

Huisarts en orale anticonceptie: van controle naar selectie

De begeleiding van de orale contraceptie behoort tot de *succes stories* van de huisartsgeneeskunde.¹ Niet alleen raakte een nieuwe anticonceptiemethode binnen betrekkelijk korte tijd ingeburgerd, bovendien wist de huisarts de bijbehorende controle zeer snel te integreren in zijn taakopvatting en -vervulling. Daarbij komen zowel somatische (vooral bijwerkingen) als psychosociale aspecten aan bod, zoals van de huisarts mag worden verwacht.

Het somatische aspect van de pilcontrole draagt duidelijk de sporen van de destijds verwachte problemen: vooral naar genitale afwijkingen werd gezocht, reden om inspectie van de portio, vaginaal toucher, cervixuitstrijk en eventueel behandeling van een portio-erosie in de controle op te nemen. Latere ervaringen wezen echter veeleer in de richting van cardiovasculaire complicaties en het meten van de bloeddruk is sindsdien een welhaast obligaat onderdeel van het controlepakket geworden.

Zonder veel overdrijving kan worden gesteld dat de pilcontrole een van de eerste protocollen in de huisartsgeneeskunde is geweest, al werd de term destijds nog niet gebezigd. De pilcontrole is tevens een hardnekkig bestaan beschoren. Hoewel de aanvankelijk gevreesde bijwerkingen nauwelijks optreden en nieuwe ontwikkelingen, met name de sub-50 pillen en gerichte selectie van gebruiksters, hebben geleid tot een aanzienlijk lagere incidentie van cardiovasculaire complicaties, behoort de pilcontrole nog steeds tot het cultuurpatroon van de eerste lijn. Weliswaar zit de professe met deze ingeslepen routine in haar maag,^{2,4} maar daarmee is het bestaande controleschema nog niet veranderd.

In dit nummer vindt de lezer drie artikelen, die een bijdrage kunnen leveren aan de aanpassing van de pilcontrole.

Een groep deskundigen formuleert een gemeenschappelijk standpunt over deze materie.⁵ Hun advies impliceert een geduchte afslanking – zowel naar inhoud als naar frequentie – van de routinecontrole bij de gemiddelde gebruikster van orale anticonceptiva.

Een dergelijke afslanking is wenselijk om de medicalisering te bestrijden, die uitgaat van een periodieke medische controle. De hoge controlefrequentie die Meijman vaststelt bij subjectieve, fysiek weinig bedreigende bijwerkingen van de pil,⁶ suggereert dat hier ten minste een iatrogene kant aan zit. Opvallend is ook hoe ver de dagelijkse praktijk verwijderd is van de met pilgebruik gerelateerde cardiovasculaire aandoeningen en maligniteiten, die in de lekenpers zo op de voorgrond staan.

Afslanken van het controleschema betekent ook een meer uniform en gefundeerd controle-aanbod aan de pilgebruikster. Op dit gebied blijkt – niet onverwacht – thans nogal wat diversiteit te bestaan.⁷

Rest de vraag of de pilcontrole aangepast of afgeschaft dient te worden. Zoals ook uit het verslag van de consensusbijeenkomst blijkt, gaat het vooral om selectie vooraf: orale anticonceptie voor diegenen die op grond van leeftijd, medische voorgeschiedenis en familie-anamnese zonder bezwaar een (sub-50) pil kunnen gebruiken. De elementen die thans in het pilcontrolepakket zitten, maar een algemeen preventief karakter hebben – anti-rookadvies en screening op hypertensie, mammacarcinoom en/of cervixcarcinoom – behoren in feite aan alle vrouwen te worden aangeboden, ongeacht hun gebruik van orale contraceptie. En om die reden behoren zij ook buiten het controleschema te worden gehouden. Bovendien is de pil-gebruikende groep als geheel te jong om zinvolle screening op deze risicofactoren mogelijk te maken. Om deze redenen dient te worden afgezien van routinematige nacontrole. Uitsluitend een vervolgen van de bloeddruk gedurende de eerste jaren van het pilgebruik – los van de algemene leeftijdindicatie – lijkt gerechtvaardigd.

Ingesloten routines blijken moeilijk te veranderen. Daarom is het wenselijk dat de huisarts niet alleen zijn controle aanpast – selectie vooraf in plaats van controle op asymptomatische bijwerkingen achteraf – maar ook daarover het publiek van (toekomstige) pilgebruiksters met redenen omkleed informeert. In Amsterdam, Capelle aan de IJssel en Venlo zijn reeds eerder door huisartsen folders gebruikt om een verandering van hun controlebeleid te verantwoorden. Bij een nieuwe standaardisering past ook dat de huisarts openlijk verantwoording aflegt aan de gebruiksters.

C. van Weel

¹ Meijman FJ. Anticonceptiebegeleiding door huisartsen. Huisarts Wet 1986; 29(suppl 10): 10-14.

² Meijman FJ. De pilcontrole. Zin en onzin van een routinehandeling in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1980; 23: 92-100.

³ Sips AJBI. Bij een pilrecept hoort een pilcontrole. Huisarts Wet 1984; 27(suppl 8): 41-4.

⁴ Huls J. De anticonceptiepil moet vrij verkrijgbaar zijn. Huisarts Wet 1984; 27(suppl 8): 45-6.

⁵ Sips AJBI, Crebolder HFJM. Een consensusprocedure over de pilcontrole. Huisarts Wet 1987; 30: 174-8.

⁶ Meijman FJ. Geregistreerde problemen bij 3608 pilcontroles. Huisarts Wet 1987; 30: 170-3.

⁷ Crebolder HFJM, Sips AJBI. De pilcontrole: onderzoek en opvattingen. Huisarts Wet 1987; 30: 180-2.