

Controle van een IUD met echografie na plaatsing

Dr. Didier Hebberecht — YES, I SCAN!

Bij de controle van een spiraaltje wil ik vooral weten of de patiënte er goed mee is. Heeft ze nog pijn? Hoe verloopt het bloedverlies? Is ze tevreden over haar keuze? Pas daarna komt de vraag of een echo nodig is.

Wanneer we echografie gebruiken, moet het onderzoek een concrete vraag beantwoorden. We willen het IUD in de baarmoederholte lokaliseren en nagaan of er aanwijzingen zijn voor verplaatsing, gedeeltelijke uitstoting of ingroei in de wand. Eén helder wit lijntje op het scherm is daarvoor niet genoeg.

De controle begint bij de patiënte

De NHG-Standaard adviseert een controle ongeveer zes weken na plaatsing. Ook het Franse CNGOF stelt voor om in de weken na de plaatsing een controleconsult aan te bieden. Beide leggen de nadruk op de klinische beoordeling. [1,5]

Als de plaatsing vlot verliep, de patiënte geen klachten heeft en de draadjes zichtbaar zijn met de verwachte lengte, hoeft daar volgens het CNGOF geen systematische echo bij (Grade B). Ook de Nederlandse aanbevelingen vragen geen routine-echo na een ongecompliceerde plaatsing. [1,2,5]

Ik vraag naar pijn, bloedverlies, het verloop van de plaatsing en het type spiraal. In speculo controleer ik de draadjes en let ik op gedeeltelijke expulsie. Ontbrekende draadjes of twijfel over de ligging zijn redenen voor echografie. Aanhoudend abnormaal bloedverlies, zeker samen met bekkenpijn, vraagt onderzoek naar een mogelijke complicatie. Afhankelijk van de situatie horen daar ook een zwangerschapstest en onderzoek naar infectie bij. Bij vermoeden van verplaatsing vraag ik bovendien naar recente onbeschermdde betrekkingen: dat kan het verdere beleid veranderen. [1,2,5]

Als de draadjes ontbreken

Vaak zijn de draadjes teruggetrokken in het cervicale kanaal of de uterus. Ik sluit zwangerschap uit en lokaliseer het IUD met echografie; tot dan bespreek ik aanvullende anticonceptie en zo nodig noodanticonceptie. Bij correcte ligging en gewenste voortzetting mogen de draadjes blijven waar ze zitten. Alleen om ze weer zichtbaar te maken, is manipulatie niet nodig. [4]

Als verwijdering gewenst is, kunnen intracervicale draadjes soms voorzichtig met een cytobrush worden vrijgemaakt. Een draadjesretriever is een volgende mogelijkheid voor een daarin bekwame arts. Ik bevestig vooraf de intra-uteriene ligging en sluit zwangerschap uit; bij pijn, weerstand of een mislukte poging verwijs ik. [4,9]

Het IUD in beeld brengen

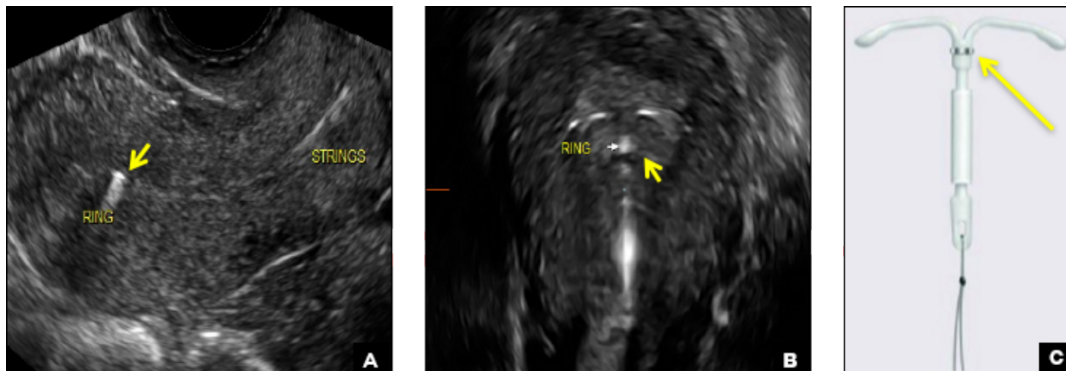
Hieronder gaat het over T-vormige koper- en hormoonspiralen. Een frameloos model vraagt een beoordeling die bij dat ontwerp past.

