

Welkom

in het fertiliteitscentrum



Welkom in het FERTILITEITSCENTRUM

Inhoudstafel

- 3 Wat u vooraf moet weten**
- 6 Ovulatie-inductie**
- 8 Intra-uteriene inseminatie (IUI)**
- 10 In-vitrofertilisatie (ivf)**
 - 10 Stimulatie van de eierstokken
 - 12 De eicelpunctie (follikelaspiratie, pick-up)
 - 13 De bewerking van het zaadstaal
 - 16 Wat gebeurt er in het labo bij ivf?
 - 17 Wat is icsi en wanneer is dit nodig?
 - 18 Embryotransfer: terugplaatsing van embryo's
 - 19 Na de terugplaatsing
 - 20 Het resultaat: zwanger of niet?
 - 20 Hoeveel kans op zwangerschap is er?
 - 21 Invriezen van embryo's (cryopreservatie)
 - 22 Verloop van een ivf-zwangerschap
- 23 Complicaties bij vruchtbaarheidsbehandeling**
- 24 Inseminatie met donorsperma**
- 25 Eiceldonatie**
- 26 Medische voorzorgen**
 - 26 Algemene gezondheid
 - 26 Controle van infecties bij beide partners
 - 26 Vaccinatie tegen kinkhoest
 - 26 Genetisch onderzoek
 - 26 Preoperatief onderzoek
 - 26 Preventie van afwijkingen van het zenuwstelsel bij het kind
- 27 Psychosociale begeleiding**
- 28 Nuttige contacten**
- 29 Meer lezen?**
- 30 Bijlage**
- 32 Contact**

Wat u vooraf moet weten

Neem deze brochure zorgvuldig door voor u start met een vruchtbaarheidsbehandeling in ons Fertiliteitscentrum.

We willen u zo volledig mogelijk informeren over wat medisch begeleide voortplanting inhoudt. Zo weet u wat u van een behandeling kunt verwachten en wat niet, en kunt u tegelijk inschatten welke invloed ze op u en uw leven kan hebben.

De brochure is een aanvulling op wat we al met u bespraken tijdens de consultatie. Voor meer informatie over uw persoonlijke situatie kunt u steeds bij ons terecht.

Bij de start ondertekent u een akkoordverklaring voor de gekozen behandeling. Daarin staat onder andere dat beide partners de informatiebrochure hebben gelezen en begrepen. Die verklaring is van toepassing voor de hele duur van uw behandeling. Bij nieuwe ontwikkelingen geven we u bijkomende informatie.

We wensen u alvast veel succes.

Ongeveer 10% van de koppels is langer dan gewenst kinderloos. Een vruchtbaarheidsbehandeling biedt geen pasklare oplossing. Ze vergroot alleen de kans op een zwangerschap per cyclus. Het is de taak van de arts om u te informeren over de verschillende mogelijkheden en uw kansen op succes. Er bestaat zelden een "beste" of "enige" oplossing, maar wel een voorstel waarvoor u kunt kiezen na zorgvuldige overweging.

De kans op succes vermindert naarmate het aantal pogingen toeneemt. Het is doorgaans weinig zinvol om meer dan zes keer een behandeling te proberen. Daarna kunnen we vaak wel nog op een andere behandeling overschakelen, wat weer nieuwe kansen biedt. Hoe vaak we een behandeling herhalen, beslist u als koppel zelf, op voorwaarde dat u de slaagkansen juist kunt inschatten.

Medisch begeleide voortplanting is dus geen zuiver technische aangelegenheid. Alle stadia in de behandeling kunnen heel sterke emoties teweegbrengen, die niet alleen op uzelf, maar ook op uw relatie met uw partner en met de buitenwereld doorwegen.

Het is goed voor ogen te houden dat de overgrote meerderheid van de koppels met vruchtbaarheidsproblemen (ongeveer 80%) uiteindelijk zwanger raakt. We kunnen dus stellen dat de kansen heel goed zijn, maar het vraagt vaak aanzienlijke inspanningen.

Even voorstellen

Het Fertiliteitscentrum van AZ Sint-Lucas is een multidisciplinair team dat werd samengesteld om zo goed mogelijk hulp te bieden aan koppels met vruchtbaarheidsproblemen.

Meestal zorgt de **algemene gynaecoloog** voor de nodige onderzoeken om de oorzaak te achterhalen van het vruchtbaarheidsprobleem.

U kunt een beroep doen op het Fertiliteitscentrum – vaak op vraag van de gynaecoloog - als er meer geavanceerde technieken noodzakelijk zijn (bv. stimulatie van de eisprong, inseminaties of in-vitrofertilisatie) of als een strikte opvolging noodzakelijk is. **Vier gynaecologen maken deel uit van het Fertiliteitscentrum:** dr. Tom Coetsier, dr. Jeroen De Smet, dr. Isabelle Meire en dr. Nele Van Renterghem. Zij zijn fulltime bezig met vruchtbaarheidsonderzoek en -behandeling. Ze behouden elk de eindverantwoordelijkheid voor hun individuele patiënten, maar zorgen samen voor de permanentie voor standaardprocedures zoals echografische opvolging van stimulaties, inseminaties, eicelpuncties en embryo-terugplaatsingen. Zodra u zwanger bent, verwijzen we u terug door naar uw algemene gynaecoloog voor de verdere opvolging van uw zwangerschap.

Bijzondere onderzoeken of behandelingen bij de man worden door dr. Jeroen De Smet uitgevoerd. Hij neemt ook stukjes weefsel van de teelbal weg, wanneer dat nodig is om zaadcellen te bekomen (zie pagina 13-15).

De vroedvrouwen binnen ons team vormen een heel belangrijke schakel in het verloop van de vruchtbaarheidsbehandeling. Ze zijn uw eerste gesprekspartner en loodsen u door de behandeling, in voortdurend overleg met de gynaecologen. Ze staan u te woord tijdens een eerste afspraak, overlopen de praktische stappen met u, assisteren u bij inseminaties of eicelpuncties en melden u na afloop ook het goede of minder goede nieuws.

