

# Mirena<sup>®</sup> en uterusperforatie

Mark de Groot, Kees van Grootheest

## Inleiding

Het levonorgestrel bevattende IUD Mirena is sinds 1996 in Nederland geregistreerd als anticonceptivum en voor gebruik bij menorrhagie.

Het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb, dat in opdracht van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen bijwerkingen van geregistreerde geneesmiddelen verzamelt en analyseert, heeft sinds de introductie in Nederland 139 meldingen van bijwerkingen op de Mirena ontvangen.<sup>1,2</sup> Een relatief frequent gemelde bijwerking betreft perforatie van de uterus.

## Meldingen bij Lareb

Sinds 1996 zijn bij Lareb 29 meldingen van een uterusperforatie bij patiënten met het Mirena-spiraaltje ontvangen (tabel).

De perforaties werden op verschillende wijze opgemerkt. In de meeste gevallen klaagden patiënten over buikpijn. Soms traden er veranderingen op in de menstruele bloedingen of waren bij een controlevisite de draadjes niet zichtbaar.

De tijdsduur tussen insertie en ontdekking van de perforatie was gemiddeld 38 weken met een maximum van 3 jaar. Eén gebruiker werd zwanger terwijl de Mirena in de buikholte aanwezig was. Bij 17 patiënten kon de Mirena zonder complicaties worden verwijderd.

Er is geen informatie beschikbaar over aangeboren uterusafwijkingen, die theoretisch de kans op perforatie zouden kunnen vergroten.

## Samenvatting

De Groot MCH, Van Grootheest AC. Mirena<sup>®</sup> en uterusperforatie. *Huisarts Wet* 2005;48(4):165-6.

Het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb ontving een aantal meldingen van uterusperforatie bij gebruik van de Mirena. De meldingen bij Lareb laten zien dat perforaties voorkomen, ook als plaatsing geruime tijd na de bevalling heeft plaatsgevonden. Uterusperforatie treedt ook op bij plaatsing door ervaren artsen. Omdat complicaties van een onopgemerkte perforatie ernstig kunnen zijn en perforaties laat na insertie kunnen optreden of opgemerkt worden, moeten huisartsen bij de differentiële diagnose aan een uterusperforatie denken wanneer patiënten met een Mirena-spiraaltje met buikklachten en menstruatiestoornissen op het spreekuur komen.

Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb, Goudsbloemvallei 7, 5237 MH 's-Hertogenbosch: dr. M.C.H. de Groot, medisch bioloog; dr. A.C. van Grootheest, arts.

Correspondentie: m.degroot@lareb.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

## De kern

- ▶ Uterusperforaties bij gebruik van de Mirena komen ook voor bij ervaren artsen en bij plaatsing geruime tijd na de bevalling.
- ▶ Perforaties of de complicaties hiervan kunnen pas laat na insertie manifest worden.
- ▶ Het is raadzaam om bij patiënten met buikklachten en menstruatiestoornissen die de Mirena gebruiken een uterusperforatie in de differentiële diagnose op te nemen.

## Beschouwing

Een uterusperforatie is een ernstige complicatie en leidt in 15% van die gevallen tot verdere complicaties.<sup>3,4</sup> Uterusperforaties zijn veelvuldig beschreven in de literatuur, zowel bij IUD's met<sup>5-7</sup> als zonder hormoonafgifte.<sup>8</sup> De incidentie wordt geschat op 0,05 tot 1,6 per 1000 inserties.<sup>3,8,9</sup> In Nederland werden in 2003 ongeveer 63.000 Mirena's geplaatst.

In Nieuw-Zeeland is een onderzoek uitgevoerd bij 3519 patiënten die de Mirena ingebracht kregen en 17.468 Multiload Cu 375<sup>®</sup>-gebruikers.<sup>6</sup> Problemen bij insertie en uterusperforatie kwamen bij 4% van de patiënten voor bij gebruik van de Mirena, tweemaal zo vaak als bij de Multiload. Het bredere insertiebuisje van de Mirena zou een verklaring kunnen zijn.<sup>7</sup> De kans op problemen tijdens de insertie was tweemaal zo groot bij nullipare vrouwen in vergelijking met vrouwen die al kinderen hadden. De meldingen van perforatie bij Lareb bevestigen dit laatste niet.

Plaatsing van de Mirena dient pas na 6 weken post partum plaats te vinden omdat dan het risico op complicaties lager is. De meldingen laten echter ook perforaties zien bij latere plaatsingen.

De ervaring van de arts die het IUD inbrengt, speelt een grote rol.<sup>7,8</sup> Volgens één onderzoek varieert het aantal complicaties zelfs met een factor drie.<sup>10</sup> Opmerkelijk is dat 34% van de Mirena's en 90% van de Multiloads geplaatst was door de huisarts.

Uterusperforaties treden op direct tijdens de insertieprocedure óf later als gevolg van transmigratie van het IUD, mogelijk als gevolg van een gedeeltelijke perforatie tijdens de insertie.<sup>3,8</sup> In Nieuw-Zeeland werd bij de Multiload slechts 25% van de perforaties direct of binnen één week ontdekt.<sup>9</sup> Bijna de helft (46%) werd pas na meer dan een jaar na insertie ontdekt. De NHG-Standaard adviseert één enkele controle na 6 weken.<sup>11</sup> De officiële productinformatie adviseert daarnaast ook een jaarlijkse controle.<sup>12</sup>

## Conclusie

De meldingen van uterusperforatie bij de Mirena laten zien dat perforaties voorkomen zowel bij plaatsing door gynaecologen als door huisartsen. Perforatie is ook mogelijk als plaatsing geruime tijd na de bevalling heeft plaatsgevonden.

