

Seks in de zwangerschap

Margriet Bogaerts-Samama, Sjoerd Bruggink, Esteriek de Miranda, Just Eekhof

Gemeenschap tijdens de zwangerschap is veilig. Alleen bij vruchtwater- of bloedverlies moet gemeenschap worden vermeden, evenals bij dreigende vroeggeboorte. Het is aan te raden zwangere stellen actief voor te lichten om misvattingen over en angst voor seks tijdens de zwangerschap weg te nemen.

Zwangere vrouwen, en hun partners, kunnen met de volgende vragen bij hun huisarts komen:

- is seks tijdens de zwangerschap veilig?
- wekt seks in de atermen periode weeën op?
- hoelang na de bevalling mag ik weer seks hebben?

Met 'seks' bedoelt de patiënte meestal de coïtus (vaginale penetratie).

ETIOLOGIE EN PATHOGENESE

Seks is ook voor zwangere stellen belangrijk, maar de frequentie neemt af naarmate de zwangerschap vordert.^{1,2} De voor-

naamste redenen zijn de angst dat de coïtus schadelijk is voor de foetus en fysieke veranderingen waardoor de vrouw zich minder aantrekkelijk voelt.^{1,3}

Tijdens de zwangerschap

Angst is een veelvoorkomende reden voor verminderde seksuele activiteit tijdens de zwangerschap. Deze angsten – bijvoorbeeld voor een miskraam, schade aan de foetus, premature partus of infectie – worden niet bevestigd in de literatuur. Seks tijdens de zwangerschap is onschadelijk.^{1,4,5} Alleen bij gebroken vliezen, vaginaal bloedverlies, vaginale infectie of gevorderde ontsluiting bij premature weeën is coïtus af te raden vanwege de kans op complicaties zoals intra-uteriene infecties of vroeggeboorte. Bloedverlies na het vrijen (contactbloedingen) komt in de zwangerschap vaker voor, vooral door het ectropion van de baarmoedermond. Een kleine hoeveelheid (minder dan een menstruatie) helderrode, roze of bruine afscheiding wordt als normaal beschouwd. Dit kan tot 3 dagen na de seks worden waargenomen.⁶ Het orgasme kan intenser



Foto: Unsplash

WAT IS AANGETOOND?

We vonden geen gerandomiseerd onderzoek over de veiligheid van seks tijdens de zwangerschap. Adviezen berusten voornamelijk op consensus. Wel vonden we onderzoek naar de vraag of seks rond de uitgerekende datum weeën kan opwekken, maar eenduidige conclusies zijn moeilijk te trekken. Laboratoriumonderzoek laat zien dat in de atermperiode het cervixslijm van vrouwen die onbeschermd gemeenschap hebben gehad veel hogere concentraties prostaglandines bevat dan het cervixslijm van vrouwen die geen gemeenschap hebben gehad.¹⁰ Prostaglandine bevordert de cervixrijping en kan dus bijdragen aan het op gang komen van de baring, maar in 2001 concludeerde een cochrane review op basis van een enkele kleine trial (n = 28) dat het effect van seks in het derde trimester op cervicale verweking of het opwekken van de bevalling onduidelijk is.¹¹ In 2006 bleek uit een prospectief cohortonderzoek op basis van vragenlijsten (n = 200) dat seksuele activiteit vanaf 36 weken is geassocieerd met een afname van bevallingen na de uitgerekende datum [OR 0,28; 95%-BI 0,13 tot 0,58; p < 0,001] en met verminderde noodzaak tot inleiden op 41 weken [OR 0,08; 95%-BI 0,03 tot 0,26; p < 0,001; NNT 5, 95%-BI 3,3 tot 10]. De bewijskracht was echter beperkt door mogelijke *confounding by indication*, ondanks correctie voor leeftijd, etniciteit, opleiding en opvattingen over de veiligheid van seks tijdens de zwangerschap.¹²

Een RCT uit 2013 vergeleek het advies dat seks na 36 weken een veilige, natuurlijke manier is om de bevalling op te wekken en inleiden te vermijden [interventiegroep, n = 574], met alleen het advies dat seks veilig is [controlegroep, n = 576]. In de interventiegroep hadden de deelnemers mediaan 3 keer seks [interkwartielafstand (IQR) 2 tot 5] versus mediaan 2 keer in de controlegroep [IQR 1 tot 4; p = 0,006]. De zwangerschapsduur was echter niet korter – 39,4 weken [SD 1,2] versus 39,5 weken [SD 1,2; p = 0,11] – en het percentage inleidingen was vergelijkbaar [22 versus 21%; p = 0,67].⁷ Uit een cochrane review in 2005 [6 trials, n = 719] bleek dat tepelstimulatie, 1 tot 3 uur per dag gedurende 3 dagen, het percentage vrouwen dat na 3 dagen aan het bevallen is, vergroot ten opzichte van geen interventie [27 versus 6%; RR 0,67; 95%-BI 0,60 tot 0,74].¹³

