

Huisarts en vasectomie: een vruchtbare combinatie?

Een haalbaarheidsstudie

A.N. GOUDSWAARD

Goudswaard AN. Huisarts en vasectomie: een vruchtbare combinatie? Een haalbaarheidsstudie. Huisarts Wet 1999;42(8):350-3.

Doel Weergeven van procedure en resultaten bij 34 vasectomieën, uitgevoerd door een huisarts in de eigen praktijk in de loop van ruim vier jaar.

Methode Beschrijvend en observationeel onderzoek. Alle consulten met betrekking tot een vasectomie werden geregistreerd en geanalyseerd. Aan de orde komen: voorlichting, technische uitvoering, zaadcontrole en complicaties.

Resultaten Het aantal verzoeken om sterilisatie was 44 (incidentie: 7,8/1000 mannen/jaar): 36 mannen kozen voor behandeling door de huisarts. Er werden 34 vasectomieën uitgevoerd (gemiddeld acht per jaar). Er vonden dertien consulten plaats van tien patiënten wegens vroege complicaties: hematoom (2), infectie (3), pijn/zwelling (2) en wijkend huidwondje door oplossen hechting (3). Patiënten met een infectie kregen antibiotica; bij de overigen was het beleid afwachtend. Er vonden negen consulten plaats van vijf patiënten wegens late complicaties: (verdenking) epididymitis (1), (verdenking) spermagranuloom (1), abces (2) en rekanalisatie (1). Bij twee patiënten werd afgewacht en drie patiënten werden naar de uroloog verwezen. Eén patiënt kreeg antibiotica en één patiënt onderging een revasectomie. De compliantie ten aanzien van de zaadcontroles was 90 procent. Van één patiënt bevatte het tweede zaadmonster bewegende spermacellen.

Conclusie Het verrichten van vasectomieën door een huisarts in de eigen praktijk is na voldoende scholing goed mogelijk. De kans op complicaties, inclusief 'failure', is niet te verwaarlozen.

A.N. Goudswaard, huisarts, Koperslagersgilde 5, 3994 CH Houten;
e-mail lex@goudswaard.cx.

Inleiding

Vanwege mijn plezier in en positieve ervaring met 'kleine chirurgie' ben ik in 1994, na een scholing door een collega-huisarts, begonnen met het verrichten van vasectomieën bij patiënten uit de eigen praktijk (*kaders*). In tegenstelling tot de situatie in onder meer de Verenigde Staten en Canada is in ons land vermoedelijk niet meer dan een handjevol huisartsen actief op dit gebied, maar officiële gegevens ontbreken.^{12,17-20} Het Transitieproject noch de Continue Morbiditeits Registratie vermelden het voorkomen van deze verrichting in de huisartspraktijk.^{21,22} Een onderzoek met relevante trefwoorden in de elektronische index van *Huisarts en Wetenschap* en het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, en in *De Geïnformeerde Huisarts* leverde geen enkel artikel op.

Dat was aanleiding tot een onderzoek in de eigen praktijk betreffende de eerste 34 behandelde patiënten, aan de hand van de volgende vraagstelling:

- Hoe vaak kwam het verzoek om een sterilisatie in mijn praktijk voor en hoe groot was het percentage mannen dat koos voor behandeling door de huisarts?
- Wat waren de frequentie en de aard van de complicaties en wat was het beleid?
- Hoe was de 'controletrouw' ten aanzien van de zaadcontroles en wat waren de resultaten?
- Is het verrichten van vasectomieën in de huisartspraktijk haalbaar?

Methode

Om inzicht te krijgen in de resultaten van de vasectomieën is vanaf het begin op 1 oktober 1994 van iedere patiënt op systematische wijze een aantal gegevens vastgelegd. Dit onderzoek beslaat de periode 1 oktober 1994 tot 31 december 1998. Van alle in deze periode behandelde patiënten zijn in het elektronisch medisch dossier de contacten die verband hielden met de vasectomie, geregistreerd en geanalyseerd. De gemiddelde follow-up-tijd bedroeg aan het eind van de onderzoeksperiode 24

maanden (spreiding: 50 maanden tot 2 weken). Alle door mij behandelde patiënten stonden op 31 december 1998 nog ingeschreven in de praktijk.

