Het morning-after spiraaltje

F. P. WIBAUT, DR. F. P. WIBAUT EN P. VOSKUIJL*

In 1976 publiceerden *Lippes et al.* hun eerste ervaringen met het IUD als postcoïtaal contraceptivum. In totaal werden zevenennegentig vrouwen behandeld en in deze serie deed zich niet één mislukking voor. Op grond van dit resultaat besloten de auteurs – allen medewerkers van het consultatiebureau voor geboortenregeling en seksualiteit MR '70 in Amsterdam – voortaan het morning-after spiraaltje aan te bieden als alternatief voor de morning-after pil. In deze bijdrage bespreken zij hun ervaringen en gaan zij in op een aantal bezwaren die worden ingebracht tegen het gebruik van het IUD.

Inleiding

Er heerst onrust op het anticonceptiefront. Nog pas een jaar geleden konden wij met cijfers aantonen, dat in Nederland een positieve attitude ten aanzien van de preventie van ongewenste zwangerschap was ontstaan. Het gebruik van orale anticonceptie in ons land is het hoogste ter wereld, de frequentie van abortus provocatus het laagst; het geboortencijfer vertoont sinds 1962 een spectaculaire daling (*Wibaut en Voskuijl*; *Stimezo*). Op dit moment is het aantal verzoeken om zwangerschapsonderbreking echter 26 procent hoger dan een jaar geleden (*Jaarverslag*).

De laatste tijd is door verschillende wetenschappelijke publikaties, waaraan in dag- en weekbladen dikwijls ongenuanceerde aandacht is besteed, bij een deel van het publiek twijfel ontstaan over de veiligheid van het gebruik van de pil en het spiraaltje. Toch is er eigenlijk niets nieuws onder de zon. Reeds bij de introductie van de pil werd gewezen op de risico's van trombo-embolische processen; reeds ten tijde van de introductie van de intra-uteriene ring van Von Gräfenberg werd op het infectierisico van dit IUD gewezen. Wat op het ogenblik gebeurt, is in feite het kwantificeren van reeds bekende risico's. Dat het pas twintig jaar na de introductie van de pil mogelijk is redelijk betrouwbare cijfers te geven over de tromboserisico's geeft al aan hoe gering deze risico's zijn.

Niettemin heeft het publiceren van deze cijfers bij een aantal vrouwen zoveel onzekerheid veroorzaakt, dat zij het gebruik van de pil hebben gestaakt c.q. nalaten er tijdig mee te beginnen. Daarbij komt dat er op het ogenblik onder invloed van verontrustende berichten over verschillende geneesmiddelen én door een groeiende behoefte om minder „onnatuurlijk" te leven een toenemende weerstand bestaat tegen het gebruik van geneesmiddelen in het algemeen. Terwijl door een vermindering van de op preventie gerichte attitude de behoefte aan postcoïtale contraceptie stijgt, neemt de weerstand tegen de morning-after pil juist toe, omdat daarbij immers in vijf dagen een dosis oestrogenen wordt toegediend, die gelijk is aan de hoeveelheid bij twee jaar pilgebruik. De behoefte aan een niethormonale vorm van postcoïtale contraceptie is dus duidelijk aanwezig.

Lippes et al. hebben, uitgaande van de redenering dat een IUD niet alleen anticonceptief werkt, maar ook de nidatie van het bevruchte ei tot op de zevende dag na de conceptie verhindert, aan een aantal vrouwen post coitum een IUD toegediend. Zij gebruikten de Cu-T-200 en in deze serie van zevenennegentig werd niet één mislukking van het middel geregistreerd. De meeste inserties vonden plaats tussen de tiende en achttiende dag van de cyclus, een periode waarin volgens *Tietze* (1960) en *Marshal* een kans van 10-20 procent op zwangerschap bestaat. De resultaten van *Lippes et al.* zijn sindsdien een paar keer in de literatuur aangehaald (*Yuzpe; Intrauterine devices* 1979), terwijl het idee nog enkele malen beschreven werd (*Buckingham and Elstein; Monks; Haspels* 1979). Behoudens het bericht dat Lippes inmiddels het postcoïtale IUD aan 299 vrouwen met succes heeft toegediend – (1979) *Family Planning Perspect.* **11**, 195 – zijn verdere resultaten nog niet gepubliceerd.

Aangemoedigd door de resultaten van *Lippes et al.* hebben wij op het consultatiebureau voor geboortenregeling en seksualiteit MR'70 sinds 1976 bij vrouwen die om de morning-after pil kwamen vragen, het morning-after spiraaltje als alternatief aangeboden. Onze ervaringen worden in dit artikel beschreven.

