

De pilcontrole

Zin en onzin van een routinehandeling in de huisartspraktijk*

FRANS MEIJMAN**

De in Nederland gebruikelijke pilcontrole is nog steeds gebaseerd op de *Handleiding bij het voorschrijven van orale anticonceptiva* uit 1966. Inmiddels lopen de meningen over de zin en onzin van deze routinehandeling echter sterk uiteen. Des te opvallender is het, dat het onderwerp in vrijwel geen enkele publikatie – vakliteratuur of lekenpers – expliciet aan de orde wordt gesteld. Een kritisch overzicht van de stand van zaken en aansluitend een voorstel tot aanpassing van het beleid.

Inleiding

Over de zin en onzin van de pilcontrole lopen de meningen uiteen. De verschillende opvattingen zijn gebaseerd op een breed spectrum van feiten, tradities, gevoelens en visies op mens en maatschappij. De uitersten van dit spectrum kunnen als volgt beschreven worden:

- De pilcontrole in haar „klassieke” vorm is een nutteloze, tijdrovende en gemeenschapsgeld verslindende procedure. Ze is onvoldoende doordacht als routinemaatregel de medische praktijk binnengeslopen. De argumenten voor het handhaven van de pilcontrole in haar huidige vorm blijken op grond van nu bijna twintig jaar ervaring met de anticonceptiepil onvoldoende onderbouwd. Het gezondste deel van de vrouwelijke populatie wordt halfjaarlijks gecontroleerd op aandoeningen en klachten die voor het merendeel niet of nauwelijks een oorzakelijk verband met orale anticonceptie hebben. Bovendien dwingt het routinematige karakter van de medisch-somatisch gerichte pilcontrole veel vrouwen nodeloos in een afhankelijkheidspositie ten opzichte van (veelal mannelijke) artsen. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de anticonceptie dient ook bij orale anticonceptie primair bij de gebruikster te

liggen. Voor eventuele medische controle of begeleiding dient het initiatief van haar uit te gaan. De receptplicht dient te worden opgeheven.

- Het voorkomen van ongewenste zwangerschap met behulp van hormonen is een zaak die een intensieve en continue medische controle en begeleiding vraagt. De verkrijgbaarheid van de pil dient afhankelijk te worden gesteld van deze controle. Bovendien vormt de pilcontrole een geschikte gelegenheid om aandacht te geven aan (verborgen) seksuele en relationele problemen. Voorts kan ze gebruikt worden voor additionele screening op enkele aandoeningen zonder de vrouw extra te belasten.

De opvatting van iedere gebruikster of voorschrijver van orale anticonceptie zal terug te vinden zijn in het spectrum tussen deze twee uiterste standpunten. Het mag betwijfeld worden of deze opvattingen bij alle betrokkenen berusten op een weloverwogen meningsvorm. Zo is het opvallend dat de pilcontrole zowel in de vak- als in de lekenliteratuur nauwelijks expliciet aan de orde komt. Dit is merkwaardig. De pilcontrole vormt immers zowel in kwantitatief als in kwalitatief opzicht een belangrijk facet van de anticonceptieproblematiek. Bij een medische procedure met een routinematig karakter en van een dergelijke importantie als de pilcontrole zou men toch tenminste na verloop van tijd een evaluatie mogen verwachten.

In dit artikel wil ik trachten een antwoord op de volgende vragen te formuleren:

- op welke richtlijnen is de pilcontrole gebaseerd?
- welke meningen bestaan er over de inhoud van de pilcontrole?
- wat zijn de risico's en bijwerkingen van het gebruik van de pil?
- zijn deze risico's en bijwerkingen met de huidige controle te achterhalen?
- zijn er gegevens bekend over de uitvoering van de pilcontrole door de huisarts?
- wat is het rendement met de pilcontrole?
- wat is met de huidige kennis het meest zinvolle beleid met betrekking tot de medische begeleiding van het gebruik van de pil?

Richtlijnen voor de pilcontrole

In 1966 wees de redactiecommissie van *huisarts en wetenschap* de Nederlandse huisartsen op de noodzaak van een goede advisering bij de vraag naar anticonceptie (*Orale contraceptiva*). De pil was toen in Nederland sinds vier jaar op de markt en was alleen bij de apotheker verkrijgbaar. De iure was de pil een u.a.-preparaat, maar de Koninklijke Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie had haar leden geadviseerd het middel alleen op recept af te geven; in feite was er dus sprake van een u.r.-preparaat. Een dergelijk recept werd slechts voor maximaal zes series pillen uitgeschreven: een pilgebruikster werd gedwongen tweemaal per jaar een nieuw recept bij een arts te halen.* Hierdoor was de vraag naar anticonceptie ook bij de huisarts terechtgekomen. In *Orale contraceptiva* wordt gesteld, dat bij het voorschrijven van orale anticonceptie een begin moet worden gemaakt met een intensieve, continue controle van de gebruikster. In dezelfde jaargang wordt uiteengezet wat een dergelijke controle moet inhouden. Deze *Handleiding bij het voorschrijven van orale anticonceptiva* was opgesteld door de Commissie Praktijkvoering van het N.H.G. De handleiding gaat niet vergezeld van een commentaar; de overwegingen die de Commissie tot dit schema hebben geleid, zijn derhalve niet bekend. Het schema vermeldt contra-indicaties en redenen om het gebruik van orale anticonceptiva te staken, een lijst van bijwerkingen en voorts de procedure bij het eerste onderzoek. Elke volgende controle dient het volgende te

* Inmiddels is de pil ook de iure een u.r.-preparaat blijkens het uitvoeringsbesluit van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (C-II-23, 6-12-1977). Een wettelijke basis voor de voorschrijftermijn van zes maanden ontbreekt echter.

* Met hartelijke dank aan Marian Beudeker. Haar scriptie was het uitgangspunt voor dit artikel en zij heeft het concept van nuttig commentaar voorzien. Dank gaat ook uit naar de medewerk(st)ers van de afdeling Studentenartsen van de Universiteit van Amsterdam en naar Lotty Meijer-Eggerding.

** Huisarts, medewerker van de afdeling Studentenartsen van de Universiteit van Amsterdam.

omvatten: informatie naar bijverschijnselen, meten van de bloeddruk, toucher, speculumonderzoek, bepalen van het lichaamsgewicht en van albumine en glucose in de urine. Deze controle dient na één maand, vier maanden, acht maanden, één jaar en vervolgens halfjaarlijks plaats te vinden. Tevens werd in deze publikatie de N.H.G.-registratiekaart voor de controle van gebruiksters van orale anticonceptiva geïntroduceerd.

Vormde het aantal huisartsen dat in 1967 de pil voorschreef nog slechts een minderheid (*Bekkering* 1969), dit aantal groeide echter snel (*De Graaff en Willemssen*). In 1978 concluderen *Wibaut en Voskuyl* dan ook: „De grote meerderheid (van de Nederlandse huisartsen F.M.) heeft inmiddels de medische begeleiding van pilgebruiksters aanvaard als een vanzelfsprekend onderdeel van het voorzieningen pakket.” Even vanzelfsprekend heeft die Nederlandse huisarts kennelijk ook de inhoud van die begeleiding aanvaard. Deze blijkt nog steeds gebaseerd op de *Handleiding* van 1966. *Bangma* (1974) en *Kremer en Haspels* geven een schema voor de pilcontrole dat grote gelijkenis vertoont met de handleiding van de Commissie Praktijkvoering. In het Nederlands leerboek voor obstetrie en gynaecologie zal men tevergeefs zoeken naar richtlijnen voor de pilcontrole: *Haspels en Thiery* vermelden daarin slechts contra-indicaties en redenen tot staken van de pil. De meest recente richtlijn voor de pilcontrole in de Nederlandse literatuur treft men aan bij *Bekkering* (1978). Hij verwijst ook naar het schema van het N.H.G. Wel is hij van mening dat de controle, indien er zich geen bijzonderheden voordoen, na verloop van tijd slechts jaarlijks zou hoeven te geschieden.

