

Ongewenste zwangerschap na zorgvuldige anticonceptie

R.W. BAKKER EN F.P. WIBAUT JR.

Ongewenste zwangerschappen (en dus abortus-verzoeken) komen vooral voor omdat geen anticonceptie werd toegepast, omdat de pil wel eens werd vergeten of omdat minder betrouwbare middelen werden gebruikt, zoals condoom of pessarium. Op MR'70, een onafhankelijke organisatie voor geboortenregeling en seksualiteit te Amsterdam, werd in dit verband in 1984 2060 maal een ongewenste zwangerschap gezien (tabel). Ongewenste zwangerschappen komen echter ook na zorgvuldige anticonceptie voor, omdat de pil of de spiraal faalt.

De pil, bij naar schatting 30% van de geslachtsrijpe vrouwen van West-Europa in gebruik, is het meest betrouwbare anticonceptivum, met een Pearl-index van 0,03-4,3:¹ toch werden in 1984 66 mislukkingen geregistreerd. Houdt men rekening met de verkoopcijfers in Nederland van de verschillende soorten pil, dan blijkt de betrouwbaarheid van de fifty- en sub-fifty-één-fasecombinatiepil relatief het beste te zijn.² De drie-fasencombinatiepil komt er met een derde plaats matig van af, terwijl de andere pillen (twee-fasencombinatiepil, sequentiepil, lynestrenol (0,5 mg, „minipil”; Exluton)) het slechtste scoren: bij een gering marktaandeel van 3,1% zagen wij toch nog 14 ongewenste zwangerschappen. In de populaire pers, maar ook in de vaktijdschriften wordt bericht over de goede resultaten van de „alternatieve” morning-afterpil, d.w.z. 2 maal 2 tabletten Neogynon of Stediril-d.^{3,4} Wij signaleerden 34 ongewenste zwangerschappen; hoe vaak het wél goed gaat, kunnen wij helaas niet berekenen.

Enkele malen werd in dit tijdschrift reeds gewaarschuwd voor interacties tussen orale anticonceptiva en andere geneesmiddelen zoals tuberculostatica (met name rifampicine), andere antibiotica en anticonvulsiva (met name fenobarbital en fenytoïne), geneesmiddelen die doorgaans gedurende langere tijd worden gegeven.^{5,6} Door deze interacties kunnen doorbraakbloedingen en ovulaties optreden, met als gevolg zwangerschappen. Op MR'70 werd dit laatste 7 maal gezien; 3 van deze vrouwen gebruikten de overigens betrouwbare „vijftiger”.

Het IUD, bij 15% van de vrouwen in gebruik, kent een Pearl-index van 0,8-6.¹ Op ons bureau meldden zich 73 vrouwen voor een abortus, omdat zij zwanger waren geworden met een spiraal in situ.

Goede anticonceptionele maatregelen namen dus 173 vrouwen, maar zij werden toch ongewenst zwan-

R.W. Bakker, gynaecoloog, en F.P. Wibaut Jr., huisarts.
Correspondentie-adres: J.J. Viottastraat 23 hs, 1071 JN Amsterdam.

ONGEWENSTE ZWANGERSCHAPPEN IN DE PERIODE 1982-1984 (MR'70 TE AMSTERDAM)

Oorzaken van falen	Aantal ongewenste zwangerschappen			Markt-aandeel preparaat, Nederland 1984
	1982	1983	1984	
A. Algemene				
Geen anticonceptie	1000	927	877	
Orale anticonceptiva vergeten	226	265	277	
Toepassing van condoom, pessarium, periodieke onthouding, enz.	978	971	906	
Totaal	2204	2163	2060	
B. Bij nauwgezette voorzorg				
Type oraal anticonceptietablet				
sub 50	17	25	23	60,2%
1-fasepil	8	6	8	18,0%
3-fasenpil	6	9	21	18,7%
andere	16	15	14	3,1%
Subtotaal	47	55	66	100%
Morning-afterpil				
alternatieve	17*	14	34	
klassieke	.	1	-	
Interacties tussen orale anticonceptiva en geneesmiddelen	.	(3)	(7)	
IUD				
IUD in situ	91	85	73	
Morning after-IUD	-	-	-	
Totaal	155	155	173	

* Onderzoek niet verricht.

* Dit getal betreft zowel de alternatieve als de klassieke morning-afterpil, omdat in 1982 de aantallen niet apart werden geregistreerd.

ger. Wij vragen ons dan ook af, of het zo „natuurlijk” en verstandig is iedere vrouw de lichtste pil voor te schrijven en of de „alternatieve” morning-afterpil wel zo betrouwbaar is, als de literatuur ons doet geloven.⁷

Tenslotte: het is vooral bij deze groep vrouwen voor de hulpverlener onaangenaam haar „verantwoorde voorlichting over andere oplossingen van haar nood-situatie dan het afbreken van de zwangerschap” te moeten geven en haar te verplichten nog eens 5 dagen over haar verzoek na te denken, zoals de wet afbreking zwangerschap nu gebiedt.

LITERATUUR

- 1 Taubert HD, Kuhl H. Kontrazeption mit Hormonen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1981; 194.
- 2 Wibaut Jr FP. Vijfjaarsverslag MR'70. Amsterdam: MR'70, 1985.
- 3 Santen MR van. Een nieuwe vorm van postcoïtale anticonceptie. Ned Tijdschr Geneesk 1980; 124: 940-1.
- 4 Yuzpe AA, Percival Smith R, Rademaker WA. A multicenter clinical investigation employing ethinylestradiol combined with dl-norgestrel as a postcoital contraceptive agent. Fertil Steril 1982; 37: 508-13.

