

Onverwachte gevolgen van endometriumablatie

INLEIDING

Hevig menstrueel bloedverlies definieert men als cyclisch hevig en hinderlijk bloedverlies van meer dan 120 tot 150 milliliter per menstruatie. De beleving van vrouwen correleert slecht met de werkelijke hoeveelheid bloedverlies.¹ In de huisartsenpraktijk bedraagt de incidentie van hevig menstrueel bloedverlies 8,4 op de 1000 vrouwen in de leeftijd van 24 tot 44 jaar, en verdubbelt de incidentie tot de menopauze.² Ongeveer een op de vijf vrouwen kan op enig moment met dit probleem te maken krijgen. Myomen, poliepen of endometriumafwijkingen verklaren in ongeveer 40% van de gevallen het hevige bloedverlies. Bij meer dan de helft van de vrouwen vindt men geen oorzaak en spreekt men van essentieel hevig menstrueel bloedverlies.^{1,3,4} Naast medicamenteuze behandeling bestaat de mogelijkheid om een hormoonhoudend spiraaltje (levonorgestrelhoudend intra-uterine device; LNG-IUD) te plaatsen, of kan de huisarts de patiënte verwijzen voor een endometriumablatie [figuur]. Van beide laatstgenoemde methoden is inmiddels gebleken dat ze effectiever zijn in het verminderen van de hoeveelheid bloedverlies dan orale therapie.² Het MIRA-onderzoek probeert antwoord te krijgen op de vraag welke van deze twee behandelingen het best werkt, gemeten aan de hand van bloedverlies, amenorroe, economische uitkomsten en patiënttevredenheid.⁵ De follow-upperiode van de modernste endometriumablatiemethoden in de literatuur is niet langer dan 10 jaar.^{6,7}

De ablatie heeft zich het afgelopen decennium ontwikkeld tot een snelle poliklinische ingreep. Meestal gaat het dan om de Novasure®, waarbij men het baarmoederslijmvlies door

middel van radiofrequente energie in 90 seconden grotendeels vernietigt. Hieraan voorafgaand vindt een watercontrastecho plaats om intracavitaire afwijkingen uit te sluiten en neemt men een endometriumbiopsie.^{3,8} Inmiddels wint deze poliklinische behandeling aan populariteit en is 80 tot 90% van de patiënten tevreden met het resultaat van de ingreep.^{7,9,10} Vrouwen zullen het spreekuur dus vaker bezoeken met vragen over deze behandeling. Het is daarom van belang dat huisartsen op de hoogte zijn van de (contra-)indicaties, succespercentages en bijwerkingen van de ablatiebehandeling.

Deze klinische les bespreekt drie ziektegeschiedenissen van vrouwen die een ablatie hebben ondergaan. Zij bezochten het spreekuur van hun huisarts geruime tijd na de ingreep met klachten en problemen die eraan gerelateerd bleken te zijn.

Casus A

Melanie is een veertigjarige, alleenstaande docente Frans. Ze kampt al lange tijd met hinderlijk menstrueel bloedverlies. Ze wil geen orale anticonceptie als behandeling, omdat ze meent dat ze hierdoor in eerdere gevallen met hoofdpijn en gewichtstoename te kampen had. Ze heeft korte tijd een LNG-IUD geprobeerd, maar deze gaf na een half jaar geen vermindering van het bloedverlies. Ze heeft bovendien geen anticonceptie 'nodig'. Haar huisarts verwijst Melanie naar de gynaecoloog, die een Novasure®-behandeling uitvoert. Helaas komt het hevig menstrueel bloedverlies na een jaar terug. Ze is hierover teleurgesteld en vraagt haar huisarts om een verwijzing voor een tweede ablatie om definitief van de klachten af te komen. De gynaecoloog vertelt haar dat herhaling van de Novasure® niet mogelijk is in verband met de kans op perforatie van de dunne restlaag van het endometrium. Melanie krijgt opnieuw een LNG-IUD voorgeschreven.