De **psychologen** van het psychologenteam Psypunt begeleiden u bij de psychische en emotionele impact van een vruchtbaarheidsbehandeling. De meeste koppels vinden al heel wat steun en begrip door te praten over de intense ervaringen en belevingen tijdens de behandeling. Wanneer het vruchtbaarheidsprobleem uw hele denken en leven dreigt te domineren, is het zeker zinvol om via specifieke sessies bij de psycholoog de weerbaarheid te verhogen. De psychologen verlichten niet alleen de last van de behandeling, maar werken ook informatief.

In het **laboratorium** voor klinische biologie in het ziekenhuis (straat 38) kunt u terecht voor de voorafgaande vruchtbaarheidsonderzoeken zoals bloedonderzoeken en spermaonderzoeken .

Het Fertiliteitscentrum (straat 7) beschikt over een eigen **laboratorium voor spermabewerking**, dat we gebruiken voor spermavoorbereidingen voor inseminaties (met partnersperma of met donorsperma). Ook de eerste stappen in de voorbereiding van een ivf-procedure (identificatie van de eicellen bij eicelpuncties en spermavoorbereiding in het kader van ivf) gebeuren in het eigen laboratorium.

Als ivf noodzakelijk is, gebruiken we voor de laboratoriumfase het **ivf-laboratorium van het UZ Gent**. Dat is het tweede grootste ivf-laboratorium van België en heeft goede successcijfers. Er is een voortdurende samenwerking tussen het UZ Gent en AZ Sint-Lucas via dr. Coetsier, dr. De Smet, dr. Meire en dr. Van Renterghem, die als kliniekmedewerkers ook aan het ivf-centrum van het UZ verbonden zijn.

Het Fertiliteitscentrum van AZ Sint-Lucas vormt een erkend zorgprogramma reproductieve geneeskunde type A en voldoet dus aan alle wettelijke voorwaarden. Daarnaast beschikt ons ziekenhuis over een Qualicor-accreditering. Dat betekent dat wij erin slaagden een kwaliteitssysteem uit te werken en het toe te passen in alle aspecten van onze organisatie.

Beleid van ons Fertiliteitscentrum

Als we fertiliteitsbevorderende technieken toepassen, houden we in AZ Sint-Lucas maximaal rekening met deze elementen:

- Een vruchtbaarheidsprobleem bestaat wanneer binnen een stabiele relatie tussen twee personen pogingen om een zwangerschap te bekomen langer dan normaal zonder resultaat blijven.
- Bij elke stap in een vruchtbaarheidsbehandeling wegen we de kansen op zwangerschap individueel af tegenover de lichamelijke, psychische, relationele en financiële belasting voor het koppel. We nemen een besluit over het beleid in overleg met het koppel.
- We streven maximale informatieverstrekking en persoonlijke aanspreekbaarheid na, om een zo goed mogelijke begeleiding te garanderen, met aandacht voor de medische en de psychosociale aspecten.
- Voor de laboratoriumaspecten van de ivf-behandeling gebruiken we hoofdzakelijk de diensten van het ivf-laboratorium van het Universitair Ziekenhuis Gent. De samenwerking en respectievelijke verantwoordelijkheden liggen we in een schriftelijke overeenkomst vast, volgens de wetgeving.
- Het Fertiliteitscentrum begeleidt enkel vruchtbaarheidsbehandelingen en staat dus niet in voor de verdere prenatale begeleiding, eenmaal u zwanger bent. Hiervoor verwijzen we u terug door naar uw gynaecoloog.

We spreken over **medisch begeleide voortplanting** als de essentiële stappen van de voortplanting niet op natuurlijke wijze gebeuren, namelijk de ontwikkeling van de eicellen en het samenbrengen van de eicellen en de zaadcellen. Het gaat hier dus over ovulatie-inductie, inseminatie met echtgenoot- of donorsperma, in-vitrofertilisatie en alle andere technieken die hiervan zijn afgeleid.

Ovulatie-inductie

De theorie

Bij de vrouw zijn ovulatiestoornissen de meest frequente oorzaak van verminderde vruchtbaarheid: de hormonale wisselwerking tussen de hersenen en de geslachtsorganen is verstoord. Als gevolg komt de menstruatie onregelmatig of blijft ze soms een lange tijd uit.

Ovulatie-inductie is niet hetzelfde als gecontroleerde hyperstimulatie:

- bij hyperstimulatie (of superovulatie) stimuleren we de ontwikkeling van verschillende follikels.
- bij ovulatie-inductie **regelen we de hormoonproductie bij om zo tot de ontwikkeling van één follikel te komen en een voorspelbare eisprong te krijgen.**

Polycystisch syndroom

Meestal situeert het probleem zich ter hoogte van de eierstokken. Die bevatten wel voldoende follikels (= eiblaasjes: vochtblaasjes in de eierstok waarin de eicellen zich bevinden) maar ze blijven in een rusttoestand in plaats van zich verder te ontwikkelen. Dat noemen we polycystisch ovarium (PCO). De eierstokken zijn lichtjes gezwollen en bevatten kleine cystes (dat zijn in feite te kleine follikels). Soms ontdekken we dat toevallig tijdens een echografie bij iemand zonder klachten die toch een normale cyclus heeft, maar er zijn ook verschillende symptomen die geassocieerd zijn met PCO: onregelmatige cyclus tot zelfs volledig uitblijven van menstruatie, overgewicht, overmatige lichaamsbehaaring, acné en vette huid. Een deel van de symptomen zijn het gevolg van een teveel aan testosteron.

