



vereniging van huisartsen

Opvolgrapport

Richtlijn

Hormonale anticonceptie

Auteur: Peremans Lieve

Datum 29 maart 2019

Conclusie voor deze opvolging

Globaal blijven de kernboodschappen behouden. Hier en daar zijn er aanvullingen. Bij de noodanticonceptie is er meer duidelijkheid over het gebruik en de interacties van Ulipristal®

1 INLEIDING

1.1. Achtergrond

Dit is het eerste opvolgrapport van de richtlijn 'Hormonale anticonceptie

1.1. 1.2. Doelstelling

Opzet van het opvolgrapport is na te gaan of er belangrijke nieuwe en degelijke nationale en internationale publicaties zijn die:

- een vervroegde herziening van de richtlijn "Hormonale anticonceptie" nodig maken;
- geen vervroegde herziening nodig maken, maar wel een nuancering in de kernboodschappen van de aanbeveling aanbrengen;
- de kernboodschappen bevestigen.

2 Procedure

2.1. Literatuuronderzoek

Er werd gezocht naar richtlijnen en systematic reviews via CEBAM en EBMPPracticeNet. De laatste raadpleging dateert van 29 maart 2019.

2.1.1. RICHTLIJNEN

EBMPPracticeNet

Zoekterm 'anticonceptie' 53 hits waarvan 2 relevante richtlijnen en 3 besprekingen van Minverva (zie verder)

Anticonceptie bij patiënten met systemische ziekten Duodecim van 10/04/2013

<https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00576>

1.2. RIZIV-consensus conferenties

Adequaat gebruik van hormonale anticonceptie 16 mei 2013

https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_lange_tekst_20130516.pdf

National Guidelines Clearinghouse – geen richtlijnen meer

NHS Evidence summaries

1 relevante summary Contraception 8 september 2016

The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH) guidelines

Contraception for women aged over 40 years November 2017

<https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-guidance-contraception-for-women-aged-over-40-years-2017/>

Clinical guideline: Drug interactions with hormonal contraception Januari 2018

<https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/current-clinical-guidance/drug-interactions/>

Emergency Contraception December 2017

<https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/current-clinical-guidance/emergency-contraception/>

Contraceptive choices for women with cardiac diseases Juni 2014

<https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceu-guidance-contraceptive-choices-for-women-with-cardiac/>

FSRH clinical guideline: Progestogen- only pills

Updated Februari 2019

<https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-pop-mar-2015/>

Progestogen- only Injectable contraception

Updated Februari 2019

<https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-injectables-dec-2014/>

FSRH guideline: combined hormonal contraception

Updated Februari 2019

<https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/combined-hormonal-contraception/>

FSRH

UK medical eligibility criteria for contraceptive use UKMEC 2016

<http://ukmec.pagelizard.com/2016> geraadpleegd op 29 maart 2019

2.1.2. SYSTEMATIC REVIEWS

Er werd gezocht naar systematische reviews, meta-analyses en gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek gepubliceerd vanaf datum juli 2011

Geraadpleegde databanken via CEBAM:

Cochrane Library: Contraception 70 hits – 15 relevante reviews

Zoekterm 'contraception'

Abdel-Aleem H, d’Arcangues C, Vogelsong KM, Gaffield ML, Gülmezoglu AM. Treatment of vaginal bleeding irregularities induced by progestin only contraceptives. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD003449. DOI: 10.1002/14651858.CD003449.pub5.

Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 7. Art. No.: CD004425. DOI: 10.1002/14651858.CD004425.pub6.

de Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 3. Art. No.: CD010813. DOI: 10.1002/14651858.CD010813.pub2.

Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 7. Art. No.: CD004695. DOI: 10.1002/14651858.CD004695.pub3.

Gallo MF, Nanda K, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF. 20 µg versus >20 µg estrogen combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD003989. DOI: 10.1002/14651858.CD003989.pub5.

Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1. Art. No.: CD003987. DOI: 10.1002/14651858.CD003987.pub5.

Grimes DA, Jones LB, Lopez LM, Schulz K. Oral contraceptives for functional ovarian cysts. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 4. Art. No.: CD006134. DOI: 10.1002/14651858.CD006134.pub5.

