



Natuurlijke geboorteregeling en barrièremethoden

1 INLEIDING [1, 2]

Met natuurlijke geboorteregeling wordt bedoeld dat coïtus plaatsvindt buiten een vruchtbare periode.

Barrièremethoden waarbij het de bedoeling is de zaadcel te verhinderen de cervix te bereiken, zijn sinds mensenheugenis het meest toegepast. Intravaginaal zijn de meest uiteenlopende substanties gebruikt, zoals honing, oliën, bamboepapier, zeewier, bladeren. Was het eerste condoom van linnen (16e eeuw), het rubber condoom werd in het midden van de 19e eeuw ingevoerd.

Voorkoming van seksueel overdraagbare ziekten heeft recent geleid tot een verhoogde populariteit ervan. Het diafragma werd aan het eind van de 19e eeuw ontdekt.

Ook de gynaecoloog kan geconsulteerd worden om vakkundig voorlichting over deze methoden te geven aan paren die een andere weg zoeken vanwege contra-indicaties, slechte ervaringen of door mislukkingen en/of neveneffecten van hormonale en/of intra-uteriene anticonceptiemethoden, en in een enkel geval op grond van ideële motieven.

2 ANALYSE VAN DE BESCHIKBARE KENNIS

2.1 Natuurlijke geboorteregelingmethoden

De zogenaamde 'natuurlijke geboorteregelingmethoden' omvatten de volgende opties [3,4]:

- *De cervixslijm- of 'Billings'-methode.* Hierbij wordt de 'Spinnbaarheid' van het cervixslijm gebruikt als indicator voor de vruchtbaarheid. De 'Spinnbaarheid' duurt veelal 1 dag en wordt in het

merendeel 1 dag voor de ovulatie gezien [5].

S *De basale temperatuurmethode.*

De basale lichaamstemperatuur loopt ten tijde van de ovulatie op met 0,3-0,5° C. Deze verschuiving in het bifasisch temperatuurverloop van de ovulatoire cyclus geeft achteraf een 'ongeveer-indicatie' van het ovulatietijdstip. Indien de basale temperatuur in verscheidene achtereenvolgende cycli hetzelfde verloop heeft, kan de vruchtbare fase van de cyclus berekend worden; zelfs de zwangerschapskans per cyclusdag kan bij benadering worden ingeschat, al dan niet met behulp van de computer.

- *De kalendermethode volgens Ogino-Knaus.*

De variatie in de cycluslengte wordt gedurende ten minste zes maanden bijgehouden. De vruchtbare dagen in de cyclus worden berekend op grond van de lengte van de kortste en de langste cyclus.

- *De symptothermale methode.* Deze is gebaseerd op de combinatie van de hierboven aangegeven methoden met andere lichamelijke fertiliteitssymptomen.

- *Bepaling van de fertiele periode met behulp van een computergestuurd apparaatje.*

Een voorbeeld hiervan is de Persona, waarbij aan de hand van het LH- en estradiolgehalte in de urine de vruchtbare periode met veilige marge berekend wordt.

De gegevens worden opgeslagen om de computer in staat te stellen, na verwerking van de gegevens uit een reeks opeenvolgende cycli, de marge te verkleinen om uiteindelijk te streven naar de werkelijke vruchtbare periode in de cycli die volgen.

2.2 Coitus interruptus

De coitus interruptus berust op het voorkómen van zwangerschap door tijdig afbreken van de coïtus, zodat de intravaginale ejaculatie niet plaatsvindt. De methode stelt hoge eisen aan de zelfdiscipline en men moet er bovendien rekening mee houden dat het voorvocht afkomstig uit de glandulae van Cowper miljoenen actieve zaden cellen kan bevatten.

2.3 Coitus condomatusus

De coitus condomatusus [6] voorkomt in principe ieder contact tussen zaden cellen en cervix uteri. Ook de overdracht van seksueel overdraagbare aandoeningen wordt door het barrière-effect tegen micro-organismen voorkomen. Het condoom wordt vaak in combinatie met spermicide middelen gebruikt. Nonoxinol heeft bovendien ook nog een bactericide effect. Anderzijds kan het middel bij overmatig gebruik irritatie veroorzaken. Daarnaast zijn andere spermicide middelen op basis van melkzuur beschikbaar, die soms echter evenzeer irriterende effecten kunnen hebben. Er is een groot assortiment latex condooms verkrijgbaar: recht of voorgevormd, met of zonder zaaddodend middel, glad of met ribbels, met of zonder zaadreservoir, extra groot en extra klein. Er bestaan ook non-latex condooms van schapendarm (deze zouden niet beschermen tegen HIV-overdracht) en van polyurethaan (bij latexallergie). Condooms hebben in principe een 'shelf-life' van vijf jaar en behoren op een donkere koele plaats bewaard te worden. Het condoom dient vóór het vaginaal contact over de geërigerde penis aangebracht te worden. Daarbij moet het eventuele zaadreservoir worden dichtgeknepen, zodat daarin geen lucht kan achterblijven. Na de ejaculatie, bij het terugtrekken van de penis, kan het condoom het beste worden vastgehouden of gefixeerd, zodat het niet kan afglijden.

