

Risico op veneuze trombo-embolie (VTE)

Oestrogenen in anticonceptiva, in Nederland meestal ethinyl-estradiol (EE), verhogen de stollingsneiging, maar altijd nog minder dan zwangerschap en kraambed dat doen. Sommige progestagenen in combinatieanticonceptiva zijn beter dan andere in het compenseren van dit effect:

- Combinatiepillen met EE en levonorgestrel of norethisteron of norgestimaat (tweede generatiepillen) geven het minste risico op veneuze trombo-embolie vergeleken met pillen met EE en desogestrel of gestodeen (derde generatiepillen).
- Het minste risico op veneuze trombo-embolie geeft 20 mcg EE in een tweede generatie combinatiepil, maar vaak treedt daarbij tussentijds bloedverlies op.
- Het is het veiligst om met EE 30/levonorgestrel 150 (bijv. Microgynon® 30) te beginnen. Bij klachten eventueel overgaan op een andere pil. Schakel het liefst eerst over naar een ander merk of een andere samenstelling, maar wel EE 30-35 met norethisteron, levonorgestrel of norgestimaat. Eventueel ook als driefasenpreparaat.
- 50 mcg EE samen met een tweede generatie progesteron brengt meer risico op veneuze trombo-embolie met zich mee dan 30 mcg EE met een derde generatie progestageen.
- Derde of vierde generatiepillen geven een hoger risico op veneuze trombo-embolie, namelijk ongeveer 7 incidenten per jaar per 10.000 vrouwen extra. De voordelen van de derde generatiepillen zijn niet overtuigend, de nadelen, hoewel zeldzaam, wel.
- De risico's van de pleister en de vaginale ring op VTE zijn ongeveer vergelijkbaar met de derde generatiepil.

Effectiviteit van verschillende anticonceptiemethoden

Bron: Trussell/Verkuyl, 2018

Methode	% onbedoelde zwangerschappen in eerste jaar in VS		% gebruikt na 1 jr. methode nog, VS	% FIR ^c Nederland, geschat
	Typisch gebruik	Perfect gebruik	<als tiener	> als tiener
Geen	85	85		
Spermiciden	21	16	42	30
Periodieke onthouding ^a	23	5	47	20-30
Coïtus interruptus	20	4	46	30
Vrouwencondoom	21	5	41	30
Mannencondoom	13	2	43	20
Pessarium	17	16	57	Onbekend
Combinatie pil en POP	7	0.3	67	30-40
Ring en Pleister	Vergelijkbaar	Vergelijkbaar	Waarschijnlijk <	Waarschijnlijk >
Prikpil	4	0.2	56	10-50
Koperspiraal	0.8	0.6	78	20-60
Hormoonspiraaltje	0.1	0.1	80 (NL waarsch >)	20-70
Implantatiestaafje	0.1	0.1	84 (NL waarsch <)	20-40
Ster. interval, en post-abortum	0.5	0.5	100	20-80
Ster. postpartum, en bij sectio	0.5	0.5	100	5-10
Vasectomie	0.15	0.1	100	15-50
LAM ^b	10	1.5 (over 6 maanden)	N.v.t.	20

^aKalender, thermometer, 'natuurlijke' methode, ook als een app; ^bLactatie Amenorrhoe Methode (LAM) als correct toegepast dan voor max. 6 maanden. ^cFailed Intention Rate (FIR) geeft een schatting over de kans dat een methode, indien na counselen verkozen, niet of niet op tijd gebruikt wordt. Bijvoorbeeld: patiënte verzekert de abortuskliniek dat zij snel voor een IUD/prikpil terugkomt of daarvoor naar de huisarts gaat: 50-70% doet dat uiteindelijk niet. Ook de kosten verbonden aan anticonceptie blijken een belangrijke FIR factor.

Volgens het Ethisch Comité van de FIGO (2011) hoort een toerekeningsvatbare zwangere met een 'voltooide' kindervens, lang voordat zij is uitgerekend gecounseld te worden over de optie van een tubaocclusie (TO) mocht de zwangerschap eindigen in een sectio. Een TO bij sectio is minstens zo betrouwbaar (en kan gratis) als een TO later. Daarnaast wordt de kans op toekomstig ovariumcarcinoom 25-30% kleiner. Wanneer de eileiders geheel worden verwijderd, wordt de kans op ovariumcarcinoom ongeveer gehalveerd.

