

Vijf jaar spiraaltjes in een huisartspraktijk

G. VAN DER WAL, R. C. J. SMEENK EN P. A. WEMPE*

In een retrospectief onderzoek wordt een poging gedaan de kwaliteit vast te stellen van 267 IUD-inserties bij 238 vrouwen in een periode van vijf jaar. Het totaal aantal eerste vrouwjaren bedroeg 242, het aantal uiteindelijk mislukte inserties 1,5 procent. Over het eerste gebruiksjaar bedroeg het zwangerschapscijfer 2,5 procent, het expulsiecijfer 5,4 procent en het beëindigingscijfer wegens bloeding en/of pijn 6,6 procent. Het voortzettingcijfer was 78 procent. Vergelijking met de in de literatuur vermelde resultaten leidt tot de conclusie dat het plaatsen van spiraaltjes zeer wel in de huisartspraktijk kan gebeuren.

Inleiding

Sinds de opkomst van het IUD in de zestiger jaren, vond het inbrengen van spiraaltjes aanvankelijk vrijwel uitsluitend plaats in ziekenhuizen, poliklinieken en instellingen voor geboortenregeling; de laatste jaren gaan echter steeds meer huisartsen ertoe over, zelf spiraaltjes te plaatsen. Op zichzelf is dat een verheugende ontwikkeling, maar daarnaast dient de vraag gesteld te worden, of de kwaliteit van deze inserties de toets der kritiek kan doorstaan.

In een retrospectief onderzoek in de eigen praktijk hebben wij gepoogd de kwaliteit van onze inserties gedurende een periode van vijf jaar vast te stellen.

Methoden

Het onderzoek heeft betrekking op de periode 1 september 1977-30 september 1982; op pagina 6 wordt een overzicht gegeven van de procedure die bij het plaatsen van de IUD's werd gehanteerd. Van alle inserties is aantekening gehouden op een aparte lijst, terwijl de vervolcontacten normaal zijn geregistreerd op onze variant van de grbene NHG-kaart. Bestudering van de lijst en van de groene kaart levert gegevens op over leeftijd, pariteit, insertie-moment, cervixkweek, soort IUD, al of niet eerder IUD-gebruik, inbrengende arts, proble-

men rond de plaatsing, complicaties/klachten in de diverse perioden na insertie en tenslotte reden en moment van verwijdering.

Resultaten

In de onderzoeksperiode werden 267 inserties uitgevoerd, bij 238 vrouwen. In 25 gevallen ging het om vervanging van het spiraaltje na drie jaar gebruik en bij vier vrouwen vond een tweede poging plaats na een aanvankelijke mislukking. Overigens blijkt uit *tabel 1* dat het aantal plaatsingen sinds 1981 is afgenomen. Het aantal expositiemaanden bedroeg na het eerste jaar 2592 en over de gehele periode van vijf jaar 5190. Het aantal eerste vrouwjaren – het totaal aantal inserties, verminderd met de mislukte plaatsingen (8) en de praktijkverlaters

Tabel 1 - Table 1. Aantal geplaatste IUD's in de onderzoeksperiode c.q. in 1982 en 1983 - Number of IUD's inserted during the study period and in 1982 and 1983.

Year	Number	Mean/Month
1977 ^a	15	3.8
1978	63	5.3
1979	47	3.9
1980	50	4.2
1981	53	4.4
1982 ^b	39	4.3
1982	47	3.9
1983	26	2.2

^a 4 months. ^b 9 months.

(17) – bedroeg 242, dat is 94 procent van de in totaal 267 inserties. De gemiddelde duur van het IUD-gebruik was 19,4 maanden. Er werd geen statistisch significant verband gevonden tussen IUD-gebruiksduur enerzijds en leeftijd, pariteit en type IUD anderzijds (*tabel 2*).

De gemiddelde leeftijd op het moment van plaatsing bedroeg 27 jaar, met een spreiding van 18 tot 47 jaar. Het overgrote deel van de vrouwen (93 procent) behoorde tot de leeftijdscategorie 21-35 jaar. Uit *tabel 3* blijkt dat vooral in de leeftijdsgroep 21-25 jaar relatief vaak voor het IUD wordt gekozen.

Ruim tweederde van de onderzoeksgroep bestaat uit nulliparae. Veruit het meest is gebruik gemaakt van de Copper T200. Verder zijn de CT en GT voornamelijk bij de nulliparae geplaatst en de ML bij de parae (*tabel 4*).

Het overgrote deel van de spiraaltjes werd tijdens de menstruatie ingebracht. Zes weken post partum werden achttien spiraaltjes geplaatst en op een ander tijdstip van de cyclus zeven.

De meerderheid (189) van de vrouwen maakte voor het eerst kennis met een IUD; 78 hadden reeds eerder ervaring opgedaan, en bij 40 van hen ging het om verwisseling (25 maal van een door onszelf ingebracht spiraaltje).

