

BEHANDELING MET DONORSPERMA

IUI-D: INTRA-UTERIENE INSEMINATIE
MET DONORSPERMA

INHOUD

01	Inleiding	4
02	Diagnose binnen een heteroseksuele relatie	5
03	Aanmeldingsprocedure	6
04	Donoren	10
05	De behandeling	13
06	Psychologische impact van de behandeling	14
07	Zwangerschap na IUI-D	15
08	Besluit	16
09	Praktisch	17

01 INLEIDING

Deze brochure is bedoeld voor vrouwen en koppels met een onvervulde kinderwens die in aanmerking komen voor intra-uteriene inseminatie met donorsperma (IUI-D):

- ▲ Heteroseksuele koppels bij wie een spontane zwangerschap door een spermaprobleem onmogelijk of zeer onwaarschijnlijk is, en die niet geholpen kunnen worden met andere behandelingen
- ▲ Lesbische koppels
- ▲ Alleenstaande vrouwen

De mogelijkheden en slaagkansen van in-vitrofertilisatie (ivf) en intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI) zijn de laatste jaren sterk verbeterd. Intra-uteriene inseminatie met donorsperma wordt daarom steeds minder toegepast. Toch zijn er nog steeds koppels met volledig onbehandelbare onvruchtbaarheid. Kunstmatige geslachtscellen kunnen hen misschien op termijn een oplossing bieden, maar die techniek is vandaag nog niet toepasbaar. Koppels kunnen ook bewust kiezen voor donorinseminatie in plaats van ICSI of aanverwante technieken. De laatste decennia zien we ook een toegenomen groei door een specifieke sociale factor, namelijk de afwezigheid van een mannelijke partner. Als vaststaat dat een koppel geen genetisch kind kan verwekken, zijn de mogelijkheden:

- ▲ Bewust kinderloos blijven
- ▲ Adoptie
- ▲ Pleegzorg
- ▲ Donorinseminatie

Ook na onsuccesvolle ivf- en ICSI-behandelingen kan IUI-D een optie zijn.

02 DIAGNOSE BINNEN EEN HETEROSEKSUELE RELATIE

Vruchtbaarheidsproblemen bij de man

De meeste mannen met een verminderde vruchtbaarheid hebben sperma van mindere kwaliteit. In dat geval heeft een IUI-D-behandeling niet de voorkeur, maar proberen we eerst intra-uteriene inseminatie met partnersperma (IUI) of ivf/ICSI.

Als de man echter helemaal geen zaadcellen heeft (azoöpermie) of als IUI of ivf/ICSI niet tot een zwangerschap heeft geleid, is IUI-D wel aangewezen. Zelfs bij azoöpermie is ICSI soms mogelijk met zaadcellen die rechtstreeks uit de bijbal of de teelbal gehaald worden.

Wanneer is een IUI-D-behandeling mogelijk?

- ▲ Er zijn geen zaadcellen in het sperma aanwezig (azoöspermie). Als een hormonale of microchirurgische behandeling wel nog mogelijk is, stellen we meestal voor om die eerst uit te proberen. Het gaat dan bijvoorbeeld om behandelingen zoals herstel van sterilisatie, MESA (microscopische epididymale sperma-aspiratie) en TESE (testiculaire spermaextractie).
- ▲ Het sperma is van zeer slechte kwaliteit (ernstige oligoasthenoteratospermie), er is geen behandeling mogelijk en/of ICSI-pogingen brachten geen resultaat (bij de meeste koppels leiden die wel tot een zwangerschap). We starten liever niet met donorinseminatie als er zaadcellen in het ejaculaat worden gevonden en ICSI nog niet is geprobeerd. Maar uiteindelijk primeert de wens van de patiënt.
- ▲ Er is een risico op ernstige overerfbare afwijkingen bij een kind dat zou verwekt worden met sperma van de man.

Rouw om het verlies van de vruchtbaarheid

Wie de diagnose van verminderde vruchtbaarheid of onvruchtbaarheid krijgt, staat vaak stil bij hoe groot de kinderwens is en wat ouderschap betekent. Daarbij hoort een rouwproces. Rouw is een natuurlijke reactie op verlies. Bij ongewenste kinderloosheid gaat het over meerdere aspecten: een kind verliezen dat nooit geboren werd, de controle over de eigen vruchtbaarheid verliezen, de kans op eigen genetische kinderen verliezen, het einde van een genetische lijn enz. Daarom is het beter om de stap naar een behandeling met donorsperma niet te snel te zetten en tijd te nemen om de diagnose te verwerken.

