

Een mislukte IUD-insertie na endometriumablatie

Marjan van den Hove, Toine Lagro-Janssen

Na endometriumablatie voor hevig menstrueel bloedverlies blijft anticonceptie noodzakelijk, ook bij het ontstaan van amenorroe. Plaatsing van een intra-uterine device (IUD) is soms onmogelijk doordat na de ablatie adhesies kunnen ontstaan. Huisartsen kunnen vrouwen hierover informeren in het anticonceptieadviesgesprek. IUD-plaatsing tijdens de ablatieprocedure lijkt een goede optie, maar vereist verder onderzoek.

ENDOMETRIUMABLATIE EN ANTICONCEPTIE

Hevig menstrueel bloedverlies (HMB) is een veelvoorkomende klacht in de huisartsenpraktijk. De incidentie van HMB in de huisartsenpraktijk is het hoogst bij vrouwen tussen 45 en 49 jaar, met 16 per 1000 vrouwen per jaar. Bij de behandeling van essentieel HMB heeft de huisarts, in overleg met de vrouw, de keuze tussen niet-hormonale opties (NSAID's, tranexaminezuur) of hormonale therapie (orale anticonceptie, een hormoonhoudende spiraal). Wanneer het effect van conservatieve behandeling uitblijft, of als de patiënte dat wenst, kan de huisarts verwijzen voor een endometriumablatie.¹⁻³ Bij deze procedure wordt het endometriumoppervlak vernietigd, waardoor er geen cyclische groei meer kan plaatsvinden en menstruaties fors afnemen of uitblijven. Zwangerschap is na ablatie niet uitgesloten en gaat gepaard met grote risico's. Het gebruik van anticonceptie blijft daarom noodzakelijk. Gezien het frequente voorkomen van HMB en de populariteit van ablatie kan de huisarts vragen van de patiënte krijgen of na de ingreep met problemen worden geconfronteerd.

BESCHOUWING

In de praktijk blijkt bij een ablatie niet het volledige endometriumoppervlak te worden verwijderd, maar blijven er

CASUS

De 41-jarige mevrouw Goossens heeft in 2016 een endometriumablatie [Novasure®] ondergaan vanwege HMB, dat met een Mirena-spiraal onvoldoende onder controle was. Het afgelopen jaar heeft ze niet meer gemenstrueerd. Op advies van de gynaecoloog slikt ze de pil. Ze vergeet die echter vaak te nemen, heeft stemmingswisselingen en denkt dat ze vanwege de amenorroe niet zwanger kan worden. Nadat de huisarts heeft uitgelegd dat die kans klein, maar wel aanwezig is, kiest ze voor een levonorgestrelhoudend spiraal op basis van eerdere goede ervaringen hiermee. Op het moment van plaatsing lijkt de portio bij het sonderen niet doorgankelijk. De huisarts vermoedt dat de eerdere ablatie verklevingen heeft veroorzaakt die de spiraalplaatsing bemoeilijken en bespreekt met de patiënte het alternatief van een implantatiestaafje. Ze blijft echter bij haar voorkeur voor een spiraal. Een verwijzing naar de gynaecoloog volgt. Deze slaagt er ook niet in de spiraal aan te brengen, ook niet via een dagbehandeling, en plaatst daarom een implantatiestaafje. Mevrouw vindt het heel jammer dat plaatsing van een spiraal niet meer kon. Dat dit het gevolg was van de Novasure kwam volkomen onverwacht.

eilandjes functioneel endometriumweefsel achter.⁴ Menstruaties kunnen nog steeds optreden, maar het bloedverlies vermindert fors. Er zijn verschillende ablatietechnieken beschikbaar, zoals ballonablatie en radiofrequente ablatie. Het meest gebruikte instrument in Nederland is de Novasure (99% van alle uitgevoerde ablaties), waarbij het baarmoederslijmvlies in korte tijd (tot ongeveer 120 seconden) door bipolaire radiofrequente energie wordt vernietigd. Een jaar na Novasure-behandeling is er sprake van amenorroe bij 41 tot 56% van de vrouwen.⁵ Novasure kan ambulantly met lokale anesthesie of met een dagopname worden uitgevoerd. De gemiddelde pijnscore tijdens de poliklinische procedure is 5,1 (op een schaal van 0 tot 10). Complicaties tijdens en kort na de ingreep zijn infecties van de uterus, vagina of urine-



Menstruaties kunnen na een ablatie nog steeds optreden, maar het bloedverlies vermindert fors.

