

DR. A. J. B. I. SIPS

De toepassing van het IUD door de huisarts*

Naar de mening van de deelnemers aan de Nijmeegs huisartsgeneeskundige conferenties behoort de toepassing van het IUD tot de basistaken van de huisarts. Het volgende verslag is gebaseerd op een enquête onder de deelnemers en een min of meer uitvoerige literatuurstudie.

Algemeen

Alle vijftientig deelnemers aan onze conferenties hebben IUD-gebruiksters in de praktijk; eenentwintig van hen brengen zelf IUD's in, en vier beperken zich tot de begeleiding c.q. controle van de betreffende patiëntes. Van degenen die zelf IUD's inbrengen, doen vijf deelnemers dat al langer dan tien jaar, en acht tussen de vijf en tien jaar. Van de overige acht huisartsen praktiseren er vijf minder dan vijf jaar.

Het aantal inserties varieert van drie tot veertig per jaar. Vijf deelnemers brengen meer dan vijftientig IUD's per jaar in, negen tussen de tien en vijftientig, en zeven minder dan tien. Vergeleken met het pilgebruik varieert het IUD-gebruik in de praktijken van de deelnemers van 1/20 tot 1/4. Waarop deze verschillen zijn gebaseerd, is niet geheel duidelijk; uiteenlopende factoren zullen daarbij een rol spelen, zoals taakopvatting, praktijkpopulatie, onzekerheid en beperkte ervaring met het IUD, en persoonlijke kenmerken van de huisarts (geslacht, voorkeur voor bepaalde anticonceptiva).

De vaardigheid om een IUD in te brengen, werd door vijf huisartsen van een gynaecoloog geleerd, acht deelnemers zijn bij een collega-huisarts in de leer geweest (van wie twee tijdens de beroepsopleiding), zeven zijn er zonder praktische instructie van anderen mee

begonnen, en één leerde het op een abortuskliniek. Door acht deelnemers werd vermeld dat de instructie door middel van een door de farmaceutische industrie beschikbaar gesteld fantoom van nut was geweest. Verder vonden verschillende deelnemers, dat het inbrengen van een spiraaltje het eenvoudigst is bij een vrouw die post partum de anticonceptie wil hervatten, en het moeilijkst bij een nullipara.

Slechts een van de deelnemers bleek het IUD niet te accepteren als een verantwoord vorm van anticonceptie; dat oordeel was deels gebaseerd op een complicatie die deze huisarts vroeger had meegemaakt, deels op ethische overwegingen. De ethische aspecten van het IUD-gebruik zijn door ons overigens niet verder besproken. Het vroeger wel door tegenstanders genoemde argument dat het IUD als een vroeg abortivum zou werken, is naar onze mening achterhaald.

Uit een enquête die *Martens* heeft gehouden in de regio Zuidooost-Brabant, is gebleken dat het IUD door de meeste huisartsen als anticonceptiemethode wordt geadviseerd, dat meer dan de helft van die huisartsen zelf min of meer frequent IUD's inbrengt, en dat een deel van de andere huisartsen dit wil leren.¹ De deelnemers waren algemeen van opvatting dat het IUD een betrouwbare anticonceptiemethode is, met een kleine kans op bijwerkingen of complicaties. In een aantal omstandigheden is deze methode gelijkwaardig aan de pil, of zelfs daarboven te verkiezen.²⁻⁴

Voorlichting

Over de voorlichting aan aspirant IUD-gebruiksters hebben wij een tiental punten geformuleerd, die zijn weergegeven

in het *kader* op pagina 17. Daarnaast is nog het volgende van belang:

- *Aanvullende anticonceptiemaatregelen.* Bij IUD-gebruik wordt soms geadviseerd aanvullende anticonceptiemaatregelen te nemen (meestal spermicide middelen in de eerste drie tot zes maanden na de insertie). De gedachtengang is dat de betrouwbaarheid het eerste half jaar relatief gering is, doordat de expulsie-frequentie dan het grootst is. Wat dit betreft, onderscheidt de Multiload zich echter in zeer gunstige zin van de vroegere modellen en ook van de andere koperhoudende IUD's.^{4,7} Volgens *Koch* bedraagt de cumulatieve expulsie-frequentie per 100 Multiload-inserties na respectievelijk 6, 12, 18, 24 en 36 maanden: 1,50, 2,70, 3,51, 4,05 en 5,40, waarna praktisch geen expulsies meer plaatshebben. Er is dus een daling van het aantal expulsies in de opeenvolgende perioden van zes maanden; bovendien is het aantal expulsies gering in vergelijking met de cijfers van andere typen IUD's.^{5,6}

Of de minieme toename van de betrouwbaarheid die met aanvullende maatregelen kan worden verkregen, opweegt tegen het bijkomend ongemak, is discutabel. Er zijn geen gegevens bekend over de nauwgezetheid waarmee de gebruiksters dit soort maatregelen toepassen en hoe zinvol zij deze maatregelen vinden. Bij grote vervolgonderzoeken van het IUD-gebruik zijn nooit aanvullende anticonceptiemaatregelen geadviseerd.

