

Vruchtbaarheidsproblemen bij mannen en vrouwen

Inhoudsopgave:

1. Belangrijke informatie
 - 1.1 Inleiding
 - 1.2 Informatie over de afdeling en de artsen
 - 1.3 Belangrijke telefoonnummers
2. De diagnose
 - 2.1 Inleiding
 - 2.2 Wat zijn vruchtbaarheidsproblemen?
 - 2.3 Oorzaken
 - 2.3.1 Oorzaken bij de vrouw
 - 2.3.2 Oorzaken bij de man
 - 2.3.3 Oorzaak bij beiden
 - 2.4 Belangrijke vragen
 - 2.5 Erfelijke factoren
3. Hoe gaat het nu verder?
 - 3.1 Onderzoek bij de vrouw
 - 3.1.1 Gesprek
 - 3.1.2 Lichamelijk onderzoek
 - 3.1.3 Basale temperatuurcurve
 - 3.1.4 Aanvullend onderzoek
 - 3.2 Onderzoek bij de man
 - 3.2.2 Gesprek
 - 3.2.3 Lichamelijk onderzoek
 - 3.2.4 Zaadcellen en sperma
 - 3.2.5 Zaadonderzoek
 - 3.2.6 Factoren die een rol kunnen spelen bij verminderde zaadkwaliteit
4. De behandeling
 - 4.1 Alles normaal
 - 4.2 Kunstmatige inseminatie
 - 4.2.1 Kunstmatige inseminatie met donorzaad (KID)
 - 4.3 Geen eisprong
 - 4.4 Afsluiting van de eileider
 - 4.5 Endometriose
5. Behandeling van de man
 - 5.1 Alles normaal
 - 5.2 Te weinig zaadcellen
 - 5.3 Spataderkluwen in de balzak
 - 5.4 Afsluiting van de zaadleider
6. Andere voortplantingstechnieken
 - 6.1 Reageerbuisbevruchting
 - 6.2 Intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI)
7. Spanningen en emoties

8. Praten over vruchtbaarheidsproblemen 16

8.1 Patiëntenvereniging Freya

9. Als u kinderloos blijft

10. Nazorg en adviezen voor thuis

Vragen

1. Belangrijke informatie

1.1 Inleiding

1.2 Informatie over de afdeling en de artsen

De gynaecologen die in Bernhoven werken, zijn:

Drs. M. Hoekstra

Dr. R. Kok

Dr. E. Kools

Drs. R. Mantel

Dr. B. Torrenge

Drs. A. Versantvoort

Drs. M. Verwij-Didden

Drs. J. Vollebergh

1.3 Belangrijke telefoonnummers

De belangrijke telefoonnummers zijn:

Polikliniek gynaecologie 0413 - 40 19 38

Spoedeisende hulp 0413 - 40 10 00

2. De diagnose

2.1 Inleiding

Veel mensen willen graag een kind. Sommigen lukt dit zonder problemen, terwijl anderen jarenlang op een zwangerschap moeten wachten. Sommige mensen zullen kinderloos blijven. Ongeveer één op de zes (echt)paren wordt geconfronteerd met vruchtbaarheidsproblemen.

Het is heel begrijpelijk dat het een grote teleurstelling voor u is, wanneer er geen spontane zwangerschap ontstaat. De stap in het medische circuit kan moeilijk voor u zijn: zo wordt de kinderwens een medische aangelegenheid. U zult zich soms afhankelijk voelen van de behandelaars. Toch kunt u invloed blijven uitoefenen door zelf bewuste keuzes te maken ten aanzien van onderzoeken en behandelingen. U kunt steeds uw eigen grenzen bepalen.

Waarschijnlijk gaat u zichzelf vragen stellen. Tot hoever wil ik gaan? Wat hebben wij ervoor over om kinderen te krijgen? Wil ik dit onderzoek of deze behandeling wel ondergaan? Soms helpt het om bedenktijd te vragen voordat u een besluit neemt. Twijfels kunt u altijd met uw arts bespreken. Hij/zij helpt u graag bij het vinden van een antwoord.

2.2 Wat zijn vruchtbaarheidsproblemen?

Van vruchtbaarheidsproblemen wordt gesproken als er na ongeveer een jaar onbeschermd vrijen geen zwangerschap is ontstaan. In deze folder vindt u informatie over de mogelijke oorzaken, de onderzoeken, de behandelingsmogelijkheden bij vruchtbaarheidsproblemen en de emotionele gevolgen.

2.3 Oorzaken

Oorzaken voor het uitblijven van zwangerschap kunnen liggen bij u, uw partner of bij u beiden. Ook kan de leeftijd een rol spelen: vrouwen moeten er rekening mee houden dat ze ongeveer vanaf hun vijfendertigste minder vruchtbaar worden, soms eerder. Bij mannen is dat heel verschillend. Sommigen worden al na hun veertigste minder vruchtbaar, terwijl anderen tot op hoge leeftijd vruchtbaar blijven.

2.3.1 Oorzaken bij de vrouw

Bij vrouwen is de oorzaak vaak het niet of slechts af en toe plaatsvinden van de eisprong. Dit wordt veroorzaakt door hormoonstoornissen. In dit geval menstrueert een vrouw niet of heel onregelmatig. Dit is op zich een reden het eerst een jaar te 'proberen'.

Ook verklevingen in de buikholte na een operatie of ontstekingen, met als gevolg eileiderafsluiting of verminderde transportmogelijkheden van de eicel door de eileiders, zijn nogal eens de oorzaak.

Daarnaast kunnen endometriose (= groei van het baarmoederslijmvlies buiten de baarmoeder) of 'vijandig' slijm (= het slijm voor de baarmoedermond is te dik of te zuur waardoor de zaadcellen er niet doorheen kunnen of de beweeglijkheid van de zaadcellen afneemt) in de baarmoederhals ook tot onvruchtbaarheid leiden.