Krashin J, Tang JH, Mody S, Lopez LM. Hormonal and intrauterine methods for contraception for women aged 25 years and younger. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 8. Art.No.: CD009805. DOI: 10.1002/14651858.CD009805.pub3.

Lopez LM, Newmann SJ, Grimes DA, Nanda K, Schulz KF. Immediate start of hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. Art. No.: CD006260. DOI: 10.1002/14651858.CD006260.pub3.

Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Stockton LL, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 4. Art. No.: CD003552. DOI: 10.1002/14651858.CD003552.pub4.

Lopez LM, Grey TW, Stuebe AM, Chen M, Truitt ST, Gallo MF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art. No.: CD003988. DOI: 10.1002/14651858.CD003988.pub2.

Roach RE, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 8. Art. No.: CD011054. DOI: 10.1002/14651858.CD011054.pub2.

Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 1. Art. No.: CD001324. DOI: 10.1002/14651858.CD001324.pub6.

Visser J, Snel M, Van Vliet HAAM. Hormonal versus non-hormonal contraceptives in women with diabetes mellitus type 1 and 2. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 3. Art. No.: CD003990. DOI: 10.1002/14651858.CD003990.pub4.

Medline

Er werd een tweede search gedaan via de zoekmachine PubMed op Medline vanaf 1 januari 2012 tot en met 8 december 2018 met de Mesh-term "Contraceptive Agents"

Guidelines

- "Contraceptive Agents"[Mesh] AND (Guideline[ptyp] AND ("2012/01/01"[PDAT] "2018/12/08"[PDAT]))
18 hits waarvan geen enkele is geïncludeerd
- "Contraceptive Agents"[Mesh] AND (Practice Guideline[ptyp] AND ("2012/01/01"[PDAT] "2018/12/08"[PDAT]))
17 hits (idem als bij guidelines) – geen enkele geïncludeerd

Systematic reviews

- "Contraceptive Agents"[Majr] AND (systematic[sb] AND ("2012/01/01"[PDAT] "2018/12/08"[PDAT]))
324 hits die werden nagekeken op abstract en na verwijderen van dubbels uit de Cochrane Databank werden 15 geïncludeerd

Dragoman MV, Tepper NK, Fu R, Curtis KM, Chou R, Gaffield ME. [A systematic review and meta-analysis of venous thrombosis risk among users of combined oral contraception](#). Int J Gynaecol Obstet. 2018 Jun;141(3):287-294. doi: 10.1002/ijgo.12455. Epub 2018 Feb 22. Review. PubMed PMID: 29388678; PubMed Central PMCID: PMC5969307.

Oedingen C, Scholz S, Razum O. [Systematic review and meta-analysis of the association of combined oral contraceptives on the risk of venous thromboembolism: The role of the progestogen type and estrogen dose](#). Thromb Res. 2018 May;165:68-78. doi: 10.1016/j.thromres.2018.03.005. Epub 2018 Mar 15. Review. PubMed PMID: 29573722.

Barrionuevo P, Nabhan M, Altayar O, Wang Z, Erwin PJ, Asi N, Martin KA, Murad MH. [Treatment Options for Hirsutism: A Systematic Review and Network Meta-Analysis](#). J Clin Endocrinol Metab. 2018 Apr 1;103(4):1258-1264. doi: 10.1210/jc.2017-02052. Review. PubMed PMID: 29522176.

Larivée N, Suissa S, Khosrow-Khavar F, Tagalakis V, Filion KB. [Drospirenone-containing oral contraceptive pills and the risk of venous thromboembolism: a systematic review of observational studies](#). BJOG. 2017 Sep;124(10):1490-1499. doi: 10.1111/1471-0528.14623. Epub 2017 May 5. Erratum in: BJOG. 2018 Jun;125(7):910. PubMed PMID: 28276140.

López-Picado A, Lapuente O, Lete I. [Efficacy and side-effects profile of the ethinylestradiol and etonogestrel contraceptive vaginal ring: a systematic review and meta-analysis](#). Eur J Contracept Reprod

Health Care. 2017 Apr;22(2):131-146. doi: 10.1080/13625187.2017.1287351. Epub 2017 Feb 14. Review. PubMed PMID: 28256919.