Handige links

Farmacotherapeutisch kompas: www.farmacotherapeutischkompas.nl

Bijwerkingencentrum Lareb: www.lareb.nl

Voor het gesprek over anticonceptie met niet-Nederlandstalige vrouwen: www.zanzu.nl

De anticonceptiedraaischijf is een product uit het Impulsproject Preventie Ongewenste Tienerzwangerschappen (IPOT) van Rutgers, Fiom en Soa Aids Nederland, gefinancierd door het ministerie van VWS.

Medische Geschiktheidscriteria voor Anticonceptie

2019

Rutgers



Rutgers



De anticonceptiedraaischijf is een hulpmiddel voor een passend anticonceptieadvies. Op basis van de meest recente wetenschappelijke inzichten geeft de schijf aan of gebruik van een bepaalde methode voor vrouwen met een bekende of vermoedelijke medische aandoening verantwoord is.

De draaischijf geeft aanbevelingen voor vijf (groepen) methoden:

- Combinatie oestrogenen/progestagenen: pil; Evra pleister®; NuvaRing®
- Hormoonspiraal (LNG-IUS)
- Prikkpil (DMPA)
- Progestageen: Implanon NXT®; Progestageen only pil (Desogestrel 0,075 mg)
- Koperspiraal (Cu-IUD), liefst ≥ 380 mm² koper

De cijfers die door het kijkvenster zichtbaar zijn representeren de WHO-categorieën die aangeven of de methode gebruikt kan worden door een vrouw met die aandoening, soms met voetnoten verwijzend naar de achterkant van de schijf. Op de achterzijde van de schijf staan ook medische aandoeningen die in principe goed te combineren zijn met alle methoden.

De categorieën zijn:

- Geen beperkingen voor gebruik van deze methode**
- De voordelen wegen op tegen mogelijke nadelen**
- Meer nadelen dan voordelen. Voorschrijven alleen indien er geen alternatief is, of wanneer het alternatief onacceptabel is**
- Niet voorschrijven**

De categorieën 1 en 4 zijn duidelijk, voor 2 en 3 is meer medisch inzicht nodig en mogelijk ook een intensievere nacontrole. Zwangerschappen zijn ook niet zonder risico (zie volgende pagina). Het kan zijn dat bij bepaalde aandoeningen een zwangerschap ernstiger risico's met zich meebrengt dan het gebruik van een betrouwbare anticonceptiemethode. Deze risico's moeten tegen elkaar afgewogen worden alvorens een minder betrouwbare anticonceptiemethode te adviseren.

Of een anticonceptivum bij een vrouw past hangt niet alleen af van haar medische situatie, maar ook van persoonlijke wensen en overtuigingen, levensstijl, of zij de methode effectief kan gebruiken, of zij een kindwens heeft en op welke termijn zij kinderen zou willen. Om deze factoren te inventariseren is een handige vragenlijst beschikbaar¹, die vrouwen voorafgaand aan het gesprek kunnen invullen.

Deze envelop bevat verder adviezen bij anticonceptiecounseling, informatie over risico's bij gebruik van bepaalde anticonceptiva, maar ook van zwangerschap in bepaalde situaties. Op de achterzijde is een tabel opgenomen met voornamelijk VS-cijfers over de kans op onbedoelde zwangerschappen en ook de waarschijnlijkheid van vroegtijdig stoppen of niet op tijd starten met een specifieke anticonceptiemethode.

De anticonceptiedraaischijf is gebaseerd op de WHO Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use Wheel uit 2008, met actuele inzichten uit het Family Planning Handbook WHO 2018 en Contraceptive Technology (Hatcher 2018). Voor deze Nederlandse productie is tevens gebruik gemaakt van de NHG-Standaard voor Anticonceptie (2011), de CDC-richtlijnen (2017), de Mobile App for WHO's Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (2018), de UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (UK MEC, 2017) en de meest recente literatuur. Het product is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met dr. D.A.A. Verkuyl, Gynaecoloog, FRCOG n.p. Alle redelijke voorzorgsmaatregelen zijn genomen om te zorgen dat de informatie correct was op het moment van verschijnen. Hieruit vloeit geen juridische verantwoordelijkheid voort.

¹ Scheurblok met een pre-consult vragenlijst anticonceptie: www.rutgers.nl/preventie-tienerzwangerschap. Bijgeleverd wordt een gesprekskaart met mogelijke opvattingen die kunnen spelen over anticonceptiemethoden.



Situaties waarin het van extra belang is een onbedoelde zwangerschap te voorkomen

Er zijn situaties waarin een zwangerschap ernstige risico's met zich mee kan gaan brengen voor moeder en/of kind. Het is van belang dat een zwangerschap in samenspraak met en onder begeleiding van professionals ontstaat en verloopt.