Protocol

Zowel nulliparae als multiparae wordt het morning-after spiraaltje aangeboden als alternatief voor de morning-after pil en wel tot en met de vijfde dag post coitum. Absolute contra-indicaties voor het IUD worden door ons niet gehanteerd; de relatieve contra-indicaties die voor de „gewone" insertie van het IUD gelden, laten wij bij postcoïtale insertie vallen. Deze relatieve contra-indicaties zijn:

- *Cervicitis/endometritis.* Bij een cervicitis/endometritis wordt meestal besloten de infectie eerst te behandelen en pas daarna tot plaatsen van het IUD over te gaan. Bij postcoïtale insertie ontbreekt daartoe de tijd. Daarom wordt, als het aspect of de anamnese in de richting wijzen van een infectie, een cervixkweek afgenomen; wij geven profylactisch antibiotica (3 g amoxycilline en 1 g probenecide ineens), maar laten het plaatsen van het spiraaltje niet achterwege.
- *Hevige en/of pijnlijke menstruatie.* Een bezwaar tegen plaatsing van het IUD bij vrouwen met hevige en/of pijnlijke menstruatie is dat over het algemeen de klachten tijdens de menstruatie zullen verergeren, terwijl de betrouwbaarheid mogelijk afneemt ten gevolge van een verhoogd expulsierisico. Ten aanzien van het postcoïtaal voorkómen van zwangerschap geldt dit bezwaar niet; of het spiraaltje in zulke gevallen ook een acceptabele vorm van anticonceptie is, kan worden afgewacht.

* Respectievelijk huisarts, arts-seksuoloog en huisarts, allen verbonden aan het consultatiebureau voor geboortenregeling en seksualiteit MR '70 te Amsterdam.

Tabel 1. Leeftijden van de 257 behandelde vrouwen.

Leeftijden	IUD post coitum		Morning-after pil		Totaal	
	Aantallen	Percentages	Aantallen	Percentages	Aantallen	Percentages
15-19	21	19	27	18	48	19
20-24	28	26	55	37	83	32
25-29	28	26	37	25	65	25
30-34	21	19	23	15	44	17
> 35	8	7	4	3	12	5
Onbekend	3	3	2	2	5	2
Totaal	109	100	148	100	257	100
Gemiddeld	25,7		24,1		25,4	

Tabel 2. De frequentie van de pilstop, morning-after pil en abortus provocatus bij de 257 behandelde vrouwen.

	IUD post coitum		Morning-after pil		Totaal	
	Aantallen	Percentages	Aantallen	Percentages	Aantallen	Percentages
Pilstop	48	44	48	32	96	37
Morning-after pil	11	10	7	5	18	7
Abortus provocatus	27	25	16	11	43	17
„Blanco" anamnese	43	39	84	57	127	49

Tabel 3. Gronden voor postcoïtale contraceptie bij de 257 behandelde vrouwen.

Gronden	IUD post coitum		Morning-after pil		Totaal	
	Aantallen	Percentages	Aantallen	Percentages	Aantallen	Percentages
Onbeschermde coïtus	77	71	103	70	180	70
Mislukking coitus interruptus/periodieke onthouding	7	6	6	4	13	5
Mislukking condooms/pessarium	20	18	31	21	51	20
Pil(len) vergeten	3	3	8	5	11	4
IUD verloren	2	2	–	–	2	1
Verkrachting/onbeschermde sexarche	3	3	3	2	6	2

Na een eenvoudig gynaecologisch onderzoek wordt het speculum ingesteld; indien het cervixslijm helder is, wordt geen cervixkweek afgenomen. De cervix wordt gejodeerd en met de kogeltang aangehaakt. Er wordt niet gesondeerd; dit levert immers geen relevante informatie op en verhoogt slechts de kans op perforaties. Vervolgens wordt bij voorkeur een koperhoudend IUD volgens de withdrawal/push-out techniek geplaatst. In verband met een eventuele overtijdbehandeling wordt een afspraak voor controle na vier weken gemaakt.

Indien de vrouw de morning-after pil (5 mg ethyniloestradiol gedurende vijf dagen) boven het morning-after spiraaltje verkiest, wordt aandacht besteed aan de anticonceptie voor de toekomst. Iedere vrouw die om morning-after contraceptie verzoekt, wordt erop gewezen dat bij een mislukking een poliklinische „overtijdbehandeling" (*Voskuijl en Wibaut*), mogelijk is.

Resultaten

Vanaf januari 1976 werden circa 250 verzoeken tot het postcoïtaal voorkomen van zwangerschap gedaan. In al deze gevallen werd naast de morning-after pil ook de mogelijkheid tot het plaatsen van een IUD besproken. In het weekend, wanneer er geen gelegenheid tot plaatsing van een IUD bestond, werd in circa 100 gevallen de morning-after pil voorgeschreven. Deze gevallen zijn niet in het onderzoek opgenomen. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen was 25 jaar *tabel 1);* slechts 20 procent was jonger dan 20 jaar. In de meeste gevallen ging het om nulliparae.