- *Zelfcontrole.* De vrouw of haar partner kan controleren of het IUD nog aanwezig is, door naar de draadjes te voelen die uit de portio komen. Deze draadjes zijn kort afgeknipt op 5 à 6 cm en ze zijn van dun en soepel materiaal, zodat enige vaardigheid nodig is om ze te kunnen onderscheiden. Zelfcontrole veronderstelt ook een intimiteit met het eigen lichaam die niet iedere vrouw heeft.

Sommige deelnemers geven wel instructies voor zelfcontrole, maar de praktijk leert dat de meeste vrouwen er zelden of nooit in slagen de draadjes te voelen. In aanmerking genomen dat een volledige expulsie weinig frequent voorkomt, en dat de meeste problemen ontstaan door een laag-uteriene of intra-cervicale positie van het IUD, achten wij zelfcontrole niet zo zinvol. Het kan een vals gevoel van zekerheid geven als de draadjes te voelen zijn, terwijl het mislukken van de zelfcontrole kan leiden tot nodeloze gevoelens van teleurstelling of ongerustheid.

* Dit artikel is een neerslag van discussies tussen huisartsen van het Nijmeegs Universitair Huisarts- en Instituut over de benadering van in de praktijk veel voorkomende aandoeningen (zie *Huisarts en Wetenschap* 1980; 23: 13-5). De lezer dient zich te realiseren dat het bij deze huisartseneeskundige conferenties meer gaat om een kritische bezinning op verschillende problemen dan om een poging, nu eens definitief vast te stellen hoe het wel zou moeten.

• *Extra-uteriene graviditeit.* Het IUD werkt lokaal in het cavum uteri en beschermt tegen het ontstaan van intra-uteriene zwangerschap. De ovulatie heeft normaal plaats, en de kans dat een vrouw die bij IUD-gebruik zwanger wordt, een extra-uteriene zwangerschap heeft, is daardoor groter dan bij vrouwen zonder IUD. In hoeverre het IUD,

ook als het gebruik beëindigd is, het ontstaan van een extra-uteriene zwangerschap bevordert, is onduidelijk.¹¹ Volgens de meeste deelnemers moet de gebruikster niet met dit soort beschouwingen worden lastiggevallen. Een duidelijke instructie om zich te melden bij overtijd-zijn en subjectieve zwangerschapsverschijnselen, is van belang.

• *Gebruik bij nulliparae.* Bijwerkingen, complicaties en zwangerschap bij het gebruik van een spiraaltje komen vaker voor bij nulliparae dan bij vrouwen die ooit gebaard hebben. Ook de insertie bij nulliparae is doorgaans minder eenvoudig dan bij parae. Het is een discussiepunt of dit ook een reden is om een nullipara het IUD-ge-

Voorlichting over het IUD

1. Demonstreren IUD

Het is aan te bevelen om het IUD te laten zien en aan de hand van een tekening of model uit te leggen, hoe het in de baarmoeder wordt ingebracht. Het kan nuttig zijn daarbij in te gaan op de ontwikkeling die het IUD heeft doorgemaakt; het beeld dat de leek over het spiraaltje heeft, lijkt nog sterk te worden bepaald door de problemen die door de vroegere modellen zijn veroorzaakt. Vooral het Dalconschildje heeft bijgedragen aan deze ongunstige beeldvorming.²

2. Betrouwbaarheid

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat de betrouwbaarheid van de Multiload Cu 250 rond de 0,5 zwangerschappen per 100 vrouwjaren in de eerste gebruiksjaren ligt.³ De betrouwbaarheid in de volgende jaren ligt hoger dan in het eerste jaar.⁶ De betrouwbaarheid neemt ook toe met de leeftijd van de vrouw en de pariteit.⁷ Al naar gelang de leefsituatie en de persoonlijke opvatting van de gebruikster en de arts, kan het van belang zijn ter sprake te brengen of een eventueel toch ontstane zwangerschap gerespecteerd zal worden. Overigens gaat het hierbij niet om een principieel maar om een gradueel verschil met pilgebruik, waarbij immers ook zwangerschappen ontstaan (variërend van 0,005 tot 0,5 zwangerschappen per 100 vrouwjaren). Alleen sterilisatie is betrouwbaarder dan pil en IUD; alle andere methoden zijn aanzienlijk minder betrouwbaar.