Dragoman MV, Simmons KB, Paulen ME, Curtis KM. [Combined hormonal contraceptive \(CHC\) use among obese women and contraceptive effectiveness: a systematic review.](#) Contraception. 2017 Feb;95(2):117-129. doi: 10.1016/j.contraception.2016.10.010. Epub 2016 Nov 4. Review. PubMed PMID: 27823942.

Dragoman M, Curtis KM, Gaffield ME. [Combined hormonal contraceptive use among women with known dyslipidemias: a systematic review of critical safety outcomes.](#) Contraception. 2016 Sep;94(3):280-7. doi: 10.1016/j.contraception.2015.08.002. Epub 2015 Aug 10. Review. PubMed PMID: 26272309.

Berry-Bibee EN, Kim MJ, Tepper NK, Riley HE, Curtis KM. [Co-administration of St. John's wort and hormonal contraceptives: a systematic review.](#) Contraception. 2016 Dec;94(6):668-677. doi: 10.1016/j.contraception.2016.07.010. Epub 2016 Jul 18. Review. PubMed PMID: 27444983.

Berry-Bibee EN, Kim MJ, Simmons KB, Tepper NK, Riley HE, Pagano HP, Curtis KM. [Drug interactions between hormonal contraceptives and psychotropic drugs: a systematic review.](#) Contraception. 2016 Dec;94(6):650-667. doi: 10.1016/j.contraception.2016.07.011. Epub 2016 Jul 18. Review. PubMed PMID: 27444984.

Dragoman M, Curtis KM, Gaffield ME. [Combined hormonal contraceptive use among women with known dyslipidemias: a systematic review of critical safety outcomes.](#) Contraception. 2016 Sep;94(3):280-7. doi: 10.1016/j.contraception.2015.08.002. Epub 2015 Aug 10. Review. PubMed PMID: 26272309.

Gierisch JM, Coeytaux RR, Urrutia RP, Havrilesky LJ, Moorman PG, Lowery WJ, Dinan M, McBroom AJ, Hasselblad V, Sanders GD, Myers ER. [Oral contraceptive use and risk of breast, cervical, colorectal, and endometrial cancers: a systematic review.](#) Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2013 Nov;22(11):1931-43. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-13-0298. Epub 2013 Sep 6. Review. PubMed PMID: 24014598.

Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Stockton LL, Schulz KF. [Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception.](#) Cochrane Database Syst Rev. 2013 Apr 30;(4):CD003552. doi: 10.1002/14651858.CD003552.pub4. Review. PubMed PMID: 23633314.

Lopez LM, Bernholc A, Chen M, Grey TW, Otterness C, Westhoff C, Edelman A, Helmerhorst FM. [Hormonal contraceptives for contraception in overweight or obese women.](#) Cochrane Database Syst Rev. 2016 Aug 18;(8):CD008452. doi: 10.1002/14651858.CD008452.pub4. Review. PubMed PMID: 27537097.

Stegeman BH, de Bastos M, Rosendaal FR, van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, Dekkers OM. [Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis.](#) BMJ. 2013 Sep 12;347: f5298. doi: 10.1136/bmj. f5298. Review. PubMed PMID: 24030561; PubMed Central PMCID: PMC3771677.

van Vlijmen EF, Wiewel-Verschueren S, Monster TB, Meijer K. [Combined oral contraceptives, thrombophilia and the risk of venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis.](#) J Thromb Haemost. 2016 Jul;14(7):1393-403. doi: 10.1111/jth.13349. Epub 2016 Jun 16. Review. PubMed PMID: 27121914.

De zoekresultaten werden manueel gefilterd. Op de meest relevante treffers werd de sneeuwbal methode toegepast via de functie 'related citations'. Na een tweede manuele selectie werd deze functie nogmaals toegepast op de belangrijkste artikels.

1.3. SECUNDAIRE BRONNEN

Zoekstrategie

De inclusieperiode werd genomen vanaf 1 januari 2018 aangezien er een richtlijn van goede kwaliteit van januari 2019 is.

