

Het pessarium occlusivum opnieuw bezien

MINK WAAL*

Sinds 1975 is bij cliënten van de Rutgers Stichting een toenemende belangstelling voor het pessarium occlusivum te constateren, en ook in andere landen is er een hernieuwde belangstelling voor dit middel. Anderzijds staat het pessarium als anticonceptiemethode bij de meeste hulpverleners niet hoog aangeschreven. Uit de recente literatuur blijkt echter dat de meeste argumenten contra het pessarium hun geldigheid hebben verloren.

Inleiding

De meeste hulpverleners slaan het pessarium occlusivum niet erg hoog aan als anticonceptiemethode. Meestal worden daarvoor een of meer van de volgende argumenten gegeven:

- het pessarium zou een zeer lage betrouwbaarheid hebben (cijfers variëren tussen de 4 en 34 zwangerschappen per 100 gebruiksjaren);
- het zou ongeschikt zijn voor jonge vrouwen;
- het zou ongeschikt zijn voor vrouwen uit lagere milieus;
- het zou alleen geschikt zijn voor vrouwen die een vaste monogame relatie hebben, een regelmatig leven leiden en een of meer kinderen hebben;
- zelfs een goed zittend pessarium zou kunnen verschuiven waardoor de coïtus alleen in de klassieke „missionarishouding” (liggend, man boven-vrouw onder) bedreven kan worden, wil het pessarium betrouwbaar zijn;
- er moet altijd pasta bij gebruikt worden, anders is het al helemaal niet betrouwbaar;
- het plaatsen van het pessarium zou het liefdesspel verstoren.

De meeste van deze argumenten zijn recentelijk door onderzoekers in Engeland en de VS ontkracht.

Recent onderzoek

Lane et al. publiceerden in 1976 een onderzoek naar de betrouwbaarheid

* Psychologe, werkzaam als gvo-consulent te Utrecht; destijds stafmedewerker Rutgers Stichting.

van het pessarium bij 2168 – voornamelijk jonge en blanke – Amerikaanse vrouwen die voor het merendeel nooit gehuwd en nooit zwanger geweest waren. Meer dan de helft van deze vrouwen (61 procent) was jonger dan 25 jaar, en de helft van deze groep was jonger dan 20. Lane et al. vonden een zwangerschapscijfer van 2,2 procent. Uitsplitst naar leeftijd bleken de jongste en de oudste gebruiksters de laagste zwangerschapscijfers te hebben: 1,9 procent bij vrouwen jonger dan 18 jaar en 0 procent bij vrouwen ouder dan 35 jaar. Bij vrouwen tussen 30 en 34 jaar was het zwangerschapscijfer met 3 procent het hoogst.

Meer dan 80 procent van de onderzochte vrouwen bleef het pessarium gebruiken na de proefperiode van een jaar. Wel waren de jongste vrouwen eerder geneigd „om persoonlijke redenen” met het gebruik van dit middel te stoppen. Deze persoonlijke redenen waren, naast gewenste zwangerschap, in twee grove categorieën te onderscheiden:

- men gaf de voorkeur aan een andere vorm van anticonceptie, omdat men daar bepaalde voordelen bij verwacht-

te, zoals regulatie van de menstruatie bij orale anticonceptiemiddelen en meer gebruiksgemak bij het IUD;

- men wees het pessarium met pasta af; als redenen hiervoor werden onder andere genoemd: te veel „geklieder”, moeilijk in te brengen, partner heeft bezwaar tegen het middel, geen vertrouwen in het middel.

Toch bleef 23 procent van de jongste vrouwen (13-17 jaar) deze methode langer dan een jaar gebruiken.