Casus B

Annie is 55 jaar, getrouwd en dagelijks werkzaam als oppas voor haar vier kleinkinderen. Ze heeft in verband met hevig menstrueel bloedverlies twee jaar geleden een endometriumablatie ondergaan. Sindsdien heeft ze geen last meer van bloedverlies, maar wel van hinderlijke recidiverende buikpijnklasten. Ze legt zelf een verband met de ablatiebehandeling en krijgt van haar huisarts opnieuw een verwijzing naar de gynaecoloog. Een vaginale echo tijdens het polikliniekbezoek laat geen afwijkingen zien. Bij een poging tot endometriumaspiratie lukt het de gynaecoloog niet voorbij het ostium te komen. Hij stelt als diagnose het syndroom van Asherman (verklevingen van de binnenwand van de uterus) en

Samenvatting

De Voogd I, Lagro-Janssen ALM. Onverwachte gevolgen van endometriumablatie. *Huisarts Wet* 2016;59(2):74-7.

Endometriumablatie kan uitkomst bieden voor vrouwen met hevig menstrueel bloedverlies bij wie medicamenteuze behandeling of een hormoonhoudend spiraaltje (LNG-IUD) onvoldoende effect oplevert. De nieuwste soort ablatiebehandeling, Novasure®, vindt plaats in 90% van de ziekenhuizen in Nederland. Bij hevig menstrueel bloedverlies is zowel Novasure® als het LNG-IUD in diverse opzichten succesvoller gebleken dan medicamenteuze behandeling. Het is van belang dat huisartsen vóór verwijzing voorlichting geven over (contra-)indicaties. Ook moeten ze hun patiënten erop wijzen dat buikpijnklasten of aanhoudend bloedverlies na de ingreep bij een vijfde van de vrouwen een reablatie of een uterusextirpatie noodzakelijk maakt. Na ablatie is postmenopauzaal bloedverlies nog steeds een alarmsignaal voor een endometriumcarcinoom.

De kern

- Het is van belang dat huisartsen vóór verwijzing voorlichting geven over (contra-)indicaties en het effect van een endometriumablatie. Dit geldt in het geval van zwangerschapswensen en bij anticonceptiegebruik.
- Huisartsen moeten ook op de hoogte zijn van mogelijke complicaties en klachten, zoals buikpijn die soms langere tijd na de ingreep ontstaan.

geeft Annie het advies om bij aanhoudende klachten over te gaan tot adhesiolyse of uterusextirpatie. Een operatie bleek echter niet nodig: de buikpijn verminderde na enkele maanden en is uiteindelijk verdwenen.

Casus C

Renée, werkzaam in de thuiszorg, heeft drie jongvolwassen dochters. Ze heeft onlangs op veertigjarige leeftijd een endometriumablatie ondergaan in verband met hevige bloedverlies. Deze behandeling heeft niet tot amenorroe geleid, maar het stemt haar tevreden dat het bloedverlies sterk is afgenomen. Kort na de behandeling heeft Renée een nieuwe partner ontmoet. Het stel wil graag nog een kind samen. Ze is twee maanden geleden met de pil gestopt en denkt zwanger te zijn. Haar huisarts vertelt haar dat zwangerschap na een ablatiebehandeling absoluut gecontra-indiceerd is in verband met een grote kans op vroeggeboorte en extra-uteriene zwangerschap. Renée was daarvan niet op de hoogte, noch van de daaruit voortvloeiende noodzaak voor anticonceptie. Ze is erg teleurgesteld. Bij de eerste verwijzing speelde de wens om weer zwanger te worden nog niet. Deze ingrijpende wending lijkt haar te zijn overkomen. Zij is na het gesprek ongesteld geworden en heeft grote moeite om de anticonceptie te hervatten.

BESCHOUWING

Huisartsen kunnen na een endometriumablatie met verschillende klachten worden geconfronteerd. In casus A was er sprake van aanhoudend bloedverlies, waarover de patiënte haar huisarts om advies vroeg. Twee jaar na de ingreep blijkt amenorroe net iets vaker voor te komen (OR 0,64; 95%-BI 0,41 tot 0,99) bij de nieuwste ablatiebehandelingen, zoals Novasure®, dan bij de oudere, hysteroscopische ablatiemethoden, en is er vooral sprake van minder operatieve complicaties.^{3,6}

