

MedNet
Vergoort je medische vakanties

Regionale nascholing
BLOEDSERIEUZE ONDERWERPEN

ANTI<CONCEPTIE STOLLING
IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

3 accreditatie punten

<datum & plaats invoegen>

Spreker 1
Spreker 2

Deze bijeenkomst wordt mogelijk gemaakt door:

BAYER

MedNet is onderdeel van Springer Healthcare

Agenda

- 18.30 Inleiding, voorstellen
- 18.45 NOAC's in de huisartsenpraktijk: Focus op antistolling bij non-valvulair atriumfibrilleren
- 20.15 Pauze
- 20.30 Mythes, barrières en nieuwe ontwikkelingen in intra-uterine anticonceptie
- 21.30 Einde

MedNet

2 2

Maar nu eerst

Wat hoopt u vanavond te horen en te leren?

MedNet

3 3

Praktisch

- Uw accreditatie wordt verwerkt in PE Online als u de hele cursus heeft gevolgd
- Een bewijs van deelname kunt u vragen aan de host
- U ontvangt via e-mail een evaluatieformulier
- De presentatie wordt (na 12-12) beschikbaar gesteld via het archief op www.mednet.nl/anti2019
- Fijn als uw telefoon op 'stil' mag staan

MedNet

4 4

MedNet
Vergoort je medische vakanties

Regionale nascholing
BLOEDSERIEUZE ONDERWERPEN

ANTI<CONCEPTIE STOLLING
IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

3 accreditatie punten

NOAC's in de huisartsenpraktijk

Focus op antistolling bij non-valvulair atriumfibrilleren

Deze bijeenkomst wordt mogelijk gemaakt door:

BAYER

MedNet is onderdeel van Springer Healthcare

PP-XAR-NL-0203-1

Disclosures <spreker 1>

Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties	Bedrijfsnamen
Sponsoring of onderzoeksgeld	
Honorarium of andere (financiële) vergoeding	
Aandeelhouder	
Andere relatie, namelijk	

MedNet

6 6

Wat komt aan bod?

Casuïstiek
Atriumfibrilleren
Antistolling algemeen
NOAC's
Specifieke patiëntenpopulaties
Voorkeur van de patiënt
(Uw) Vragen & antwoorden

MedNet

7

Casus - 1999

Het is 1999 en mevrouw Jansen komt bij u op het spreekuur met hartkloppingen en kortademigheid. Zij is 67 jaar oud en bekend met DM en hypertensie (140/90). Zij gebruikt enalapril. GFR 67 ml/min, TSH normaal, verder geen bijzonderheden

U constateert atriumfibrilleren. Wat zou uw beleid geweest zijn in 1999 met betrekking tot antistolling?

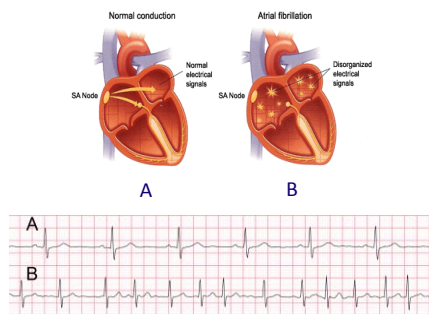
- Niets
- Instellen op vitamine K antagonist (VKA) en naar de trombosedienst?
- Doorsturen naar cardioloog voor controle onderliggend lijden?

En wat zou u vandaag de dag doen?

MedNet

8

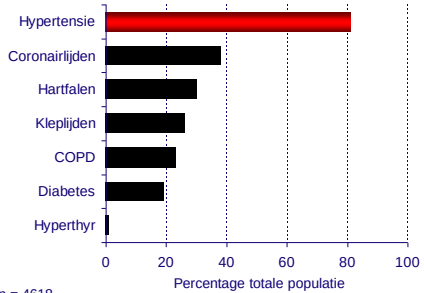
Atriumfibrilleren - Ziektebeeld



MedNet

9

Atriumfibrilleren - Veel geassocieerde ziekten



n = 4618

Percentage totale populatie

MedNet

Miyasaka et al. Circulation. 2006;114:119-125.

10

Atriumfibrilleren - Risico CVA en leeftijd

Vier behandelpeilers

1. CVRM
2. Ritme-controle
3. Rate-controle
4. **Beroertepreventie**

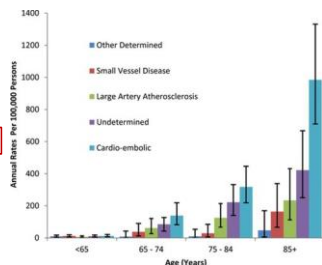


Figure 3. Age-specific incidence rates for all ischemic stroke subtypes in Adelaide (2009-2010).

MedNet

Leyden JM, et al. Stroke. 2013; 44(5): 1226-31.

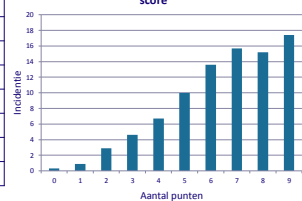
11

Atriumfibrilleren - Beroertepreventie

Inschatting risico CVA op basis van CHA2DS2-VASc score

Risk factor	Points
Congestive Heart Failure	1
Hypertension	1
Age (>75 years)	2
Diabetes mellitus	1
Stroke/TIA	2
Vascular disease	1
Age (65-75 years)	1
Sex category (female)	1

Incidentie van beroerte per CHA₂DS₂-VASc score



MedNet

Friberg et al. European Heart Journal 2012; 33: 1500-1510. Lip et al. CHEST 2010; 37(2):263-272.

12

Atriumfibrilleren - Effect antistolling

Een vrouw met AF is 76 jaar. Ze heeft hartfalen en hypertensie.

Haar CHA₂DS₂-VASc score is 5.

Haar risico op een CVA zonder antistolling is 10% per jaar

Medicatie verlaagd risico naar

Aspirine → 6-7% per jaar

VKA → 3-4% per jaar

NOAC → 2-3% per jaar

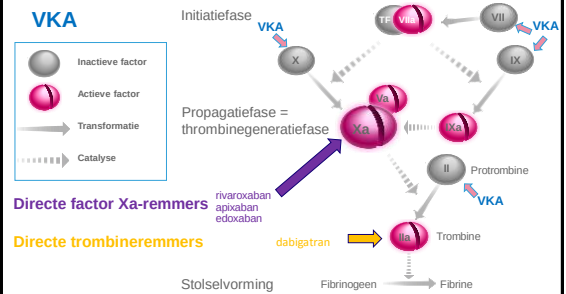


MedNet

Kirchhof P, et al. Eur Heart J. 2016; 37(38): 2893-962. Friberg et al. European Heart Journal 2012; 33: 1505-1510

13

Antistolling - Stollingscascade



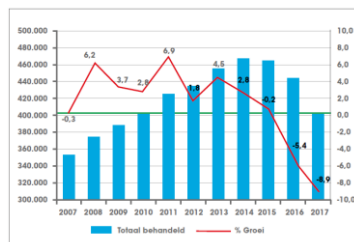
MedNet

Adapted from: Alex C Spyropoulos, Expert Opinion on Investigational Drugs 2007; 16:4, 431-440.

14

Antistolling - Prescriptie in Nederland

Figuur 1 Totaal behandelde patiënten (N=49 trombosediensten)
De linker Y-as geeft het totaal aantal behandelde patiënten weer en de rechter Y-as het percentage groei hiervan t.o.v. het jaar ervoor.