3. Toch zwangerschap ontstaan.

Indien een IUD-gebruikster vermoedt dat ze zwanger is, moet een zwangerschapstest worden verricht. Is deze positief en zijn de draadjes van het IUD zichtbaar, dan moet het IUD verwijderd worden. Omdat de kans op een extra-uteriene graviditeit bij IUD-gebruik groter is dan normaal is echoscopische controle van de zwangerschap nodig. Na het verwijderen van het IUD is er een grotere kans op een miskraam, maar de kans op een kind met congenitale afwijkingen is niet vergroot. Bij het niet verwijderen van het IUD is de kans op obstetische complicaties verhoogd (partus immaturis en praematuris, bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap en manuele placenta-verwijdering), maar ook dan heeft het kind geen verhoogd risico of congenitale afwijkingen.⁸

4. Cycluspatroon

Vrouwen die de pil hebben gebruikt, zijn gewend aan een regelmatige cyclus. De eigen cyclus heeft vaker een wisselende lengte en het bloedverlies is minder gelijkmatig. Met het ouder worden verandert het cycluspatroon, hetgeen de vrouw, zeker bij langdurig pilgebruik, niet heeft kunnen constateren. Wordt bij het inbrengen van het IUD met de pil gestopt, dan kan het nuttig zijn er op te wijzen dat het IUD geen invloed heeft op het cycluspatroon en dat het cycluspatroon onregelmatiger kan worden dan bij het pilgebruik het geval was.

5. Bloedverlies

Na het inbrengen van een IUD wordt de normale menstruatie heviger en langer, en er is premenstruele spotting en meer bloedverlies. Binnen drie maanden wordt dit minder, maar bij ruim de helft van de gebruiksters blijft het bloedverlies ook daarna meer dan bij de normale menstruatie.⁶

In tegenstelling tot vroeger is dit nog maar zelden reden tot verwijdering van het IUD. Bij vroegere pilgebruiksters kan het van belang zijn er op te wijzen dat een onttrekkingsbloeding minder bloedverlies geeft dan de normale menstruatie. Door het inbrengen van een IUD wordt het bloedverlies dan meestal nog wat meer.

6. Pijn

Indien de arts enige ervaring heeft, is het inbrengen van het IUD niet of nauwelijks pijnlijk (nullipara hier buiten beschouwing gelaten). Na de insertie mag het IUD geen pijnklachten veroorzaken, afgezien van enige onaangename contracties tijdens de menstruatie. Bij pijnklachten is tussentijdse controle noodzakelijk. Vaak is er dan een partiële expulsie, een laag intra-uteriene of intra-cervicale positie van het IUD.¹⁴

7. Utdrijving

Een volledige expulsie van een Multiload komt zelden voor: in 90 procent van de gevallen gaat het om een partiële expulsie die slechts bij controle te constateren is. De belangrijkste symptomen bij een partiële expulsie, maar ook bij een intra-cervicale positie van het IUD, zijn pijnklachten ontstaan door uteruscontracties en onaangename sensaties bij houdingsverandering met bekkenkanteling of bij de coïtus. De

cervix wordt gehinderd in zijn bewegingen opzichte van het corpus door het IUD, dat tot in het cervix-kanaal ligt.

Er is geen bezwaar tegen het gebruik van tampons, er is daardoor ook geen verhoogd risico op uitdrijving.

8. Infecties.

Een ontsteking van baarmoeder, eileiders en eierstokken met een IUD in situ, verloopt heftiger door het „corpus alienum effect”. Dit geldt in het bijzonder voor gonokokkeninfecties. Waarschijnlijk kunnen infecties door minder pathogene micro-organismen zich bij aanwezigheid van een IUD eerder uitbreiden naar het endometrium en de parametria.⁹ Abnormale afscheiding zeker indien deze gepaard gaat met pijn en/of temperatuurverhoging moet worden gemeld door de gebruikster.

Het IUD moet bij een (mogelijke) infectie worden verwijderd. Ontstekingen van het endometrium, tubae en ovariae beïnvloeden de vruchtbaarheidskansen ongunstig. Herhaalde infecties kunnen infertiliteit veroorzaken. Vrouwen die al eerder een van deze ontstekingen hebben doorgemaakt, of door hun leefwijze een verhoogd risico lopen, zal men op de consequenties moeten wijzen.¹³ Bij nulliparae moet het doorgemaakt hebben van een dergelijke infectie als contra-indicatie voor een IUD worden beschouwd.

9. Controle.

De eerstvolgende controle heeft plaats na de menstruatie die volgt op de insertie, daarna nog eens na twee maanden en vervolgens eens per jaar. De IUD-gebruikster moet zich voor controle melden bij ongerustheid, bij overtijd-zijn en/of subjectief zwangerschapsgevoel, bij pijnklachten en bij abnormale vaginale afscheiding, al dan niet met pijnklachten of temperatuurverhoging.