Omdat het endometrium zelden totaal wordt weggenomen blijft de mogelijkheid op bloeden bestaan, zeker bij jongere vrouwen. Er treedt daarnaast nieuwe 'endometriumaangroei' op.^{11,12} Niet amenorroe, maar vermindering van de hoeveelheid bloedverlies is daarom het behandeldoel van de ingreep. Vijf jaar na de behandeling ervaart 80% van de vrouwen minder bloedverlies. Ongeveer 40% van deze vrouwen heeft helemaal geen bloedverlies meer.⁶ Jonge leeftijd, variërend van 40 tot 45 jaar verkleint de succeskans op amenorroe en/of vermindering van het bloeden.¹¹ Daarvan kan sprake zijn bij Melanie, die de ablatie op haar veertigste heeft ondergaan. Het percentage vrouwen dat een reablatie of postablatiehysterectomie moet ondergaan vanwege aanhoudend bloedverlies varieert van 6 tot 11% binnen 5 jaar, 20% na 2 jaar,⁶ 13,4% na 5 jaar,¹² en 19 tot 25% na 8 tot 10 jaar.^{11,15} Deze getallen gelden veelal voor alle ablatietechnieken samen en zullen wellicht gunstiger uitvallen bij gebruik van de nieuwste technieken. Er blijken meer voorspellende factoren te bestaan voor het falen van de ablatiebehandeling [tabel].^{9,12,15} Volgens de fabrikant is een tweede ablatie door middel van een Novasure®-behandeling absoluut gecontra-indiceerd vanwege de kans op een uterusperforatie.⁸ Mogelijk biedt een reablatie door middel van hysteroscopische endometriumresectie als minimaal invasieve chirurgie in de toekomst een goed alternatief voor uterusextirpatie. Onderzoek hiernaar moet nog plaatsvinden.¹⁵

Behalve aanhoudend bloedverlies kan de ingreep buikpijn tot gevolg hebben, zoals in het geval van Annie (casus B). Door de ablatie ontstaan littekens en verklevingen in de baarmoeder. Samen met het achtergebleven endometrium kan dit leiden tot een ophoping van bloed in het cavum uteri of de corni. Hematometrum kan men vaststellen door middel van MRI-onderzoeken tijdens pijnaanvallen en zou de oorzaak van cyclische postablatiepijn zijn. Echografisch is dit veel lastiger te beoordelen. Er zijn patiëntgebonden factoren die elk geassocieerd zijn met een vergrote kans op het ontwikkelen van deze postoperatieve pijnklachten. Een daarvan is een sterilisatie in de voorgeschiedenis. Door retrograde menstruatie naar een of twee afgesloten eileiders kan pijn ontstaan, meestal pas twee tot drie jaar na de ablatie. De incidentie van dit *post ablational tubal sterilisation syndrome* (PATSS) is 6 tot 8%.¹⁰⁻¹² Als risicofactoren voor pijn gelden ook roken, dysmenorroe en een leeftijd jonger dan veertig jaar. Een vrouw met alle vier genoemde risicofactoren heeft 53% kans op het ontwikkelen van pijnklachten en daarmee 28% kans op een uterusextirpatie wegens pijn na de ablatie.¹² Cyclisch optredende pijn, die minimaal zes weken tot zelfs vijf jaar na de operatie is ontstaan, zou volgens diverse onderzoeken voorkomen in percentages variërend van 5 tot 28%.^{12,13} Annie had overigens geen van de genoemde risicofactoren.

Zwangerschap en daarmee uiteraard ook een zwangerschapswens zijn absolute contra-indicaties voor behandeling met Novasure® in verband met een verhoogde kans op extra-uteriene graviditeit en vroeggeboorte.¹¹ Incidenteel zijn zwangerschappen door onvoldoende anticonceptie beschreven.^{11,15} De huisarts en gynaecoloog hadden dit Renée helaas niet voldoende uitgelegd. Ablatie is geen vorm van anticonceptie, ook niet bij langdurige of blijvende amenorroe. De literatuur noemt hysteroscopische sterilisatie direct na een ablatie als mogelijkheid.^{10,16}