In het Verenigd Koninkrijk blijkt de inhoud van de pilcontrole minder vanzelfsprekend dan in Nederland. Weliswaar stemt een advies uit 1972, *Prescribing the pill*, in essentie overeen met de richtlijnen van het N.H.G., maar bij het gynaecologisch onderzoek worden kanttekeningen geplaatst. Met name wordt erkend dat een wetenschappelijke fundering voor het jaarlijks herhalen van speculumonderzoek en toucher ontbreekt.

Helaas heb ik in de recente Amerikaanse literatuur geen expliciete richtlijnen voor de pilcontrole kunnen achterhalen. Het is opvallend dat *Dickey* in een artikel waarin hij de begeleiding van de pilgebruikster bespreekt, met geen woord rept over de pilcontrole. Hij

sprak op een groot internationaal symposium dat handelde over het brede terrein van de „fertility control” (Montreal, Canada, september 1978). De pilcontrole werd daar ook door geen enkele andere spreker expliciet genoemd. Wellicht spreekt in de USA en in Canada een jaarlijks (gynaecologisch) onderzoek bij alle vrouwen zo voor zich, dat een bezinning op de pilcontrole niet voor de hand ligt.

Meningen over de inhoud van de pilcontrole

Te midden van de overvloed aan literatuur over orale anticonceptie vindt men slechts sporadisch beschouwingen over de inhoud van de pilcontrole. *Bangma* (1974) vermeldt dat de pilcontrole in discussie is: „Er zijn artsen, die vinden, dat men de pilcontrole gerust om de één of twee jaar mag doen als tijdens de eerste zes maanden van het pilgebruik geen bijwerkingen zijn geconstateerd. Sommigen menen, dat de pilcontrole dan zelfs helemaal achterwege kan blijven.” Hij concludeert echter: „Nu, zolang deze handelwijze in de praktijk nog niet voldoende is getest, volgen we liever het z.g. N.H.G.-advies.”

Wibaut geeft in zijn proefschrift de aanbeveling de receptplicht voor de pil te laten vervallen. Deze mening wordt later nogmaals onderstreept door met instemming Frederiksen te citeren: „Uit medisch oogpunt zou het verstandig zijn sigaretten slechts op recept te verstrekken en de pil via de automaat.” (*Wibaut en Voskuyl*). Het wordt niet duidelijk wat dit voor consequenties voor de (inhoud van de) pilcontrole zou moeten hebben.*

In een recent overzichtsartikel benadrukt *Nancy Loudon* dat zeker bij jonge pilgebruiksters een jaarlijks onderzoek van borsten en bekken ter discussie staat. In het *Lijfboek voor vrouwen* staat echter een andere opvatting vermeld. Daarin worden de risico's van het pilgebruik sterk benadrukt. Er wordt gewezen op de noodzaak van een uitgebreide halfjaarlijkse pilcontrole. Ik krijg de indruk dat de schrijfsters menen dat bij een dergelijke controle de risico's van de pil te achterhalen zijn. Het is dan ook zinvol deze risico's en bijwerkingen nader te bezien.

* Na de voltooiing van dit artikel is van de hand van *Wibaut* - (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2230-2231 - een publikatie verschenen, waarin hij met name ingaat op de frequentie van het gynaecologische onderzoek bij de pilcontrole. Hij concludeert hierin dat er geen dwingende reden is voor gynaecologisch onderzoek bij pilgebruiksters die geen klachten hebben

Risico's en bijwerkingen van de pil en de consequenties voor de pilcontrole

Naar de subjectieve en objectieve bijwerkingen van de pil is en wordt veel onderzoek gedaan: retrospectief, prospectief en zelfs placebocontrolled. Een van de belangrijkste onderzoeken loopt in Engeland onder auspiciën van de Royal College of General Practitioners. Hierbij worden 23.000 pilgebruiksters vergeleken met 23.000 matched controls. De huisartsen houden registratiekaarten bij van de vrouwen die in het onderzoek zijn opgenomen. Het eerste rapport over dit onderzoek, *Oral contraceptives and health*, werd in 1974 gepubliceerd. Een vervolg (*Beral*) heeft een hernieuwde impuls gegeven aan de discussie over de risico's van de pil.

Het is in het kader van dit artikel niet mogelijk de uitgebreide literatuur over de bijwerkingen van de pil samen te vatten. In *tabel 1* treft men een overzicht aan. Voor zover onderdelen uit deze opsomming relevant zijn met het oog op de pilcontrole wil ik deze bespreken.

Hypertensie. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de kans op hypertensie bij pilgebruik toeneemt met de duur van het gebruik. Na vijf jaar is de frequentie van hypertensie bij pilgebruiksters 2½ à 3 maal zo hoog als bij niet-gebruiksters. De verhoging van de bloeddruk blijkt in het algemeen reversibel te zijn. Over predisponerende factoren die mede de reactie van de bloeddruk op het gebruik van de pil bepalen, zijn weinig gegevens bekend. Vermeld worden familiale factoren, nieraandoeningen, oudere leeftijd en overgewicht. Het is onbekend in hoeverre zwangerschapstoxicose een disponerende factor is.

Janssens en Dijkstra concluderen dat de pil gecontraïndiceerd is bij pre-existente hypertensie of een (niet nader gedefinieerde) substantiële stijging van de bloeddruk. Hypertensie vormt echter voor de schrijvers geen absolute contra-indicatie voor orale anticonceptie. Er zijn gevallen waarin zij de hypertensie behandelen bij continuering van de pil, bijvoorbeeld ter wille van de betrouwbaarheid van de anticonceptie.

Met betrekking tot de pilcontrole is het standpunt van *Janssens en Dijkstra* duidelijk: „Het zonder controle van de bloeddruk voorschrijven van o.a.c. - én voorafgaande aan de toepassing ervan en tijdens het gebruik - moet als een ernstige fout worden beschouwd.”

Tabel 1. Overzicht van de oestrogene, gestagene of androgene/anabole effecten bij de vrouw.

Oestrogene effecten		Gestagene effecten (meestal blijvend tijdens pilgebruik)		Androgene/anabole effecten
Adaptatie-effecten	Langdurige effecten	Directe effecten	Indirecte effecten (anti-oesgeen)	
nausea/emesis prikkelbaarheid vochtretentie gewichtstoename gespannen mammae oedemen zwaar gevoel in de benen bloeddrukstijging hoofdpijn pijnlijke uterus- contracties mammagroei hypermenorrhoe doorbraakbloeding in tweede cyclushelft leverfunctie- stoornissen	proliferatie vagina epitheel pseudo erosie portio mucorrhoe myoomgroei huidpigmentaties (chloasma) hypertensie hoofdpijn (door vaatspasmen?) licht verhoogde kans op veneuze trombose veranderingen lipiden in het bloed intra hepatische cholestase verminderde KH- tolerantie depressie door stoornissen van het tryptofaan- metabolisme licht verhoogde kans op atherosclerose?	varicosis? beenkrampen? obstipatie mastalgie vermoeidheid slaperigheid futloosheid desquamatie vaginaepitheel fluor albus indikking cervixslijm temperatuurstijging hoofdpijn (tijdens de „stopweek” als gestageen ont-trekkings-effect) pigmentaties (chloasma) vette huid, vet haar acne vulgaris huidreacties intra hepatische cholestase libidovermindering depressie licht verhoogde kans op atherosclerose	„opvliegingen” emotionele instabiliteit duizeligheid palpitaties slapeloosheid doorbraakbloeding in eerste cyclushelft endometrium-atrofie (waardoor hypomenorrhoe en amenorrhoe) endocervixatrofie (waardoor een „droge cervix”) verminderde uitrijping van het vagina-epitheel (waardoor een droge vagina en dyspareunie) libidovermindering vermindering van de kans op het ontstaan van benigne en maligne mamma tumoren en van endometriumcarcinoom	1. <i>virilisatie</i> vette huid, vet haar acne vulgaris alopecia verandering bloedlipiden hirsutisme hypertrichose heesheid zwaardere stem clitoris-vergroting libidovermeerdering 2. <i>anabole symptomen</i> vermeerderde eetlust gewichtstoename gevoel van welbevinden