Koper en hormoon geven een verschillend echobeeld

Een koperspiraal geeft doorgaans een helder echogene stam en armen, met akoestische schaduw. Bij een hormoonspiraal die levonorgestrel afgeeft (LNG-spiraal), zoals Mirena, Kyleena of Jaydess, kan het beeld subtieler zijn. Vooral de uiteinden van de armen en de schaduw achter het systeem helpen bij de herkenning. De stam kan zichtbaar zijn, maar is niet altijd zo opvallend als bij koper. Een minder helder wit lijntje betekent dus niet dat het IUD ontbreekt. Ik beoordeel het systeem in meerdere vlakken en ken het geplaatste type. [7]



Transvaginale echografie van een correct geplaatste Mirena-hormoonspiraal. Beeld: Mikael Häggström, 2014. CC0, publiek domein.



Kleinere hormoonspiraal met zilveren ring onder de dwarsarmen (pijlen): A, transvaginaal 2D-beeld; B, 3D-beeld; C, tekening van Skyla (Jaydess). Ook Kyleena heeft een zilveren ring; deze twee types zijn op echografie niet betrouwbaar van elkaar te onderscheiden. Beeldbron: Kanmaniraja en Kaunitz, OBG Management, 2017. Toestemming voor herpublicatie op de website is nog te verifiëren.

Via de onderbuik

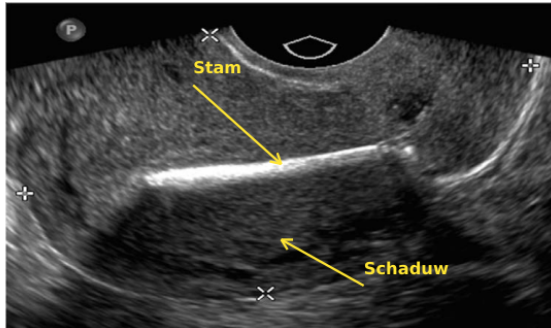
Een voldoende gevulde blaas helpt om de uterus transabdominaal te bekijken. Met een convexe transducer breng ik eerst de uterus en cervix als geheel in beeld. Daarna verklein ik de diepte en pas ik focus en vergroting aan, zodat de baarmoederholte beter te beoordelen is.

Dat kan met een handheld, op voorwaarde dat de beeldkwaliteit de klinische vraag laat beantwoorden. Als de caviteit, de armen of de overgang naar de cervix onvoldoende zichtbaar zijn, blijft het onderzoek onvolledig.

Koper- versus hormoonspiraal op echo

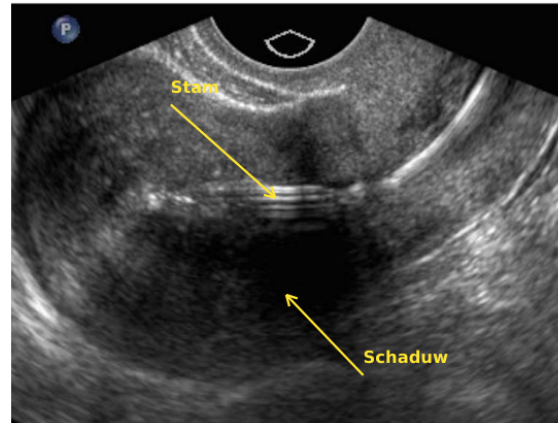
Vergelijking met echte transvaginale echobeelden. De stam wordt in het lengtevlak beoordeeld; voor de armen is een aanvullend dwarsvlak nodig.