Foto: Shutterstock

wegen, bloedingen, pijnklachten of perforaties, en komen voor bij 0,6 tot 2,9% van alle vrouwen.⁵ De meest voorkomende complicaties op de langere termijn zijn pijnklachten en/of aanhoudend bloedverlies, waarvoor circa 20% van de vrouwen binnen twee jaar een vervolgbehandeling (hysterectomie) ondergaat.^{6,7}

Al met al is Novasure een veilige methode en de patiënttevredenheid is met 85-94% hoog.^{5,8} Recent Nederlands onderzoek naar de voorkeur van vrouwen met HMB toont aan dat zij een sterke voorkeur hebben voor een methode zonder hormonen. Zij prefereren een ablatie daarom boven een LNG-IUD.⁹

Endometriumablatie mag nooit als anticonceptie worden gezien

Omdat zelfs jaren na de procedure herstel van het endometrium kan optreden, kan lange tijd na ablatie nog nidatie van een embryo plaatsvinden. Zwangerschap kan optreden bij vrouwen van alle leeftijden tot aan de menopauze. Het geschatte zwangerschapscijfer na ablatie is 0,7%.⁵ Een recente review beschrijft bevindingen uit een groot aantal trials en casereports over 274 zwangerschappen na endometriumablatie.¹⁰ Een meerderheid (variërend tussen 47 en 85%) eindigt in een miskraam, extra-uteriene graviditeit of een abortus provocatus. Zwangerschappen die wel doorgaan leveren grote risico's op voor zowel de moeder als het ongeboren kind, waaronder prematuriteit, placentaproblemen, uterusrupturen, keizersneden en perinatale morbiditeit. Bij alle tot nu toe beschreven zwangerschappen gebruikte 80% van de vrouwen geen adequate anticonceptie. De overige vrouwen raakten bewust zwanger of er was sprake van een falende anticonceptie. Bij een kwart van de zwangerschappen die zich na ablatie ontwikkelden was er sprake van amenorroe. Endometriumablatie mag daarom nooit worden gezien als anticonceptie, ook niet wanneer er amenorroe ontstaat.

DE ROL VAN DE HUISARTS

Het behoort tot de taken van de gynaecoloog om vrouwen voorafgaand aan een ablatie adequaat voor te lichten over de noodzaak tot anticonceptie. Toch zien wij hierin ook een rol voor huisartsen. Zij kunnen vrouwen reeds voorafgaand aan de verwijzing goed informeren en alleen vrouwen met een voltooide kinderwens verwijzen. Bij twijfel is het van belang om een minder invasieve behandeling aan te raden. Ook moet de huisarts het belang van anticonceptie blijven benadrukken in de jaren na de ablatie tot aan de overgang. Het belang van adequate anticonceptie is helder en wordt in patiënteninformatie en richtlijnen duidelijk genoemd.^{1,11} De beperkingen van de verschillende vormen van anticonceptie na ablatie komen echter niet aan bod en er is geen literatuur

over gevallen waarin een IUD niet kan worden geplaatst. Bij de meerderheid van de vrouwen zal na een ablatie fibrosering optreden. De kans op het ontstaan van adhesies neemt na de procedure met het verstrijken van de tijd toe.⁷ Problemen die hierbij kunnen optreden zijn onder andere obstructie van menstrueel bloed met pijnklachten (hematometrum), onvermogen om op indicatie een biopt te nemen en, zoals beschreven in de casus, het mislukken van een spiraalplaatsing. Na een ablatie kan ook de huisarts een spiraal plaatsen, mits deze zich bewust is van de mogelijke beperkingen en de patiënte hier vooraf goed over informeert.