We stellen de diagnose via bloedafname en vaginale echografie. De primaire oorzaak van PCO is nog niet achterhaald, maar heeft waarschijnlijk te maken met metabolismestoornissen (ongevoeligheid voor insuline). We behandelen het gebrek aan eisprong bij PCO in eerste instantie met clomifeencitraat, Clomid®. Dat is een medicijn dat de hypofyse (klier in de hersenen die de eierstokken aanstuurt) de indruk geeft dat er onvoldoende oestrogenen (vrouwelijk hormoon) aanwezig is in de bloedcirculatie. Daardoor geeft de hypofyse meer FSH en LH vrij in het bloed. FSH en LH zijn andere

hormonen die rechtstreeks de eierstokken stimuleren tot ontwikkeling van follikels.

Premature menopauze

Een andere mogelijkheid, die gelukkig veel minder vaak voorkomt, is dat de voorraad follikels sneller uitgeput is dan normaal. We spreken van premature ovarieel falen of premature menopauze wanneer vrouwen voor hun 40^e geen eicelvoorraad meer hebben. In tegenstelling tot de levenslange productie van zaadcellen bij de man, is de voorraad aan eicellen bij de vrouw beperkt. Premature menopauze kan constitutioneel zijn, maar we moeten deze oorzaken eerst uitsluiten:

- genetische oorzaken (afwijkingen ter hoogte van het X-chromosoom). Als uw moeder of zus vroegtijdig in de menopauze zijn gegaan, meld het dan zeker.
- auto-immuunziekten
- radio- of chemotherapie
- uitgebreide chirurgie aan de eierstokken

In geval van premature menopauze, is eiceldonatie (of adoptie) de enige mogelijkheid.

De praktijk

Vanaf de derde dag van uw cyclus neemt u gedurende vijf dagen clomifeencitraat (Clomid®): 1 tot 3 pilletjes per dag. Mogelijke tijdelijke bijwerkingen zijn warmteopwellingen, hoofdpijn en stemmingsstoornissen. De volgende stap is een echografie en eventueel een bloedafname om de reactie op de behandeling te beoordelen. Dat onderzoek gebeurt meestal op dag 9, 10 of 11 van de cyclus. Als de groei van de follikel(s) nog niet ver genoeg gevorderd is, plannen we een tweede echografie enkele dagen later. Wanneer de follikels zichtbaar genoeg zijn, bepalen we het juiste moment van de eisprong en adviseren we wanneer u best betrekking hebt.

Ongeveer 25% van de patiënten reageert niet op een Clomid®-stimulatie, zelfs niet op de maximale dosis. Voor die patiënten of wanneer u na 4 cycli Clomid® niet zwanger bent, stimuleren we met gonadotrofines (Menopur®). Die injecties bevatten FSH met een direct stimulerend effect op de eierstokken. Ze hebben een

kortdurende werking waardoor we ze dagelijks moeten toedienen. De opvolging gebeurt net zoals bij een Clomid®-stimulatie. Het enige verschil is dat we de dosis tijdens de cyclus kunnen aanpassen. De optimale dosis vinden is niet altijd evident en kan enkele weken duren omdat een lichte dosisverhoging kan leiden tot een overmatige reactie.

Het gebruik van gonadotrofines is omslachtiger dan Clomid®, maar ze hebben wel een gunstig effect op het baarmoederslijmvlies (daar waar het embryo zich nestelt), terwijl Clomid® eerder een negatief effect heeft op het slijmvlies. De terugbetaling voor gonadotrofines is er enkel voor patiënten die Clomid®-resistent zijn of na 4 cycli niet zwanger zijn (een terugbetalingsaanvraag voor de medisch adviseur van het ziekenfonds is vereist). Gonadotrofines zijn enkel te verkrijgen in de ziekenhuisapotheek verbonden aan het Fertiliteitscentrum. **Als u om één of andere reden ampullen tekort komt, contacteert u het Fertiliteitscentrum. Bestel ze niet in de publieke apotheek, want dan vallen ze buiten de terugbetaling.**

Kans op zwangerschap

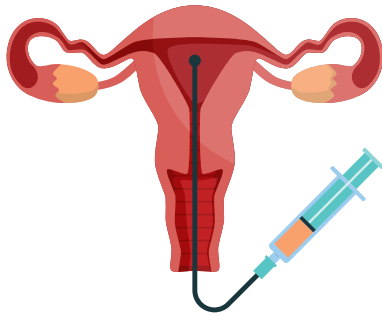
Elke cyclus die aanleiding geeft tot een eisprong, biedt een kans op zwangerschap van 15 tot 25%, op voorwaarde dat er geen andere problemen zijn en het sperma van goede kwaliteit is. Van al deze zwangerschappen is ongeveer 90% eenling, 8% tweeling en minder dan 2% drieling.

Meerlingzwangerschappen proberen we zoveel mogelijk te voorkomen, omdat ze belangrijke risico's voor de kinderen inhouden (vroeggeboorte en lager geboortegewicht). Wanneer te veel follikels zich tegelijk ontwikkelen, adviseert de gynaecoloog om de stimulatie af te breken of om geen betrekking te hebben op het ogenblik van de eisprong. We begrijpen dat dat ontgoochelend en frustrerend kan zijn, maar de gezondheid van de toekomstige kinderen is belangrijker. Bij herhaalde moeilijk verlopende stimulaties met een te sterke reactie, kunnen we een reducerende punctie uitvoeren. Dan prikken we langs vaginale weg enkele follikels aan (kleine ingreep, meestal zonder verdoving), om de cyclus te redden en het risico te verkleinen. Dat verloopt zoals een eicelpunctie voor ivf (zie pagina 12).

Intra-uteriene inseminatie (IUI)

De theorie

In sommige gevallen kunnen we het natuurlijke bevruchtingsproces letterlijk en figuurlijk een eindje op weg helpen door het **sperma, dat we vooraf in het laboratorium voorbereiden, op het juiste ogenblik rechtstreeks in de baarmoeder te brengen met een fijn buisje** (een katheter). Tijdens de bewerking van het sperma selecteren we de meest actieve zaadcellen en verwijderen we de nadelige bestanddelen uit het spermavocht.