ENDOMETRIUMCARCINOOM

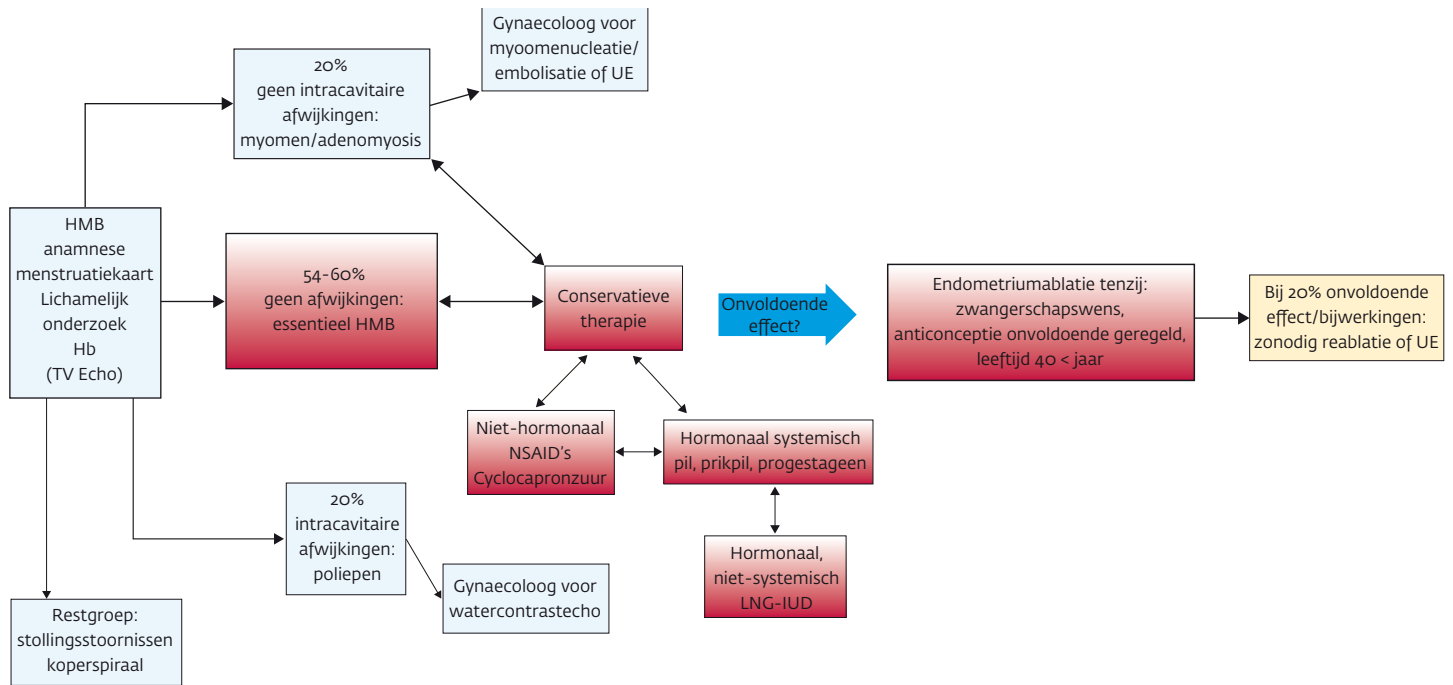
Wanneer bij het preoperatieve onderzoek sprake blijkt van endometriumhyperplasie is dat een contra-indicatie voor Novasure®-behandeling.⁷ Ablatie, ongeacht de toegepaste methode, geeft geen verhoogde kans op het optreden van een endometriumcarcinoom.⁵ Ook na ablatie moet men bij het

Abstract

De Voogd I, Lagro-Janssen ALM. Unexpected consequences of endometrial ablation. Huisarts Wet 2016;59(2):74-7.

Endometrial ablation is performed when excessive menstrual bleeding is not relieved by drug therapy or a levonorgestrel intrauterine device (LNG-IUD). The newest procedure for endometrial ablation, NovaSure®, is now performed in 90% of Dutch hospitals. Both NovaSure® and LNG-IUD have proven more successful than drug therapy in the treatment of excessive menstrual bleeding. It is important that general practitioners tell patients about indications and contraindications before referring them to a gynaecologist. Patients also should be told that abdominal discomfort or persistent blood loss after the intervention can necessitate re-ablation or hysterectomy in about 20% of women. Blood loss after ablation in postmenopausal women remains an alarm signal for endometrial carcinoma.