2.3.2 Oorzaken bij de man

Bij mannen is de oorzaak vaak geen of te weinig zaadcellen. Ook kan het zijn dat de zaadcellen niet actief genoeg zijn. Daardoor kunnen ze niet door de baarmoederhals, de baarmoeder en de eileiders zwemmen. Verder kunnen beide zaadleiters verstopt zijn, of kan in de balzak een spataderkluw zitten. De oorzaak kan ook liggen in een vroegere ontsteking van de bijbal. Daarnaast kan ook chemotherapie of bestraling zorgen voor een sterk verminderde of afwezig zijn van de productie van zaadcellen.

Als laatste kunnen ook antistoffen een oorzaak zijn. Antistoffen tegen zaadcellen ontstaan bij 70% van de mannen die gesteriliseerd zijn. Ze blijven aanwezig na een hersteloperatie. Soms worden antistoffen gevonden na een ontsteking of een trauma van de zaadballen, soms ook is er geen duidelijke oorzaak. De betekenis van antistoffen is onduidelijk. Mogelijk kunnen ze soms een rol spelen bij kwaliteitsvermindering van het zaad, maar in andere gevallen blijken mannen met antistoffen normaal vruchtbaar. Wel speelt de hoeveelheid antistoffen een rol. Bij meer dan 90% is de vruchtbaarheid duidelijk verminderd. Dit is ook het geval als ze in het bloed aantoonbaar zijn bij een verdunning (titer) van 512x.

2.3.3 Oorzaak bij beiden

Het komt ook voor dat zowel de man als de vrouw minder vruchtbaar is. In combinatie met elkaar kan dat tot onvruchtbaarheid leiden. Als een vrouw bijvoorbeeld zelden een eisprong heeft en haar man produceert weinig zaadcellen, dan is de kans op een zwangerschap een stuk minder. In dit geval kan bepaling van de meest vruchtbare periode van de vrouw toch tot succes leiden.

2.4 Belangrijke vragen

Bij vruchtbaarheidsproblemen is de beantwoording van een aantal vragen belangrijk:

- Komt er een eicel vrij?
- Zijn er genoeg actieve zaadcellen?
- Kunnen eicel en zaadcel elkaar bereiken?
- Kan de eicel zich innestelen?

Als er een oorzaak wordt gevonden voor uw vruchtbaarheidsproblemen kan dat een gevoel van opluchting geven, zeker als het om een eenvoudig te verhelpen stoornis gaat. Het kan ook moeilijk zijn als u te horen krijgt dat de oorzaak bij u ligt. Misschien krijgt u het gevoel dat u tekortschiet, of voelt u zich schuldig tegenover uw partner. Als u weet dat het aan uw partner ligt, kan dat ook moeilijk te accepteren zijn.

Het kan heel onbevredigend zijn als er geen oorzaak wordt gevonden. Veel mensen willen graag weten wat er precies aan de hand is. Bij onbegrepen onvruchtbaarheid wordt door de omgeving al snel gedacht dat de oorzaken op het psychische vlak liggen. 'Je bent er teveel mee bezig', of 'Ga toch lekker op vakantie, dan kun je het van je af zetten'. Maar het valt natuurlijk niet mee om zo'n wezenlijke en belangrijke wens uit uw gedachten te zetten. Bovendien is er geen duidelijk verband gevonden tussen de psychische druk van zwanger worden en het uitblijven van een zwangerschap.

2.5 Erfelijke factoren

Als een broer van een man problemen heeft met het verwekken van kinderen, is er meer kans dat ook de man zelf hier problemen mee heeft. Vermoedelijk spelen erfelijke factoren hierbij een rol. Een voorbeeld van een erfelijke aandoening is het ontbreken van de zaadleiters. In die gevallen bestaat er vaak ook een genetische afwijking die een verhoogde kans meebrengt op het ontstaan van taaislijmziekte (cystische fibrose) bij een eventueel kind. Bij andere vormen van extreem slechte zaadkwaliteit worden soms afwijkingen op de chromosomen aangetroffen. Bloedonderzoek kan dan verdere informatie geven. Bij dergelijke afwijkingen is er soms een verhoogde kans op een miskraam of een baby met aangeboren afwijkingen. Uw arts kan u verwijzen naar een klinisch genetisch centrum waar u informatie kunt krijgen over deze risico's.

Vaak is het in bovenstaande gevallen onmogelijk om de zaadkwaliteit te verbeteren. Meestal is de oorzaak van een verminderde zaadkwaliteit onbekend. Een echte behandeling is dan ook niet mogelijk. Wel weet men van een aantal factoren dat zij mogelijk kunnen bijdragen aan een verminderde zaadkwaliteit. Deze worden hieronder besproken.

3. Hoe gaat het nu verder?

3.1 Onderzoek bij de vrouw

3.1.1 Gesprek

Het onderzoek begint met een gesprek. Tijdens dit gesprek worden er door uw gynaecoloog vragen gesteld over: uw gezondheid, uw menstruatiepatroon en uw geslachtsleven. Vragen die zoal aan de orde komen zijn: 'Welke ziektes heeft u (gehad)?', 'Bent u al eens zwanger geweest?', 'Hoe is uw menstruatie?', 'Heeft u last van krampen en/of stemmingsveranderingen midden in de cyclus' en 'Hoe vaak hebben u en uw partner geslachtsgemeenschap?'. Ook al is het niet gemakkelijk om zoiets intiems te bespreken, toch is het nodig om te achterhalen of hier een oorzaak voor uw vruchtbaarheidsproblemen te vinden is.