- Sinds de komst van de NOAC's neemt het aantal VKA-patiënten af
- In toenemende mate vanaf het moment dat huisartsen NOAC's mogen initiëren

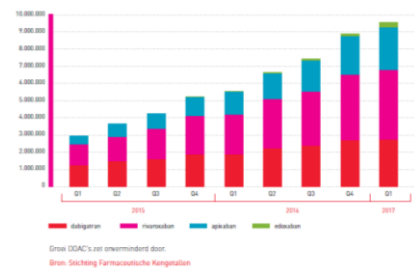
MedNet

<http://www.fnt.nl/algemeen/jaarverslagen.html>

15

Antistolling - Prescriptie in Nederland

2.3 Ontwikkeling gebruik directe orale anticoagulantia (DOAC) in DO's (2015-Q1 2017)

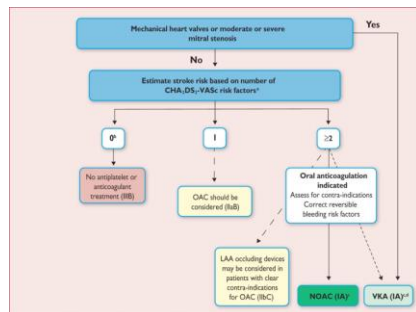


MedNet

SFK Data en feiten 2017: Het jaar 2016 in cijfers

16

Antistolling - Richtlijnen (ESC)



MedNet

Kirchhof P, et al. Eur Heart J. 2016; 37(38): 2893-962

17

Antistolling - Richtlijnen (NHG)

- VKA's en DOAC's zijn gelijkwaardig
- NOAC overwegen als:
 - Voldoende nierfunctie
 - o eGFR bij voorkeur > 45 ml/min, maar ten minste 30 ml/min
 - o Jaarlijks controleren!
 - Patiënt kent belang van therapietrouw
 - Motivatie én cognitieve vermogens hiervoor
 - Drie/vier weken na start controle consult

MedNet

Van den Donk M, et al. Huisarts en Wetenschap. 2016; 59(9): 406-9.

18

Antistolling - Verschillen NOAC's vs VKA's

NOAC's¹⁻⁴

- Snelle werking (1-4 uur)
- Weinig medicijninteracties
- Geen voedselinteracties
- Bij start en jaarlijks GFR, verder geen controles nodig
- Na staken effect snel verdwenen

VKA's^{5, 6}

- Langzame werking (36-72 uur)
- Veel medicijninteracties
- Interacties vit K-rijke voeding
- Frequentie INR-controles nodig (trombosedienst)
- Na staken houdt effect lang aan

MedNet

1. Vigorende SnrPC rivaroxaban; 2. Vigorende SnrPC apixaban; 3. Vigorende SnrPC edoxaban; 4. Vigorende SnrPC dabigatran; 5. Vigorende SnrPC acenocoumarol; 6. Vigorende SnrPC fenprocoumon. (www.ema.europa.eu)

19

NOAC's - Indicaties¹⁻⁴

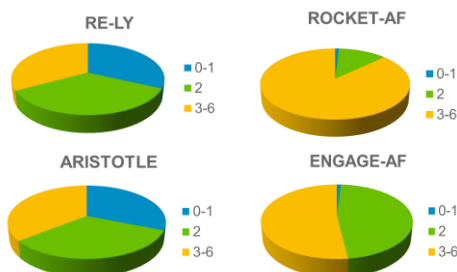
		Dabigatran (Pradaxa®)	Rivaroxaban (Xarelto®)	Apixaban (Eliquis®)	Edoxaban (Lixiana®)
TKP/THP		✓	✓	✓	✗
VTE (PE/DVT)		✓	✓	✓	✓
AF		✓	✓	✓	✓
ACS		✗	✓	✗	✗
CHZ/PAV		✗	✓	✗	✗

MedNet

1. Vigorende SnrPC rivaroxaban; 2. Vigorende SnrPC apixaban; 3. Vigorende SnrPC edoxaban; 4. Vigorende SnrPC dabigatran; 5. Vigorende SnrPC acenocoumarol; 6. Vigorende SnrPC fenprocoumon. (www.ema.europa.eu)

20

NOAC's - Studies niet te vergelijken



MedNet

1. Patel MR et al. N Engl J Med. 2011;365(10):883-891; 2. Granger CB et al. N Engl J Med. 2011;365(11):983-992; 3. Gopalan RP et al. N Engl J Med. 2011;365(22):2093-2104; 4. Connolly SJ et al. N Engl J Med. 2009;361(12):1139-1151; 5. Ezekowitz JW et al. Circulation. 2011;123(23):2363-2372.

21

NOAC's - Meta-analyse fase III-studies

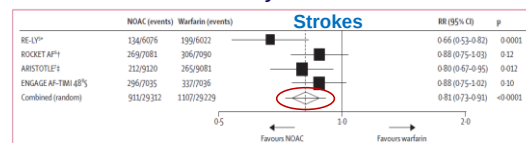


Figure 1: Stroke or systemic embolic events. Data are n/N, unless otherwise indicated. Heterogeneity: $I^2=4.7\%$; $p=0.13$. NOAC=new oral anticoagulant. RR=risk ratio. *Dabigatran 150 mg twice daily; Rivaroxaban 20 mg once daily; Apixaban 5 mg twice daily; Edoxaban 60 mg once daily.

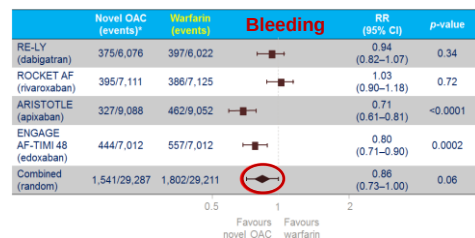
- Er zijn geen direct vergelijkende studies tussen NOAC's onderling
- Directe vergelijkingen tussen NOAC's is niet goed mogelijk vanwege onder andere verschillen tussen de onderzochte patiëntengroepen in de studies

MedNet

Ruff CT et al. Lancet 2014; 383: 955-62.

22

NOAC's - Meta-analyse fase III-studies



Heterogeneity: $P=83\%$; $p=0.001$. Different risk profiles

*Novel OAC doses as follows: Dabigatran 150 mg BID, Rivaroxaban 20 mg OD, Apixaban 5 mg BID, Edoxaban 60 mg OD

MedNet

1. Patel MR et al. N Engl J Med. 2011;365(10):883-891; 2. Granger CB et al. N Engl J Med. 2011;365(11):983-992; 3. Gopalan RP et al. N Engl J Med. 2011;365(22):2093-2104; 4. Connolly SJ et al. N Engl J Med. 2009;361(12):1139-1151; 5. Ezekowitz JW et al. Circulation. 2011;123(23):2363-2372.

23

NOAC's - Overall resultaten vs VKA

- Mortaliteit: 10% reductie
- CVATE: 19% reductie
- Majeure bloedingen: 14% reductie
- Intracraniele bloeding: 52% reductie

MedNet

Ruff CT et al. Lancet 2014; 383: 955-62.

24

Casus - 20 jaar later 2019

Het is 2019 en mevrouw Jansen komt bij u op het spreekuur met hartkloppingen en kortademigheid. Zij is 87 jaar oud, maar nog goed bij de tijd. Ze is bekend met DM en hypertensie en gebruikt Glucient 500 mg 1dd en perindopril 8 mg 1dd. GFR 47 ml/min, goede HbA1c, verder geen bijzonderheden.

U constateert atriumfibrilleren. Wat is uw beleid met betrekking tot antistolling?

- Niets
- Instellen op vitamine K antagonist (VKA) en naar de trombosedienst?
- Doorsturen naar de cardioloog voor controle onderliggend lijden?
- Instellen op een NOAC? Zelf of via de cardioloog?

En als u voor een NOAC kiest. Welke dan en welke dosering?

MedNet

25

NOAC's – Doseringen bij non-valvulair AF

NOAC dosis	Reductiefactor(en)	Dosisreductie
Dabigatran 2 dd 150 mg	Leeftijd > 80 jaar en/of verapamil Overweeg dosisreductie bij 1 van onderstaande factoren • Leeftijd 75-80 jaar • CrCl 30-50 ml/min • Oesofagitis, gastro-oesofageale reflux, gastritis • Verhoogd risico op bloedingen	2 dd 110 mg
Rivaroxaban 1 dd 20 mg	eGFR 15-49 ml/min	1 dd 15 mg
Apixaban 2 dd 5 mg	eGFR 15-29 ml/min of 2 van 3 onderstaande factoren Serumcreat ≥ 133 $\mu\text{mol/l}$, gewicht ≤ 60 kg, leeftijd ≥ 80 jr	2 dd 2,5 mg
Edoxaban 1 dd 60 mg	eGFR 15-49 ml/min Gewicht ≤ 60 kg Sterke P-gp-remmer ^a	1 dd 30 mg

^a o.a. ciclosporine, dronedarone, erythromycine, ketoconazol

MedNet SMP's, geraadpleegd 5-12-2017

26

NOAC's - Lab-bepalingen

- Geen routinematige controle op stollingswaardes¹⁻⁴
- Nierfunctie bepalen (bij aanvang en daarna jaarlijks)
- Leverfunctie voor starten bepalen bij:
 - Edoxaban³
 - Apixaban⁴
- Indien edoxaban >1 jaar wordt gebruikt, periodieke controle leverfunctie⁴

MedNet

1. SMP's tekst rivaroxaban, geraadpleegd 08/02/2018. 2. SMP's tekst dabigatran, geraadpleegd 08/02/2018. 3. SMP's tekst edoxaban, geraadpleegd 08/02/2018. 4. SMP's tekst apixaban, geraadpleegd 08/02/2018

27

NOAC's - Wat te doen bij ingrepen?