Een rouwproces gaat gepaard met verschillende emoties en kan soms lang en pijnlijk zijn.

Rouwgevoelens zijn ook niet bij iedereen even intens. Veelvoorkomende rouwgevoelens zijn:

- ▲ Ontkenning: 'Dit kan mij toch niet overkomen'. Ontkenning is een afweermechanisme waarmee we ons wapenen tegen hevige emoties.
- ▲ Agressie: Een uiting van onmacht. U bent kwaad op zichzelf, op uw partner, op de arts, soms op de hele wereld. U hebt het gevoel dat u onrechtvaardig behandeld wordt.
- ▲ Schuld: 'Wat heb ik fout gedaan waardoor dit mij/ons overkomt?'. U worstelt met het gevoel elkaar niet te kunnen geven waar jullie beiden zo naar verlangen.
- ▲ Verdriet: Als koppel voelen jullie een verlies.

Toch maken al die gevoelens na verloop van tijd langzaam maar zeker plaats voor aanvaarding. Als jullie er nood aan hebben, kunnen jullie doorheen het rouwproces begeleiding zoeken bij de fertiliteitsconsulenten (klinisch psychologen) van de afdeling.

Pas als jullie het verlies aanvaard hebben en een plaats hebben gegeven, kan de tweede fase echt van start gaan: een alternatief kiezen.

Op zoek naar een alternatief

Bewust kinderloos blijven

Het ouderschap definitief opgeven is voor sommigen een bewuste keuze. Werk, hobby's, sociale contacten, vrijetijdsbesteding enz. kunnen voldoening bieden en een leven betekenis geven. Kinderloosheid hoeft dat niet in de weg te staan. Koppels die daarover willen praten, kunnen op consultatie bij de fertiliteitsconsulenten.

Adoptie en/of pleegzorg

Voor sommige koppels is adoptie een goed alternatief om een gezin uit te bouwen. In België bestaan procedures voor binnenlandse en buitenlandse adoptie. Ook pleegzorg is een waardevol alternatief. Met vragen over adoptie of pleegzorg kunt u terecht bij de fertiliteitsconsulenten.

Donorinseminatie

De laatste jaren is de kennis over donorinseminatie sterk toegenomen en is ze ook steeds meer sociaal aanvaard. IUI-D is nu voor de meeste koppels een mogelijke keuze. Bij ongeveer 75 procent van alle koppels leidt de IUI-D-behandeling tot een zwangerschap. Wereldwijd zijn honderdduizenden kinderen via donorinseminatie verwekt. Toch roept de behandeling bij velen vragen en emoties op. Die kunt u bespreken met de fertiliteitsconsulenten.

03 AANMELDINGSPROCEDURE

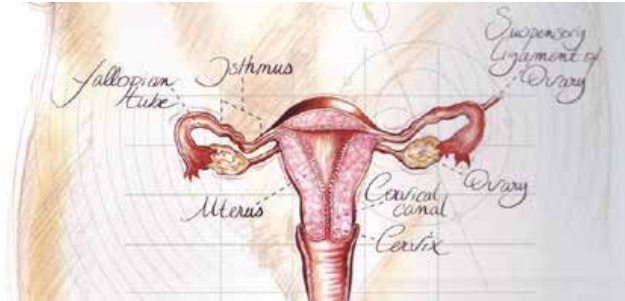
Als u als koppel een IUI-D-behandeling overweegt, geven we jullie eerst duidelijke informatie afgestemd op jullie psychische en medische achtergrond. Zo kunt u ook de slaagkansen realistisch inschatten en is een goede samenwerking met vroedkundigen of verpleegkundigen mogelijk. Zo hebben heterokoppels soms nog uitleg nodig over de oorzaken van de verminderde fertiliteit of hebt u volledig andere vragen. Deze brochure geeft al heel wat antwoorden.

Eens de behandeling is opgestart, rest soms weinig tijd voor een gesprek. Als u tijdens de behandeling nog met vragen of een probleem zit, kunt u het best een raadpleging inplannen bij de arts die het intakegesprek heeft gedaan. Als een zwangerschap na 5 tot 6 maand uitblijft, vindt standaard een evaluatieconsultatie plaats.

Als de keuze voor een IUI-D-behandeling vaststaat, wordt de aanmeldingsprocedure opgestart. Die verloopt in drie stappen en geldt voor alle wensouders: heteroseksuele koppels, lesbische koppels en alleenstaande vrouwen.