3.1.2 Lichamelijk onderzoek

Vervolgens vindt er een lichamelijk onderzoek plaats. Hierbij wordt gelet op uw lichaamsbouw, verdeling van lichaamsvet, borstontwikkeling en het beharingspatroon. Er kunnen aanwijzingen worden gevonden over eventuele hormoonstoornissen. Bij het inwendig onderzoek controleert uw gynaecoloog of er misschien sprake is van een infectie van de vagina of de baarmoedermond. Ook kan worden nagegaan of er vroeger ontstekingen in het bekken zijn geweest. Uw gynaecoloog kan ook voelen of de eierstokken en de baarmoeder groter zijn dan normaal.

3.1.3 Basale temperatuurcurve

Hierbij vraagt uw gynaecoloog u om elke ochtend uw temperatuur op te meten en de uitkomst hiervan te noteren. Na een paar weken ontstaat een soort grafiekje. Dit wordt de basale temperatuurcurve genoemd. Het is de bedoeling dat u dagelijks direct na het wakker worden, het liefst op hetzelfde tijdstip, uw temperatuur meet. Dit moet u doen nog voor u uit bed gaat, iets drinkt of wat dan ook. Uw temperatuur is meestal hetzelfde, ongeveer 38,5°C. Op het moment dat de eisprong plaatsvindt, stijgt de temperatuur meestal een halve graad. In het grafiekje kunt u dan achteraf duidelijk zien wanneer de eisprong plaatsvond. Deze gegevens kunnen nodig zijn voor verder onderzoek.

3.1.4 Aanvullend onderzoek

Röntgenfoto van de baarmoeder en eileiders

Voor dit onderzoek wordt een jodiumhoudende vloeistof (contrastvloeistof) in uw baarmoederholte gespoten. De vloeistof – die op een röntgenfoto goed zichtbaar is – verspreidt zich vervolgens via de baarmoeder naar de eileiders. Op de foto is nu goed te zien of er misschien afwijkingen (bijvoorbeeld geblokkeerde eileiders) zijn. Dit onderzoek kan soms pijnlijk zijn.

Kijken in de buikholte (laparoscopie)

Bij dit onderzoek neemt de gynaecoloog een kijkje in uw buikholte om te zien of er verklevingen rond de eileiders of eierstokken zijn. Ook kan op deze manier endometriose worden opgespoord. Om een laparoscopie te kunnen doen, wordt er een sneetje in de buik gemaakt. Hierdoor wordt een kijkinstrumentje (de laparoscoop) naar binnen gebracht. Dit onderzoek vindt plaats onder algehele verdoving (narcose).

Kijken in de baarmoederholte (hysteroscopie)

Bij een hysteroscopie neemt de gynaecoloog een kijkje in uw baarmoeder. Het kijkinstrument (de hysteroscoop) wordt via de vagina en het baarmoederhalskanaal in de baarmoeder gebracht.

3.2 Onderzoek bij de man

Het onderzoek van de man start tegelijk met het onderzoek van de vrouw. Meestal wordt het onderzoek van de man door de gynaecoloog uitgevoerd. Soms kan het nodig zijn ook een uroloog in te schakelen. Een uroloog is een arts die gespecialiseerd is in afwijkingen van de urinewegen en de mannelijke geslachtsorganen.

3.2.2 Gesprek

Het onderzoek begint met een gesprek. Tijdens dit gesprek worden er door uw arts allerlei vragen gesteld, zoals: 'Welke kinderziektes heeft u gehad?' (wanneer u na de puberteit de bof heeft gehad, dan kan dit een verminderde vruchtbaarheid tot gevolg hebben), 'Heeft u op dit moment een ziekte, bijvoorbeeld suikerziekte?', 'Heeft u een operatie ondergaan?' en 'Hoe vaak en wanneer hebben u en uw partner geslachtsgemeenschap?'. Naast de bof kunnen ook andere ontstekingen (zoals een tandwortelabces) de productie van zaadcellen (tijdelijk) remmen. Ook nicotine, alcohol, blootstelling aan giftige stoffen, gebruik van medicijnen en spanningen kunnen de zaadproductie nadelig beïnvloeden.

3.2.3 Lichamelijk onderzoek

Vervolgens vindt er een lichamelijk onderzoek plaats. De arts let bij het lichamelijk onderzoek op mogelijke afwijkingen van de geslachtsorganen, het beharingspatroon en operatielittekens. Bij dit lichamelijk onderzoek wordt gekeken of er sprake is van een niet-ingedaalde zaadbal of een spataderkluwen in de balzak (= varicocele). Een niet-ingedaalde balzak bevindt zich niet in de balzak, maar in de lies of buikholte. Hier is de temperatuur te hoog voor een normale zaadproductie. Wil de zaadproductie in zo'n geval normaal verlopen, dan moet de zaadbal al op jonge leeftijd in de balzak worden gebracht. Wanneer een zaadbal niet is ingedaald, betekent dit echter niet altijd 'slecht zaad'.

Een spataderkluw ontstaat doordat een ader het bloed vanuit de balzak niet goed afvoert. Hierdoor ontstaat een opeenhoping van bloed in de balzak. Daardoor stijgt de temperatuur en wordt de zaadproductie geremd. Een spataderkluw in de balzak komt vrij veel voor en veroorzaakt meestal geen problemen. Bij sommige mannen is dat echter wel zo en zij moeten hiervoor dan ook worden behandeld. Tot slot kan de prostaat met een vinger via de anus worden afgetast.