Problemen bij insertie

Bij acht vrouwen mislukte de plaatsing in eerste instantie: vier maal wegens een te nauw ostium uteri internum en vier maal wegens flauwvallen vóór de eigenlijke insertie.

Bij drie van de vier flauwgevallen vrouwen lukte de insertie later wel (respectievelijk drie dagen, één maand en twee

Tabel 2 - Table 2. Gemiddelde duur in maanden van IUD-gebruik naar leeftijd, pariteit en type IUD - Mean duration in months of IUD use by age, parity and type of IUD.

	Number of months
Age	
<21	22.2
21-25	18.1
26-30	19.8
≥31	21.0
Parity	
0	20.2
≥1	17.8
Type of IUD	
CT	19.3
ML	20.0
GT	17.9

* De eerste twee auteurs zijn huisarts in het Dirk van Nimwegen Centrum te Amsterdam; de derde auteur was daar destijds vaste waarnemer.

De procedure bij insertie en controle

Indien de vrouw na overleg over de voor- en nadelen van de verschillende anticonceptiemethoden kiest voor een IUD, wordt de te volgen procedure met haar besproken. Door middel van anamnese en gynaecologisch onderzoek worden eventuele contra-indicaties vastgesteld. Aanvankelijk namen we in dit kader ook als routine een cervixkweek af, tegenwoordig gebeurt dit nog slechts op indicatie. Vervolgens wordt de gang van zaken bij de eigenlijke insertie uitgelegd, waarbij de vrouw uitdrukkelijk wordt gewezen op de mogelijkheid iemand mee te nemen. Tenslotte krijgt de vrouw nog de door onszelf samengestelde voorlichtingsfolder over het spiraaltje mee. Tijdens het inbrengen zelf wordt de vrouw op de hoogte gehouden van wat er gaat gebeuren.

In de loop der tijden zijn meer dan vijftig soorten IUD's ontwikkeld, maar tegenwoordig zijn koperhoudende spiraaltjes eerste keus; koper heeft een afzonderlijk negatief effect op de vruchtbaarheid.²³ Ons plaatsingsbeleid was aanvankelijk als volgt: nulliparae kregen een Copper T200, parae een MLCu250. Daarna is er een periode geweest waarin we, in plaats van de Copper T, de Gyne T220 plaatsten, omdat deze vijf tot twintig jaar in situ zou mogen blijven, tegen de Copper T drie jaar. Sinds enige tijd is bekend dat de nieuwe Copper T minimaal vijf jaar effectief is. Omdat deze periode voor de meeste vrouwen lang genoeg lijkt, en omdat de Copper T gemakkelijker is in te brengen dan de Gyne T220, zijn we weer op de Copper T overgestapt.

Behalve de vorm en de grootte van het IUD, is ook de plaatsing van belang: het spiraaltje dient hoog tegen de fundus aan geplaatst te worden.^{24, 25} Het verdient aanbeveling dat de arts zich beperkt tot slechts enkele typen, zodat hij daarmee zoveel mogelijk ervaring opdoet.

Uit tabel 4 blijkt dat we nogal eens van ons plaatsingsbeleid zijn afgeweken. Dat kan voor een deel verklaard worden uit de populariteit van de MLCu250 aan het eind van de jaren zeventig: dit spiraaltje gaf lagere zwangerschaps- en expulsiecijfers, en kon ook goed bij nulliparae geplaatst worden.²⁶ Daarnaast waken we van ons plaatsingsbeleid af, als we bij bimanueel onderzoek bij een multipara een kleine baarmoeder, dan wel bij een nullipara een vrij grote baarmoeder vonden. Tenslotte gaven ook goede ervaringen met eerder geplaatste spiraaltjes soms de doorslag.

Het „officiële” controlebeleid was als volgt:

- na de eerste en de derde menstruatie volgend op de insertie;
- daarna eenmaal per jaar.

De jaarlijkse controles vonden in de praktijk steeds minder vaak plaats, doordat de meeste vrouwen in staat bleken zelf te voelen of de IUD-draadjes nog aanwezig waren, c.q. of het IUD niet was uitgezakt. In de praktijk was de gang van zaken dan ook meestal enigszins anders:

- één maand na plaatsing;
- daarna bij klachten, bij het tweejaarlijkse uitstrijkje, of bij vervanging van het spiraaltje (destijds eenmaal in de drie jaar).

maanden later). Dat gebeurde tweemaal met behulp van 10 mg valium, eenmaal intramusculair en eenmaal oraal. Eén vrouw zag af van IUD-gebruik en continueerde haar orale anticonceptie. Bij een van de vrouwen met een te nauw ostium slaagde de collega huisarts er nog dezelfde dag in het spiraaltje te plaatsen; bij één vrouw lukte het de gynaecoloog, ondanks dilateren, ook niet; de andere twee vrouwen gingen door met orale anticonceptie. Uiteindelijk bedroeg het misluktingspercentage dus 1,5 procent.

