

Ervaringen in een huisartspraktijk met honderd spiralen van Margulies (IUD)

DOOR C. C. SLUIJTER, HUISARTS TE VLISSINGEN

In toenemende mate ziet de huisarts zich genoodzaakt adviezen te geven over het gebruik van contraceptieve middelen. Door de invoering van de „pil” is de cultuurbarrière om de geboorteregeling geslecht en wij zijn genoodzaakt op een manier die enkele tientallen jaren geleden — zeker in de opleiding — niet was voorzien, onze (vruchtbare) vrouwelijke patiënten bij te staan bij de toepassing van anticonceptiva. De methoden, die ons op het ogenblik ten dienste staan, kunnen wij verdelen in medicamenteuze — de pregestagenen —, zuiver chemische en gecombineerd mechanisch-chemische methoden.

De toepassing van pregestagenen of ovulatieremmers vormt de betrouwbaarste methode, maar dergelijke verbindingen geven bij ongeveer tien procent van de vrouwen klachten, die het noodzakelijk maken de toediening te staken (*Swaab*). In tegenstelling tot *Swaab*, die het meest frequent maagklachten noteerde, werden door mij als voornaamste reden om met de tabletten op te houden depressieve verschijnselen geconstateerd. Deze begonnen meestal met een aversie tegen de coïtus met behoud van orgasme als het er toch van kwam. Dergelijke depressies kunnen vrij snel verergeren, zij geven dan een ernstige verstoring van de gezinsharmonie, waarbij vooral de geprikkeldheid ten opzichte van de kinderen opvalt. De „pretpil” wordt zo tot „huiltablet”. Nu is tien procent geen hoog percentage, maar bij het grote aantal vrouwen dat de „pil” gebruikt, wordt dit aantal ook aanzienlijk. Wij moeten dus omzien naar een andere methode.

De zuiver chemische methode — pasta's of schuimtabletten — durf ik mijn patiënten niet aan te raden; de betrouwbaarheid ervan is niet groot genoeg. De gecombineerd mechanisch-chemische methoden — portiokapje en oclusief-pessarium, gecombineerd met pasta — zijn voortreffelijke methoden, mits acceptabel voor de vrouw, die dergelijke middelen moet gebruiken. Vele vrouwen vinden het zelf intravaginaal inbrengen van „iets” niet doenlijk; al of niet onder invloed van het „aanrakings-taboe” vinden zij dit „geknoei”. Zij doen het dus óf slecht en worden zwanger, óf zij doen het vaak niet en combineren het met „home-made” periodieke onthouding — en ook zij worden zwanger. Er kan dus worden geconstateerd dat ook deze methoden verre van ideaal zijn.

In september 1965 — eerder waren zij hier niet

Samenvatting. Beschreven worden de ervaringen door een huisarts opgedaan met de spiraal volgens Margulies, een intra-uterien contraconceptivum. Er werden honderd van deze IUCD's ingebracht en de resultaten worden besproken, nadat de laatste spiraal een half jaar in situ is geweest. In 17 gevallen werd de spiraal bij herhaling uitgedreven of moest worden verwijderd wegens bijwerkingen. Er traden drie zwangerschappen op, waarvan één extra-uterien. De indicaties, meestal het niet-verdragen van de orale contraconceptiva, worden besproken.

in de handel — ben ik begonnen de spiraal van Margulies in te voeren. De techniek is eenvoudig: met een speculum volgens Trélat wordt de portio ingesteld. Het speculum wordt vervolgens zo ver opengedraaid dat men ruim kan werken zonder dat dit voor de vrouw onaangenaam is. Met een haak tang wordt de portio aangehaakt — dit is het moment waarop door de meeste vrouwen even een onaangename sensatie wordt ervaren — en de uterus wordt gesondeerd. Bij een sondelengte van zes cm of minder wordt een „small size” spiraal ingebracht, daarboven een „normal size”. De spiraal wordt in een plastic buisie, met een doorsnede van vier mm, in de uterus gebracht, op een centimeter minder afstand dan bij de sondage is gemeten. Men kan dit aangeven door een verschuifbaar metalen ringetje om de „introducer” aan te brengen. Door een metalen draad in de „introducer” te brengen wordt de spiraal eruitgeduwd. Deze neemt in de uterus zijn oorspronkelijk vorm weer aan. Het uiteinde van de spiraal wordt afgeknipt bij het ostium externum uteri. Men moet daarbij niet te zuinig zijn, anders wordt men midden in de nacht opgebeld met de vraag „Of u soms prikkeldraad in het lijf van me vrouw heb gebracht.”