3.2.4 Zaadcellen en sperma

Ontwikkeling van zaadcel en sperma

Sperma bestaat uit zaadcellen (spermatozoa) en vloeistof. In de zaadballen (testikels) vindt de productie van de zaadcellen plaats. Daarna gaan de zaadcellen naar de bijbal (epididymis). Vervolgens worden ze in het laatste gedeelte van de zaadleider opgeslagen. Bij een zaadlozing worden de zaadcellen door de plasbuis (urethra) naar buiten gestuwd. Onderweg wordt vloeistof aan de zaadcellen toegevoegd door de zaadvloeistofblaasjes en de prostaat. Zaadcellen en vloeistof samen worden sperma genoemd. Tussen de aanmaak van de zaadcellen en het tijdstip dat zij bij de zaadlozing naar buiten komen zitten twee tot drie maanden.

Met behulp van zaadonderzoek kan worden nagegaan of er genoeg actieve zaadcellen zijn. Het zaad wordt opgevangen door te masturberen in een schoon glazen potje. Het beste resultaat wordt verkregen, wanneer u van tevoren vier dagen geen geslachtsgemeenschap heeft gehad. Het is belangrijk dat al het zaad wordt opgevangen en dit binnen 1 à 2 uur wordt onderzocht.

Hoeveelheid zaadcellen

De hoeveelheid zaadcellen is van belang voor de kans op zwangerschap. Naarmate er minder zaadcellen in het sperma zitten, is de kans op bevruchting van de eicel kleiner. Normaal komen er bij een zaadlozing 100 tot 200 miljoen zaadcellen vrij. Per milliliter zijn dat er zo'n 20 tot 50 miljoen. Als er minder dan 20 miljoen zaadcellen per milliliter te vinden zijn spreekt men van oligozoöpermie (weinig zaadcellen). Ook is het mogelijk dat er helemaal geen zaadcellen in het sperma te vinden zijn. Men spreekt dan van azoöpermie (afwezigheid van zaadcellen).

Beweeglijkheid van de zaadcellen

Ook de beweeglijkheid van de zaadcellen is belangrijk. De zaadcellen moeten beweeglijk genoeg zijn om zich door het slijm van de baarmoedermond, door de baarmoeder en de eileiders naar de eicel in het uiteinde van de eileider te kunnen bewegen. Bij onvoldoende beweeglijkheid van de zaadcellen spreekt men van asthenozoöpermie (slecht bewegende zaadcellen).

Vorm van de zaadcellen

De vorm van de zaadcellen is een derde maat voor de kwaliteit. De zaadcellen met de gunstigste vorm hebben een grotere kans om de eicel te bevruchten. Bij elke man komen zaadcellen met een afwijkende vorm voor, maar als er erg veel zijn, spreekt men van teratozoöpermie (zaadcellen met een afwijkende vorm).

Bij een verminderde kwaliteit van het zaad gaat het vaak om een combinatie van deze drie factoren (oligo-astheno-terato-zoöpermie, ook wel afgekort als OAT). Een man met weinig zaadcellen die ook minder beweeglijk zijn, maakt een kleinere kans op het tot stand brengen van een bevruchting dan iemand met weinig maar goed beweeglijke zaadcellen. Bij de meeste mannen met niet-optimaal zaad, is er sprake van een combinatie van een laag aantal, een geringe beweeglijkheid en veel afwijkende vormen van de zaadcellen.

In Nederland verschillen de waarden die voor de kwaliteit van zaad gebruikt kan worden per ziekenhuis. Een veelgebruikte maat voor voldoende kwaliteit wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) geadviseerd: aantal meer dan 20 miljoen, goede beweeglijkheid meer dan 25%, beweeglijkheid in het algemeen meer dan 50%, en meer dan 30% normale vorm. Een andere maat is meer dan 7 miljoen zaadcellen, 18% beweeglijkheid en 4% normale vorm. Het is verstandig met uw arts te overleggen welke waarden er door hem of haar gebruikt worden.

3.2.5 Zaadonderzoek

Het zaadonderzoek geeft informatie over de kwaliteit van het zaad. Voorafgaand aan het onderzoek wordt geadviseerd om ongeveer drie dagen geen zaadlozing te hebben. Daarom is het verstandig het zaadonderzoek niet tijdens de vruchtbare periode te plannen. U kunt het zaad thuis of in het ziekenhuis produceren door middel van masturbatie en opvangen in een door het ziekenhuis meegegeven potje. De meeste ziekenhuizen hebben hier een speciaal kamertje voor. Als u het zaad thuis produceert, moet het zaad het liefst binnen twee uur naar het ziekenhuis worden gebracht. Het zaad moet op kamertemperatuur (broekzak) worden vervoerd.

Vaak lijkt het of u maar weinig zaad produceert, maar het is voldoende voor het onderzoek. Het zaad wordt in het laboratorium onder de microscoop onderzocht. Er wordt gelet op de hoeveelheid zaadcellen, de beweeglijkheid en de vorm. Soms wordt na een paar uur de beweeglijkheid opnieuw beoordeeld. Gemiddeld duurt het enkele dagen voordat de uitslag bekend is. Uw behandelend arts bespreekt met u de uitslag. Zaadonderzoek is een momentopname. De kwaliteit van het zaad is niet constant. De uitslag kan door ziekte of medicijngebruik beïnvloed worden. Als blijkt dat de kwaliteit van het zaad niet optimaal is, wordt vaak geadviseerd het onderzoek te herhalen.

MAR-test of IBT-test

Tegelijkertijd met het zaadonderzoek kan een MAR-test of IBT-test gedaan worden. Daarbij wordt onderzocht of er antistoffen tegen zaadcellen aanwezig zijn. Als deze antistoffen bij een groot percentage zaadcellen voorkomen, is de kans op bevruchting mogelijk kleiner.

Hormoononderzoek

Hierbij wordt de concentratie van het follikelstimulerend hormoon (FSH) in het bloed bepaald. Dit hormoon is van belang bij de spermaproductie. Als er te weinig FSH is, kan een hormoonkuur worden overwogen. Te weinig FSH is een zeer zeldzame oorzaak van een tekort aan zaadcellen. Ook de testosteronspiegel in het bloed kan worden bepaald. Het testosterongehalte is een maat voor het functioneren van de testikels.