Alle mislukte inserties vonden plaats bij nullipare vrouwen, zeven maal met een Copper T en eenmaal met een Gyne T220. Eenmaal ging het om een vervanging; de andere zeven vrouwen hadden nooit eerder een spiraaltje gehad.

In totaal vielen zeven vrouwen flauw, van wie drie ná de insertie.

Zes vrouwen kregen profylactisch een antibioticum voorgeschreven, in verband met door ons geconstateerde of vermoede onvoldoende steriliteit tijdens de inbrengprocedure. Geen van deze vrouwen ontwikkelde een *pelvic inflammatory disease* (PID).

Redenen om IUD-gebruik te beëindigen

Het gebruik van het IUD kan om diverse redenen beëindigd worden. Subjectieve en objectieve factoren en ook combinaties daarvan spelen hierbij een rol (tabel 5). In het eerste vrouwjaar is de klacht „bloeding/pijn” de meest voorkomende reden om met het IUD op de houden; goede tweede is de expulsie. Naarmate het IUD-gebruik langer voortduurt, nemen de „persoonlijke redenen” toe in betekenis; dat is logisch als we bedenken dat deze categorie voornamelijk de reden „zwangerschapswens” omvat.

Ter vergelijking zijn in tabel 5 tevens beëindigingscijfers per honderd vrouwen uit de literatuur weergegeven.

Zwangerschap

Uit tabel 5 blijkt ook, dat acht vrouwen zwanger werden. In vijf gevallen behoorden deze vrouwen tot de leeftijds-categorie 21-25 jaar, zeven vrouwen waren nulliparae en zeven gebruikten een CT-IUD. Deze aantallen zijn te klein om te kunnen spreken van een significant verband tussen deze variabelen en het zwangerschapsrisico. Evenmin bleek er verband te bestaan tussen het optreden van zwangerschap en de duur van het IUD-gebruik; die duur varieerde van vijf tot drieëndertig maanden. In één geval was het IUD gedeeltelijk uitgedreven; na verwijdering van het spiraaltje volgde

Tabel 3 - Table 3. De leeftijdopbouw van de vrouwelijke praktijkpopulatie van 15-50 jaar en het gebruik van IUD's - Age distribution of the female practice population aged 15-50 years and IUD use.

Age groups	Percentage ^a aged 15-50 years	IUD insertions	
		number	percentage ^a
15-20	3	8	3
21-25	23	98	37
26-30	39	117	44
31-35	14	34	13
36-50	20	10	4

^a Totals are not exactly 100 due to rounding off.

Tabel 4 - Table 4. Geplaatste IUD-typen naar pariteit (n = 267) - IUD types inserted by parity (n = 267).

Type of IUD	Parity		Total
	0	≥1	
CT	119	7	126
ML	36	73	109
GT	29	3	32

een maand later een spontane abortus bij een amenorroe van twaalf weken. Drie vrouwen kozen voor een abortus provocatus en de overige vier vrouwen kozen voor het uitdragen van de zwanerschap.

Van deze vier vrouwen beviel er een – zonder complicaties – op medische indicatie, omdat het spiraaltje in situ bleef door het knappen van de draadjes bij de

verwijderingspoging. Bij de andere drie werd het IUD verwijderd. Eén kreeg een sectio caesarea wegens stuitligging en algemeen vernauwd bekken. Eén had een dreigende partus praematurus bij een tweelingzwanerschap, een normale bevalling en een sepsis post partum. De laatste had een hoge vliesscheur bij zevenendertig weken. Alle vijf de kinderen waren gezond.

Pelvic Inflammatory Disease (PID)

In de onderzoeksperiode werden twaalf PID's waargenomen, waarvan zes in het eerste gebruiksjaar (tabel 5).

De PID trad op na gemiddeld 9,9 maanden IUD-gebruik (uitersten veertien dagen en eenentwintig maanden). Er bleek geen statistisch significant verband tussen kans op PID enerzijds en de variabelen leeftijd, pariteit, type IUD,

Synopsis

Van der Wal G, Smeenk RCJ, Wempe PA. IUD insertions over a five-year period in a general practice. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 5-10.

Introduction. A report is presented of a retrospective study of the quality of IUD insertions over a five-year period in our general practice.

Methods. The study covers the period from September 1977 to September 1982. Both the insertions and all follow-up encounters in connection with the IUD were carefully recorded. These records supplied us with data on age, parity, time of insertion, cervical culture, type of IUD, previous IUD use, inserting physician, problems attending insertion, complications/complaints during the various periods after insertion, and the reason for and time of removal.

Results. During the study period 267 insertions were performed on 238 women. In 25 women the IUD was exchanged after three years of use, and in four women a second attempt at insertion was made after an initial failure. Table 1 shows that the number of insertions has diminished since 1981.

The number of months of exposure was 2592 after the first year and 5190 after the entire five-year period. The number of first woman-years – total number of insertions minus the unsuccessful attempts (8) and the number of women who left the practice (17) – was 242, i.e. 94 percent of the total of 267 insertions. The mean duration of IUD use was 19.4 months. No statistically significant correlation was found between the duration of IUD use on the one hand, and age, parity and type of IUD on the other (table 2).