De volgende zoektermen werden gebruikt

```
"Contraceptive Agents"[Majr] AND ((Clinical Trial[ptyp] OR Observational Study[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp]) AND ("2018/01/01"[PDAT]: "2019/03/29"[PDAT]))
```

Dit leverde 30 hits op waarvan uiteindelijk geen enkele relevante

2.2. SELECTIE EN KWALITEITSBEOORDELING

Aan de hand van de titels van de literatuuropbrengst selecteerden we de "te lezen abstracts" op basis van hun relevantie voor het thema.

De nagelezen abstracts werden weerhouden op basis van de relevantie voor de kernboodschappen van de aanbeveling. Van de geselecteerde abstracts werden de volledige artikels opgevraagd.

Als de besluitvorming niet overeenstemt met de kernboodschappen van de aanbeveling wordt het artikel beoordeeld aan de hand van bijkomende criteria:

- Interne validatie aan de hand van een scorelist (checklist van Dutch Cochrane);
- Kwantificering van de parameters, waardoor het belang van de studie duidelijk wordt.

2.3. Advies met betrekking tot de aanbeveling

Een gefundeerd advies over de noodzaak om te aanbevelingen te herzien of niet te veranderen zal geformuleerd worden aan de stuurgroep aanbevelingen.

3 Toepasbaarheid in de aanbeveling

3. 1. Bevindingen uit de literatuur

Sleutelboodschap:

3.1.1 Bij een eerste consult staat **intake (ICE) en anamnese** centraal

Absolute contra-indicaties voor OAC (type combinatiepil) zijn:

- Diepe veneuze trombose, huidig en recent gebruik van antico, gekende stollingsstoornissen ook familiaal en majeure heelkunde met immobilisatie
- Arteriële trombo-embolische aandoeningen
- Minder dan drie weken postpartum en minder dan 6 weken postpartum bij borstvoeding
- Hypertensie met een systolische bloeddruk van ≥ 160 mm Hg of een diastolische bloeddruk van ≥ 100 mm Hg
- Cardiomyopathie met verminderde hartfunctie, hartklepaandoeningen met pulmonale hypertensie, voorkamerfibrillatie
- Migraine met aura (actueel of een voorgeschiedenis van < 5 jaar)
- Voorgeschiedenis van hormoonafhankelijke tumoren zoals borstcarcinoom en oestrogeengevoelig carcinoom – tijdens het doormaken van het borstcarcinoom
- Acute hepatitis A, B of C, ernstige vorm van cirrose met onmiskenbaar en/of herhaaldelijk verhoogde transaminasen en levertumoren (hepatocellulair carcinoom en adenoom)
- Diabetes met retino-, nefro-, en/of neuropathie
- Systemische lupus erythematosus met positieve of onbekende antifosfolipidenantistoffen
- Majeure chirurgie met verlengde immobilisatie

Referentie	Publicatietype	Onderzoeksvraag	Conclusie
https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00572 ¹	Clinical guideline	Welke absolute contra-indicaties zijn er om OAC (type combinatiepil te geven?	De contra-indicaties blijven behouden – in deze richtlijn staat wel dat migraine zonder aura > 35 jaar ook een CI is maar dit is nergens anders onderbouwd
https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/combined-hormonal-contraception/ ²	Clinical guideline	Welke absolute contra-indicaties zijn er om OAC (type combinatiepil te	Vrouwen met migraine met aura hebben een hoger risico op ischemisch

		geven?	herseninfectie. Vrouwen met een geschiedenis van migraine, die COC gebruiken hebben een twee tot vier keer hoger risico op ischemisch infarct dan niet-gebruikers met migraine
<p>FSRH UK medical eligibility criteria for contraceptive use UKMEC 2016 http://ukmec.pagelizard.com/2016 geraadpleegd op 29 maart 2019³</p> <p>Contraceptive choices for women with cardiac diseases⁴ Juni 2014 https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceu-guidance-contraceptive-choices-for-women-with-cardiac/</p>	Clinical guideline	Welke absolute contra-indicaties zijn er om OAC (type combinatiepil te geven?	Combinatiepreparaten kunnen vochtretentie verhogen waardoor hartfalen toeneemt bij vrouwen met een cardiomyopathie. Vrouwen met cardiomyopathie hebben ook een hoge incidentie van hartritmestoornissen die kunnen verergeren bij gebruik van combinatiepreparaten.
<p>FSRH UK medical eligibility criteria for contraceptive use UKMEC 2016³ http://ukmec.pagelizard.com/2016 geraadpleegd op 29 maart 2019</p>	Clinical guideline	Welke absolute contra-indicaties zijn er om OAC (type combinatiepil te geven?	Zware chirurgische ingreep Combinatiepreparaten moeten gestopt worden 4 weken voor de geplande ingreep (> 30 minuten) en bij alle ingrepen t.h.v. de onderste ledematen die een langere immobilisatie vragen; OAC kunnen maar gestart worden op zijn vroegst 2 weken na volledige mobilisatie POP zijn een goed alternatief. Bij trauma is op voorhand onderbreken niet mogelijk maar kunnen er LMGH en