Bron: Kremer en Haspels (1975)

Cardiovasculaire aandoeningen. Er bestaat een groot aantal publikaties waarin worden op de risico's op cardiovasculair gebied die het gebruik van orale anticonceptie op de lange termijn voor de gebruikster met zich mee zou kunnen brengen. Met name *Beral* en een gelijktijdig verschenen artikel van *Vessey e.a.* hebben menige pen in beweging gebracht. De sterfte aan hart- en vaataandoeningen bij (ex)pil-gebruikers die in beide onderzoeken werd vastgesteld, werd van kritisch commentaar voorzien door onder meer *Goldzieher* (1979) en *Wibaut en Voskuyl*. De verontrustende conclusies over de risico's van de pil zouden niet zonder meer voor Nederland gelden. Op grond van de beschikbaar gekomen gegevens werden wel een aantal aanbe-

velingen gedaan (*Haspels en Kremer; Dickey*). In essentie komen deze erop neer dat men pilgebruik dient toe te voegen aan de bekende risicofactoren voor het ontstaan van hart- en vaatziekten, zoals overgewicht, hypertensie, diabetes mellitus, hyperlipidemie, oudere leeftijd, familiale belasting en roken. Combinatie van pilgebruik met een of meer van deze factoren doet het risico van hart- en vaatziekten toenemen en maakt het gebruik van orale anticonceptie navenant minder gewenst. De aanbevelingen worden met name toegespitst op de combinatie orale anticonceptie, roken en oudere leeftijd. In het algemeen worden trombo-embolische processen en atherosclerotische verschijnselen die anamnestic vermeld worden of optreden tijdens het

pilgebruik, als absolute contra-indicatie voor orale anticonceptie beschouwd. De bovenvermelde risicofactoren voor het ontstaan van hart- en vaatziekten vormen relatieve contra-indicaties. Indien geen van de contra-indicaties bij de start van het pilgebruik aanwezig was, kunnen deze wel in de loop der jaren optreden. Met name ten aanzien van de relatieve contra-indicaties geldt, dat zij bij het stijgen van de leeftijd van groter belang worden. Dit heeft gevolgen voor de pilcontrole. Indien de pilgebruikster de leeftijd van 30 jaar is gepasseerd, zal aan de combinatie van risicofactoren in toenemende mate aandacht moeten worden besteed. Informatie over het bestaan van contra-indicaties krijgt men tijdens de pilcontrole onder de huidige omstandigheden

hoofdzakelijk via de anamnese. Een uitzondering geldt voor de bloeddruk en in mindere mate het gewicht.

Lever en galwegen. Het gebruik van orale anticonceptie kan een stoornis geven in de leverfuncties. Vrouwen die tijdens de zwangerschap een cholestatiche icterus hadden, kunnen een recidief krijgen bij pilgebruik. De incidentie van galstenen is bij gebruik van de pil verhoogd. Er zijn aanwijzingen dat in incidentele gevallen bij pilgebruiksters benigne en wellicht ook maligne levertumoren onder invloed van orale anticonceptie ontstaan. Vrouwen met een aangeboren of later ontstaan en blijvend defect van een der excretiefuncties van de lever dienen geen orale anticonceptie te gebruiken (*De Pagter e.a.*).

Het overzichtsartikel van *De Pagter e.a.* wordt besloten met de overweging om de pilcontrole na het dertigste jaar uit te breiden met enige (niet nader gespecificeerde) leverfunctietests. Elders in de literatuur heb ik geen ondersteuning voor deze aanbeveling gevonden.

Glucosetolerantie. Bij pilgebruik kan een verandering optreden in de glucosetolerantie (*Briggs*). Vrouwen met een zwangerschapsdiabetes in de anamnese zijn hiervoor gepredisponeerd. In het onderzoek van de Royal College (*Oral contraceptives*) werd ten aanzien van de incidentie van diabetes mellitus geen significant verschil gevonden tussen pilgebruiksters en de controlegroep. Het nut van de bepaling van glucose of reductie in de urine van pilgebruiksters bij elke pilcontrole moet daarom worden betwijfeld.

Bij een manifeste diabetes acht men in het algemeen gebruik van orale anticonceptie niet gecontra-indiceerd, wel zal vaak de diabetes opnieuw ingesteld moeten worden (*Haspels en Thiery*). Overigens vormt diabetes wel een relatieve contra-indicatie voor orale anticonceptie met het oog op het verhoogde risico op hart-en vaatziekten.

Kwaadaardige aandoeningen. Er zijn geen aanwijzingen dat pilgebruik het ontstaan van maligniteiten induceert, hetzij van de cervix, het endometrium of de ovaria, hetzij van de mammae (*Kirk*). Wel worden bestaande oestrogeenafhankelijke carcinomen van de mammae als een absolute contra-indicatie voor de pil beschouwd. De incidentie van goedaardige cysten van de mammae en ovaria is bij pilgebruik verlaagd (*Loudon*).

Aandoeningen van de geslachtsorganen. Reeds bestaande myomen kunnen onder invloed van de pil in grootte toenemen. Het is opvallend dat volgens het onderzoek van de Royal College (*Oral contraceptives*) het aantal myomen bij pilgebruiksters geringer is dan bij de controlegroep. Waarschijnlijk berust dit op het feit dat de aanwezigheid van myomen als een relatieve contra-indicatie voor orale anticonceptie wordt beschouwd. Bij gebruik van orale anticonceptie komt ectropion van de cervix meer voor, zonder dat dit tot medisch handelen noopt (*Loudon*). Tot op heden werd niet aangetoond dat het gebruik van de pil leidt tot abnormale uitstrijkjes van de baarmoedermond (*Kirk*). Nader onderzoek lijkt overigens gewenst.

Regelmatig wordt de mening geuit dat infecties door *Candida albicans* van de vagina bij pilgebruiksters frequenter voor zouden komen. *Goldacre e.a.* vonden geen aanwijzing voor deze veronderstelling. Wel kunnen candida-infecties onder invloed van orale anticonceptie hardnekkiger zijn.

Klachten over pruritus valvae of dyspareunie bij een pilgebruikster kunnen berusten op atrofie die veroorzaakt wordt door de gestagene component in de combinatiepil.

Gewichtstoename. Een door vrouwen gevreesde bijwerking van het pilgebruik is de gewichtstoename. Waarschijnlijk berust deze op vochtretentie, maar daaraan mag niet meer dan twee kilo gewichtsstijging worden toegeschreven. De anabole kwaliteiten van gestagenen kunnen bovendien een rol spelen. Vele vrouwen merken dat de eetlust toeneemt. Indien zij daaraan toegeven, worden ze dikker. Overigens hebben de pilgebruiksters niet de weegschaal van de dokter nodig om een eventuele gewichtsstijging vast te stellen.