Resultaten

Patiëntenaantallen

Tussen 1 oktober 1994 en 31 december 1998 bezochten 44 mannen het spreekuur met het verzoek om een sterilisatie; dit komt overeen met een incidentie van 7,8 per 1000 mannen per jaar. Zesendertig patiënten kozen voor behandeling door de huisarts. Eén patiënt werd alsnog naar de uroloog verwezen, omdat bij het vooronderzoek een (naar achteraf bleek goedaardige) zwelling in het scrotum werd gevoeld en bij één patiënt viel de ingreep buiten de onderzoeksperiode. In totaal werden dus 34 vasectomieën uitgevoerd: een gemiddelde van acht per jaar (spreiding 7-9).

De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 39,5 jaar (spreiding 27-50). Allen hadden een partner en kinderen.

Complicaties

Er bestaat geen algemeen geaccepteerde definitie van het begrip 'complicatie na vasectomie'.¹ Tijdelijke postoperatieve ongemakken als een bloedingstoring of het vroegtijdig oplossen van een huidhechting, worden in de literatuur niet altijd als complicatie geclassificeerd.²³ In het kader van dit onderzoek werd van een complicatie gesproken als de patiënt – afgezien van de gebruikelijke spermaccontroles – werd teruggezien met vragen, klachten of problemen die verband hielden met de vasectomie. Klachten waarmee de patiënt niet naar het spreekuur kwam, bleven zo weliswaar buiten beschouwing, maar aangezien alle patiënten nog in de praktijk staan ingeschreven, lijkt het aannemelijk dat deze definitie het werkelijke aantal relevante complicaties dicht benadert.

Er is een onderscheid gemaakt tussen vroege en late complicaties, waarbij een (arbitraire) grens is getrokken bij zes weken, de tijd die ongeveer nodig is voor een

normale wondgenezing (tabel 1). De vijf patiënten met late complicaties maakten ook deel uit van de groep van tien patiënten bij wie zich vroege complicaties had-

den voorgedaan. Eén patiënt onderging na zes maanden een revasectomie, omdat vanaf de tweede spermacontrole bij herhaling bewegende zaadcellen werden waar-

genomen. Opvallend was dat het eerste monster geen levende zaadcellen bevatte. De uroloog vond bij de revasectomie een spermagranuloom, waarin vermoedelijk een spontane rekanalisatie was ontstaan. Ongelukkigerwijs raakte de echtgenote van deze patiënt tussen het eerste en tweede zaadonderzoek zwanger, doordat ten onrechte de anticonceptie vroegtijdig was gestaakt.

Voorlichting

Voor uitleg en voorlichting over de mogelijke complicaties moet voldoende tijd worden uitgetrokken. In 1996 bracht de Nederlandse Vereniging voor Urologie een richtlijn uit over de vasectomie.¹ Hierin wordt het belang van goede voorlichting onderstreept, omdat een sterilisatie – hoewel gewenst – geen noodzakelijke ingreep is en er alternatieven beschikbaar zijn. Uit een in 1994 door de Consumentenbond gehouden enquête onder 540 gesteriliseerde mannen bleek dat de helft vond dat de arts onvoldoende informatie had verstrekt over de kans op complicaties.² Schriftelijke informatie is beschikbaar in de vorm van de O&O/NHG-folder uit 1992 of de recentere NHG-patiëntenbrief. Sommige (buitenlandse) auteurs pleiten voor een schriftelijke verklaring van de patiënt waarin hij aangeeft het doel van de operatie te begrijpen en dat hij door de arts op de hoogte is gebracht van de diverse complicaties, inclusief de (zeer kleine) kans op een spontane late fertiliteit.^{3,4} In Nederland is de ondertekening van een dergelijk 'informed consent' formulier (nog) niet verplicht.⁵

door de eigen huisarts dan wel de uroloog te laten uitvoeren. Indien de patiënt koos voor behandeling door de huisarts kreeg hij (eventueel in een vervolgsult) uitgebreide voorlichting en instructie.³ In het gesprek kwamen de volgende aspecten van de behandeling aan de orde:

- een globale uitleg over de uitvoering van de ingreep;
- het definitieve karakter: hersteloperaties zijn vaak niet succesvol;⁶
- de (geringe) kans op vroeg post-operatieve complicaties, zoals nabloeding en infectie;
- de (zeer geringe) kans op laat post-operatieve complicaties, zoals scrotale pijn, persisterende levende zaadcellen in het spermamonster en rekanalisatie na aangevoerde azoöspermie;
- het belang van zaadonderzoek en het gebruik van een betrouwbare vorm van anticonceptie tot het moment dat twee achtereenvolgende zaadmonsters geen levende spermacellen meer bevatten;
- een instructie om een deel van het schaamhaar af te scheren of te ontharen met ontharingscrème.

Na een beperkt lichamelijk onderzoek werd het consult afgesloten met het uitreiken van schriftelijk instructie- en informatiemateriaal en het vastleggen van datum en tijd van de ingreep.

Zaadcontroles

Bij analyse van de frequentie en resultaten van de zaadcontroles bleven de vier laatst behandelde patiënten buiten beschouwing, omdat voor hen de periode waarna het onderzoek diende plaats te vinden op 31 december 1998 nog niet was verstreken. Zevenentwintig patiënten volgden de instructie op om het zaad tweemaal te laten controleren. Drie patiënten hadden respectievelijk 16, 8 en 5 maanden na de ingreep nog geen zaad ingeleverd. Deze patiënten is inmiddels schriftelijk verzocht dat alsnog te doen.

Zesentwintig patiënten kregen na het tweede (negatieve) zaadonderzoek het bericht dat de anticonceptie kon worden gestaakt. Bij één patiënt bevatte het tweede spermamonster bewegende zaadcellen, terwijl dat bij het eerste monster niet het geval was (zie boven).

Beschouwing

Patiëntenaantallen

De incidentie van het aantal sterilisaties lag met 7,8 per duizend mannen per jaar boven de gegevens van de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie (4,4)²⁴ en het Transitieproject (2,3).²¹ Dit zal ongetwijfeld te maken hebben met de groei-kernfunctie van Houten, waardoor relatief veel echtparen 'in de vruchtbare leeftijd' in de praktijk aanwezig zijn. In mijn praktijk maakt de potentiële doelgroep van mannen tussen 25 en 50 jaar ruim 20 procent uit van de totale populatie. Als, zoals in dit onderzoek, 80 procent van de mannen kiest voor behandeling door de huisarts, levert dit voor een standaardpraktijk van 2.350 patiënten vijf tot zeven vasecto-

Alle mannen die het spreekuur bezochten met een sterilisatie-verzoek werden geïnformeerd over de mogelijkheid de ingreep

Tabel 1 Complicaties na vasectomie: aard, aantal, aantal maanden na de ingreep en beleid

Aard	Aantal	Aantal maanden	Beleid
<i>Vroege complicaties (<6 weken)</i>			
Bloeduitstorting/hematoom	2	nvt	afwachtend
Infectie	3	nvt	antibiotica
Wijkend wondje	3	nvt	afwachtend
Pijn en of zwelling	2	nvt	afwachtend
<i>Late complicaties (>6 weken)</i>			
(Verdenking op) epididymitis	1	24	verwijzing uroloog: antibiotica
Abces (cutaan)	2	3	afwachtend
		24	verwijzing uroloog
(Verdenking op) spermagranuloom	1	7	afwachtend
Vroege rekanalisatie	1	6	verwijzing uroloog: revasectomie

mieën per jaar op. Het is de vraag of dit aantal voldoende is om de handvaardigheid te behouden. Met verwijzingen van collega-huisartsen zou het aantal kunnen worden opgevoerd. Mijn (voorlopige) indruk is dat één à twee vasectomieën per maand voldoende is om de ervaring te behouden.