			compressietherapie worden opgestart. Deze regels gelden niet voor mineure chirurgie
--	--	--	---

Besluit

Deze kernboodschappen moeten vervolledigd worden met de volgende contra-indicaties

- Cardiomyopathie met verminderde hartfunctie, hartklepaandoeningen met pulmonale hypertensie, voorkamerfibrillatie
- Majeure chirurgie met verlengde immobilisatie

3.1.2. Klinisch onderzoek

De arts meet bij elke vrouw de bloeddruk alvorens een eerste voorschrift voor de combinatiepil af te leveren (**Grade 2C**)

De body mass index (BMI) en het gewicht worden in het dossier geregistreerd bij een eerste consult voor de pil (**Grade 2C**)

Referentie	Publicatietype	Onderzoeksvraag	Conclusie
<p>FSRH guideline: combined hormonal contraception Updated Februari 2019</p> <p>https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/combined-hormonal-contraception/</p> <p>FSRH UK medical eligibility criteria for contraceptive use UKMEC 2016</p> <p>http://ukmec.pagelizard.com/2016 geraadpleegd op 29 maart 2019</p>	Clinical guideline	Welk klinisch onderzoek dient er te gebeuren bij de opstart van anticonceptie?	<p>Vrouwen met een BMI ≥ 35 kg/m² krijgen best geen COC. Indien ze dit toch wensen te nemen wordt dit voorgeschreven door een specialist. De BMI moet bepaald worden voor het starten van de anticonceptie. Het risico op een veneuse trombose stijgt bij een BMI >30 en stijgt verder bij een BMI >35. Beperkte evidentie zegt dat vrouwen met een hoge BMI geen hoger risico of AMI of herseninfarct</p>

<p>Lopez LM, Bernholc A, Chen M, Grey TW, Otterness C, Westhoff C, Edelman A, Helmerhorst FM. Hormonal contraceptives for contraception in overweight or obese women. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Aug 18;(8):CD008452. doi: 10.1002/14651858.CD008452.pub4. Review. PubMed PMID: 27537097⁵</p>			<p>hebben t.o.v. niet-gebruikers*</p> <p>Bij de patch-gebruikers hadden obese vrouwen een hogere Pearl-index dan niet-obese vrouwen (4.63 versus 2.15).</p>
<p>FSRH guideline: combined hormonal contraception Updated februari 2019</p> <p>https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/combined-hormonal-contraception/</p> <p>FSRH UK medical eligibility criteria for contraceptive use UKMEC 2016</p> <p>http://ukmec.pagelizard.com/2016 geraadpleegd op 29 maart 2019</p>	<p>Clinical guideline</p>	<p>Welk klinisch onderzoek dient er te gebeuren bij de opstart van anticonceptie?</p>	<p>Vrouwen met een ernstige hypertensie (systolische druk ≥ 160 mmHg of diastolische druk ≥ 100 mmHg) mogen geen COC gebruiken. Bij vrouwen met een minder ernstige hypertensie (systolische druk 140–159 mmHg or diastolische druk 90–99 mmHg), of met een goed gecontroleerde hypertensie is beter om een andere keuze dan COC te overwegen. Bloeddruk moet voor het opstarten worden geëvalueerd.</p>

*

Op dit ogenblik is er geen evidentie voor een verminderde effectiviteit van hormonale contraceptiva bij een hoge BMI (≥ 30) of overgewicht.