The mean age at the time of insertion was 27 years, the majority of the women (93 percent) being in age category 21-35 years. It is apparent from table 3 that especially age group 21-25 years relatively often opted for an IUD.

Some two-thirds of the study group were nulliparae. The IUD most frequently used was the Copper T200. Otherwise the Ct and GT were inserted mostly in the nulliparae, and the ML in de parae (table 4).

The vast majority of the IUD's were inserted during menstruation; eighteen were in-

serted six weeks after parturition, and seven at some other time in the course of the cycle.

The majority (189) of the women were first users; 78 had previously used an IUD, and 40 of these needed an exchange (in 25 cases of an IUD inserted by ourselves).

Insertion problems. The first attempt at insertion failed in eight women: in four because the ostium uteri was too narrow and in four because the woman fainted before the actual insertion. In four of these cases subsequent attempts at insertion were successful. The remaining four women refrained from IUD use and continued oral contraception. The ultimate rate of failure was therefore 1.5 percent. All unsuccessful attempts at insertion concerned nulliparae and were made with a Copper T in seven cases and with a Gyne T220 in one case. An exchange was involved in one case; the other seven women had not previously used an IUD.

Reasons to discontinue IUD use. During the first woman-year the complaint „haemorrhage/pain” was the most frequent reason to discontinue IUD use; expulsion was a good second. With an increasing duration of IUD use „personal reasons” increased in significance; this is logical in view of the fact that this category mainly comprises the reason „wish to become pregnant”. For comparison, table 5 also lists the discontinuation figures per 100 woman-years as reported in the literature available to us.

Pregnancy. Table 5 shows that eight women became pregnant; five of them were in age category 21-25 years, seven were nulliparae and seven used an IUD type CT. In one case the IUD had been partly expelled; one month after removal of the IUD there was a spontaneous abortion after 12 weeks' amenorrhoea. Three women opted for induced abortion and the remaining four completed the pregnancy. One of these had a medical indication for delivery – without complications – because the IUD remained in situ (the strings broke in the attempt to remove it). In the other three women the IUD was removed. One was delivered by caesarean section in view of breech presentation. One (twin pregnancy) showed a threat of premature labour but had a normal parturition with puerperal sepsis. The third had a high membrane rupture at 37 weeks. The five neonates were all in good health.

Pelvic Inflammatory Disease (PID). PID developed in 12 instances during the study period; in six it occurred within the first year of IUD use (table 5). The mean period of IUD use until PID developed was 9.9 months (range: 14 days to 21 months). No statistically significant correlation was found between the risk of PID on the one hand and the variables age, parity, type of IUD, time of insertion, inserting physician and duration of IUD use on the other. There were three primary referrals to the gynaecologist and two women were referred secondarily after insufficient response to treatment. In no case was hospitalization required. The IUD was removed in ten women, expelled in one, and left in situ in one. All twelve women made a good recovery.

Expulsion. The total number of expulsions during the study period was 22, including 13 within a year of insertion. Per 100 woman-years this amounts to 5.0 percent and 5.4 percent respectively (table 5). One expulsion coincided with PID and one with pregnancy. The mean duration of IUD use until expulsion was 10.9 months (range: 2 days to 33 months).

Haemorrhage/pain. During the first year of IUD use 30 percent of the women complained of haemorrhage/pain; during the second year 10 percent did. Most complaints were expressed during the first three months (table 6). After the first year these complaints led to discontinuation of IUD use relatively more often (one out of two) than within the first year (one out of five). One out of three women with complaints of haemorrhage/pain had the IUD removed within the first two years of use (table 6). The discontinuation figure was 6.6 percent over the first year, and subsequently 6.4 percent (table 5).

Of the various complaints, excessive menstrual blood loss was reported most frequently, and dysmenorrhoea least frequently. In nearly 50 percent of the cases abdominal pain – alone or in combination with other complaints – led to IUD removal; the remaining complaints led to removal in about 25 percent of cases (table 7).

Keywords: Contraception; General practice; Intrauterine device.

Address of authors: Dirk van Nimwegen Centrum, Borgerstraat 52, 1053 PV Amsterdam, The Netherlands.

moment van inbrengen, inbrenger en duur van het IUD-gebruik anderzijds. Er waren drie primaire verwijzingen naar de gynaecoloog en twee vrouwen werden in tweede instantie na onvoldoende behandelingsresultaat verwezen. Geen enkele vrouw hoefde te worden opgenomen. Bij tien vrouwen werd het IUD verwijderd, bij een was er reeds expulsie en bij een ander bleef het IUD in situ. Al deze twaalf vrouwen genazen.

Over eventuele fertiliteitsproblemen kunnen we niets meedelen, omdat de meesten van de betrokken vrouwen – nog – geen kindwens hebben.