Complicaties

De resultaten van het onderzoek laten zien dat het aantal complicaties in de buurt ligt van de aantallen die in de literatuur worden vermeld. *Leader et al.* berekenden het percentage postoperatieve complicaties na bestudering van dertien patiëntenseries die tussen 1963 en 1973 werden gepubliceerd.²⁵ Een vergelijking van de eigen gegevens met die van *Leader et al.* is te vinden in tabel 2.

In drie andere onderzoeken met patiëntenseries van duizend of meer liep het totaal percentage complicaties uiteen van 10 tot 30 procent.^{23,26,27} De frequentie van de afzonderlijke complicaties varieerde echter nogal per onderzoek, wat mogelijk kan worden verklaard door verschillen in opzet (retro- of prospectief, vragenlijst- of statusonderzoek), verschillen in definities van het begrip complicatie, verschillen in beoordeling van klinische symptomen en in een verschillende duur van de follow-up. *Philip et al.* vonden in een serie van 16.000 patiënten geen verband tussen de gebruikte techniek en het percentage rekanalisaties.²⁷ Wel speelde ervaring een rol: naarmate het aantal vasectomieën per individuele chirurg toenam, daalde het percentage rekanalisaties.

Zaadcontroles

Drie mannen lieten het zaad niet controleren. Dit aantal is aanmerkelijk lager dan in het algemeen in de literatuur wordt gerapporteerd.^{12,28} *Maatman et al.* vonden bij retrospectieve analyse van 1.892 vasectomieën dat 34 procent van de mannen zich niet had gehouden aan de instructie om (minimaal) twee zaadmonsters in te leveren.²⁸ In onze praktijk leidde deze bevestiging tot een aanscherping van de procedure: als na vier maanden geen zaad is ingeleverd, sturen we de man een herinnering.

Ingreep

Er bestaat een grote verscheidenheid aan chirurgische technieken, waaruit geconcludeerd kan worden dat geen enkele methode als superieur wordt beschouwd. Bij een enquête onder 365 Amerikaanse urologen kwamen tamelijk grote verschillen aan het licht wat betreft de uitvoering van de diverse onderdelen van de ingreep, onder andere de wijze waarop de uiteinden van de zaadleider worden afgesloten, het wel of niet verwijderen van een stukje vas en het soort hechtmateriaal.⁷ Een enquête onder Nederlandse urologen, uitgevoerd in 1992, bevestigde dit beeld.

Een methode die de laatste tijd in de belangstelling staat, is de in China ontwikkelde 'no-scalpel'-vasectomie.⁸ Hierbij wordt de scrotumhuid aan de voorzijde in de mediaanlijn met een speciaal hiervoor ontwikkeld instrument 'aangeprikt'. Beide zaadleiders worden vervolgens via deze kleine opening vrijgeprepareerd. De huidwond wordt niet gehecht. In een aantal onderzoeken is deze techniek vergeleken met de conventionele methode.⁹⁻¹¹ Hieruit kwam naar voren dat de no-scalpel-methode minder tijd kostte en een significant lager percentage postoperatieve problemen met zich meebracht. *Reynolds* constateerde in zijn praktijk een 'dramatische' toename van het aantal verzoeken om een vasectomie na invoering van deze methode.¹² Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of deze techniek ook al in Nederland wordt toegepast en of hij de voorkeur verdient boven de thans gangbare.

Om eventueel verzuim te beperken, vond de ingreep plaats op vrijdagmiddag. De praktijkassistente droeg zorg voor het klaarzetten van het instrumentarium, maar assisteerde verder niet bij de ingreep. Het volgende materiaal werd gebruikt:

- handdoek of celstofmatje;
- chirurgisch gatdoek;
- betadine;
- rvs-bakje voor betadine;

- rvs-bakje voor betadine;
- 10x10 gazen (10 stuks);
- kocher;
- handschoenen;
- xylocaine (zonder adrenaline);
- spuit en naalden (voor verdoving);
- doekenklemmen (2);
- gebogen mosquitoklemmen (2);
- peannen (2);
- anatomisch pincet;
- chirurgisch pincet;
- heft met mesje nr 15;
- naaldvoerder;
- schaar;
- hechtdraad mersileen 2-0 (voor de zaadleiders);
- hechtdraad vicryl rapide 3-0 (voor de scrotumhuid);
- PA-potjes (gevuld) met etiket 're' en 'li'.

