

Misoprostol voorafgaand aan IUD-plaatsing

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van Marianne Dees en Annet Sollie • Correspondentie: redactie@nhg.org.

Inleiding Intra uterine devices (IUD's) worden veel gebruikt als anticonceptie. Pijn bij plaatsing kan een belemmering zijn voor patiënten en artsen om te kiezen voor een IUD, zeker bij nulligravidae.¹ Sommige huisartsen geven daarom misoprostol voorafgaand aan IUD-plaatsing bij nulligravidae. Misoprostol zorgt voor rijping en verweking van de cervix, wat kan leiden tot pijnvermindering bij IUD-plaatsing.² De NHG-Standaard Anticonceptie uit 2011 raadt toediening van misoprostol echter af vanwege het geringe effect en het optreden van bijwerkingen.^{1,2}

Vraagstelling Leidt toediening van misoprostol voorafgaand aan IUD-plaatsing bij nulligravidae tot pijnvermindering vergeleken met placebo?

Zoekstructuur De literatuurssearch werd gedaan op 11 oktober 2015. Zoeken in PubMed met (Misoprostol) AND (Intrauterine Devices) met en zonder MeSH-termen leverde 23 artikelen op. In de Cochrane Library werd met de termen (Misoprostol AND IUD) één reviewprotocol gevonden. De 23 artikelen werden gescreend op fulltext beschikbaarheid, recente (vanaf 2014) reviews/meta-analyses of gerandomiseerde trials (RCT), in het Nederlands of Engels. Drie RCT's bleken geschikt.³⁻⁵

Resultaten Espey et al. includeerden in een dubbelblinde, placebogecontroleerde RCT 82 nulligravidae die twee tot vier uur voorafgaand aan IUD-plaatsing misoprostol 400 mcg (n = 42) of placebo (n = 40) in de wangzak kregen.³ Twee patiënten (2,4%) waren loss to follow-up. Pijn werd gemeten op een Visual Analogue Scale (VAS) met een schaal van 0 (geen pijn) tot 10 (extreme pijn). Het klinisch relevante verschil was 1,5. De gemiddelde VAS-score in de misoprostolgroep was 5,9 versus 5,3 in de placebogroep. Het verschil van 0,6 in het voordeel van misoprostol was niet significant (p = 0,11).

Scavuzzi et al. includeerden in een dubbelblinde placebogecontroleerde RCT 190 nulligravidae die vier uur voor IUD-plaatsing misoprostol 400 mcg vaginaal (n = 86) of placebo (n = 93) kregen toegediend in het ziekenhuis.⁴ Door een brand aldaar was er een loss to follow-up van 5,8%. Voor het meten van pijn gebruikten zij dezelfde VAS-score als Espey, maar deze werd gedichotomiseerd in 'mild/afwezig' (VAS 0-5) en 'matig/ernstig' (VAS 6-10). In de placebogroep werden significant meer vrouwen (66,7%) als 'matig/ernstig' gecategoriseerd dan in de misoprostolgroep (37,2%); p = 0,00008.

Lathrop et al. includeerden in een dubbelblinde placebogecontroleerde RCT 73 nulligravidae.⁵ Zij kregen twee tot vier uur voor IUD-plaatsing misoprostol 400 mcg (n = 37) of placebo (n = 36) in de wangzak. De loss to follow-up was 2,7%. Pijn werd gemeten op een VAS van 0 (geen pijn) tot 100 (extreme pijn).

Een verschil van minimaal 16 punten werd beschouwd als klinisch relevant. De misoprostolgroep had een gemiddelde VAS-score van 46 en de placebogroep van 34 met een verschil van 12 in het voordeel van de placebogroep, p = 0,044.

Geen van bovenstaande onderzoeken werd uitgevoerd in de huisartsenpraktijk.³⁻⁵ De deelnemers komen, gezien de inclusiecriteria, echter wel overeen met nulligravidae in de huisartsenpraktijk en de resultaten lijken daardoor ook toepasbaar op een eerstelijns populatie.

Bespreking Twee van de drie onderzoeken vonden geen pijnvermindering na toediening van misoprostol voorafgaand aan IUD-plaatsing bij nulligravidae.^{3,5} Scavuzzi et al. vonden echter wel pijnvermindering. Een verklaring hiervoor kan zijn dat zij de VAS-score, een continue score, omzetten in een dichotome score. Deze omzetting, met name de klinische relevantie van het gekozen afkappunt, werd niet met literatuur onderbouwd. De 'mild/afwezig'-categorie omvatte patiënten met een VAS-score van 0-5. Een VAS-score van 5 op een schaal van 0-10 is een redelijk hoge score; deze patiënten zijn niet pijnvrij, maar worden wel als zodanig gecategoriseerd, namelijk als 'mild/afwezig'.

Een ander verschil tussen de onderzoeken is de toedieningsweg van misoprostol. In twee onderzoeken werd de misoprostol in de wangzak toegediend;^{3,5} in één onderzoek vaginaal.⁴ De resorptie- en halfwaardetijd van beide toedieningswegen zijn echter vergelijkbaar.²

Conclusie Toediening van misoprostol voorafgaand aan IUD-plaatsing bij nulligravidae leidt niet tot pijnvermindering. Er is dus geen reden om de NHG-Standaard op dit punt te herzien.

Betekenis In de huisartsenpraktijk wordt het geven van misoprostol voorafgaand aan IUD-plaatsing bij nulligravidae afgeraden. ■

LITERATUUR

- 1 Brand A, Bruinsma A, Van Groenigen K, Kalmijn S, Kardolus I, Peerden M, et al. NHG-Standaard Anticonceptie. Huisarts Wet 2011;54:652-76.
- 2 www.farmacotherapeutischkompas.nl.
- 3 Espey E, Singh RH, Leeman L, Ogburn T, Fowler K, Greene H. Misoprostol for intrauterine device insertion in nulliparous women: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol 2014;210:208.e1-5.
- 4 Scavuzzi A, Souza ASR, Costa AR, Amorim MMR. Misoprostol prior to inserting an intrauterine device in nulligravidae: a randomized clinical trial. Human Reproduction 2013;28:2118-2125.
- 5 Lathrop E, Haddad L, McWhorter CP, Goedken P. Self-administration of misoprostol prior to intrauterine device insertion among nulliparous women: a randomized controlled trial. Contraception 2013;87:725-729.

UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, 9700 AD Groningen: dr. F.F. Berkhof, huisarts in opleiding; dr. M.H. Blanker, epidemioloog, tevens huisarts in Zwolle • Correspondentie: f.f.berkhof@umcg.nl