Deze behandeling passen we vaak toe, wanneer de verminderde vruchtbaarheid te wijten is aan matige afwijkingen van het sperma of wanneer antistoffen in de slijmprop van de baarmoederhals aanwezig zijn die het opzwemmen van het sperma in de baarmoeder verhinderen. We doen hetzelfde bij onverklaarde vruchtbaarheidsproblemen of bij gebruik van donorsperma (de spermakwaliteit is dan verminderd door het feit dat het donorsperma ingevroren werd).

Om het ogenblik van de eisprong nauwkeurig te kunnen bepalen brengen we de eicelrijping kunstmatig op gang

(meestal met Clomid®, zie 'Ovulatie-inductie', pagina 6). Daardoor ontwikkelen vaak meerdere eicellen, wat de kans op bevruchting doet toenemen. Wanneer verschillende eicellen "beschikbaar" zijn, heeft elke eicel de kans om bevrucht te worden. Het nadeel daarvan is dat er meerlingen kunnen ontstaan. Medische controle is noodzakelijk om na te gaan hoeveel eicellen zich ontwikkeld hebben. Als er 3 of meer eicellen klaar zijn om te ovuleren, annuleren we de behandeling. In uitzonderlijke gevallen overwegen we een reducerende punctie (zie pagina 7).

Kans op zwangerschap

De kans op zwangerschap met deze methode bedraagt ongeveer 10 à 15% per cyclus. Van al die zwangerschappen is ongeveer 90% eenling, 9% tweeling en minder dan 1% drieling. De ervaring leert ons dat de zwangerschapskans de eerste drie cycli ongeveer gelijk blijft, om gedurende de drie volgende cycli geleidelijk aan te dalen. Na zes mislukte cycli is de kans laag dat we met dezelfde techniek nog een zwangerschap bekomen. Daarom passen we IUI meestal maar tijdens drie tot zes cycli toe. Inseminaties kunnen we maand na maand zonder onderbreking doen en gebeuren volledig ambulantly (geen ziekenhuisopname).

Een zeldzaam risico is dat we bacteriën in de normaal gezien steriele baarmoederholte introduceren. Meestal zal het afweersysteem van de vrouw die bacteriën elimineren, maar toch blijft er een klein risico op een infectie van de baarmoederholte (<1/100). Dat kunnen we meestal vlot genezen met antibiotica. Als u na de inseminatie hevige pijn en/of koorts krijgt, die niet overgaat binnen de 24u, neem dan contact op met de arts.

De praktijk

Bij de start van een inseminatiecyclus neemt u contact op met het centrum voor een eerste echografiecontrole. Dat onderzoek gebeurt meestal op dag 9, 10 of 11 van de cyclus. Als de groei van de follikel(s) nog niet ver genoeg gevorderd is, plannen we een tweede echografie enkele dagen later. Wanneer we op de echografie één of meerdere rijpe eicellen vinden, dienen we een injectie toe bij de vrouw om ervoor te zorgen dat de eicellen vrijkomen op het juiste moment. De eigenlijke inseminatie gebeurt 24 tot 42 uur na de injectie.

De dag van de inseminatie hangt af van de niet exact te voorspellen reactie van de eierstokken en kan dus zowel in de week als op zaterdag zijn. De man produceert het spermastaal 's ochtends thuis via masturbatie, vangt het op in een steriel plastic potje en brengt het binnen het uur binnen op straat 7. **Het is daarbij belangrijk dat u het spermastaal niet laat afkoelen tijdens het transport (onder uw kledij of in een binnenzak op lichaamstemperatuur is ideaal).** Respecteer drie tot vijf dagen seksuele onthouding om de kwaliteit van het sperma te bewaren. **Het spreekt voor zich dat u het potje duidelijk moet merken via de voorgedrukte sticker die u meekrijgt.**

U krijgt het potje en de instructies rond afname en transport mee wanneer we de inseminatie inplannen. Uit het spermastaal isoleren we de beste zaadcellen via een labobewerking die ongeveer anderhalf uur in beslag neemt.

Daarna brengen we het voorbereide staal in de baarmoederholte in. Dat gebeurt meestal tussen 10u30 en 12u in het Fertiliteitscentrum op straat 7. Het opschuiven van het kathetertje doorheen de baarmoederhals is pijnloos en gebeurt via een kort gynaecologisch onderzoek (vergelijkbaar met het nemen van een uitstrijkje). Na de inseminatie blijft u nog een kwartiertje liggen. Nadien hoeft u niet te rusten, er is dus ook geen werkonbekwaamheid.

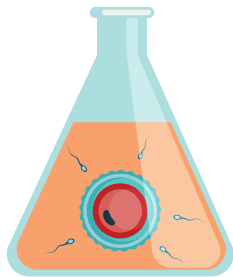
Een veertiental dagen na de inseminatie kennen we het resultaat. Het meest zekere en veilige is om op de vooropgestelde datum een zwangerschapstest te doen (urinetest of bloedafname), ook als uw menstruatie doorkomt. Het is niet omdat u bloed verliest dat u niet zwanger bent. Zeker niet wanneer er minder bloedverlies is dan anders of er meer pijn is dan normaal. We moeten ook altijd rekening houden met een eventuele buitenbaarmoederlijke zwangerschap.

Wanneer de echte menstruatie duidelijk optreedt en de test negatief was, is de poging helaas niet gelukt. We kunnen een nieuwe poging overwegen op voorwaarde dat er bij de vaginale echografie geen restfollikels in de eierstokken te zien zijn. Een restfollikel is een eiblaasje waaruit de eicel is vrijgekomen. Als de restfollikels nog te veel ruimte innemen in de eierstok is er onvoldoende plaats om nieuwe eiblaasjes te doen groeien en moeten we enkele dagen tot een volledige cyclus wachten voor we kunnen herstarten. De "startecho" is alleen noodzakelijk als in de voorgaande cyclus meerdere follikels tegelijk waren uitgerijpt.