Koperspiraal

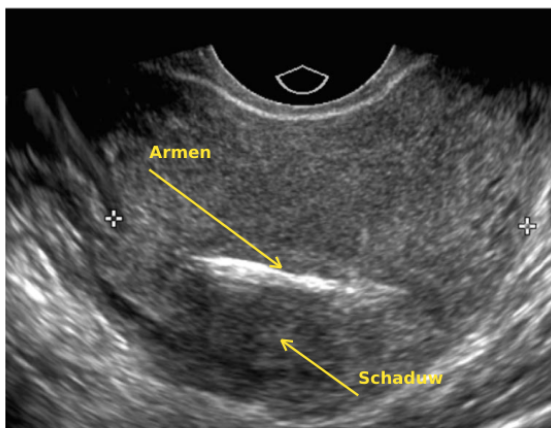


Lengtevlak

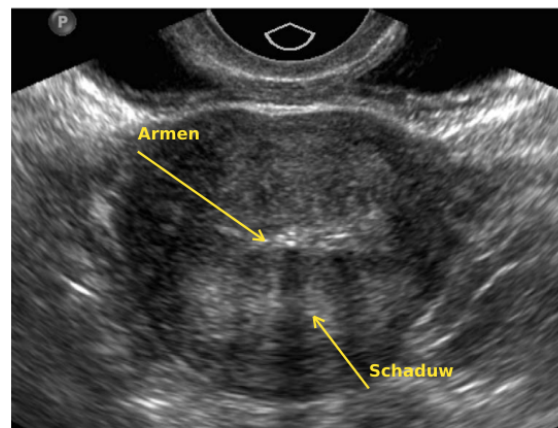
Hormoonspiraal (LNG)



Lengtevlak



Dwarsvlak



Dwarsvlak

Let op: bij koper is het frame doorgaans sterk echogeen. Bij een LNG-spiraal kunnen de armen minder volledig oplichten; echogene uiteinden en schaduwvorming helpen bij de herkenning. De pijlen duiden herkenningspunten aan, geen meetpunten.

Bron: Nowitzki KM et al. Ultrasonography of intrauterine devices. Ultrasonography. 2015;34:183-194. Figuur 3A-D; panelen herschikt, Nederlandse labels en pijlen toegevoegd. DOI: 10.14366/usg.15010. Licentie: CC BY-NC 3.0 (niet-commercieel gebruik).

Transvaginaal

Transvaginale echografie geeft doorgaans meer detail van de baarmoederholte en de relatie tussen IUD en myometrium. Bij twijfel over de positie verwijst de NHG-Standaard naar deze toegangsweg. Het onderzoek gebeurt met toestemming, bij voorkeur met een lege blaas, door iemand die daarin bekwaam is. Het kan ook meteen de aangewezen benadering zijn; eerst een abdominale echo maken is geen verplichte tussenstap. [1]

Ik bekijk de uterus in de lengte en dwars en bewaar beelden waarop de ligging te volgen is:

- een longitudinale opname met fundus, endometriumholte, stam en cervix;
- dwarse opnamen door fundus en corpus om de armen en centrale ligging te beoordelen;
- bij voorkeur een korte sweep of cineclip door de uterus.

Bij twijfel over een ingebedde arm kan een coronale 3D-reconstructie helpen om beide armen ten opzichte van de caviteit te beoordelen. In de gebruikelijke huisartspraktijk met een 2D-handheld betekent dit verwijzen naar een gynaecoloog of dienst met gynaecologische 3D-echografie. [4,7]

Waar moet het spiraaltje liggen

Bij een goed geplaatst T-vormig IUD liggen beide armen ontplooid hoog in de baarmoederholte. De stam loopt centraal naar beneden. Het onderste uiteinde blijft boven het ostium internum, de overgang naar het cervicale kanaal. Ik let ook op rotatie en op onderdelen die in het myometrium lijken door te lopen. [4]

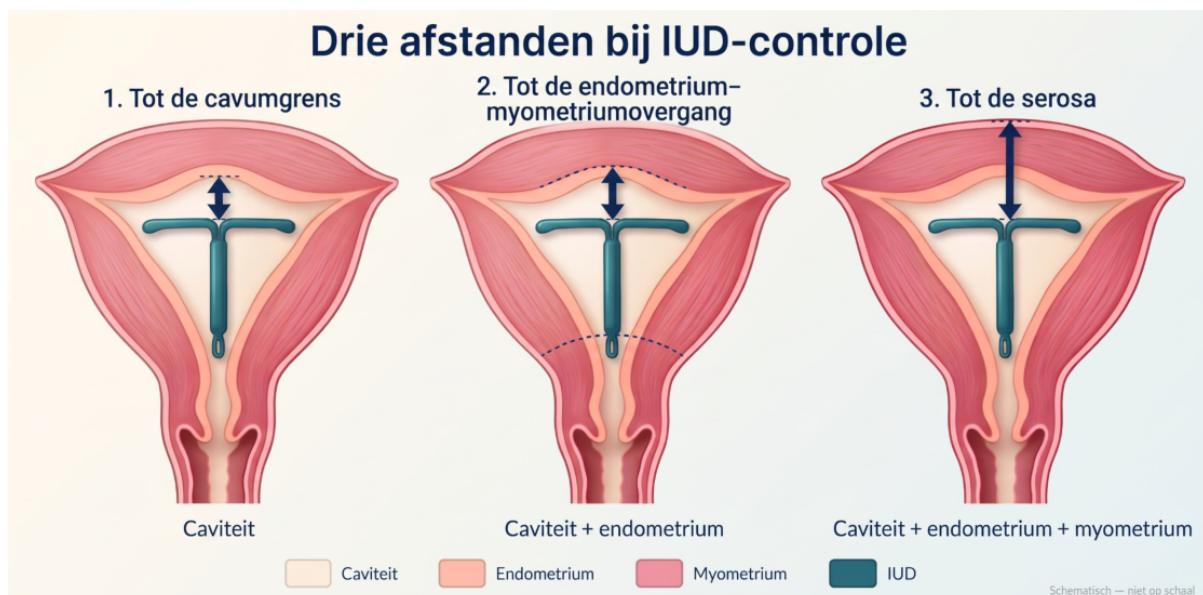
FSRH beschrijft rotatie als een vorm van malpositie en adviseert een individuele afweging op basis van onder meer ligging, klachten en type IUD. [4] Bij een geïsoleerde rotatie zonder klachten beschrijf ik de oriëntatie en beoordeel ik of het IUD volledig intracavitair ligt, de armen ontplooid zijn en ingroei of cervicale ligging ontbreekt. Ik beschouw rotatie alleen niet als een automatische reden voor verwijdering.

