

Libidoverlies bij gebruik van de pil

Margriet Folkeringa-de Wijs, Erik van Dijk

Inleiding

Libidoverlies door gebruik van de combinatiepil komt wellicht vaker voor dan wij denken.

Vrouwen die met de pil starten wordt gevraagd om na drie maanden op controle te komen indien zij vragen hebben of bijwerkingen willen bespreken. De huisarts dient dan ook alert te zijn op effecten op de stemming en seksualiteit.

'Ofschoon dergelijke klachten aan de pil kunnen worden toegeschreven, kunnen ze evengoed verband houden met ambivalenties in de seksualiteitsbeleving.'¹

Dit fragment uit de NHG-Standaard Hormonale anticonceptie geeft aan dat de auteurs duidelijk twifelen aan een oorzakelijk verband tussen het gebruik van de pil en het optreden van deze bijwerking. Desondanks zijn de effecten van de pil op stemming en libido een veel besproken onderwerp. Vanuit onze vriendenkring horen wij nogal eens dat deze of gene zich veel prettiger voelt sinds zij is gestopt met de pil. Regelmatig blijkt dit ook de reden voor het kiezen van minder betrouwbare anticonceptie omdat een spiraaltje eng wordt gevonden of door de huisarts wordt afgeraden bij nullipara's.

In het eerste jaar van de huisartsopleiding heb je als arts ineens te maken met vrouwen die je op het spreekuur om raad vragen over het gebruik en effecten van de pil. Je stelt nog onbevangen je vragen en daarbij wordt je mening bevestigd dat de pil ook andere dan alleen somatische bijwerkingen kan hebben. Wij zullen hiervan, in de vorm van een casus, een voorbeeld geven.

Casus

Mevrouw Jans, 24 jaar, bezoekt het spreekuur samen met haar vriend. Ze hebben relatieproblemen. Na enig doorvragen lijkt het erop dat de problemen terug te voeren zijn op een verschil in zin om te vrijen. Hij voelt zich vaak afgewezen en zinspeelt er zelfs op dat zij mogelijk een ander op het oog heeft. Zij ontkent dit ten stelligste en begrijpt niet dat hij haar wantrouwt. Zij hebben toch al drie jaar een stabiele relatie?

Dit probleem is niet in één consult te vatten. Beiden krijgen als huiswerk om te noteren wat zij denken dat er het afgelopen jaar ver-

Auteursgegevens

Universiteit Maastricht, Afdeling Huisartsopleiding, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: M.A. Folkeringa-de Wijs en E.H.J. van Dijk, huisartsen-opleiding.

Correspondentie: margriet.folkeringa@hao.unimaas.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

anderd is binnen en buiten de relatie. Voor het volgende consult heb ik de voorgeschiedenis en het medicijngebruik van beiden nog eens bekeken. Ik vind niets relevants in beider voorgeschiedenis. In de medicijnlijst tref ik bij haar alleen Microgynon 30[®] aan, anderhalf jaar geleden gestart. Aangezien er geen andere aanknopingspunten blijken voor verandering, besluiten we dat zij (tijdelijk) zal stoppen met het pilgebruik. Ze zullen voorlopig het condoom als anticonceptie gaan gebruiken, ondanks de mindere betrouwbaarheid. Zij wil nadenken of zij een spiraal 'aandurft', maar gaat er eigenlijk van uit dat zij na drie maanden weer aan de pil gaat.

Deze casus bespreek ik met mijn huisartsopleider (hao) en ik suggereer dat de pil mogelijk invloed heeft op het libido. In de discussie die daarop volgt, geeft mijn hao aan dat het hem veeleer lijkt dat zij gewoon nog geremd is in haar seksualiteitsbeleving en wijst mij op de tekst in de standaard. 'Vriendinnen van mij hebben echter ook ervaring van libidovermindering bij pilgebruik en van hen weet ik zeker dat ze niet geremd of ambivalent zijn', werp ik terug. 'Zij zijn vast teleurgesteld in hun seksuele ervaringen, die niet de gouden bergen blijken te zijn die de televisie hen belooft!' reageert hij daarop.