Ingrenen met een laag bloedingrisico → **DOAC niet stoppen**

- Behandeling door mondhygiënist
- Tandheelkundige ingrepen: extractie van 1-3 tanden of kiezen, operatieve verstandskies verwijdering, parodontale behandelingen, operatieve wortelkanaalbehandelingen, abcesincisie, plaatsen van implantaten
- Kleine dermatologische excisies
- Cataract en glaucoomoperatie, indien GEEN retrobulbaire anesthesie wordt toegepast
- Iedere ingreep waarbij goede lokale hemostasemaatregelen mogelijk zijn

MedNet

Werkgroep NOAC's van de wetenschappelijke verenigingen en Orde van Medisch Specialisten. Leidraad begeleiding introductie nieuwe orale antistollingsmiddelen. Utrecht: Orde van Medisch Specialisten; 2012.

28

NOAC's - Wat te doen bij ingrepen?

Ingrenen met een hoog bloedingrisico → **DOAC stoppen**

- Hartchirurgie (inclusief pericardiale ingrepen)
- Inbrengen van pacemakers of defibrillatoren
- Neurochirurgische ingrepen (intracerebraal, intraspiniaal of epiduraal)
- Grote herniaoperaties
- Grote buikchirurgie
- Chirurgie met uitgebreide weefseldestructie: maligniteit, gewrichtsartroplastiek of reconstructieve plastische ingreep
- Grote urologische ingrepen
- Vaatheelkundige ingrepen
- Colonoscopie met verwijdering van grote poliepen
- Radiologische puncties en/of stenting zonder goede hemostase-mogelijkheid na ingreep

MedNet

Werkgroep NOAC's van de wetenschappelijke verenigingen en Orde van Medisch Specialisten. Leidraad begeleiding introductie nieuwe orale antistollingsmiddelen. Utrecht: Orde van Medisch Specialisten; 2012.

29

NOAC's - Hoe lang stoppen?

Timing van de laatste inname van non-vitamine K-antagonist oraal anticoagulans voor het starten van een electieve ingreep

	dabigatran		apixaban, edoxaban, rivaroxaban	
	geen belangrijk bloedingsrisico aanwezig en/of adequate lokale hemostase mogelijk uitvoeren op dalspiegel (d.w.z. 12 uur of 24 uur na de laatste inname)			
	laag risico	hoog risico	laag risico	hoog risico
CrCl ≥ 80 ml/min	≥ 24 uur	≥ 48 uur	≥ 24 uur	≥ 48 uur
CrCl 50-79 ml/min	≥ 36 uur	≥ 72 uur	≥ 24 uur	≥ 48 uur
CrCl 30-49 ml/min	≥ 48 uur	≥ 96 uur	≥ 24 uur	≥ 48 uur
CrCl 15-29 ml/min	niet geïndiceerd	niet geïndiceerd	≥ 36 uur	≥ 48 uur
CrCl < 15 ml/min	geen officiële indicatie voor gebruik (contra-indicatie)			

MedNet

Stefel J, Vanharne P, Popara TS, Albaladejo P, Antz M, Desghele L, et al. ESC Scientific Document Group. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. Eur Heart J. 2018;39(18):1330-58. doi: 10.1093/eurheartj/ehy136.

30

NOAC's - Omgaan met bloedingen

Milde bloeding

- Mechanische compressie
- Uitstel volgende dosis
- Heroerverweeg co-medicatie (TAR's)

Matige (ernstige) of levensbedreigende bloeding

- Insturen naar ziekenhuis

MedNet

Werkgroep NOACs van de wetenschappelijke verenigingen en Orde van Medisch Specialist. Leidraad begeleidt introducie nieuwe orale antistollingsmiddelen. Utrecht: Orde van Medisch Specialist; 2012.

31

Casus - Wel of geen NOAC

Mevrouw Bredius is 78 jaar en komt op het spreekuur met pijn op de borst. Niet inspanningsgebonden, wel kortademig, hartkloppingen en opgejaagd gevoel. VG: hypertensie waarvoor amlodipine 1 dd 15 mg, verder blanco. Lichamelijk onderzoek: RR 145/80, pols 97 irr., hart en longen gb, eGFR 52 ml/min.

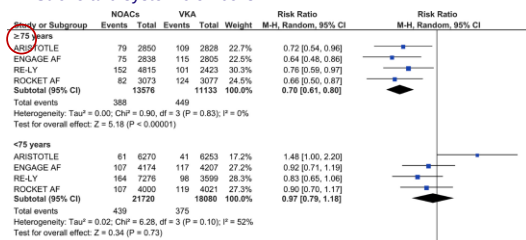
U constateert atriumfibrilleren. Geeft u deze patiënt een NOAC? Waarom wel, waarom niet? Wat zijn uw overwegingen?

MedNet

32

Specifieke patiëntenpopulaties

Stroke and systemic embolism



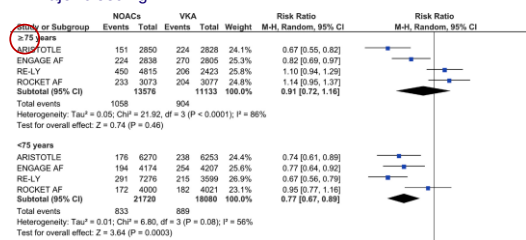
MedNet

Caldeira D, et al. Arch Gerontol Geriatr. 2018; 81: 209-14.

34

Specifieke patiëntenpopulaties

Major bleeding



MedNet

Caldeira D, et al. Arch Gerontol Geriatr. 2018; 81: 209-14.

35

Specifieke patiëntenpopulaties

CHA ₂ DS ₂ -VASc risk factor	Points
Concomitant heart failure	+1
Signs/symptoms of heart failure or objective evidence of reduced left-ventricular ejection fraction	
Hypertension	+1
Rising blood pressure >140/90 mmHg on at least two occasions or current antihypertensive treatment	
Age 75 years or older	+2
Diabetes mellitus	+1
Fasting glucose >125 mg/dL (7 mmol/L) or treatment with oral hypoglycaemic agent and/or insulin	
Previous stroke, transient ischaemic attack, or thromboembolism	+2
Vascular disease	+1
Previous myocardial infarction, peripheral artery disease, or aortic plaque	
Age 65-74 years	+1
Sex category (female)	+1

Ischaemisch risico drijft ook bloedingsrisico

(CHAD₂S₂-VASc1 and HAS-BLED₂)

Letter	Clinical Characteristics	Points Awarded
H	Hypertension	1
A	Abnormal renal and liver function (1 point each)	1 or 2
S	Stroke	1
B	Bleeding	1
V	Labile INR	1
E	Elderly	1
D	Drugs or alcohol (1 point each)	1 or 2

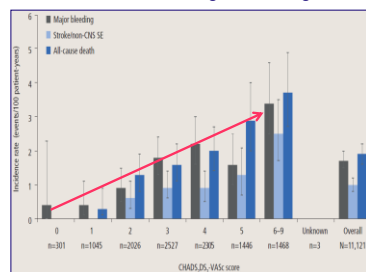
MedNet

1. Kirchhof P, et al. Eur Heart J. 2016; 37(38): 2893-962. 2. Pisters R, et al. Chest. 2010; 138(5): 1093-100.

37

Specifieke patiëntenpopulaties

Hoger ischaemisch risico = hoger bloedingsrisico



MedNet

Kirchhof P, et al. Eur Heart J. 2017; 38(Suppl.): 768-9.