In-vitrofertilisatie (ivf)

Als intra-uteriene inseminatie niet tot zwangerschap leidt, of als het vruchtbaarheidsprobleem van die aard is dat inseminaties geen kans hebben, kunnen we de stap zetten naar in-vitrofertilisatie. **Daarbij brengen we zaadcellen en eicellen buiten het lichaam samen en plaatsen we de bevruchte eicellen (embryo's) terug in de baarmoeder.**



1. Stimulatie van de eierstokken

De theorie

Het aantal eicellen dat we per behandeling bekomen, bepaalt ook mee de kans op slagen van een ivf-behandeling. Om meerdere eicellen tot ontwikkeling te brengen (gemiddeld een tiental) moeten we de eierstokken stimuleren. Dat doen we met hormonen (gonadotrofinen) via dagelijkse injecties gedurende veertien dagen. De hormonen hebben een tijdelijk effect op het lichaam.

Nadelen op lange termijn zijn onwaarschijnlijk en werden in ieder geval tot nu toe niet vastgesteld. Meestal combineren we de stimulatie met een andere soort injectie, die ervoor zorgt dat de groei van eicellen wordt losgekoppeld van de controle van het eigen lichaam. Dat zorgt ervoor dat het lichaam geen eisprong op gang brengt voor de eicelpunctie.

Voor de eigenlijke stimulatie neemt u gedurende een veertiental dagen een (contraceptieve) pil. Daardoor komen de eierstokken in een basale toestand en is er nadien een gelijkmatigere groei van de follikels (eiblaasjes: vochtblaasjes in de eierstok waarin de eicellen zich bevinden). Bovendien is er ook een praktisch voordeel: de duur van inname van de pil kan langer of korter gemaakt worden om de geschatte datum van de eicelpunctie op te schuiven (bv. wanneer een van de partners vaak in het buitenland is, familiefeesten vermijden, sluitingsdagen van het labo, spreiding van de werklust in het lab ...).

We volgen het verloop van de stimulatie op met echografieën en eventueel bloedonderzoeken. Zo kunnen we volgen hoeveel eicellen tot ontwikkeling komen en vooral wanneer ze rijp en bevruchtbaar zijn. Wanneer de follikels een diameter hebben van ongeveer 20 mm, zetten we de laatste stappen van de eicelrijping in gang met een hormonale injectie die meteen ook het baarmoederslijmvlies klaarmaakt voor de innesteling. Dat moet op een vast tijdstip dat we vooraf afspreken, omdat de eicelpunctie tussen de 35 tot 40 uur na de injectie moet gebeuren. Meestal geven we de injectie 's avonds, tussen 21u en 24u, omdat de eicelpunctie plaatsvindt anderhalve dag later 's ochtends.



Vaginale echografie: beeld van enkele rijpe follikels

De praktijk

Voor we de behandeling inplannen krijgt u van ons een aanvraag voor terugbetaling voor zes ivf-cycli. Die moet u indienen bij uw ziekenfonds, zodat u (meestal binnen de veertien dagen) van uw ziekenfonds de goedkeuring per post ontvangt. **Breng de goedkeuring bij de start van de behandeling mee, want ze is nodig om de medicatie af te leveren.** Voor de start geven we ook een gedetailleerd stimulatieschema mee, waarop alle nuttige instructies staan om de stimulatie vlot te laten verlopen. De medicatie zelf krijgt u ook mee van het Fertiliteitscentrum. In principe krijgt u voldoende medicatie voorgeschreven, zodat u tijdens het weekend niet zonder valt.

Meestal is het zo dat u een vijftal dagen na het stoppen van de pil start met injecties. U kunt vrij kiezen wie de injecties toedient. U kunt dat zelf doen of u kunt het laten doen door een zelfstandig verpleegkundige, uw huisarts of een thuisverplegingsdienst via het ziekenfonds. De injecties krijgt u best 's avonds. Het exacte uur is minder belangrijk (ergens tussen 16u en middernacht). Alleen de laatste injectie moet op een exact tijdstip gebeuren, omdat we de eicelpunctie volgens die injectie plannen. Voor de start van de behandeling leggen onze vroedvrouwen u uit hoe u zelf onderhuidse inspuitingen toedient.

De eerste echografische controle vindt plaats na een week van injecties en leggen we vast bij het opmaken van het stimulatieschema. De echografie is een pijnloos vaginaal onderzoek dat een vijftal minuten duurt. Gemiddeld doen we twee tot drie echografieën tijdens de twee weken durende stimulatie.



Hou er rekening mee dat het remgeld (niet-terugbetaald gedeelte) voor de volledige medicatie zo'n 55 euro bedraagt (voor patiënten met een ziekenfonds in de Belgische ziektekostenverzekering). U ontvangt thuis een factuur van het ziekenhuis.

Verloop in-vitrofertilisatie:

Stimulatie van de eierstokken



Eicelpunctie



Bewerking van het zaadstaal



Bevruchting in het labo



Terugplaatsing van het embryo

2. De eicelpunctie (follikelaspiratie, pick-up)

De theorie

De eicelpunctie is de enige stap in de ivf-behandeling waarvoor een korte ziekenhuisopname (van een drietal uur) nodig is. We prikken met een fijne naald onder echografische controle doorheen de schedewand tot in de eiblaasjes en zuigen het follikelvocht met de eicel erin aan. Dat doen we onder een type verdoving die "bewuste sedatie" heet. U krijgt via een infuus een verdovend product dat sterk pijnstillend werkt en u misschien ook wat slaperig maakt, maar waarbij u niet onder echte narcose bent (we kunnen u nog aanspreken). In uitzonderlijke gevallen is algemene anesthesie noodzakelijk (bv. bij moeilijk bereikbare eierstokken). Dan krijgt u een krachtig maar kortwerkend slaapmiddel, onder toezicht van een anesthesist.