Drie maanden later is mevrouw Jans weer op mijn spreekuur. Het gaat goed met haar. 'We zijn samen waar we eerder waren, ik voel me beter en kan soms weer zo'n zin hebben om te vrijen! Die pil hoeft ik niet meer, kunt u wat meer informatie geven over het spiraaltje?'

Mede door deze casus rees bij ons de vraag of er niet toch een direct verband kon zijn tussen pilgebruik en libidoverlies.

Bijwerkingen van de pil

Lichamelijke bijwerkingen

Over gebrek aan aandacht voor lichamelijke bijwerkingen van de pil valt niet te klagen. Verhoogd tromboserisico bij de derdegeneratiepil? Verhoogd risico op (borst)kanker bij pilgebruik? Onderwerpen die regelmatig aan bod komen in medische literatuur en media.

Meijman publiceerde in 1987 in dit blad een artikel over spontaan gemelde bijwerkingen van OAC.² De meest voorkomende lichamelijke bijwerkingen waren: doorbraakbloedingen, uitblijven van onttrekkingsbloeding, hoofdpijn en gevoelige borsten. Maar ook gewichtstoename, acne, opgeblazen gevoel, buikpijn, melasma, misselijkheid en veranderde vaginale afscheiding werden geregistreerd. Verder meldt de bijsluiter van Microgynon 30[®] nog: tepelvloed, migraine, oogirritatie bij contactlensgebruik, vochtophoping, huidreacties en overgevoeligheidsreacties.

Deze bijwerkingen zijn in de regel zonder problemen bespreekbaar zowel voor patiënt als huisarts en huisartsen kennen de meeste bijwerkingen ook wel.

Psychische bijwerkingen

Er zijn ook psychische bijwerkingen door pilgebruik. Hieronder verstaan wij gemoedstoestanden die bij vrouwen kunnen ontstaan door het gebruik van de pil. Te denken valt aan een onprettig gevoel door weerstand tegen medicijngebruik, of angst voor het ontstaan van (borst)kanker of trombose. Ook kan de vrouw zich prettiger voelen door de zekerheid van betrouwbare anticonceptie of vermindering van somatisch ongemak rondom de menstruatie. Schuldgevoelens kunnen ontstaan doordat in bepaalde religieuze of etnische milieus pilgebruik niet geaccepteerd wordt.

In het onderzoek van Meijman werd een depressieve stemming regelmatig als bijwerking gemeld.² De bijsluiter van Microgynon 30® noteert stemmingsveranderingen onder het kopje 'Bijwerkingen'.

In een uitgebreide review van Oinonen naar de invloed van de pil op stemming en affect komt naar voren dat de meeste onderzoeken een stabiliserende invloed van de pil op stemming en affect vonden (minder ups en downs gedurende de menstruele cyclus). Andere onderzoeken vonden een positieve invloed, mogelijk als gevolg van minder somatische klachten rondom de menstruatie. Individuele variabelen bepalen of een vrouw een negatieve stemmingsverandering ervaart. Bepaalde factoren uit de voorgeschiedenis, zoals depressie, dysmenorroe of een recente bevalling, spelen hierbij een rol.³

Invloed op het libido

Vanaf de beginjaren van de pil zijn er onderzoeken gedaan naar de invloed van de pil op het libido.^{4,5} Al in 1968 publiceerde Van der Does hierover een artikel genaamd 'De vergulde pil'. Hij inventariseerde onder 239 pilgebruiksters in zijn praktijk hun belangrijkste klachten bij het gebruik van de pil. De meest genoemde redenen voor het stoppen met de pil waren psychische klachten of libidoverlies. Hierbij was er geen correlatie tussen de beide klachten.⁴ In die tijd was de pil echter nog veel hoger gedoseerd dan tegenwoordig. Tevens verschilde de groep vrouwen die de pil slikten met die van nu. Destijds waren het vooral getrouwde 'completeet-gezin-vrouwen', tegenwoordig is de grootste groep pilsliksters jonger en veelal ongehuwd.⁶ Dit kan een andere houding ten opzichte van seksualiteit met zich meebrengen. Deze verschillen maken de uitkomsten van Van der Does niet extrapolieerbaar naar het heden. Wel werd er toen al een signaal afgegeven dat verder onderzoek naar deze bijwerking zinvol zou kunnen zijn.