Expulsie

Het totaal aantal expulsies in de onderzoeksperiode bedroeg tweeëntwintig, waarvan dertien in het eerste jaar na insertie. Per honderd vrouwjaren is dat respectievelijk 5,0 en 5,4 procent (tabel 5). Eén expulsie viel samen met een PID en één met een zwangerschap. Er werd geen statistisch significant verband vast-

gesteld tussen het aantal expulsies enerzijds en de variabelen leeftijd, pariteit, type IUD, moment van inbrengen en inbrenger. Evenmin was dat het geval met betrekking tot de duur van het IUD-gebruik, ondanks het hoge aantal van zeven expulsies in de eerste drie maanden. Het aantal van negen expulsies ná het eerste jaar is overigens niet onbelangrijk. De gemiddelde gebruiksduur van het IUD tot aan het moment van expulsie was 10,9 maanden, met als uitersten twee dagen en drieëndertig maanden.

Bij alle expulsies bleek er slechts eenmaal een plaatsingsprobleem geweest te zijn (nauw ostium – expulsie na zeventien maanden); dat wil zeggen dat er geen verband is tussen deze twee variabelen.

Bloeding/pijn

In het eerste gebruiksjaar werden door 30 procent van de vrouwen klachten wegens bloeding/pijn aan de huisarts gemeld, in het tweede jaar was dat 10

procent. Het grootste aantal klachten werd in de eerste drie maanden geuit. Na het eerste jaar leidden deze klachten relatief vaker tot beëindiging van het gebruik (een op twee), dan in het eerste jaar (een op vijf). In de eerste twee gebruiksjaaren liet een op de drie vrouwen met klachten van bloeding/pijn het spiraaltje verwijderen (tabel 6). Het beëindigingscijfer over het eerste jaar is 6,6 procent, daarna 6,4 procent (tabel 5).

Van de afzonderlijke klachten werd overmatig menstrueel bloedverlies het meest genoemd, dysmenorroe het minst. Buikpijn – al dan niet in combinatie met andere klachten – leidde in bijna de helft van de gevallen tot verwijdering; de overige klachten gaven in een kwart van de gevallen aanleiding tot beëindiging (tabel 7).

Beschouwing

De afname van het aantal geplaatste IUD's sinds 1981 (tabel 1) houdt waar-

Tabel 5 - Table 5. Redenen om het IUD-gebruik te beëindigen - Reasons to discontinue IUD use.

Reasons	Within first year of exposure		After first year of exposure		Total		Figures from the literature (discontinuation within first year - figures per 100 woman-years)
	n	per 100 woman-years	n	per 100 woman-years	n	per 100 woman-years	
Pregnancy	5	2.1	3	1.4	8 ^d	1.8	0.3 - 3.6 ⁹
PID	6	2.5	6	2.8	12 ^e	2.8	3.4 - 11.8 ²⁷
Expulsion	13	5.4	9	4.2	22	5.0	2 - 20 ¹¹
Haemorrhage/pain ^a	16	6.6	14	6.4	30	6.9	5 - 15 ¹¹
Perforation	–	–	–	–	–	–	0.1 - 0.8 ²³
Other medical reasons ^b	3	1.2	6	2.8	9	2.1	3 - 9 ¹¹
Personal reasons ^c	10	4.1	34	15.7	44	10.2	

^a Comprises dysmenorrhoea, hypermenorrhoea, menorrhagia, abdominal pain. These dissimilar magnitudes were brought under the same denominator because this is usage in the literature on IUD use.

^b In our study: excessive vaginal discharge, copper allergy (1 ×), PAP IIIA (1 ×).

^c In our study: desired pregnancy in most cases, wish for different contraception in some, occasionally „emotionally resistance“ of woman or partner.

^d In one pregnant woman there was expulsion as well.

^e In one woman with PID the IUD was not removed; in another there was expulsion as well.

Tabel 6 - Table 6. Klachten over bloeding/pijn na insertie - Complaints about haemorrhage/pain after insertion.

Period after insertion	Number of women with an IUD	Number of women complaining of haemorrhage/pain	
		total	followed by removal of IUD
0 - 3 months		34	5
3 - 6 months		16	5
6 - 9 months		12	3
9 - 12 months		11	3
First year	242	73 ^{ab}	16
Second year	187	19 ^b	11

^a 7 women complained during more than one period.

^b 84 women had one complaint, and 15 had more than one.

Tabel 7 - Table 7. Specificatie van de klachten over bloeding/pijn na insertie - Specification of the complaints about haemorrhage/pain after insertion.

Complaints	Number of women with complaint(s)	
	total	followed by IUD removal
Dysmenorrhoea	20	6
Menorrhagia/hypermenorrhoea	42	11
Intermenstrual blood loss	30	8
Abdominal pain	30	14
Total	122 ^a	39 ^b

^a Solitary in 74, combined with other complaints in 48.