38

Specifieke patiëntenpopulaties

	ROCKET AF ¹ (n=14,264)	ARISTOTLE ² (n=18,201)	ENGAGE AF ³ (n=21,105)	RE-LY ^{4,5} (n=18,113)
Mean CHA ₂ S ₂ -Score	3.5	2.1	2.8	2.1
C CHF*	62%	35%	57%	32%
H Hypertension	91%	87%	94%	79%
A Age ≥75 years	44%	31%	40%	40%
D Diabetes mellitus	40%	25%	36%	23%
S ₂ Prior stroke or TIA*	55%	19%	28%	20%

* LVEF <40%; *Data include patients with systemic embolism

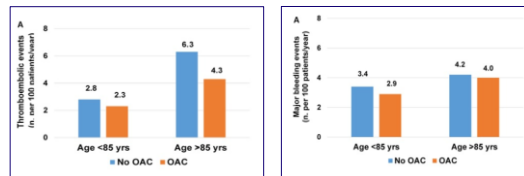
Letter	Clinical Characteristic	Points Awarded
B	Hypertension	1
A	Abnormal renal and liver function	1 or 2
D	Stroke	1
T	Bleeding	1
C	Labile INR	1
E	Elderly	1
D	Drugs or alcohol (1 point each)	1 or 2

MedNet

Patt G et al. N Engl J Med. 2011;365(10):959-961. 2. Gerson CR et al. N Engl J Med. 2011;365(11):981-989. 3. Granger CB et al. N Engl J Med. 2011;365(27):2638-2646. 4. Connolly SJ et al. N Engl J Med. 2009;360(21):1396-1404. 5. Ezekowitz MP et al. Circulation. 2010;122(25):2365-2372. 6. Kasperkoff P et al. Eur Heart J. 2016; 37(38):3003-3012. 7. Pomeroy J et al. Stroke. 2010; 41(8):1385-1393.

39

Specifieke patiëntenpopulaties



Trombo-embolische complicaties

Ernstige bloedingen

- Het risico op een beroerte neemt met de leeftijd meer toe dan het risico op een bloeding
- Het voordeel van orale antistolling is het hoogste bij de zeer oudere patiënt en overstijgt het risico op bloedingen

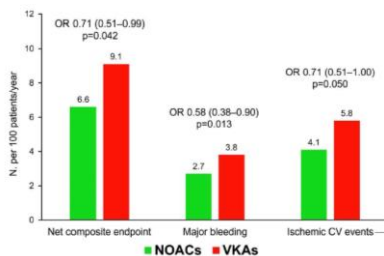
MedNet

J Am Heart Assoc. 2017 Jul 23;6(7): pii: e005657. doi: 10.1161/JAHA.117.005657.

40

Specifieke patiëntenpopulaties

Ouderen > 75 jaar NOACs versus VKA



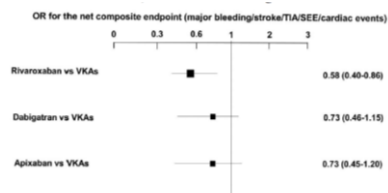
MedNet

Patti G, et al. The American Journal of Medicine (2019) 132:749-757

41

Specifieke patiëntenpopulaties

Ouder > 75 year Net composite endpoint per NOAC



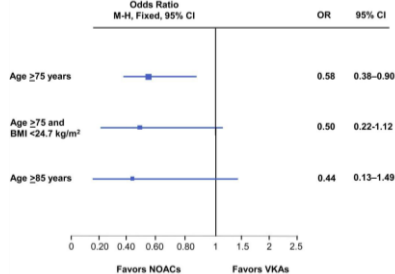
MedNet

Patti G, et al. The American Journal of Medicine (2019) 132:749-757

42

Specifieke patiëntenpopulaties

Consistente resultaten voor leeftijd/BMI



MedNet

Patti G, et al. The American Journal of Medicine (2019) 132:749-757

43

Casus - Oudere patiënt

Trude Hammerstein is 93 jaar. Ze heeft ernstige artrose, recidiverende UWI's, cognitieve problematiek, ernstig gehoorverlies, hypertensie, hartfalen (NT-proBNP 2651 ng/l) en een eGFR van 35 ml/min.



Medicatie: omeprazol 1 dd 1 20 mg, paracetamol 1000 mg 3 dd 1, diclofenac 12,5 mg zn, lisinopril 1 dd 10 mg, 1 dd 1 digoxine 0,125 mg, metoprolol 3 dd 1 50 mg.

→ Volgende slide

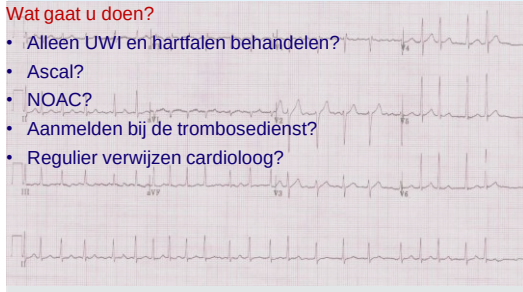
MedNet

44

En dan UWI met AF en ... hartfalen?

Wat gaat u doen?

- Alleen UWI en hartfalen behandelen?
- Ascal?
- NOAC?
- Aanmelden bij de trombosedienst?
- Regulier verwijzen cardioloog?



MedNet

45

Casus - Oudere patiënt

Jan Sturing, 87 jaar, heeft 2 jaar geleden een ischemisch CVA doorgemaakt. Verder bekend met hypertensie. Bij binnenkomst krijgt u een slap handje en hij klaagt vooral over vermoeidheid. U constateert een onregelmatige pols bij bloeddrukcontrole en het ECG toont AF met rustig kamervolgen. Hij heeft hier geen klachten van. GFR > 50 ml/min. Medicatie: dipyridamol 2 dd 1 200 mg, amlodipine 1 dd 1 5 mg, simvastatine 1 dd 1 20 mg, fosinopril 1 dd 1 10 mg

Wat is uw beleid?

- Continueren dipyridamol is voldoende
- U start een VKA bij en staakt de TAR
- U start een NOAC en staakt de TAR

MedNet

46

Casus - Oudere DM-patiënt

Sanne Abrahamse, 82 jaar. BMI 27. DM II. Huidige medicatie metformine, perindopril. Bij lichamelijk onderzoek wordt een onregelmatige pols gevoeld en hoort u een hartgeruis (systolisch, aan de apex) Labuitslagen: GFR > 60 ml/min, TSH normaal, verder gb. ECG: AF met kamervolgen 110-120/min. Bloeddruk 145/90.

Wat is de CHA₂DS₂-VASc-score?

Wat is uw behandelstrategie? Start u direct met antistolling?

En zo ja, waarmee?

MedNet

47

Casus - Jongere obese DM-patiënt

Henk Franssen is 56 jaar en vrachtwagenchauffeur dus beroepsmatig vaak lang van huis. Hij heeft obesitas, hypertensie en DM II en gebruikt hydrochloortiazide, bisoprolol, insuline. Na een lange rit voelt hij zich niet lekker. Kortademig, beetje duizelig en heel erg moe. Hij meldt zich op de huisartsenpost met een snelle pols. Na onderzoek blijkt: pols 115/min, RR 125/80, Lab GFR > 55 ml/min, TSH normaal, HbA1c normaal, ECG: AF

Wat is de CHA₂DS₂-VASc-score?

Wat gaat u doen aan antistolling?

MedNet

48

Casus - Oudere 'kwetsbare' VKA-patiënt

Marianne Ouderling is 86 jaar en heeft hypercholesterolemie, hypertensie, atriumfibrilleren en gebruikt hiervoor resp. simvastatine, fosinopril en acenocoumarol. Na onderzoek blijkt: pols 110/min, RR 130/95, Lab GFR > 40 ml/min, gewichtsafname tov een jaar geleden 5 KG en looptest van 4m duurt 10 seconden en er is sprake van behoorlijke vermoeidheid.

Wat is de CHA₂DS₂-VASc-score? Is deze patiënt 'frail'?

Wat gaat u doen aan antistolling?

MedNet

49

Casus - Oudere 'kwetsbare' VKA-patiënt

Klaas de Ruijter is 81 jaar. Hij heeft DM, hypertensie, COPD, atriumfibrilleren en gebruikt hiervoor resp. metformine, salbutamol, perindopril en acenocoumarol. Na onderzoek blijkt: pols 119/min, RR 142/90, Lab GFR > 45 ml/min, hij is erg moe, beweegt niet veel, lopen gaat langzaam, weinig kracht in handen.