Lane et al. vergeleken ook 175 pessariumgebruiksters tussen de 13 en 17 jaar met 101 spiraalgebruiksters die qua leeftijd en andere kenmerken vergelijkbaar waren (tabel). Opvallend is dat het staken van het gebruik om persoonlijke redenen bij het pessarium veel hoger is dan bij het IUD. Als we echter de medische contra-indicaties, expulsie en het staken van het gebruik om persoonlijke redenen bij elkaar optellen, komen we tot een percentage van 22,5 procent voor het pessarium en 25,4 procent voor het IUD!

Het gaat hier natuurlijk slechts om een klein aantal vrouwen, maar deze bevindingen geven te denken. De meeste hulpverleners geven immers de voorkeur aan het IUD boven het pessarium, ongeacht de leeftijd van de vrouw, terwijl uit deze cijfers valt af te leiden dat de kans dat een jonge vrouw het pessarium blijft gebruiken, zelfs iets groter is dan de kans dat zij het IUD kan verdragen. Heel belangrijk is de bevinding dat de kans op ongewenste zwangerschap nauwelijks verschilt bij spiraal en pessarium.

Lane et al. vermelden een aantal factoren die in hun onderzoek een gunstige invloed hadden op de betrouwbaarheid van het pessarium:

- uitgebreide, objectieve informatie over alle beschikbare methoden van anticonceptie, zodat in de gevallen waarin de gebruikster de voorkeur gaf aan het pessarium, van een weloverwogen keuze sprake was;
- een goede en uitgebreide instructie over het gebruik van het pessarium;

Tabel. Ongewenste zwangerschap, medische contra-indicatie, expulsie en staken van gebruik wegens persoonlijke redenen bij 175 pessariumgebruiksters en 101 spiraalgebruiksters. Percentages

	Pessarium	Spiraal
Ongewenste zwangerschap	1,9	1,4
Medische contra-indicatie	–	15,8
Expulsie	nvt	8,4
Staken gebruik om persoonlijke redenen	22,5	1,2

– hulpverleners die zelf in het pessarium geloven en die de nodige bekwaamheid en geduld bezitten om een pessarium aan te meten en vrouwen te leren hoe zij dit middel moeten gebruiken;

– regelmatige controles: voor vrouwen beneden de 18 jaar was dit viermaal per jaar, ongeacht het type anticonceptie dat gebruikt werd.

Vessey et al. (Groot-Brittanië) publiceerden eveneens in 1976 hun onderzoek. Zij onderzochten alleen gehuwde, voornamelijk blanke, Britse vrouwen tussen de 25 en 39 jaar oud. Alle vrouwen hadden het pessarium ten minste vijf maanden gebruikt voordat zij tot het onderzoek werden toegelaten. Dit laatste is tevens het voornaamste punt van kritiek op dit onderzoek. Bij alle anticonceptiemethoden is het risico van een ongewenste zwangerschap immers het hoogst tijdens de eerste maanden van het gebruik. Ondanks deze schoonheidsfout wordt het onderzoek van *Vessey et al.*, evenals dat van *Lane et al.*, als meer betrouwbaar beschouwd dan de onderzoeken die vóór 1976 gedaan zijn. Beide onderzoeken waren prospectief.

Evenals bij *Lane et al.* kregen vrouwen in het onderzoek van *Vessey et al.* uitgebreide instructie en regelmatige controles. *Vessey et al.* vonden een zwangerschapscijfer van 2,4 procent. Bij vrouwen die het pessarium gedurende 60 maanden of langer gebruikten, was het cijfer zelfs lager (1,7 procent). Verder vonden zij nog een interessant gegeven: het zwangerschapscijfer bij vrouwen die nog nooit een kind hadden gekregen, was lager (1,5 procent) dan bij vrouwen met een en of meer kinderen (2,6 procent).

Hiermee is natuurlijk niet gezegd dat alle jonge, kinderloze vrouwen geschiktte gegadigden zijn voor een pessarium. Wel kan uit deze twee onderzoeken geconcludeerd worden dat het pessarium als anticonceptiemethode niet per definitie uitgesloten hoeft te worden voor jonge, kinderloze vrouwen.

