

De techniek van de anti-conceptie*

DOOR DR. L. I. SWAAB, VROUWENARTS TE AMSTERDAM

Het onderwerp dat in deze voordracht ter discussie wordt gesteld, is voor huisartsen van zo groot belang, dat wordt afgezien van een inleiding met beschouwingen over de geboorteregeling in het algemeen. Eerst wordt een overzicht opgesteld van de belangrijkste anticonceptionele technieken. Daarna volgt een uitgebreide bespreking van iedere methode apart en tenslotte wordt de vraag besproken, hoe de arts uit de veelheid van mogelijkheden, die techniek kiest, die voor een bepaald echtpaar het meest geschikt is.

Overzicht van de belangrijkste technieken. Het pessarium oclusivum en de periodieke onthouding zijn reeds meer dan dertig jaar bekend. Daarna werd gedurende twintig tot vijftwintig jaar geen nieuwe anticonceptionele methode geïntroduceerd, tot — nu tien jaar geleden — Pincus en anderen de ovulatieremmers ontdekten. Enkele jaren later volgde de introductie van de intra-uteriene (plastic) middelen. Vroeger was het pessarium oclusivum, liefst in combinatie met een spermicide pasta, de voorzorgsmethode, die voor de vrouw als routine werd voorgeschreven. Maar ook de periodieke onthouding kwam bij herhaling in aanmerking, bijvoorbeeld wanneer er een contra-indicatie voor de ring bestond, zoals bij prolapsus vaginae, en bij de rooms-katholieken. Op dit moment beschikt men echter over twee nieuwe methoden die veel betrouwbaarder zijn. De periodieke onthouding wordt tegenwoordig dan ook vrij weinig voorgeschreven, zodat deze methode, in deze bespreking der belangrijkste technieken, verder buiten beschouwing kan worden gelaten. De arts dient overigens wel te bedenken dat hij bij het geven van een anticonceptioneel advies niet met één patiënt heeft te maken — de vrouw — doch met een echtpaar.

Daar toepassing van het condoom (met spermicide pasta) voor vele paren een goede oplossing is, moet deze techniek aan ons lijstje worden toegevoegd. Vroeger kwam het nog al eens voor dat een condoom tijdens de coïtus sprong, hetgeen de efficiëntie sterk verminderde. In de laatste jaren echter heeft de International Planned Parenthood Federation de fabrikaten gecontroleerd. Hierna hebben diverse fabrieken in onderlinge concurrentie zich beijverd om een zo goed mogelijk produkt op de markt te brengen, zodat de betrouwbaarheid van het condoom ongeveer even groot is geworden

Samenvatting. Bij deze voordracht werden vooral die problemen besproken, die voor de huisarts van praktisch belang zijn. Men beschikt tegenwoordig over een variëteit van technieken voor geboorteregeling. Deze verscheidenheid is nodig omdat geen enkele techniek onder alle omstandigheden kan worden toegepast. Een keuze is dus nodig, waarbij medisch-technische kwesties (myoom; prolaps) wel meedoen, doch slechts een ondergeschikte rol spelen. Belangrijker zijn meestal factoren op psychisch-emotioneel en ethisch terrein. Tevens zal de medicus-practicus terdege rekening dienen te houden met de voorkeur van de vrouw (het echtpaar) in kwestie.

als die van de „pil” en van de intra-uteriene middelen.

De belangrijkste anticonceptionele methoden voor de vrouw, in volgorde van betrouwbaarheid opgesteld, zijn: ovulatieremmers, intra-uteriene middelen en het pessarium oclusivum. De ovulatieremmers zijn dus het meest betrouwbaar. Het optreden van een ongewenste zwangerschap behoort tot de grote uitzonderingen, indien tenminste de tabletten regelmatig worden ingenomen. Bij langdurige medicatie zal het echter wel eens voorkomen, dat één of meer tabletten worden vergeten, vooral wanneer in het gezin iets bijzonders is gebeurd (ernstige ziekten en dergelijke). In de praktijk ligt de efficiëntie van de orale techniek dan ook bijna op een lijn met die van de intra-uteriene, die geen invloed ondervindt van een eventuele slordigheid van de vrouw. Bij de intra-uteriene methode moet worden rekening gehouden met een tot twee ongewenste zwangerschappen per honderd expositiejaren. Aangezien zonder anticonceptie ongeveer 300 graviditeiten in dezelfde periode zouden zijn opgetreden, is de efficiëntie van beide technieken toch wel bijzonder hoog te noemen.