Echografisch onderzoek van de balzak, de prostaat en zaadblaasjes

Soms wordt er een echo gemaakt, bijvoorbeeld als er bij lichamelijk onderzoek afwijkingen worden gevonden, of als een afwijkende hoeveelheid of kwaliteit van de zaadvloeistof wordt aangetroffen.

Biopsie van de zaadballen

Als er geen zaadcellen in het sperma aanwezig zijn, wordt soms een biopsie geadviseerd. Een klein stukje weefsel dat uit de zaadbal wordt gehaald, wordt onder de microscoop onderzocht. Dit onderzoek heeft over het algemeen echter weinig betekenis voor de verdere behandeling.

Intra-uteriene inseminatie (IUI)

Het zaad wordt in het laboratorium bewerkt, waarbij zoveel mogelijk beweeglijke zaadcellen verzameld worden. De zaadcellen worden vlak voor de verwachte eisprong met een spuitje in de baarmoeder gebracht.

Microscopisch zaadonderzoek

Het zaad wordt onder een microscoop bekeken en vervolgens worden de zaadcellen op een speciale manier geteld. Minder dan 20 miljoen zaadcellen per milliliter zaad wordt als te weinig beschouwd. Er wordt ook gekeken naar de manier waarop de zaadcellen zich voortbewegen. Gaan ze recht vooruit, dan worden ze als normaal beweeglijk beschouwd. Gezond zaad bevat minstens 40% van dit soort cellen. Ook wordt er gelet op het uiterlijk van de zaadcellen. Wanneer de cellen een ovale kop en een lange staart hebben, dan zijn ze in orde. Goed zaad bevat ook minstens 40% van deze cellen.

3.2.6 Factoren die een rol kunnen spelen bij verminderde zaadkwaliteit

Warmte

De zaadballen hebben een temperatuur van 35 graden; dat is lager dan de lichaamstemperatuur (37 graden). Voor een optimale zaadproductie is deze temperatuur belangrijk. Door verschillende oorzaken kan de temperatuur van de zaadballen verhoogd zijn, bijvoorbeeld door het vaak nemen van een zeer warm bad of een sauna. Ook bij een spataderkluwen in de balzak kan de temperatuur van de zaadballen verhoogd zijn. Of het zorgen voor een lagere temperatuur bijdraagt aan een verbeterde kwaliteit van het zaad en een grotere kans op zwangerschap, is nog nooit goed onderzocht.

Roken en drugs

Roken kan een ongunstig effect hebben op de kwaliteit van het zaad. Het is dan ook verstandig met roken te stoppen. Ditzelfde geldt voor het gebruik van drugs.

Vitamine C

Een tekort aan vitamine C in de voeding kan mogelijk bijdragen aan een verminderde kwaliteit van het zaad. Het is dan ook verstandig gezond te eten, met voldoende verse groenten en vruchten.

Koorts

Koorts kan een tijdelijk oorzaak zijn van verminderde zaadkwaliteit. Als het zaadonderzoek een verminderde kwaliteit van zaad oplevert, en het onderzoek is verricht na een periode van griep of koorts, kan het nuttig zijn het onderzoek na minstens drie maanden opnieuw uit te voeren.

Frequentie van de zaadlozing

Heel weinig of juist heel vaak een zaadlozing hebben kan bij sommige mannen een rol spelen bij een verminderde zaadkwaliteit. Over het algemeen bevordert het 'sparen' van zaad gedurende langere tijd de kwaliteit niet. Anderzijds wordt de kans op zwangerschap niet groter als u bijvoorbeeld meerdere keren op een dag samenleving hebt.

Hormonale oorzaken

Onder de hersenen ligt de hypofyse: een kleine klier die allerlei hormonen aanmaakt, zoals het follikelstimulerend hormoon (FSH). Het FSH stimuleert de zaadballen. Een te lage productie van FSH kan leiden tot een slechte kwaliteit van het zaad, maar deze hormoonstoornis is erg zeldzaam.

Overige factoren

Industriële chemicaliën zoals lood en bestrijdingsmiddelen kunnen een slechte invloed hebben op de vorm van de zaadcellen. Daarom wordt door de arts veelal naar het beroep gevraagd. Ook van sommige medicijnen is bekend dat zij niet goed zijn voor het zaad.

4. De behandeling

Aan de hand van de uitslagen van de onderzoeken en afhankelijk van de oorzaak van de onvruchtbaarheid kan uw gynaecoloog een aantal adviezen geven of een behandeling voorstellen.

4.1 Alles normaal

Bij u en uw partner is alles in orde en toch volgt geen zwangerschap. Uw gynaecoloog adviseert u dan om op een bepaald tijdstip in de cyclus geslachtsgemeenschap te hebben. Het beste moment is vlak vóór de eisprong. Als u een basale temperatuurcurve bijhoudt, ziet u bij een normale cyclus van 25 tot 28 dagen omstreeks dag 12 tot 14 de temperatuur stijgen. Dat is het moment om te vrijen. Bij een langere cyclus zal de eisprong later komen, meestal ongeveer 14 dagen voorafgaande aan de volgende menstruatie. Belangrijk is te weten dat een zwangerschap wel degelijk mogelijk is. De tijd is een belangrijke factor.