Nagegaan werd in hoeverre de vrouwen die morning-after contraceptie behoefden kennis hadden van anticonceptie (*tabel 2*). Meer dan 35 procent van de vrouwen bleek gestopt te zijn met het gebruik van orale anticonceptiva; voor 1979 was dit zelfs meer dan 50 procent. Bijna 10 procent van de vrouwen die om postcoïtale contraceptie verzochten deden dit reeds eerder, terwijl ruim 15 procent van hen al eens een abortus provocatus had ondergaan. Bovendien had 25 procent van de vrouwen postcoïtale contraceptie nodig omdat de toegepaste methode mogelijk mislukt was (*tabel 3*). In totaal bleek voor minstens 75 procent van de vrouwen anticonceptie bekend en bereikbaar. Bij de vrouwen die voor de morning-after spiraal kozen bleek de anamnese op deze punten over het algemeen wat vaker positief.

Tabel 3 laat zien waardoor morning-after contraceptie noodzakelijk werd. In verreweg de meeste gevallen (75 procent) was er een onbeschermde dan wel halfslachtig beschermde coïtus: Bij 25 procent van de vrouwen was de oorzaak een min of meer incidenteel falen van op zich redelijk betrouwbare anticonceptie: vergeten pillen, verloren IUD, foutief geplaatst pessarium occlusivum of een geknapt dan wel afgegleden condoom. Er is tenslotte een kleine groep vrouwen bij wie de onbeschermde coïtus werkelijk onverwacht (verkrachting) of gedeeltelijk onverwacht (sexarche) plaatsvond. Er is hierbij geen duidelijk verschil tussen de vrouwen die kiezen voor het morning-after spiraaltje of voor de morning-after pil.

Tabel 4 geeft een overzicht van de tijdens het consult uitgesproken plannen ten aanzien van de toekomstige anticonceptie en de op ons consultatiebureau gerealiseerde plannen bij de vrouwen die voor de morning-after pil kozen.

Van de laatste groep uitte 10 procent reeds tijdens het consult weerstand tegen het gebruik van anticonceptie in de toekomst: deze vrouwen wilden de morning-after pil en verder niets; 15 procent vertrok zonder een plan te hebben uitgesproken, 35 procent wilde de pil wel (weer) eens proberen en nam daartoe een stripje pillen mee, een kleine 10 procent zou eens nadenken over het laten plaatsen van een IUD en zo'n 7 procent van de vrouwen wilde con-

dooms gaan of blijven gebruiken. Hoeveel van deze plannen in daden zijn omgezet, onttrekt zich aan onze waarneming; wij hebben deze vrouwen niet teruggezien. Slechts 25 procent van de vrouwen die de morning-after pil kregen voorgeschreven, kwam terug om de anticonceptie te regelen.

Teneinde na te gaan of de vrouwen die voor het morning-after spiraaltje kozen, juist die vrouwen waren die anders toch wel hun anticonceptie geregeld zouden hebben, werd onderzocht of de introductie van dit alternatief opvallende verschuivingen heeft veroorzaakt in de uitgesproken en gerealiseerde plannen in vergelijking met de periode 1970-1975. Opvallende verschuivingen hebben zich niet voorgedaan. Hoogstens zou men kunnen zeggen dat wat meer vrouwen zich in principe bereid verklaarden na te gaan denken over de toekomstige anticonceptie.

De vrouw die voor het morning-after spiraaltje kiest, regelt daarmee in principe haar toekomstige anticonceptie; zij moet over het algemeen een daad verrichten om weer vruchtbaar te worden. Als wij deze vrouwen niet meer ter controle terugzien, zijn wij daarom niet zonder meer somber gestemd over haar gebruik van anticonceptie. Vergeleken met de gebruikster van de morning-after pil komt de vrouw die kiest voor het postcoïtale IUD bovendien vaak terug (*tabel 5*). Een andere groep vrouwen die relatief vaak terug komt om de anticonceptie goed te regelen zijn de vrouwen jonger dan 20 jaar (*tabel 6*). Deze vrouwen blijken ook minder ervaring te hebben met anticonceptie.

De introductie van het postcoïtale IUD blijkt in een behoefte te voorzien: 40 procent van de hele groep verkoos het morning-after spiraaltje boven de morning-after pil. Naarmate dit alternatief actiever werd aangeboden, steeg dit zelfs tot 60 procent in 1979.

Voor een deel van de vrouwen was er eigenlijk geen sprake van een keuze, zij kwamen met hun verzoek om morning-after contraceptie toen er al meer dan 36 uur was verlopen na de onbeschermde coïtus. *Tabel 7* geeft daarvan een licht overtrokken beeld: met name in 1979 werd in het weekend een enkele keer reeds tijdens een telefonisch consult besloten tot het morning-after spiraaltje, hetgeen dan op de daaropvolgende maandag werd geplaatst.

Wij hebben tot nu toe bij 109 vrouwen een postcoïtaal IUD geplaatst. In ruim de helft van de gevallen had de onbeschermde coïtus in de vruchtbare fase van de cyclus plaatsgevonden (*tabel 7*); voor sommige vrouwen is dit echter niet helemaal zeker. Het betreft hier vrouwen met een irregulaire cyclus, amenorroe (al dan niet na het stoppen met de orale anticonceptie), een recente pilstop, of een niet goed uitgevraagde/genoteerde anamnese. Het besef dat het bij het IUD post coitum veel minder noodzakelijk is de kans op bevruchting te schatten, zal bij dit laatste een rol hebben gespeeld.