Figuur Flowchart hevig menstrueel bloedverlies bij premenopauzale vrouwen (op basis van de flowchart van de NVOG)^{1,3,4,10}



HMB = hevig menstrueel bloedverlies; TV Echo = transvaginale echo; UE = uterus extirpatie; LNG-IUD = hormoonhoudend spiraalje.

alarmsymptoom postmenopauzaal bloedverlies een endometriumcarcinoom uitsluiten.^{6,7,9} Na Novasure®-behandeling blijkt het bij 14 tot 23% van de vrouwen niet mogelijk om goede endometriumbiopsen af te nemen.¹⁵ Bij de meeste vrouwen bij wie men naar aanleiding van postmenopauzaal bloedverlies en pijn na een ablatie een endometriumcarcinoom heeft gevonden, bleek er sprake te zijn van een stadium I.7. Lange termijnonderzoek ontbreekt echter. Het toepassen van Novasure® is niet onderzocht bij vrouwen met een verhoogd risico op endometriumcarcinoom, zoals bij nullipara, vrouwen met overgewicht of vrouwen bij wie sprake is van chronische anovulatie, of bij tamoxifen-gebruik.¹¹

CONCLUSIE

Endometriumablatie is een veelal poliklinische ingreep, die in verreweg de meeste gevallen tot een grote patiënttevredenheid leidt wanneer conservatieve behandeling onvoldoende heeft geholpen. Ablatie is echter niet altijd een definitieve oplossing voor vrouwen met hevig menstrueel bloedverlies. Ongeveer een vijfde van de vrouwen ondergaat na deze behandeling een vervolgbehandeling vanwege bloedverlies, pijn of beide: een reablatie of uterusextirpatie.^{5,15,16} Het is daarom van belang dat huisartsen op de hoogte zijn van mogelijke complicaties, zodat ze patiënten zo goed mogelijk kunnen voorlichten over (contra-)indicaties en bijwerkingen op de langere termijn, om zo teleurstelling te voorkomen. Afspraken over leeftijdsgrenzen, zwangerschapswensen en anticonceptie zijn noodzakelijk. Dit geldt des te meer, omdat de dagelijkse

Tabel Klachten, risicofactoren en contra-indicaties met betrekking tot endometriumablatie^{11,12,15}

Problemen/klachten na endometriumablatie	Risicokenmerken voor het falen van endometriumablatie	Contra-indicaties voor endometriumablatie/Novasure®
Aanhoudend bloedverlies	Roken	Metrorragie, postmenopauzaal bloedverlies
Pijnklachten: hematometrum/PATSS	Jonge leeftijd 40-45 jaar	Leeftijd < 40 jaar
Bloedverlies én pijn	Pariteit > 5	Zwangerschapswens
Zwangerschapswens	Endometriose interna	Slechte therapietrouw rond anticonceptie
Zwangerschap	Sterilisatie in de voorgeschiedenis	Eerdere Novasure®-behandeling
Bemoeilijkte diagnostiek bij vermoeden van endometriumcarcinoom	Dysmenorroe	Intracavitare afwijkingen
Infectie, koorts, bloedingen, perforatie als peri-/postoperatieve complicaties	Chronische buikpijn	Uteruslengte > 10 cm

praktijk lijkt voor te lopen op definitieve en langetermijnresultaten van onderzoek. ■

LITERATUUR

- Meijer LJ, Bruinsma ACA, Pameijer AS, Hehenkamp WJK, Janssen CAH, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies (derde herziening). Huisarts Wet 2014;57:406-14.
- Van den Brink M. Verstand van zaken. Hevig menstrueel bloedverlies. Huisarts Wet 2013;10:526.
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn Hevig menstrueel bloedverlies (HMB) 2013. <http://nvog-documenten.nl>.
- Van den Bosch T, Ameye L, Van Schoubroeck D, Bourne T, Timmerman D. Intra-cavitary uterine pathology in women abnormal uterine bleeding: a prospective study of 1200 women. Facts Views Vis Obgyn 2015;7:17-24.
- Herman MC, Van den Brink M, Geomini PM, Van Meurs HS, Huirne JA, Eising HP, et al. Levonorgestrel releasing intra uterine system versus endometrial ablation in women with heavy menstrual bleeding: a multicentre randomised controlled trial. BMC Womens Health 2013;13:32-8.
- Daniels JP. The long-term outcomes of endometrial ablation in the treatment of heavy menstrual bleeding. Curr Opin Obstet Gynecol 2013;25:320-6.
- Gimpelson RJ. Ten-year literature of global endometrial ablation with the Novasure® device. Int J Womens Health 2014;6:269-80.
- www.hologic.com/novasure-endometrium-ablation.
- Ferguson RJ, Lethaby A, Shepperd S, Farquhar C. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev 2013;11:CD000329.
- Laberge P, Leylard N, Murji A, Fortin C, Martyn P, Vilos G. Endometrial ablation in the management of abnormal uterine bleeding. J Obstet Gynaecol Can 2015;37:362-76.
- Sharp HT. Endometrial ablation: postoperative complications. Am J Obstet Gynecol 2012;207:242-6.
- Thomassee MS, Curlin H, Yunker A, Anderson TL. Predicting pelvic pain after endometrial ablation: which preoperative patient characteristics are associated? J Minim Invasive Gynecol 2013;20:643-7.
- Daniels JP, Middleton LJ, Champaneria R, Khan KS, Cooper K, Mol BWJ, et al. Second generation endometrial ablation techniques for heavy menstrual bleeding: network meta-analysis. BMJ 2012;344:e2564.
- Kroft J, Liu C. First- versus second-generation endometrial ablation devices for treatment of menorrhagia: a systematic review, meta-analysis and appraisal of economic evaluations. J Obstet Gynaecol Can 2013;35:1010-19.
- Wortman M, Cholker IA, McCausland AM, McCausland VM. Late-onset endometrial ablation failure – etiology, treatment, and prevention. J Minim Invasive Gynecol 2015;22:323-31.
- Mircea CN, Goojha C, Thiel JA. Concomitant Novasure endometrial ablation and Essure tubal sterilisation: a review of 100 cases. J Obstet Gynaecol Can 2011;33:361-6.