Metten tot de juiste fundusgrens

Als ik de fundale afstand meet, neem ik de bovenzijde van de endometriumholte als referentie. Van daar meet ik tot het bovenste uiteinde van het IUD, in een correct longitudinaal vlak. De gebruikte meetpunten horen in het verslag. [4]

Bij sterke ante- of retroflexie volg ik de as en kromming van de uterus met de transducer. Ik meet alleen wanneer het bovenste IUD-uiteinde en de gekozen fundusgrens in hetzelfde passende vlak zichtbaar zijn. Een schuine doorsnede kan de afstand vertekenen. Ook een dik secretair endometrium kan de afgrenzing minder duidelijk maken. Bij twijfel noteer ik dat de meting onvoldoende betrouwbaar is en laat ik zo nodig gericht transvaginaal beoordelen.

De meetafstanden en de ligging van het IUD



Drie meetafstanden vanaf het bovenste IUD-uiteinde. De meetdefinities en interpretatie staan in de tabel hieronder.

De term 'fundale afstand' is alleen duidelijk als we het anatomische eindpunt vermelden. Bij alle drie de metingen hieronder vertrekken we van hetzelfde punt: het bovenste, fundale uiteinde van het IUD, dus niet het onderste uiteinde bij de cervix.

Kenmerk	1. Tot de cavumgrens	2. Tot de overgang endometrium-myometrium	3. Tot de serosa
Meetpunt	Bovenzijde van de baarmoederholte, aan de binnenzijde van het fundale endometrium.	Overgang van het fundale endometrium naar de spierwand.	Buitenste contour van de fundus.
Omvat	Alleen de afstand binnen de caviteit, vanaf het bovenste IUD-uiteinde.	De afstand tot de cavumgrens plus het fundale endometrium langs de meetlijn.	De afstand tot de cavumgrens plus het fundale endometrium en de spierwand langs de meetlijn.
Benaming	IUD-cavumafstand; ook IUD-endometriumafstand genoemd.	IUD-myometriumafstand.	IUD-serosa-afstand; in oudere literatuur ook IUD-fundusafstand.
Interpretatie	Hierop is het FSRH-criterium van 2 cm gebaseerd. [4]	Gebruikt in sommige studies. Door de inbegrepen endometriumdikte niet gelijk aan de cavumafstand. [6]	Historisch werden grenzen van 20-25 mm gebruikt. Een algemeen geldige maximale afstand is niet vastgesteld.