Het vrouwencondoom, van polyurethaan, is slechts in één maat beschikbaar. Het bevat twee flexibele ringen waarvan er één diep in de schede wordt gebracht en de andere buiten op de vulva blijft liggen.

2.4 Pessarium occlusivum

Het pessarium occlusivum bestaat uit een koepelvormig latex kapje met flexibele rand. Het wordt op zodanige wijze ingebracht dat de voorste rand achter tegen het schaambeent rust en de achterste rand in de fornix posterior; zo wordt de cervix afgedekt.

Essentieel is dat zaaddodende pasta wordt aangebracht, waarbij vooral de randen van het pessarium niet vergeten mogen worden. Het is belangrijk dat het pessarium post coitum zes tot acht uur (of langer) in situ achterblijft om immobilisatie van de zaden cellen door het spermicide middel goed mogelijk te maken.

Na gebruik moet het pessarium worden schoongemaakt, gepoederd met maïzena (geen talk) en worden bewaard voor herhaald gebruik. Bij goed onderhoud en normaal gebruik is het pessarium gedurende ruim een jaar bruikbaar.

Een nieuw pessarium dient vooraf aangemeten te worden waarbij het belangrijk is dat men de grootste maat voorschrijft die de vrouw niet voelt zitten. Ook de man voelt het pessarium in het algemeen niet tijdens de coïtus. Uiteraard dient het pessarium post partum opnieuw aangemeten te worden. Het is dus vanzelfsprekend dat de vrouw bij het voorschrijven van een pessarium optimaal geïnstrueerd wordt over het inbrengen en controleren van de positie ervan. Een uterus in retroflexie, een korte portio en zelfs obstipatie kan problemen opleveren. Het is daarom verstandig de vrouw na een korte oefenperiode terug te laten komen voor controle van een door haarzelf ingebracht pessarium.

Pessaria zijn verkrijgbaar in vrijwel alle maten tussen 55 en 100 mm, met tussenstappen van 5 mm. Ook bestaat er keuze tussen pessaria met een spiraalveer en pessaria met een horlogeveer; de laatste zijn vooral aangewezen indien de holte achter de symfyse, waarin het pessarium ligt, weinig uitgesproken is. Tenslotte is ook nog een siliconen pessarium verkrijgbaar voor vrouwen met latexallergie.



2.5 Doel en effectiviteit

De effectiviteit van de natuurlijke geboorteregelingmethoden [7a] is in hoge mate afhankelijk van de mate van zelfdiscipline, zorgvuldigheid en samenwerking tussen beide partners. Wanneer de methode perfect gebruikt wordt, varieert de zwangerschapskans na 1 jaar tussen de 3% (ovulatiemethode) en 9% (kalendermethode), maar bij 'typisch' gebruik is dat getal 25%. De zwangerschapskans na 1 jaar 'perfect' gebruik voor de barrièremethoden is 3% (mannencondoom) tot 6% (diafragma); in geval van 'typisch' gebruik is dat getal respectievelijk 14 en 20%. De toepassing van coitus interruptus wordt ronduit afgeraden. Ook bij goed gebruik kan het condoom scheuren, in het bijzonder bij gelijktijdig gebruik van vette crèmes of zalven (bijvoorbeeld antimycotica), in geval van een luchthoudend zaadreservoir en bij (zeer) geringe lubricatie van de vagina [8]. Over de effectiviteit van het vrouwencondoom zijn nog weinig gegevens. Bij gebrek aan betrouwbare gegevens kan ook geen uitspraak worden gedaan over de effectiviteit van spermiciden tijdens diafragmagebruik [9].

