

van patiënten bij wie men bedacht moet zijn op het ontstaan van complicaties die de levensduur aanzienlijk kunnen bekorten.

#### LITERATUUR

- 1 Medsger TA. Progressive systemic sclerosis. Clin Rheum Dis 1983; 9: 655-70.
- 2 Luders Schmidt C, Kaulertz I, König G, Leiner B. Progressive systemische Sklerodermie. Dtsch Med Wochenschr 1984; 109: 1387-97.

G.H.C. SCHARDIJN

## Diversen

### *Oefentherapie voor patiënten met claudicatio intermittens*

Vaatchirurgie heeft op de lange duur niet altijd bevredigende resultaten bij patiënten met claudicatio intermittens, in het bijzonder wanneer de atherosclerotische afwijkingen distaal gelegen zijn. Al jaren lang wordt in Scandinavië onderzoek gedaan naar het effect van inspanning op deze klachten. Ekroth et al. en Dahllöf et al. gaven 148 patiënten met claudicatio intermittens oefentherapie.<sup>1,2</sup> Patiënten met pijn in rust of met ischemische ulcera werden uitgesloten. De diagnose werd geobjectiveerd met plethysmografie en een tredmolentest. De gemiddelde loopafstand waarbij zich pijn voordeed was 100, de gemiddelde maximale loopafstand bedroeg 300 meter. De vaatvernauwingen bevonden zich bij 21% van de patiënten op aorto-iliacaal niveau en bij 56% femoro-popliteaal, gecombineerde afwijkingen bestonden bij 23%. Negen procent had diabetes mellitus. De combinatie met angina pectoris kwam vaak voor. Bij alle patiënten werd met fietsergometrie met continue ECG-registratie de polsfrequentie bepaald waarbij ernstige angina pectoris, een abnormaal hoge bloeddruk of een duidelijke ST-depressie op het ECG ontstond. Deze polsfrequentie trachtte men bij de oefeningen niet te overschrijden. Hoge

bloeddruk, decompensatio cordis en ernstige aritmieën werden vóór het begin van het oefenprogramma behandeld. De oefeningen werden groepsgewijs door een fysiotherapeut in het ziekenhuis geleid; driemaal per week telkens 30 minuten. Zij bestonden uit langzaam lopen en draven, dynamische en rekoefeningen. De patiënten werden aangemoedigd over de pijngrens in hun benen te gaan en om de oefeningen ook thuis uit te voeren.

Slechts 12% van de patiënten staakte de oefeningen, vooral om redenen van cardiovasculaire aard. Bij de overigen was na drie maanden de loopafstand verdubbeld met een verdere maar minder duidelijke verbetering na zes maanden. De resultaten waren dezelfde bij patiënten met als zonder diabetes mellitus. De toename in loopafstand was even groot bij patiënten met een proximale, als bij hen met een distale arteriële stenose, maar de maximale kuitdoorstroming bij de eerste groep bleek statistisch niet significant te zijn toegenomen, bij de tweede groep wel. De auteurs menen hieruit te mogen afleiden, dat de goede trainingresultaten niet veroorzaakt worden door het ontstaan van een collaterale circulatie, doch veeleer door metabole veranderingen in de beenspieren.

Behalve verbetering van de loopafstand door de oefeningen trad er een vermindering op van de inspanningsgebonden angina pectoris; de patiënten waren niet meer bang voor pijn in de benen en zij kregen meer levenslust. De schrijvers bevelen deze methode dan ook van harte aan voor patiënten met claudicatio intermittens.

#### LITERATUUR

- 1 Ekroth R, Dahllöf AG, Gundevall B, et al. Physical training of patients with intermittent claudication: Indications, methods and results. Surgery 1978; 84: 640-3.
- 2 Dahllöf AG, Holm J, Scherstén T. Exercise training of patients with intermittent claudication. Scand J Rehabil Med (Suppl) 1983; 9: 20-6.

J.W. MULDER

## INGEZONDEN

*(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)*

### *Het failliet van de anticonceptie?*

Met het oog op de strekking van Wibauts betoog in dit tijdschrift (1984; 2349-53) is het voor de lezers wellicht nuttig kennis te nemen van recentere ontwikkelingen van de preventieve attitude, gemeten aan het pilgebruik. Na de door hem reeds geschetste achteruitgang in pilgebruik in de jaren 1978 t.m. 1980 trad er weer een kentering in: vanaf 1981 is er een tot en met 1984 doorzettende groei van 13% t.o.v. 1980,<sup>1</sup> waarvan het einde nog niet in zicht is. De toename is voornamelijk bij de jongere leeftijdsgroepen te zoeken. Van verdere „afbrokkeling” is dus geen sprake, integendeel. Het niveau van pilgebruik is uiteraard niet terug op dat van 1977. Dat kon redelijkerwijs ook niet worden verwacht, nu er in ons land bij nagenoeg 30% van alle (echt)paren de man of de vrouw gesteriliseerd is. Intussen heeft Nederland, samen met België, nog steeds het hoogste percentage pilgebruik ter wereld (ca. 37).<sup>1</sup> Wij menen dan ook te mogen stellen dat de preventieve attitude in Nederland nog steeds op eenzaam niveau staat.