Wat is de CHA₂DS₂-VASc-score? Is deze patiënt 'frail'?

Wat gaat u doen aan antistolling?

MedNet

50

Juiste middel voor de patiënt?

Wanneer overstap naar NOAC overwegen?

- Therapietrouw? (Baxter)
- Interacties?
- Labiele INR?
- Comorbiditeiten?
- Aantal andere middelen?
- **Wat wil de patiënt?**

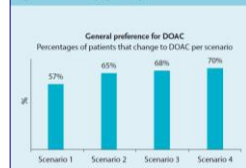
MedNet

51

Wat wil de patiënt?

Aan trombosedienstpatiënten werd gevraagd: 'Stel dat er een middel is dat ...'

Figure 2. General preference for a DOAC over a VKA



DOAC = direct oral anticoagulant; *VKA = Vitamin K antagonist.

In scenario 1 the advantage of not requiring check-ups was mentioned for DOACs. In scenario 2 also the possible lower chance of severe bleeding was shown. In scenario 3 also the less interactions with food and medication is outlined. In the last scenario it is also mentioned that a DOAC is more effective.

Scenario 1

... geen INR-monitoring nodig heeft (geen trombosedienst meer nodig)

+

Scenario 2

... veiliger is (minder ernstige bloedingen)

+

Scenario 3

... minder interacties heeft (met voeding en/of geneesmiddelen)

+

Scenario 4

... effectiever is (minder beroertes)

MedNet

Boom MS et al. Neth J of Med October 2015 Vol 73 No 8.

52

Welke NOAC?

Er is geen superieure NOAC (geen direct vergelijkende studies)

Kijk naar patiëntkarakteristieken om een keuze te maken

Wat is de voorkeur van de patiënt?

Let op de dosering (pas op voor onderdosereren)

Patient characteristics	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban	Edoxaban
A. Dosing				
Renal insufficiency - dose adjust (CrCl)	30-50	15-50	15-50	15-50
Body weight - dose adjust (kg)	<60	<60	<60	<60
Age - dose adjust (years)	<80	<80	<80	<80
Other or multiple factors - dose adjust	*	*	*	*
B. Choosing				
Mechanical valve prosthesis	>80	<15	<15	<15
Renal insufficiency (CrCl)	<30	<15	<15	<15
Risk of drug-drug interaction	Check interaction data; if not available: avoid NOAC			
Preference for once daily	150 mg*			
Gastrointestinal bleeding risk (TRIP)				
Compatible with use in medication roll				
Antidote			Antidote currently under investigation	
Orange: action mandatory, or avoid specific NOAC				
Red: strong caution or contraindication				
Yellow: caution in case of other interfering factors, check EMEA/SmPC (i.e. drug interaction, increased bleeding risk)				

MedNet

Pisters R et al. Neth Heart J May 2018 <https://doi.org/10.1007/s12471-018-1118-0>

53

Therapietrouw

TABLE 3 Traditional Meta-Analysis of Dosing Frequency Analyses of Taking, Regimen, and Timing Adherence^a

Frequency of Dosing	N (%) Groups (N of Patients) in Taking Adherence Analysis	Taking Adherence ^a (95% CI)	N (%) Groups (N of Patients) in Regimen Adherence Analysis	Regimen Adherence ^a (95% CI)	N (%) Groups (N of Patients) in Timing Adherence Analysis	Timing Adherence ^a (95% CI)
Once daily	11,150 (8) [n=1,000]	93.0 (91.2-94.7)	15,486 (13) [n=2,118]	81.8 (77.6-85.7)	20,140 (8) [n=550]	36.9 (12.5-50.3)
Twice daily	22 (13.8) [n=1,250]	85.6 (82.5-88.8)	24 (13.6) [n=926]	74.2 (70.0-78.5)	16 (14.0) [n=650]	50.3 (46.5-54.0)
Three times daily	9 (13.8) [n=362]	80.1 (72.0-88.2)	13 (17.1) [n=321]	62.8 (55.4-70.1)	8 (17.0) [n=343]	35.9 (21.8-50.1)
Four times daily	1 (1.5) [n=57]	64.4 (78.5-80.3)	4 (5.3) [n=88]	68.2 (40.0-87.4)	3 (6.4) [n=109]	18.8 (10.1-27.5)

^aWeighted by the inverse of the variance of medication adherence.

^bTiming adherence was defined as the number of openings divided by the prescribed number of doses.

^cRegimen adherence was defined as the percentage of days with the appropriate number of doses taken.

^dTiming adherence was defined as the percentage of near-optimal inter-dose intervals.

CI = confidence interval.

OD: 93,0% taking adherence (minst strenge definitie)
 BID: 85,6% taking adherence

OD: 81,8% regimen adherence
 BID: 74,2% regimen adherence

MedNet

Coleman CI, et al. J Manag Care Pharm. 2012; 18(7): 527-39.

54

Vragen

Welke factoren zorgen voor een verhoogd risico op een beroerte bij AF-patiënten?

Hartfalen, hypertensie, leeftijd, DM, eerdere beroerte, vaatlijden, geslacht (CHA₂DS₂-VASc-score)

MedNet

55

Vragen

Wanneer is antistollingsbehandeling bij AF-patiënten geïndiceerd?

CHA₂DS₂-VASc-score ≥ 1

MedNet

56

Vragen

Waarom kun je de NOAC's niet onderling vergelijken op effectiviteit en veiligheid?

Er zijn geen direct vergelijkende studies gedaan

En je kunt geen studies met elkaar vergelijken (populatieverschillen, definitieverschillen in eindpunten, methoden kunnen verschillen, etc.)

MedNet

57

Vragen

Waar moet/kun je rekening mee houden bij het voorschrijven van een NOAC?

- Nierfunctie (alle NOAC's)
- Leverfunctie (apixaban, edoxaban)
- Kiezen van de juiste dosering (pas op voor onderdosering)
- Co-medicatie
- Voorkeur van de patiënt

MedNet

58

Vragen

Hoe doen NOAC's het bij oudere patiënten?

Beter dan VKA (Caldeira D, et al. Arch Gerontol Geriatr. 2018; 81: 209-14)

MedNet

59

Vragen?

MedNet

60

MedNet

Vergroot je medische vaardigheden

Regionale nascholing
BLOEDSERIEUZE ONDERWERPEN

ANTI < **CONCEPTIE**
STOLLING
IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

3
accreditatie
punten

Wat zijn de inzichten en
ontwikkelingen in intra-
uteriene anticonceptie?

Deze bijeenkomst wordt
mogelijk gemaakt door:



MA-PF-WHC-NL-0013-2

MedNet is onderdeel van Springer Healthcare

Disclosures <spreeker 1>

Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties	Bedrijfsnamen
Sponsoring of onderzoeksgeld	
Honorarium of andere (financiële) vergoeding	
Aandeelhouder	
Andere relatie, namelijk	

MedNet

62

Disclosure

Spreker maakt deel uit van de INTRA Group, een Nederlandse onafhankelijke groep gynaecologen als lokale vertegenwoordiging van de global INTRA expert group, die wordt gefaciliteerd, maar niet gesponsord door Bayer BV

Lezingen worden gehonoreerd volgens NZA tarief (fair market value)



Agenda

- Hoe kunnen we het abortuscijfer verder omlaag brengen?
- Kortwerkende en langwerkende anticonceptie
- Indeling langwerkende anticonceptie
- Practical use versus perfect use van anticonceptiva
- Barrières en mythes
- Wat zijn de ontwikkelingen in intra-uteriene anticonceptie?
- Conclusies

Duidelijke medische redenen om abortuscijfer mondiaal omlaag te brengen

Aantal ongeplande zwangerschappen blijft hoog ondanks beschikbare anticonceptie¹

40%

Wereldwijd

Van de ongeplande zwangerschappen eindigt in een abortus¹

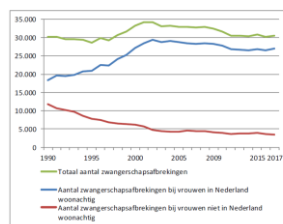
50%

Wereldwijd

Vraag: Welke van onderstaande uitspraken is juist?