Behalve dat het pessarium ongeschikt zou zijn voor jongeren, wordt ook verondersteld dat het middel ongeschikt zou zijn voor vrouwen uit lagere sociale milieus. Noch *Lane et al.* noch *Vessey et al.* vonden enig verband tussen ongewenste zwangerschap en sociale klasse.

Tot op heden zijn geen blijvende schadelijke bijwerkingen van het pessarium bekend. Klachten die volgens *Vessey et al.* relatief vaker voorkomen zijn blaas-

ontsteking en aambeien. Aan de andere kant uiten zij het vermoeden dat het pessarium bescherming biedt tegen baarmoederhalskanker (p. 417).

In dit verband moet opgemerkt worden dat erg weinig bekend is over de veiligheid (voor de gezondheid) en de betrouwbaarheid (voorkomen van zwangerschap) van de spermaciden die bij het pessarium gebruikt dienen te worden. Er is vrijwel geen onderzoek over opname in het lichaam van deze middelen door de vaginawand en er is niets bekend over de eventuele schadelijke uitwerking van deze middelen op een ongeboren vrucht of een zuigeling die borstvoeding krijgt. *Maine* bericht over een onderzoek aan de Universiteit van Arizona naar de spermacide Nonoxynol-9, thans het meest gebruikte ingrediënt in pasta's en schuim, en door de Food and Drug Administration in de VS zowel veilig als betrouwbaar bevonden. Aangevoerd werd dat Nonoxynol-9 door de vaginawand in het lichaam wordt opgenomen, maar welke gevolgen dit heeft, is nog onbekend. Wel is al enige tijd bekend, dat kwikhoudende pasta's afwijkingen van de foetus bij dieren veroorzaken. Deze middelen zijn in de VS uit de handel genomen (*Cooke and Dworkin*).

Het is duidelijk dat veel meer onderzoek naar de veiligheid en betrouwbaarheid van spermaciden noodzakelijk is. Het ontbreken van kennis op dit gebied is voor een groot deel veroorzaakt door het enthousiasme waarmee onderzoekers en ook artsen zich op nieuwe, moderne anticonceptiemethoden hebben gestort. Het is echter belangrijk dat de schamele kennis op dit gebied spoedig wordt uitgebreid, omdat thans nieuwe middelen in ontwikkeling zijn (onder andere een vaginale spons), die spermaciden bevatten en bedoeld zijn om langere tijd (dagen, weken of maanden) achtereen gedragen te worden.

Mede in verband met het voorgaande is het in 1981 gepubliceerde onderzoek van *Stim* (USA) opzienbarend te noemen.

Stim vergeleek de huidige criteria voor goed pessariumgebruik met ervaringen opgedaan in zijn eigen praktijk, en kwam tot de conclusie dat die criteria op onvoldoende gegevens gebaseerd zijn. Volgens hem is nog nooit afdoende aangetoond dat een pessarium zo strak mogelijk moet zitten en dat het pas samen met spermaciden betrouwbaar is. Beide opvattingen spreekt hij tegen op grond van eigen waarnemingen. Hij meent dat het pessarium voornamelijk werkt als

een mechanische barrière voor sperma, dat de maat onbelangrijk is en dat alle factoren die ongemak veroorzaken, geëlimineerd dienen te worden, wil men het middel goed gebruiken.

Op grond hiervan ontwikkelde *Stim* de „nonspermicide fit-free diaphragm”-methode (NFFD), waarbij alle vrouwen voorzien worden van een zelfde kleine maat pessarium (60 mm), dat continu gedragen dient te worden en waar geen spermaciden aan te pas komen. Hij adviseert vrouwen het pessarium eenmaal daags, op een voor henzelf geschikt tijdstip even te verwijderen om het schoon te maken en op gaatjes te controleren. Het pessarium mag echter nooit eerder dan zes uur na een coïtus verwijderd worden. *Stim* benadrukt het belang van het continu dragen van het pessarium. Op deze wijze is geen bewuste, anticonceptieve handeling nodig vlak voor een coïtus.