Ik meet in een correct longitudinaal vlak en vermeld de exacte meetpunten in het verslag. Afstanden met verschillende eindpunten zijn niet rechtstreeks vergelijkbaar; de grens van 2 cm tot de cavumgrens mag dus niet op de andere twee metingen worden toegepast. Geen van deze metingen vervangt de beoordeling van beide armen en de cervix. [4,6]

Is twee centimeter een harde grens

De betekenis van een grotere fundale afstand is minder eenduidig dan een getal doet vermoeden. Volgens de NHG-Standaard uit 2020 vraagt een intracavitair gelegen spiraal op zichzelf geen ingreep vanwege de afstand tot de fundus. Dat geldt uiteraard niet voor een IUD in het cervicale kanaal of buiten de caviteit. [1]

De Britse FSRH-richtlijn is terughoudender bij laagstand. Ze noemt meer dan 2 cm onder de fundale cavumgrens als een bevinding waarbij verwijdering of vervanging doorgaans wordt overwogen. Dat is een praktische beleidsgrens, geen bewezen omslagpunt waarop de anticonceptieve werking plots verdwijnt. [4]

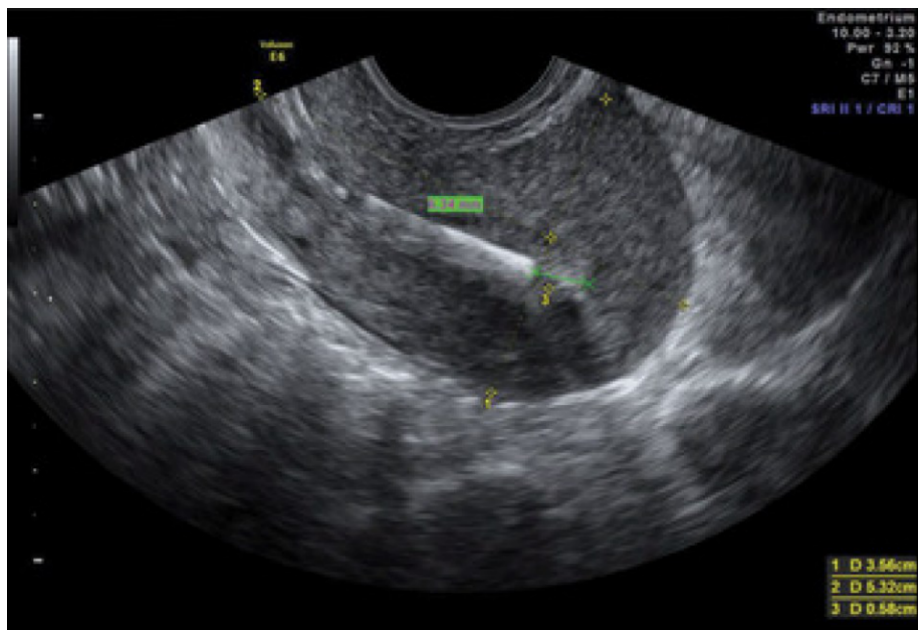
Ik zou een duidelijk laaggelegen koperspiraal daarom met de gynaecoloog bespreken. Klachten, de precieze ligging en het zwangerschapsrisico wegen mee. Alleen op basis van een afstand boven 2 cm automatisch verwijderen, doet onvoldoende recht aan die afweging.

Laagstand bij een hormoonspiraal

Bij een hormoonspiraal kan de werking minder afhankelijk zijn van de precieze fundale positie dan bij koper, door de lokale afgifte van levonorgestrel. Een laaggelegen hormoonspiraal die volledig boven het ostium internum blijft en geen klachten geeft, hoeft daarom niet automatisch verwijderd te worden. RANZCOG laat hierbij een afweging toe op basis van klachten en echobevindingen. [8]

Dat betekent niet dat de betrouwbaarheid bij elke laagstand bewezen is. FSRH benadrukt de beperkte gegevens en hanteert meer dan 2 cm afstand als algemene reden om vervanging te overwegen. Ik bespreek de onzekerheid, het type spiraal, de exacte ligging, klachten en de wens van de patiënte. Zo nodig vraag ik gericht advies zonder meteen verwijdering te plannen. Een gedeeltelijk intracervicaal IUD vraagt bij beide types beoordeling voor verwijdering en vervanging. [4,8]