De spiralen worden gedesinfecteerd in een Hitane-oplossing, de andere instrumenten worden uitgekookt. Men werkt met steriele handschoenen. Er is soms enige bloeding, meestal wordt door mij een vaginale tampon ingebracht, met de instructie deze er 's avonds uit te halen (daarna kan direct worden gecohabiteerd). Als alles klaar staat kan de vrouw binnen vijf minuten de spreekkamer weer hebben verlaten, vaak met de verzuchting: „Was dat nu alles?” Er is meestal enig bloedver-

lies tot na de eerste menstruatie en de eerste menstruaties zijn meestal heviger en langduriger dan normaal. Hierbij moet wel worden gememoreerd dat de meeste vrouwen gedurende korte of lange tijd ovulatiereemers hadden gebruikt en dus waren gewend aan geringe maandelijkse bloedingen. Men hoort nogal eens: „Het was wel veel, maar eigenlijk net als vroeger”.

Zowel Margulies als Swaab stellen dat het inbrengen van een intra-uterien anticonceptivum door een gynaecoloog moet gebeuren. Het is mij niet duidelijk waarom. Iedere huisarts die een speculum kan inbrengen, een uterus kan aanhaken en een sonde kan inbrengen, kan bovenbeschreven handeling verrichten. Na 165-maal inbrengen van een Margulies-spiraal is door mij geen uterusperforatie en geen adnexitis geconstateerd. De vrouwen komen na de eerste menstruatie terug en verder om het half jaar, bovendien — en dat is het voordeel als de eigen huisarts het doet — als er klachten zijn. Bij vermoeden van de mogelijkheid van ontsteking wordt bloed afgenomen voor de bepaling van de bezinkingssnelheid der erythrocyten; bij klachten over bovenmatig bloedverlies wordt het hemoglobinegehalte bepaald en als de anamnese daar reden voor geeft wordt de urine onderzocht.

Tabel 1. Indicaties voor het inbrengen van de spiraal van Margulies.

Bijwerkingen ovulatiereemers	Aantal vrouwen
Depressie en/of aversie tegen coïtus	49
Hoofdpijn	10
Pijnlijke spataderen	4
Blijvende misselijkheid	4
Pijn in bovenbuik	3
Slaperigheid	2
Recidiverende moniliasis van de schede	2
Hypertensie	1
Onspecifieke gewrichtspijnen	1
Totaal	76
„Primaire” spiralen.	Aantal vrouwen
Eigen verzoek (naar aanleiding van publicaties in de lekenpers of gesprekken met vriendinnen)	12
Eigen keuze na bespreking van de mogelijkheden met de huisarts	8
Borstvoeding	1
Langdurig gebruik ovulatiereemers (vier jaar) en advies huisarts te stoppen	1
Verzoek psychiater	1
Verzoek andere huisarts (asociale patiënte)	1
Totaal	24

Swaab noemt nullipariteit een contra-indicatie: bij de eerste honderd vrouwen over wie dit onderzoek-gaat was één nullipara; bij haar werden geen nadelige gevolgen gezien, integendeel zij was haar dysmenorroe kwijt.

De indicaties waarop de spiraal werd ingebracht waren de volgende (tabel 1).

