

Screenen soa tijdens plaatsing spiraaltje

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. J.A.H. Eekhof • Correspondentie: j.eekhof@nhg.org.

Vraagstelling Vrouwen die de huisarts of gynaecoloog bezoeken voor het plaatsen van een spiraaltje (*intrauterine device*, IUD) kunnen op basis van de anamnese in aanmerking komen voor het vooraf screenen op de aanwezigheid van een asymptomatische infectie met een seksueel overdraagbare aandoening (soa). Indien soa-screening is geïndiceerd, adviseert de huidige NHG-Standaard Anticonceptie uit 2011 om deze voorafgaand aan de plaatsing van het IUD te doen en de uitslag van de test af te wachten alvorens het IUD te plaatsen. Dit betekent in de praktijk dat patiënten een tweede afspraak nodig hebben om, al dan niet na behandeling van een eventuele soa, het IUD te laten plaatsen. In de gynaecologische praktijk blijkt echter dat soa-screening doorgaans gelijktijdig met de plaatsing van het IUD wordt verricht. Dit is overigens in strijd met de NVOG-richtlijn Anticonceptie, omdat deze sinds 2012 verwijst naar de NHG-Standaard. Wij zochten in de literatuur naar onderzoeken om na te gaan of soa-screening direct voorafgaand aan plaatsing van een IUD leidt tot een hoger risico op het krijgen van een symptomatische infectie dan wanneer de uitslag van de soa-screening eerst wordt afgewacht.

Zoekstructuur We zochten in september 2015 in PubMed met de zoekopdracht: intrauterine devices AND insertion AND testing AND infect*. Dit leverde 12 artikelen op waaruit wij 2 onderzoeken selecteerden die relevant waren voor onze vraagstelling.

Resultaten In een retrospectief cohortonderzoek werd tussen 2005 en 2009 bij bijna 58.000 IUD-plaatsingen in Amerikaanse ziekenhuizen gekeken naar het moment van soa-screening en het optreden van symptomatische infectie (Pelvic Inflammatory Disease, PID) na plaatsing van het IUD.¹ Het risico op het ontwikkelen van een PID na IUD-plaatsing was laag, met een absoluut risico van 0,54% voor de totale groep. Het screenen ten tijde van plaatsing van het IUD gaf geen hoger risico op het ontwikkelen van een PID dan vooraf screenen (AR 0,44% versus 0,75%; adjusted odds ratio 1,00; 95%-BI 0,64 tot 1,54).

In een ander retrospectief onderzoek werden gegevens uit een prospectief onderzoek bij 197 patiënten naar de veiligheid van noodanticonceptie middels een koperspiraal geanalyseerd.² De patiënten kregen een koperspiraal en werden tijdens plaatsing gescreend op *Chlamydia trachomatis* en *Neisseria gonorrhoe*. Acht van de 197 patiënten testten positief voor *C. trachomatis*; *N. Gonorrhoe*-infectie kwam niet voor. Alle 8 patiënten

werden direct behandeld met het IUD in situ, geen van hen ontwikkelde een PID.

Bespreking De gegevens uit deze onderzoeken wijzen erop dat het direct screenen op soa tijdens plaatsing van een IUD geen nadelen heeft ten opzichte van het vooraf screenen en afwachten van de testuitslag. Een voordeel van direct screenen is dat een patiënt geen tweede consult nodig heeft. Daarbij komt dat de testuitslag sinds de komst van de NAAT/PCR-diagnostiek snel bekend is, waardoor behandeling van een eventueel aanwezige asymptomatische infectie ook snel kan plaatsvinden, vaak ruim vóór het optreden van een PID. Het IUD hoeft daarbij volgens verschillende nationale en internationale richtlijnen ook niet meer verwijderd te worden, hoewel de NHG-Standaard Pelvic Inflammatory Disease uit 2005 dit nog wel adviseert.

Conclusie Direct screenen op de aanwezigheid van een asymptomatische soa-infectie tijdens het plaatsen van een IUD heeft voordelen boven het vooraf screenen en afwachten van de testuitslag, en leidt niet tot een verhoogd risico op een symptomatische infectie. Bij een positieve soa-test kan direct behandeling worden gestart, waarbij het IUD niet hoeft te worden verwijderd.

Betekenis Het screenen op een asymptomatische soa-infectie direct voorafgaand aan plaatsing van een IUD is veilig. Daardoor is het niet nodig om de IUD-plaatsing te laten plaatsvinden in een tweede consult, na anamnese en soa-screening. Dit maakt de zorg toegankelijker en goedkoper. ■

LITERATUUR

- 1 Sufrin CB, Postlethwaite D, Armstrong MA, Merchant M, Wendt JM, Steinauer JE. Neisseria gonorrhoea and Chlamydia trachomatis screening at intrauterine device insertion and pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 2012;120:1314-21.
- 2 Murphy P, Jacobson J, Turok DK. Criterion-based screening for sexually transmitted infection: sensitivity, specificity and predictive values of commonly used questions. *J Midwifery Womens Health* 2012;57:622-8.