Bij de insertie deden zich weinig problemen voor: driemaal was het onmogelijk het ostium internum te passeren, tweemaal betrof het daarbij een multipara, zevenmaal was de insertie moeizaam maar mogelijk; ook hier betrof het tweemaal een multipara.

Vierenzeventig vrouwen kwamen na een tot twee maanden terug voor controle; geen van hen was zwanger geworden. Eenmaal ontstond er twee cycli later een zwangerschap met het IUD in situ. Eenenzestig vrouwen waren tevreden en hadden geen klachten, zes vrouwen hadden last van bloedingen zonder dat dit tot een verzoek om verwijdering leidde. Acht vrouwen klaagden over pijn; driemaal werd om deze reden het spiraaltje verwijderd. Tweemaal werd het IUD verwijderd omdat de vrouw toch liever de pil ging gebruiken, zonder dat zij overigens klachten over het spiraaltje had. Een zesde verzoek om verwijdering kwam van een verkrachte lesbienne die te laat was voor de morning-

Tabel 4. Plannen met betrekking tot de toekomstige anticonceptie bij 350 met de morning-after pil behandelde vrouwen, sinds 1970.

	1970-1975		Sinds 1976	
	Aantallen	Percentages	Aantallen	Percentages
Geen plannen				
Weerstand	37	12	16	11
Geen uitspraak	77	25	22	15
Plannen in overweging				
Pil meegenomen	70	23	50	34
Overweegt IUD	8	3	12	8
Overweegt condoom	31	10	11	7
Gerealiseerde plannen				
Blijft pil gebruiken	13	4	5	3
Teruggekomen voor pil	59	19	29	19
Teruggekomen voor IUD	7	2	3	2
Totaal	302	100	148	100

Tabel 5. Nacontrole bij de 257 behandelde vrouwen.

Nacontrole	IUD post coitum		Morning-after pil		Totaal	
	Aantallen	Percentages	Aantallen	Percentages	Aantallen	Percentages
Wel	74	68	32	22	106	41
Niet	35	32	116	78	151	59

Tabel 6. Nacontrole bij de 45 behandelde vrouwen jonger dan 20 jaar.

Nacontrole	IUD post coitum		Morning-after pil		Totaal	
	Aantallen	Percentages	Aantallen	Percentages	Aantallen	Percentages
Wel	16	80	12	44	28	60
Niet	4	20	15	55	19	40

Tabel 7. Tijdstip van de onbeschermde coïtus in de menstruele cyclus en het aantal dagen tussen de coïtus en de insertie van het IUD.

		Aantal dagen post coitum						Totaal
		1	2	3	4	5	?	
Cyclusdag onbeschermde coïtus	≤10	3	1	–	1	–	–	5
	11	1	1	1	–	1	1	5
	12	3	1	1	–	–	1	6
	13	4	2	1	2	–	1	10
	14	3	2	5	3	–	–	13
	15	2	2	1	1	–	–	6
	16	2	2	1	–	1	1	7
	17	1	1	–	2	–	–	4
	18	2	–	–	1	–	1	4
	≥19	–	3	–	–	–	1	4
	?	8	9	10	1	1	16	45
Totaal		29	24	20	11	3	22	109

after pil. Tweemaal werd een partieel uitgedreven IUD verwijderd, eenmaal bleek het IUD spontaan totaal uitgedreven. Het IUD bij de vrouw met een cervitis werd in situ gelaten.

Beschouwing

Vooropgesteld moet worden dat uit dit materiaal geen harde statistische conclusies getrokken kunnen worden, daarvoor is het aantal vrouwen dat niet voor (regelmatige) controle terugkomt te groot. We zullen het met grove indrukken moeten doen.

De vrouwen die om morning-after contraceptie verzoeken zijn globaal in drie groepen te verdelen:

- De grootste groep wordt gevormd door de vrouwen die morning-after contraceptie nodig hadden omdat geen anticonceptionele maatregel werd genomen. Gezien hun leeftijd maar vooral gezien de ruime ervaring die deze vrouwen anamnestisch bleken te hebben met orale anticonceptie, morning-after pil en abortus provocatus mogen we stellen dat het vooral uit weerstand of ambivalentie was dat anticonceptionele maatregelen werden nagelaten. Onbekendheid met of onbereikbaarheid van anticonceptie spelen hierbij geen rol. Deze vrouwen zijn onvoldoende gemotiveerd voor anticonceptie die dagelijks dan wel bij iedere coïtus gebruikt moet worden. Evenmin zijn zij sterk gemotiveerd om na gebruik van de morning-after pil nog eens terug te komen om de anticonceptie te regelen. Zodra het acute gevaar voor zwangerschap is geweken, is de uitgangssituatie weer bereikt: anticonceptie is iets dat ooit nog eens geregeld moet worden; een nieuwe onbeschermde coïtus is dan ook reeds in zicht.
Bij een acuut gevaar voor zwangerschap is er echter een kortdurende, sterke motivatie voor anticonceptie. Er is met andere woorden niet alleen een directe behoefte aan postcoïtale contraceptie maar ook een directe behoefte aan een non-coöperatieve vorm van anticonceptie voor de toekomst. Het postcoïtaal geplaatste IUD is voor deze vrouwen daarom het bij uitstek geschikte middel.
- Bij een aantal andere vrouwen is er sprake van een incidenteel falen van op zichzelf redelijk betrouwbare anticonceptie. Voor deze groep kan de morning-after pil een bevredigende oplossing zijn. Naarmate het incidentele falen regelmatiger voorkomt verdient het morning-after spiraaltje meer en meer overwogen te worden.
- Voor de kleine groep vrouwen die geen anticonceptie gebruikte omdat de coïtus (geheel) onverwacht kwam (verkrachting, sexarche, incidentele coïtus) komen zowel de morning-after pil als het morning-after spiraaltje in aanmerking.

Vooral bij deze laatste twee groepen vrouwen dienen de voor- en nadelen van beide middelen tegen elkaar afgewogen te worden. De voordelen van het morning-after spiraaltje boven de morning-after pil zijn duidelijk en spreken voor zich:

- met de morning-after pil moet binnen 36 uur na de onbeschermde coïtus begonnen worden; ook bij het morning-after spiraaltje geldt natuurlijk „hoe eerder, hoe beter"; op theoretische gronden kan echter een termijn van vijf dagen post coïtum worden aangehouden. Gezien het feit dat een aantal vrouwen langer dan 36 uur na de onbeschermde coïtus om postcoïtale contraceptie verzoekt, is het postcoïtaal geplaatste IUD reeds een uitbreiding van de bestaande mogelijkheden;
- het postcoïtaal geplaatste IUD regelt zowel de postcoïtale contraceptie als de toekomstige anticonceptie; bij het gebruik van de morning-after pil moet de toekomstige anticonceptie nog geregeld worden.

Mogelijke bezwaren

Een ideale anticonceptiemethode bestaat nog niet; elk middel heeft zijn bezwaren. Voor het IUD ligt een van de bezwaren in het infectierisico. Retrospectief onderzoek *(Weström et al.; Scott)* suggereert dat dit infectierisico vooral bij nulliparae verhoogd is. Voorts kan een infectie – met een kleine kans op infertiliteit – ernstige consequenties hebben bij een onvoltooid gezin. In verband hiermee gaan de laatste tijd stemmen op nulligraviditeit als relatieve contraindicatie voor het IUD te beschouwen *(Beerthuizen; Haspels* 1979).

Of het hogere infectierisico dat *Weström et al.* en *Scott* vonden werkelijk op de rekening van het IUD moet worden geschreven valt nog te bezien; de bij het onderzoek naar infecties in het kleine bekken essentiële parameter wisselende contacten/vaste relaties werd immers niet gehanteerd. Het zal duidelijk zijn dat wij onder nulliparae vaker vrouwen zullen vinden met wisselende seksuele partners, terwijl onder de multiparae meer vrouwen zijn met een vaste relatie. Het is verder heel goed mogelijk dat juist vrouwen met wisselende seksuele partners het IUD boven de pil verkiezen.

De „hogere" kans op infecties moet bovendien niet buiten proporties worden getrokken. In prospectieve onderzoekingen bleek de kans op infecties 0,5 procent (*Wibaut* 1971; *Snowden*) tot 1,3 procent (*Wilson and Ledger*); het aantal infecties ten gevolge van IUD-gebruik in deze series zal nog wat lager liggen aangezien er bij deze onderzoekingen geen controlegroepen waren (de normale kans is dus bij deze resultaten ingecalculeerd). Het aantal infecties met consequenties voor de vruchtbaarheid bij IUD-gebruik is in ieder geval niet zo duidelijk verhoogd dat dit leidt tot verminderde fertiliteitskansen. Vergeleken met de gemiddelde conceptiekans

(*Van Hall en Wildschut*) is de kans op zwangerschap nadat het IUD wegens kinderwens verwijderd was even groot (*Tietze and Lewit; Tatum; Wajntraub*).

Hoewel precieze cijfers ontbreken, zou men dus kunnen zeggen dat de kans op infecties licht verhoogd wordt door IUD-gebruik en dat dit risico mogelijk nog wat groter is bij vrouwen met verschillende seksuele partners. Wij proberen dit geringe risico nog te verkleinen door een steriele insertiemethode toe te passen en koperhoudende IUD's te gebruiken. Koper werkt in vitro bacteriostatisch *(Spence et al.)*, in vivo is een dergelijk effect nog niet aangetoond. *Kaufman et al.* vonden bij gebruik van de Cu-7 kort geleden duidelijk minder infecties in vergelijking met de Lippes Loop.