Na de punctie – onafhankelijk van het type verdoving - moet u nog een uurtje onder medisch toezicht blijven om acute complicaties uit te sluiten. De kans op complicaties is heel klein. Zoals bij een natuurlijke eisprong komt uit de follikel die we aangeprikt een kleine hoeveelheid bloed in de buikholte terecht. Die kleine bloeding stopt bijna altijd vanzelf na de punctie. Ook de plaats waar de naald doorheen de schedewand is gegaan, kan nog wat nabloeden. Het is uitzonderlijk (risico kleiner dan 1 op 1000) dat er door de punctie een infectie ontstaat. Als u tijdens de dagen na de punctie koorts ontwikkelt, meld dat dan meteen aan de arts.

De praktijk

Als uit de echografie blijkt dat de eicellen rijp zijn, leggen we de laatste inspuiting en dus ook de eicelpunctie vast. De eicelpunctie gebeurt altijd in de voormiddag, tijdens de week vanaf 8u 's ochtends, in het weekend meestal iets later. **Meld u 45 minuten voor de geplande punctie nuchter (niet gegeten of gedronken vanaf 12u 's nachts) samen met uw partner aan bij de centrale inschrijving van het ziekenhuis. Breng alle volledig ingevulde en ondertekende akkoordverklaringen en het terugbetalingsformulier mee.**

De punctie neemt ongeveer een halfuur in beslag. Uw partner mag de punctie bijwonen. Voor de punctie produceert de partner het spermastaal. Dat kan thuis of in het ziekenhuis (in een daarvoor voorziene ruimte in straat 7), afhankelijk van het tijdstip van de punctie, de woonplaats van de patiënt en de voorkeur van de man.

Na de eicelidentificatie en spermaopwerking brengen we de eicellen en de zaadcellen in een afgesloten transportbox naar het UZ Gent, samen met het terugbetalingsformulier en de ondertekende toestemmingsverklaringen. De transportbox is een afgesloten koffertje dat door een verwarmingselement op temperatuur gehouden wordt.





Wanneer u twijfelt of iets al dan niet normaal is, neemt u best telefonisch contact op via **de fertifoon (09 224 64 39)**. Dat is een telefoonnummer waarop u altijd terecht kunt bij iemand van het fertiliteitsteam. We nemen het u nooit kwalijk dat u belt. Als u zich zorgen maakt, bel dan. Vaak is een mondelinge geruststelling al voldoende.

U blijft na de punctie nog een uur ter observatie op de ontwaakzaal van ons dagziekenhuis in straat 7. De gynaecoloog komt langs om u het aantal gevonden eicellen mee te delen, om te zien of er geen problemen zijn en om te bevestigen dat u naar huis kunt. Omdat u een verdovend product kreeg, mag u die dag niet met de auto rijden.

De volgende dag belt het UZ Gent u op met het resultaat van de bevruchting en om de embryoterugplanting in te plannen.

De eerste dagen na de eicelpunctie kan het zijn dat u wat vaginaal bloedverlies heeft. Dat is normaal en stopt meestal vanzelf: het gaat om bloedverlies uit de prikgaatjes in de vaginawand en heeft dus niets te maken met de plaats waar de embryo's terechtkomen.

Ook lichte tot matige onderbuikpijn is een normaal gevolg van de punctie. Daarvoor mag u pijnstilling nemen (liefst paracetamol: bv. Perdolan®, Dafalgan®). Hoe meer eicellen we bekomen, hoe sterker de opzetting van de eierstokken en hoe meer last u kunt verwachten in de onderbuik. Het is normaal dat de pijnklachten 's avonds erger worden, vooral de eerste dag, omdat de pijnstilling die u kreeg tijdens de punctie tegen de avond helemaal is uitgewerkt.

Tijdens de punctie brengen we een naald van een niet-steriele zone (de vagina) in een steriele zone (de buikholte). Het is onvermijdelijk dat bacteriën in de steriele zone terechtkomen. Normaal elimineert het immuunsysteem van de vrouw de bacteriën, maar in enkele zeldzame gevallen (risico kleiner dan 1 op 1000) veroorzaken ze toch een infectie. Als u de eerste dagen na de punctie koortsig bent ($> 37,5^{\circ}\text{C}$), contacteer dan uw arts. Uitzonderlijk vereist dat een behandeling met antibiotica of een chirurgische ingreep (kijkoperatie of laparoscopie).

3. De bewerking van het zaadstaal



De theorie

De dag van de eicelpunctie bereiden we het sperma van de partner in het laboratorium nauwkeurig voor. De voorbereiding zorgt ervoor dat het sperma geen schadelijke stoffen en dode of te zwakke zaadcellen meer bevat.

Het spreekt vanzelf dat alle laboranten en embryologen van het Fertiliteitscentrum Sint-Lucas en van de Afdeling Reproductieve Geneeskunde van het UZ goed beseffen hoe belangrijk het is om nauwkeurig te werk te gaan om staalverwisselingen te voorkomen. Ze volgen daarvoor strikte richtlijnen.

Bij sommige mannen vinden we geen enkele zaadcel in het spermastaal (azoöspermie). De oorzaak kan aangeboren zijn of het gevolg zijn van een verstopping van de afvoerwegen na infectie of een vasectomie (mannelijke sterilisatie). In andere gevallen produceren de teelballen geen of te weinig zaadcellen. De precieze oorzaak moeten we via voorafgaand onderzoek uitmaken. We verwijzen de man daarvoor door naar dr. De Smet.

Wanneer er een azoöspermie bestaat door een vasectomie in het verleden, overlegt dr. De Smet met de patiënt of het zinvol is een vaso-vasostomie te overwegen. Dat is een microchirurgisch herstel van de uitgevoerde vasectomie, die uitgevoerd wordt door een uroloog. De resultaten van die ingreep hangen af van verschillende parameters zoals de tijd die verstreken is sinds de vasectomie, de lengte en de plaats van het weggenomen stukje zaadleider. Na herstel worden levende zaadcellen teruggevonden in het ejaculaat bij 70-95% van de patiënten. Spontane zwangerschappen ontstaan bij 30-75% van de koppels. Hoe langer het interval tussen de vasectomie en het geplande herstel, hoe slechter de resultaten. Daarom zakt de kans op een zwanger-

schap naar 30% wanneer het interval langer dan 15 jaar is. De vrouwelijke vruchtbaarheid zakt progressief vanaf de leeftijd van 35 jaar. Omdat het gemiddeld 12 maand duurt voor een zwangerschap optreedt na een succesvolle vaso-vasostomie, raden we de ingreep niet meer aan als de vrouwelijke partner ouder is dan 37 jaar of als er vrouwelijke vruchtbaarheidsproblemen zijn. In dat geval raden we aan de spermacellen op te vangen met TESE (zie verder) om ze in te vriezen en later te gebruiken bij icsi. Dat kan in overleg met de patiënt ook tegelijk met de vaso-vasostomie voor als het herstel niet succesvol is.