Afstand tussen IUD en fundale cavumgrens



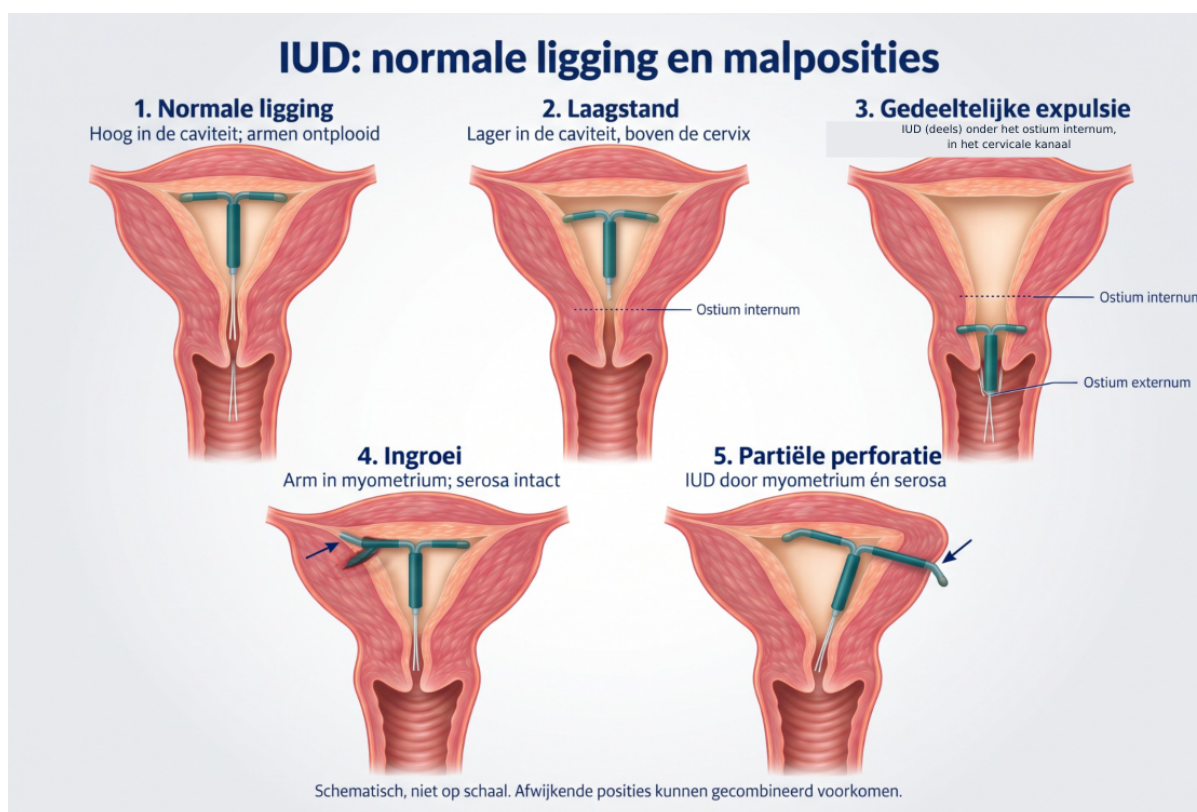
Longitudinale transvaginale opname van een koperspiraal. De korte groene meting toont een afstand van 0,58 cm (5,8 mm) tussen het bovenste uiteinde van het IUD en de fundale cavumgrens. De meting illustreert de techniek en bepaalt op zichzelf niet het beleid.

Bron: Sheila Radhakrishnan en Shilpa Kolhe. Tips and Tricks when Using Ultrasound in a Contraception Clinic. In: Gynaecological Ultrasound Scanning. Cambridge University Press, 2020, figuur 15.3. Oorspronkelijk hoofdstuk.

Transabdominale en transvaginale vergelijking

Figuur 5A-B van Carter en Baun bekijken. Longitudinale beelden via de onderbuik en transvaginaal, met de stam van het IUD centraal in de endometriumholte.

Normale ligging en malposities



Schematisch overzicht van de normale ligging en verschillende vormen van malpositie van een IUD. Niet op schaal.

Wanneer overleg of verwijzing nodig is

Echobeinding	Wat doe ik?
Normale ligging	Het IUD is volledig beoordeelbaar en er zijn geen klachten of afwijkingen: geruststellen en bespreken wanneer patiënte terugkomt.
Onvoldoende zichtbaar	Caviteit, armen of cervix zijn niet goed te beoordelen: aanvullende transvaginale echografie. Bij vermoeden van ingroei eventueel verwijzen voor 3D.
Koperspiraal ligt te laag	Gericht overleg over de betrouwbaarheid en eventuele vervanging.
Hormoonspiraal ligt te laag	Volledig boven het ostium internum en geen klachten: individuele afweging, geen automatische verwijdering. Bespreek de onzekerheid en vraag zo nodig advies. [8]
IUD is gedraaid	Bij geïsoleerde rotatie zonder klachten: beschrijf de ligging en beoordeel armen, caviteit en cervix. Geen automatische verwijdering.
Mogelijke ingroei	Bevestig of het IUD in het myometrium is ingebed. Stem het beleid af op klachten en verwijderwens; verwijs bij onduidelijkheid.
IUD in de cervix	Ook bij gedeeltelijke ligging in het cervicale kanaal: snelle beoordeling voor verwijdering en eventuele vervanging.
IUD niet teruggevonden	Na adequate transvaginale echografie: zwangerschap uitsluiten en een röntgenopname van abdomen en bekken laten maken.
IUD buiten de uterus	Bij bevestigde extra-uteriene ligging: snel gynaecologisch overleg, doorgaans voor laparoscopische verwijdering.
Alarmsymptomen of positieve zwangerschapstest	Dezelfde dag urgente beoordeling bij ernstige pijn, syncope, hevig bloedverlies of koorts met ziek zijn. Bij zwangerschap ook een extra-uteriene zwangerschap uitsluiten.