Klachten. De klachten bij pilgebruik zijn zeer uiteenlopend. Zowel de farmacologische als de psychologische aspecten van het pilgebruik beïnvloeden deze klachten. De onderzoekingen van *Aznar Ramos* en *Goldzieher e.a.* geven een hoge incidentie van subjectieve klachten bij placebo-gebruik. Alleen misselijkheid zou significant vaker voorkomen bij pilgebruiksters. *Wibaut* vond een verband tussen acceptatie van de seksualiteit enerzijds en acceptatie van de pil als voorbehoedmiddel en het optreden van subjectieve klachten anderzijds. Vrouwen die moeite hebben met de acceptatie van de seksualiteit zouden

meer subjectieve klachten hebben bij pilgebruik. Terzijde zei hier opgemerkt dat bij een dergelijke constatering aandacht besteed moet worden aan de vraag of de gangbare opvattingen over seksualiteit voor de vrouw wel zo acceptabel zijn.

Afgezien van psychische mechanismen spelen bij het ontstaan van klachten bij pilgebruik ook farmacologische factoren een rol. In een toenemend aantal publikaties wordt gewezen op de metabole veranderingen die mogelijk de basis vormen voor het optreden van depressie en libidoverlies bij gebruik van orale anticonceptie. Met name zou een relatief tekort aan pyridoxine (Vitamine B6) hierbij een rol spelen (*Kane; Briggs*). Voorts wordt hoofdpijn tijdens de stopweek in het algemeen als een gestageen-onttrekkingseffect opgevat. Bij het zoeken naar een oplossing voor de klachten van een pilgebruikster is het belangrijk dat aan beide aspecten aandacht wordt besteed.

Conclusie. Uit het brede scala van bijwerkingen en risico's van het gebruik van orale anticonceptie kunnen enkele absolute contra-indicaties worden afgeleid. Deze zijn gering in aantal en blijken meestal uit de anamnese. Dit laatste geldt ook voor de meeste relatieve contra-indicaties. Het optreden van de bijwerkingen van de pil is onvoorspelbaar. Bij de pilcontrole kan men slechts een gering aantal van deze bijwerkingen signaleren zoals een bloeddrukstijging.

Als men ervan uitgaat dat er bij de start van het pilgebruik aandacht is besteed aan de contra-indicaties voor de pil, rest voor de pilcontrole slechts één handeling waarbij de pilgebruikster onvermijdelijk de hulp van een medisch geschoold kracht nodig heeft: het meten van de bloeddruk. Is de gebruikster ouder dan 30 jaar, dan zijn de medische implicaties van het pilgebruik groter. Het afwegen van de voordelen van het pilgebruik tegen de risico's die dan bestaan, geeft niet zozeer aanleiding tot lichamelijk onderzoek als wel tot een gesprek tussen de gebruikster en haar arts.

Het gebruik van de pil vormt op zichzelf geen reden tot herhaald gynaecologisch onderzoek. Klachten van de pilgebruikster kunnen natuurlijk wel aanleiding voor een dergelijk onderzoek vormen.

Onderzoek naar de pilcontrole

Over de uitvoering en de resultaten van de pilcontrole is in beperkte mate gepubliceerd. *Huygen en Fuldauer* deden

Tabel 2. Afwijkende waarnemingen bij 1.728 pilcontroles bij 205 vrouwen en genomen actie.

Bevindingen	Aantal	Percentage*	Actie	
			Aantal	Percentage*
Urine albumen +	62	3,6	–	–
Urine albumen ++	6	0,4	3	0,2
Urine reductie	3	0,2	2	0,13
Fluor vaginalis	62	3,6	21	1,2
Meermalen bloeddruk > 150/90 mmHg	27	13,1	12	5,8
Myomen	4	1,9	2	0,8
Onregelmatige cervix	5	2,4	2	0,8

* De percentages bij urine albumen, urine reductie en fluor vaginalis zijn aantallen per 100 controles, de overige percentages aantallen per 100 gecontroleerde vrouwen.

Bron: *Beudeker*.

onderzoek naar het gebruik van orale anticonceptie in de huisartspraktijk. In beide publikaties zijn resultaten van de pilcontrole verwerkt. Beiden concludeerden dat de psychische problematiek van de pilgebruiksters groter is dan de somatische. *Bangma* (1971) onderzocht slechts de frequentie waarin de geënuquëteerde huisartsen de pilgebruiksters controleerden. *De Graaff en Willemsen* beschreven een onderzoek naar het gedrag van huisartsen met betrekking tot geboortenregelingsadviezen. Helaas werd daarbij niet expliciet op de uitvoering van de pilcontrole ingegaan.

Een dergelijk onderzoek werd wel gedaan door *Johnson and Thorogood*. Bij 147 huisartsen in Oxfordshire werd geïnventariseerd wat zij als absolute of relatieve contra-indicaties voor gebruik van de pil beschouwden. Voorts werd een overzicht gegeven van de routinematige procedures bij de pilcontroles die door deze huisartsen werden verricht. Daarbij bleek dat bij de vervolgsconsulten 98 procent de bloeddruk meet, 38 procent een vaginaal onderzoek uitvoert en 27 procent urine-onderzoek doet. Het gewicht wordt door 64 procent bijgehouden, de mammae worden door 41 procent onderzocht.

Cammock and Hughes hebben getracht de „contraceptive workload” te bepalen in de huisartspraktijk in de regio Trent. Zij vermelden een percentage van bijna 5 procent van de totale werkbelasting. Dit percentage omvat alle anticonceptieconsulten, dus niet alleen de pilcontroles.*

Huber and Huber deden onderzoek naar het bestaan van contra-indicaties voor pilgebruik. Bij het eerste anticonceptieconsult hadden eenenvijftig van

de 1021 vrouwen een contra-indicatie voor orale anticonceptie. Op grond van de anamnese werden vierenveertig vrouwen afgewezen. Zes vrouwen bleken hypertensie te hebben. Bij geen enkele vrouw werd bij inwendig onderzoek een contra-indicatie ontdekt.

Marian Beudeker beschrijft een onderzoek in de praktijk van wijlen Karel Brühl te Amsterdam. Ze bestudeerde de notities van 1728 pilcontroles, dat is de helft van het aantal pilcontroles dat in deze praktijk van 1964 tot 1976 is verricht. In tabel 2 worden enige bevindingen samengevat. Tevens wordt vermeld welk aantal bevindingen aanleiding heeft gegeven tot enigerlei diagnostisch of therapeutisch handelen.

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat twaalf jaar pilcontroles een gering aantal positieve bevindingen heeft opgeleverd. Slechts in een deel van de gevallen hebben deze bevindingen tot consequenties aanleiding gegeven; dit geldt met name voor bloeddrukstijgingen. Er moet op gewezen worden dat dit retrospectieve onderzoek door zijn onvermijdelijk beperkte opzet een onvolledig beeld geeft van de resultaten van de pilcontrole. Met enkele belangrijke factoren, zoals de leeftijd van de vrouwen, de rookgewoonten en de anamnese, kon geen rekening worden gehouden. Het is dan ook niet duidelijk hoeveel vrouwen op grond van hun anamnese een negatief advies ten aanzien van pilgebruik hebben gekregen. Voorts is de begeleidende functie van een regelmatig contact tussen pilgebruikster en huisarts niet tot uitdrukking gekomen.

Aangezien dit onderzoek het enige op dit gebied in Nederland is, dat mij bekend is, heb ik de resultaten ervan niettemin om illustratieve redenen vermeld.

Beschouwing

Bij de introductie van hormonale anticonceptiemiddelen was men terecht beducht voor de eventuele bijwerkingen van deze preparaten. De bijwerkingen van de eerste pilmerken gaven alle aanleiding tot intensieve medische begeleiding. Bovendien rechtvaardigde de onbekendheid met de effecten op (middel)lange termijn van de pil de invoering van een pilcontrole. Aangezien het hier geslachtshormonen betrof, is de pilcontrole als een procedure op gynaecologisch gebied opgevat. Als vanzelfsprekend diende iedere pilcontrole dan ook een gynaecologisch onderzoek te omvatten. Jarenlang hebben medici de nadruk gelegd op het belang van een goede controle bij pilgebruik. Deze controle is door de meeste vrouwen als noodzakelijk geaccepteerd. Door de receptplicht zijn zij gedwongen hun (huis)arts elk half jaar te bezoeken.