Als er een obstructie is ter hoogte van de prostaat, openen we de zaadheugel via een endoscopische ingreep (via de plasbuis). Na de ingreep treden zaadcellen in het ejaculaat op bij 50-75% van de patiënten en ontstaan zwangerschappen bij 25% van de koppels.

Wanneer geen chirurgisch herstel van de afvoerstoornis mogelijk is of wanneer de teelballen te weinig zaadcellen aanmaken zodat we geen levende terugvinden in het sperma, kunnen we toch nog vaak (50% van de gevallen) levende zaadcellen aantreffen in de testikel. Om die zaadcellen te recupereren nemen we één of meerdere stukjes weefsel uit de teelbal (TESE of testiculaire sperma-extractie). Die ingreep doen we meestal voor de start van de ivf/icsi-procedure. We vriezen de bekomen zaadcellen in en bewaren ze voor later gebruik (eenmaal de eicellen ter beschikking zijn).

De zaadcellen overleven het invriezen en ontdooien niet altijd. Als er te weinig zaadcellen aanwezig zijn en we vrezen dat ze het invriezen niet zullen overleven, voeren we de TESE uit op de dag van de eicelpunctie, zodat we de zaadcellen "vers" kunnen gebruiken. Er is evenveel kans dat er een bevruchting of zwangerschap ontstaat met zaadcellen uit TESE als met zaadcellen na ejaculatie bij icsi (zie pagina 17).

Welke bevruchtingsmethode van de eikel we toepassen (ivf of icsi), hangt af van de kwaliteit van het zaadstaal en leggen we in principe op voorhand vast.

De praktijk

Op de dag van de eicelpunctie produceert de man het spermastaal meestal thuis net voor het vertrek naar het ziekenhuis en brengt het mee. Het spermastaal mag niet afkoelen tijdens het transport: hou het bijvoorbeeld in de binnenzak van uw jas, zodat het staal ongeveer op lichaamstemperatuur blijft. Noteer de naam van de vrouw duidelijk op het potje met het spermastaal (via de bijgeleverde sticker of manueel met onuitwisbare stift). Als het transport langer dan een uur duurt, kunt u het staal ook in het fertiliteitscentrum produceren, in een speciaal voorzien lokaal op straat 7.

Als de spermakwaliteit heel slecht is (concentratie van minder dan 1 miljoen per milliliter) of er is een reëel risico dat het produceren van een staal "op commando" op de dag van de eicelpunctie problemen oplevert, vriezen we op voorhand een spermastaal in. Dat gebeurt in het ivf-laboratorium van het UZ Gent. Als u dat wilt, kunt u daar een afspraak vastleggen. De dag van de punctie vragen we hoe dan ook nog een vers staaltje, omdat de kwaliteit daarvan doorgaans beter is dan na invriezen. Maar het besef dat er een staal "in voorraad is", helpt vaak om de productie van een vers staaltje vlotter te laten verlopen.

TESE (testiculaire sperma-extractie)

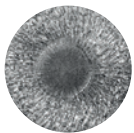
Een TESE is een kleine ingreep die onder een korte narcose plaatsvindt en die verloopt via dag-hospitalisatie in Sint-Lucas. De weggenomen stukjes weefsel sturen we dezelfde dag in een box op lichaamstemperatuur door naar het ivf-labo in het UZ Gent dat dezelfde dag nog laat weten of er bruikbare zaadcellen aanwezig zijn. Als dat zo is, vriezen we ze in voor gebruik bij een latere isci-procedure. De pijn na de operatie kunt u gemakkelijk bestrijden met aspirine of paracetamol. U bent ongeveer twee dagen werkongeschikt door deze ingreep.



Een vaso-vasostomie (herstel van mannelijke sterilisatie) gebeurt onder narcose via een korte opname van twee tot drie dagen. U bent een week werkongeschikt. De ingreep wordt terugbetaald door het RIZIV (Belgische ziektekostenverzekering).

Het invriezen van zaadcellen, het onderzoeken van testisbiopten op de aanwezigheid van levende zaadcellen en het invriezen van de testisbiopten brengen extra kosten met zich mee, die buiten de terugbetaling vallen.





Eicel voor bevruchting



Bevruchte eicel met twee voorkernen



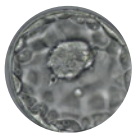
Embryo van goede kwaliteit (4-cel)



Embryo van minder goede kwaliteit (meer fragmenten)



Vroege blastocyst dag 5 (redelijke kwaliteit)



Geëxpandeerde blastocyst dag 5 (goede kwaliteit)



Hatching blastocyst dag 5: uitstekende kwaliteit

4. Wat gebeurt er in het lab bij ivf?

De theorie

Na de eicelpunctie onderzoeken we de buisjes waarin de eicellen zich bevinden onmiddellijk in het laboratorium en voegen we de goed beweeglijke zaadcellen hieraan toe. We plaatsen de eicellen en de zaadcellen samen in een broedstof op lichaamstemperatuur, een welbepaalde vochtigheidsgraad en CO₂-spanning.