1. Het abortuscijfer in Nederland vertoont al jaren een dalende lijn
2. Het abortuscijfer in Nederland was dalend, maar is sinds enige jaren weer aan het stijgen
3. De meeste abortussen vinden plaats in de leeftijdsgroep tussen de 25-30 jaar

Abortus in Nederland¹

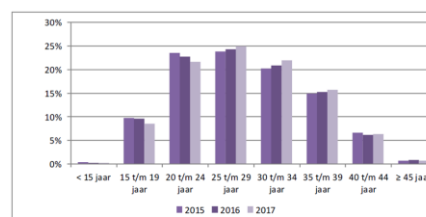


Figuur 1: Aantal zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen respectievelijk wel en niet in Nederland woonachtig en totaal aantal zwangerschapsafbrekingen 1990 - 2017

2017:

- 30.523 zwangerschapsafbrekingen
- Abortuscijfer 8,6 (aantal afbrekingen per 1000 vrouwen tussen 15-45 jaar)

Verdeling naar leeftijd¹



Figuur 6: Verdeling naar leeftijd in percentage van totaal aantal zwangerschapsafbrekingen, 2015-2017 (zie ook tabel E, bijlage 4)

Preventie abortus¹

- 1/3 deel vrouwen heeft ≥ 1 eerdere abortus ondergaan
- 64 % van de vrouwen verlaat kliniek met anticonceptie advies (ca 75% jaar ervoor)
- 29% wordt doorverwezen naar de huisarts voor advies
- **Elke drie minuten wordt er in werktijd een abortus in Nederland uitgevoerd**

Anticonceptiemethoden¹

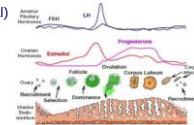
1. Combinatiepreparaten van progestagenen en oestrogenen

(pil, vaginale ring en pleister)

- Onderdrukking hypofysehormonen FSH en LH
→ Remming follikelrijping → **Remming ovulatie**
- **Remming van uitrijping endometrium**
→ Remming nidatie bevruchte eicel
- **Verhoging viscositeit cervixslijm**
→ Vermindering doorgankelijkheid spermatozoa

2. Progestagenen (mini-pil, prikpil, hormoonimplantaat, hormoonspiraaltje)

- **Remming ovulatie** (exclusief hormoonspiraal)
- **Verhoging viscositeit cervixslijm**
- **Veelal atrofie Endometrium**
- **Koperionen (koperspiraal)**
- **Cytotoxisch effect op de spermatozoën**
- **Steriele ontstekingsreactie endometrium**



Methoden van anticonceptie¹

De keuze voor een anticonceptiemethode is een individuele keuze, gebaseerd op goede voorlichting en advies door de huisarts.

1. Kortwerkende methoden, waarbij de betrouwbaarheid afhankelijk is van correct gebruik:

- Pil (dagelijks)
- Anticonceptiepleister (week)
- Vaginale ring (maand)
- Prikpil (elke 3 maanden)

2. Langwerkende methoden

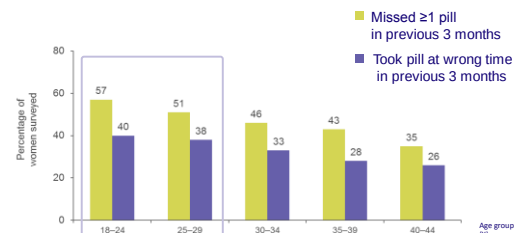
- Hormoonimplantaat (3 jaar)
- Koperspiraaltjes (5 tot 10 jaar)
- Hormoonspiraaltjes (5 jaar)

Deze presentatie richt zich op langwerkende anticonceptie

3. Irreversibele methoden

- Sterilisatie, alleen bij voltooide kinderwens

Wereldwijd zijn jonge vrouwen minder compliant met orale anticonceptiva¹



Vraag: Bij welke anticonceptiemethoden is de betrouwbaarheid het sterkst afhankelijk van gebruikstersfouten?

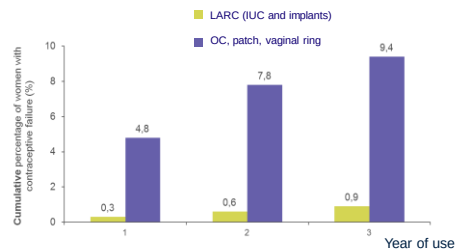
1. Condoom
2. Hormoon- en koperspiraaltje
3. Sterilisatie bij de vrouw
4. Anticonceptiepil, -pleister en vaginale ring
5. Prikpil
6. Hormoonimplantaat

Onjuist gebruik van kortwerkende anticonceptiva verlaagt de betrouwbaarheid¹

Method	Women experiencing an unintended pregnancy within the first year of use (%)	
	Typical use	Perfect use
Subdermal implant	0.05	0.05
LNG-IUS: Mirena®	0.2	0.2
Female sterilization	0.5	0.5
Cu-IUD	0.8	0.6
Injectable	6	0.2
Vaginal ring	9	0.3
Transdermal patch	9	0.3
Oral contraceptives: COC/POP	9	0.3
Diaphragm	12	6
Female condom	21	5
No method	85	85

Decreasing effectiveness in 'typical use'

Aantal zwangerschappen is laag met LARC (Long Acting Reversible Contraception)¹



MedNet

IUC, intra-uterine contraceptive; LARC, long-acting reversible contraceptive; OC, oral contraceptive
 1. Wiener et al. 2012 Wiener B et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. N Engl J Med 2012;366:1998-2007

75

Indeling langwerkende anticonceptie

- Hormoonimplantaat
- Intra-uteriene anticonceptie
 - Koperspiraaltjes
 - Hormoonspiraaltjes

MedNet

76

Hormoonimplantaat Counseling/ Plaatsing¹⁻²

- Patiënte goed counsellen over procedure en verandering bloedingspatroon
- Wordt geplaatst in de bovenarm van de niet-dominante arm
- Inbrengen en verwijderen moet gebeuren door een zorgverlener die bekend is met de procedure
- In een enkel geval is het implantaat aangetroffen in de vaten, longen of borstwand, waarschijnlijk door het onjuist inbrengen (te diep of intravasculair)

MedNet

1. <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaten/contraceptie/etonogestrel>
 Geraadpleegd 11-10-2019. 2. SmPC Implanon 14 december 2018

77

Hormoonimplantaat¹⁻²

- Subdermaal implantaat met 68mg etonogestrel (derde generatie progestageen) (25-70µg etonogestrel per dag)
- Werking:
 - Remming ovulatie
 - Veranderingen cervixslijm
- Geeft 3 jaar bescherming tegen zwangerschap
 - Bij overgewicht overwegen eerder te vervangen
- Onvoorspelbaar bloedingspatroon.
 Onregelmatig bloedingspatroon of bloeding kan geheel uitblijven.



MedNet

1. <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaten/contraceptie/etonogestrel>
 Geraadpleegd 11-10-2019. 2. SmPC Implanon 14 december 2018

78

Intra-uteriene anticonceptie Counseling /Wanneer plaatsen?¹

Algemeen

- Patiënte goed counsellen over procedure en verandering bloedingspatroon
- Plaatsing kan (enigszins) pijnlijk zijn en moet door getrainde arts/verloskundige gedaan worden
- Lichte buikpijn/zwaar gevoel kan optreden in de eerste uren na insertie

Cu-IUD's

- Vanaf 4-6 weken post partum

Hormoonspiraaltjes

- > 6 weken post partum, doch pas nadat uterus volledig is geïnvolueerd (bij vertraagde involutie wachten tot 12 weken p.p.)