4.2 Kunstmatige inseminatie

Soms kan kunstmatige inseminatie (KI) uitkomst bieden. Hierbij worden de zaadcellen in de baarmoeder gebracht. Dit kan met zaadcellen van de eigen partner (KIE) of van een donor (KID)

4.2.1 Kunstmatige inseminatie met donorzaad (KID)

KID kan worden toegepast wanneer de man (nagenoeg) onvruchtbaar is, of als er geen mannelijke partner is, zoals bij lesbische paren. Hierbij speelt mee dat u de beslissing moet nemen of u een kind wilt dat genetisch niet helemaal van u beiden is. Veel mensen vinden dit een moeilijke beslissing. Misschien vindt u het ook een moeilijke vraag te beantwoorden of wilt u kiezen voor een bekende of onbekende donator, en of u later het kind op de hoogte moet stellen van zijn of haar ontstaanswijze. Over deze en andere vragen kunt u advies vragen of praten met lotgenoten.

4.3 Geen eisprong

Het kan zijn dat de eisprong niet of slechts zelden plaatsvindt. Een hormoonbehandeling met tabletten, een injectie of een infuus kan helpen de eisprong weer op te wekken. Tijdens de hormoonbehandeling vindt af en toe een echografie van de eierstokken plaats, om te zien hoe de eierstokken reageren. Een echografie is een onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van (voor de mens) niet-hoorbare geluidsgolven. Deze geluidsgolven worden omgezet in beelden, die op een beeldscherm zichtbaar worden.

4.4 Afsluiting van de eileider

U kunt alleen zwanger worden wanneer ten minste één van de eileiders open is. Immers, in de eileiders worden de eicellen bevrucht en via de eileider bereikt de bevruchte eicel de baarmoeder om zich daar te kunnen innestelen. Als u een eileiderontsteking heeft gehad, is het mogelijk dat er littekens zijn gevormd die de eileider nu helemaal afsluiten of onbewegelijk maken. Hierdoor kan de eicel de baarmoeder niet of slechts uiterst moeizaam bereiken. Dit is op een röntgenfoto van de baarmoeder en bij een laparoscopie te zien. Afhankelijk van de ernst van de afsluiting van de eileiders, kan uw gynaecoloog u een hersteloperatie of een reageerbuisbevruchting aanraden.

4.5 Endometriose

Bij endometriose groeit er baarmoederslijmvlies buiten de baarmoeder, bijvoorbeeld buiten de eierstokken of in de buikholte. Dit baarmoederslijmvlies kan onder invloed van eierstokhormonen groter worden en gaan bloeden (menstruatie!). Dit kan tot littekenvorming in het bekken leiden. Soms is dit de oorzaak van onvruchtbaarheid. Kleine stukjes slijmvlies kunnen met behulp van een laparoscopie worden weggehaald. Grote stukken baarmoederslijmvlies kunnen of door een laparoscopie worden weggehaald, door een hormoonbehandeling worden verkleind of geheel operatief worden verwijderd.

5. Behandeling van de man

Aan de hand van de uitslagen van de onderzoeken en afhankelijk van de oorzaak van de onvruchtbaarheid kan uw arts bepaalde adviezen geven of een behandeling voorstellen.

5.1 Alles normaal

Als er voldoende zaadcellen zijn en als deze zaadcellen een normale vorm hebben en zich actief bewegen, dan kan het soms voldoende zijn om op een ander (beter) moment te vrijen. De temperatuurcurve die uw partner bijhoudt kan hierbij helpen. Ook is het mogelijk dat de techniek van het vrijen iets moet worden aangepast, zodat de zaadcellen zo dicht mogelijk bij de baarmoedermond worden gebracht.

5.2 Te weinig zaadcellen

Wanneer er te weinig zaadcellen zijn, kan uw arts een hormoonkuur adviseren. Dit heeft niet altijd resultaat, omdat een geringe productie van zaadcellen zelden door een hormoonstoornis wordt veroorzaakt. Soms kan het helpen wanneer uw partner schedespoelingen toepast. De schedespoelingen verbeteren het milieu waarin de zaadcellen terechtkomen. Op deze manier kan een klein aantal zaadcellen toch tot bevruchting leiden. Ook kan worden geprobeerd de zaadcellen op het juiste moment direct in de baarmoeder te brengen (=KIE, kunstmatige inseminatie met zaad van eigen partner).

5.3 Spataderkluwen in de balzak

Bij een spataderkluwen in de balzak kan de zaadproductie laag zijn. Bovendien zijn de zaadcellen daardoor vaak minder beweeglijk. De behandeling bestaat dan uit een operatie waarbij de ader (die het bloed vanuit de balzak niet goed afvoert) wordt afgesloten. Hiervoor wordt onder in de buik een sneetje gemaakt. Ook kan de operatie via een kijkbuisje plaatsvinden. De operatie wordt door de uroloog uitgevoerd. Het is een kleine ingreep. Hierdoor verdwijnen de spataderen. Er blijven vervolgens voldoende aderen over die het bloed wel kunnen afvoeren. Bij 70 tot 80 procent van de behandelde mannen nemen de hoeveelheid zaadcellen en de beweeglijkheid ervan na de operatie toe. Dit gebeurt meestal in de derde maand na de operatie.

Een andere mogelijkheid is dat met behulp van röntgenonderzoek via de lies een plastic spiraaltje in de verwijde ader wordt gebracht. Dit spiraaltje veroorzaakt een afsluitend bloedstolsel op de plaats waar anders een afbinding zou worden uitgevoerd. Deze behandeling kan poliklinisch plaatsvinden.

Of een operatie verstandig is zal de arts met u bespreken. Soms wordt wel een verbetering van de spermakwaliteit gezien, maar dat is niet altijd het geval. Een grotere kans op een natuurlijke bevruchting is tot nu toe niet overtuigend aangetoond, maar kan ook niet uitgesloten worden. Bij de beslissing zal ook van belang zijn of er bij u of uw partner andere factoren aanwezig zijn die het zwanger worden in de weg staan, of dat dit de enige gevonden afwijking is. Ook speelt de vraag mee hoever u en uw partner willen gaan met de verderop genoemde andere behandelingsmogelijkheden.

