



Anticonceptie: lactatie-amenorroemethode

1 INLEIDING [1, 2]

Omdat effectieve anticonceptie voorsnog voor een groot gedeelte van de wereldbevolking niet beschikbaar is, wordt sinds enige decennia aandacht besteed en onderzoek gedaan naar 'traditionele methoden' van 'family planning' [2]. De lactatie-amenorroemethode (LAM) is gebaseerd op een fysiologische remming van de vruchtbaarheid, waarbij de moeder adequaat over het belang, de techniek en de systematiek van borstvoeding wordt geïnstrueerd.

LAM lijkt een zeer belangrijke en goedkope methode van 'spacing' in ontwikkelingslanden te zijn, terwijl in ontwikkelde landen adequate borstvoeding naast het primaire doel – voeding van de pasgeborene – ook bijdraagt tot een veilige manier van anticonceptie gedurende die periode. De gynaecoloog dient op de hoogte te zijn van deze methode om adequate en effectieve postpartum-anticonceptie te adviseren.

2 ANALYSE VAN DE BESCHIKBARE KENNIS

2.1 Karakteristieken

Het zogen schakelt bij de moeder de GnRH-afgifte in de hypothalamus uit [3, 4]. Indien het zogen (de zuigreflex) afneemt, herstelt zich de GnRH-impuls op de hypofyse en zo ook geleidelijk de ovariële cyclus.

Ondanks veel discussie in de literatuur over de definitie en de duur van de amenorroeperiode, over de cultuurgebonden coïtusfrequentie tijdens de borstvoeding en niet het minst over de definitie van volledige borstvoeding, is zekerheid verkregen over de vraag in hoeverre LAM bescherming tegen zwangerschap biedt [5-7].

2.2 Doel en effectiviteit van LAM

In een systematische review gebaseerd op prospectieve observationele onderzoeken, wordt LAM gedefinieerd als een bewust gekozen methode van anticonceptie waarbij volledige borstvoeding tot 6 maanden post partum wordt gegeven, en de vrouw amenorroïsch blijft [8]. Wordt aan deze condities voldaan, dan is de zwangerschapskans met de LAM na 6 maanden 2% (spreiding 0-7,5%; berekend volgens de 'life table'-analyse). De zwangerschapskans is ook afhankelijk van leeftijd, pariteit en etniciteit. Er is geen significant verschil in zwangerschapskans tussen LAM (met instructie) en vrouwen die 'gewoon volledig borstvoeden en amenorroïsch zijn'.

Van belang voor een adequate anticonceptie zijn drie criteria: volledig borstvoeden, amenorroïsch zijn (geen vaginaal bloedverlies vanaf 15e dag na de postpartum-bloeding) en tot 6 maanden post partum. Met name het eigen inzicht in het zelf beantwoorden aan de drie genoemde criteria is belangrijk. De vrouw moet goed weten wat bijvoeding is, wat menstruatie inhoudt, en zodra zij vaginaal bloedverlies heeft, overgaan op een ander anticonceptivum. Tevens moet zij weten dat voeding via kolven niet gelijkstaat met borstvoeding, aangezien de zuigreflex essentieel is.

Ieder vaginaal bloedverlies vanaf de 15e dag na het postpartum-bloedverlies betekent het einde van de amenorroe, zodat vrouwen dan een andere manier van anticonceptie moeten gaan gebruiken. Zie de NVOG-richtlijnen 41, Intra-uteriene anticonceptie en 42, Progestageen-anticonceptie.

2.3 Bijwerkingen

Er zijn geen bijwerkingen.

2.4 Indicaties en contra-indicaties

LAM is een valide keuzemogelijkheid voor anticonceptie tijdens de borstvoeding [7, 9-12]. Een contra-indicatie is onvoldoende inzicht bij de vrouw in de methode en haar effectiviteit. Als contra-indicaties gelden dezelfde als voor het geven van borstvoeding, zoals het gebruik van bepaalde medicijnen door de moeder. Bij HIV-infectie van de moeder moet een zorgvuldige afweging plaatsvinden van het risico van de baby op HIV-infectie en het risico van flesvoeding. In Nederland zal borstvoeding in deze situatie ten zeerste moeten worden ontraden [1, 13].

3 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

- 1 De vrouw moet volledige borstvoeding geven, dus geen bijvoeding.
- 2 De methode is alleen geldig gedurende de eerste zes maanden post partum.
- 3 Amenorroe is een voorwaarde: ieder vaginaal bloedverlies vanaf de 15e dag na het

postpartum-bloedverlies betekent het einde van de amenorroe.

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 Consensus statement. Breastfeeding as a family planning method. Lancet 1988; 2: 1204-5.
- 3 Vemer HM. Lactational amenorrhea. The hypothalamic-pituitary-ovarian axis during breastfeeding in man. Thesis KUN 1979. Meppel: Krips Repro.
- 4 McNeilly AS. Breast feeding and fertility. In Gray R, Leridon H, Spira A, eds. Biomedical and demographic determinants of reproduction. Oxford: Clarendon, 1993; p 391-412.
- 5 Visness CM, Kennedy KI. The frequency of coitus during breastfeeding. Birth 1997; 24: 253-7.
- 6 Labbok MH, Hight-Laukaran V, Peterson AE, et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM). 1. Efficacy, duration and implications for clinical application. Contraception 1997; 55: 327-36.
- 7 Treffers PE. Borstvoeding en anticonceptie. Ned Tijdschr Geneesk 1999; 38: 1900-4.
- 8 Van der Wijden CL, Kleinen J, Van den Berk T. The efficacy of lactational amenorrhea method as a contraceptive method (Cochrane Review). In: Cochrane Library issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
- 9 Perez A, Labbok MH, Queenan JT. Clinical study of the lactational amenorrhoea method for family planning. Lancet 1992; 339: 968-70.
- 10 Kennedy KI, Visness CM. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. Lancet 1992; 339: 227-30.



- 11 Kazi A, Kennedy KI, Visness CM, Khan T. Effectiveness of the lactational amenorrhoea method in Pakistan. *Fertil Steril* 1995; 64: 717-23.
- 12 WHO. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy during breastfeeding. *Fertil Steril* 1999; 72: 431-40.
- 13 Latham MC, Preble EA. Appropriate feeding methods for infants of HIV infected mothers in sub-Saharan Africa. *BMJ* 2000; 320: 165-9.

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 C.L. van de Wijden. 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
www.nvog.nl