Bij twijfel over de betrouwbaarheid is tijdelijk condoomgebruik of onthouding aangewezen. Denk aan noodanticonceptie en een zwangerschapstest als daar aanleiding toe is. Recente onbeschermdere betrekkingen moeten ook worden meegewogen vóór een mogelijk verplaatst IUD wordt verwijderd. [1,4,5]

Niet zichtbaar in de uterus en mogelijke perforatie

Een IUD dat bij adequate transvaginale echografie niet zichtbaar is, is niet noodzakelijk uitgestoten. Na uitsluiten van zwangerschap laat ik een röntgenopname van abdomen en bekken maken. Bij aangetoond extra-uterien IUD volgt snel gynaecologisch overleg, doorgaans voor laparoscopische verwijdering. CT kan nodig zijn voor de precieze lokalisatie of bij vermoeden van orgaanletsel. [4,7]

Perforatie is zeldzaam. Borstvoeding en plaatsing in de postpartumperiode verhogen het risico. Ik ben extra alert bij pijn na insertie en ontbrekende draadjes, ook wanneer de plaatsing eerder plaatsvond. Ernstige pijn, collaps of peritoneale prikkeling vraagt urgente beoordeling. [4]

Wat het onderzoek toevoegt

Een Nederlands onderzoek van Van der Heijden en collega's helpt de keuze voor gerichte echografie te begrijpen. Zes weken na plaatsing van een 52 mg hormoonspiraal vonden zij bij 6,3% van de 448 vrouwen met een controle-echo een malpositie. Bij vrouwen met een gunstig bloedingspatroon en zonder bekkenpijn was dat 1,8%. [3]

De opbrengst van echografie verschilt dus naargelang de klachten. Het onderzoek ging wel over hormoonspiraalen; deze percentages kunnen we niet zonder meer op koperspiralen toepassen. [3]

Meerwaarde van echografie in de huisartspraktijk

De meerwaarde zit voor mij vooral in het kunnen beantwoorden van een vraag tijdens het consult. Bij ontbrekende draadjes of klachten kan een echo helpen beslissen of geruststelling mogelijk is of verder onderzoek nodig blijft.

Daar hoort ook bij dat ik durf te besluiten dat ik het niet voldoende zie. Een onvolledig beeld als normaal beoordelen kan de patiënte onterecht geruststellen. Een gerichte verwijzing is dan de juiste uitkomst van het onderzoek.

Beeldartikel in de kijker

How to identify and localize IUDs on ultrasound — Michelle L. Stalnaker en Andrew M. Kaunitz, OBG Management, augustus 2014.

Een praktische beeldgids die normale koper- en Mirena-spiralen in 2D en 3D vergelijkt en vervolgens zeven afwijkende situaties toont. Vooral de combinatie van laagstand, cervicale ligging en vervorming van de baarmoederholte maakt dit een nuttige aanvulling voor wie IUD-controles leert uitvoeren. [10]

Download de volledige beeldgids van Stalnaker en Kaunitz (2014, PDF).