Een RCT uit 2015 (n = 175) toont aan dat bekkenbodempysiotherapie postpartum geen effect heeft op vaginale of seksuele klachten na 6 maanden.⁷

worden door de sterkere doorbloeding van de geslachtsorganen. Bij een orgasme treden vrij krachtige uteruscontracties op, die pijnlijk kunnen zijn. Dit betekent echter niet dat er een verhoogde kans op vroeggeboorte is.⁶

Aterme periode

Vaak wordt gedacht dat gemeenschap in de atermperiode kan leiden tot (premature) weeën. Dit vanwege het sperma,

dat prostaglandine bevat, en doordat tepelstimulatie, coïtus en orgasme uteriene activiteit zouden kunnen opwekken. Toch is de relatie tussen seksuele gemeenschap en het opwekken van de weeën niet duidelijk aangetoond [kader].^{7,8}

Postpartum

Coïtus kan in de eerste 6 weken postpartumrisico's met zich meebrengen doordat de vaginale, perianale en uteriene weefsels onvoldoende tijd hebben gehad om te herstellen. Daardoor is er mogelijk een grotere kans op intra-uteriene infectie, zeker als de vrouw nog bloedverlies heeft. Desondanks heeft de meerderheid van de vrouwen tussen 6 en 8 weken postpartum weer coïtus, 90% na 12 weken. Na een keizersnede en na een vaginale bevalling zonder complicaties hebben vrouwen gemiddeld weer seks na 2 tot 4 weken, dat is over het algemeen 4,5 tot 6 weken eerder dan na een vaginale bevalling met complicaties zoals kunstverlossing, episiotomie of ruptuur.¹ Moeders ≥ 35 jaar wachten over het algemeen langer met het hervatten van seksuele activiteiten dan moeders ≤ 25 jaar.¹ Er is geen verschil aangetoond in de frequentie van seksuele activiteiten bij borstvoeding versus flesvoeding, maar borstvoedende vrouwen lijken minder libido te hebben door hormonale veranderingen (laag testosteron en laag oestrogeen).^{1,4} Stellen zijn na een zwangerschap minder seksueel actief dan voor de zwangerschap, zelfs na 6 tot 12 maanden. De belangrijkste reden is vermoeidheid. Ook beleven vrouwen postpartum minder vaak een orgasme, hoewel zich dit na 12 maanden postpartum heeft hersteld tot het niveau van voor de zwangerschap. Tot 65% van de vrouwen klaagt over dyspareunie, maar bij de meeste vrouwen is deze 6 maanden postpartum weer verdwenen.^{4,9}

EPIDEMIOLOGIE

Ongeveer 80% van de zwangeren geeft aan seksueel actief te zijn in het derde trimester, 61% geeft aan niet seksueel actief te zijn geweest in de week van de partus. Er is geen verschil tussen zwangere en niet-zwangere stellen in de frequentie van niet-coïtale seks (orale of anale seks, masturberen, zoenen en knuffelen).¹

ANAMNESE

De huisarts vraagt de patiënt:

- is er vaginaal bloedverlies na het vrijen en zo ja, hoeveel (meer of minder dan menstruatie)?
- wat is de kleur of het aspect van het bloedverlies (helderrood of bruinig)?
- bestaat er een vermoeden van gebroken vliezen?
- is er sprake van verminderde libido?
- is er sprake van pijn bij het vrijen?
- bestaan er zorgen over de vraag of seks tijdens of na de zwangerschap veilig is en zo ja, welke zorgen zijn dat?

ONDERZOEK

Onderzoek is niet geïndiceerd, tenzij er sprake is van aanhoudend vaginaal bloedverlies, een vermoeden van vruchtwaterverlies of buikpijn. Vaginaal toucher is in deze gevallen ge-

DE KERN

- Coïtus tijdens de zwangerschap is veilig, tenzij er sprake is van gebroken vliezen, vaginaal bloedverlies of dreigende vroeggeboorte.
- De libido neemt over het algemeen af naarmate de zwangerschap vordert.
- Het is onduidelijk of seks in de atermperiode weëen opwekt.
- Dyspareunie post partum is goed te verhelpen als genoeg aandacht wordt besteed aan lubricatie.

contra-indiceerd. Verwijs in plaats daarvan de zwangere voor aanvullend onderzoek naar een verloskundige of gynaecoloog.⁶

BELEID

Bij vragen over seks en de veiligheid van seks tijdens de zwangerschap, de atermperiode en postpartum kan de huisarts de volgende adviezen geven.