Vorbereidend medisch onderzoek

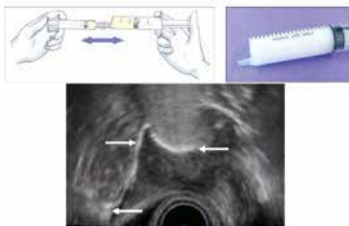
Een IUI-D-behandeling is op zich eenvoudig: ontdooid en voorbereid donorsperma wordt in de baarmoeder ingebracht (intra-uteriene inseminatie: IUI). Dat gebeurt ambulant, tijdens een standaard gynaecologisch onderzoek. IUI-D is dus niet zo 'kunstmatig' als velen denken. Het is een technisch eenvoudige, korte en pijnloze procedure die makkelijk frequent kan herhaald worden zonder bijwerkingen voor de vrouw.



De vrouwelijke inwendige geslachtsorganen

De voorbereiding op de procedure is beperkt:

- ▶ We bevragen de medische voorgeschiedenis en huidige gezondheidstoestand van de vrouw.
- ▶ Op basis van de cyclus gaan we na of de eisprong normaal verloopt. Bij een regelmatige cycluis bijkomend onderzoek vaak niet nodig maar volstaat een bloedafname om de reserve aan eicellen te bepalen (via het AMH of antimulleriaans hormoon) en de werking van de schildklier te controleren (via het TSH of thyroïdstimulerend hormoon).
- ▶ In sommige gevallen controleren we ook de doorgang van de eileiders via een HyFoSy of hysterofoam sonografie (zie figuur 2). Dat is een echografisch onderzoek waarvoor we via de baarmoederhals een kleine hoeveelheid schuimoplossing inspuiten.



- ▶ We nemen **bloed** af om de bloedgroep, resusfactor en antistoffen te controleren (rubella, toxoplasmose, hepatitis B en C, hiv, cytomegalovirus of CMV, syfilis).
- ▶ De eigen gynaecoloog voert een **routine gynaecologisch onderzoek** (met baarmoederhalsuitstrijkje) en **borstonderzoek** uit.

Het is belangrijk dat we vooraf over alle medische gegevens beschikken zodat we tijdens de IUI-Dprocedure niet tegelijk vrouwelijke vruchtbaarheidsstoornissen moeten behandelen. Enkel wanneer we een afwijking vermoeden op basis van de voorgeschiedenis of wanneer een zwangerschap uitblijft, vinden bijkomende onderzoeken plaats. Indien nodig schrijven we medicatie voor om de eisprong te stimuleren.

Tijdens de behandeling kunnen echter nieuwe elementen aan het licht komen die we al dan niet kunnen behandelen. Als een IUI-D-behandeling mislukt, is dat meestal toe te schrijven aan een stoornis die pas tijdens de behandelcycli werd vastgesteld. Het gaat dan doorgaans om een eisprongstoornis, endometriose of transportstoornissen van de eikel door de eileider(s).

Standaard voeren we geen diagnostische laparoscopie uit (rechtstreeks onderzoek van het kleine bekken onder narcose) om de IUI-D-behandeling te optimaliseren. Het onderzoek kan eventueel wel plaatsvinden als een zwangerschap na een aantal cycli uitblijft.

Counselinggesprek bij de fertiliteitsconsulente

Wie een IUI-D-behandeling aanvraagt, heeft altijd eerst een counselinggesprek bij een fertiliteitsconsulente. Beslissen om een kind te verwekken via donorsperma en de IUI-D-behandeling op zich vragen immers behalve medische ook psychosociale begeleiding. Die begint bij helder informeren, de implicaties van de beslissing bespreken en emotionele steun bieden.

Welke onderwerpen komen tijdens het gesprek aan bod?

- ▲ Bij een heteroseksueel koppel wordt onder meer aandacht besteed aan de motivatie voor de keuze, aan de relatie, het verwerken van de mannelijke onvruchtbaarheid, het verschil tussen genetisch en sociaal ouderschap en eventuele twijfels. Er wordt ook gepraat over belangrijke beslissingen zoals de keuze van het type donor, openheid of geheimhouding tegenover het kind en de omgeving enz.
- ▲ De counselinggesprekken die we met lesbische koppels en alleenstaande vrouwen hebben zijn afgestemd op hun specifieke context en vragen. Bij alleenstaande vrouwen is er ook ruimte voor een psychosociale analyse (bv. sociaal netwerk als alleenstaande mama enz.).