2.6 Indicaties

Deze middelen kunnen een eerste keus zijn op grond van persoonlijke voorkeur, maar ook in geval er contra-indicaties zijn voor andere, betrouwbaarder vormen van anticonceptie. Bij een andere anticonceptiemethode, zoals OAC of het IUD, verdient het aanbeveling deze te combineren met een condoom indien er sprake is van een SOA- en/of HIV-risico [10].

2.7 Contra-indicaties

Met uitzondering van latexallergie bestaan er geen medische contra-indicaties voor het gebruik van deze vormen van anticonceptie. Bij een korte of zeer irregulaire cyclus zijn de natuurlijke cyclusafhankelijke methoden niet geschikt. Voor het pessarium occlusivum geldt dat het gebruik niet aanbevolen wordt binnen de eerste zes weken post partum, zolang de involutie van de uterus niet voltooid is. Voorts wordt het risico op een urineweginfectie enigszins vergroot door het dragen van een pessarium, hetgeen zeker

voorkomen moet worden bij vrouwen met een verhoogd risico op subacute bacteriële endocarditis. Een enkele keer kan bij pessariumgebruik een 'toxic shock syndrome' ontstaan bij vrouwen die dit syndroom ooit eerder hebben gehad [7b].

3 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

- 1 De indicatiestelling tot gebruik van de genoemde anticonceptiemethoden moet worden beperkt vanwege de suboptimale effectiviteit ervan.
- 2 Men dient te streven naar combinatie van de verschillende vormen van cyclusafhankelijke anticonceptiemethoden.
- 3 Coitus interruptus en het uitsluitend gebruik van spermicide middelen zijn geen valide anticonceptiemethoden.
- 4 Iedere vorm van anticonceptie, dus ook de coitus condomatusus, vergt uitgebreide instructie.
- 5 Condoomgebruik beschermt tegen seksueel overdraagbare aandoeningen.

Literatuur

- 1 WHO. Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva, 1996. Zie ook <http://www.who.int/reproductive-health/publications/index.html>.
- 2 WHO. Natural family planning. Geneva, 1993.
- 3 Lamprecht VM, Grummer-Strawn L. Development of new formulas to identify the fertile time of the menstrual cycle. *Contraception* 1996; 54: 339-43.
- 4 Guida M, Tommaselli GA, Palomba S, et al. Efficacy of methods for determining ovulation in a natural family planning program. *Fertil Steril* 1999; 72: 900-4.
- 5 Oei SG, Helmerhorst FM, Bloemenkamp KWM, et al. Predicting optimal cervical mucus for infertility diagnosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;73:63-6.
- 6 WHO. Barrier contraceptives and spermicides. Geneva, 1993.
- 7a Trussell J. Contraceptive efficacy. In Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al, eds. *Contraceptive technology*; 17th ed. New York: Irvington, 1998; p 779-844.
- 7b Idem, p 384.
- 8 Rosenberg MJ, Waugh MS. Latex condom



- breakage and slippage in a controlled clinical trial. *Contraception*. 1997; 56:17-21.
- 9 Cook L, Nanda K, Grimes D. Diaphragm versus diaphragm with spermicides for contraception (Cochrane Review). In: the Cochrane Library, issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
- 10 Centers for Disease Control: Update: barrier protection against HIV infection and other sexually transmitted diseases. *MMWR* 1993; 42: 589-97.

© 2002 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Deze richtlijn, ontwikkeld door de Commissie Kwaliteit NVOG onder eindverantwoordelijkheid van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, is vastgesteld in de 570e ledenvergadering d.d. 16 november 2001 te Arnhem. Deze richtlijn is namens de sectie Anticonceptie van de Werkgroep Voortplantingsendocrinologie en Fertiliteit (VEF) opgesteld door mevr. O.E.Loeber. NVOG-richtlijnen beschrijven een minimum van zorg te verlenen door een gynaecoloog in gemiddelde omstandigheden. Zij hebben een adviserend karakter.

Een gynaecoloog kan geargumenteed afwijken van een richtlijn wanneer concrete omstandigheden dat noodzakelijk maken. Dat kan onder meer het geval zijn wanneer een gynaecoloog tegemoet moet komen aan de objectieve noden en/of subjectieve behoeften van een individuele patiënt.

Beleid op instellingsniveau kan er incidenteel toe leiden dat (volledige) lokale toepassing van een richtlijn niet mogelijk is. De geldigheid van deze richtlijn eindigt uiterlijk vijf jaar na dagtekening. Dagtekening 2 januari 2002

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE
Lomanlaan 103
Postbus 20061, 3502 LB Utrecht
<http://www.nvog.nl>