^b After solitary complaints in 17 and after combined complaints in 22 cases.

schijnlijk verband met een zekere verzadiging van onze populatie, zeker nu alle koperhoudende spiraaltjes minimaal vijf jaar kunnen blijven zitten. Mogelijk is ook de grote populariteit van het IUD, zoals die aan het eind van de zeventiger jaren zowel bij onszelf als bij de patiëntes bestond, tanende.

Problemen bij insertie

Problemen bij de plaatsing treden voornamelijk op bij nullipare vrouwen. Hoe vaak deze problemen zich voordoen, is in de literatuur nauwelijks te vinden. De enkele cijfers met betrekking tot de IUD-syncope zijn afkomstig uit studies uit de zestiger en begin zeventiger jaren en zijn niet goed te vergelijken met de tegenwoordige uitkomsten.¹⁻³ Cijfers over de incidentie van moeilijke en mislukte plaatsingen worden in slechts enkele studies uit de algemene praktijk gegeven.⁴⁻⁶ *Smith et al.* melden 28 mislukte inserties bij 324 nullipare studentes (8,6 procent). Vergeleken met dit cijfer zijn onze eigen misluktingspercentages (1,5 en 3 procent) betrekkelijk laag.⁵

Wat betreft de vasovagale reacties vermeldt *Trobough* een percentage van 3,2 procent bij nulliparae en minder dan 1 procent bij multiparae.⁷ In een serie van achthonderd inserties met CuT en C-7 van *Shaila et al.* was er slechts één syncope.⁸ Ook bij de Engelse huisarts *Nora Nash* vielen op de 316 vrouwen er slechts drie flauw. Op twee na ging het hier echter om multiparae.⁶

Zwangerschapsrisico en beleid bij zwangerschap

Onze zwangerschapscijfers van respectievelijk 2,1 en 1,8 (*tabel 5*) passen in het beeld zoals dat uit de literatuur naar voren komt: 0,3-3,6 per honderd vrouw-jaren.⁹

De betrouwbaarheid van een anticonceptiemethode wordt niet alleen bepaald door het zwangerschapscijfer, maar heeft ook een relatie met andere ongewenste effecten. Dit geldt zeker voor het IUD, waarbij men rekening moet houden met de kans op expulsie en verwijdering. Daarom wordt de betrouwbaarheid van het IUD ook vaak getoetst aan het voortzettingscijfer.¹⁰ Uit *tabel 5* valt af te leiden dat het voortzettingscijfer in de onderzoeksgroep 78,1 procent is, terwijl in de literatuur percentages tussen de 60 en 90 procent worden genoemd.¹¹

Een zwangerschap kan ontstaan na onopgemerkte uitdrijving van het spiraaltje, maar doet zich soms ook voor met een IUD in situ. Van deze zwangerschap-

pen eindigt circa 55 procent in een spontane abortus. Indien het IUD in situ blijft, is de kans op abortus twee- tot driemaal zo groot als wanneer het IUD in een vroeg stadium wordt verwijderd.

Als er geen spontane abortus optreedt, is de kans op complicaties groter dan bij andere zwangerschappen. Dit geldt vooral als het IUD in situ blijft. Het gaat dan met name om complicaties als placenta praevia, partus immaturus c.q. prematurus, en infectie van de baarmoederholte en de vrucht (met als eventueel gevolg sepsis). De complicaties bij twee van onze zwanger geworden patiëntes zouden dus zeer wel met het IUD-gebruik verband kunnen houden. *Quirido* concludeert dan ook dat zwangeren met een IUD in situ als een *high risk*-groep beschouwd moeten worden en dat het IUD zo vroeg mogelijk na vaststelling van de zwangerschap verwijderd dient te worden.¹¹

Expulsie

Ons materiaal bevatte te lage aantallen over expulsie om statistisch verantwoorde conclusies toe te laten. Het hoge aantal van zeven expulsies in de eerste drie maanden komt overeen met de literatuurgegevens: 50 procent van de expulsies vindt plaats binnen drie maanden na insertie; na een jaar zou een IUD nog slechts zelden uitgedreven worden.¹² Dat laatste komt er in ons onderzoek niet uit: negen expulsies (5,4 procent) na het eerste jaar vinden wij een niet onaanzienlijk aantal.

Ongeveer 20 procent van de expulsies zou onopgemerkt optreden.¹² Uiteraard vergroot dit het risico van een ongewenste zwangerschap. In ons onderzoek werden alle expulsies op een na wél door de vrouwen opgemerkt. In dat ene geval was er sprake van een zwangerschap met partiële expulsie.

Het expulsiecijfer wordt beïnvloed door enerzijds de vorm, grootte en flexibiliteit van het spiraaltje en anderzijds de verhouding tussen de grootte van het IUD en de grootte van de endometriumholte. Vooral (te) kleine IUD's én spiraaltjes die uitsteken in het cervicale kanaal (te groot of slecht geplaatst) worden eerder uitgedreven.¹³ De kans op expulsie hangt mogelijk samen met het tijdstip van insertie. De meningen lopen hierover uiteen. Het expulsiecijfer daalt bij het toenemen der leeftijd. Het expulsierisico in verband met de pariteit is niet duidelijk.