Anonieme of niet-anonieme donor

Wettelijk kan de spermadonor anoniem of bekend zijn (zie verder). De voor- en nadelen van de donorgeuze worden uitgebreid besproken tijdens het counselinggesprek.

Openheid of geheimhouding

Vooral heteroseksuele ouders worstelen met het dilemma of ze het kind al dan niet zullen vertellen dat het via een donor is ontstaan. Lesbische koppels en alleenstaande vrouwen staan vooral stil bij hoe ze het ontstaansverhaal in het gezin en de omgeving kunnen brengen.

De keuze voor openheid of geheimhouding ligt uiteindelijk bij de ouders. In ons centrum laten we hen daarin vrij. De fertiliteitsconsulent kan wel helpen om een gefundeerde keuze te maken. De juiste keuze is die waarbij het koppel zich goed voelt.

In de praktijk kiezen steeds meer koppels voor openheid. Psychologen en sociologen stellen geregeld dat het geheimhouden op termijn kan wegen op een gezin en destabiliserend kan zijn voor de band tussen de ouders en het kind.

Ethische en juridische aspecten van IUI-D

Ethische vragen

De ethische aspecten van IUI-D ten gronde bespreken, kan niet in een beknopte brochure. Er is literatuur beschikbaar die het onderwerp uit religieus en niet-religieus standpunt belicht.

In elk geval worstelen veel koppels met de vraag wat de wezenlijke betekenis is van ouderschap: is de levenslange zorg voor een kind vooral genetisch of eerder en vooral sociaal?

Juridische regeling

▲ Heteroseksuele koppels

- Een kind dat geboren wordt in een heteroseksueel huwelijk en is verwekt via IUI-D heeft als juridische vader automatisch de sociale vader. Het vaderschap betwisten is zelfs onmogelijk als de beide partners de IUI-D-aanvraag hebben gedaan.
- Als de partners ongehuwd zijn, geldt de gebruikelijke erkenningsprocedure. Juridisch kan dan enkel een probleem rijzen als een van de partners nog gebonden is door een huwelijk. Daarom vragen we duidelijkheid over de juridische status van de beide aanvragers voordat de IUI-D-behandeling wordt opgestart.

▲ Lesbische koppels: Voor lesbische koppels die een kind krijgen via IUI-D geldt dezelfde erkenningsprocedure als voor heterokoppels.

▲ Alleenstaande vrouwen: Een alleenstaande moeder staat geregistreerd als enige wettige ouder.

Bespreking op teamvergadering

Als alle medische en psychosociale informatie voor de aanvraag is verzameld, wordt het aanvraagdossier besproken op de teamvergadering. Daar formuleren we een advies: positief, negatief of uitstel. Dat advies delen we mee aan de aanvragers. Als het advies positief is en de onderstaande voorwaarden dus vervuld zijn, kan de behandeling worden opgestart:

- ▲ Is de keuze voor IUI-D ingegeven door een vruchtbaarheidsprobleem bij de man, dan moet die andrologische aandoening correct gediagnosticeerd en goed gedocumenteerd zijn.
- ▲ De aanvraag voor een IUI-D-behandeling moet door de beide partners samen gebeuren. Het koppel hoeft niet gehuwd te zijn, maar de consulente moet uit het gesprek wel kunnen opmaken dat de relatie stabiel en duurzaam is.
- ▲ Er mogen geen tegenindicaties zijn voor een zwangerschap (een ernstige fysieke of psychische aandoening, overgewicht enz.).
- ▲ Er wordt uitgegaan van een normale vruchtbaarheid bij de vrouw. Als ook de vrouw kampt met een vruchtbaarheidsstoornis, dan moet die behandeld worden. Dat is het geval bij ongeveer de helft van alle vrouwen die een IUI-D-behandeling opstarten. Vaak is een vruchtbaarheidsbehandeling nodig om de eisprong uit te lokken of te regelen. In uitzonderlijke gevallen is in-vitrofertilisatie met donorsperma nodig (ivf-D).

04 DONOREN

Het IUI-D-programma staat of valt bij geschikte donoren vinden. En dat is niet altijd evident. De inseminatie van een spermastaal is op zich een eenvoudige procedure, maar er gaat heel wat aan vooraf, zowel voor de ontvangers, de donor en de medewerkers van de spermabank die vruchtbaar sperma proberen te bekomen en in te vriezen.