De zeven afgebeelde afwijkende situaties

Casus	Type spiraal	Beschreven afwijking	Pagina in het artikel
1	Koper	Bij pijn tijdens betrekkingen: laaggelegen IUD in het onderste uterussegment, doorlopend in het cervicale kanaal.	41
2	Koper	Volledig buiten de uterus na perforatie, rechts bij de adnexe. Bij laparoscopie bevond het IUD zich in de rechter eileider en stak het uit de fimbriae.	41
3	Koper	Na verwijdering ontbreekt één arm. Het achtergebleven fragment wordt in het cervicale kanaal afgebeeld.	41
4	Mirena	Laagstand: het bovenste deel ligt in het onderste uterussegment; het onderste deel in het cervicale kanaal.	42
5	Mirena	Verplaatsing naar de cervix bij uitgesproken adenomyose van de achterwand.	42
6	Mirena	Een submukeus myoom vervormt de caviteit en verplaatst en roteert het IUD.	42
7	Mirena	Opgekruld IUD ter hoogte van het ostium internum. Hysteroscopie bevestigt dat beide uiteinden van de dwarsarmen en het onderste stameinde daar ingebed zijn. Eerdere echo- en CT-verslagen spraken elkaar tegen.	44

De paginanummers zijn de gedrukte tijdschriftpagina's: 41, 42 en 44 komen overeen met PDF-pagina's 3, 4 en 5. De normale koper- en Mirena-beelden staan op tijdschriftpagina 40, figuren 1 en 2. [10]

Wat ik hiervan meeneem: een IUD herkennen is meer dan de stam terugvinden. Ook de armen, de relatie tot de cervix en eventuele vervorming van de caviteit moeten zichtbaar zijn. Bij een Mirena kunnen de parallelle lijnen en de akoestische schaduw helpen; echogene draadjes mogen niet voor het spiraaltje zelf worden aangezien. [10]

Dit is een educatief beeldartikel uit 2014, geen actuele richtlijn. Voor beleidskeuzes bij malpositie gelden de hierboven besproken recentere aanbevelingen.

Referenties

1. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Anticonceptie, versie 2.2, mei 2020. Zie Controles spiralen en Controle positie spiraal. Nederlandse beroepsrichtlijn; onderstaande link is een openbare kopie. [Volledige standaard](#)
2. KNOV. Nieuw: handreiking Echografie bij plaatsing en nacontrole IUD. 7 oktober 2024. Openbare toelichting op de indicaties voor echografie. [Toelichting](#)
3. Van der Heijden PAHH, Geomini PMAJ, Ketel I, Veersema S, Bongers MY. Is 2-dimensional transvaginal ultrasonography necessary 6 weeks after insertion of the levonorgestrel 52-mg intrauterine device? AJOG Global Reports. 2022;2(4):100104. Nederlands oorspronkelijk onderzoek. [Artikel](#)
4. FSRH. Intrauterine Contraception. Maart 2023, aangepast januari 2025. Aanvullende Britse bron voor de meetdefinitie, malpositie en het criterium van 2 cm; dit criterium is geen Belgische of Nederlandse richtlijn. [Richtlijn](#)
5. Vidal F, Paret L, Linet T, Tanguy le Gac Y, Guerby P. Contraception intra-utérine. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2018;46(12):806-822. Franse klinische aanbevelingen over koper- en hormoonspiralen, controle en complicaties. [Artikel en samenvatting](#) · [Vrij toegankelijk CNGOF-aanbevelingsdocument uit 2018](#)
6. Araujo KG, Yoshida A, Juliato CRT, Sarian LO, Derchain S. Performance of a handheld point of care ultrasonography to assess IUD position compared to conventional transvaginal ultrasonography. European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2024;29(2):69-75. Deze studie gebruikt de afstand tussen de bovenkant van het IUD en het myometrium als afzonderlijke meetdefinitie. [Artikel](#)
7. Nowitzki KM, Hoimes ML, Chen B, Zheng LZ, Kim YH. Ultrasonography of intrauterine devices. Ultrasonography. 2015;34:183-194. Echografische herkenning van koper- en hormoonspiralen en aanvullende beeldvorming. [Artikel](#)
8. RANZCOG. Contraception C-Gyn 3, juli 2024. Onderdeel 3.2 Intrauterine contraception, p. 19 over malpositie. Aanvullende Australische en Nieuw-Zeelandse richtlijn met expliciete nuance bij laagstand van een hormoonspiraal. [Richtlijn](#)
9. Prabhakaran S, Chuang A. In-office retrieval of intrauterine contraceptive devices with missing strings. Contraception. 2011;83(2):102-106. [Artikel](#) · [Vrije volledige tekst](#)
10. Stalnaker ML, Kaunitz AM. How to identify and localize IUDs on ultrasound. OBG Management. 2014;26(8):38,40-42,44. Educatieve beeldgids met normale ligging en zeven casussen van afwijkende ligging of een achtergebleven fragment. [Volledige tekst en beelden](#)