

# INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

## Orale anticonceptie

De Brief aan de Redactie en de daarop volgende Redactionele Kanttekening over orale anticonceptie (OAC) van resp. HULS (1974) en JANSSENS (1974) geven mij aanleiding tot de volgende opmerkingen:

1. Of de post-pil-anovulatie zo zelden voorkomt als collega JANSSENS meent, betwijfel ik. Er zijn thans minstens 50 publikaties waarin van deze ovulatiestoornis mededeling wordt gedaan. Hierbij valt op dat meestal alleen gevallen van post-pil-amenorroe worden genoemd. Daarenboven moeten er zeker evenveel gevallen zijn waarbij de anovulatie zich openbaart in *anovulatoire bloedingen*. Een recente publikatie van FURUHJELM en CARLSTRÖM (1973) gaat over 249 gevallen van post-pil-amenorroe van langer dan 6 maanden.

2. Gelukkig is het mogelijk de stoornis te behandelen en door gonadotrofinen of clomifeen de ovulatie te induceren. Er zijn nog geen statistieken waaruit blijkt hoe groot het succes hiervan is. Uit de publikaties meen ik voorlopig een genezing van 60-70% te moeten aannemen.

3. Inderdaad staat vast dat er geen verband bestaat tussen de ovulatiestoornis en de duur van de OAC. Maar staat het ook vast dat de anovulatie na een langdurige OAC evenveel kans op genezing heeft als die na een kort durende? Zolang dit niet zeker is kan ik het niet eens zijn met collega HULS dat men het „nagaan of de ovulatie terugkeert gerust kan uitstellen tot het moment dat de vrouw ook werkelijk zwanger wenst te worden”.

4. Nog te veel wordt aangenomen dat de vrouw alleen een ovulatie wenst om zwanger te worden. Ik ben ervan overtuigd dat er vrouwen zijn die ook zonder kinderen te wensen, prijs stellen op een normale ovariumfunctie.

5. In de beleidslijn voor OAC van collega HULS mis ik de waarschuwing om aan jonge vrouwen die nog geen regelmatige menstruatiecycclus hebben OAC aan te raden.

*Literatuur:* FURUHJELM, M. en K. CARLSTRÖM (1973) Amenorrhoea following use of combined oral contraceptives. *Acta obstet. gynec. scand.* 52, 373. — HULS, J. (1974) Beleidslijn voor orale anticonceptie. *Ned. T. Geneesk.* 118, 1879. — JANSSENS, J. (1974) Orale anticonceptie. *Ned. T. Geneesk.* 118, 1880.

's-Gravenhage, december 1974

W. P. PLATE

Ad 1. Dat post-pil-anovulatie weinig voorkomt mag ook geconcludeerd worden uit het artikel van FURUHJELM en CARLSTRÖM. In een periode van 3 jaar werden 249 gevallen verzameld uit het patiëntenbestand van verscheidene ziekenhuizen.

Als de schrijvers zich in een beschouwing van de literatuurgegevens afvragen hoe vaak amenorroe het gevolg is van OAC, komt hun conclusie geheel overeen met het door mij gestelde in punt 7. Slechts bij 122 van de 249 vrouwen kon de amenorroe worden toegeschreven aan de tevoren toegepaste OAC. Van deze 122 vrouwen was bij ca. 40% tevoren het verloop van de menses irregulair (oligomenorroe of secundaire amenorroe); het is bekend dat post-pil-amenorroe juist bij

deze vrouwen voorkomt. Wil men post-pil-amenorroe voorkomen, dan moet men zeker bij deze groep vrouwen een andere vorm van contraceptie kiezen.

Uit het zeer lezenswaardig artikel van FURUHJELM en CARLSTRÖM blijkt verder dat spontaan herstel en door clomifeen en gonadotrofinen geïnduceerd herstel tot de regel en het blijven bestaan van amenorroe tot de uitzondering behoren. In deze discussie kan op dit alles niet nader worden ingegaan. Men leze het artikel en raadplege de daarbij aangegeven literatuur.

Ad 2. Bij het zeer kleine aantal vrouwen met lange tijd resterende amenorroe is inderdaad genezing in 60-70% der gevallen te bereiken.

Ad 3. Hierover is geen uitsluitsel te geven. Overigens is ten opzichte van het grote risico van de ongewenste zwangerschap een eventueel zeer klein risico (minder kans op genezing) waard genomen te worden.

Ad 5. Akkoord.

Amsterdam, januari 1975

J. JANSSENS

Naar aanleiding van de redactionele kanttekening (JANSSENS 1974) menen wij het volgende onder de aandacht te mogen brengen:

Aangaande de twee eerste stellingen zouden wij naast, en zelfs vóór de orale anticonceptie, de sterilisatie als de meest betrouwbare vorm van anticonceptie willen plaatsen. Bijwerkingen, die bij gebruik van de pil nogal eens voorkomen, worden hierbij niet gezien en contra-indicaties voor deze kort durende ingreep, die bij voorkeur onder regionale anesthesie wordt uitgevoerd, zijn er nauwelijks. Voor vrouwen met een voltooid gezin en voor vrouwen boven de 35-40 jaar, die geen zwangerschap (meer) wensen, dient de (laparoscopische) sterilisatie als eerste keus te worden overwogen. Orale anticonceptie gedurende 10-15 jaren is voor deze categorie een onnodige belasting met synthetische hormoonpreparaten gedurende lange tijd, zonder dat dit zin heeft.

Wij menen dan ook n.a.v. stelling 3 te moeten opmerken dat er geen contra-indicatie voor orale anticonceptie hoeft te bestaan om tot sterilisatie te adviseren. Wat de betreunde onherroepelijkheid van de sterilisatie betreft wijst de kanttekening er terecht op dat dit risico soms zal moeten worden geaccepteerd. In de praktijk blijkt dat het verlangen naar kinderen, na een sterilisatie welke goed was overwogen, uitermate zelden voorkomt en het is dan ook verwonderlijk dat hierop veelal zo de nadruk wordt gelegd en dat dit nogal eens tot een afwijzing van sterilisatie kan leiden.

Slechts in uitzonderingsgevallen zullen vrouwen van 40 jaar en ouder, bij wie de fertiliteit al sterk terug gaat lopen, nog een zwangerschap ambiëren. Dit is voor ons reden om in deze leeftijdsperiode de sterilisatie eerder aan de vrouw dan aan de man te adviseren, daar voor haar een in gang zijnd proces door de sterilisatie slechts wordt versneld. Helaas blijkt ook herhaaldelijk dat een weliswaar gelukkig steeds kleiner wordend aantal vrouwen nog zulk een geringe kennis van de voortplantingsfysiologie heeft dat zij sterilisatie met castratie vereenzelvigen en de operatie afwijzen wegens een gevreesd libidoverlies.

Orale anticonceptie is terecht de methode der keuze bij alle vrouwen die nog kinderen wensen of die redelijkerwijs