Recenter onderzoek over de invloed van de pil op libido vonden wij in MedLine en PsychLIT. Nadat de WHO eind jaren tachtig van de vorige eeuw een lacune in de kennis over de invloed van de pil op welzijn en libido had geconstateerd, verscheen in 1990 een uitgebreide review van Bancroft over dit onderwerp.⁷ In deze review was een van de conclusies dat meer dan een kwart van de pilge-

bruiksters in het eerste jaar met de pil stopt vanwege negatieve bijwerkingen, met name op libido en stemming. Een andere bevinding was dat er een groep pilgebruiksters was die de negatieve invloed op welzijn of seksualiteit pas opmerken als zij stopten met het pilgebruik. Dit komt overeen met wat mevrouw Jans in onze casus heeft ervaren. Verder kwam Bancroft tot de conclusie dat libidovermindering, indien het optrad, gedeeltelijk te wijten was aan minder goede stemming bij pilgebruik. Bij sommige vrouwen was libidoverlies een direct gevolg van pilgebruik, al bleven de mechanismen hiervoor onbekend. Alle conclusies uit deze review worden echter overschaduwd door een belangrijke factor: het gebrek aan onderzoek naar effecten van de pil op welzijn en libido. Dit geldt zeker voor de huidige laaggedoseerde pillen en preparaten met alleen progesteron.

Ondanks deze slotverklaring vonden wij niet veel meer onderzoek over dit onderwerp van latere datum.

Graham en Sherwin deden onderzoek bij een groep vrouwen die de pil slikten als behandeling van het premenstrueel syndroom.⁸ Zij gebruikten allen ook niet-hormonale anticonceptie, waardoor placebocontrole mogelijk was. Het ging om een prospectief en dubbelblind onderzoek. Nadeel was dat de follow-up met 4 maanden kort was. Stemming en seksualiteit bleken onafhankelijk van elkaar te kunnen worden beïnvloed door de pil. De pil had een *direct* negatief effect op seksuele interesse, dit wil zeggen dat het gemeten effect niet werd veroorzaakt door een verminderde stemming.

Graham et al. publiceerden in 1995 nog een onderzoek naar de effecten van de pil en preparaten met alleen progesteron op welzijn en seksualiteit.⁹ De onderzoeksopzet was hetzelfde, maar dit keer ging het om gesteriliseerde Schotse en Filipijnse vrouwen. Ook hier bleek weer een verlaging van seksuele interesse, maar dit was alleen bij de groep Schotse vrouwen significant. Opvallend was dat de groep die alleen progesteron gebruikte, een stemmingsverbetering ervoer en geen libidovermindering.

Een vragenlijstonderzoek van Nusselder naar klachten die vrouwen aan pilgebruik toeschreven, werd in 2001 in dit blad gepubliceerd.¹⁰ Uit dit onderzoek kwam naar voren dat een kwart van de vrouwen rapporteerde minder zin in vrijen te hebben als gevolg van pilgebruik. Vrouwen gaven veel klachten aan; bij meer dan de helft van de vrouwen bleek stoppen of veranderen van pil een gunstig effect te hebben.

Sanders deed onderzoek naar de aanwezigheid van zowel kenmerken van de gebruikster als ervaren negatieve fysieke, emotionele of seksuele bijwerkingen, die veroorzaakten dat vrouwen met de pil stopten.¹¹ Fysieke bijwerkingen werden het meest gemeld als reden om de pil te stoppen. Echter uit de interviews en vragenlijsten kwamen vooral negatieve emotionele en seksuele bijwerkingen als de beste voorspellers voor het stoppen of wisselen van de pil naar voren. In dit onderzoek werd vooral een negatieve invloed van de pil op seksualiteit gevonden.