In de spermabank worden buisjes met donorsperma gemarkeerd en bij -196 °C bewaard in een grote trommel gevuld met vloeibare stikstof.



Anonieme donatie

Screening van donoren

Kandidaat-donoren kunnen zich spontaan melden bij het andrologielab. Dat gebeurt vaak als reactie op een radio- of televisieprogramma of een artikel in de media. Kandidaat-donoren komen uit alle lagen van de maatschappij. Om in aanmerking te komen voor donatie, moeten ze tussen 18 en 40 jaar zijn en bereid zijn om onderstaande onderzoeken te ondergaan:

- ▲ **Een uitgebreide consultatie:** De arts voert een klinisch onderzoek uit en peilt naar de motivatie, intelligentie (die niet onder het gemiddelde mag liggen), medische voorgeschiedenis (ziekten, operaties), levensstijl, seksuele en psychologische achtergrond. Elke donor ondergaat een klinisch en andrologisch onderzoek, en ziet ook een geneticus en een fertiliteitsconsulent.
- ▲ **Invriezen van sperma als proef:** Slechts bij 20 à 30 procent van alle kandidaat-donoren is het sperma geschikt om in te vriezen. Invriezen is absoluut noodzakelijk omdat met vers sperma het (weliswaar zeer kleine) risico bestaat dat infecties zoals hiv, hepatitis B en C en chlamydia trachomatis worden doorgegeven.
- ▲ **Een bloedonderzoek:** De bloedgroep en resusfactor worden bepaald. Daarnaast wordt nagegaan of de algemene biochemie van de donor normaal is en of hij geen drager is van de overdraagbare infectieziekten. Dat laatste onderzoek wordt regelmatig herhaald. Er wordt ook een karyotypering of chromosoomanalyse uitgevoerd om afwijkingen in het aantal en de structuur van de chromosomen (erfelijk materiaal) uit te sluiten. Ook dragerschap van enkele veelvoorkomende aandoeningen wordt uitgesloten.

Nadien wordt een **fenotypekaart** opgesteld. Op de fiche staan bloedgroep (A, B, O, AB), resusfactor (positief/negatief), lengte, gewicht, kleur van de ogen, haarkleur en lichaamsbouw. Die kenmerken worden gebruikt bij de donorselectie.

Als de screening is afgerond, komt de donor regelmatig langs volgens de eigen wensen en zolang dat nodig is. Wettelijk is vastgelegd dat elke donor slechts zes aanvragers kan helpen – koppels of alleenstaanden. Ouders die een tweede kind willen via spermadonatie vragen meestal sperma van dezelfde donor. Dat is niet altijd mogelijk, bijvoorbeeld als de donor verhuisd is of gestopt is met doneren. De motivatie voor spermadonatie is meestal:

- ▲ Altruïsme (veel spermadonoren geven ook bloed)
- ▲ De wil om te sensibiliseren over vruchtbaarheidsstoornissen door soortgelijke problemen in het eigen gezin, de familie of vriendenkring
- ▲ Sociale verantwoordelijkheidszin
- ▲ Het verlangen om eigen tekortkomingen uit het verleden goed te maken
- ▲ Soms ook de financiële vergoeding (in België is enkel een onkostenvergoeding mogelijk)

Bij alle geselecteerde donoren speelt ook onbaatzuchtigheid.

Anonimiteit

De donatie gebeurt strikt anoniem. Zelfs de medewerkers van de spermabank kennen de identiteit van de donoren niet. Alle gegevens worden gecodeerd. De donor zal nooit vernemen of met zijn sperma zwangerschappen zijn ontstaan. Evenmin weten de ontvanger en de eventuele kinderen die via de donatie zijn verwekt van wie het sperma is. Die anonimiteit wordt gegarandeerd door het wettelijke kader en het medische beroepsgeheim in het ziekenhuis.

Elk dossier van een patiënt die deelneemt aan een IUI-D-programma wordt steeds strikt gescheiden van elk ander medisch dossier van de patiënt.

Donormatching

We streven een zo groot mogelijke overeenkomst na tussen de **uiterlijke kenmerken** van de donor en die van de aanvrager(s), zoals de kleur van de ogen en het haar en de lichaamslengte. De fertiliteitsconsulente noteert de fysieke kenmerken van de vrouw en eventuele partner op een fenotypekaart. Vervolgens gebeurt de donorselectie in de donorbank door de fenotypekaart te vergelijken met die van de donor.

Lesbische koppels vermelden vaak de fysieke kenmerken van de meemoeder op de fenotypekaart. Alleenstaande vrouwen geven meestal hun eigen uiterlijke kenmerken op.

