



Intra-uteriene anticonceptie

1 INLEIDING [1]

De huidige intra-uteriene middelen ter voorkoming van zwangerschap zijn uiterst effectief en oefenen hun anticonceptieve werking uit onafhankelijk van de gebruikerstrouw. Door verbetering van de technologie van de insertiesystemen en de duidelijk omschreven criteria voor patiëntselectie is ook de acceptatie van intra-uteriene middelen aanzienlijk verbeterd. Hoewel wereldwijd meer dan honderd miljoen vrouwen een intra-uterien anticonceptivum gebruiken is het gebruik van het spiraaltje in Nederland nog relatief laag. Er is aangetoond dat het verhoogde infectierisico beperkt is tot drie weken na de insertie, maar in Nederland heerst de hardnekkige opvatting dat het spiraaltje blijvend verantwoordelijk is voor een verhoogd risico op ascenderende infecties in de genitalia interna en in het kleine bekken (pelvic inflammatory disease) [2]. Thans zijn (hormoon-)spiraaltjes verkrijgbaar die ook specifiek medische indicaties kennen; ook worden voortdurend nieuwe spiraaltjes ontworpen, waarvan sommige bedoeld en geschikt zijn voor gebruik door de jonge nulligravida. Daarom wordt herbezinning over het gebruik van intra-uteriene anticonceptie dringend wenselijk geacht. Daarnaast kan de gynaecoloog

door de huisarts geconsulteerd worden over de soorten IUD's, verschillen tussen IUD's, effectiviteit, speciale indicaties, problemen bij insertie, enz.

2 ANALYSE VAN DE BESCHIKBARE KENNIS

2.1 Beschikbare middelen

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de intra-uteriene anticonceptiva die in Nederland (anno 2001) verkrijgbaar zijn. De Flexi-T 300, Multiload Cu 375 en Multiload Cu 375 SL (SL: short length) bestaan uit een plastic frame met een koperdraad van resp. 0,3 en 0,4 mm dikte, gewonden om de verticale stam. De Flexi-T 300 onderscheidt zich van de Multiload IUD's door de grotere flexibiliteit van het frame en het ontbreken van een knoop in de aanhechtingsdraad. De draad is in het frame versmolten. De Nova-T heeft eveneens een koperdraad om de verticale stam gewonden, waarin zich een kern van zilver bevindt. Bij de Gynefix ('frame'-loos IUD) ontbreekt het frame. Dit koperimplantaat bestaat uit een draad met een knoop ter fixatie van het implantaat in de fundus uteri. Op deze plastic draad zijn zes koperhulzen geklonken.

De Mirena (LNG-IUD) is gebaseerd op het frame van de Nova-T en heeft op de verticale stam een levonorgestrel-bevattende cilinder in plaats van koperdraad.

2.2 Werkingsmechanisme

Alle thans beschikbare intra-uteriene middelen veroorzaken een vreemdlichaam-reactie in het endometrium en deels ook in de tuba. Deze vreemdlichaam-reactie uit zich in de aanwezigheid van ontstekingsinfiltraat in endometrium en tuba, zonder dat hiervoor een bacteriologisch substraat verantwoordelijk is [3]. Dit ontstekingsinfiltraat interfereert enerzijds met de mobiliteit en het capaciteitsvermogen van de spermatozoën, anderzijds met de normale uitrijping van het endometrium, waardoor nidatie van een eventueel toch nog ontwikkeld embryo wordt voorkomen.

Koperafgevend IUD's

Terwijl bij inerte IUD's het ontstekingsinfiltraat slechts werd aangetoond op en in de directe nabijheid van de aanrakingspunten van het IUD met het endometrium, vindt bij de koperafgevend IUD's infiltratie ten gevolge van de diffuse koperafgifte plaats in het gehele endometrium. Hierbij is wel de lokalisatie van het IUD van belang: bij een te lage positie in het cavum uteri, bij dislocatie en bij gedeeltelijk intracervicale ligging kan dit effect afgenomen zijn en kan de betrouwbaarheid worden beïnvloed. Naast de vreemdlichaam-reactie worden ook enzymatische processen in het endometrium verstoord, hetgeen de normale uitrijping van het endometrium verhindert. Door deze processen wordt nidatie van een bevrucht ovum bemoeilijkt. Het koper beïnvloedt, evenals het ontstekingsinfiltraat, de motiliteit en het capaciteitsvermogen van de spermatozoën. Treedt ondanks alle door het koper veroorzaakte effecten toch zwangerschap op, dan heeft het koper geen nadelig effect op de ontwikkeling van het embryo.