MedNet

1. Beerhuizen R. Intra-uteriene methoden. Vijfde druk, Houten: Springer Healthcare; 2018

79

Koperspiraaltjes¹

Werking Koperionen

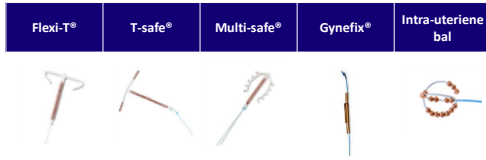
- Cytotoxisch effect op de spermatozoën
- Steriele ontstekingsreactie endometrium
- Geeft 5-10 jaar bescherming (afhankelijk van type)
- Kan als morningafter spiraaltje binnen 5 dagen na de coitus worden geplaatst
- Menstruatie kan heviger, langduriger en pijnlijker worden

1. NHG-Standaard Anticonceptie 2011

MedNet

80

Cu-IUD's : Push-in en implantatietechniek¹



MedNet

1. Beerhuizen R. Intra-uteriene methoden. Vijfde druk, Houten: Springer Healthcare; 2018.

81

Hormoonspiraaltjes

- Werking¹
 - Verhoging viscositeit **cervixslijm**
 - Veelal atrofie **Endometrium**
 - Bij de meeste vrouwen geen remming ovulatie
- Geeft 5 jaar bescherming tegen zwangerschap¹
- Menstruatie kan aanvankelijk onregelmatig worden, meestal binnen 3 maanden sterke vermindering van menstruele bloeding, kans op amenorroe¹
- Beide hormoonspiraaltjes veroorzaken vermindering van dysmenorroe¹⁻³
- Hormoonspiraaltje 52 mg heeft als extra indicaties⁴:
 - Behandeling van hevig menstrueel bloedverlies (menorragie)
 - Progestageenadjuvans bij HRT



MedNet

1. NHG-Standaard Anticonceptie 2011. 2. Yao HJ, et al. Arch Gynecol Obstet. 2012; 286(1): 161-6. 3. Gemzell-Dannenberg G, et al. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017; 210: 22-8. 4. Marine Spine®. 3-12-18.

82

Hormoonspiraaltjes (levonorgestrel (LNG))¹

52 mg LNG-IUS

19,5 mg LNG-IUS



MedNet

1. Beerhuizen R. Intra-uteriene methoden. Vijfde druk, Houten: Springer Healthcare; 2018.

83

Contra-indicaties van langwerkende anticonceptie ¹

Hormoonimplantaat	Hormoonhoudend spiraaltje	Koperhoudend spiraaltje
Onverklaard vaginaal bloedverlies; (Vermoeden op) zwangerschap		
(Vermoeden op) SOA of PID / Vormafwijkingen van cavum uteri en/of cervix		
Progestageengevoelige tumoren, bijv. mammacarcinoom		Hevige, langdurige of pijnlijke menstruaties
Acute leverziekten of levertumoren		Koperallergie
Actieve veneuze trombo-embolische aandoening		

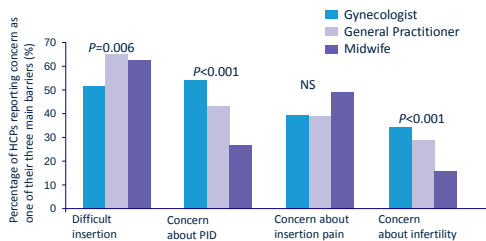
1. NHG-Standaard Anticonceptie 2011

MedNet

1. NHG-Standaard Anticonceptie 2011

84

Wat zijn de voornaamste barrières mondiaal voor intra-uteriene anticonceptie bij nullipare vrouwen?

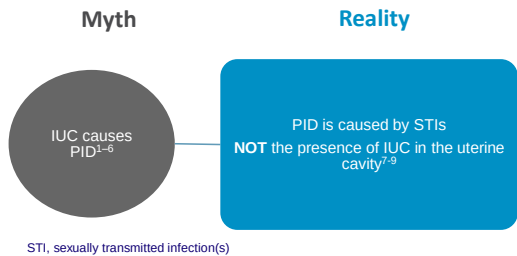


MedNet

1. Black et al. A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. Eur Journal of Contraception Reproductive Health Care. 2013; 1-11.

85

Mythe: risico op Pelvic Inflammatory Disease (PID)



MedNet

1. Metchum L, et al. Obstet Gynecol Clin N Am. 2007;16(1):121. 2. Stanssens NE, et al. Obstet Gynecol. 2002;99(2):215-220. 3. Lynn R, et al. Contraception. 2009;80:367-371. 4. Miller D, et al. JAMA. 2005;293(18):2245-2250. 5. Miller D, et al. JAMA. 2005;293(18):2245-2250. 6. Miller D, et al. JAMA. 2005;293(18):2245-2250. 7. Miller D, et al. JAMA. 2005;293(18):2245-2250. 8. Miller D, et al. JAMA. 2005;293(18):2245-2250. 9. Miller D, et al. JAMA. 2005;293(18):2245-2250.

86

NHG-Standaard Anticonceptie¹

De eerste drie weken na plaatsing van een spiraal is er een verhoogd risico op PID.

Dit risico is geassocieerd met het insertieproces en de aanwezigheid van een eventuele soa.

MedNet

1. NHG-Standaard Anticonceptie, 2011

87

Richtlijnen voor al dan niet afnemen van kweken¹

- Risico inschatting voor noodzaak tot maken van kweken voorafgaande aan insertie
 - Bij suspecte fluor eerst kweekuitslag afwachten alvorens plaatsing
 - Bij vaginaal toucher buikpijn of pijnlijke portio: eerst kweek afwachten
- Bij laag risico en normale fluor: kweek afnemen en direct plaatsen. Bij positieve kweek binnen een week behandelen met antibiotica en IUD in situ laten
- Bij vermeend "geen risico" en niet afnemen van kweek waarschuwen om meteen contact op te nemen bij koorts binnen drie weken na plaatsing.

MedNet

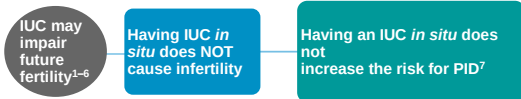
1. Consensus vanuit de Global INTRA group, 2013

88

Mythe: risico op infertiliteit

Myth

Reality



MedNet

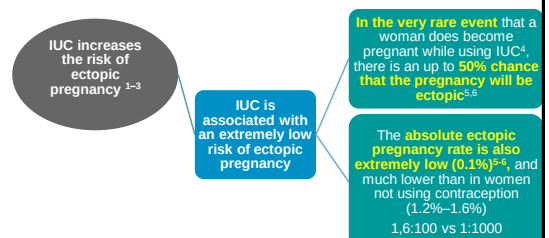
1. Mouchamp L, et al. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2007;34:59-111. 2. Standered NJ, et al. *Obstet Gynecol* 2002;99:275-280. 3. Lynn R, et al. *Contraception* 2008;81:367-371. 4. Agha R, et al. *Contraception* 2004;69:3-8. 5. Allen RH, et al. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:456-457. 6. Mouchamp L, et al. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2011;16:111-118. 7. Cooper DE, et al. *Obstet Gynecol* 2011;118:413-418.

89

Mythe: risico op extra-uteriene graviditeit (EUG)

Myth

Reality



MedNet

1. Mouchamp L, et al. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2007;34:59-111. 2. Harper CC, et al. *Obstet Gynecol* 2008;111:1239-1245. 3. Allen RH, et al. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:456-457. 4. Trussell J, et al. *Contraception* 2011;83:107-109. 5. Mouchamp L, et al. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2011;16:111-118. 6. Cooper DE, et al. *Obstet Gynecol* 2011;118:413-418.

90

Mythe:

EUG in anamnese zou contraindicatie zijn voor intra-uteriene anticonceptie



Feit:

- The WHO Medical Eligibility Criteria (MEC) guideline stelt dat er **geen restrictie** is voor gebruik bij vrouwen met een EUG in de anamnese¹

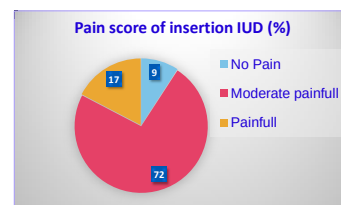
MedNet

1. WHO. MEC for contraceptive use. 5th ed. Geneva: 2015

91

Mythe: Insertie en pijn¹

81% vrouwen vonden insertie niet/mild pijnlijk.
Zorgverleners vonden 72% van inserties gemakkelijk.



MedNet

1. Marions L, et al. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011; 16(2): 126-34.

92

Vraag:

Wat zijn de ontwikkelingen in intra-uteriene anticonceptie?