Deze evidentie is wel gebaseerd op studies van lage kwaliteit wat maakt dat de evidentie over het risico op zwangerschap niet helemaal kan uitgesloten worden. Nieuw onderzoek waarbij vrouwen met een hoger gewicht worden geïncludeerd is nodig.

Besluit

De sleutelboodschap moet niet aangepast worden.

3.1.3. Welke pil voorschrijven?

Vrouwen jonger dan 35 jaar:

Combinatiepil met ≤ 35 μg ethinyloestradiol en een tweedegeneratie progestageen (**Grade 1A**)

Vrouwen van 35 jaar of ouder:

- Voor **niet-rokers** wordt de combinatiepil met ≤ 35 mg ethinyloestradiol verder gegeven. De voorkeur gaat naar een tweedegeneratie pil (**Grade 1A**).
- Voor **rokers zonder** bijkomende cardiovasculaire risicofactoren < 15 sigaretten per dag: het type pil wordt met haar besproken. De combinatiepil kan, maar heeft risico's (**Grade 1B**).
 ≥ 15 sigaretten per dag: geen combinatiepreparaat voorschrijven. Opteren voor een alternatieve anticonceptie (**Grade 1A**).
- Voor **rokers met** bijkomende cardiovasculaire risicofactoren (hypertensie, diabetes, verhoogd cholesterol, overgewicht) wordt evenmin de combinatiepil voorgeschreven en kiest men ook voor alternatieve anticonceptie (**Grade 1A**).

Referentie	Publicatietype	Onderzoeksvraag	Conclusie
https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/combined-hormonal-contraception/ ²	Clinical guideline	Welke orale anticonceptie geniet de voorkeur bij opstart?	OAC met ≤ 30 μg EE in combinatie met LNG of norethisterone is de beste eerste keuze om cardiovasculair risico te minimaliseren
de Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 3. Art. No.: CD010813. DOI: 10.1002/14651858.CD010813.pub2. ⁶	Systematic review	Welke orale anticonceptie geniet de voorkeur bij opstart?	Alle combinatiepreparaten zijn geassocieerd met een verhoogd risico op VT. De effectgrootte hangt af van het gebruikt progestageen en de dosis oestrogeen. Het risico bij preparaten met 30-35 μg EE en gestodeen, desogestrel, cyproterone acetaat en drospirenone is gelijkaardig en ongeveer 50-80% hoger dan met LNG. De beste keuze is een preparaat met 30 μg EE en

			LNG.
--	--	--	------

Besluit

De voorkeur om op te starten met een combinatiepil met $\leq 35 \mu\text{g}$ ethinyloestradiol en een tweedegeneratie progestageen blijft gehandhaafd.

3.1.4. Noodanticonceptie

Sleutelboodschap:

Schrijf noodanticonceptie enkel voor bij twee of meer vergeten pillen in de eerste pilweek. De voorkeur gaat naar Levenorgestrel 1.5 mg (< 72 u) of naar een noodspiraal (< 120 u)

Referentie	Publicatietype	Onderzoeksvraag	Conclusie
https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017/ ⁶ geraadpleegd op 8 december 2018	Clinical guideline	Welke vrouwen die hormonale anticonceptie niet correct hebben genomen dienen noodanticonceptie te nemen	<ul style="list-style-type: none"> • Wanneer 2 of meer pillen gemist worden dan dient noodanticonceptie genomen te worden • Wanneer de patch of vaginale ring > 48 uur te laat aangebracht of verwijderd • Te late inname (>27 u) van een traditionele POP of (>36 u) bij een POP met desogestrel
https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017/ geraadpleegd op 8 december 2018 Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L. Interventions for emergency contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 8. Art. No.: CD001324. DOI: 10.1002/14651858.CD001324.pub5. ⁷	Clinical guideline	Welke noodanticonceptie geniet de voorkeur?	<ul style="list-style-type: none"> • Een koperhoudend spiraal geniet de voorkeur en kan tot 120 u na het onbeschermd contact worden toegediend • Een orale pil met Ulipristal Acetaat (UPA) is werkzaam tot 120 u na het onbeschermd contact en is effectiever dan