Hormoonafgevend IUD: LNG-IUD

Het intra-uterien levonorgestrel-afgevend IUD (LNG-IUD) zorgt voor een constante intra-uteriene afgifte van ca. 20 µg levonorgestrel per 24 uur. Deze constante afgifte van het hormoon vermindert proliferatie van het endometrium. Hierdoor is implantatie van een blastocyst niet mogelijk. Veranderingen in de cervixbarrière verminderen bovendien de passage van spermatozoën. Ook de motiliteit van de spermatozoën wordt onder invloed van het progestatium vermindert. De werking is vooral lokaal. De concentratie van levonorgestrel in het serum is bij toepassing van dit intra-uteriene systeem lager dan de concentratie bij het gebruik van de combinatiepil. De ovulatoire activiteit tijdens gebruik van het intra-uteriene systeem blijkt dan ook bij 75% van de vrouwen intact te zijn. De hypo- en amenorroe die optreedt tijdens het gebruik van het systeem is derhalve niet een gevolg van anovulatie, maar een gevolg van atrofie van het endometrium. Na het verwijderen van het systeem keert de vruchtbaarheid direct terug.

2.3 Doel en effectiviteit

De effectiviteit van IUD's wordt doorgaans weergegeven met een cumulatief zwangerschapscijfer, berekend volgens de 'life-table'-analyse [4]. Gedurende het eerste jaar van het gebruik ligt het zwangerschapscijfer voor de huidige generatie koperafgevend IUD's tussen de 0,5 en 0,8, hetgeen betekent dat minder dan 1 op 100 vrouwen tijdens het eerste gebruiksjaar zwanger wordt. Uit de gegevens van een systematische review blijkt dat het aantal ongewenste zwangerschappen bij LNG-IUD gebruiksters gelijk is aan die bij gebruiksters van een IUD met > 250 mm² koper. Het LNG-IUD was effectiever in het voorkomen van zowel intra- als extra-uteriene zwangerschappen ten opzichte van IUD's met < 250 mm² koper [5]. Zowel de koperafgevend IUD's als de LNG-IUD hebben een werkingsduur van vijf jaar.

Met alle genoemde IUD's zijn meerdere gerandomiseerde studies verricht, waarbij doorgaans de Gyne-T 380A als het 'standaard'-IUD in de vergelijking werd gebruikt [6-9]. In een andere systematische review kon worden aangetoond dat de zwangerschapskans bij het 'frame'-loze IUD ten opzichte van de TCu380A na het eerste jaar (RR 1,79, 95%-BI 0,81-3,95) en na het derde jaar (RR 1,34, 95%-BI 0,85-2,10) niet significant hoger is [10]. Overigens is de Gyne-T 380A van de Nederlandse markt gehaald.

2.4 Bijwerkingen en risico's

De meest voorkomende bijwerkingen van het koperafgevend IUD zijn de langdurige en/of onregelmatige *bloedingen*, al dan niet in combinatie met buikpijnlachten. Ook bij het LNG-IUD zijn afwijkende bloedingpatronen de meest voorkomende reden om de methode te staken. Ook andere gestageenafhankelijke bijwerkingen kunnen bij gebruik van het LNG-IUD voorkomen. Amenorroe als ongewenst neveneffect bleek de belangrijkste reden voor het verwijderen van het LNG-IUD te zijn [5]. Zowel bij de koperafgevend IUD's als bij het LNG-IUD vormen de *expulsies* een tweede belangrijke groep van bijwerkingen. Een lagere expulsie van het 'frame'-loze IUD ten opzichte van de TCu380A werd eerst in het derde jaar gevonden (RR 0,41, 95%-BI 0,19-0,87) [10]. Bij plaatsing onmiddellijk post abortum is de kans op expulsie verhoogd: na abortus in het tweede trimester meer dan na abortus in het eerste trimester [10]. Mogelijk vormt het 'frame'-loze IUD hierop een uitzondering [11].

Het ontstaan van aan het IUD gerelateerde *infecties* is uitsluitend gerelateerd aan het insertieproces [2]. Zorgvuldige screening en voorzorgen bij insertie kunnen deze bijwerking verder terugdringen (zie paragraaf 2.7, Voorbereiding).