Wat de bijwerkingen betreft, hierbij moet men voor ogen houden dat de spiraal was ingebracht door een huisarts, vaak de eigen huisarts. Dat maakt dat een vrouw zich gemakkelijker uit dan zij zou doen bij een specialist, die vaak niet in de woonplaats van patiënte zitting houdt, meestal hulppersoneel op zijn spreekuur heeft en buiten het spreekuur niet zo gemakkelijk bereikbaar is als een huisarts. Bovendien heeft men zelf de neiging bij het toepassen van een nieuw middel naar alle mogelijke bijwerkingen te vragen, hetgeen klachten uitlokt die spontaan misschien niet zouden zijn geuit.

Het onderzoek werd door mij afgesloten nadat een half jaar geleden de honderdste spiraal was ingebracht. Bij navraag bleek het volgende:

Veertig vrouwen hadden geen klachten.

Zestien vrouwen klaagden over fluor albus. Deze was vaak dun - corpus-fluor.

Abnormaal bloedverlies — menstruatie langer dan een week of bloedverlies buiten de menstruatie — kwam bij 25 vrouwen voor. Bij iedere vrouw die hierover klaagde, werd het hemoglobinegehalte van het bloed met de Sicca-hemometer bepaald. De gemiddelde waarde bedroeg 82 procent, de laagste waarde 71 procent. Het totale bloedverlies valt dus nogal mee. Acht vrouwen hadden een gering bloedverlies ten tijde van de vermoedelijke ovulatie.

Pijn werd door veertien vrouwen aangegeven, slechts één keer als dysmenorroe. Blijkbaar was de pijn niet erg — het aanbod de spiraal dan maar te verwijderen werd door elf vrouwen afgeslagen. Twee vrouwen klaagden over — overigens geringe — moeilijkheden in verband met de urinelozing, een klacht, die mij uit de literatuur niet was bekend. Als de mictiedrang kwam, moest daaraan snel worden gehoor gegeven, anders kregen zij het gevoel dat zij de urine niet zouden kunnen tegenhouden. Tot echte incontinentie kwam het echter niet.

Er traden drie zwangerschappen op, waarvan één extra-uterine. Bij een gebruik gedurende totaal 915 expositie-maanden geeft dit een praktische betrouwbaarheid volgens de formule van Pearl van 3,9 en als men de extra-uterine graviditeit niet meetelt, van 2,6. Ter vergelijking worden de overeenkomstige waarden voor andere anticonceptieve middelen vermeld: orale anticonceptie: 0 tot 1,7; pessarium 14,3 tot 17,5; chemische methoden 7,7 tot 42,8; condoom 11,1 tot 28,3.

Bij zeventien patiënten werd de spiraal weer verwijderd en wel om de volgende redenen: fluxus (5); tweemaal spontane uitdrijving (4); pijn (3); persisterende fluor (1); omdat de vrouw absolute zekerheid wilde (1); impotentie van de man (1);

wens tot nieuwe zwangerschap (1) — twee maanden later inderdaad het geval! —;) bestaande zwangerschap tijdens het inbrengen (1).

Tien weken na de vorige graviditeit werd de spiraal ingebracht. Ik vond de uterus fors, maar volgens patiënte was zwangerschap uitgesloten. De prognosticonreactie was negatief. Een maand later was de uterus gegroeid en de reactie positief. De spiraal werd verwijderd en er werd à terme een gezond kind geboren. Wel een bewijs hoe weinig beschadigend de ingreep eigenlijk is! Zeven weken na de bevalling werd opnieuw een spiraal ingebracht.

Wanneer men deze cijfers bekijkt zijn naar mijn mening de volgende conclusies gerechtvaardigd. De intra-uterine spiraal volgens Margulies is een redelijk betrouwbare en voor de vrouw acceptabele methode van anticonceptie. In ruim 80 procent van de gevallen zijn er hoogstens geringe bijwerkingen, echter niet zodanig, dat de vrouw, voor de keus gesteld het apparaatje te verwijderen, dit ook wil. De bijwerkingen van de ovulatie-remmers verdwenen bij alle patiënten op één na: deze vrouw wilde namelijk het spiraaltje omdat zij pijn had bij de samenleving en dat toeschreef aan de „pil”. Toen zij bij de spiraal dezelfde klachten had heb ik — het was geen eigen patiënte — met haar gepraat. Het bleek dat zij een buitenechtelijke verhouding had, dat haar man niet wilde scheiden en op een zwangerschap aandrong. De meeste vrouwen voelen zich echter veel prettiger, zoals één vrouw het uitdrukte: „Ik vind dit ideaal — ik voel nu pas hoe beroerd

ik me gevoeld heb!” Een andere vrouw sprak over: „Mijn toverstafje”.