Risicovol voor het kind

Medicijngebruik door de moeder: anti-epileptica (adviseer altijd foliumzuur): fenytoïne, topiramate, carbamazepine-achtigen, valproaat (10% kans congenitale afwijkingen, 30-40% op ontwikkelings- of gedragsproblemen), mogelijk ook bij gebruik van levetiracetam en lamotrigine.

Overige medicatie met bekend risico voor het kind tijdens zwangerschap: opioïden; sulfasalazine; retinoïden; lithium; cumarinederivaten; cytostatica; mogelijk HIV-remmer Dolutegravir; ioniserende diagnostica of medicatie.

Medicijngebruik door de verwekker: methotrexaat of mycofenolaatmofetil (bijv. na orgaantransplantatie of bij reuma) kan congenitale afwijkingen veroorzaken.

Aandoeningen van de moeder: instabiele diabetes, tekort aan foliumzuur, hiv (tenzij er duurzame virologische onderdrukking bereikt is), ernstige psychiatrische afwijkingen, alcohol/drugs/nicotine misbruik, verstandelijke beperkingen, beide partners drager van dezelfde serieuze recessieve mutatie, of een a priori verhoogde kans daarop (bijvoorbeeld sikkelcel, taaislijmziekte, thalassemie).

Vlak na een bevalling of sectio: zwangerschap minder dan 1 jaar na een vaginale bevalling of 1,5 jaar na een sectio is niet verstandig, vanwege het risico op vroeggeboorte en perinatale sterfte, respectievelijk littekenruptuur.

Risicovol voor de vrouw

Aandoeningen en omstandigheden waarbij een zwangerschap extra risico's met zich meebrengt of waarbij de aandoening verergert: Systemische lupus erythematodes (SLE) (bij - niet uitgesloten - aanwezigheid van antifosfolipiden alleen Cu-IUD, tubaocclusie of vasectomie, maar bij ernstige trombocytopenie hormoon-IUD=2), maligniteit, tuberculose, cardiomyopathie en andere ernstige hartafwijkingen, ernstige diabetes met vaatafwijkingen en/of langer dan 20 jaar bestaand, hiv/aids, binnen 1,5 jaar na bariatrische chirurgie, ernstige hypertensie, sikkelcelanemie, stollingsafwijkingen, ernstige cirrose, schistosomiasis met leverfibrose, na orgaantransplantatie, cerebrovasculair accident (CVA), 2 of meer sectio's in anamnese.



Zwanger?

Voor het starten met een anticonceptivum is het belangrijk om te bepalen of de vrouw zwanger is of kan zijn. Houd er rekening mee dat eventuele heel vroeg gebruikte zwangerschapstesten niet altijd betrouwbaar zijn. Men kan ervan uitgaan dat de vrouw niet zwanger is:

- binnen 4 weken na een bevalling;
- binnen 6 maanden na bevalling bij volledige borstvoeding en er nog geen bloeding is geweest;
- als er een miskraam of APLA plaatsvond in de laatste 10 dagen;
- als de menstruatie in de laatste 7 dagen begon;
- als er sinds de bovengenoemde situaties geen relevante vorm van seksuele activiteit plaatsvond of er een betrouwbare methode consistent en correct is gebruikt;
- tot 15 weken na laatste prikkpil.

Er zijn geen complicaties bekend als onverhoopt gestart wordt met de pil, ring, pleister, prikkpil, progestageen only pil of hormoonstaafje terwijl de vrouw al zwanger is.

Wanneer starten en wanneer beschermd?

Als vastgesteld is dat de vrouw niet zwanger kan zijn, kan op elk moment met alle hormonale anticonceptiva worden gestart.

- Bij starten op dag 1-5 van de cyclus is er direct bescherming tegen zwangerschap.
- Als niet op de eerste 1-5 dagen van de menstruatie is gestart dan is er pas bescherming na 7 aaneengesloten dagen correct gebruik van het middel.
- Een koperspiraal geeft altijd direct bescherming en ook nog met terugwerkende kracht voor 5 dagen, en kan desgewenst 10 jaar blijven zitten.
- Na gebruik van een morning-afterpil met ulipristal niet binnen 5 dagen met progestageen bevattende anticonceptie starten, want dat antagoniseert de werking van deze morning-afterpil. Adviseer de eerste week abstinentie of condoomgebruik.