5.4 Afsluiting van de zaadleider

Wanneer de zaadleider is afgesloten, kan het zaad niet worden geloosd. Op zich is het zaad gezond en beweeglijk, maar kan het zijn doel niet bereiken, omdat de weg naar buiten is geblokkeerd. Een afsluiting kan ontstaan door littekenvorming van vroegere ontstekingen, maar het kan ook gaan om een aangeboren afwijking. Ook hiervoor kan een operatie plaatsvinden. De kans op een zwangerschap na een dergelijke operatie is niet groter dan 15 procent.

6. Andere voortplantingstechnieken

Wanneer het ondanks adviezen of behandelingen niet lukt om zwanger te worden, dan is bevruchting buiten het lichaam misschien een mogelijkheid.

6.1 Reageerbuisbevruchting

Bevruchting buiten het lichaam wordt ook wel IVF (in-vitro fertilisatie) of reageerbuisbevruchting genoemd. Reageerbuisbevruchting kan worden toegepast wanneer de vrouw wel gezonde eicellen heeft, maar deze de baarmoeder niet kunnen bereiken omdat bijvoorbeeld de eileiders geblokkeerd zijn.

Bij een reageerbuisbevruchting wordt een aantal rijpe eitjes uit de eierstok gehaald. Vervolgens worden de eitjes in een 'broedstoof' geplaatst. Dit is een kastje met een constante temperatuur van 37°C en een speciale voedingsbodem. Daarna worden hier zaadcellen van de man aan toegevoegd. Na een paar dagen is dan te zien of er bevruchting heeft plaatsgevonden. Wanneer er bevruchting heeft plaatsgevonden, wordt de bevruchte eicel voorzichtig in de baarmoeder van de vrouw geplaatst. Nestelt de eicel zich goed in, dan heeft de zwangerschap een goede kans van slagen. Gebeurt dit niet, dan moet de hele procedure worden herhaald. Als de vrouw zelf geen goede eicellen heeft, kan ook een donoreicel worden gebruikt in combinatie met de zaadcellen van de man. De bevruchte donoreicel wordt vervolgens in de baarmoeder van de vrouw geplaatst.

6.2 Intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI)

Een variant op de gewone reageerbuisbevruchting is de IVF/ICSI. Hierbij wordt één zaadcel uit een spermamonster gehaald en direct in de eicel geplaatst. De zaadcel hoeft niet meer, zoals bij reageerbuisbevruchting, zelf de eicel binnen te dringen. Verder is de behandeling hetzelfde als bij een reageerbuisbevruchting.

Voor deze behandeling kan worden gekozen als het zaad te slecht is (minder dan 1 miljoen beweeglijke zaadcellen per zaadlozing) of als reageerbuisbevruchting één of twee keer geen bevruchting heeft opgeleverd, ondanks voldoende beweeglijke zaadcellen.

Als ICSI wordt overwogen, is het raadzaam eerst chromosomenonderzoek (en in sommige gevallen DNA onderzoek van het mannelijke chromosoom) uit te voeren. In een klein aantal gevallen worden bij mannen met extreem slecht zaad veranderingen in de chromosomen gevonden. Afhankelijk van de eventueel gevonden chromosoom verandering kan dan advies worden gegeven (door klinisch genetische centra).

Het is zelfs mogelijk dat een zwangerschap ontstaat als er sprake is van azoöspermie (geen enkele zaadcel in de zaadlozingen). De behandeling is afhankelijk van de oorzaak van azoöspermie, bijvoorbeeld obstructie van de zaadleiters, door ontsteking of sterilisatie. Een ICSI behandeling is mogelijk met zaadcellen die door middel van een operatie, uit de bijbal (epididymis) of de zaadbal (testis), worden gehaald. Deze behandelingen heten MESA (ICSI + epididymis zaadcellen) en TESE (ICSI + testiculaire zaadcellen). Via deze behandelingsmethode kunnen mannen die geen of weinig levend zaad in de zaadlozing hebben toch een kind verwekken. Deze behandelmethoden worden in Nederland (nog) niet uitgevoerd.

Veel mensen beschouwen IVF of ICSI behandelingen als een laatste kans. Dat kan deze behandelingen extra spannend maken. Door de hormoonbehandelingen die de vrouw moet ondergaan en de periode van wachten, vooral na de terugplaatsing van bevruchte embryo's, is zij vrijwel dag en nacht met de behandeling bezig. De meeste mannen ervaren een grote druk als zij op het juiste moment zaad moeten produceren. Wanneer u wilt praten over de spanningen die de behandeling bij u of in uw relatie teweegbrengt, kunt u hiervoor begeleiding vragen.

7. Spanningen en emoties

Veel mensen vinden de periode van onderzoeken en behandelingen een moeilijke tijd. De gang door het medische circuit kan lang duren. Dit zal u ook in het dagelijks leven belasten. U moet regelmatig naar het ziekenhuis. Als u een baan heeft kan dit problemen opleveren. Wellicht komt u voor de keuze te staan of u uw werkgever of collega's moet inlichten over de reden van uw afwezigheid. Als u aarzelt over deze stap kunt u dit eerst bespreken met een bedrijfsarts of een bedrijfsmaatschappelijk werker.

Onderzoeken en behandelingen kunnen u lichamelijk belasten, maar ook in emotioneel opzicht kan deze periode u zwaar vallen. Teleurstellingen kunnen elkaar opvolgen, terwijl u toch steeds wilt blijven hopen op een goede afloop. Als uw partner de meeste onderzoeken en behandelingen moet ondergaan, zult u zich soms machteloos voelen. U heeft wellicht het gevoel dat u alleen maar aan de zijlijn kunt toekijken.