Bij veel vrouwen zal de gedachtengang hebben postgevat dat, als het pilgebruik zo intensief gecontroleerd moet worden, de bijwerkingen en gevaren van dit middel groot moeten zijn. Door de inhoud van de traditionele pilcontrole worden die gevaren meestal op gynaecologisch gebied verondersteld. Zo is menig pilgebruikster bevreesd voor cervixcarcinoom tengevolge van het gebruik van orale anticonceptie. Om die reden wordt vaak aangedrongen op uitstrijkjes van de baarmoedermond.

De pilcontrole houdt de angst voor bijwerkingen in stand en daarmee waarschijnlijk een deel van die (subjectieve) bijwerkingen. Bovendien geeft de pilcontrole bij zowel de arts als de vrouw een vals gevoel van veiligheid. Bij een grondige controle kan de pil niet meer gevaarlijk zijn, zo lijkt de gedachte. Nu lijken de risico's van het gebruik van de pil niet zozeer op het gebied van de geslachtsorganen, mammae of urine te liggen, als wel op het gebied van hart- en vaatstelsel. Toch ligt het accent van de pilcontrole nog steeds op de eerstgenoemde terreinen, terwijl alleen de bloeddruk ons informatie geeft over het hart- en vaatstelsel. Een longembolie-cerebrovasculair accident of hartinfarct in de (nabije) toekomst kan door de pilcontrole echter niet voorzien, laat staan voorkomen worden. Anamnestiche gegevens over het bestaan van overige risicofactoren voor het ontstaan van hart- en vaataandoeningen kunnen wel aanleiding geven het gebruik van orale anticonceptie te ontraden. Dit begint in de praktijk te spelen boven de leeftijd van 30 jaar (*Haspels en Kremer*).

* Voor de Nederlandse situatie lijkt dit percentage aan de lage kant. In het Verenigd Koninkrijk nemen consultatiebureaus echter een aanzienlijk deel van de anticonceptieconsulten voor hun rekening.

Een drietal aspecten van de pilcontrole vraagt om een nadere beschouwing; de pilcontrole kan beschouwd worden als:

- begeleiding van het pilgebruik;
- screeningsprocedure;
- begeleiding van de psychische en seksuele relatie van de vrouw met haar partner(s).

Begeleiding van het pilgebruik. Na de start met orale anticonceptie biedt de pilcontrole de gebruikster de mogelijkheid om eventuele klachten of bijwerkingen naar voren te brengen. Overgaan op een andere samenstelling van de pil of een andere vorm van anticonceptie kan een van de gevolgen zijn. De tussenkomst van de huisarts is daarbij zinvol. Nu blijkt dat de overgrote meerderheid van de pilgebruiksters zeker na de aanpassingsperiode geen (subjectieve) klachten van de pil als zodanig heeft (*Kremer en Haspels*). Dat wil niet zeggen dat zij dus volmaakt tevreden zijn met de pil; integendeel, veel pilgebruiksters accepteren dit middel bij gebrek aan een beter alternatief. Hoe dan ook, de gang naar de arts voor pilcontrole komt na verloop van tijd niet voort uit een behoefte bij de gebruikster om klachten te bespreken; zij wordt tot dit medisch consult gedwongen omdat de conventie dit voorschrijft: geen pilrecept zonder controle.

Een van de doelstellingen van de hulpverlening in de eerste lijn is het leveren van een bijdrage aan de vergroting van de zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van de (potentiële) hulpvrager. Zeker waar het de anticonceptie betreft, dient de verantwoordelijkheid zoveel mogelijk bij de betrokkenen te blijven. Het feit dat er snel over „pilpatiënte” wordt gesproken, geeft de denken. De pilgebruikster kan in staat geacht worden zelf te bepalen in hoeverre zij behoefte heeft aan een gesprek met haar arts over haar pilgebruik. Dit kan dan eventuele klachten betreffen, of de motivatie om het gebruik van orale anticonceptie te continueren.

Screeningsprocedure. De pilcontrole biedt volgens sommigen een geschikte mogelijkheid om de pilgebruiksters te screenen op een aantal aandoeningen en zelfs psychische problemen. Ik wil eerst stilstaan bij de screening op somatische symptomen. In het voorafgaande is gebleken dat verschillende onderzoeken in het kader van de pilcontrole (intern onderzoek, urine- en borstonderzoek) niet of nauwelijks verdedigd kunnen worden vanuit het oogpunt dat men hiermee bijwerkingen van

de pil op het spoor zou komen. Deze onderzoeken voldoen echter ook niet aan de criteria die men aan een goed screeningsonderzoek mag stellen (*Wilson and Jungner*); via de pilcontrole wordt in Nederland idealiter immers slechts de helft van de vrouwelijke populatie in de vruchtbare periode bereikt. Vrouwen in deze levensfase vormen bovendien een relatief gezonde groep. Het vinden van een incidentele adnexzwelling, albuminurie, glucosurie of zwelling in de borst mag de betreffende vrouw in een vroeg stadium attenderen op een mogelijk behandelbare aandoening (of juist opzadelen met belastend vervolgonderzoek), dit vormt nog geen argument voor het handhaven van deze onderzoeken als screening.

De uitstrijkjes van de baarmoedermond als onderzoek op gedegeneerde epitheelcellen die in toenemende mate in het kader van de pilcontrole worden gemaakt, vormen een apart punt. Het gebruik van orale anticonceptie vormt daarvoor niet de reden. De pilcontrole is slechts een aanleiding om deze screeningsprocedure uit te voeren. Wanneer men alleen de pilgebruiksters „uitstrijkt”, bereikt men slechts een deel van de populatie die men eigenlijk zou willen onderzoeken. Vrouwen die geen of andere voorbehoedmiddelen toepassen, worden dan ten onrechte gepasseerd. Zinnigere criteria voor het maken van een cervixuitstrijk vormen de leeftijd, de aanvangsleeftijd van (hetero)seksuele contacten, het aantal seksuele partners en eventuele cervixontstekingen.

Er is reeds op gewezen dat de pilcontrole een vals gevoel van veiligheid bij de pilgebruikster (en arts) oproept. Jarenlang hebben medici het belang van het inwendig onderzoek benadrukt. Als resultaat daarvan worden we nu in de praktijk geconfronteerd met vrouwen die ongerust worden over hun eigen lichaam als zij niet periodiek gynaecologisch worden onderzocht. Door deze gang van zaken wordt nodeloos angst of bezorgdheid opgeroepen. Inzicht in het functioneren van het eigen lichaam wordt er allerminst door bevorderd. Bovendien wordt de afhankelijkheid van de vrouw van haar arts benadrukt. Hiermee wil ik geen afbreuk doen aan de waarde die een instructief en rustig uitgevoerd inwendig onderzoek voor de vrouw kan hebben. Overigens zijn daar ook andere benaderingen voor zoals via de massamedia of zelfhulpgroepen. Op zichzelf vormt het aspect van de gezondheidsvoorlichting onvoldoende reden

voor het handhaven van een routinematig uitvoeren van inwendig onderzoek.

Begeleiding van de psychische en seksuele relatie van de vrouw met haar partner(s). Het is de vraag of de pilcontrole hiervoor geschikt is. De somatische gerichtheid van de handelingen (met name het emotioneel belastende inwendig onderzoek) zet de anticonceptie en de seksualiteit in een medisch licht. De werkingen en bijwerkingen van het farmakon worden maar al te snel primair gesteld, de relationele en seksuele aspecten secundair.

