij plaatsing zijn buikpijn en flauwvallen, soms met tonische-klonische krampen. Tevens kan bradycardie optreden. De buikpijn is meestal van korte duur en vormt geen reden de plaatsing te onderbreken. Eventueel kan een uur voorafgaande aan de insertie pijnmedicatie (ibuprofen of bij contra-indicatie paracetamol) worden gegeven voor de pijn die de eerste uren na plaatsing kan optreden. Na plaatsing dient de vrouw enige minuten te blijven liggen, omdat een eventuele vasovagale collaps (0,2%) of een epileptische aanval dan wel bradycardie (1,8%) meestal kort na het inbrengen optreedt.

Controle door de huisarts vindt plaats in aansluiting op de eerste menstruatie na het inbrengen van het IUD. Het is van belang dat de draagster regelmatig zelf controleert of de draadjes van het IUD nog te voelen zijn en of (een deel van) het IUD niet voelbaar is, omdat (gedeeltelijke) uitdrijving van het IUD ongemerkt kan optreden. Er is hierop weinig kans (< 5%). De meeste kans op expulsie lijkt in het eerste jaar na plaatsing te zijn. Het kan symptomeloos verlopen of soms gepaard gaan met klachten van 'spotting' en pijn in de onderbuik. Het kan het gevolg zijn van onvoldoende diepe plaatsing of een discrepantie tussen de afmeting van uterus en spiraal. Wanneer de draadjes van het IUD niet zichtbaar zijn wordt echografisch nagegaan of het spiraaltje nog wel in situ is.

Bij vervanging van het IUD kan onmiddellijk na verwijdering van het oude een nieuw worden geplaatst. Indien wordt gewacht, dient te worden gewezen op de eventuele noodzaak van andere anticonceptie. Bij vrouwen ouder dan 50 jaar kan het koperspiraaltje een jaar na de laatste menstruatie worden verwijderd, bij vrouwen jonger dan 50 jaar wordt geadviseerd het koperspiraaltje te laten zitten tot twee jaar na de laatste menstruatie.

Bij buikklasten en menstruatiestoornissen de diagnose uterusperforatie overwegen. Directe controle is nodig bij progressieve pijnklachten, abnormaal of veranderd vaginaal bloedverlies of bij vermoeden van een infectie.

De belangrijkste redenen voor het laten verwijderen van een koperspiraaltje zijn overvloedig bloedverlies en/of pijn, voor een hormoonspiraaltje amenorroe, maar ook bloedverlies en/of pijn.

Na het verwijderen van een koper- of hormoonspiraaltje blijkt er nauwelijks verschil te zijn in het herstel van de

fertiliteit. De gemiddelde tijd dat het duurde voor een vrouw zwanger werd, was vier maanden na gebruik van het hormoonspiraaltje en drie maanden na gebruik van het koperspiraaltje.

Het koperhoudende IUD wordt ook toegepast als post-coïtum-interceptivum. De werking berust voor een belangrijk deel op het voorkomen van innesteling. Een in de tuba bevruchte eicel komt circa zes dagen na de bevruchting in de uterusholte aan. Insertie tot vijf dagen na de coïtus verkleint de kans op een doorgaande zwangerschap. Bij 0,2–1% van de vrouwen treedt alsnog een zwangerschap op. Bij meer kans op een SOA-infectie wordt een antibioticum gegeven vanaf een uur voor de plaatsing (eenmalig 1 g azitromycine, evt. 100 mg doxycycline 2 dd gedurende 7 dagen). Een kweek dient achteraf uitsluitsel te geven. Omdat niet geheel duidelijk is hoe snel de anticonceptieve werking van het levonorgestrelbevattend IUD begint, is het ongeschikt voor deze indicatie.

## 6.1 Zwangerschap/Lactatie

Indien zwangerschap optreedt tijdens IUD-gebruik, wordt geadviseerd het spiraaltje te verwijderen, tenzij de draadjes niet meer zichtbaar zijn. Bij vrouwen die de zwangerschap wensen te behouden vermindert verwijdering de kans op een vroegtijdige beëindiging van de zwangerschap en op sepsis (vooral in het tweede zwangerschapstrimester). Kort na verwijdering van het spiraaltje is er meer kans op abortus, maar minder dan bij het in situ laten. De kans op afwijkingen bij de foetus is niet vermeerderd bij het koperhoudende IUD. Bij het levonorgestrelbevattende IUD kan op theoretische gronden teratogeniteit (m.n. virilisatie) door de plaatselijke blootstelling aan levonorgestrel niet worden uitgesloten. Het IUD wordt meestal met de nageboorte uitgedreven. Indien buikklachten met koorts optreden tijdens een zwangerschap waarbij een IUD in situ is, moet onmiddellijk controle plaatsvinden op eventuele intra-uteriene infectie.

Tijdens het gebruik van een hormoonspiraaltje kan borstvoeding worden gegeven. Dit heeft geen negatieve invloed op de ontwikkeling en groei van de pasgeborene.

## 7. Aanwijzingen voor het maken van een keuze

Lokale anticonceptiva bevatten zowel koper als levonorgestrel. Deze laatste bevatten weliswaar een hormoon, maar de anticonceptieve werking berust voornamelijk op lokale effecten. Bij gebruik van het levonorgestrelbevattende IUD is gemiddeld 75–85% van de cycli ovulatoir, bij gebruik van de orale hormonale combinatiepreparaten wordt de normale ovulatiecyclus volledig verstoord. De betrouwbaarheid van het levonorgestrelbevattende IUD is vergelijkbaar, tot beter dan, van de hooggradige koperhoudende IUD's. Het levonorgestrelbevattende IUD kan soms systemische hormonale bijwerkingen veroorzaken. Tevens veroorzaakt het binnen drie maanden een duidelijke vermindering van de menstruele bloedingen door atrofie van het endometrium. In dit opzicht heeft het levonorgestrelbevattende IUD als anticonceptivum een voordeel voor een subgroep van vrouwen met versterkt menstrueel bloedverlies. Bij gebruik van het koperhoudende IUD kunnen de menstruaties juist heviger en pijnlijker worden. Menorragie vormt voor het koperhoudende IUD een relatieve contra-indicatie en voor het levonorgestrel-bevattende IUD een indicatie. Bij circa eenderde van de vrouwen treedt amenorroe op bij gebruik van het IUD dat levonorgestrel bevat. Dit kan onzekerheid geven over een eventuele zwangerschap en reden vormen het IUD te verwijderen.

## Aanbevolen literatuur

- NHG–Standaard Anticonceptie. *Huisarts Wet* 2011;54:652-76.