Ovulatieremmers („pil”). Meer dan 80 procent van de vrouwen, die voorzorgen nemen, volgt op het ogenblik deze techniek. Specialistische controle is niet nodig. De huisarts kan deze methode zeer goed zelf voorschrijven indien hij tenminste van de problemen op de hoogte is. De ovulatieremmers zullen daarom uitvoerig worden besproken en wel speciaal wat betreft de technische adviezen, welke men hierbij dient te geven. Het is een kunstfout de vrouw alleen een recept mee te geven zonder enige

* Voordracht, gehouden op de Boerhaave-cursus Huisarts en geboorteregeling, mei 1967.

medische begeleiding. Een onderzoek vóór de medicatie en een regelmatige controle tijdens de medicatie zijn noodzakelijk. Eerst dient men na te gaan of er tegen het voorschrijven van de „pil” een contra-indicatie bestaat. Een absolute contra-indicatie is eigenlijk een zeldzaamheid. Wel kent men afwijkingen waarbij deze medicatie alleen onder bepaalde voorzorgen (frequente controle) mag geschieden of omstandigheden waaronder in het algemeen aan andere technieken de voorkeur moet worden gegeven.

Het eerste onderzoek bestaat uit: anamnese en een algemeen intern en gynaecologisch onderzoek. Bij de anamnese is het van belang te informeren naar leverziekten. Het is bekend dat na hepatitis de leverfunctie nog lange tijd gestoord blijft, ook al is de patiënt klinisch genezen. Wanneer kort tevoren (een half tot één jaar) hepatitis is opgetreden, dient men eerst de leverfunctie te onderzoeken (bepaling van de transaminasewaarden); bij normale waarden is er geen bezwaar tegen het innemen van de tabletten. De invloed van hormonen op metastasering van het carcinoma mammae is nog onzeker. Indien een patiënte voorheen voor deze aandoening werd geopereerd zal men in het algemeen de voorkeur geven aan een andere anticonceptionele techniek. Tuberculose of epilepsie in de anamnese zijn geen contra-indicaties. Uitgebreide statistische analyses in de Verenigde Staten hebben aangetoond, dat de kans op een recidief na trombose niet wordt vergroot door het innemen van ovulatierepressoren zodat hiertegen geen bezwaar bestaat, zeker niet indien posttrombotische restverschijnselen ontbreken. (Een recent onderzoek van Engelse huisartsen suggereert echter dat trombose wel iets frequenter voorkomt tijdens de medicatie met ovulatierepressoren. Het risico hiervan zou geringer zijn dan het gevaar dat wij dagelijks accepteren bij het autorijden.)

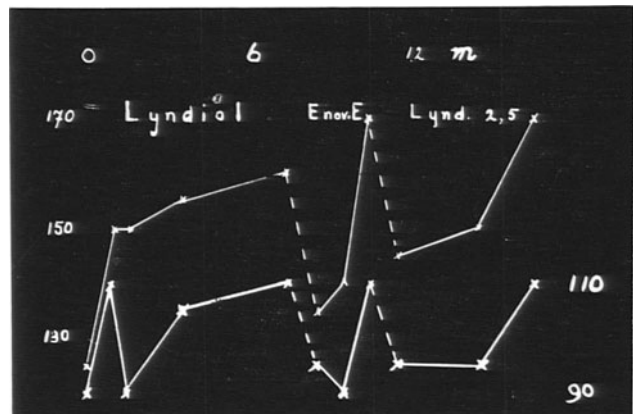
Bij het algemeen interne onderzoek moet speciale aandacht worden gegeven aan het circulatie-apparaat (opnemen van de bloeddruk). Bij een lichte hypertensie mag men de tabletten wel voorschrijven indien men de patiënte dikwijls controleert en de bloeddruk bijvoorbeeld na twee weken medicatie niet is gestegen. Een sterke hypertensie wordt als een relatieve contra-indicatie beschouwd (gezien het optreden van zoutretentie en van oedeemvorming door de ovulatierepressoren) Myomen zouden onder invloed van de medicamenten kunnen groeien. Dit is een van de redenen die een toucher noodzakelijk maakt vóór men met de medicatie begint.

Bij het ontbreken van de dus slechts zelden aanwezige contra-indicaties dient men zich af te vragen, welk fabrikaat men zal voorschrijven. Ervaringen met onder andere het cyclofarlutal hebben aangetoond, dat niet alle fabrikaten die op de markt komen betrouwbaar zijn. De volgende kunnen worden aangeraden: Nederland: Lyndiol 2,5; Amerika: Enovid - E en Ovulen; Duitsland: Gynovlar en Anovlar.