Het is van belang dat de arts open staat voor de problemen van zijn patiënten. Het feit dat de pilcontrole als toegangsweg door een aantal artsen als onontbeerlijk wordt beschouwd, wijst erop dat deze ideale situatie nog niet bereikt is. Daarnaast bestaat bij veel artsen en patiënten de indruk, dat begeleiding onontbeerlijk is. De afhankelijkheid van de patiënt ten opzichte van de gezondheidszorg neemt nog steeds toe. Het gevoel van zelfstandigheid en zelfvertrouwen bij het individu daalt daarmee navenant.

De argumentatie voor de pilcontrole als toegangspoort en klantenbinder lijkt me bevoogdend. Wel blijkt nog steeds dat de patiënt in de gezondheidszorg de weg niet kan vinden. Voorlichting en openbaarheid schieten vaak te kort. Om de vrouw en pilgebruikster haar verantwoordelijkheid terug te geven is het noodzakelijk haar duidelijk te informeren over de werkingen en bijwerkingen van de pil. Artsen(organisaties) kunnen daarbij via massamedia, groepsvoorlichting en tijdens spreekuurcontacten een bijdrage leveren. De ontwikkeling van zelfhulpgroepen zoals die in feministische kringen en buurthuizen plaatsvindt, levert eveneens een positieve bijdrage tot de kennis en beleving van het lichaam.

Conclusies ten aanzien van het beleid

Met de toename van de kennis over de bijwerkingen van de pil blijkt, dat de pilcontrole zoals eertijds geformuleerd in de N.H.G.-richtlijnen, nauwelijks invloed heeft op risico's die de gebruikster loopt. De pilcontrole als screeningsonderzoek voldoet niet aan de eisen die aan een dergelijk onderzoek gesteld mogen worden. Andere aspecten van de pilcontrole zijn slecht meetbaar. Het lijkt echter waarschijnlijk dat de pilcontrole een negatieve invloed heeft op de

acceptatie van de pil. Een belangrijk negatief effect van de pilcontrole is voorts de vermindering van de zelfstandigheid van de pilgebruikster. Bovendien betekent de controle voor vele vrouwen een nodeloze emotionele belasting.

Deze constatering leidt echter *niet* tot de conclusie dat pilcontrole zonder meer afgeschaft zou kunnen worden en dat de receptplicht opgeheven dient te worden. We worden er immers mee geconfronteerd dat voor veel vrouwen (en artsen) een zekerheid is gecreëerd die niet zonder meer op grond van rationele argumenten ontkracht kan worden. Voorts heeft de pil nog een aantal van haar medische implicaties behouden, zoals de wenselijkheid van een beoordeling van de medische contra-indicaties bij de start, het periodiek meten van de bloeddruk en het afwegen van de relatieve contra-indicaties bij het stijgen van de leeftijd van de pilgebruikster. Bovendien zal het onderzoek naar orale anticonceptiva en de gevolgen ervan resultaten opleveren, die medische implicaties kunnen hebben. Momenteel is bijvoorbeeld niet te voorzien in hoeverre het zinvol is specifiek (laboratorium)-onderzoek bij oudere pilgebruiksters uit te voeren ter bepaling van het „extra” risico op hart- en vaatandoeningen. Bij het gebruik van orale anticonceptiva door een vrouw lijkt daarom de tussenkomst van een arts onvermijdelijk.

Idealiter zou het initiatief voor de medische bemoeienis uit dienen te gaan van de pilgebruikster. Bezien in dat licht zou de receptplicht beter kunnen worden opgeheven. Pilgebruiksters zouden de pil dan zonder tussenkomst van een arts kunnen verkrijgen bij apotheek en drogist. Aanbevelingen op de bijsluiter zouden haar erop kunnen wijzen dat overleg met een arts zeker bij de start van het pilgebruik, maar ook in de loop van het gebruik om een nader aan te duiden aantal redenen zinvol is. De vrijheid om over orale anticonceptie te beschikken wordt door een dergelijke vrije verkoop minder beperkt dan door de huidige situatie waarin de pilcontrole via de receptplicht wordt afgedwongen. Opheffen van de receptplicht creëert echter slechts een schijn-democratie voor de pilgebruikster. Enkele medische aspecten van het pilgebruik zijn voor haar niet goed te overzien. Niet voor niets hanteren we in Nederland een systeem waarin zoveel mogelijk (volgens sommigen te weinig) medicijnen slechts via de tussenkomst van een arts betrokken kunnen worden. De bo-

venvermelde medische implicaties van het pilgebruik rechtvaardigen handhaving van de receptplicht voor orale anticonceptie voldoende.

Wel wil ik pleiten voor een gewijzigde opzet van de pilcontrole, waarbij deze gezuiverd wordt van traditionele procedures die niet voldoende beargumenteerd kunnen worden en een nodeloze belasting vormen voor de pilgebruikster en haar arts. Daarbij zou ruimte moeten zijn voor een gedifferentieerd beleid, in tegenstelling tot de uniforme aanpak van de *Handleiding* van het N.H.G. De specifieke situatie van de individuele pilgebruikster dient het uitgangspunt te zijn.

In *bijlage 1* wordt een opzet gegeven van een „pilcontrole nieuwe stijl”. In deze richtlijnen zijn de aanbevelingen van *Haspels en Kremer* en *Wibaut en Voskuil* verwerkt. Tevens zijn in deze opzet beleidsadviezen met betrekking tot de screening op cervixcarcinoom (*Janssens en Oosterhuis*) opgenomen, dit om louter praktische redenen.

Het spreekt vanzelf, dat de pilgebruiksters op de hoogte moeten worden gesteld van nieuwe opvattingen. In *bijlage 2* is een voorbeeld gegeven van een brief die men tijdens de pilcontrole de betreffende vrouwen ter hand kan stellen. Deze brief is recent door de studenten-artsen van de Universiteit van Amsterdam in gebruik genomen. Desgewenst kan men tijdens hetzelfde consult (N.H.I.-)brochures over het uitstrijkje en over het zelfonderzoek van de borsten overhandigen.

Samenvatting. De meningen over nut en inhoud van de pilcontrole lopen uiteen. Naar de uitvoering en het rendement van deze routinehandeling blijkt slechts weinig onderzoek te zijn gedaan. Na een inventarisatie van de risico's en bijwerkingen van orale anticonceptiva wordt nagegaan in hoeverre die risico's zijn te achterhalen met de in Nederland gebruikelijke, op richtlijnen van het N.H.G. uit 1966 gebaseerde pilcontrole. Behalve de gelegenheid tot het bespreken van klachten biedt deze periodieke controle in feite alleen de mogelijkheid een eventuele bloeddrukstijging vast te stellen. Bij een pilgebruikster van oudere leeftijd kan voorts worden onderzocht, in hoeverre een contra-indicatie voor het gebruik van de pil is ontstaan.

De conclusie is, dat er voldoende argumenten zijn voor een handhaving van de receptplicht voor orale anticonceptie. De richtlijnen voor de pilcontrole zijn echter

aan een herziening toe. De uniforme benadering zou vervangen moeten worden door een op de specifieke situatie van de gebruikster gerichte aanpak. Voor routinematig uitgevoerd gynaecologisch onderzoek bij pilgebruiksters zonder klachten bestaat geen dwingende noodzaak.

Summary. Follow-up on oral contraception. Sense and nonsense of a routine in general practice. There is no consensus about the value and substance of follow-ups on oral contraception. Little research has been focused on the procedure and results of this routine. After an inventory of the risks and side effects of oral contraception, this article considers the extent to which the risks can be traced by the „pill check-up” customarily made in The Netherlands on the basis of guidelines formulated by the Netherlands Association of General Practitioners in 1966. Apart from the opportunity to discuss complaints, this periodical check-up merely affords a chance to diagnose hypertension, if any. With older women on oral contraceptives, moreover, possible contraindications may be determined.