Graag willen we nog reageren op een tweede onderdeel van Wibauts artikel. Hij stelt, sprekende over de drie-fasenpil, dat in de propaganda hiervoor de nadruk zou worden gelegd op de (zognaamde) fysiologische opbouw van het endometrium, en hij verbindt hier meteen de conclusie aan dat in dit endometrium bij een „escape”-ovulatie meer kans op nidatie van een bevrucht ovum zou zijn. Welnu, in de „propaganda” werd nooit beweerd dat het endometrium er onder de drie-fasenpil fysiologisch zou uitzien; dit ware ook in strijd geweest met de feiten: Brosens en Robertson beschrijven ook bij gebruik van de drie-fasenpil vroegtijdige secretoire veranderingen van het endometrium onder invloed van het progestageen dat – evenals bij de één-fasepil – reeds vanaf de eerste dag wordt toegediend.<sup>2,3</sup> Wij willen volstaan met de conclusie van Brosens te citeren: „It can therefore be concluded that the triphasic pill reflects the normal sequence of an estrogenic phase followed by a progestogenic phase but at the same time the effect on the cervical mucus and endometrium are unfavourable for conception. It is therefore no surprise that, combined with the inhibition of ovulation, the triphasic pill

has the same contraceptive efficiency as the fixed dose pill."

Tenslotte: het falen van de pil komt, ondanks goed gebruik, in de geciteerde abortusregistratie bij alle merken (ook de hoger gedoseerde) voor.<sup>4</sup> Ketting waarschuwt zelf voor een overwaardering van kleine cijfers. In de nog niet gepubliceerde cijfers van de abortusregistratie 1983 komt de drie-fasenpil niet significant vaker voor dan volgens de landelijke gebruikscijfers verwacht zou mogen worden (Ketting E. 1984; Persoonlijke mededeling).

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Marktcijfers.

<sup>2</sup> Brosens IA. Vaginal, cervical and endometrial changes during the triphasic pill. In: Haspels AA, Rolland R, eds. Benefits and risks of hormonal contraception. Proceedings of an international symposium, Amsterdam. Lancaster: MTP Press limited, 1982: 135-42.

<sup>3</sup> Robertson WB. Effects of steroids on the endometrium. In: Brosens I, ed. New considerations in oral contraception. Proceedings of an international symposium, Leuven. New York: BMI, 1982: 153-71.

<sup>4</sup> Ketting E, Lelieveld F. Abortus en anticonceptie anno 1982. 's-Gravenhage: Stimezo, 1983.

Weesp,

Hoofddorp, januari 1985

A. HOUBA,  
Schering Nederland b.v.  
J.P. TEN NAPEL,  
Wyeth Laboratoria b.v.

Ik dank de heren Houba en Ten Napel voor hun commentaar waarin zij erop wijzen dat de marktcijfers van de pil zich weer enigszins hersteld hebben. Maar er zijn wel klappen gevallen. Dit blijkt uit het aantal artificiële abortus bij Nederlandse vrouwen dat in 1980 25% toenam ten opzichte van 1978; in Amsterdam zelfs 40%. Van de ongewenste zwangerschappen was 21,5% ontstaan na slordig pilgebruik of het staken ervan zonder alternatieve anticonceptie. In Amsterdam was dit in 1980: 29,3% en in 1984 gedaald tot 23,4%, terwijl het aantal abortus in 1984 daalde met 15% ten opzichte van 1980. Dit wijst erop dat het vertrouwen in de pil wel iets is hersteld.

In de loop der jaren zijn regelmatig alternatieven van de één-fasische combinatiepil geïntroduceerd. Steeds moest na enige tijd geconstateerd worden dat de betrouwbaarheid van deze pillen met wisselende verhoudingen in de samenstelling van oestrogenen en gestagenen, iets achterbleef bij de betrouwbaarheid van de gewone combinatiepil. Onze ervaring met de drie-fasenpil „aangepast aan de hormonale cyclus van de vrouw” – lees ik in de folder – maakt hierop geen uitzondering. Van de 66 vrouwen die in 1984 bij het consultatiebureau van MR '70 opgaven dat zij zwanger waren geworden ondanks goed gebruik van de pil, gebruikten 7 tevens anti-epileptica of rifampicine; 4 vrouwen waren overgestapt op een lichtere pil, met inachtneming van een pauze-week. Van één vrouw werd het gebruikte preparaat niet geregistreerd. De overige 54 vrouwen bij wie de pil faalde, werden in een tabel gerangschikt naar soort pil en vergeleken met het marktaandeel. Van het falen is 35% toe te schrijven aan de drie-fasenpil, terwijl deze slechts 18,7% van het marktaandeel heeft (tabel). Hoeveel van dit falen ontstaat door een escape-ovulatie en nidatie en hoeveel door verkeerd gebruik lijkt alleen van academisch belang. Want ook als dit voorname-lijk zou zijn toe te schrijven aan het in een verkeerde volgorde innemen van de verschillende pillen, dan moet de mogelijkheid van zo'n foute handeling toch op het conto van het preparaat worden geschreven.