De ingreep verliep als volgt:

- afdekken met gatdoek;
 - desinfectie scrotum;
 - vas deferens met duim en wijsvinger subcutaan brengen;
 - verdoven;
 - lengte-incisie van ca. 1 cm tot op het vas;
 - doekenklem om het vas aanbrengen;
 - mosquitoklem onder het vas aanbrengen;
 - vas met mosquitoklem in de lengterichting ontdoen van cremastervezels en bloedvaatjes;
 - 2 peannen ca. 3 cm uit elkaar op het vas plaatsen;
 - 1-2 cm vas verwijderen;
 - uiteinden omklappen en met mersileen onderbinden;
 - huid sluiten met vicryl rapide.¹³
- Na de ingreep diende de patiënt ter vermindering van een nabloeding een strakke zwem- of onderbroek te dragen en één tot twee dagen rustig aan te doen. Na deze periode mochten de normale activiteiten geleidelijk worden hervat. Routine wondcontrole na de ingreep vond niet plaats en de patiënt kreeg het advies zich bij problemen te melden.

Tabel 2 Complicaties bij 10 patiënten* in de onderzoeksgroep (n=34) vergeleken met de literatuur. Afgeronde percentages

	Onderzoeksgroep (%)	Literatuur (%)
Infectie	9	0-6
Wijkend wondje	9	?†
Pijn/zwelling	6	?†
Hematoom	6	0-18
Epididymitis	3	0-6
Abces	6	6
Spermagranuloom	3	5-10
Rekanalisatie	3‡	0-6

* 5 patiënten hadden twee complicaties.

† niet als complicatie gerubriceerd.

‡ 4 patiënten nog niet gecontroleerd.

Zaadcontrole

Alderman bestudeerde het percentage mislukte vasectomieën ('failures') in een serie van 5.331 door hem geopereerde patiënten, van wie minstens twee spermacontroles waren gedocumenteerd.¹⁴ Bij 32 patiënten (0,6%) was binnen een jaar revasectomie noodzakelijk vanwege niet infertiel worden van het semen. Bij drie van deze patiënten was, zoals bij de patiënt uit het onderzoek, het eerste spermamonster wel negatief. Bij vier patiënten (0,075%) trad ná aangetoonde azoöspermie een spontane rekanalisatie op. Dit kwam aan het licht omdat hun partners vier tot acht jaar (!) na de ingreep zwanger werden. Op grond van deze resultaten komt hij tot de aanbevelingen om de vasectomie pas als succesvol te beschouwen bij minstens twee negatieve semenmonsters en om alle patiënten vooraf te informeren over de zeer kleine kans (in zijn serie: 1 op 1.333 patiënten), dat zelfs na jaren nog een onver-

wachte zwangerschap kan optreden ten gevolge van een spontane rekanalisatie.

Na twee tot drie maanden (of 15 tot 20 zaadlozingen) vonden minstens twee zaadcontroles plaats. De zaadmonsters werden – binnen twee uur na lozing – respectievelijk in de eigen praktijk en minimaal twee weken later in het huisartsenlaboratorium onderzocht. Als twee achtereenvolgende monsters geen bewegende zaadcellen meer bevatten, kreeg de patiënt telefonisch of schriftelijk bericht dat de anti-conceptie kon worden gestaakt. De aanwezigheid van een enkele onbeweeglijke spermatozo werd niet gezien als een teken van fertiliteit, mits het zaad lege artis is opgevangen en onderzocht.^{15,16} Recent is aan de procedure toegevoegd dat patiënten die geen zaadcontrole laten verrichten na verloop van tijd een herinnering ontvangen.

Vasectomie in de eerste lijn?