Op ons consultatiebureau wordt het IUD geplaatst zodra de vrouw daarom verzoekt en wordt niet gewacht op de menstruatie. De kans op infecties blijkt af te nemen naarmate het IUD later in de cyclus wordt geplaatst. Bij insertie op de zeventiende dag van de cyclus is de kans op infectie gehalveerd vergeleken met insertie tijdens de menstruatie (*Intrauterine devices* 1979).

Verder adviseren wij de vrouw bij pijn onder in de buik de temperatuur op te nemen en bij koorts een arts te consulteren. Zodoende kan de vrouw met een acute salpingitis tijdig onder behandeling komen, hetgeen de prognose voor de vruchtbaarheid ten goede komt. Wij behandelen deze salpingitis dan in eerste instantie met antibiotica en laten het IUD in situ. Op deze manier blijft de anticonceptie gewaarborgd, terwijl het IUD de genezing niet duidelijk belemmert (*Larsson and Wennergren; Intrauterine devices* 1979).

Het IUD mag dan voor de vrouw met wisselende seksuele partners niet het ideale anticonceptivum zijn, het is mogelijk wel het beste. Het beste anticonceptivum is naar onze mening dat middel waarvoor de vrouw kiest, nadat zij over de diverse voor- en nadelen is geïnformeerd in een gesprek waarin de risico's tot hun ware proporties zijn teruggebracht. Voor elk ander middel is de vrouw minder gemotiveerd, waardoor de kans op mislukking groter wordt. Alleen al statistisch gezien is dit een ongewenste situatie aangezien de risico's van zwangerschap en bevalling groter zijn dan de risico's van welk anticonceptivum dan ook (*Tietze* 1977); het doel heiligt als het ware de middelen.

Feitelijk is er geen verschil tussen het postcoïtaal geplaatste IUD en het „gewone" spiraaltje. Het enige bijzondere van het morning-after spiraaltje is dat het de morning-after pil overbodig maakt. Ook bij het „gewone" spiraaltje is ons beleid het te plaatsen zodra daarom verzocht wordt en niet te wachten tot de menstruatie. Wij doen dit omdat op het moment van het verzoek behoefte bestaat aan anticonceptie. Uitstel houdt de mogelijkheid in van afstel of een onbeschermde coïtus met zwangerschap als gevolg. Aan uitstel zijn geen belangrijke voordelen verbonden (*Intrauterine devices* 1968).

Insertie tijdens de menstruatie is niet noemenswaardig makkelijker. De kans op infectie en expulsie zijn bij insertie tijdens de menstruatie zelfs hoger (*Intrauterine devices* 1979). Veel vrouwen vinden het vervelend tijdens de menstruatie inwendig onderzocht te worden; ook dat is een punt van overweging. Indien men bloed uit het cervicaal kanaal ziet komen, is het bestaan van een jonge zwangerschap minder waarschijnlijk; indien men het IUD plaatst buiten de menstruatie mist men deze „zekerheid" en moet men op de anamnese afgaan; die zal echter over het algemeen voldoende uitsluitsel geven.

De (kleine) kans dat men het IUD plaatst in een uterus met een zeer jonge zwangerschap blijft natuurlijk aanwezig; dit kan een enkele maal in een later stadium van de zwangerschap tot een septische abortus leiden (*Cates et al.*). Aangezien deze complicatie vooral in het tweede trimester van de zwangerschap optreedt is zij te voorkomen door het IUD bij het uitblijven van de menstruatie en een aangetoonde zwangerschap weer te verwijderen (*Van Os e.a.; Loendersloot en Treffers*), indien besloten wordt de zwangerschap te behouden. Overigens bestaat bij het voorschrijven van de morning-after pil dezelfde kleine kans dat ten tijde van de verstrekking reeds een zeer jonge zwangerschap bestaat; het effect van een hoge dosis ethyniloestradiol op de vrucht is onbekend. Van het stilboestrol dat vroeger ook als morning-after pil gebruikt werd, weten wij inmiddels dat het bij de vrouwelijke nakomelingen vaginacarcinoom kan veroorzaken. Het effect van het IUD op de zwangerschap verdwijnt door het IUD te verwijderen; bij de morning-after pil is dit effect (zo het er is) slechts door een abortus afwendbaar. *Haspels* (1975) merkt op dat er geen aanwijzingen zijn dat een kortdurend gebruik van de morning-after pil enig risico voor de vrouw in kwestie oplevert, maar suggereert toch een abortus aan te raden.

Conclusie

Het morning-after spiraaltje blijkt in de praktijk in een duidelijke behoefte te voorzien. De resultaten zijn goed, er werden geen mislukkingen gezien, de acceptatiegraad bleek hoog.