De mogelijke ernst van de complicaties van een onopgemerkte

Tabel Karakteristieken van 29 bij Lareb gemelde uterusperforaties

Parameter	Waarde	Bijzonderheden
Leeftijd	34,2 ± 6 jaar (gemiddelde ± standaardafwijking)	onbekend in 14 casussen
Tijdsduur tot ontdekken perforatie	38 weken, variërend van dezelfde dag (2 casussen) tot 150 weken na insertie	onbekend in 17 casussen
Pariteit	17 casussen post partum, 1 nulligravida	onbekend in 11 casussen
Tijdstip van insertie post partum	5-6 weken: 5 casussen 6-8 weken: 5 casussen ≥9 weken: 6 casussen	onbekend in 12 casussen, niet van toepassing in 1 casus
Verwijdering IUD	Laparoscopisch: 9 casussen, procedure niet vermeld: 8 casussen	onbekend in 12 casussen

perforatie en het feit dat perforaties laat na insertie kunnen optreden of opgemerkt worden, vragen om oplettendheid bij het optreden van buikklachten en menstruatiestoornissen bij vrouwen die de Mirena gebruiken. Een perforatie van de uterus moet dan in de differentiële diagnose worden opgenomen.

#### Literatuur

- 1 De Graaf L, Van Grootheest AC. Meldingen aan Lareb over mogelijke systemische effecten bij gebruik van een hormoon bevattend IUD (Mirena). Tijdschr Huisartsgeneeskd 2002;19:134-7.
- 2 De Graaf L, Van Grootheest AC. Geven levonorgestrel-bevattende iud's een verhoogd risico van veneuze trombo-embolieën? Ned Tijdschr Obstet Gynaecol 2003;116:204-5.
- 3 Zakin D, Stern WZ, Rosenblatt R. Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices. I. Classification, complications, mechanism, incidence, and missing string. Obstet Gynecol Surv 1981;36:335-53.
- 4 Chen CP, Hsu TC, Wang W. Ileal penetration by a Multiload-Cu 375 intrauterine contraceptive device. A case report with review of the literature. Contraception 1998;58:295-304.
- 5 Zijlmans M, Van Vliet W, Schöls WA. Op zoek naar in de buikholte: laparoscopie bij een intra-abdominale levonorgestrel-houdende spiraal. Ned Tijdschr Obstet Gynaecol 2004;116:200-3.
- 6 Harrison-Woolrych M, Zhou L, Coulter D. Insertion of intrauterine devices: a comparison of experience with Mirena and Multiload Cu 375 during post-marketing monitoring in New Zealand. N Z Med J 2003;116:U538.
- 7 Zhou L, Harrison-Woolrych M, Coulter DM. Use of the New Zealand Intensive Medicines Monitoring Programme to study the levonorgestrel-releasing intrauterine device (Mirena). Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2003;12:371-7.
- 8 Andersson K, Ryde-Blomqvist E, Lindell K, Odling V, Milsom I. Perforations with intrauterine devices. Report from a Swedish survey. Contraception 1998;57:251-5.
- 9 Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D. Uterine perforation on intrauterine device insertion: is the incidence higher than previously reported? Contraception 2003;67:53-6.
- 10 Farmer M, Webb A. Intrauterine device insertion-related complications: can they be predicted? J Fam Plann Reprod Health Care 2003;29:227-31.
- 11 NHG. NHG-Standaard Het spiraaltje. <http://www.artsennet.nl> (Rubriek NHG-Standaarden); geraadpleegd op 4 november 2004.
- 12 IB tekst Mirena®. <http://www.cbg-meb.nl/IB-teksten/16681.pdf>, 2002; geraadpleegd op 5 januari 2004.

## Beschouwing

# Etnisch-cultureel verschillende patiënten op het spreekuur, maakt het wat uit?

Hans Harmsen, Marc Bruijnzeels

### Inleiding

Hoewel sinds eind jaren zestig van de vorige eeuw grote groepen migranten, destijds gastarbeiders genoemd, in ons land leven en

### Auteursgegevens

Instituut voor beleid en management gezondheidszorg Erasmus MC Rotterdam, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam; dr. J.A.M. Harmsen, huisarts; dr. M.A. Bruijnzeels, universitair hoofddocent.

Correspondentie: j.harmsen@erasmusmc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

duus van de zorg gebruikmaken, geeft dit pas de laatste jaren steeds meer stof tot discussie.

In 1982 schreef Dorrenboom als eerste huisarts over cultuurverschillen en afwijkende ziekteopvattingen waarmee hij in de praktijk te maken kreeg.<sup>1</sup> Tot midden jaren negentig bleef het onderwerp vrijwel onbesproken en werden incidenteel wetenschappelijke analyses uitgevoerd.<sup>2,3</sup> Ook maakten zowel artsen als patiënten steeds vaker melding van problemen in de onderlinge relatie.<sup>4,5</sup> Dat deze signalen nu pas naar voren komen, is niet alleen te verklaren uit de toename van het aantal allochtonen en het aantal landen van herkomst, maar ook vanuit veranderingen in