Tijdens de zwangerschap

Leg uit dat seks in de zwangerschap veilig is. Een coïtus geeft geen risico op een miskraam, geen schade aan de foetus, geen risico op vroeggeboorte en geen risico op infectie. Alleen als er sprake is van een dreigende vroeggeboorte, vaginaal bloedverlies of gebroken vliezen moet vaginale gemeenschap worden vermeden.⁶

Adviseer houdingen te vermijden waarbij druk komt op de buik van de zwangere, zeker vanaf 13 weken.¹

Vanaf een zwangerschapsduur van 27 weken zijn posities waarbij de zwangere plat op haar rug ligt af te raden, dit vanwege het risico op compressie van de grote vaten (venacava-inferiorsyndroom).¹

Atermperiode

Leg uit dat er aanwijzingen zijn dat seks aan het einde van het derde trimester weëen zou kunnen opwekken, maar dat er geen bewijs is voor een duidelijke relatie.^{7,8}

Postpartum

De adviezen zijn niet eenduidig, het meest voor de hand liggende advies lijkt dat gemeenschap veilig is zodra het vaginaal bloedverlies is gestopt en eventuele wonden zijn geheeld.

Dyspareunie gaat over het algemeen vanzelf over, 6 tot 12 maanden na de bevalling. Voor die tijd is deze klacht goed te verhelpen door voldoende lubricatie, eventueel met extra middelen zoals lanettecrème of glijmiddel. Bekkenbodempysiotherapie is niet effectief bij dyspareunie postpartum.⁹

WANNEER VERWIJZEN?

Verwijzing is niet nodig bij vragen over coïtus. Verwijs alleen naar de verloskundige of gynaecoloog bij aanhoudend post-coïtaal bloedverlies, bij een vermoeden van vruchtwaterverlies of bij een vermoeden van premature weëen.

PREVENTIE EN VOORLICHTING

Het is aan te raden zwangere stellen actief voor te lichten om misvattingen over en angst voor seks tijdens de zwangerschap weg te nemen.³ Seks is belangrijk voor veel mensen en hun relaties, ook tijdens de zwangerschap. Seks in de zwangerschap is in principe niet schadelijk.⁹ Alleen bij vruchtwater- of bloedverlies moet gemeenschap worden vermeden, evenals bij dreigende vroeggeboorte.⁶ ■

LITERATUUR

1. Jawed-Wessel S, Seveck E. The impact of pregnancy and childbirth on sexual behaviors: a systematic review. *J Sex Res* 2017;54:411-23.
2. Moors JP. Seks tijdens zwangerschap en periode postpartum: een literatuuroverzicht. *Huisarts Wet* 2000;43:213-8.
3. Ribeiro MC, De Scanavino MT, Do Amaral ML, et al. Beliefs about sexual activity during pregnancy: a systematic review of the literature. *J Sex Marital Ther* 2017;43:822-32.
4. Beentjes MM, Weersma RL, Koch W, et al. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode, versie 3.0. Utrecht: NHG, 2012. <https://nhg.richtlijnen.org>.
5. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. NICE Clinical guideline 62. London/Manchester: National Institute for Health and Care Excellence, 2008-2018.
6. Prins M, Van Roosmalen J, Scherjon S, et al. Praktische verloskunde. 12e herz dr. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
7. Omar N, Tan P, Sabir N, et al. Coitus to expedite the onset of labour: a randomised trial. *BJOG* 2013;120:338-45.
8. Richtlijn Preventie recidief spontane vroeggeboorte. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2007.
9. Kolberg Tennfjord M, Hilde G, Staer-Jensen J, et al. Effect of postpartum pelvic floor muscle training on vaginal symptoms and sexual dysfunction: secondary analysis of a randomised trial. *BJOG* 2016;123:634-42.
10. Platz-Christensen JJ, Pernevi P, Bokström H, et al. Prostaglandin E and F2 alpha concentration in the cervical mucus and mechanism of cervical ripening. *Prostaglandins* 1997;53:253-61.
11. Kavanagh J, Kelly AJ, Thomas J. Sexual intercourse for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;2:CD003093.
12. Tan PC, Andi A, Azmi N, et al. Effect of coitus at term on length of gestation, induction of labor, and mode of delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108:134-40.
13. Kavanagh J, Kelly AJ, Thomas J. Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;13:CD003392.

Bogaerts-Samama M, Bruggink S, De Miranda E, Eekhof J. Seks in de zwangerschap. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-020-0963-4.

Ovezande: M. Bogaerts-Samama, huisarts. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health & Eerstelijngeneeskunde, Leiden: dr. S. Bruggink, huisarts-epidemioloog; dr. J. Eekhof, huisarts-epidemioloog; j.a.h.eekhof@lumc.nl. Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Verloskunde: dr. E. de Mirands, verloskundige-onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Deze bijdrage in de serie Kleine kwalen is een bewerkte versie van het hoofdstuk dat eerder is gepubliceerd in het boek *Kleine kwalen en alledaagse klachten tijdens de zwangerschap* onder redactie van Just Eekhof, Sjoerd Bruggink, Marissa Scherptong-Engbers, Annemarijke Kruis en Tobias Bonten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2020. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.