10. Duur van het gebruik.

Bij ongecompliceerd gebruik is er geen reden het IUD te verwisselen. De vroegere termijn van 2 à 3 jaar wordt in de literatuur niet meer aangehouden. Uit vervolgonderzoeken blijkt dat een koperhoudend IUD tot 5 jaar en langer in situ kan blijven zonder dat de betrouwbaarheid minder wordt.¹⁰

bruik te ontraden, ook als ze over deze grotere risico's geïnformeerd is.^{12 13} Zeventien van de eenentwintig deelnemers bleken een terughoudend beleid te voeren bij nulliparae, de vier anderen maakten geen onderscheid.

Overigens is niet bekend in hoeverre het voorkomen van bijwerkingen, complicaties en zwangerschap samenhangt met de nullipariteit of met de leeftijd. Oudere nulliparae blijken een IUD vaker probleemloos te verdragen.^{6 12} Anderzijds hebben jongere nulliparae nogal eens frequente en wisselende seksuele contacten en is daardoor het infectie-risico groter.

- **Contra-indicaties.** Absolute contra-indicaties voor een IUD zijn zwangerschap en een genitale infectie. Inertie tijdens of direct na de laatste dagen van de menstruatie sluit zwangerschap uit. Door een goede anamnese en een zorgvuldig vooronderzoek (duidelijk afwijkende fluor, palpabele afwijkingen en/of pijn bij toucher) is een bestaande infectie bijna altijd te herkennen.

Een in retroflexie gefixeerde uterus die niet in strekstand is te brengen, vormt een relatieve contra-indicatie. De kans op een faux route is dan groter. Heftige en/of onregelmatige menstruaties en dysmenorroe kunnen een contra-indicatie zijn: een IUD kan deze verschijnselen versterken. Een litteken in utero ten gevolge van een sectio verhoogt de kans op perforatie. Ook adhaesies kunnen hierbij problemen veroorzaken. Congenitale vormafwijkingen van het cavum uteri en in de baarmoederholte uitpuilende myomen kunnen de insertie bemoeilijken; de positie van het IUD in de baarmoeder is dan niet duidelijk. Indien een vrouw toch IUD wenst, ondanks een van deze relatieve contra-indicaties, is het beter met de gynaecoloog te overleggen of te verwijzen.

Discutabel is of expulsie van een eerder ingebracht IUD een relatieve contra-indicatie is. Indien de expulsie niet het gevolg is van een onjuiste inbrengtechniek (niet ver genoeg ingebracht IUD), is er een duidelijk verhoogde kans op een volgende expulsie. Een expulsie is bijna steeds partieel, zeker bij de Multiload. De centrale stam is uitgedreven en steekt uit de portio, de zij-armen zijn opgeslagen. De gebruikster wordt niet altijd door pijnklachten gealarmeerd, maar er is een verhoogd zwangerschapsrisico. Wordt toch tot re-insertie besloten, dan verdient het aanbeveling voor de eerste maanden aanvullende anti-conceptiematregelen (spermicide middelen) te adviseren.

Voorzieningen

Om tot een verantwoorde insertie van een IUD te kunnen overgaan, dient men te beschikken over de volgende attributen:

- **Een onderzoeksbank** die in een „gynaecologische stoel” is te veranderen. Het meest geschikt hiervoor lijkt een driedelige bank waarvan het midden-deel omhoog gezet kan worden als rugleuning, terwijl het voetgedeelte zitgedeelte wordt als de benen in de beugels aan het voeteneinde steunen.

Enige deelnemers, geroutineerd in het inbrengen van IUD's, vermeldden dat ze geen gynaecologische stoel gebruiken en staande naast en gebogen over de onderzoeksbank een IUD inbrengen. Anderen gebruikten een platte bank met voetsteuntjes aan het eind en knielden of hurkten aan het voeteinde van de bank tijdens de insertie.

Zeker voor beginners lijkt dit geen juiste houding. Als de vrouw in een „gynaecologische stoel” zit, zijn de buikspieren beter ontspannen en bij het bimanueel toucher is de ligging, grootte en mobiliteit van de uterus beter te beoordelen. Zitten of knielen tegenover het voeteinde van de onderzoeksbank tijdens de insertie, dus na het toucher, dat staande gebeurt, geeft de meeste bewegingsvrijheid in schouders en armen en daardoor de beste controle over de bewegingen en het gevoel van voortgang van het IUD door het cervixkanaal tot het in het cavum uteri aanstoot.