Bij de selectie spelen de **bloedgroep en de resusfactor** een rol. De bloedgroep van het kind moet eventueel kunnen voortkomen uit de combinatie van de bloedgroepen van de (sociale) ouders. Met karakteriële en psychologische kenmerken kan geen rekening worden gehouden. Die worden trouwens vooral bepaald door omgevingsfactoren en slechts gedeeltelijk door genetische factoren.

Na de matching worden een aantal buisjes met donorsperma bewaard in het lab van het fertiliteitscentrum op naam van de aanvrager(s). Leidt de behandeling de eerste cycli tot een zwangerschap, dan worden de overige buisjes nog bewaard op naam van de ouder(s) voor een eventuele volgende zwangerschap.

Niet-anonieme donatie

De kandidaat-donor wordt aangebracht door het koppel of de aanvrager. Intergenerationele donatie (bv. vader voor zoon) wordt niet uitgevoerd. Donatie uit commerciële overwegingen kan evenmin. Ook bij niet-anonieme donatie gebeurt een grondige psychologische evaluatie. De screeningprocedure is dezelfde als voor anonieme donoren.

05 DE BEHANDELING

Begeleiding

Voor de start van de behandeling bespreken we het aantal IUI-D-cycli en eventuele bijkomende onderzoeken als een zwangerschap uitblijft. Daarvoor wordt dan een uitgebreider gesprek met de behandelende arts vastgelegd.

Planning

Bij een **regelmatige** cyclus is de procedure eenvoudig. De arts bepaalt op welke cyclusdagen de vrouw naar de fertiliteitskliniek komt voor de opvolging van de cyclus en de inseminaties. Dat gebeurt aan de hand van een echografie of de bloedwaarden. Soms gebruiken we ook een urinetest die het LH-hormoon detecteert. Die test moet 's ochtends gebeuren. Is het resultaat positief, laat dat meteen weten aan de verpleegkundigen/vroedkundigen en dan plannen we de inseminatie in.

Bij minstens een op de drie vrouwen is de kwaliteit van de **eisprong** in spontane cycli **onvoldoende** of **is het tijdstip** ervan te **wisselend**. Dan kiezen we vrijwel altijd voor ovulatie-inductie (eisprongstimulatie). De eisprong opwekken proberen we in eerste instantie met medicatie. Lukt dat niet, dan stappen we over op hormoneninjecties. Pas als die resultaat beginnen op te leveren, plannen we de inseminatie in.

De inseminatie

We kunnen inseminaties elke dag van de week uitvoeren, ook op zaterdag of zondag. Voor de inseminatie wordt een speculum geplaatst. Via een slangetje wordt het bereide donorsperma in de baarmoeder geïnsemineerd (intra-uteriene inseminatie).

Bij de start van de menstruatie plannen we zo snel mogelijk een nieuwe inseminatie in. Alle inseminaties op het juiste moment uitvoeren, vraagt veel flexibiliteit van onze medewerkers. Die flexibiliteit en medewerking vragen we ook van onze patiënten.

06 PSYCHOLOGISCHE IMPACT VAN DE BEHANDELING

Een vruchtbaarheidsprobleem en fertiliteitsbehandelingen kunnen een impact hebben op uw leven en op uw eventuele relatie. Als een zwangerschap na talloze pogingen uitblijft, kan dit de individuele draagkracht en de relatie op de proef stellen. Heel wat mensen ervaren dan spanning en stress, die toenemen naarmate de zwangerschap langer op zich laat wachten. Het is belangrijk dat u tijdens een fertiliteitsbehandeling zorg blijft dragen voor uzelf en de kwaliteit van uw eventuele relatie.

Vruchtbaarheidsproblemen hebben ook een impact op de ruimere omgeving en kunnen bijvoorbeeld ook een effect hebben op de familie, het werk en het sociaal leven. Praten met vrienden en familie kan helpen bij twijfel en angst, maar het vraagt ook volledige openheid. Hoewel velen heel wat steun krijgen uit hun omgeving, is er soms ook sprake van onbegrip of druk.

Vrijwel iedereen die aan een vruchtbaarheidsbehandeling begint, heeft hoge verwachtingen. Voor sommigen zal de behandeling evenwel niet tot een zwangerschap leiden. In dat geval wordt dat uitgebreid met de arts besproken. Als duidelijk wordt dat de verhoopte zwangerschap er niet komt, volgt vaak een rouwproces. De vrouw en/of eventuele partner twijfelen dan soms aan de genomen beslissing, voelen zich depressief, opstandig en verdrietig. Soms stelt de behandeling de individuele draagkracht of die van een koppel zodanig op de proef dat overwogen wordt om ze stop te zetten.