Anticonceptiebegeleiding is bij uitstek het domein van de huisarts.²⁹ Naast veel voorlichten en voorschrijven gaan de handen soms uit de mouwen voor het inbrengen van een IUD. Uitbreiding van dit takenpakket met het steriliseren van mannen behoort tot de mogelijkheden, mits voldaan wordt aan een aantal voorwaarden.

Eén daarvan is een goede scholing. Als niet al vóór de vestiging als huisarts, bijvoorbeeld als tropenarts of assistent-uroloog, ervaring is opgedaan, dient te worden aangeklopt bij een uroloog of – wellicht beter – een ervaren en bereidwillige collega. Een meer structurele training zou kunnen plaatsvinden in het kader van de driejarige beroepsopleiding, bijvoorbeeld in de vorm van een keuzestage op een urologische polikliniek.

Andere belangrijke voorwaarden zijn een praktijkvoering gericht op chirurgische ingrepen (goed materiaal, ondersteuning van de praktijkassistente, protocollen), waarneming voor spoedgevallen tijdens de ingreep en een goede registratie van gegevens (niet in de laatste plaats om erover te kunnen publiceren...). Een (te) gering aanbod van patiënten uit de eigen praktijk kan worden gecompenseerd door

verwijzingen van collega-huisartsen.

Op deze wijze in praktijk gebracht, is de vasectomie niet alleen haalbaar maar zelfs een verantwoorde krent in de dagelijkse pap van de huisarts en voegt de ingreep een dimensie toe aan de gezins- en levensloopgeneeskundige aspecten van het vak.

Dankbetuiging

Met dank aan Han Tan, huisarts in Houten, die mij de techniek van de vasectomie leerde, en aan Frans Meulenberg voor zijn commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Literatuur

- 1 Boon TA, Hoekstra JW, Leliefeld HHJ, Rasker FMT. Vasectomie. Nederlandse Vereniging voor Urologie, richtlijn no. 5. Utrecht, 1996.
- 2 Sterilisatie van de man vaak onverwacht pijnlijk. *Consumentengids* 1994;600.
- 3 Haws JM, Feigin J. Vasectomy counselling. *Am Fam Physician* 1995;5:1395-9.
- 4 Smith AG, Crooks J, Singh NP, et al. Is timing of post-vasectomy seminal analysis important? *Br J Urology* 1998;81:458-60.
- 5 Roscam Abbing HDC. Sterilisatie en civiele procedures. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992;136:1118-20.
- 6 Schoysman R. Reversibiliteit van vasectomie. *Tijdschr Huisartsgeneeskunde* 1994;11:142-6.
- 7 Babayen RK, Krane JR. Vasectomy: what are

