

Plaatst u spiraaltjes bij nulliparae?

Vragen aan huisartsen over hun IUD-beleid

E. VAN DE LISDONK
L. LIEM

Uit een enquête onder alle Nijmeegse huisartsen blijkt dat tweederde van hen spiraaltjes plaatst. De bekende contra-indicaties worden door deze huisartsen bij vrouwen zonder kinderen net zo belangrijk gevonden als bij vrouwen met kinderen. Het mislukken van insertie en overmatig bloedverlies doen zich in de praktijk wel wat vaker voor bij nulliparae dan bij niet-nulliparae, maar zwangerschap, expulsies en PID ziet men zeker niet frequenter bij nulliparae. De respondenten laten zich in hun beleid vooral leiden door PID en/of extra-uteriene zwangerschap in de anamnese, en door de aanwezigheid van myomen. Het is duidelijk een kwestie van waardering van de risico's dat sommige huisartsen besluiten bij voorkeur niet te plaatsen bij nulliparae.

Van de Lisdonk E, Liem L. Plaatst u spiraaltjes bij nulliparae? Vragen aan huisartsen over hun IUD-beleid. Huisarts Wet 1990; 33(2): 63-5.

Vakgroep huisartsgeneeskunde, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Verlengde Groenestraat 75, 6525 EJ Nijmegen.

Dr. E. van de Lisdonk, huisarts; Mw. drs. L. Liem, medisch student.

Inleiding

Het gebruik van IUD's door nulliparae is controversieel. Bij deze vrouwen zou de betrouwbaarheid geringer zijn dan bij met vrouwen met een of meer kinderen, terwijl het aantal complicaties hoger zou liggen. Vooral expulsie na insertie, hyper- en dysmenorroe en infecties in het kleine bekken (pelvic inflammatory disease, PID) zouden bij nulliparae vaker optreden. De tweede auteur leerde dan ook in haar co-assistent-schap gynaecologie dat plaatsing van een IUD bij nulliparae een kunstfout zou zijn.

Onderzoek op dit terrein is ingewikkeld. Zo heeft het enige tijd geduurd voordat duidelijk werd dat het type IUD van belang was: het Dalkonschildje werd uit de handel genomen vanwege een verhoogde kans op PID door de getwijnde constructie van het uit de cervix hangende draadje.

Ook de leefwijze van de vrouw moet als variabele in onderzoek worden betrokken; de kans op een PID bij IUD-draagsters is sterk gerelateerd aan de kans op een seksueel overdraagbare aandoening. Waarschijnlijk lopen nulliparae hierdoor een grotere kans op een PID bij IUD-gebruik dan vrouwen met kinderen. De kans op een extra-uteriene graviditeit bij een IUD is ongeveer even groot als wanneer geen anti-conceptie wordt gebruikt; bij gebruik van ovulatieremmers is deze kans duidelijk kleiner. Er bestaat dus nog geen zekerheid over de vraag of nullipariteit inderdaad een risicofactor is bij IUD-gebruik.

In het kader van een keuzestage werd een onderzoek uitgevoerd met de volgende vraagstelling:

- welke kennis hebben huisartsen over de complicaties en bijwerkingen van het IUD;
- hoe hoog schatten huisartsen de kans op complicaties van het IUD bij nulli- en niet-nulliparae;
- welk beleid met betrekking tot het IUD hebben huisartsen bij nulliparae?

Methode

Op grond van literatuuronderzoek¹⁻¹⁴ zijn de volgende bijwerkingen en complicaties in de studie betrokken: hyper/dysmenor-

roe, expulsie, zwangerschap, acute PID en chronische PID. Als contra-indicaties werden opgenomen: PID in de anamnese, SOA in de anamnese, hyper/dysmenorroe en promiscuïteit. Deze bijwerkingen, complicaties en contra-indicaties hebben wij beschouwd als de 'minimaal benodigde informatie' die aan de orde dient te komen bij een eerste consult in verband met een 'IUD-wens'.

De gegevens zijn verzameld door middel van een schriftelijke enquête, die in aanwezigheid van de onderzoekster werd ingevuld. In het eerste deel van de enquête werd gevraagd naar het aantal jaren ervaring met het plaatsen van IUD's, het aantal IUD-draagsters in de eigen praktijk, het aandeel van de nulliparae hierin en de informatie die gewoonlijk aan de orde komt bij een eerste IUD-consult. In het tweede deel werd gevraagd naar een schatting van het aantal complicaties dat men in de praktijk had gezien bij nulliparae en bij vrouwen met een of meer kinderen, naar het eigen beleid in enkele casus, en naar het belang dat men hechtte aan de bovengenoemde contra-indicaties en complicaties.

Alle 68 in Nijmegen praktiserende huisartsen en enkele stafleden van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut werden voor het onderzoek benaderd. Als exclusie criterium gold minder dan één jaar ervaring met het plaatsen van IUD's in eigen praktijk.