Tijdens de medicatie moet de patiënte na de eerste serie, na de vierde serie en daarna eens per half jaar worden gecontroleerd. Hierbij moet men informeren naar eventuele klachten (bijwerkingen). Daarna volgt het lichamelijke onderzoek met controle van het lichaamsgewicht, de bloeddruk en het gynaecologische toucher (myomen). In het algemeen moet men bij het optreden van klachten de medicatie niet onmiddellijk stoppen, aangezien de bijwerkingen meestal verminderen wanneer de tabletten gedurende lange tijd worden ingenomen. Blijft de patiënte echter bezwaren ondervinden, dan moet men bijvoorbeeld na twee maanden op een ander fabrikaat uit het bovenstaande lijstje overschakelen. Bij doorbraakbloedingen geve men Lyndiol 2,5; bij sterke gewichtsvermeerdering de Amerikaanse preparaten; bij amenorrhoea het Enovid - E (dat echter het bezwaar heeft vaker doorbraakbloedingen te veroorzaken). Ongeveer tien procent van de vrouwen kan geen enkele van de tabletten verdragen, zodat hen een andere anticonceptionele techniek moet worden aangeraden.

Bloeddruk. Het is alweer zes jaar geleden dat het Nederlandse onderzoek, waarmee de ovulatierepressoren hier te lande werden geïntroduceerd, werd afgesloten. Tot dien nam men algemeen aan, dat de bloeddruk door deze stoffen niet werd veranderd. Een statistische analyse leerde echter, dat er een significant verschil in bloeddruk bestond tussen vrouwen, die het Amerikaanse en vrouwen, die het Nederlandse produkt gebruikten. Dit was aanleiding om de bloeddruk bij iedere gebruikster te blijven nagaan. Er bleken enkele vrouwen te zijn bij wie de bloeddruk duidelijk opliep tijdens het innemen van verschillende preparaten (Lyndiol; Enovid - E; Lyndiol 2,5), terwijl hij daalde wanneer de medicatie werd gestaakt. De bloeddruk moet dus regelmatig worden gecontroleerd tijdens het innemen van de „pil”. (Figuur 1).

Hoe lang mogen wij met de ovulatierepressoren doorgaan? Bij een vrouw zonder klachten of afwijkingen bestaat hiervoor geen bepaalde tijdsli-



Figuur 1. Invloed van verschillende orale contraceptiva op de bloeddruk van een gebruikster.

miet. Ook na jarenlange medicatie herstellen het ovarium en de vruchtbaarheid zich onmiddellijk wanneer de vrouw met de tabletten stopt. Er is dus geen reden om — zoals Plate aanraadt — iedere negen maanden de medicatie enige tijd te onderbreken.

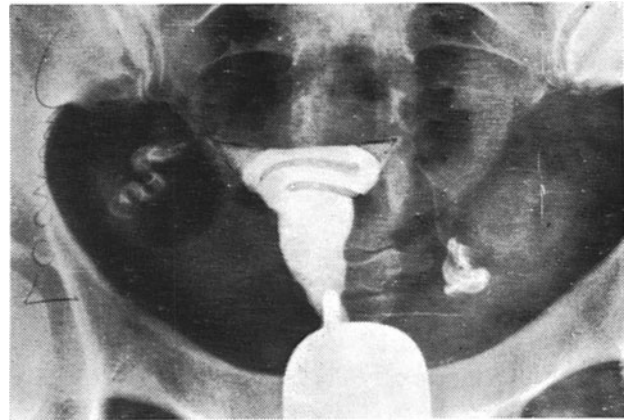
Samenvattend kan men zeggen dat de orale methode zeer wel door de huisarts kan worden toegepast. Deze techniek is bijzonder betrouwbaar en — voorzover wij weten — onschadelijk, ook volgens de nauwkeurige controle van tienduizenden aan de Nederlandse consultatiebureaus en honderdduizenden in Amerika.

Intra-uteriene middelen. Het meeste wordt de „loop” gebruikt (*afbeelding 1*). Deze kan jarenlang zonder bezwaar in de uterus blijven liggen (*afbeelding 2*) en gemakkelijk worden verwijderd indien de vrouw weer gravida wenst te worden. Het inbrengen is technisch niet zo eenvoudig, met name dreigt het gevaar van perforatie der uterus. Het inbrengen dient bij voorkeur te geschieden door de gynaecoloog. De huisarts dient vooral op de hoogte te zijn van de indicaties en de contra-indicaties, zodat hij hiermede renking kan houden bij zijn adviezen inzake anticonceptie. Als contra-indicatie gelden: nullipariteit en een duidelijke uterus myomatosus.