MedNet

93

19,5 mg LNG hormoonspiraal

- 2 gerandomiseerde wereldwijde studies:
- 1.697 vrouwen tussen de 18 en 41 jaar, 600 nulliparae¹⁻³

Uitkomsten:

- Effectief bij 5 jaar gebruik: Pearl Index: 0,29³
 - Faalkans voor elk jaar van gebruik: <0,5%¹
- Geen afname betrouwbaarheid in de tijd³
- Betrouwbaarheid niet beïnvloed door leeftijd of pariteit³
- Lage absolute kans op een EUG: 0,18 (95% CI 0,08 – 0,36)³
- Echter, als een vrouw zwanger wordt met een hormoonspiraaltje 19,5 mg is de relatieve kans op een EUG verhoogd, net zoals bij gebruik van andere hormoon- of koper IUD's

MedNet

1. Gemzell-Danielsson K, et al. Fertil Steril. 2012; 97(7): 616-22

2. Nelson A, et al. Obstet Gynecol. 2013; 122(6): 1205-13. 3. Gemzell-Danielsson K, et al. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017; 210: 22-6.

94

De gemiddelde progestageen (LNG) afgifte

Gemiddelde <i>in vivo</i> hoeveelheid LNG gemeten in µg/24 uur	LNG 19,5 mg ¹	LNG 52,0 mg ²
Initieel	17,5	20
1 jaar na plaatsing	9,8	18
3 jaar na plaatsing	7,9	
5 jaar na plaatsing	7,4	10
Gemiddeld over periode van vijf jaar	9 µg/24 uur	15 µg/24 uur

MedNet

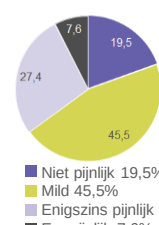
1. Kyleena SmPC 25-4-2019. 2. Mirena SmPC 3-12-2018

95

Beoordeling insertie met 3,8mm insertiebuis¹

Zorgverleners beoordeelden in 89,6% de insertie als "gemakkelijk"

65% van de vrouwen vond de insertie "niet" of "licht" pijnlijk

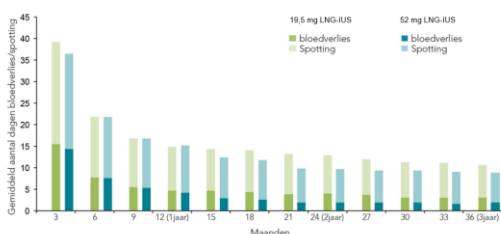


MedNet

1 Nelson A, et al. Obstet Gynecol. 2013; 122(6): 1205-13

96

Hormoonspiraaltjes Afname van langdurig bloedverlies/spotting¹

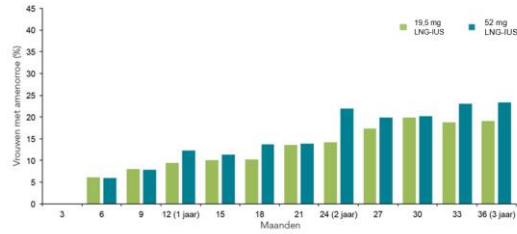


MedNet

1. Gemzell-Danielsson et al, Fertility and Sterility. 2012; 97:616-622

97

Hormoonspiraaltjes Kans op amenorroe¹

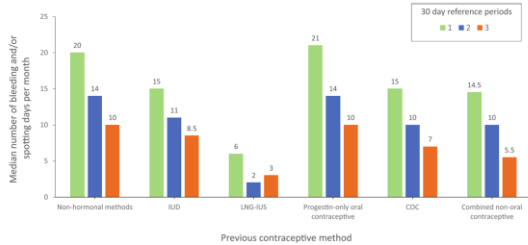


MedNet

1. Gemzell-Danielsson et al, Fertility and Sterility. 2012; 97:616-622

98

Anticonceptie voorafgaand aan 19,5mg LNG-IUS beïnvloedt bloedingspatroon eerste 3 maanden¹



MedNet 1. Beckett V, et al. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2019; 24(4): 251-9. 99

Intra-uterine koperballetje



Bolvormig: 17 kopere balletjes aan nickel-titanium draad (Totaal opp 300 mm²)

Gepubliceerde literatuur: 3x Observationale Cohort studie, 1 arm
(Geen vergelijking met competitor)

MedNet 1. Wiebe E, et al. Contraception. 2016; 93(4): 364-6. 2. Baran I, et al. J Obstet Gynaecol India. 2016; 64(2): 152-4. 3. Yaron M, et al. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2019; 24(4): 288-93. 100

Intra-uterine koperballetje, vervolg



- **Prospectief¹**, 51 vrouwen, 1 jaar follow up.
14 expulsies (27%), 9 verwijderd ivm klachten bloeding en pijn (17,6%)
Na 1 jaar nog 15 van 51 IUB in situ en tevreden (29%)
- **Retrospectief²**, 15 vrouwen, 1 jaar follow up.
Geen perforaties, geen expulsies.
- **Retrospectief³**, 207 vrouwen, 1 jaar follow up.
Expulsie 5,3%
In 1 jaar 1,4% zwangerschap bij retrospectieve analyse
22,7 % van vrouwen verzocht IUB te verwijderen ivm voornamelijk HMB en/of krampen

MedNet 1. Wiebe E, et al. Contraception. 2016; 93(4): 364-6. 2. Baran I, et al. J Obstet Gynaecol India. 2016; 64(2): 152-4. 3. Yaron M, et al. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2019; 24(4): 288-93. 101

De keuze van de juiste anticonceptiemethode¹

Als huisarts bespreekt u in ieder geval de volgende aspecten:

- reden voor wens gebruik van anticonceptie
- eerder gebruik van anticonceptie en ervaringen daarmee
- verwachtingen ten aanzien van de gewenste methode en ideeën over eventuele bijwerkingen
- de cyclus van de vrouw en eventuele wens tot behoud van menstruatie

Verder is van belang:

- Leefstijl, voorgeschiedenis en risicofactoren
- Goede counseling over de diverse anticonceptiemethoden en help bij het maken van een keuze die past bij de leefstijl en levensfase

MedNet 102

Kortwerkend of langwerkend? 3 belangrijke vragen bij het anticonceptieconsult¹

Vragen om de vrouw te helpen bij het kiezen van de in haar geval meest passende anticonceptiemethode:

1. Wanneer wilt u een eventuele zwangerschap plannen?
2. Hoe belangrijk is het om niet zwanger te worden?
3. Hoe vaak bent u de afgelopen maanden vergeten de pil in te nemen?

MedNet 1. Consensus INTRA Group 2017 103

Aanvullende voorlichting

Verwijs de vrouw naar de website Thuisarts.nl

- Ik wil anticonceptie gaan gebruiken
- Ik wil anticonceptie gaan gebruiken na de bevalling
- Ik heb onbeschermd seks gehad

www.thuisarts.nl/anticonceptie

THUISARTS.NL |

MedNet 104

Vraag:

Wat zijn voor u nu de take home messages?

MedNet

105

Take home messages

- De grote verscheidenheid aan methoden biedt de mogelijkheid van anticonceptie "op maat"
- Gezien de sterke therapietrouw en hoge betrouwbaarheid dienen langwerkende methoden als optie besproken te worden tijdens het anticonceptieconsult
- Door het stellen van 3 relevante vragen tijdens het anticonceptieconsult kunt u samen met uw patiënte de juiste keuze bepalen
- Veel barrières en mythes rond intra-uteriene anticonceptie zijn overleveringsverhalen en niet gebaseerd op harde feiten
- Het hormoonspiraaltje 19,5 mg is een zeer betrouwbare langwerkende anticonceptiemethode voor zowel nulli- als multipare vrouwen. Meerdere studies hebben hoge tevredenheid en gemakkelijke insertie laten zien
- Nederland moet trots zijn op zijn lage abortuscijfers (mondiaal gezien) en alle (huis)artsen dienen eraan bij te dragen in dit opzicht de eerste plaats te heroveren

MedNet

106

Slotopmerking

- Binnen afzienbare termijn verschijnt de herziene NHG-Standaard Anticonceptie
- Beoordeling en plaatsbepaling door het NHG van het nieuwe hormoonspiraaltje 19,5 mg en de intra-uteriene ball vindt nog plaats
- Tot die tijd is de vigerende versie nog de leidraad

MedNet

107

Vragen?

MedNet

108



Vergroot je medische vaardigheden



3
accreditatie
punten

**Regionale nascholing
BLOEDSERIEUZE ONDERWERPEN**

**ANTI < CONCEPTIE
STOLLING**

IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

BEDANKT VOOR UW AANDACHT

Dit bijeenkomst wordt mogelijk gemaakt door:



MedNet is onderdeel van  Springer Healthcare