Wie het emotioneel moeilijk heeft tijdens de behandeling, kan dat melden aan de arts, de vroedkundige of de fertiliteitsconsulenten. Zij kunnen dan zorgen voor psychologische begeleiding. Die kan helpen om stress te verminderen en het emotioneel welzijn en de levenskwaliteit te verbeteren.



07 ZWANGERSCHAP NA IUI-D

Kans op zwangerschap

De natuurlijke vruchtbaarheid van de mens is beperkt. Een koppel met een normale vruchtbaarheid heeft per cyclus ongeveer 20 procent kans op een zwangerschap. Na 6 maanden zal dus ongeveer 70 procent van deze koppels zwanger zijn, na een jaar zo'n 90 procent en na twee jaar 95 procent.

De kans op een zwangerschap na een IUI-D-behandeling ligt iets lager, gemiddeld 15 procent per cyclus. Dat is te wijten aan twee factoren:

- ▲ Ingevroren sperma dat wordt ontdooid, verliest aan bevruchtungsvermogen (uiterst geschikte donoren zijn zeldzaam).
- ▲ De vrouwen die een IUI-D-behandeling krijgen, zijn doorgaans minder vruchtbaar dan een vergelijkbare populatie vrouwen met vruchtbare mannen.

In de praktijk stellen we ook hier een cumulatief zwangerschapspercentage vast van ongeveer 40 procent na 3 maanden, 60 procent na 6 maanden en 75 procent na 12 maanden. Ook na een jaar blijft een zwangerschap mogelijk, maar er zijn te veel inseminaties voor nodig om er stelselmatig mee door te gaan. Dat wordt individueel beoordeeld maar is doorgaans sterk af te raden. Meestal wordt na 9 tot maximaal 12 cycli vruchteloze IUI-D-pogingen overgestapt op IVF-D of wordt verdere behandeling gestaakt. Als bij de vrouw geen enkele oorzaak van onvruchtbaarheid wordt gevonden, kan ze nog 3 à 6 cycli verder behandeld worden gedurende maximaal 18 maanden.

Het is mogelijk dat een vrouw die een eerste keer zwanger werd in een eerste cyclus, daar de tweede keer 10 maanden voor nodig heeft en omgekeerd. Ook IUI-D biedt dus geen garantie en een zwangerschap blijft moeilijk te voorspellen. Toch worden de meeste koppels wel degelijk zwanger.

Het is normaal dat u tijdens de behandeling al eens de moed verliest, maar geef de hoop op een zwangerschap niet te snel op. Zeker niet zolang uw arts de kans realistisch acht. Als een zwangerschap ook met IUI-D uitblijft, is de oorzaak bijna altijd een gynaecologische stoornis. Die kan niet altijd met succes behandeld worden. Als een zwangerschap na alle mogelijke inspanningen niet realistisch blijkt, heeft het weinig zin om te volharden want dat kan ten koste gaan van de relatie. Een fertiliteitsbehandeling stopzetten vraagt moed maar is in dat geval verstandig – zeker als de behandelende arts dat ook adviseert.

Verloop van de zwangerschap

Een zwangerschap na IUI-D evolueert hetzelfde als een zwangerschap na natuurlijke bevruchting, en ook hier verloopt ongeveer een op de zeven zwangerschappen niet normaal en eindigt ze in een miskraam. Dan is soms een curettage nodig. De fertiliteitsbehandeling wordt dan even onderbroken en na enige tijd voortgezet.

Een buitenbaarmoederlijke zwangerschap komt na IUI-D even vaak voor als bij een natuurlijke zwangerschap. Er worden evenveel jongens als meisjes geboren en het is onmogelijk het geslacht vooraf te bepalen.

Aangezien vrij veel vrouwen die een IUI-D-behandeling ondergaan ook hormonale stimulatie krijgen, komen meerlingzwangerschappen wat frequenter voor. Er zijn echter niet meer zwangerschapsverwikkelingen of kunstverlossingen (keizersnede, vacuümextractie) na IUI-D, en zelfs iets minder aangeboren of genetische afwijkingen dan gemiddeld. Dergelijke afwijkingen zijn evenwel altijd mogelijk. Trisomie 21 – het syndroom van Down – komt voor bij 1 op de 1000 baby's. De prenatale diagnostiek om genetische afwijkingen op te sporen is hetzelfde als bij een natuurlijke zwangerschap.