Resultaten

Van de 68 benaderde huisartsen hadden er 24 geen of te weinig ervaring, terwijl 4 huisartsen niet bereid waren tot deelname. De onderzoeksgroep bestond dus uit de resterende 40 huisartsen, benevens 6 huisarts-stafleden van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

Het eerste deel van de enquête werd door alle deelnemers ingevuld; het tweede deel door 44.

Driekwart van de respondenten plaatste langer dan vijf jaar IUD's, naar schatting gemiddeld elf per jaar (spreiding 2 tot 25). Volgens vier van de vijf respondenten ging het daarbij minder vaak om nulliparae dan

om niet-nulliparae. Slechts 4 van de 46 huisartsen noemden bij de 'papierpatiënte' alle negen items betreffende de 'minimaal benodigde informatie'; 14 noemden er acht, 13 zeven, 8 zes en 6 vijf of minder. *Tabel 1* geeft onder de kolom 'Nagegaan' een overzicht van de percentages huisartsen per item.

De ervaringen met betrekking tot de diverse potentiële complicaties bij nulliparae liepen nogal uiteen (*tabel 2*). In tegenstelling tot wat in de literatuur wordt gevonden, vermeldden de huisartsen geen grotere frequentie van zwangerschappen bij nullipare IUD-draagsters. Uterusperforatie en expulsie zouden slechts volgens enkele respondenten vaker bij nulliparae voorkomen. Abnormaal of overmatig bloedverlies en/of pijn leidend tot verwijdering van IUD komt volgens eenderde van de respondenten wél vaker bij nulliparae voor. Een op de vijf respondenten meldde hetzelfde ten aanzien van de acute PID, al zei eveneens een op de vijf dat PID na insertie van een IUD bij nulliparae even vaak voorkomt als bij niet-nulliparae. Een groot aantal respondenten wist deze vragen niet te beantwoorden.

In het beleid bleken de respondenten zich vooral te laten leiden door gegevens als PID en extra-uteriene zwangerschap in de anamnese, en in iets mindere mate door promiscuïteit en de aanwezigheid van myomen. PID en extra-uteriene zwangerschap in de anamnese leidde veelal tot een negatief advies bij respondenten die gewend waren IUD's te plaatsen bij nulliparae. Zonder PID of extra-uteriene zwangerschap in de anamnese bleken vrijwel alle respondenten die niet gewend waren bij nulliparae een IUD te plaatsen, daartoe toch bereid als andere vormen van anticonceptie problemen gaven.

De contra-indicaties en complicaties van IUD's achtte men in gelijke mate van belang voor nulliparae en voor niet-nulliparae. Dit resultaat vergeleken we met de spontane vermelding in het eerste deel van de enquête van informatie die men gewoonlijk gaf aan vrouwen die een IUD wensden (*tabel 1*). Een deel van de items wordt wel belangrijk gevonden, maar

Tabel 1 *Mate waarin huisartsen zeggen items beleidsmatig van belang te vinden, en mate waarin dit werd nagegaan in consulten bij eerste presentaties van IUD-wens. Percentages (N=44 huisartsen).*

| | Belangrijk | Nagegaan |
|--------------------------|------------|----------|
| <i>Contra indicaties</i> | | |
| PID in anamnese | 95 | 70 |
| myomen | 84 | 80 |
| promiscuïteit | 71 | 46 |
| SOA in anamnese | 64 | 30 |
| jonge leeftijd | 50 | 11 |
| <i>Complicaties</i> | | |
| kans op PID | 91 | 89 |
| infertiliteit na PID | 75 | 30 |
| zwangerschapskans | 55 | 70 |
| expulsie | 55 | 54 |
| dysmenorroe | 50 | 90 |
| hypermenorroe | 36 | 91 |

Tabel 2 *Geschatte frequentie van optreden van complicaties bij nulliparae en niet-nulliparae. Percentages (N=46 respondenten).*

| | Optreden complicaties bij nulliparae | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------|-------|-----------|
| | minder vaak | even vaak | vaker | weet niet |
| Mislukken insertie | 7 | 17 | 46 | 30 |
| Abnormaal of overmatig bloedverlies | 0 | 37 | 33 | 30 |
| Zwangerschap | 9 | 41 | 2 | 48 |
| Expulsie | 11 | 32 | 11 | 46 |
| Uterusperforatie | 7 | 20 | 4 | 69 |
| Acuut PID | 4 | 22 | 22 | 52 |

slechts ten dele nagegaan, terwijl ook het omgekeerde gebeurt.

Beschouwing

De uitkomst dat tweederde van de Nijmeegse huisartsen ervaring heeft met het plaatsen van IUD's, stemt overeen met gegevens uit 1983.⁵

Eenderde van de respondenten zou bij een eerste consult minder dan tweederde van de 'minimaal benodigde informatie' vragen of verstrekken. Onvoldoende kennis lijkt hiervoor geen goede verklaring, gezien het belang dat werd gehecht aan items die minder vaak werden nagevraagd.