			<p>levonorgestrel (LNG)* bij niet-gebruiksters van hormonale anticonceptie met een onbeschermd contact</p> <p>Ulipristal acetate (UPA) was geassocieerd met minder ongeplande zwangerschappen dan bij gebruik van levonorgestrel (RR 0.59; 95% CI 0.35 to 0.99, 2 RCTs, n = 3448).</p>
<p>https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017/ geraadpleegd op 8 december 2018</p>	Clinical guideline	Wat is het effect van het gewicht/BMI op de effectiviteit van van noodanticonceptie?	<ul style="list-style-type: none"> • De voorkeur gaat uit naar een koperspiraal • Bij vrouwen die >70 kg wegen of met een BMI van meer 26 is de effectiviteit mogelijks verminderd • Voor UPA is geen overtuigend bewijs gevonden en moet de dosis ook niet worden aangepast • Bij gebruik van LNG wordt aangeraden een dosis van 3 mg te geven
<p>https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017/ geraadpleegd op 8 december 2018</p>	Clinical guideline	Welke interacties zijn relevant bij gebruik van noodanticonceptie?	<ul style="list-style-type: none"> • Bij gebruik van lever enzym-inducerende geneesmiddelen (CYP450) is de effectiviteit van de noodanticonceptie verminderd. • Interactie met progesteronhoudende preparaten zie hieronder*

			<ul style="list-style-type: none"> • PPI kunnen de effectiviteit van UPA verminderen maar er is onvoldoende bewijs
https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017/ geraadpleegd op 8 december 2018	Clinical guideline	Zijn er contra-indicaties voor het gebruik van noodanticonceptie	<ul style="list-style-type: none"> • Noodspiraal – antibioticum behandeling bij C Trachomatis en N Gonnorrhoea dient beëindigd te zijn • UPA CI bij vrouwen met astma op orale corticoïden**

- De werking van Ulipristal (UPA) vermindert als er binnen de 5 dagen na toediening progesteron wordt toegediend. Er mag dus geen anticonceptie (POP of een combinatiepil worden opgestart binnen de 5 dagen na toediening), ook voorafgaandelijke inname van progesteron zou de werking verminderen. Dit impliceert dat bij vrouwen bij wie welke vorm van hormonale anticonceptie dan ook faalde, de werking van UPA niet zo efficiënt zou zijn en de auteurs besluiten dat dan LNG toch nog beter is op voorwaarde dat ze ingenomen wordt <72 u na het onbeschermd contact

** omwille van het antiglucorticoïd effect van UPA

Besluit

Ondanks het feit dat het koperhoudend spiraal de voorkeur geniet, gevolgd door de orale toediening van Ullipristal blijft gezien de gemakkelijke toegankelijkheid en de lage kostprijs de noodpil met levonorgestrel de eerste keuze op voorwaarde dat ze binnen de 72 uur wordt ingenomen.

Voor patiënten die een arts raadplegen geniet het spiraal of ullapristal de voorkeur aangezien deze middelen efficiënter zijn. De arts moet bij gebruik van ullipristal de juiste instructies meegeven.

4. Referenties (deze referenties werden uiteindelijk gebruikt omdat ze relevant waren voor de sleutelboodschappen)

1. <https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00572> geraadpleegd op 8 december 2018
2. <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/combined-hormonal-contraception/> geraadpleegd op 28 maart 2019
3. <http://ukmec.pagelizard.com/2016> geraadpleegd op 29 maart 2019

4. <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceu-guidance-contraceptive-choices-for-women-with-cardiac/> geraadpleegd op 29 maart 2019
5. Lopez LM, Bernholc A, Chen M, Grey TW, Otterness C, Westhoff C, Edelman A, Helmerhorst FM. [Hormonal contraceptives for contraception in overweight or obese women](#). Cochrane Database Syst Rev. 2016 Aug 18;(8):CD008452. doi: 10.1002/14651858.CD008452.pub4. Review. PubMed PMID: 27537097.
6. de Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 3. Art. No.: CD010813. DOI: 10.1002/14651858.CD010813.pub2.
7. <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/current-clinical-guidance/emergency-contraception/> geraadpleegd op 8 december 2018
8. Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L. Interventions for emergency contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 8. Art. No.: CD001324. DOI: 10.1002/14651858.CD001324.pub5.