Onze conclusie is dat drie-fasenpillen relatief iets minder betrouwbaar zijn dan combinatiepillen. De cycluscontrole is

VROUWEN DIE ZWANGER WERDEN IN 1984 BIJ GOED GEBRUIK VAN DE PIL;  
GEGEVENS MR '70

Gebruikt preparaat	Aantal vrouwen	Marktaandeel pil (%)	Ratio
50 µg oestrogeen	5	18	0,51
Sub-50-pil	22	60,2	0,67
Twee-fasenpil	5	2,5	3,70
Drie-fasenpil	19	18,7	1,88
Minipil	3	0,4	13,7
Totaal	54	99,8	

bij drie-fasenpillen en bij combinatiepillen met 50 µg ethinylestradiol beter dan bij de zg. sub-50-combinatiepillen. De drie-fasenpil is dus een goede tweede keus. Enige objectieve reden om de twee-fasenpil voor te schrijven lijkt er niet te zijn. Overigens werd het artikel geschreven om onder meer aan te geven dat grotere veiligheid voor veel vrouwen belangrijker is dan absolute betrouwbaarheid.

Amsterdam, februari 1985

F.P. WIBAUT

In het artikel van collega Wibaut (1984; 2349-53) lezen wij zijn visie op het anticonceptiegedrag nu en in de toekomst. De regels die hij onder het kopje *De „natuurlijke” pil* wijdt aan de drie-fasenpil bevatten naar mijn mening enkele onjuistheden. Nog afgezien van het feit dat hij ten onrechte stelt, dat in de propaganda voor de drie-fasenpil de nadruk is gelegd op de (zogenaamde) fysiologische opbouw van het endometrium bij dit piltype, is deze stelling op zich inhoudelijk ook onjuist.

Een normale endometriumopbouw vindt plaats onder invloed van endogeen gevormde geslachtshormonen. Exogene toevoer van synthetische geslachtshormonen verstoort deze endometriumopbouw dermate, dat deze voor nidatie ongeschikt is geworden.<sup>1</sup> Bij een combinatiepreparaat maakt het daarbij niet uit of deze (zoals bij de meeste pilmerken) de gehele cyclus dezelfde samenstelling heeft, dan wel dat deze driefasisch is gedoseerd (Trigynon, Trinordiol). Hier is wellicht verwarring ontstaan met de twee-fasenpil (Fysioquens, Ovanon, Ovidol). Omdat deze de eerste 7 dagen geen progestagene component bevat, toont het endometrium hierbij grotendeels wel de normale histologische beelden van een normale cyclus. Het door collega Wibaut aangevoerde bezwaar tegen de drie-fasenpil zou dus eerder tegen deze twee-fasenpil aangevoerd kunnen worden. Voorts wordt de suggestie gewekt als zou de drie-fasenpil minder betrouwbaar zijn dan de andere orale anticonceptiva. Dit wordt door hem mede gebaseerd op gegevens uit het jaarverslag van 1982 van de Stimezo.<sup>2</sup> Gezien de zeer kleine verschillen waarom het in dit geval gaat en het feit dat het een retrospectief onderzoek betreft bij vrouwen in een crisissituatie, dient men zeer terughoudend te zijn met het trekken van conclusies uit deze cijfers. In het jaarverslag waarschuwt Ketting zelf ook al voor een overwaardering van kleine cijfers. Bovendien blijkt uit de gegevens van de Stimezo over het jaar 1983 het verschil in zwangerschapscijfer tussen de drie-fasenpil en de andere piltypen kleiner te zijn dan in het voorafgaande jaar en dat dit verschil inmiddels niet meer als significant is te beoordelen (Ketting E. 1985; Persoonlijke mededeling). Gezien het feit dat het bij zwangerschappen tijdens pilgebruik in 90% van de gevallen om onjuist gebruik gaat, is het irrelevant om uit bovenstaande gegevens conclusies te trekken met betrekking tot het adviseren over een bepaald piltype. Ruim 10% van het aantal vrouwen dat door Stimezo