De meeste vrouwen die postcoïtale contraceptie nodig hebben zijn onvoldoende gemotiveerd voor het gebruik van de pil, het condoom of het pessarium occlusivum; zij hebben behoefte aan een non-coöperatieve vorm van anticonceptie. Wanneer er acuut gevaar voor zwangerschap bestaat zijn zij hiervoor bovendien kortdurend sterk gemotiveerd. Het postcoïtale IUD is daarom voor deze groep het bij uitstek geschikte middel. Wij hebben de indruk dat voor een aantal vrouwen het incident van de onbeschermde coïtus de laatste aarzeling doet overwinnen om een IUD te laten plaatsen. Ook voor de vrouw die „te laat" om de morning-after pil verzoekt is het postcoïtale IUD een laatste contraceptieve mogelijkheid. Het morning-after spiraaltje is waarschijnlijk tot en met de vijfde dag post coitum effectief; vanzelfsprekend geldt ook hier echter „hoe eerder, hoe beter".

De risico's verbonden aan IUD-gebruik en aan de insertie buiten de menstruaties om kunnen en mogen niet als onoverkomelijke bezwaren worden opgevoerd, doch dienen door een goede instructie binnen redelijke grenzen gehouden te worden. Tenslotte zij opgemerkt dat waar postcoïtale insertie van het IUD nidatie voorkomt, postcoïtale verwijdering van het IUD alsnog tot zwangerschap kan leiden.

Samenvatting. Alle vrouwen die sinds januari 1976 het consultatiebureau voor geboortenregeling en seksualiteit MR '70 te Amsterdam bezochten met een verzoek om postcoïtale contraceptie, werd als alternatief voor de morning-after pil het morning-after spiraaltje aangeboden. In totaal werden in dit kader 109 postcoïtale IUD's geïnsereerd. In deze serie werden geen zwangerschappen geregistreerd, terwijl de acceptatiegraad van het postcoïtale IUD hoog bleek.

Voor vele vrouwen wordt het postcoïtaal voorkomen van zwangerschap noodzakelijk doordat zij onvoldoende gemotiveerd zijn om dagelijks dan wel bij iedere coïtus anticonceptie te gebruiken. Het postcoïtaal geplaatste IUD, dat niet alleen voorziet in de behoefte aan postcoïtale contraceptie, maar ook in de toekomstige behoefte aan non-coöperatieve anticonceptie, lijkt daarom bij uitstek ge-

schikt voor deze groep. Ook voor de vrouwen die later dan 36 uur na een onbeschermde coïtus komen met een verzoek om postcoïtale contraceptie is het morning-after spiraaltje een uitkomst, aangezien het waarschijnlijk tot en met de vijfde dag post coitum effectief is.
Tenslotte worden de aan het IUD-gebruik verbonden risico's gerelativeerd. Juist de ongenuanceerde berichtgeving over deze risico's is voor een deel verantwoordelijk voor de behoefte aan postcoïtale contraceptie.

Summary. The morning-after IUD. All women presenting after January 1976 at the family planning and marital guidance centre MR '70 with a request for postcoital contraception were offered the morning-after IUD as alternative to the morning-after pill. In this context, 109 IUD were inserted. No pregnancy was registered in this series, and the degree of acceptance of the postcoital IUD proved to be high.
Many women find postcoital contraception necessary because they are insufficiently motivated to use a contraceptive as daily routine or at every intercourse. A postcoitally inserted IUD does not only cover the need for postcoital contracepticover the need for postcoital contraception but also the future need for non-cooperative contraception, and therefore seems eminently suitable for this group. For women who request postcoital contraception more than 36 hours after an unprotected intercourse, too, the morning-after IUD is a veritable boon, for the device is probably effective through the fifth postcoital day.
The risks associated with the use of an IUD are discussed. Precisely the ill-balanced reports on these risks are in part responsible for the need for postcoital contraception.