Treedt tijdens het aanwezig zijn van een IUD *zwangerschap* op, dan dient het IUD zo spoedig mogelijk verwijderd te worden om complicaties tijdens de zwangerschap te

voorkomen (de kans op een abortus is verhoogd met 50%; tijdens het tweede zwangerschapstrimester infectie en sepsis). Ontstaat een zwangerschap in aanwezigheid van een koperafgevend IUD, dan is de kans op een *EUG* 1:8. Het LNG-IUD was effectiever in het voorkomen van extra-uteriene zwangerschappen ten opzichte van IUD's met < 250 mm² koper [5]. Zwangerschap bij het LNG-IUD komt overigens vrijwel uitsluitend voor indien al conceptie heeft plaatsgevonden op het moment van insertie. Voorafgaand aan de insertie van een IUD op een ander tijdstip dan tijdens de menstruatie dient men daarom met zekerheid de mogelijkheid van het bestaan van een zwangerschap, of zelfs van een conceptie, uit te sluiten (zie paragraaf 2.7, Insertieprocedure en -techniek).

2.5 Indicaties

De belangrijkste indicatie voor zowel koperafgevend IUD's als voor het hormoonafgevend systeem LNG-IUD is het voorkómen van zwangerschap. Daarnaast kunnen gynaecologische redenen (zoals menorrhagie, anticoagulantiegebruik) reden zijn om de voorkeur te geven aan het LNG-IUD. Soms wordt een IUD ingebracht na adhaesiolysis bij het syndroom van Asherman ter voorkoming van hernieuwde adhesievorming. Alle IUD's behalve het LNG-IUD (waarbij deze werking niet is aangetoond) zijn geschikt als post-coitum-interceptivum tot dag 19 in een cyclus van 28 dagen. Alle IUD's zijn geschikt voor post-abortum-insertie.

2.6 Contra-indicaties

Absolute contra-indicaties

Absolute contra-indicaties zijn zwangerschap, uteriene bloedingen waarvan de oorzaak (nog) niet bekend is, actieve infecties en maligne aandoeningen van de genitalia interna [1].

Relatieve contra-indicaties

Relatieve contra-indicaties voor IUD's zijn dysmenorroe en/of menorrhagie (dit geldt voor koperafgevend IUD's), intracavitaire uterusafwijkingen, anemie, verhoogde bloedingsneiging, tubopathologie in de anamnese, eerdere expulsie van een IUD of eerdere zwangerschap bij een IUD, onbegrepen onderbuikklachten, gebruik van immunosuppressiva als cytostatica en corticosteroiden, binnen de eerste zes weken post partum.

Een relatieve contra-indicatie is ook een uterusholte met een sondelengte kleiner dan 6 of groter dan 10 cm [12] en verworven immunodeficiënties (zoals aids) [1,2].

Geen contra-indicaties

Geen contra-indicaties zijn nullipariteit [13] en jonge leeftijd, promiscuïteit (adviseer condooms als SOA-preventie!), symptoomloze uterus myomatosus (zonder submukeuze myomen), hartafwijkingen (waarbij overigens wel antibioticumprofylaxe gewenst is [14]), borstvoeding, diabetes.

2.7 Insertie

Vorbereiding

Alvorens een IUD wordt ingebracht dient een uitgebreide anamnese plaats te vinden, waarbij vooral aandacht wordt besteed aan actuele of recent doorgemaakte infecties in het kleine bekken. De patiënt moet op de hoogte worden gebracht van de mogelijke bijwerkingen. Vooral de wat langer durende menstruatie bij koperafgevend IUD's en het geheel veranderende bloedingspatroon bij het LNG-IUD dienen te worden besproken. Een gynaecologisch onderzoek is nodig om de grootte en ligging van de uterus te bepalen en eventuele afwijkingen in het kleine bekken vast te stellen. Alhoewel de wetenschappelijke basis hiervoor nog niet stevig is, valt op theoretische overwegingen voornamelijk diagnostiek ter uitsluiting van seksueel overdraagbare aandoeningen te adviseren, vooral bij nulligravidae (zie advies Chlamydia screening). Antibioticumprofylaxe