De kosten bedragen f 8,20 per stuk. Blijkbaar is er patent op aangevraagd, want voor twee kwartjes zouden zij ook kunnen worden gemaakt. De spiralen bevatten iets waardoor zij contrast geven op de röntgenfoto. Men moet dus de röntgenoloog inlichten wanneer van het onderste gedeelte van de wervelkolom een foto wordt gemaakt. Een fondspatiënte, aan wie ik verder niets extra's bereken, heeft dus in de drie maanden dat zij de „pil” niet heeft gebruikt, het apparaatje uitgespaard.

Summary. One-hundred Margulies loops in general practice. This paper reports on the results obtained in a general practice with the Margulies loop - an intra-uterine contraceptive device (IUCD) which was used in 100 cases. The followup covered a period up to 6 months after insertion of the last IUCD. In 17 cases the loop was repeatedly ejected or had to be removed in view of side effects. Three pregnancies occurred, including one extra-uterine pregnancy. The indications (mostly intolerance to oral contraceptives) are discussed.

Geraadpleegde literatuur

- Intra-Uterine Contraceptive Devices. Excerpta Medica Foundation, Amsterdam, 1962.
- Intra-Uterine Contraception, Excerpta Medica Foundation, Amsterdam, 1964.
- Intra-Uterine Contraception. International Planned Parenthood Federation, Londen, 1966.
- Medical Handbook International Planned Parenthood Federation. Part I Contraception. Londen, 1964.
- Swaab, L.I. (1964) Ned. T. Geneesk. 108, 1070. (1965) Ibidem 109, 1656.

Een andere suggestie voor een verkapt afspraakspreekuur

DOOR R. J. MEIJER, HUISARTS TE IJSSELSTEIN-U.

Reeds bekend met de „ticket-automaat” van Van Es — door de beschrijving van andere collega's — heb ik met grote interesse het artikel hierover van *Drabbe* — (1967) huisarts en wetenschap 10, 102 — gelezen. Toen ik in juli 1966 begon een meer efficiënt spreekuursysteem in te richten, waren ook bij mij dezelfde bezwaren naar voren gekomen, die door *Drabbe* reeds zijn vermeld bij het overgaan naar een zuiver afspraakstelsel, namelijk overbelasting van assistente, echtgenote, arts en telefoon. Naar mijn mening behoefde de door de huisarts verleende service zich niet uit te strekken tot het verlenen van administratieve diensten ten behoeve van de patiënt ter bekorting van diens wachttijd in de wachtkamer, wanneer door een kleine inspanning van de kant van de patiënt zelf deze wachttijd kon worden bekort. Anderzijds moesten de voordelen van het afspraakspreekuur voor de huisarts blijven gewaarborgd.

Deze overwegingen hebben geleid tot de constructie van een „penning-automaat”*. Het apparaat bestaat uit een houder met deksel, die aan de

Samenvatting. Beschreven wordt een verkapt afspraakstelsel door middel van een „penning-automaat” met tijdsaanduiding. De patiënten halen zelf hun penningen en ontlasten de huisarts van de afspraakadministratie. De uitvoering en de resultaten worden genoemd. Het stelsel blijkt een aanwinst.

muur wordt bevestigd en een bus, passend in de houder. De bus is aan de achterzijde open en bevat binnenin een uitgemeten koker, waarin de penningen worden gelegd. Aan de voorzijde bevindt zich een gleuf waaruit, met behulp van een verende bodemplaat, uitsluitend de onderste penning kan worden getrokken. Is de penning uit de bus getrokken, dan schiet de bodemplaat weer terug en kan opnieuw een penning worden getrok-

* Dit apparaat wordt vervaardigd door de N.V. Limeta te IJsselstein.