- **Een speculum** van het zelffixerende eendenbek-type, van metaal of van kunststof. Dit wordt gereinigd en gedisinfecteerd in een oplossing met een de-tergerend middel of in Betadine-scrub.

- **Toucher-handschoenen.** Hiervoor worden door allen plastic folie wegwerphandschoenen uit een verzamelenvolop gebruikt.

- **Een portio-aanhaaktang.** Allen zijn van mening dat het aanhaken van de portio nodig is om deze te fixeren en eventueel met enige tractie de uterus in strekstand te brengen bij retro- of ante-flexie.

Er blijken verschillende typen aanhaaktangen gebruikt te worden en ook de manier van plaatsen is wisselend. Het aanhaken van de voorlip met een wat bredere tang leidt soms bij het uitvoeren van tractie tot het dicht trekken van het cervixkanaal. Een andere mogelijkheid is een tangetje met twee ranke benen en aan de top dunne gebogen en spitse einden, waarvan een been in het cervixkanaal en het andere buiten op de

portio komt te staan, op „twee uur” voor rechtshandigen, op „tien uur” voor linkshandigen. Het tangetje zit niet in de weg en de tractie wordt beter in het verlengde van het cervixkanaal uitgeoefend. Het nabloeden hierbij is minder dan bij de brede tang die de voorlip pakt.

- **Een uterussonde** om de lengte van het uteruskanaal te bepalen.

Het gebruik van de sonde stond ter discussie. Voor het inbrengen van IUD's die met een plunjer in de baarmoederholte geduwd worden, moet men de lengte van het cervixkanaal en het cavum uteri kennen om het inbrengsysteem niet te ver naar binnen te brengen en perforaties te vermijden bij het uitduwen van het IUD. Sondering is daarom nodig om de afstand van de portio tot de fundus vast te stellen.

Enige deelnemers die vroeger ook met andere IUD-typen ervaring hebben opgedaan, vonden het voordeel van de Multiload dat deze doorgeschoven kan worden totdat hij in fundo blijft steken, hetgeen een typische weerstand geeft. Bij het terugtrekken van het inbrenghulsje blijft het IUD in situ achter door de weerhaakjes aan de zijarmen. Een plunjer wordt hierbij niet gebruikt. Sondering is daarom niet strikt nodig. Wezenlijk is immers niet de gemeten lengte van het uteruskanaal, maar dat het IUD tot in fundo wordt ingebracht en daar hokt. Navraag bij enige gynaecologen over dit discussiepunt leverde als informatie op, dat deze niet sonderen als bepaling van de ligging, grootte en mobiliteit van de uterus bij vaginaal toucher goed mogelijk is.

- **Een gebogen schaar** om de draadjes die aan het IUD hangen, te kunnen afknippen op 5 à 6 cm vanaf de portio.

- **Een goede verlichting** in het speculum met goed zicht op de portio.

Inbrengprocedure

Bij de inbrengprocedure kunnen de volgende verrichtingen worden onderscheiden:

- **Het vaginaal toucher**, waarbij ligging, grootte en mobiliteit van de uterus bepaald worden. Tevens heeft een beoordeling van de adnexen plaats, in het bijzonder gericht op pijnlijke zwellingen. Hierbij wordt een plastic toucherhandschoen gebruikt. Bij de verdere inbrengprocedure is geen handschoen meer nodig.

- **Het speculumonderzoek** voor de inspectie van vagina en portio. Bij een onrustige of verdachte portio moet een

smear worden gemaakt. Om abnormale afscheiding te kunnen beoordelen, moet een fluorpreparaat worden onderzocht.

- *De desinfectie* van portio en achterste deel van de vagina gebeurt met Betadine jodium of scrub door herhaald afpoetsen.

- *Het aanhaken* van de portio geschiedt met een van de beschreven klemmen. Tractie aan de klem is niet nodig, als de uterus in strekstand ligt. De klem dient als fixatie, zodat de uterus niet uitwijkt als wordt gesondeerd of als het IUD naar binnen wordt geschoven. Tractie is wel nodig bij sterke vormen van ante- en retroflexie, zodat de uterus zoveel mogelijk in strekstand wordt gebracht.

- *Sonderen*. Indien wordt gesondeerd, moet er op worden gelet dat de steriele sonde de schedewanden niet raakt; in dat geval zou de uterusholte met vaginale flora gecontamineerd kunnen worden. Het markeren van de gevonden lengte bij het sonderen geschiedt door het ringetje op het inbrenghulsje minstens tot op dat punt van de top te verplaatsen. Indien niet wordt gesondeerd, plaatst men het ringetje ruim naar beneden, zodat dit niet voortijdig tegen de portio kan komen en de verdere voortgang zou belemmeren.