Plaatsing van een hormoonspiraal direct aansluitend op een ablatieprocedure lijkt een reëel alternatief. Het resulteert in een grotere tevredenheid over de mate van bloedverlies en onderbuikspijn, en anticonceptie is meteen gegarandeerd.^{12,13} Ook zijn na deze gecombineerde behandeling vrijwel geen hysterectomieën nodig vanwege het falen van de ablatie. De onderzoeksgegevens hierover zijn echter beperkt en in de beschikbare onderzoeken worden veelal andere ablatietechnieken gebruikt dan de Novasure. Het is daarom onduidelijk wat de implicaties voor de dagelijkse Nederlandse praktijk zijn.

CONCLUSIE

Endometriumablatie wordt steeds meer toegepast als behandeling voor hevig menstrueel bloedverlies. Na ablatie is er een kleine kans dat de vrouw zwanger wordt, waarbij zwangerschap gepaard gaat met een grote kans op obstetrische complicaties. Daarom blijft anticonceptie na ablatie essentieel, óók bij het ontstaan van amenorroe. De insertie van een IUD kan problematisch zijn doordat zich na ablatie adhesies vormen. Na een ablatie staan dus niet altijd meer alle anticonceptieopties open. Huisartsen zijn in de gelegenheid vrouwen hierover te informeren en adequaat gebruik van anticonceptiva te stimuleren in het adviesgesprek over anticonceptie. Omdat de meeste vrouwen van deze leeftijd liever geen hormonale anticonceptie (meer) gebruiken vereist het plaatsen van een IUD tijdens de ablatieprocedure verder onderzoek. ■

LITERATUUR

1. Meijer LJ, Bruinsma ACA, Pameijer AS, Hehenkamp WJK, Jansen CAH, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies (derde herziening). Huisarts Wet 2014;57:406-14.
2. Nederlandse vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn Hevig menstrueel bloedverlies. Versie 1.0. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2013.
3. Van den Brink M. Hevig menstrueel bloedverlies. Huisarts Wet 2013;10:526.
4. Kumar V, Chodankar R, Gupta JK. Endometrial ablation for heavy menstrual bleeding. *Womens Health* 2016;12:45-52.
5. Gimpelson RJ. Ten-year literature review of global endometrial ablation with the NovaSure® device. *Int J Womens Health* 2014;6:269-80.
6. De Voogd I, Lagro-Janssen ALM. Onverwachte gevolgen van endometriumablatie. Huisarts Wet 2016;59:74-7.
7. Wortman M, Cholkeri A, McCausland AM, McCausland VM. Late-onset endometrial ablation failure-etiology, treatment and prevention. *JMIG* 2015;22:323-31.

-
8. Bongers MY. Second-generation endometrial ablation treatment: Novasure. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21:989-94.
 9. Van den Brink MJ, Beelen P, Herman MC, Claassen NJJ, Bongers MY, Geomini PM, et al. Women's preferences for the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial ablation for heavy menstrual bleeding. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018;228:143-47.
 10. Kohn JR, Shamshiraz AA, Popek E, Guan X, Belfort MA, Fox KA. Pregnancy after endometrial ablation: a systematic review. *BJOG* 2018;125:43-53.
 11. www.hevigbloedverlies.nl. Nederlandse patiëntenwebsite.
 12. Vaughan D, Byrne P. An evaluation of the simultaneous use of the levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG-IUS, Mirena) combined with endometrial ablation in the management of menorrhagia. *J Obst Gyn* 2012;32:372-4.
 13. Papadakis EP, El-Nashar SA, Laughlin-Tomasso SK, Sherif A, Shazly M, Hopkins MR, et al. Combined endometrial ablation and levonorgestrel intrauterine system use in women with dysmenorrhea and heavy menstrual bleeding: a novel approach for challenging cases. *JMIG* 2015;22:1203-7.

Van den Hove M, Lagro-Janssen T. Een mislukte IUD-insertie na endometriumablatie. *Huisarts Wet* 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0368-4.

Huisartsenpraktijk Oud-Geleen, Geleen: M. van den Hove, huisarts, kaderhuisarts urogynaecologie i.o., marjanvdhove@gmail.com. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen: prof. dr. T. Lagro-Janssen, em. hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.