Beerthuizen, R. J. C. M. Intra-uteriene anticonceptie. Een literatuuroverzicht en klinisch onderzoek naar tubaveranderingen bij I. U. D.-gebruik. *Dissertatie Nijmegen,* 1979.
Buckingham, M. S. and M. Elstein. Postcoital contraception. (1976) *Family Planning Association Medical Newsletter* nr. 62, 6.
Cates, W., H. W. Ory, R. W. Rochat et al. The intrauterine device and deaths from spontaneous abortion. (1976) *New Engl. J. Med.* **295,** 1155.
Hall, E. V. van en J. Wildschut. Fertiliteitsstoornissen. *Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht,* 1977.
Haspels, A. A. Stilboestrol en kanker? (1975) *Ned. T. Geneesk.* **119,** 1119.
Haspels, A. A. Recente ontwikkelingen hormonale contraceptie en intra-uteriene devices. [Lezing] *Organon, Oss,* 1979.
Jaarverslag 1976-1979. *MR '70, Amsterdam,* 1980.
Intrauterine devices; physiological and clinical aspects. Technical Report Series 397. *WHO, Geneva,* 1968.
Intrauterine devices. Population Reports 7, nr. 3. *John Hopkins University, Baltimore (Md),* 1979.
Kaufman, D. W., S. Shapiro, L. Rosenberg et al. Intra uterine contraceptive device use and pelvic inflammatory disease. (1980) *Amer. J. Obstet. Gynec.* **136,** 159.
Larsson, B. and M. Wennergren. Investigation of a copper-intrauterine device for possible effects on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. (1977) *Contraception* **15,** 143.
Lippes, J., T. Malik and H. J. Tatum. The postcoital Copper-T. (1976) *Advances in Planned Parenthood* **11,**1.
Loendersloot, E. W. en P. E. Treffers. Zwangerschap met een I. U. D. in utero. (1976) *Ned. T. Geneesk.* **120,** 1357.
Marshall, J. The risks of conception throughout the menstrual cycle. (1971) *Med. Counterpoint* **3,** 47.
Monks, I. Post-coital contraception by a copper-containing I. U. D. (1977) J. Family Planning Doctors **2,** 64.
Os, W. A. A. van, E. W. Loendersloot, P. E. R. Rhemrev et al. Ervaringen met het dalkonschild. (1975) *Ned. T. Geneesk.* **119,** 1835.
Scott, W. C. Pelvic abscess in association with intrauterine contraceptive device. (1978) *Amer. J. Obstet. Gynec.* **131,** 149.
Snowden, R. Pelvic inflammation, perforation, and pregnancy outcome associated with the use of IUD's. In: F. Hefnawi and S. J. Segal (eds.). Analysis of intrauterine contraception. *North-Holland Publishing Co.,* Amsterdam, 1975.
Spence, M. R., D. R. Stutz and W. Paniom. Effect of a copper-containing intrauterine contraceptive device on Neisseria gonorrhoeae in vitro. (1975) *Amer. J. Obstet. Gynec.* **122,** 783.
Stimezo Nederland. [Bericht.] (1980) *Ned. T. Geneesk.* **124,** 574.
Tatum, H. J. (1975) Comparative experience with newer models of the copper T in the United States. In.: F. Hefnawi and S. J. Segal. Analysis of intrauterine contraception. *North Holland Publishing Co.,* Amsterdam, 1975.
Tietze, C. Probability of pregnancy resulting from an single unprotected coitus. (1960) *Fertil. and Steril.* **11,** 485.
Tietze, C. New estimates of mortality associated with fertility control. (1977) *Family Planning Perspect.* **9,** 74.
Tietze, C. and S. Lewit. Evaluation of intrauterine devices (1970) *Stud. Family Planning* **1,** nr. 55, 1.
Voskuijl, P. en F. P. Wibaut. Ervaringen met vroege abortus artificialis, de zogenaamde „overtijd behandeling". (1978) *Ned. T. Geneesk.* **122,** 1551.
Wajntraub, G. Fertility after removal of the intrauterine ring. (1970) *Fertil. and Steril.* **21,** 555.
Weström, L., L. P. Bengtsson and P. Mårdh. The risk of pelvic imflammatory disease in women using intrauterine contraceptive devices as compared to non-users. (1976) *Lancet* **II,** 221.
Wibaut, F. P. Ervaringen met intra-uteriene hulpmiddelen als methode van anticonceptie. (1971) *Ned. T. Geneesk.* **115,** 1180.
Wibaut, F. P. en P. Voskuijl. De pil... tot hoelang? (1978) *Ned. T. Geneesk.* **122,** 1926.
Willson, J. R. and W. J. Ledger. Complications associated with the use of intrauterine contraceptive devices in women of middle and upper socioeconomic class. (1968) *Amer. J. Obstet. Gynec.* **100,** 649.
Yuzpe, A. A. Postcoital contraception. (1979) *Int. Gynec. Obstet.* **16,** 497.

Nota Bene

De toenemende overmatige belangstelling voor de alternatieve geneeswijzen, duidt meer op een hang naar het alternatieve dan op de kwaliteit van deze doorgaans al te naïve geneeswijze. (Stelling bij: G. H. Slot. De spondylodese volgens Dwyer bij ernstige wervelkolom deformaties. *Dissertatie Nijmegen,* 1980.)

Ondanks het opzienbarende effekt op het gehoor van het plaatsen van trommelvliesbuisjes, levert dit toch geen wezenlijke bijdrage tot de genezing van het glue-ear. (Stelling bij: H. P. M. Festen. Cimetidine in peptic ulcer disease. *Dissertatie Nijmegen,* 1980.)

Een bewegingsagoog is iemand die stilstaat bij wat de ander beweegt. (Stelling bij: T. Thien. Treatment of hypertension with diazoxide. *Dissertatie Nijmegen,* 1980.)

Een proefschrift op schrift stellen is je partner op de proef stellen. (Stelling bij M. Lagas. Bevochtigbaarheid en beschikbaarheid van farmaca. *Dissertatie Groningen,* 1980.)

Naar gelang de bejaarden in afnemende mate een minderheidsgroep vormen, worden zij in toenemende mate als minderheidsgroep gediscrimineerd. (Stelling bij: F. A. E. van der Ploeg. De psychologische aspecten van reumatoide artritis. *Dissertatie Groningen, 1980.)*