zeer matig ●
 matig ●●
 redelijk ●●●
 goed ●●●●
 uitstekend ●●●●●



ACHTERGRONDEN DIABETES TYPE 2

Verhoeven S, Van Hateren KJJ, Bilo HJG, Verhoeven RP, Houweling ST, Kleefstra N. Diabetes mellitus type 2. De achtergronden. Apeldoorn: Langerhans School of Diabetes, 2015. Prijs € 54,95. ISBN 9789078380207.

Doelgroep Professionals in de diabeteszorg, zoals praktijkondersteuners en huisartsen.

Inhoud Het is een zeer fraai - in hard cover - uitgegeven boek met aansprekende kleurenfoto's en zeer duidelijke en informatieve illustraties in de vorm van tabellen, grafieken en flowcharts. Het boek bestaat uit elf hoofdstukken die weer zijn opgedeeld in overzichtelijke paragrafen. Elk hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal literatuurverwijzingen. De duidelijke structuur van het boek maakt het tot een zeer handzaam naslagwerk. Het taalgebruik is eenvoudig, waardoor het zeer toegankelijk is. Niet alleen voor artsen, maar ook voor andere professionals in de diabeteszorg.

Praktijkondersteuners en huisartsen werken met regionale protocollen vanuit de zorggroep en maken daarnaast vaak gebruik van het boek *Protocollaire diabeteszorg* en de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Dit boek biedt - zeer uitgebreid



en compleet - aanvullende informatie op deze protocollen; achtergrondinformatie die noodzakelijk is om adequate en persoonlijke diabeteszorg op maat te leveren aan de individuele patiënt met diabetes type 2.

Het eerste hoofdstuk bespreekt onder andere de (patho)fysiologie, epidemiologie en erfelijkheid van diabetes. Aansluitend komen diagnostiek, screening en het niet-medicamenteuze beleid aan de orde. Bij de medicamenteuze therapie wordt onderscheid gemaakt tussen de behandeling van hyperglykemie, dyslipidemie en hypertensie. Deze bespreking maakt het mogelijk om goed onderbouwd een behandelkeuze te kunnen maken; keuzes die steeds naadloos aansluiten bij de NHG-Standaarden Diabetes mellitus type 2 en Cardiovasculair risicomanagement. Vervolgens bespreken de auteurs niet alleen de ontstaanswijze van acute en chronische complicaties, maar reiken zij ook handvatten aan om adequaat te handelen als deze complicaties zich voordoen. Daarnaast komen bijzondere omstandigheden als sporten, reizen, beroep en intercurrente ziektes aan bod. Een afsluitend hoofdstuk over het leven met diabetes maakt de achtergronden compleet. **Oordeel** Dit boek geeft een zeer compleet overzicht van de achtergronden van diabetes en biedt duidelijke handvatten voor de dagelijkse diabeteszorg. Het boek is zeer gebruiksvriendelijk en toegankelijk voor alle zorgprofessionals. Dit boek zou in iedere huisartsenpraktijk aanwezig moeten zijn. ■

Bertien Hart

Waardering: ●●●●