Morning-aftermethoden

Een koperspiraal kan nog geplaatst worden tot en met 5 dagen na vroegste schatting van ovulatie en/of tot en met 5 dagen na de onbeschermd seks. Na een morning-afterpil met 1.5 mg levonorgestrel (LNG) of 30 mg ulipristal (werkt i.t.t. LNG tot 5 dagen na incident) blijken vrouwen vaker zwanger dan na koperspiraal-noodinsertie. Hoe eerder een morning-afterpil geslikt, des te effectiever. Er zijn geen contra-indicaties bekend voor morning-afterpillen. Informeer bij gebruik van morning-afterpillen, dat de ovulatie misschien later komt: abstinentie of nauwgezet condoomgebruik tot de volgende menstruatie is het advies.

Veel medische condities kunnen gecombineerd worden met alle methoden (Categorie 1 of 2)

Depressie; Spataderen/oppervlakkige tromboflebitis; Schilkklier afw.; Taaislijmziekte	Anemie incl. malaria, sikkel cel, thalassemie of >menstruaties: echter Cu-IUD = 2-3	Antibioticagebruik (Rifampicine enige uitzondering, maakt pil onbetrouwbaarder); zie "Farmaceutische Interacties"
Na bariatrische chirurgie (Cave verminderde absorptie van orale anticonceptiva)	Anamnestichek bekkenchirurgie incl. sectio en EUG; Ongecompliceerde hartklep afw.	Verhoogd risico op HIV, DMPA maakt iets HIV ontvankelijker, Asymptomatische of milde HIV
Ovaria: goedaardige zwellingen; echter bij BRCA1/2 liefst de (prik)pil of LAM (niet ovuleren beschermt iets) en later salpingectomie	Virale hepatitis (chronisch of drager); Post cholecystectomie; Lichte cirrose, bij ernstige cirrose hormonale middelen = 3/4	Lichte cirrose. Ernstige cirrose hormonale middelen = 3/4, CU IUD=1
Mamma: goedaardige zwellingen; bij BRCA1/2 liever geen oest en/of prog. LAM beschermt tegen mamma	Sporadische menstruaties (bij PCO bij voorkeur hormoonspiraal of DMPA, anders minstens elke 3-4 maanden onttrekkingsbloeding opwekken)	TB (mogelijk minder TB-weerstand met DMPA); Geen IUD als TB in het bekken: maar zie Rifampicine
Chronisch vermoeidheidssyndroom/fibromyalgie/ME; Lyme; Zika; Schistosomiasis (Bilharzia)	Na miskraam/abortus maar bij infectie geen IUD; NB Uitstellen gewenste zwchap na miskr. – zelden medisch geïndiceerd	Chirurgie zonder lange immobilisatie; Anamnese EUG; Anamnese zwangerschapsdiabetes (controleer na paar jaar nog eens)
Rumatoïde artritis zonder immunosuppressiva behandeling (als wel DMPA = 2-3)		