- community standards? *Urology* 1986;27:328-30.
- 8 Stockton MD, Davis LE, Bolton KM. No-scalpel vasectomy: a technique for family physicians. *Am Fam Phys* 1992;46:1153-64.
- 9 Holt BA, Higgins AF. Minimally invasive vasectomy. *Br J Urol* 1996;77:585-6.
- 10 Skriver M, Skovsgaard F, Miskowiak J. Conventional or Li vasectomy: a questionnaire study. *Br J Urol* 1997;79:596-8.
- 11 Nirapathpongorn A, Huber DH, Krieger JH. No-scalpel vasectomy at the King's birthday vasectomy festival. *Lancet* 1990;335:894-5.
- 12 Reynolds JL. Trends in vasectomy. *Can Fam Phys* 1998;44:552-7.
- 13 Keeman JN. Kleine chirurgische ingrepen. Utrecht: Bunge, 1991.
- 14 Alderman PM. The lurking sperm. A review of failures in 8879 vasectomies performed by one physician. *JAMA* 1988;259:3142-4.
- 15 Scholtmeijer RJ. Sperma-controle na sterilisatie door middel van vasectomie. Hoe vaak en hoeveel tijd na de ingreep? *Ned Tijdschr Geneesk* 1975;119:1351-3.
- 16 Van Vugt AB, Van Helsdingen PJRO, Te Velde J. Sperma-analyse na vasectomie: wanneer revasectomie? *Ned Tijdschr Geneesk* 1985;129:1579-82.
- 17 Beavers CH. Vasectomy complications at a family practice center. *W Virg Med J* 1989;84:379-80.
- 18 Leider PJ, Solberg S, Nesbitt Th. Family physician perception of economic incentives for the provision of office procedures. *Fam Med* 1997;29:318-20.
- 19 Denniston GC, Eggertsen SC. A national survey of vasectomy training in family practice residency programs. *Fam Med* 1989;21:384-6.
- 20 Eggertsen SC, Leversee JH, Nuovo J. Initiating a vasectomy training clinic in a family practice residency. *Fam Med* 1989;21:301-2.
- 21 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Bussum: Coutinho, 1998.
- 22 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Jansen AL, red. *Ziekten in de huisartspraktijk*. Utrecht: Bunge, 1994.
- 23 Alderman PM. Complications in a series of 1224 vasectomies. *J Fam Pract* 1991;33:579-84.
- 24 CMR Nijmegen, diskette 1993-1997. Katholieke Universiteit Nijmegen, 1997.
- 25 Leader AJ, Axelrad SD, Frankowski R, Mumford SD. Complications of 2711 vasectomies. *J Urol* 1974;111:365-9.
- 26 Barnes MN, Blandy JP, England HR, et al. One thousand vasectomies. *BMJ* 1973;4:216-21.
- 27 Philp T, Guillebaud J, Budd D. Complications of vasectomy: review of 16000 patients. *Br J Urol* 1984;56:745-8.
- 28 Maatman TJ, Aldrin L, Carothers GG. Patient noncompliance after vasectomy. *Fert Ster* 1997;68:552-5.
- 29 Meijman FJ. Anticonceptiebegeleiding door huisartsen. *Huisarts Wet* 1986;29(suppl):10-14. ■

Abstract on page. 367.

Abstract

Goudswaard AN. General practitioner and vasectomy: a fertile combination? Huisarts Wet 1999;42(8):350-3.

Objectives To show the results and the procedure of vasectomies performed by a general practitioner on 34 patients between October 1, 1994 and December 31, 1998.

Methods The design is descriptive and observational. Three procedural aspects come up for discussion: counselling, technical procedure and sperm control. All patient consultations regarding a vasectomy are registered and analysed with the purpose of answering the following questions: how often were requests for sterilisation received and what percentage of men chose treatment by the general practitioner; what were the frequencies and types of early (<6 weeks) and late (>6 weeks) complications and what was the policy for treatment; what were the rates of compliance in sperm control and what were the results; is the performance of vasectomies in general practice practicable?

Results The total number of sterilisation requests was 44 (incidence: 7.8/1000 men/year): 36 men chose treatment by the general practitioner. A total of 34 vasectomies were carried out (an average of 8 per year). Early complications: thirteen consultations took place with ten patients with the following problems: haematoma (2), infection (3), pain/swelling (2) and one wound that didn't close well because of the early dissolution of a suture (3). Patients with infections received antibiotics; with the others the policy was to wait and see. Late complications: nine consultations took place with five patients: (suspect) epididymitis (1), (suspect) spermagranuloma (1), absces (2) and recanalisation (1). With two patients the policy was to wait and see and three patients were referred to the urologist. One patient received antibiotics and one patient underwent a revasectomy. The compliance regarding sperm control was 90 per cent. From one patient, the first sperm control measurements showed no living sperm, but the second control did indeed contain living sperm cells.

Conclusion After sufficient training, the performance of vasectomies by a general practitioner in his own practice is very well possible. A protocolled organisation of the operation is essential. The chance of complications, inclusively 'failure', is not to be neglected. The nature and frequency of complications in a series of 34 vasectomies were comparable to the data in literature. The compliance with respect to sperm controls was better than those shown in the literature.

Correspondence A.N. Goudswaard, MD, Koperslagersgilde 5, 3994 CH Houten, The Netherlands; e-mail:lex@goudswaard.cx.