Effecten van de pilhormonen op libido

Een deel van de anticonceptieve werking van de combinatiepil berust op antigonadotrope effecten van zowel oestrogenen als

progestagenen, waardoor de ovulatie wordt geremd. Rond de ovulatie ervaren veel vrouwen een toename van libido.¹² Wanneer de ovulatie door pilgebruik wordt geremd, kan via deze weg het libido verminderen. De verschillen in de mate van ovariële onderdrukking door de pil tussen vrouwen onderling, kunnen vervolgens een verklaring zijn voor het verschil in ervaren libidoverlies.⁷

De seksuele behoefte wordt beïnvloed door hormonale processen en processen in het centrale zenuwstelsel. Met het gebruik van de pil slikt de vrouw dagelijks een dosis exogeen geslachtshormoon. Deze extra dosis progesterone en oestrogenen verhoogt niet 'slechts' deze hormonen in het lichaam, maar verandert op subtiele wijze het neuro-endocriene systeem van vrouwen. Dit blijkt uit een aantal onderzoeken over de relatie tussen libidoverlies en pilgebruik, waarin ook werd gekeken naar hormonale veranderingen.¹³⁻¹⁵ De meest interessante hormoonverandering, als het gaat om libidoverlies, is verandering van de vrije testosteronconcentratie (VT) in het bloed. Bij mannen spelen androgenen een overduidelijke rol bij het seksueel functioneren.^{7,16} Over het belang van androgenen voor het seksueel functioneren van de vrouw is nog veel onduidelijkheid.^{7,13-16} Wel is bekend dat een verminderd libido en afgenomen welbevinden klachten zijn die bij een androgeentekort passen. Er is echter geen rechtlijnig verband tussen serumandrogenconcentratie en seksuele klachten of welbevinden.¹⁶

Drie onderzoeken wijzen uit dat de pil de VT-spiegels verlaagt.¹³⁻¹⁵ Lage VT-spiegels blijken tot minder seksueel verlangen te leiden bij niet-pilgebruiksters.¹⁴ Bij pilgebruiksters blijken een aantal vrouwen met een relatief hoog VT een beter libido te hebben, maar pilgebruiksters met een laag VT ondervonden geen verbetering van hun libido met exogeen androgeen hoewel het de VT-spiegel wel verhoogde.¹³

Deze verwarrende bevindingen in verschillende onderzoeken worden steeds verklaard door aan te nemen dat er een sterke psychologische confounder aanwezig is. Psychische factoren zoals stemming hebben ook invloed op het libido; de mate waarin psychische en hormonale factoren invloed uitoefenen op het libido is echter niet duidelijk.^{7,13-16}

Libido en welbevinden

De eerder geciteerde huisarts lijkt libido en welbevinden onlosmakelijk te koppelen. Onzekerheid, respectievelijk teleurstelling, zijn wat hem betreft de oorzaak voor het afgenomen libido.

Dat er een relatie is tussen libido en welbevinden willen wij niet ontkennen. Iemand die somber gestemd is, zal in het algemeen minder zin in seks hebben. Iemand die zich prettig in een relatie voelt, zal daarentegen eerder zin hebben om te vrijen.

Echter, de onderzoeken die wij vonden, waarin zowel naar libido als welbevinden werd gekeken, concludeerden dat libido slechts ten dele secundair aan welbevinden was.^{4,5,7-9,11} De resultaten van deze onderzoeken bespraken wij al eerder in dit artikel.

Warner deed in 1988 een retrospectief vragenlijstonderzoek.¹⁷ De vragenlijst werd gepubliceerd in het blad *Women*. Er werd slechts één cyclus beoordeeld. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat seksuele interesse sterk geassocieerd was met welbevinden. Welbevinden was het best in de postmenstruele week en het slechtst in de premenstruele week. Pilgebruiksters ervoeren een vervlaking van dit patroon. Warner vond ook enige onafhankelijkheid tussen stemming en seksuele interesse.

De koppeling libido en welbevinden lijkt, hoewel aannemelijk, dus niet zo vanzelfsprekend te zijn.