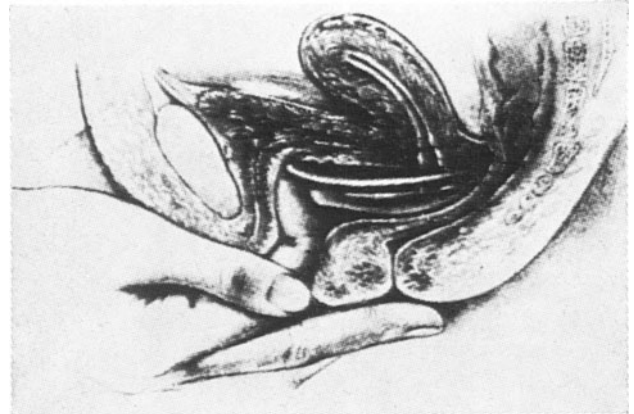
De vrouw behoeft na introductie van het materiaal verder niets meer te doen en zij heeft geen enkele instructie nodig. De „loop” is daarom het middel bij uitstek geworden voor „population planning”. Deze techniek is tevens zeer geschikt voor zwak begaafden (asociale gezinnen). De methode is betrouwbaar. Daarom komt zij eveneens in aanmerking bij vrouwen, die de pil door bijwerkingen niet kunnen verdragen.

Het pessarium occlusivum. In *afbeelding 3* is te zien op welke plaats het pessarium moet komen te liggen. De ring — gecombineerd met een spermicide pasta — sluit de top van de vagina mechanisch af. De voorkant van de ring dient door de vrouw achter de symfyse omhoog te kunnen wor-

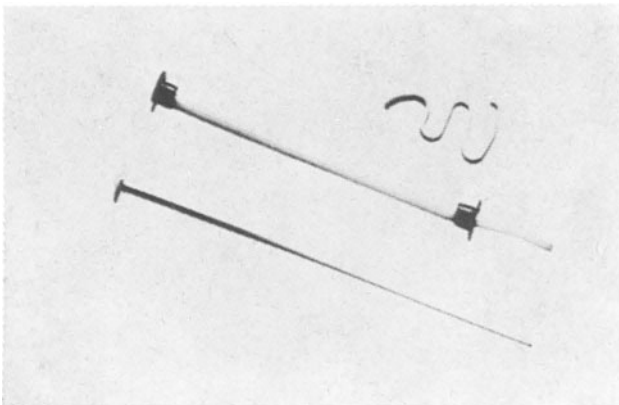
den geduwd (dan zit het pessarium goed); de zij-kanten steunen op de bekkenbodemspier (de musculus levator ani). De arts moet de juiste maat uitzoeken. De ring mag niet te klein zijn (dan wordt de vagina niet voldoende afgesloten), maar ook niet te groot, aangezien de patiënte dan pijn voelt doordat de vaginaalwanden onder spanning komen. De meest voorkomende maat is 7,5 tot 8,0; voor een



Afbeelding 2. „Loop” in de uterus.



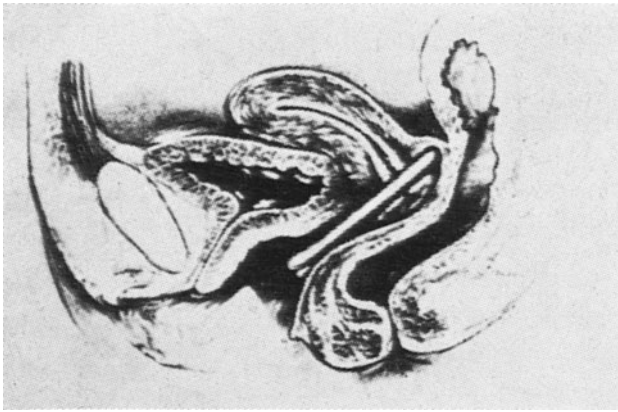
Afbeelding 3. Pessarium occlusivum, de top van de vagina mechanisch afsluitend.



Afbeelding 1. „Loop.”



Afbeelding 4. Voor de verklaring, zie tekst.