Bloeding/pijn

Bijna een op de drie vrouwen meldt in het eerste jaar de klacht bloeding/pijn

aan de huisarts. Dat het grootste aantal geuit wordt in de eerste drie maanden is geheel of gedeeltelijk het gevolg van de afgesproken controles. Over de rest van het jaar is het werkelijke aantal vrouwen met klachten ongetwijfeld hoger. Literatuurgegevens zijn spaarzaam. Wel is bekend dat de hoeveelheid menstrueel bloedverlies met gemiddeld 50-100 procent – blijvend – toeneemt na het inbrengen van een IUD.¹¹ Bij ongeveer 30 procent van de vrouwen tredt na insertie een verlenging van de duur van het menstruele bloedverlies op, vaak met een tot twee dagen.¹⁴ In tegenstelling tot het menstruele bloedverlies zou het intermenstruele bloedverlies, nadat het kort na de insertie wel is toegenomen, met de tijd weer afnemen, zowel qua frequentie, als qua duur en hoeveelheid.²²

Gegevens over buikpijn konden we niet achterhalen. Met betrekking tot dysmenorroe vonden we alleen in een recente publikatie uit de algemene praktijk cijfers: 11 procent initieel en 7 procent aanhoudend.¹⁶

Het toegenomen bloedverlies kan in principe leiden tot een ijzergebreksanemie, maar in ons land is die kans zeer klein. Een belangrijker gevolg kan zijn dat de vrouw het toegenomen c.q. onverwachte bloedverlies niet – meer – acceptabel vindt en daarom besluit het IUD-gebruik te staken. Dat zal bovendien des te eerder gebeuren als zij ook nog last heeft van buikpijn. Mogelijk is dit laatste vooral een cultureel verschijnsel. In culturen waar vaginaal bloedverlies beschouwd wordt als „onrein”, wordt een spiraaltje eerder verwijderd, zowel op initiatief van de gebruikster als op instigatie van de arts.¹⁷ Ons beëindigingscijfer wegens bloeding/pijn van 6,6 procent in het eerste gebruiksjaar is aan de lage kant, vergeleken met de cijfers uit de literatuur (5-15 procent).¹¹ Ons onderzoek bevestigt dat de klacht bloeding/pijn het meest aanleiding geeft tot beëindiging van het IUD-gebruik. Het te kort schieten van het spiraaltje als doelmatig voorbehoedmiddel hangt dan ook voor een belangrijk deel samen met deze klacht.

Psychosociale aspecten

Veel onderzoek ten aanzien van psychosociale aspecten van IUD-gebruik is nog niet verricht. De aandacht is tot nu toe sterk gericht geweest op aspecten als werking, techniek, type IUD en complicaties, en nauwelijks op de vrouw zelf. Een spiraaltje wordt weliswaar in de baarmoeder ingebracht, maar minstens evenzeer in de vrouw als persoon. On-

danks onze huisartsgeneeskundige visie en setting, hebben ook wij te weinig aandacht gehad voor dit aspect.

Ketting gaat hier vrij uitgebreid op in. Hij refereert aan een *Population Report* uit 1975, waarin de conclusie werd getrokken dat de verschillen ten aanzien van bijvoorbeeld zwangerschap, expulsie en verwijdering om medische reden, vaak minder zijn toe te schrijven aan de diverse typen IUD's dan aan het desbetreffende onderzoekscentrum.¹⁸ De mate van succes van een spiraaltje lijkt samen te hangen met de psychologische sociale en culturele kenmerken van de vrouw enerzijds en de houding, werkwijze en werksetting van de arts anderzijds. Zo heeft *Bernard* aangetoond dat het verwijderingscijfer in klinieken waar één arts werkt, lager is dan in klinieken waar twee of meer artsen werkzaam zijn, terwijl er volgens *Snowden et al.* minder klachten over het spiraaltje zijn, naarmate er in de kliniek meer mogelijkheden bestaan tot informeel contact tussen staf en cliënten.¹⁹ ²⁰

Verder is van belang op welke wijze eventuele bijwerkingen worden geïnterpreteerd. *Morehead* vond in zijn onderzoek dat de vrouwen die het gebruik van het IUD staakten, zich niet zozeer onderscheidden door meer klachten, alswel door meer bezorgdheid naar aanleiding van die klachten.²¹ *Reading and Newton* ontdekten dat negatieve ervaringen bij de inbrengprocedure de acceptatie van het spiraaltje ook op langere termijn negatief beïnvloedden.²² Volgens *Reading* kan de insertie worden vergemakkelijkt en kan de uiteindelijke acceptatie worden verbeterd, als de arts zorgt voor een goede voorlichting over de voor- en nadelen van het spiraaltje en over de insertieprocedure. Daarnaast heeft het zin de vrouw beter voor te bereiden op de insertie door haar bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen te laten doen.