⁵ Anonymus. Orale anticonceptiva onwerkzaam gemaakt door gelijktijdig gebruik van anticonvulsiva of antibiotica. (Vraag en Antwoord; vraag 22). Ned Tijdschr Geneesk 1980; 124: 1024-5.

⁶ Anonymus. Hebben antibiotica invloed op de betrouwbaarheid van een IUD, of van orale anticonceptiva? (Vraag en Antwoord; vraag 23). Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 746-7.

⁷ Wibaut FP. Het failliet van de anticonceptie? Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 2349-53.

Januari 1985

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

Moet de huisarts door de keuze van antibiotica de kolonisatie-resistentie sparen?

Vraag 10. Is het in het belang van de patiënt of zijn omgeving als een huisarts bij de keuze van een antibioticum bij voorkeur een middel kiest dat de zg. kolonisatie-resistentie intact laat?

Antwoord. Onder kolonisatie-resistentie verstaat men het complex van factoren dat een micro-organisme moet overwinnen om de huid of slijmvliezen te koloniseren. Dit complex van factoren wordt bepaald door gastheerfactoren (immuunstatus, toestand van het epitheel) en door de aanwezige microflora. Vooral de anaërobe microflora is van belang voor de kolonisatie-resistentie. Verstoring van deze

anaërobe microflora maakt dat er minder micro-organismen nodig zijn om de patiënt te koloniseren.

In de huisartsenpraktijk gaat het om patiënten met een normaal immuunapparaat. Hoewel toediening van kolonisatie-resistentie-onvriendelijke antibiotica de gevoeligheid voor overgroei van resistente micro-organismen evenals de kans op het acquireren van bijv. een salmonella vergroten, is dit in de praktijk zelden een probleem gebleken. De omgeving van een patiënt in de algemene praktijk zal in de regel bestaan uit individuen met een normaal afweerapparaat en een normale kolonisatie-resistentie. Een patiënt die met antibiotica wordt behandeld, vormt geen risico voor de omgeving. Het is derhalve raadzaam om in de huisartsenpraktijk allereerst de geijkte antimicrobiële therapie te geven en pas wanneer er (ook qua prijs) evenwaardige kolonisatie-resistentie-vriendelijke middelen ter beschikking staan aan deze de voorkeur te geven.

REFERATEN

Inwendige geneeskunde

Behandeling van maagbloedingen met somatostatine en ranitidine

Somatostatine is een „release inhibiting” hormoon, dat niet alleen de afscheiding van het groeihormoon en van glucagon remt, maar ook die van maagzuur en pepsine. Tevens remt het de maagmotiliteit, verlaagt het het gastrinegehalte van het serum en vermindert het de bloedstroom in het splanchnicusgebied. Coraggio et al. pasten dit hormoon toe bij lijders aan maag- of duodenumbloedingen, ontstaan door het gebruik van steroïde of niet-steroïde antiphlogistica.¹ Zij vergeleken de werking met die van H₂-receptorantagonist ranitidine en van placebo. Het onderzoek betrof 60 patiënten jonger dan 60 jaar. De oorzaak van de bloeding was bij 31 patiënten een erosieve gastritis, bij 15 een maag- en bij 14 een duodenumzweer. Bij allen werd endoscopie verricht en een maagslang ingebracht. Zij kregen geen antacida. Twintig van hen kregen somatostatine. Het werd intraveneus toegediend, de eerste 5 minuten 250 µg en vervolgens per infusie 250 µg per uur. Twintig anderen kregen ranitidine, iedere 4 uur 50 mg intraveneus. Het derde twintigtal diende als controlegroep. Bij hen werd alleen een maagslang ingebracht. Patiënten, bij wie de bloeding niet ophield, of die opnieuw gingen bloeden, werden geopereerd. Dit gebeurde na een periode van 44 tot 80 uur. Bij degenen, wier bloeding wel tot staan kwam, werd de behandeling nadat het spoelsel voor het eerst helder was nog 12 uur voortgezet. Het beloop was in de somatostatine-groep veel gunstiger dan bij de overigen.

Slechts één patiënt moest worden geopereerd; in de ranitidine- en placebo-groep waren dit er resp. 10 en 12. Bij de niet-geopereerden stopte de bloeding in de somatostatine-groep na 8 tot 12 uur, in de ranitidine-groep na 20 tot 60 uur, en in de placebo-groep na 36 tot 60 uur. Van de 9 patiënten uit de placebo-groep, wier bloeding was gestopt, kregen 2 opnieuw een bloeding. In de ranitidine-groep waren dit er 3 van de 13, en in de somatostatine-groep geen. Deze gunstige bevindingen met somatostatine als middel bij maagbloeding stemmen overeen met die van Kayasseh en medewerkers.² In hun onderzoek bleek somatostatine beter te werken dan cimetidine.

LITERATUUR

¹ Coraggio F, Scarpato P, Spina M, Lombardi S. Somatostatin and ranitidine in the control of iatrogenic haemorrhage of the upper gastrointestinal tract. Br Med J 1984; 289: 224-5.

² Kayasseh L, Gyr K, Keller U, Stalder GA, Wall M. Somatostatin and cimetidine in peptic-ulcer haemorrhage: a randomized controlled trial. Lancet 1980; i: 844-6.

C.J. RÜBSAAM

Is toediening van bicarbonaat bij keto-acidose door diabetes mellitus gevaarlijk?

De behandeling van keto-acidose door diabetes mellitus met bicarbonaat is regelmatig onderwerp van discussie. In het algemeen werd het bij een pH van < 7,0-7,1 raadzaam