(met 200 mg doxycycline of 500 mg azitromycine per os in vergelijking met placebo) is niet zinvol gebleken bij een op SOA gescreende groep niet-risicopatiënten (RR 0,89, 95%-BI 0,53-1,51) [15]. Bij SOA-risicopatiënten is nog niet afdoende gebleken dat antibioticumprofylaxe een overbodige voorzorgsmaatregel is. Deze extra maatregel valt te overwegen op de volgende gronden:

- Iedere IUD-insertie veroorzaakt een (tijdelijke) contaminatie van het cavum uteri.
- Het risico op een opstijgende infectie is alleen aanwezig in de eerste drie weken na insertie [16].
- In de eerste drie weken na insertie is (gemiddeld over alle populaties, op jaarbasis) de kans op een opstijgende infectie zesmaal hoger dan in de periode (weken tot jaren) daarna.

In geval een IUD wordt geplaatst vanwege postcoïtale anticonceptie (zie Richtlijn 43, Postcoïtale anticonceptie) kan een eenmalige orale dosis van doxycycline (200 mg) de kans op een seksueel overdraagbare aandoening verlagen [2]. Alternatieven kunnen zijn: erytromycine (Erythrocin®) 500 mg, ofloxacin (Tarivid®) 400 mg, azitromycine (Zithromax®) 1 g.

Insertieprocedure en -techniek

Een IUD kan op ieder moment van de cyclus worden ingebracht, maar alleen bij insertie in het begin van de eerste cyclusheft weet men zeker dat geen conceptie heeft plaatsgevonden.

Met de patiënt dient de insertieprocedure te worden besproken met speciale aandacht voor de te verwachten, doorgaans kortdurende, pijn. Eventueel kan lokale anesthesie worden aangeboden en/of pijnstilling voor de eerste uren daarna worden voorgeschreven. Een NSAID, een uur voorafgaand aan de insertie, is vaak al voldoende voor een adequate pijnbestrijding [17].

- De Flexi-T 300, de Multiload Cu 375 en de Multiload Cu 375 SL worden ingebracht volgens de zogenaamde 'push-in'-techniek.

Na aanhaken van de portio en strekken van de uterus wordt de inserter met het IUD ingebracht tot aan de fundus uteri. Vervolgens wordt de inserter al roterend in de richting waarin het IUD is ingebracht, weer verwijderd en wordt het draadje afgeknipt op ca. 2 cm vanaf het ostium externum uteri. Tevoren sonderen kan zinvol zijn bij twijfel over de grootte of ligging van de uterus.

- De Nova-T wordt eerst gestrekt in de inserter, waarbij de afgeronde uiteinden net niet in de inserter dienen te verdwijnen. De inserter wordt met het IUD na aanhaken van de portio en strekken van de uterus tot aan de fundus uteri ingebracht en vervolgens enkele centimeters teruggetrokken. Bij onvoldoende passage van het ostium internum van de cervix kan de Nova-T ook vanaf het ostium internum in het cavum worden geschoven. Het IUD wordt vervolgens uit de inbrenghuls geduwd, waarbij de beide horizontale armpjes zich ‘ontvouwen’. Tot slot wordt het gehele IUD nog iets omhoog geschoven, totdat de overtuiging bestaat dat het tegen de fundus uteri is gelegen. De inserter wordt verwijderd en de draadjes worden afgeknipt op ca. 2 cm vanaf het ostium externum.
- De insertietechniek van de Gynefix is sterk vereenvoudigd na de introductie van de nieuwe inserter. Na aanhaken van de portio, sonderen en strekken van de uterus wordt de speciaal ontwikkelde inserter, waarin zich het koperimplantaat met de knoop op een naald zittend bevindt, tegen de fundus uteri aangebracht. De inserter heeft dezelfde diameter als de bijgeleverde uterussonde. Als de inserter zich tegen de fundus uteri bevindt wordt de op de inserter zittende knop ingedrukt en de naald, waarop de knoop van de draad zit, ca. 1 cm in de fundus uteri geprikt (vastgestelde marge op de inserter). De naald wordt dan uit de inserter verwijderd, waarna ook de inserter zelf verwijderd wordt. Door voorzichtig over de draad te ‘aaien’ – een subtiele vorm van lichte tractie – kan nagegaan worden of het implantaat goed in

de fundus is verankerd. Tot slot wordt het draadje afgeknipt op ca. 2 cm vanaf het ostium externum.