The conclusion is that there are adequate arguments in favour of maintaining obligatory prescription of oral contraceptives. The guidelines for a „pill check-up”, however, need revision. The uniform approach should be replaced by one adapted to the user's specific situation. There is no urgent need for routine gynaecological examination of users without well-defined complaints.

Aznar-Ramos, R., J. Giner-Velazquez, R. Lara-Ricalde e.a. Incidence of side effects with contraceptive placebo. (1969) *Amer. J. Obstet. Gynec.* **105**, 1144-1149.

Bangma, P. Huisarts en anticonceptie. *Schelte-ma en Holkema, Amsterdam etc.*, 1971.

Bangma P. In: J. Moors (red.). Geboortenregeling in de praktijk. *Excerpta Medical Agon Elsevier, Amsterdam*, 1974.

Bekkering, P. G. De patiënt, „de pil” en de huisarts. *Dekker en Van de Vegt, Nijmegen*, 1969.

Bekkering, P. G. Geboortenregeling. In: Kompas voor de huisarts. *Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht*, 1978.

Beral, V. Mortality among oral-contraceptive users. (1977) *Lancet* **II**, 727-731.

Beudeker, M. Zin en onzin van de pilcontrole. [Ongepubliceerde scriptie voor het artsexamen, Amsterdam, 1977. Ter inzage in de bibliotheek van de Vrouwenkliniek van het Academisch Ziekenhuis (W.G.) van de Universiteit van Amsterdam.]

- Briggs, M. H. Biochemical basis for the selection of oral contraceptives. (1979) *Int. J. Gynaec. Obstet.* **16**, 509-517.
- Cammock, D. W. and A. O. Hughes. Contraceptive workload in general practice in the Trent region. (1977) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **27**, 610-613.
- Dickey, R. P. Initial pill selection and managing the contraceptive pill patient. (1979) *Int. J. Gynaec. Obstet.* **16**, 547-555.
- Fuldauer, A. Een enquête onder de gebruikers van orale anticonceptiva. (1970) *huisarts en wetenschap* **13**, 121-130.
- Goldacre, M. J., B. Watt, N. Loudon e.a. Vaginal microbial flora in normal young women. (1979) *Brit. med. J.* **I**, 1450-1453.
- Goldzieher, J. W., L. E. Moses, E. Averkin e.a. A placebo controlled blind crossover investigation of the side effects attributed to oral contraceptives. (1971) *Fertil. and Steril.* **22**, 609-623.
- Goldzieher, J. W. Interpretation of data by the clinician. (1979) *Int. J. Gynaec. Obstet.* **16**, 535-541.
- Graaf, W. J. de en T. M. Willemsen. Huisarts en anticonceptie. (1975) *huisarts en wetenschap* **18**, 478-488.
- Handleiding bij het voorschrijven van orale anticonceptiva. Opgesteld door de Commissie Praktijkvoering van het Nederlands Huisartsen Genootschap. (1966) *huisarts en wetenschap* **9**, 272.
- Haspels, A. A. en J. Kremer. De anticonceptiepill. (1978) *Ned. T. Geneesk.* **122**, 1188-1190.
- Haspels, A. A. en M. Thiery. Anticonceptie en geboortenregeling. In: G. J. Kloosterman (red.). De voortplanting van de mens. *Centen, Bussum*, 1977.
- Huber, D. H. and S. G. Huber. Screening oral contraceptive candidates and inconsequential pelvic examinations. (1975) *Stud. Family Planning* **6**, 49-51.
- Huygen, F. J. A. Geboorteregeling in de praktijk van een huisarts. (1968) *huisarts en wetenschap* **11**, 2-10.
- Janssens, J. en J. C. Dijkstra. Orale anticonceptie en hypertensie. (1976) *Ned. T. Geneesk.* **120**, 2166-2168.
- Janssens, J. en J. W. Oosterhuis. De gang van het onderzoek bij een patiënte die op cytologische gronden verdacht wordt van carcinoma colli uteri. (1979) *Ned. T. Geneesk.* **123**, 2049-2051.
- Johnson, B. and M. Thorogood. The care of oral contraceptive users by general practitioners in Oxfordshire. (1977) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **27**, 341-344.
- Kane, F. J. Evaluation of emotional reactions to oral contraceptive use. (1976) *Amer. J. Obstet. Gynec.* **112**, 968-972.
- Kirk, M. E. Tumorigenic aspects. (1979) *Int. J. Gynaec. Obstet.* **16**, 473-478.
- Kremer, J. en A. A. Haspels. Geboortenregeling bij de mens. *Universitaire Boekhandel Nederland, Groningen*, 1975.
- Loudon, N. B. Oral contraception. (1979) *Practitioner* **223**, 641-645.
- Meulenbelt, A. (red.) Lijfboek voor vrouwen „Je lichaam je leven”. *Bert Bakker, Amsterdam*, 1977.
- Orale contraceptiva. Redactioneel commentaar (1966) *huisarts en wetenschap* **9**, 197-198.
- Oral contraceptives and health. Interim report from the Oral Contraception Study of the R.C.G.P. *The Royal College of General Practitioners/Pitman Medical, London*, 1974.
- Pagter, A. G. F. de, G. P. van Berge Henegouwen, K. H. Brandt e.a. Orale anticonceptiva en de lever. (1979) *Ned. T. Geneesk.* **123**, 881-887.
- Prescribing the pill. Editorial. (1972) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **22**, 579-580.
- Vessey, M. P., K. McPherson and B. Johnson. Mortality among women participating in the Oxford FPA-contraceptive study. (1977) *Lancet* **II**, 731-733.
- Wibaut, F. P. Anticonceptie en seksualiteit. *Erven Bohn, Amsterdam*, 1975.
- Wibaut, F. P. en P. Voskuyl. De pil... tot hoelang? (1978) *Ned. T. Geneesk.* **122**, 1926-1932.
- Wilson, J. M. G. and G. Jungner. Principles and practice of screening of diseases. Public Health Papers 44. *WHO, Geneva*, 1968.

*

Bijlage 1

Aanbevelingen voor het beleid bij het voorschrijven van orale anticonceptiva

Absolute contra-indicaties en redenen tot staken van orale anticonceptie

- trombo-embolische processen en tekenen van atherosclerose (anamnestisch of aanwezig);
- aantoonbaar gestoorde leverfuncties of icterus gravidarum (in anamnese);
- verhoogde bloeddruk of stijgende bloeddruk;
- decompensatio cordis;
- mammacarcinoom (anamnestisch of aanwezig).

Aanleiding tot nadere beschouwing vormen:

- diabetes mellitus;
- gebruik van laxantia, barbituraten, hydantoinen en rifampicine;
- groeiende myomen;
- porphyria;
- depressies;
- mamma-amputatie.

Eerste consult voor orale anticonceptie Anamnese

Hart-, vaat-, nier- of leverziekten, stofwisselingsstoornis, operaties (mamma, schildklier, ovarium), menstruatie, stoornissen in zwangerschappen,

familie-anamnese (diabetes, hart- en vaatziekten), geneesmiddelengebruik, rookgewoonten.
Onderzoek
 bloeddruk, lichaamsgewicht, mammae, speculumonderzoek (zo nodig cervix-uitstrijk, eventueel uitstellen tot later), toucher.
Laboratorium
 Urine (albumen, glucose), leverfunctie (bij leverziekten in de anamnese).

Vervolgconsulten

Tijdens derde serie pillen

Gesprek over eventuele bijwerkingen, bloeddrukmeting, recept.

Tijdens negende serie pillen

Gesprek, bloeddrukmeting, recept.