Voetnoten bij condities

- A IUD kan evt. direct na placenta = 1-2, maar >expulsies, 2d tot 4w pp = 3
- B Als niet zwanger geweest na eerdere PID dan IUD = 2
- C Of andere oorzaken van mucopurulente cervicitis
- D Als tijdens gebruik spiraal ontstaat, kan IUD bij intensieve therapie meestal in situ blijven
- E Verhoogd SOA-risico incl. HIV, adviseer condoomgebruik, DMPA geeft wat >HIV-vatbaarheid
- F Bij waarschijnlijke blootstelling aan gonorrhoe of chlamydia = 3
- G HIV-remmers algemeen = 1-2, Efavirenz geeft effectiviteit staafje maar werkt dan nog altijd veel beter dan alle andere methoden behalve IUD en ster. Liefst LARC evt. ster. want anders, bij onregelmatig slikken, >onbedoelde zwchap en >viremie en daarom vaker verticale HIV-infecties
- H Ziek ondanks HIV-remmers dan insertie = 3
- J Hoe >BMI hoe >endogene oest. des te >kans op toekomstig endometriuma, dus indicatie voor prog. (ook bij PCO): meestal verstandigst hormoonspiraal
- K RR controleren voor eerste recept oest/prog comb. (controleer later nog eens, zeker met pre-eclampsie in anamnese). Als RR behandeld wordt valt zij toch in categorie van voor medicatie
- L Combinaties van: hogere leeftijd, roken, diabetes, >RR, >BMI, dyslipidemie dan DMPA/pil = 3/4, hormoonspiraal/staafje = 2
- M Aura vraag: "Hebt u hoofdpijn in aanvallen met vooraf (soms) visuele verschijnselen zoals flitsen, zigzagjes, een deel van het beeld missen of gevoelsstoornissen aan één kant?" Als ontstaat op hormoonIUD of staafje dan worden deze 3
- N Migraine zonder aura en <35 jr. oest/prog comb. = 2, als ≥35 jr. oest/prog = 3, DMPA, staafje en hormoonspiraal = 2
- P CYP3A4-enzyminductoren, snelle pilafbraak effect nog aanwezig tot maand na stoppen medicatie, evt. 50mcg pil voorschrijven. Zelfde geldt voor sint-janskruid
- Q Fenytoïne, carbamazepinen, barbituraten, primidon, topiramaat = 3. Ook 3 met lamotrigine, want oest/prog laat lamotrigine-spiegel flink zakken. POP met lamotrigine = 1
R Als ziek/malaise = 3
- S Cavum ernstig misvormd Cu-IUD = 4, endometriose Cu-IUD = 3 want mogelijk nog >dysmenorroe. Door hormoonspiraal (en DMPA) <(zware) menstruaties dan <pijn en <anemie, voorkomt dan nogal eens hysterectomie of andere ingreep
- T Als >45 jaar = 2 (want wellicht te <bot-heropbouw voor de menopauze)
- U Als adequaat ontsteld = 2. Waarschijnlijk tromboserisico van ring/pleister net zo groot als derde generatie pil
- V Staafje = 2; Progestageen pil = 3; Voor beiden geldt lamotrigine = 1
- W Als tiener tevreden na Cu-IUD als noodanticonceptie (zie envelop), koper IUD = 1; Na, niet-septische, miskraam of APLA hormoonspiraal en Cu-IUD = 1
- X Staafje = 3; Progestageen pil = 2
- Y Borstvoeding = 2. Voor bijv. tienermoeder met >kans op recidief, bij ontslag staafje goede optie
- Z Grote individuele – ook perceptie – verschillen. DMPA heeft correlatie met >gewicht, voor – jonge – vrouwen vaak een reden te stoppen. Cu-IUD niet >gewicht, LNG-IUS en staafje niets of minimaal, comb. oest/prog wel iets: BMI≥35 oest/prog = 3
- α In een researchsetting wellicht wel gecombineerd met Tamoxifen
- β Cholestase in zwchap gehad pil = 2, overigen = 1. Anamnestichek cholestase op pil dan oest/prog = 3, LNG-IUS, staafje en POP = 2, Cu-IUD = 1
- λ Er is epidemiol. bewijs dat koper HPV remt, terwijl oest-prog stimuleert op >duur
- π Vaak, als cyclische hoofdpijn of dysmenorroe, verbetering als geen pauze in pil-, pleister- of ringgebruik (4 weken gebruik dan direct nieuwe ring)
- ρ Oest/prog bij septische abortus wel een optie als niet geïmmobiliseerd.
- & Insertie bij ≥43 jaar, kan paar jaar langer in situ blijven als geen klachten. Bij lastige perimenopauzale klachten goed te combineren met oestrogeensuppletie
- § ≥6 maanden = 2
- @ Als postpartum zonder borstv., oest/prog = 4, anderen = 1, na 6w oest/prog = 1
- £ Comb. oest/prog ≥15 sig. = 4, en <15 sig. = 3
- € NB, >rooksters gebruiken jaren zonder nieuw recept de pil en zijn intussen ≥35 jr.
- ✧ Diabetes met vaat/nier afw. of >20jr. bestaand, oest/prog = 3, CU-IUD = 1, anderen = 2

Er bestaan ook situaties waarbij het extra belangrijk is onbedoelde zwangerschappen te voorkomen (zie envelop)

Combinatie oestrogenen/progestagenen: Pil, Ring, Pleister

Hormoonspiraaltje (LNG-IUS)

Prikpil (DMPA)

Implantatiestaafje; Progestageen only pil (POP)

Koper IUD

Combinatie oestrogenen/progestagenen: Pil, Ring, Pleister

Hormoonspiraaltje (LNG-IUS)

Prikpil (DMPA)

Implantatiestaafje; Progestageen only pil (POP)

Koper IUD

Medische Geschiktheidscriteria voor Anticonceptie 2019

Categorie

- 1 Geen beperkingen methode
- 2 Voordelen wegen op tegen mogelijke nadelen
- 3 Nadelen wegen op tegen voordelen tenzij geen alternatief, of alternatief onacceptabel
- 4 Niet voorschrijven

Rutgers