Ook binnen uw relatie kunnen spanningen ontstaan. U en uw partner blijken het bijvoorbeeld oneens te zijn over beslissingen over de behandelingen of over de openheid naar de omgeving. Ook op seksueel gebied kan de spanning oplopen. Vrijen op vruchtbare dagen kan ten koste gaan van de spontaniteit en het plezier. Soms zult u een verwijdering voelen als uw partner heel anders op de kinderloosheid reageert dan uzelf. Op andere momenten zal het samen meemaken van zodanig ingrijpende gebeurtenissen u juist een sterk gevoel van verbondenheid met uw partner geven.

8. Praten over vruchtbaarheidsproblemen

Praat u wel of niet met mensen in uw directe omgeving over uw kinderloosheid? Veel mensen vinden dit een dilemma. Niet iedereen is gewend met anderen te praten over de teleurstellingen in het leven. Mensen uit uw omgeving weten vaak niet goed hoe te reageren op uw emoties. Bovendien begrijpen veel mensen niet wat het uitblijven van een zwangerschap emotioneel kan betekenen. Ze staan snel klaar met oordelen, pijnlijke opmerkingen of goed bedoelde adviezen die kwetsend kunnen overkomen. Misschien bent u jaloers of boos als mensen in uw omgeving wel zwanger worden, vooral als de gesprekken daarna hoofdzakelijk over zwangerschappen en kinderen gaan. Dit zal u soms het gevoel geven buitengesloten te zijn. Als u uitkomt voor uw gevoelens van verdriet en teleurstelling kunnen mensen in uw omgeving meer rekening met u houden. Ook is het mogelijk om via de patiëntenvereniging Freya in contact te komen met mensen die hetzelfde meemaken of hebben meegemaakt als u. Praten met mensen in een vergelijkbare situatie kan het gevoel van isolement verkleinen.

Als u wilt praten met een professionele hulpverlener, bijvoorbeeld een maatschappelijk werker van ziekenhuis Bernhoven of van buiten het ziekenhuis, kan uw arts of huisarts u hier informatie over geven.

8.1 Patiëntenvereniging Freya

Patiëntenvereniging Freya is een landelijke patiëntenvereniging die vanuit ervaringsdeskundigheid een luisterend oor kan bieden en informatie kan verstrekken aan paren die ongewild kinderloos zijn.

Adres:

Postbus 476,
6600 AL Wijchen
Telefoon: 024 – 64 51 088
Email: secretariaat@freya.nl
Internet: www.freya.nl

Op de website van de vereniging vindt u onder andere: titels van allerlei informatiebrochures, informatie over lotgenotencontact en voorlichtingsbijeenkomsten, een boekenlijst en adressen van hulpverlenende instanties.

9. Als u kinderloos blijft

Ondanks alle medisch-technische mogelijkheden leiden vruchtbaarheidsbehandelingen niet altijd tot een zwangerschap. Een aantal mensen zal kinderloos blijven. Als dat u overkomt, kunt u hevige gevoelens van rouw en leegte ervaren. Het kan lang duren voordat u een manier heeft gevonden om hiermee om te gaan. Mensen in uw omgeving zullen u misschien aanraden om snel een ander doel in uw leven te zoeken. Voor veel mensen is dit echter pas mogelijk als de gevoelens van rouw om de kinderloosheid enigszins zijn verwerkt. Als u twijfelt over het adopteren van pleegkinderen is het, gezien de jarenlange procedure, raadzaam u daarop tijdig te oriënteren.

10. Nazorg en adviezen voor thuis

Hieronder worden een aantal leefregels beschreven voor mannen met een verminderde zaadkwaliteit. Voor al deze leefregels geldt echter dat nooit goed onderzocht is of ze de kwaliteit van het sperma werkelijk verbeteren, en of de kans op zwangerschap verhoogd wordt. Een garantie voor de verbetering van de spermakwaliteit door deze maatregelen is dan ook zeker niet te geven.

Toch is het mogelijk dat het sperma beter wordt. Omdat de vorming van een zaadcel ongeveer drie maanden duurt, kunt u met deze leefregels pas na die periode een eventuele verbetering van de spermakwaliteit verwachten.

- Probeer vele en langdurige hete baden of saunabezoek zo veel mogelijk te vermijden.
- Het gebruik van elektrische dekens is vanwege de warmte mogelijk minder verstandig.
- Het 'sparen' van sperma lijkt niet goed te zijn voor de kwaliteit. Ongeveer twee à drie zaadlozingen per week is mogelijk het beste.
- Probeer te stoppen met roken, eet gezonde voeding met voldoende vitamines en vermijd overmatig alcoholgebruik.

Vragen

Wanneer u na het lezen van de folder nog vragen heeft, bespreek deze dan gerust met uw behandeld arts. U kunt van maandag tot en met vrijdag tussen 09.00 en 12.00 en tussen 14.00 en 16.00 uur telefonisch contact opnemen met de polikliniek Gynaecologie.

- Polikliniek gynaecologie 0413 - 40 19 38 / Route 150

Bovenstaande informatie is geschreven samen met artsen en (gespecialiseerd) verpleegkundigen van de genoemde afdeling(en). De afdeling communicatie & patiëntenvoorlichting verzorgt de eindredactie van deze folder.

Heeft u vragen en/of opmerkingen over deze folder? Belt u dan met de genoemde afdeling(en) of stuur een e-mail naar PatiëntService, psb@bernhoven.nl.

Bernhoven

Nistelrodeseweg 10
5406 PT UDEN

Postbus 707
5400 AS UDEN

T: 0413 - 40 40 40
E: communicatie@bernhoven.nl
I: www.bernhoven.nl



Ga naar
www.zorgkaartnederland.nl