- De Mirena wordt met de speciaal daartoe ontwikkelde inserter in de uterus ingebracht. Voor het inbrengen dient de instructie, bijgevoegd bij iedere verpakking, nauwkeurig te worden gevolgd.

Controle

Na de volgende menstruatie is een eenmalige controle gewenst. Dan worden tevens eventuele klachten besproken. Met behulp van speculumonderzoek kan gekeken worden naar het draadje van het IUD. De draadjes kunnen zichtbaar zijn, terwijl het IUD niet goed in het cavum is gesitueerd [18]. Een alternatief is met de vaginale echoscoop na te gaan of het IUD hoog in utero is gesitueerd. Een koperafgevend IUD is goed zichtbaar, het LNG-IUD is zichtbaar aan de uiteinden en door de slagschaduw van de verticale stam. Zijn er geen klachten en is het IUD in situ, dan is verdere controle niet nodig. De vrouw wordt geïnstrueerd contact op te nemen bij klachten en zich te melden voor eventuele vervanging van het IUD na de gebruikelijke verblijfsduur van doorgaans vijf jaar.

2.8 Verwijderen

Het verwijderen van een IUD kan op elk moment gebeuren, waarbij uiteraard rekening dient te worden gehouden met een eventueel risico op een ongewenste conceptie.

Aanhaken van de portio is niet nodig; na instellen van de portio met een speculum kan men eenvoudig aan het zichtbare draadje trekken.

- Bij de Flexi-T lukt de verwijdering doorgaans heel gemakkelijk, met geringe trekkracht (ca. 60-160 gram).
- Bij de ML kan de verwijdering soms moeilijk zijn als gevolg van verhaking van de armpjes van het IUD (trekkracht ca. 500-1000 gram), de draad kan dan soms afbreken.
- Het 'frame'-loze IUD kan verwijderd worden door middel van tractie met een kort rukje, na aanhaken van de portio.
- Bij oudere typen, o.a. T-modellen, Lippes Loop, moet soms met extra kracht getrokken worden vanwege vergroeiing c.q. inbedding in de wand van het cavum uteri. Indien in speculo geen draadje te zien is kan het vaak met een smal tangetje uit het cervicaal kanaal opgevist worden, eventueel met een speciale 'dradenvanger' (knopenhaakmodel). Zo nodig kan onder lokale anesthesie en echogeleiding het IUD ook intra-uterien beetgepakt worden.
- In de resterende gevallen zal hysteroscopische verwijdering noodzakelijk zijn.

3 MYTHEN

- IUD-gebruik is blijvend verantwoordelijk voor een verhoogd risico op ascenderende infecties in de genitalia interna en in het kleine bekken (pelvic inflammatory disease).
- IUD-gebruik predisponeert tot het krijgen van een ectopische zwangerschap.
- IUD-gebruik is gecontra-indiceerd bij nulligravidae [19].

4 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

- 1 Sluit vóór de insertie van een IUD een mogelijke conceptie of zwangerschap met zekerheid uit.
- 2 Neem voor de insertie van een IUD een zorgvuldige op SOA-risico gerichte anamnese af. Neem passende voorzorgen en maatregelen in geval van het bestaan van een SOA-risico.
- 3 Geef in geval van cyclus- en/of menstruatiestoornissen, evenals bij bloedingsneiging de voorkeur aan hormoonafgeevende boven koperafgeevende spiraaltjes.

Literatuur

- 1 WHO. Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva 1996. Zie ook <http://www.who.int/reproductive-health/publications/index.html>.
- 2 Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. Lancet 2000; 356: 1013-9.
- 3 Beerhuizen RJCM, Van Wijck JAM, Eskes TKAB, et al. IUD and salpingitis: a prospective study of pathomorphological changes in the oviducts in IUD-users. Europ J Obstet Gynecol Reprod Biol 1982; 13: 31-41.
- 4 Tietze C, Lewitt S. Recommended procedures for the statistical evaluation of intrauterine contraception. Stud Fam Plann 1973; 4: 35-42.
- 5 French R, Cowan F, Mansour D, et al. Hormonally impregnated intrauterine systems (IUS), versus other forms of reversible contraceptives as effective methods of preventing pregnancy. In: the Cochrane Library issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
- 6 Champion CB, Behlilovic B, Arosema JM, et al. A three-year evaluation of TCu 380 Ag and Multiload Cu 375 intrauterine devices. Contraception 1988; 38: 631-9.
- 7 Van Kets HE, Van der Pas H, Delborge W, Thiery M. A randomized comparative study of the TCu380A and Cu-safe 300 IUDs. Adv