- *Insertie* van het IUD geschiedt door het inbrenghulsje in het cervixkanaal te schuiven, terwijl de portio met een aanhaakklem wordt gefixeerd. Ook hierbij moet het IUD, dat steriel uit de verpakking komt, niet in aanraking komen met andere voorwerpen. De verdere procedure wordt bepaald door het type IUD dat wordt gebruikt:

De twee-handstechniek wordt toegepast bij de Multiload. Eén hand is nodig voor het fixeren van de portio-klem, de andere voor het inbrengen van het hulsje of rietje dat de Multiload bevat. Indien dit is doorgeschoven tot het blijft steken in fundo, wordt het hulsje eenvoudig teruggetrokken; door de weerhaakjes blijft de Multiload in fundo achter.

Andere IUD-typen worden voor de insertie opgetrokken in een inbrengsysteem en moeten, na het passeren van het cervixkanaal, met behulp van een zogenaamde plunjer daar weer worden uitgeduwd. Daarvoor zijn eigenlijk drie handen nodig: één voor het fixeren van de portio, één om het inbrengsysteem naar binnen te schuiven en daar te fixeren, en één om de plunjer te bedienen die het IUD uit het inbrengsysteem in het cavum duwt. Voor twee handen is dat een ingewikkelde manoeuvre; eigenlijk moet men hierbij geassisteerd worden. Tegenwoordig zijn er IUD-typen die dit proberen te ondervangen door inbreng-

hulsje en plunjer van ringen te voorzien, zodat deze door de afzonderlijke vingers van één hand bediend kunnen worden.

Afknippen van de draadjes die aan het IUD bevestigd zijn, gebeurt bij voorkeur op een standaardlengte van 5 à 6 cm, lang genoeg om ze bij verwijderen van het IUD met een tampontang te kunnen pakken.

Als de portio door tractie aan de klem naar voren is gekomen, bij een slap ophangapparaat zoals in de weken post partum weleens voorkomt, is het nodig de uterus te reponeren door met een tampon in de tang de portio naar achteren te drukken.

Uit de discussie zijn de volgende punten het vermelden waard:

Het gebruiken van lokale anesthesie werd niet vermeld bij de inbrengprocedure. Slechts twee van ons passen weleens lokale anesthesie toe rond het cervixkanaal bij nulliparae. De indicatiestelling hiervan is niet duidelijk aan te geven.

Ook dilatatie van het cervixkanaal, zoals weleens gebeurt bij nulliparae, behoort volgens onze mening niet tot de verrichtingen van de huisarts. Het wordt door niemand van ons toegepast. De algemene mening was dat, indien de insertie bij een nullipara niet op eenvoudige wijze lukt, men het ook niet moet proberen met ingrepen als lokale anesthesie en dilatatie van de cervix. De meningen waren verdeeld over de vraag, of het in zo'n situatie zinvol is een gynaecoloog deze ingrepen te laten verrichten.

Een van de vragen van de enquête was of er bij het inbrengen van het IUD obligaat een portio-smear wordt gemaakt. Twaalf van de eenentwintig deelnemers vonden dat het afnemen van een portio-smear bij het inbrengen van het IUD niet als routine dient te geschieden. Drie deelnemers maken van deze gelegenheid wel steeds gebruik om te screenen op portiocarcinoom. Bij de overigen is dit afhankelijk van de leeftijd van de vrouw en/of van de termijn die is verlopen sedert de vorige controlesmear.

Ervaringen

In de enquête werd frequent het gemak voor de gebruikster van het IUD vermeld: „geen omkijken naar”, „geen dagelijkse zorg zoals bij het innemen van de pil”. De onaangenaamheden van het IUD-gebruik (langere en vaak heviger menses) werden doorgaans als minder

hinderlijk ervaren dan de verschillende neveneffecten van de pil. Dit blijkt ook uit het gering aantal verwijderingen van het IUD in verband met klachten van de gebruikster. Dit ligt bij de deelnemers in dezelfde orde van grootte als bij vervolgonderzoeken. In een prospectieve studie over het gebruik van de Multiload vond *Mall-Haefeli* dat het percentage verwijderingen in verband met hinderlijke bijwerkingen in drie jaar opliep tot 5,13 procent.³

Ook de bekende bijwerkingen en complicaties werden vermeld. Hoewel deze niet te relateren zijn aan het aantal vrouwjaren, kunnen er toch conclusies uit worden getrokken. In totaal werden vermeld: 43 totale en partiële expulsies, 18 zwangerschappen (waarvan één extra-uterien), 27 infecties met het beeld van een *pelvic inflammatory disease* (PID) en 1 perforatie. De rapporteur vermeldde hierbij: perforatie bij een IUD van het oudere type, dat op verzoek van patiënte al tien dagen post partum werd ingebracht. Er is geen reden om aan te nemen dat er onderrapportage is van deze complicatie. Ook uit de literatuur blijkt dat perforatie tijdens de insertie van een Multiload onder normale omstandigheden (geen gefixeerde retroflexie, geen uteruslittekens, etc.) zelden voorkomt.¹⁶

