

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

kunnen verwachten, dat een zwangerschap in de toekomst (nog) gewenst zou kunnen worden. Ook indien de adviseerde medicus, in tegenstelling tot de vrouw in kwestie, meent dat een graviditeit nog tot haar toekomstperspectief dient te blijven behoren, zal hij voorzichtig zijn met een advies tot sterilisatie.

Samenvattende menen wij dat in deze redactionele kanttekening de nadelen van de orale anticonceptie te weinig nadruk krijgen (stelling 7,9 en 10) en dat sterilisatie te veel als een extreme oplossing wordt voorgesteld. Elke vrouw zal zich bij het bereiken van een bepaalde gezinssamenstelling, op een bepaalde leeftijd of onder omstandigheden dat een ongewenste zwangerschap mogelijk zou zijn, dienen af te vragen of sterilisatie dan wel orale anticonceptie de beste oplossing voor haar actuele en toekomstige situatie betekent. Dat hierbij sociale, medische, religieuze, ethische en relationele overwegingen en omstandigheden, en in verband hiermede de mening en het advies van de huisarts een rol spelen, menen we te mogen onderstrepen.

Literatuur: JANSSENS, J. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1880.

H. P. C. M. HOYNCK VAN PAPENDRECHT
Rotterdam, december 1974

H. P. CREMERS

Terecht wordt bijzondere nadruk gelegd op de grote betekenis van de te veel „vergeten” mogelijkheid van sterilisatie. We zijn de schrijvers dankbaar voor de klemtoon die zij hierop gelegd hebben.

Overigens zal over hun voorkeur om, als vrouwen 40 jaar en ouder zijn, sterilisatie eerder bij de vrouw dan bij de man te doen plaatsvinden, door sommigen iets minder positief gedacht worden.

Amsterdam, januari 1975

J. JANSSENS

Een bejaarde patiënt met geneesmiddel-intoxicatie

Het verschijnen van de klinische les van Dr. SCHOUTEN (1974) is een verheugend verschijnsel. De door hem aangesneden problematiek: multi-pathologie, multi-pragmasie en de psychische kwetsbaarheid van een patiënt, die op grond van zijn leeftijd „dement” wordt verklaard, is inderdaad een dagelijks terugkerende ergernis in de geriatrische praktijk. Toch wil ik gaarne twee kanttekeningen plaatsen:

1. Het is niet goed begrijpelijk waarom de diagnose niet in het verpleeghuis is gesteld. Bij de opname in een verpleeghuis behoren immers het maken van een ECG en het bepalen van de creatinine-clearance tot de routinebezigheden. Bij de betrokken patiënt ware dus een herhaling van het ECG aangewezen geweest evenals een plasma-digoxinebepaling, daar in verpleeghuizen ook bloed afgenomen kan worden. Als er om een of andere reden toch een digitalis-intoxicatie zou zijn opgetreden, zou zowel diagnostiek als therapie in het verpleeghuis niet veel moeite moeten opleveren. De door SCHOUTEN beschreven symptomen zijn bijna klassiek te noemen en komen vaak voor, en men zou de vraag kunnen stellen of behandelende artsen in verpleeghuizen al die dingen dan niet zouden moeten weten, die in de

klinische les vermeld staan. De dreiging van cardiale ontregelingen is in een verpleeghuis eer regel dan uitzondering. In ons eigen verpleeghuis leven gemiddeld 4-5 patiënten die wegens herhaaldelijk optredend longoedeem t.g.v. een links-decompensatie thuis niet behandeld kunnen worden. Het is dan ook zonder meer duidelijk, lijkt me, dat een verpleeghuisarts de behandeling moet beheersen. Het is immers niet zinnig om bij iedere afwijking altijd consulenten te moeten inschakelen. Maar aangezien wij in Nederland nog altijd menen, dat het onzinnig is om verpleeghuisartsen op te leiden, moet erkend worden dat diagnostische ontsporingen als door SCHOUTEN beschreven, te vaak voorkomen. In een groot aantal gevallen zullen ze niet eens als ontsporingen onderkend worden, want de patiënt is toch al zo oud (de patiënt in de klinische les was 85). Men zal dan vragen „mag hij ook eens dood gaan?”. In samenhang met de vraag tekent dit de moeilijke situatie van de geriatrie. Het antwoord is duidelijk: een oud mens mag sterven, maar de medicus mag niet falen in diagnostiek en behandeling. Op onjuiste gronden concluderen tot een dementieel syndroom of een dementia senilis heeft meer mensen van een zinnig leven beroofd dan we willen weten. Want voor zijn „dementie” zal de patiënt met grote hoeveelheden psychopharmaca behandeld worden en een grote kans lopen dan daaraan te sterven. De doodsoorzaak is dan moeilijk te achterhalen, want obducties mogen niet plaatsvinden in verpleeghuizen (zie hiervoor het commentaar van de Sectie Verpleeghuizen aan de Ziekenfondsraad, *Het Ziekenhuis*, 1974, 4, 442). In feite is hetgeen er gebeurd is met de beschreven patiënt slechts aan het licht gekomen omdat de betrokken verpleeghuisarts alert genoeg geweest is om hem te verwijzen. De vraag is echter hoe vaak dit gebeurt. Hierover bestaan geen gegevens.

2. Enkele minder bittere opmerkingen gaan over het serum-kalium. Aan de opmerkingen van SCHOUTEN, waarbij ik me geheel kan aansluiten, zou ik het volgende willen toevoegen. Sinds 8 jaar hebben we systematisch — d.w.z. 2-maandelijks ten minste — het kalium-, natrium- en chloridegehalte van het serum laten bepalen bij al onze patiënten die met diuretica behandeld werden. De gebruikte diuretica zijn Dyta-Urese en furosemide. In al deze tijd hebben wij geen hypokaliëmie reactie waargenomen. Schattenderwijs gaat het hier om ca. 600 manjaren behandeling. Het lijkt dus verantwoord de frequente controle van de elektrolyten bij deze patiënten te verminderen. Onze huidige handelwijze is als volgt: een aanvangsbepaling om een uitgangswaarde te hebben, daarna eens per halfjaar de elektrolyten bepalen. Bij intensieve diuretische behandelingen wordt hiervan afgezien. Het veranderen van de cardiale toestand is altijd een reden om de elektrolyten opnieuw te bepalen.

Literatuur: SCHOUTEN, J. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1693.

Arnhem, november 1974

C. LEERING

Met datgene wat collega LEERING sub 1 vermeldt kan ik het in grote lijnen eens zijn. Zijn opmerking dat er geen verpleeghuisartsen in Nederland zouden worden opgeleid is niet geheel juist. Zo zijn er in Amsterdam en in het Algemeen Ziekenhuis „Zonnestraal” te Hilversum, evenals sedert kort aan de Hogere School voor Gezondheidszorg te Utrecht, cursussen voor scholing en nascholing van verpleeghuisartsen.