Volgende korte vervolgconsulten voor meting van de bloeddruk en recept:
 Bij normale bloeddruk* en leeftijd van de gebruikster < 30 jaar: jaarlijks;
 bij verhoogde bloeddruk* en/of leeftijd van de gebruikster ≥ 30 jaar: halfjaarlijks.

Lange of extra vervolgconsulten vinden plaats op initiatief van de gebruikster indien:

- zij behoefte heeft aan een gesprek over anticonceptie of verwante zaken;
- zij klachten heeft die nader onderzoek (bijvoorbeeld speculum en toucher) noodzakelijk maken;
- er een cervixuitstrijk gemaakt moet worden (in het algemeen start bij 25 jaar, herhaling na een jaar en vervolgens elke drie jaar, tenzij de uitslagen een hogere frequentie noodzakelijk maken; start op jongere leeftijd bij vroege aanvangsleeftijd van seksuele contacten en/of wisselende seksuele partners).

Lange of extra vervolgconsulten vinden plaats op initiatief van de arts indien:

- de gebruikster de leeftijd van 30 jaar en vervolgens van 35 jaar of elk jaar daarboven heeft bereikt, ter evaluatie van de relatieve contra-indicaties voor orale anticonceptie via gesprek en onderzoek;
- het vermoeden van het bestaan van contra-indicaties voor orale anticonceptie daar aanleiding toe geeft.

* Grenswaarden hiervoor zijn te sterk individueel bepaald om exact te omschrijven. ▶

Bijlage 2

Over de pilcontrole

Risico's van de pil

Recente gegevens over de risico's van het gebruik van de anticonceptiepil hebben onze mening over de inhoud van de pilcontrole gewijzigd. Die risico's lijken namelijk niet op het gebied van de geslachtsorganen te liggen. Er is géén verband gevonden tussen pilgebruik en het ontstaan van kanker of andere ernstige aandoeningen van de geslachtsorganen of borsten.

De risico's van het pilgebruik lijken meer te liggen op het terrein van hart en bloedvaten. Het gaat hierbij om hoge bloeddruk, trombose en slagaderverkalking. De kans op de laatste twee aandoeningen neemt toe met het ouder worden, het roken, het gebruik van „zwaardere” anticonceptiepillen en de duur van het gebruik van de pil. Bovendien zijn hoge bloeddruk, suikerziekte en vetzucht hierbij van invloed.

Boven de leeftijd van 30 jaar dient de pilgebruiker daarom de voordelen van de pil af te wegen tegen de risico's. Overigens is de kans om de genoemde aandoeningen werkelijk als gevolg van de pil te krijgen zéér klein.

Vooronderzoek en pilcontrole

Voorafgaand aan het begin van het pilgebruik zal een uitgebreid vooronderzoek plaatsvinden, zoals vragen over de

menstruatie, eventuele zwangerschappen en vroegere of bestaande ziekten, voorts onderzoek van urine, meten van bloeddruk en gewicht en tenslotte inwendig (gynaecologisch) onderzoek en borstonderzoek.

Tijdens de pilcontrole kunnen eventuele vragen of klachten besproken worden. Het belangrijkste onderzoek bij de controle is het meten van de bloeddruk. Het dient een of tweemaal per jaar te gebeuren, afhankelijk van de hoogte van de bloeddruk en uw leeftijd. Inwendig onderzoek behoeft beneden de leeftijd van 25 jaar meestal slechts plaats te vinden bij het begin van het pilgebruik. Tijdens de pilcontrole wordt het alleen gedaan als er klachten zijn over afscheiding, pijn in de onderbuik of onregelmatige bloedingen.

Herhaling pilrecept

Voor elke pilcontrole dient u een afspraak te maken, ook als slechts de bloeddruk gemeten behoeft te worden en u geen punten wilt bespreken. Afhankelijk van de noodzaak van een jaarlijkse of halfjaarlijkse bloeddrukmeting wordt er een recept voor een jaar of een half jaar meegegeven.

Uitstrijkjes en borstonderzoek

Hoewel het onderzoek van de baarmoedermond en van de borsten eigenlijk los staat van de pilcontrole, willen we er op deze plaats toch aandacht aan besteden. De onderstaande opmerkingen gelden overigens niet alleen voor pilgebruik-

sters maar evenzeer voor niet-pilgebruiksters.

We adviseren u met vaste regelmaat uitstrijkjes van de baarmoedermond te laten maken om beginstadia van kanker op te kunnen sporen. Aansluitend aan het maken van een uitstrijkje wordt een inwendig onderzoek uitgevoerd, waarbij er gevoeld wordt naar de baarmoeder en eierstokken.

In het algemeen wordt er geadviseerd met 25 jaar het eerste uitstrijkje te laten maken en dit dan na 1 jaar en vervolgens elke 3 jaar te herhalen. Er kunnen overigens redenen zijn om reeds op jongere leeftijd te starten met het laten maken van uitstrijkjes. Dit geldt met name indien u reeds op jonge leeftijd gestart bent met (hetero)seksuele contacten of indien u wisselende seksuele partners hebt (gehad). De kans op afwijkingen van de baarmoedermond is in deze gevallen namelijk groter.

Wij adviseren u voorts om elke twee maanden na de menstruatie zelf de borsten af te voelen. Een handleiding voor dit zelfonderzoek is bij ons verkrijgbaar. Over mogelijke afwijkingen die u waarneemt, kunt u ons raadplegen.

Indien u nadere uitleg wilt over de veranderingen in de pilcontrole of een van de andere aangestipte punten, zijn wij graag bereid die te geven.

De medewerk(st)ers van de afdeling
Studentenartsen

Tijdschriften van wetenschappelijke huisartsenorganisaties

Allgemeinmedizin General Practice, Societas Internationalis Medicinæ Generalis, Bahnhofstrasse 22, A-9020 Klagenfurt, Oostenrijk.

Australian Family Physician, 70 Jolimont Street, Jolimont, Victoria, 3002, Australië.

Le Medicin de Famille/de Huisarts, Rue du Tabellion 76, 1050, Brussel, België.

Huisarts Nu, Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen, Grote Hondstraat 18, 2000 Antwerpen, België.

Canadian Family Physician, 4000 Leslie Street, Willowdale, Ontario, Canada.

The Family Physician, PO Box 16250, Tel Aviv, Israël.

Hong Kong College of General Practitioners, PO Box 10651, GPO, Hong Kong.

The Family Practitioner, Room 1, MMA House, 5th Floor, 124 Jalan Pahang, Kuala Lumpur 02-14, Maleisië.

The Finnish Association of General Practitioners, Ruoholahdenkatu 4, 00180 Helsinki, Finland.

Transactions of College of General Practitioners of Sri Lanka, 147 Galle Road, Dehiwela, Sri Lanka.

New Zealand Family Physician, PO Box 1, Owaka, South Otago, Nieuw-Zeeland.

Journal of the Royal College of General Practitioners, Alford House, 9 Marlborough Road, Exeter, EX2 4TJ, United Kingdom.

Journal of Pakistan Medical Association, PMA House, 39 Garden Road, Karachi-3, Pakistan.

Philippino Family Physician, R-508 Dua Mercedes Building, Quiapo, Manila, Filippijnen.

Le Médecin du Québec, 1440 St. Catherine St. West, Suite 1100, Montreal, Québec. H3G 1R8 Canada.

Newsletter, PO Box 2270, Bulawayo, Rhodesië.

Singapore Family Physician, The Alumni Medical Centre, 4A College Road, Singapore 3.

Elan, PO Box 27399, Sunnyside, Pretoria, Zuid-Afrika.

American Family Physician, American Academy of Family Physicians, 1740 West 92nd Street, Kansas City, Missouri, 64114, USA.

Journal of Pakistan Medical Association