Onnodige angst voor perforatie kan leiden tot een andere complicatie. Bij de eerste stroefheid die ontstaat bij het naar binnen schuiven (de toename van de weerstand die het ostium internum vaak geeft), wordt al gestopt met de insertie en wordt het inbrengrietje teruggetrokken. Met andere woorden: het IUD wordt niet ver genoeg ingebracht en geeft geen of onvoldoende bescherming. Bovendien ontstaan door de mechanische prikkeling van het IUD in het cervixkanaal pijnklachten. Deze prikkeling van het cervixkanaal kan aanleiding geven tot uteruscontracties en daardoor de uitdrijving bevorderen. Onze enquête bevatte ook vragen over anemie ten gevolge van IUD-gebruik. De oudere typen IUD's gaven frequent aanleiding tot dusdanig hevig bloedverlies, dat daardoor anemie ontstond.¹⁷ De tegenwoordige koperactieve IUD's zijn kleiner van omvang en geven minder bloedverlies. Niemand van ons controleert daarom nog routinematig Hb's bij IUD-gebruiksters. Wel zijn we er op bedacht dat deze complicatie zich kan voordoen, en controleren we uiteraard bij verdenking op anemie.

Tenslotte leverde de enquête een oververtegenwoordiging van problemen met vroegere IUD-typen op; daarbij ging het

vooral om de Lippes lus en het Dalcon schildje. Ook uit de literatuur is bekend dat de koperactieve IUD's een grotere betrouwbaarheid hebben en een lagere complicatie-frequentie.^{5 7 10} Door alle deelnemers werd de huidige complicatie-frequentie bij IUD-gebruik als laag omschreven.

Deelnemers

aan deze HGH-conferentie waren: H. J. D. W. M. Arts, J. F. Bakker, H. J. Bakker, W. J. M. Becking, W. J. H. M. van den Bosch, J. P. van Dam, C. J. Erdman, J. H. J. Hardeman, Prof. Dr. F. J. A. Huygen, Dr. W. J. J. Ligtenberg, E. H. van de Lisdonk, T. Lagro-Janssen, P. Mesker, J. Mesker-Niessen, Dr. J. W. van Ree, G. E. H. M. Rutten, J. W. G. Schellekens, Dr. A. J. B. I. Sips, V. C. L. Tielens, Prof. Dr. H. G. M. van der Velden, Dr. Th. B. Voorn, J. T. N. Weijtens, R. van der Grinten, Dr. H. Crebolder, Prof. Dr. J. Michels en F. G. Schellevis.

- ¹ De Laat WNGM, Meuwissen JHJM, Martens ALJE. Huisarts en IUD. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 195-8.
- ² Tatum HJ, Schmidt FH, Philips D, et al. The Dalkon shield controversy. Structural and bacteriological studies of IUD tails. JAMA 1975; 231: 711-7.
- ³ Mall-Haefeli M. Eine prospektive Langzeitstudie mit dem IUD Cu 250 (Multiload). In: Die intrauterine Kontrazeption. Berlin: Grosse Verlag, 1982.
- ⁴ Tranie G. Etude retrospective et comparée entre 300 Gravigardes et 300 ML Cu 250. Contracept Fert Sex 1979; 7:607-9.
- ⁵ Van Os WAA, Thierry M, Van der Pas H, e.a. Binnenbaarmoederlijke voorbehoedmiddelen met koper, de combined multiload copper iud (ML Cu 250). Ned Tijdschr Geneesk 1977; 121: 568-71.
- ⁶ Koch UJ. Klinisch-zytologisch Erfahrungsbericht über das IUD ML Cu 250. In: Die intrauterine Kontrazeption. Berlin: Grosse Verlag, 1982.
- ⁷ Thierry M, Van der Pas H, Van Os WAA, et al. Three years experience with the ML Cu 250, a new copper wired intra-uterine contraceptive device. Adv Planned Parenthood 1978; 13 (2/3): 35-40.
- ⁸ Tatum HJ, Schmidt FH, Jain AK. Management and outcome of pregnancies associated with the Copper - T intra-uterine contraceptive device. Am J Obstet Gynaecol 1976; 126: 869-79.
- ⁹ Feichter GE, Tauber PF, Rosenthal E, Ludwig H. Zur bakteriellen Besiedlung kupferhaltiger Intrauterin pessare. Geburtshilfe Frauenheilkd 1978; 38: 904-14.
- ¹⁰ Schultze KW. Langzeiterfahrungen mit der intrauterinen Empfängnisverhütung Geburtshilfe Frauenheilkd 1980; 40: 153-58.
- ¹¹ Vessey MP, Yeates MP, Flavel R. Risk of ectopic pregnancy and duration of use of an intra-uterine device. Lancet 1979; ? : 501-2.
- ¹² Graham S, Simcock BW. A review of the use of intra-uterine devices in nulliparous women. Contraception 1982; 26: 323-46.