Een belangrijke bias in de meeste onderzoeken naar het effect van de pil op libido en welzijn is het zogenaamde *survivor effect*.³ Diverse onderzoeken geven aan dat veel vrouwen het pilgebruik in het eerste jaar, meestal in de eerste maanden, stoppen vanwege bijwerkingen op welzijn en/of seksualiteit.^{4,7,10,11} Veel onderzoeken zijn gedaan met vrouwen die al langdurig de pil slikten. Er kan dus gemakkelijk een onderrapportage van deze bijwerkingen zijn ontstaan, aangezien het meeste onderzoek wordt gedaan met langdurige gebruiksters die kennelijk de 'selecterende' beginperiode goed hebben doorstaan.

Conclusie

De pil is nog altijd het meest gebruikte anticonceptiemiddel: 41% van de Nederlandse vrouwen tussen 18 en 45 jaar slikt de pil.⁶ Het is jammer dat er relatief weinig onderzoek is gedaan naar de invloed van de pil op libido. Onderzoek hiernaar wordt bemoeilijkt doordat deze bijwerking geen transparante oorzaak-gevolgrelatie heeft. Hormonale veranderingen en interacties met de menselijke psyche zijn niet ontrafeld. Diverse onderzoeken geven op zijn minst aanwijzingen dat de pil het libido kan beïnvloeden. Aangezien anticonceptie en seksualiteit onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, lijkt ons na meer dan veertig jaar pilgebruik gedegen onderzoek naar de interactie tussen de pil en libido op zijn plaats. Interessant in dit kader is dat dergelijk onderzoek wel plaats heeft gevonden bij de ontwikkeling van de mannenpil.¹⁸

Met de casus hebben wij willen illustreren dat libidoverlies mogelijk aan de pil kan worden toegeschreven. Hoewel wij ons realiseren dat er geen sluitende bewijsvoering voor deze stelling is, vinden wij het niet correct alle signalen van pilgebruiksters over libidoverlies te negeren. De bagatelliserende houding van de eerder geciteerde huisarts doet niet alleen zijn patiënten geen recht, maar stemt ook niet overeen met de verschillende onderzoeken die op zijn minst een aanwijzing geven dat er meer aan de hand is.

Wij adviseren huisartsen om voor het eerste pilrecept een beknopte seksuele anamnese af te nemen om bij eventuele latere problemen duidelijker in kaart te kunnen brengen waar mogelijk het probleem zit. Tevens zal de huisarts tijdens een pilcontrole open kunnen vragen naar seksuele veranderingen. Het kan voor een vrouw moeilijk zijn dit onderwerp zelf ter sprake te brengen. Mogelijk kan het open bespreken van dit onderwerp de therapietrouw bevorderen. Ten slotte moet de huisarts zich bij seksuele

problematiek ervan bewust zijn dat pilgebruik ook een mogelijk beïnvloedende factor kan zijn.

Het belangrijkste doel van deze klinische les is dat huisartsen alert zijn op een mogelijke invloed van pilgebruik op het libido. Voor ons is duidelijk geworden dat libidobeïnvloeding door pilgebruik een reëel probleem kan vormen.