Opvolging van de zwangerschap

Uit studies van kinderen die via IUI-D zijn verwekt, blijkt dat ze dezelfde ontwikkeling doormaken als kinderen geboren uit een natuurlijke zwangerschap – op sociaal, psychologisch, intellectueel vlak en met betrekking tot de relatie ouder(s)-kind. Binnen het gezin spelen uiteraard wel specifieke thema's zoals de donor en hoe erover te communiceren. Gezinnen kunnen voor advies daarover ook later nog terecht bij de fertiliteitsconsulenten.

Om ons IUI-D-programma grondig te kunnen opvolgen, vragen wij alle ouders ons op de hoogte te houden van de ontwikkeling van hun donorkind(eren). Het is belangrijk dat u ons informeert over eventuele ontwikkelings- of gezondheidsproblemen van uw kind. De overheid verplicht de fertiliteitscentra om gezondheidsproblemen bij donorkinderen te registreren. De informatie is belangrijk voor de donor, voor zijn eigen kinderen en voor donorkinderen verwekt met zijn sperma. De registratie gebeurt uiteraard altijd anoniem.

08 BESLUIT

IUI-D is een technisch eenvoudige behandeling die makkelijk een heel aantal cycli kan worden voortgezet. De behandeling bij vrouwen met een normale vruchtbaarheid heeft een zeer hoge slaagkans (tot 90 procent).

De grootste moeilijkheid is meestal de keuze maken voor IUI-D. Het kan lang duren vooraleer die knoop wordt doorgehakt. Pas dan begint het echte traject dat tot een zwangerschap moet leiden.

Het is van groot belang dat beide partners bewust kiezen voor IUI-D en er beiden van overtuigd zijn dat ze gelukkiger zouden zijn met een (donor)kind.

09 PRAKTISCH

Kost van de behandeling

Tijdens het intakegesprek krijgt u informatie over de kosten van de behandeling. Een IUI-D-behandeling wordt in België grotendeels terugbetaald door het ziekenfonds. Voor elke inseminatie vindt een consultatie plaats die wordt aangerekend en grotendeels terugbetaald wordt door het ziekenfonds. Bloedafnames en echografische onderzoeken vallen ook onder de ziekteverzekering.

Wat aan de patiënt wordt aangerekend voor het donorsperma valt buiten de ziekteverzekering en dekt louter de kosten die zijn gemaakt voor onder meer de rekrutering en screening van donoren, de infrastructuur van de bank, het nodige personeel, de registratie enz. De bijdragen zijn noodzakelijk om het voortbestaan van de spermabank te garanderen. Het bedrag wordt betaald vóór de eerste inseminatiecyclus.

Akkoordverklaring

We kunnen de behandeling pas opstarten als de aanvragers een ondertekende akkoordverklaring aan het fertiliteitscentrum hebben overhandigd. Die bevestigt de beslissing om tot IUI-D over te gaan en betekent een volledig ouderschapsengagement tegenover het kind dat ook juridisch geldt.

Lijst met afkortingen

AMH

Antimulleriaans hormoon

FSH

Follikelstimulerend hormoon

Hiv

Humaan immunodeficiëntievirus

HyFoSy

Hystero foam sonography

IM

Intramusculair (in de bil)

ICSI

Intracytoplasmatische sperma-injectie

IUI

Intra-uteriene inseminatie

IUI-D

Intra-uteriene inseminatie met donorsperma
(vervangt de oude benaming KID: kunstmatige
inseminatie met donorsperma)

Ivf

In-vitrofertilisatie

Ivf-D

In-vitrofertilisatie met donorsperma

LH

Luteïniserend hormoon

MESA

Microscopische epididymaire sperma-aspiratie

SC

Subcutaan (onderhuids)

TESE

Testiculaire spermaextractie

TSH

Thyreoïdstimulerend hormoon

NOTA'S

Reproductieve geneeskunde

Ingang 50, route 710

T +32 (0)9 332 31 39

E arg@uzgent.be

www.uzgent.be/reproductieve-geneeskunde

www.facebook.com/groups/fertiliteituzgent

Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het UZ Gent.

Universitair Ziekenhuis Gent

C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent

T +32 (0)9 332 21 11 | E info@uzgent.be

www.uzgent.be

Volg ons op