Verder is bekend dat huisartsen in situaties die de werkelijkheid nabootsen, vaak minder protocollair handelen dan zij in reële situaties doen.¹⁵

Van de contra-indicaties voor plaatsing van een IUD wordt in de literatuur vooral belang gehecht aan PID's in de anamnese. Sommigen beschouwen deze aandoening zelfs als absolute contra-indicatie voor het (opnieuw) plaatsen van een spiraaltje. Ook de combinatie van promiscuïteit en jonge leeftijd, veelal gerelateerd aan nullipariteit, wordt gezien als contra-indicatie omdat juist dan frequent complicaties zouden optreden. Een uterusanomalie wordt in de literatuur minder zwaar gewogen.

Van de bijwerkingen wordt vooral de zwangerschapskans van belang geacht. Deze is uiteraard sterk verhoogd bij (onopgemerkte) expulsie. Ook vindt men in de literatuur grote bezorgdheid over de kans op genitale infecties bij nulliparae na plaatsing van een IUD. Niet het IUD zelf, maar bijkomend risicogedrag (promiscuïteit, grote seksuele activiteit) wordt dan, in combinatie met een jonge leeftijd, als oorzaak genoemd.

De ondervraagde huisartsen zijn minder absoluut en vaak minder terughoudend dan op grond van de literatuur mocht worden verwacht. Hun schattingen van expulsies, PID's en cyclusstoornissen na insertie waren lager dan in de literatuur wordt vermeld. Herinnerings-bias kan hierbij een rol spelen, als ook enige mate van 'wensdenken': deze huisartsen zijn immers te kenschetsen als 'pro spiraal'. Toch lijkt het de moeite waard na te gaan of in de huisartspraktijk inderdaad minder complicaties voorkomen, en in hoeverre dit te maken heeft met selectie en/of de werkwijze bij plaatsing. Selectie ten gunste van multiparae bleek in ons onderzoek nauwelijks een rol te spelen.

Opmerkelijk is het feit dat pariteit geen rol speelde bij de antwoorden over frequenties en het belang van contra-indicaties en complicaties. Het is niet zo dat

degenen die niet plaats en bij nulliparae, menen dat bij deze groep vaker complicaties voorkomen. Het is blijkbaar meer een kwestie van waardering van het risico en misschien ook van zorg voor een maximale fertiliteitskans. Mogelijk spelen verder de soms wat lastiger insertie en het optreden van pijn een rol bij nulliparae.

De bevindingen van dit onderzoek behoeven niet met de werkelijkheid overeen te stemmen. Mogelijk wordt in de praktijk vaker volgens de norm van de 'minimaal benodigde informatie' gewerkt dan op papier werd opgegeven.

Een belangrijke beperking van ons onderzoek is tenslotte het ontbreken van informatie van de andere partij: de vrouw die om IUD vraagt, bepaalt immers mede wat in een gesprek aan de orde komt, en zij kan vertellen in hoeverre aan haar vragen en verwachtingen is voldaan.

Literatuur

- ¹ De Graaf WJ, Willemsen TM. Huisarts en anticonceptie. *Huisarts Wet* 1975; 18: 478-88.
- ² Beerthuizen RJCM. Intra-uterine anticonceptie [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1979.
- ³ Querido L. IUD's en hun bijzonderheden – een literatuuronderzoek. *Stimezo-onderzoek*

1980.

- ⁴ Sips AJBI. Veranderingen in geboorteregeling, waarnemingen in een huisartspraktijk van 1973-1980 [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981.
- ⁵ De Laat WNGH, Meeuwissen JHJM, Martens ALJE. Huisarts en IUD. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 195-8.
- ⁶ Dukkers van Emden DM, Van der Klaas PJ. Risico's van het IUD voor jonge vrouwen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 1272-6.
- ⁷ Van der Wal G, Smeenk RCJ, Wempe PA. Vijf jaar spiraaltjes in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1985; 28: 5-10.
- ⁸ Van der Wal G. IUD en pelvic inflammatory disease. *Huisarts Wet* 1985; 28: 11-5.
- ⁹ Sips AJBI. De toepassing van het IUD door de huisarts. *Huisarts Wet* 1985; 28: 16-20.
- ¹⁰ Mesker-Niesten J, Nadorp D, Nolet H, Prick-Slothouwer M. Ervaringen van IUD-gebruikers. *Huisarts Wet* 1985; 28: 244-6.
- ¹¹ Sips AJBI. Intra-uterine anticonceptionele middelen. *Practitioner (NL)* 1986; 3: 401-13.
- ¹² Wibaut FP. Ongewenst onvruchtbaar na IUD-gebruik? *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 30: 81-2.
- ¹³ Thiery M. De intra-uteriene anticonceptie. In: *Fertiliteits-Informatorium*. Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu 1987.
- ¹⁴ Wibaut P, Wibaut F. Anticonceptie. Utrecht: Bunge, 1989.
- ¹⁵ Rethans JJ, Drop R, Sturmans F, Van Leeuwen Y. Simulatiepatiënten in onderwijs en praktijk. *Huisarts Wet* 1989; 32: 366-9. ■