Afbeelding 5. Bij een prolaps wordt de voorkant van het pessarium naar beneden gedrukt.

nullipara is een kleinere maat nodig. Op afbeelding 4 is te zien, dat de rand van het pessarium indrukbaar is, zodat het gemakkelijk de nauwere vulva passeert. In de vagina herkrijgt de ring daarna zijn ronde vorm doordat de rand veerkrachtig is. Op dezelfde afbeelding is tevens de meest voorkomende fout aangegeven welke de vrouw bij het inbrengen kan maken. De ingebrachte ring ligt namelijk vóór de portio inplaats van dat deze de portio bedekt. De spermatozoën kunnen dan bij de coïtus de cervix bereiken en vervolgens deze passeren. Deze fout kan de vrouw zelf bemerken. De voorkant van de ring steekt namelijk nog iets uit de vulva naar buiten en kan hierdoor niet achter de symfyse omhoog worden geduwd. In afbeelding 5 wordt de belangrijkste contra-indicatie gedemonstreerd: een prolaps. De vesicocele drukt de voorkant van de ring naar beneden. De coïtus heeft dan over het pessarium heen plaats en het sperma komt toch tegen de portio terecht. Voor rooms-katholieken is het pessarium, evenals het condoom, niet aanvaardbaar.

Keuze van de anticonceptionele techniek. Er is geen enkele techniek die onder alle omstandigheden de beste is. Men zal dus van geval tot geval een keuze moeten doen, die afhangt van vele factoren. Genoemd werden reeds de godsdienst (pessarium oclusivum), het intellect van de patiënten (intra-uteriene middelen) en anatomische afwijkingen (pessarium niet bij prolaps). De keuze hangt ook af van de indicatie tot geboorteregeling. Globaal genomen kan men hierbij drie groepen onderscheiden: medische indicatie, „family planning” en „population planning”. Voor de „population planning” is op het ogenblik de intra-uteriene techniek verreweg te prefereren. In Zuid-Korea, waar deze methode in het groot wordt toegepast, zijn reeds driekwart miljoen „loops” geplaatst, een aantal dat nog steeds toeneemt. Een daling van de bevol-

kingstoename kan hierdoor binnenkort worden verwacht.

Indien er een medische indicatie bestaat — bijvoorbeeld door een ziekte van de vrouw — mag zwangerschap niet optreden. In deze gevallen zal men dus de meest betrouwbare techniek kiezen, met name de ovulatieremmers of een sterilisatie (van de vrouw of van de man). Moeilijker is de keuze wanneer de vrouw niet in verwachting mag komen wegens een extreem hoge bloeddruk, bijvoorbeeld tengevolge van schrompelnieren. Tegen de ovulatieremmers bestaat dan bezwaar (stijgen van de bloeddruk), terwijl een sterilisatieoperatie voor deze patiënte belangrijke risico's zal inhouden. Het lijstje van moderne anticonceptionele methoden, dat in het begin van dit artikel werd opgesteld, geeft dan de oplossing: intra-uteriene middelen of eventueel het condoom.

In tegenstelling tot de groep van medische indicaties heeft men bij de „family planning” met volkomen gezonde echtparen te maken, bij wie de efficiëntie van de methode niet op de eerste plaats behoeft te staan. In het algemeen is de medicus gewend zelf de beste therapie uit te zoeken, bijvoorbeeld wanneer een tumor van het ovarium wordt gevonden. Met de wensen van de patiënte kan en mag hij meestal geen rekening houden. Dit geldt niet voor de „family planning”. Hierbij heeft men bovendien de keuze tussen verschillende mogelijkheden die min of meer gelijkwaardig zijn, terwijl de „patiënte” de therapie zelf zal moeten toepassen. Zij zal meer fouten maken bij het volgen van een techniek, waartegen zij eigenlijk bezwaar heeft. Een gulden regel bij de „family planning” is dan ook: de beste methode is diegene, waaraan de vrouw (het echtpaar) de voorkeur geeft. De eerste keuze doet in deze gevallen dus meestal de vrouw en niet de medicus. De arts zal in het algemeen haar voorkeur volgen, tenzij belangrijke contra-indicaties aanwezig zijn. Is zulks het geval, dan kan het vroeger opgestelde lijstje van nut zijn. Bij een uterus myomatosus bijvoorbeeld zijn de ovulatieremmers (tegenwoordig meestal de eerste keuze van de vrouw) gecontra-indiceerd, evenals de intra-uteriene middelen. De arts kan dan het pessarium oclusivum adviseren. Er werd reeds op gewezen dat bij sterke bijwerkingen door ovulatieremmers de intra-uteriene middelen veelal de beste oplossing zullen bieden.

Indien men gaat trouwen en voorlopig nog geen kinderen wenst, zullen vóór de defloratie het pessarium oclusivum (en a fortiori de intra-uteriene middelen) niet kunnen worden toegepast. Het condoom is voor onervarenen bij de defloratie niet het optimale middel. Ovulatieremmers zijn dan te prefereren en wel in dit geval niet gezien hun hoge betrouwbaarheid, maar doordat lokale (genitale) manipulaties bij deze methode niet nodig zijn.