Abstract

Damoiseaux RAMJ, Van Balen FAM, Hoes AW, De Melker RA. Antibiotic treatment of acute otitis media in children under two years of age: evidence based? Huisarts Wet 1999;42(8):354-7.

Originally published in Br J Gen Pract 1998; 48:1861-4.

Aim To assess whether the current high prescription rates of antibiotics for acute otitis media in children under two years of age, being a risk group for poor outcome, are based on an established increased efficacy.

Method Systematic literature review and a quantitative analysis with an assessment of the methodological quality of published trials comparing antibiotic treatment with non antibiotic treatment in acute otitis media in children under two years.

Results Six trials were included. Trials from before 1981 had a poor methodological quality. Four could be used for the quantitative analysis. Only two of them were truly placebo controlled. Of these two one included only recurrent acute otitis media and the other included only non-severe episodes. With these restricted data no statistically significant difference was found between antibiotic treated children and controls under two years of age with acute otitis media judged on the basis of clinical improvement within seven days (common odds ratio 1.31 (95% CI: 0.83-2.08)).

Conclusion The current high prescription rates of antibiotics among children under two years of age with acute otitis media, are not sufficiently supported by evidence from published trials. New randomised placebo controlled trials using reliable methodology are needed in this young age group.

Correspondence R.A.M.J. Damoiseaux, MD, Department of General Practice, Universiteit Utrecht, PO Box 80045, 3508 TA Utrecht, The Netherlands; e-mail R.A.M.J.Damoiseaux@med.uu.nl.

NHG-Standaard Osteoporose

Uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek kunnen op verschillende manieren worden weergegeven. Zo wordt de relatieve afname van het risico (relatieve risicoreductie) nog steeds veel gebruikt. Deze maat is moeilijk te interpreteren. Een risicodaling van 40 procent mag heel indrukwekkend lijken, maar is sterk afhankelijk van het uitgangsriscico. Bij een laag uitgangsriscico – een situatie die kenmerkend is voor ernstige aandoeningen in de eerstelijnsgezondheidszorg – zegt een dergelijke daling niet veel. Daarom is een andere uitkomstmaat geïntroduceerd, die gebaseerd is op de *absolute* risicoreductie (ARR), het 'number needed to treat' (NNT): het aantal personen dat behandeld moet worden om één ziektegeval te voorkomen. Het NNT wordt berekend als 1/ARR. Deze manier van presenteren van uitkomstmaten kan ook worden gebruikt bij het weergeven van de kans op bijwerkingen: het 'number needed to harm' (NNH).

Volgens de NHG-Standaard Osteoporose is de kans op mammacarcinoom bij langdurig oestrogeengebruik met ongeveer 40 procent verhoogd.¹ Dit lijkt zeer indrukwekkend, maar behoort dat niet te zijn, al is natuurlijk elk mammacarcinoom er een te veel. Bij het nastreven van een objectieve wijze van presenteren van cijfers verdient het aanbeveling ook een NNH te presenteren.

De berekening van de NNT's in de tabel bij noot 31 lijkt overigens niet correct. Zo is bij placebobehandeling de kans op een klinische wervelfractuur 4,9 procent en bij alenodraatbehandeling 2,3 procent. Dat is een relatieve risicoreductie van 53 procent, een absolute risicoreductie van 2,6 procent en een NNT van 1/ARR = 38. In de tabel wordt een NNT van 115 vermeld. Een dergelijk verschil zou kunnen leiden tot een andere interpretatie.

Peter Lucassen

1 Elders P, Van Keimpema JC, Petri H, et al. NHG-Standaard Osteoporose. Huisarts Wet 1999;42(3):115-28.

Naschrift

De ARR en het NNT geven inderdaad veel meer informatie over het effect van een interventie dan de relatieve risicoreductie. Wil men met een patiënt de individuele kans op profijt van een behandeling bespreken, dan is de ARR onontbeerlijk. Bij de vermelding van resultaten van geneesmiddelen is het daarom zinvol zoveel mogelijk gebruik te maken van de ARR en het NNT. Bij goede trials is dit ook moge-