Van 1974 tot en met 1978 gebruikten ruim 1000 vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 24 jaar, deze anticonceptie methode. Het aantal ongewenste zwangerschappen was 1 op de 100 vrouwen; lager zelfs dan de cijfers van *Lane et al.* en *Vessey et al.*

Een extra voordeel van de NFFD-methode noemt *Stim* het feit dat ook niet-medici de methode kunnen instrueren, waardoor anticonceptie uit de medische sfeer gehaald zou kunnen worden. Hij ziet dan ook grote toekomstmogelijkheden voor deze anticonceptiemethode: eenvoudig zelf toe te passen, betrouwbaar en goedkoop.

Het enthousiasme van *Stim* is begrijpelijk. Als de NFFD-methode inderdaad zo betrouwbaar blijkt te zijn als hij beweert, zou deze methode voor veel vrouwen het antwoord op hun anticonceptieproblemen kunnen zijn. Vooralsnog zal echter afgewacht moeten worden wat verder onderzoek met deze methode uitwijst. In Engeland wordt thans door *Connie Smith*, arts verbonden aan het Marie Stopes Huis te Londen, onderzoek gedaan naar de NFFD-methode bij een klein aantal vrouwen. De resultaten van haar onderzoek zullen hopelijk iets meer informatie opleveren over deze methode en aangeven of de hoge verwachtingen die *Stim* wekt, al dan niet terecht zijn.

Beschouwing

Als we de balans opmaken, is het duidelijk dat het pessarium meer mogelijkheden biedt en betrouwbaarder kan zijn dan tot nu toe werd aangenomen. De ideale anticonceptiemethode is nog niet

uitgevonden. Dit betekent dat mensen (in de praktijk zijn dit voornamelijk vrouwen) zoveel mogelijk een weloverwogen, eigen keuze moeten maken voor die vorm van anticonceptie die het beste past bij hun leefwijze en opvattingen. Om zo'n keuze te kunnen maken moeten vrouwen eerst uitvoerige informatie krijgen over alle vormen van anticonceptie. Dit gebeurt veelal onvolledig. Pil, spiraal en condoom zijn alom bekend, maar heel wat meisjes en vrouwen hebben nog nooit van het pessarium gehoord.

Gezien het feit dat de gezondheidsrisico's van een middel voor veel vrouwen even zwaar wegen als de betrouwbaarheid, zouden wellicht veel meer vrouwen voor het pessarium kiezen als ze beter op de hoogte zouden zijn. Uit de thans beschikbare gegevens kan geconcludeerd worden, dat een pessarium een zeer betrouwbaar middel kan zijn. Het is echter te hopen dat er ook in Nederland snel meer onderzoek naar de diverse mogelijkheden van dit middel gedaan zal worden, zodat men in de toekomst op grond van meer betrouwbare, recente gegevens voor het pessarium zal kunnen kiezen.

Samenvatting. Het pessarium occlusivum staat niet hoog aangeschreven als anticonceptiemethode. Uit verschillende onderzoeken naar gebruik en betrouwbaarheid van deze methode blijkt echter dat het pessarium meer mogelijkheden biedt en betrouwbaarder kan zijn dan tot nu toe werd aangenomen. Ook de NFFD-methode (één kleine maat, geen gebruik van pasta) zou volgens de uitvinder zeer betrouwbaar zijn.

Meer onderzoek naar de mogelijkheden van het pessarium occlusivum is gewenst.

Summary. The occlusive pessary reconsidered.

The occlusive pessary is not held in high esteem as a contraceptive aid. Various studies of the use and reliability of this aid have shown, however, that the pessary presents more possibilities and can be more reliable than has so far been assumed. The „non-spermicid fit-free diaphragm” method (one single small size, no application of jelly) is likewise very reliable according to the inventor. Further research into the possibilities of the occlusive pessary is desirable.