Literatuur

- 1 Beijderwelen L, Van der Does FEE, Kardolus GJ, Lobo C, Van Sluisveld ILL, Boukes FS. NHG-Standaard Hormonale anticonceptie. Huisarts Wet 2003;46:552-63.
- 2 Meijman FJ. Geregistreerde problemen tijdens 3608 pilcontroles. Huisarts Wet 1987;30:170-3.
- 3 Oinonen KA, Mazmanian D. To what extent do oral contraceptives influence mood and affect? J Affect Disord 2002;70:229-40.
- 4 Van der Does E. De vergulde pil. Huisarts Wet 1968;11:241-4.
- 5 Fuldauer A. Een enquête onder de gebruiksters van orale anticonceptiva. Huisarts Wet 1970;13:121-32.
- 6 Centraal Bureau voor de Statistiek. www.cbs.nl.
- 7 Bancroft J, Sartorius N. The effects of oral contraceptives on well-being and sexuality. Oxf Rev Reprod Biol 1990;12:57-92.
- 8 Graham CA, Sherwin BB. The relationship between mood and sexuality in women using an oral contraceptive as a treatment for premenstrual symptoms. Psychoneuroendocrinology 1993;18:273-81.
- 9 Graham CA, Ramos R, Bancroft J, Maglaya C, Farley TMM. The effects of steroidal contraceptives on the well-being and sexuality of women: a double-blind, placebo-controlled, two-centre study of combined and progestogen-only methods. Contraception 1995;52:363-9.
- 10 Nusselder AE, Kuiper CAG, Van der Dussen J, Bos MM, De Koning SMJ, De Bock GH. De pil: reden tot klagen? Een enquête naar klachten die vrouwen toeschrijven aan het gebruik van de anticonceptiepil. Huisarts Wet 2001;44:13-5.
- 11 Sanders SA, Graham CA, Bass JL, Bancroft J. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. Contraception 2001;64:51-8.
- 12 Cohen BL, Katz M. Further studies on pituitary and ovarian function in women receiving hormonal contraception. Contraception 1981;24:159-72.
- 13 Bancroft J, Davidson DW, Warner P, Tyrer G. Androgens and sexual behaviour in women using oral contraceptives. Clin Endocrinol 1980;12:327-40.
- 14 Alexander GM, Sherwin BB, Bancroft J, Davidson DW. Testosterone and sexual behaviour in oral contraceptive users and nonusers: a prospective study. Horm Behav 1990;24:388-402.
- 15 Bancroft J, Sherwin BB, Alexander GM, Davidson DW, Walker A. Oral contraceptives, androgens, and the sexuality of young women: II. The role of androgens. Arch Sex Behav 1991;20:121-35.
- 16 Van Santbrink EJP, Gianotten WL, Fauser BCJM. Androgenen, welbevinden en libido bij de vrouw. Ned Tijdschr Geneesk 2003;147:1899-1904.
- 17 Warner P, Bancroft J. Mood, sexuality, oral contraceptives and the menstrual cycle. J Psychosom Res 1988;32:417-27.
- 18 Anderson RA, Bancroft J, Wu FCW. The effects of exogenous testosterone on sexuality and mood of normal men. J Clin Endocrinol Metab 1992;75:1503-7.

Diagnostiek

Slaapklachten

A Knuistingh Neven, TOH de Jongh, RJ Schimsheimer

Samenvatting

Knuistingh Neven A, De Jongh TOH, Schimsheimer RJ. Slaapklachten. Huisarts Wet 2004;47(9):426-30.

Bij de analyse van slaapklachten is het belangrijk onderscheid te maken tussen slaapmisperceptie, slapeloosheid, hypersomnia, circadiane slaapklachten en parasomnia. Het onderkennen van somatische en psychische oorzaken heeft therapeutische consequenties. Bij psychische stoornissen kan het moeilijk zijn oorzaak en gevolg te onderscheiden. Bij langdurige slapeloosheid is het belangrijk om ook de cognities te onderkennen die mogelijk tot conditionering leiden. Aanvullend onderzoek is zinvol bij een vermoeden van specifieke slaapstoornissen zoals slaapapneu en narcolepsie. Aandacht voor (en de preventie van) chronisch slaapmiddelengebruik is bij alle mensen met slapeloosheid van groot belang.

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, LUMC, Postbus 2088, 2301 CB Leiden: dr. A. Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog; T.O.H. de Jongh, huisarts; Centrum voor Waak- en Slaapstoornissen, Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde Ziekenhuis, Den Haag: dr. R.J. Schimsheimer, neuroloog.
Correspondentie: a.knuistinghneven@chello.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Van klacht naar probleem

Slaapklachten zijn een veelvoorkomend probleem; in Nederland heeft een derde van alle volwassenen problemen met de slaap.¹ Slechts een klein deel raadpleegt hiervoor zijn arts. Slapeloosheid (insomnia) is de klacht over subjectief slaapttekort in combinatie met klachten over het functioneren overdag, zoals moeheid, slaperigheid, prikkelbaarheid, verminderde concentratie en prestatie. Onderscheid wordt gemaakt tussen kortdurende en langdu-