- ¹³ Weström L. Incidence, prevalence and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries. Am J Obstet Gynaecol 1980; 138: 880-92.
 - ¹⁴ Vessey MP, Yeates D, Flavel R, McPherson K. Pelvic inflammatory disease and the intra-uterine device: findings in a large cohort study. Br Med J 1981; 282: 855-7.
 - ¹⁵ Schmidt EH, Wagner H, Quahernach K. Ergebnisse der Lage Überwachung von intrauterinen Pessaren durch Ultraschall. Geburtshilfe Frauenheilkd 1979; 39: 138-43.
 - ¹⁶ Zakin D, Stern WZ, Rosenblatt R. Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intra-uterine device. II. Diagnostic methods, prevention and management. Obstet Gynaec Surv 1981; 36: 401-17.
 - ¹⁷ Guillebaud J, Bonnar J, Morehead J, Matthews A. Menstrual blood-loss with intrauterine devices. Lancet 1976; i: 387-90.
- Vervolg van p. 15**
- ¹⁵ Graham S, Simcock BW. A review of the use of intra-uterine devices in nulliparous women. Contraception 1982; 26: 323-46.
 - ¹⁶ International Forum. Pelvic inflammatory disease and the intra-uterine device: a causal relationship? Int J Gynaecol Obstet 1980; 17: 504-14.
 - ¹⁷ Valicenti JF, Pappas AA, Graber CD, et al. Detection and prevalences of IUD-associated actinomyces colonization and related morbidity in a prospective study of 69,925 cervical smears. JAMA 1982; 247: 1149-52.
 - ¹⁸ Boon ME, Kirk RS, De Graaf Guilloud JC. Psammoma bodies and some opportunistic infections detected in cervical smears of women fitted with a IUD. Contracept Deliv Syst 1981; 2: 231-6.
 - ¹⁹ Burkman R, Schlesselman S, McGeoffrey L, Gupta PK, Spence M. The relationship of genital tract actinomycetes and the development of pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynaecol 1982; 143: 585-9.
 - ²⁰ Duguid HLD, Parrat D, Traynor R. Actinomycetes - like organisms in cervical smears from women using intra-uterine contraceptive devices. Br Med J 1980; 281: 534-7.
 - ²¹ Wassenberg PHS, Bleker OP. Salpingitis. In: Het Medisch Jaar. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1984.
 - ²² Elstein M. Bijdrage aan International Forum. Int J Gynaecol Obstet 1980; 17: 508-9.
 - ²³ Thompson SE, Hager WD, Wong KH, et al. The microbiology and therapy of acute pelvic inflammatory disease in hospitalized patients. Am J Obstet Gynaecol 1980; 136: 179-84.

- ²⁴ Beerhuizen RCJM. Intra-uterine anticonceptie. Een literatuuroverzicht en klinisch onderzoek naar tubaveranderingen bij IUD-gebruik [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1979.
- ²⁵ Weström L. Bijdrage aan International Forum. Int J Gynaecol Obstet 1980; 17: 509-11.

Nota bene

Attitude-onderwijs is te verdedigen; attitude-beoordeling niet.

De beroepsnaam „psychohygiënist” is een te ver doorgevoerde beeldspraak: lelijk en gevaarlijk.

Stellingen bij: Griez EJL. Van den Hout MA. Carbon dioxide and anxiety [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1984.

Bij het beoordelen van de leefbaarheid van verpleeghuizen is het van belang een onderscheid te maken tussen de problematische kanten van het chronisch ziek zijn van de bewoners enerzijds en de tekortkomingen in de verpleeghuissituatie anderzijds.

Stelling bij: Van Dijk JK. Besluitvorming in hulpverleningsinstellingen: democratisch en doelmatig? [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1984.

Preventie van probleemdrinken dient te beginnen met de vraag hoe een samenleving erin slaagt de vraag naar de schadelijkheid van drankgebruik tot op grote hoogte te negeren.

Dat vele artsen de kans op herstel bij probleemdrinkers of „alcoholisten” laag schatten, is mede te wijten aan het feit dat artsen alcoholproblemen veelal pas na lange duur als zodanig herkennen.

Stellingen bij: Knibbe RA. Alcoholgebruik en alcoholproblemen [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1984.