Literatuur op p. 498.

Huisarts en praktijk

Op de dagelijkse praktijk van de huisarts gerichte nascholing

DR. B. J. P. CRUL*

Pijnbestrijding bij kanker door middel van zenuwbaanblokkades

Binnen onze gezondheidszorg neemt de huisarts meestal een centrale plaats in bij de begeleiding van ongeneeslijke patiënten met kanker. Wanneer in het ziekenhuis de op genezing gerichte therapieën blijken te falen en men daar niets meer voor de patiënt kan doen, wordt min of meer „automatisch” van de huisarts verwacht, dat deze de patiënt wel verder zal begeleiden. Een van de grootste en moeilijkste problemen waar een huisarts zich in zo'n situatie voor geplaatst kan zien, is de bestrijding van de pijnklachten die een patiënt met kanker kan hebben.

Inleiding

Volgens een Brits onderzoek (*Parkes*) lijdt één op elke drie patiënten die aan kanker overlijden, tijdens de laatste fase van zijn leven aan hevige, moeilijk te behandelen pijnen, die hemzelf, zijn familie én zijn huisarts tot wanhoop en vertwijfeling brengen.

Voor Nederland zou dit betekenen dat van de circa 30.000 mensen die jaarlijks aan kanker overlijden, zo'n 10.000 met pijn te kampen hebben. Dit houdt in dat praktisch iedere huisarts regelmatig wordt geconfronteerd met ernstige pijn bij kanker. Vele huisartsen zullen dan ook vroeg of laat te maken krijgen met de ontoereikendheid van de medicamenteuze therapie, die de pijnklachten niet adequaat kan bestrijden en/of de persoonlijkheid van de patiënt vervlakt. In een aantal gevallen kunnen pijnklachten bij kanker op een effectievere wijze bestreden worden door zogenaamde zenuwbaanblokkades. In deze bijdrage wordt ingegaan op een aantal aspecten van deze methode.

Overwegingen

De beslissing al dan niet over te gaan tot een zenuwbaanblokkade, dient geba-

seerd te zijn op een aantal uitvoerige overwegingen. De aard van het pijnsyndroom is daarbij van doorslaggevend belang. Wanneer het bijvoorbeeld gaat om enkelzijdig, goed gelokaliseerde pijn, zal de beleidslijn anders zijn dan bij dubbelzijdige of mediaan gelokaliseerde pijnen; in het eerste geval is de „kosten-baten verhouding” veel gunstiger dan in de tweede situatie. Anders gezegd: met de ingreep kan een goed resultaat worden verkregen ten koste van weinig complicaties en met een aanvaardbare belasting van de patiënt. Een andere noodzakelijke overweging betreft de lichamelijke en psychische conditie van de patiënt. Bij ingrepen als een *percutane cervicale chordotomie* is niet alleen een redelijke lichamelijke conditie, maar ook een zekere psychische spankracht van de patiënt gewenst. Het wel of niet slagen van de ingreep hangt namelijk mede af van de mate waarin de patiënt tijdens de uitvoering ervan meewerkt. Niet iedere patiënt kan dit opbrengen. Andere ingrepen, zoals de *coeliacus blokkade*, betekenen echter een geringere belasting voor de patiënt.

Hoewel dit natuurlijk voor iedere medische ingreep geldt, heeft de patiënt zelf het laatste woord bij het al dan niet uitvoeren van een bepaalde zenuwbaanblokkade ter bestrijding van zijn pijnklacht. Pijn is nu eenmaal een subjectief gegeven en niet weer te geven in objec-

* De auteur is werkzaam op de afdeling anesthesiologie van het Canisius-Wilhelminaziekenhuis te Nijmegen, en is tevens als consultant Pijnbestrijding verbonden aan het Integraal Kankercentrum Oost.