- Contracept 1995; 11: 123-9.
- 8 Wu S, Hu J, Wildemeersch D. Performance of the frameless Gynefix and the TCU380A IUDs in a three-year multicenter randomized comparative trial in parous women. *Contraception* 2000; 61: 91-8.
- 9 Andersson K, Odland V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova-T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial. *Contraception* 1994; 49: 56-72.
- 10 O'Brien PA, Marfleet C. Frameless versus classical intrauterine device for contraception. In: the Cochrane Library issue 4, 2001. Oxford: Update Software.
- 11 Cao Xiaoming, Zhang Wenhao, Gao Yajie, et al. Immediate postabortal insertion of the frameless Gynefix IUD: initial experience in China. *Br J Family Planning* 2000; 26: 85-8.
- 12 Speroff L, Darney P. A clinical guide for contraception; 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1996; p 212.
- 13 Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *NEJM* 2001; 345: 561-7.
- 14 Dukkers van Embden DM, Smeenk RCJ, Treffers JJ, et al. NHG-Standaard Het spiraaltje. *Huisarts Wet* 2000; 43: 314-20.
- 15 Grimes DA, Schulz KF. Antibiotic prophylaxis for intrauterine contraceptive device insertion (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
- 16 Farley TMM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, et al. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet* 1992; 339: 785-8.
- 17 Hollingworth B. Pain control during insertion of an intrauterine device. *Br J Family Planning* 1995; 21: 102-3.
- 18 Petta CA, Faundes D, Pimentel E, et al. The use of vaginal ultrasound to identify copper T IUDs at high risk of expulsion. *Contraception* 1996; 54: 287-9.
- 19 Grimes DA. Intrauterine devices and infertility: sifting through the evidence. *Lancet* 2001; 358: 6-7.

© 2002 Nederlandse Vereniging voor
Obstetrie en Gynaecologie
Deze richtlijn, ontwikkeld door de Commissie
Kwaliteit NVOG onder
eindverantwoordelijkheid van het Bestuur van
de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en
Gynaecologie, is vastgesteld in de 570e
ledenvergadering d.d. 16 november 2001 te
Arnhem. Deze richtlijn is namens de sectie
Anticonceptie van de Werkgroep
Voortplantingsendocrinologie en Fertiliteit
(VEF) opgesteld door dr. R.J.C.M. Beerthuizen.



NVOG-richtlijnen beschrijven een minimum van zorg te verlenen door een gynaecoloog in gemiddelde omstandigheden. Zij hebben een adviserend karakter. Een gynaecoloog kan geargumenteed afwijken van een richtlijn wanneer concrete omstandigheden dat noodzakelijk maken. Dat kan onder meer het geval zijn wanneer een gynaecoloog tegemoet moet komen aan de objectieve noden en/of subjectieve behoeften van een individuele patiënt. Beleid op instellingsniveau kan er incidenteel toe leiden dat (volledige) lokale toepassing van een richtlijn niet mogelijk is. De geldigheid van deze richtlijn eindigt uiterlijk vijf jaar na dagtekening. Dagtekening 2 januari 2002

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE
Lomanlaan 103
Postbus 20061, 3502 LB Utrecht

Tabel 1

Intra-uteriene anticonceptiva die in Nederland verkrijgbaar zijn

<i>type IUD</i>	<i>lengte</i>	<i>breedte</i>	<i>koperoppervl ak, hoeve elheid</i>	<i>frame</i>	<i>verblijfsdu ur</i>
<i>koper</i>					
Flexi-T 300	28 mm	23 mm	LNG	PE* + BS*	5 jaar
Gynefix	30 mm	2,2 mm		ontbreekt	5 jaar
ML Cu 375	35 mm	20 mm	300 mm ²	PE*	5 jaar
ML Cu 375 SL	29 mm	20 mm	330 mm ²	PE*	5 jaar
Nova-T	32 mm	32 mm	375 mm ²	PE* + BS*	5 jaar
			375 mm ²		
<i>hormonaal</i>			200 mm ² +Ag		
Mirena	32 mm	32 mm		PE* + BS*	5 jaar
			52 mg LNG		

*PE: polyethyleen, BS: bariumsulfaat (voor röntgenherkenning)