Interdokter-variantie; PID

Als gevolg van de kleine aantallen waar-

op ons onderzoek is gebaseerd, was het niet mogelijk na te gaan, in hoeverre er een statistisch significant verband bestaat tussen de persoon van de arts-inbrenger en het optreden van bepaalde problemen of gebeurtenissen bij insertie of gebruik van het spiraaltje. Tenslotte heeft ons onderzoek ook gegevens opgeleverd over het voorkomen van *pelvic inflammatory disease* (PID) bij IUD-gebruik; wij komen daar in een tweede artikel uitvoerig op terug.

¹ Conrad CC, Ghazi M, Kitay DZ. Acute neurovascular sequela to intra-uterine device insertion or removal. *J Reprod Med* 1973; 11: 211-2.

² Sobrero AJ. Intra-uterine devices in clinical practice. *Fam Plann Perspectives* 1971; 3: 16-24.

³ Caraway AF. Florida's Experience with an intra-uterine device for the nulliparous patient. *J Reprod Med* 1975; 15: 114-6.

⁴ Hull FM, Henderson JM. Intra-uterine contraception in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1975; 25: 924-31.

⁵ Smith RP, Goresky DM, Etchell DM. Five years private practice experience of nulliparous women using copper IUD's. *Contraception* 1980; 21: 335-42.

⁶ Nash N. Intra-uterine contraceptive device clinic in a group practice. *Br Med J* 1983; 286: 197-8.

⁷ Trobough GE. Pelvic pain and the IUD. *J Reprod Med* 1978; 20: 167-74.

⁸ Shaila NG, Lane ME, Sobrero AJ. A comparative randomized double-blind study of the copper T200 and copper-7 intra-uterine contraceptive devices with modified insertion techniques. *Am J Obstet Gynecol* 1974; 120: 110-16.

⁹ Beerthuisen RJCM. Intra-uteriene anti-conceptie. Een literatuuroverzicht en klinisch onderzoek naar tuba veranderingen bij IUD gebruik [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1979.

¹⁰ Tietze C. Intra-uterine contraception. Recommended procedures for data analysis. *Stud Fam Planning* 1967; 18 (suppl) 1-6.

¹¹ Querido L. IUD's en hun bijzonderheden - een literatuuronderzoek. *Stimezo-onderzoek* 80-1, 1980.

¹² Tietze C, Lewitt S. Evaluation of intra-uterine devices. *Stud Fam Planning* 1970, 55 (suppl).

¹³ Hasson HM, Berger GS, Edelman DA. Factors affecting intra-uterine contraceptive device performance. *Am J Obstet Gynaecol* 1976; 126: 973-81.

¹⁴ Mall-Haefeli M, Fisher C, Spornitz UM. Experiences with the modern intra-uterine devices Cu-7 and Cu-T. *Ther Umsch* 1976; 242: 242-6.

¹⁵ Shaw ST, Andrade ATL, Paixao de Souza J, Macaulay LK, Rowe PJ. Quantitative menstrual and intermenstrual bloodloss in women using Lippesloop and Copper T intra-uterine devices. *Contraception* 1980; 21: 343-52.

¹⁶ Iliffe SR, Franklin OG. Use of intra-uterine contraceptive devices in an inner city practice. *Practitioner* 1984; 228: 429-34.

¹⁷ Reading AE. The role of psycho-social factors in IUD continuation. *Soc Sci Med* 1979; 13A: 631-40.

¹⁸ Ketting E. Ten geleide. In: Querido L. IUD's en hun bijzonderheden. *Stimezo-onderzoek* 80-1, 1980.

¹⁹ Bernard RP. Factors governing IUD performance. *Am J Publ Health* 1971; 61: 559-67.

²⁰ Snowden R, Eckstein P, Hawkins D. Social and medical factors in the use and effectiveness of IUD's. *J Biosoc Sci* 1973; 5: 31-49.

²¹ Morehead JE. Intra-uterine device retention. A study of selected social - psychological aspects. *Am J Publ Health* 1975; 65: 720-30.

²² Reading AE, Newton JR. Psychological factors in IUD-use. A review. *J Biosoc Sci* 1977; 9: 317-23.

²³ Graham S, Simcock BW. A review of the use of intra-uterine devices in nulliparous women. *Contraception* 1982; 26: 323-46.

²⁴ Allingham JD. Failure of intra-uterine contraceptives. A review. *Can Fam Physician* 1979; 25: 617-8.

²⁵ Hasson HM. Factors that affect IUD performance. A review and recommendations. *J Reprod Med* 1978; 21: 137-45.

²⁶ Thierry M, Van der Pas H, Van Os WAA, et al. Three years' experience with the MLCu250, a new copper-wired intra-uterine contraceptive device. *Adv Plann Parenthood* 1978; 35-40.

²⁷ Westrom L. Incidence, prevalence and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries. *Am J Obstet Gynaecol* 1980; 138: 880-92.