Een dag later gaan we microscopisch na of de eicellen bevrucht zijn. Bevruchting is het versmelten van een zaadcel met een eicel. Een bevruchte eicel is op dat ogenblik nog niet gedeeld maar bevat twee voorkernen die onder de microscoop zichtbaar zijn. Elke voorkern bevat het genetisch materiaal van de man of de vrouw. Vanaf dag twee beginnen de cellen te delen en gaat het embryo over 2-cel naar 4-cel stadium, om na vijf dagen binnenin een holte te krijgen: dat noemen we het blastocyststadium. Afhankelijk van het aantal cellen en een aantal andere microscopische criteria, selecteren we in het labo het embryo dat er het beste uitziet (en dus de hoogste slaagkansen geeft).

Het is belangrijk te beseffen dat de evolutie van een embryo van het stadium van bevruchting op dag één tot aan het blastocyststadium op dag vijf niet altijd goed verloopt. Het is een afvallingskoers, waarbij sommige embryo's stoppen met doordelen, verbrokkelen of sterk achterop blijven op het normale groeischema. Dat ligt niet aan het vruchtbaarheidsprobleem, maar is eigen aan de biologie van de mens in het algemeen. Alleen, buiten een ivf-context beseffen we niet wat er gebeurt: een maand zonder zwangerschap kan een maand geweest zijn waarbij er ook bevruchting was, maar waarbij het embryo zich om één of andere reden niet verder kon ontwikkelen.

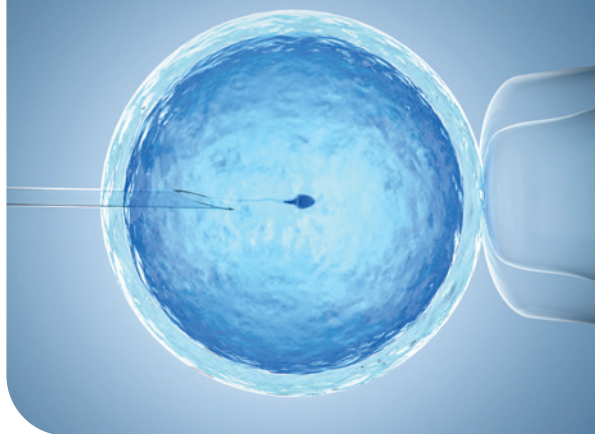
Gemiddeld is na ivf maar één derde van de embryo's op dag vijf nog bruikbaar (terugplaatsbaar of invriesbaar). We moeten er rekening mee houden dat er op dag vijf ook geen enkel embryo beschikbaar kan zijn om terug te plaatsen. De kans is groter wanneer we met weinig eicellen zijn gestart. Het goede nieuws is dat embryo's die overleven tot dag vijf een heel reële kans op zwangerschap geven: gemiddeld 40% (variërend tussen 15% en 50%, afhankelijk van de kwaliteit, de leeftijd, enz.). De terugplaatsing gebeurt normaal op dag vijf na de eicelpunctie.

Wanneer een zwangerschap ontstaat na inplanting van minder goede embryo's, is de gezondheid van het kind even goed als na inplanting van een "perfect" embryo. De kwaliteit van het embryo heeft dus niets te maken met de toestand van het kind dat eruit voortkomt. Embryo's van iets mindere kwaliteit geven wel minder kans op zwangerschap en iets meer kans op een miskraam.

De praktijk

De dag na de eicelpunctie neemt het ivf-labo met u contact op om u het resultaat van de bevruchting mee te delen (aantal embryo's) en om de afspraak vast te leggen voor de eigenlijke terugplaatsing. Als geen enkele van de embryo's goed is doorgedeeld, contacteren we u de ochtend van de terugplaatsing zodat u niet noodloos naar het ziekenhuis komt. In dat geval krijgt u zo snel mogelijk een afspraak voor een bespreking. Dat betekent niet dat uw situatie hopeloos is.

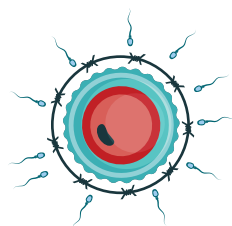
De eigenlijke terugplaatsing bespreken we op pagina 18.



5. Wat is icsi en wanneer is het nodig?

De theorie

Normale zaadcellen beschikken over natuurlijke mechanismen om de eicel binnen te dringen terwijl de eicel ervoor zorgt dat maar één zaadcel wordt toegelaten. In een aantal gevallen blijft bevruchting uit omdat er te weinig zaadcellen zijn of omdat ze te zwak zijn om de wand van de eicel te doorboren. In zeldzame gevallen is het uitblijven van bevruchting te wijten aan een ondoordringbare eicelwand.



Enkele jaren geleden werd een methode ontwikkeld om één zaadcel op te pikken met een microscopisch fijne naald en rechtstreeks te injecteren in de eicel (intracytoplasmatische sperma-injectie of afgekort icsi). Icsi leidt tot bevruchting van gemiddeld 75% van de geïnjecteerde eicellen, ongeacht de kwaliteit van het spermastaal en ook wanneer bij klassieke ivf geen bevruchting werd bekomen. Redenen waarom 25% van de eicellen toch niet bevrucht zijn: onrijpe eicellen, abnormale eicellen, beschadiging van de eicel tijdens de injectie of defecten in de zaadcel.

Na de bevruchting, is de kans op zwangerschap dezelfde als na een gewone ivf-behandeling. De icsi-techniek verhoogt enkel de kans op bevruchting wanneer de resultaten bij de klassieke ivf minder goed waren. Het is dus geen garantie op zwangerschap. Wanneer klassieke ivf een goede bevruchting geeft, is er geen reden waarom icsi betere kansen zou bieden. De gemiddelde embryo-kwaliteit na ivf of icsi is ook gelijk.

Wanneer in het spermastaal geen enkele normaal gevormde zaadcel aanwezig is, vormt dat geen bezwaar voor het gebruik van de icsi-methode. De zaadcellen zien er enkel aan de buitenkant niet normaal uit, maar dat heeft meestal geen invloed op de genetische inhoud.

Aanvankelijk dacht men dat icsi risico's zou inhouden omdat de natuurlijke selectie wordt uitgeschakeld. Want de laborant kiest zelf welke zaadcel de eicel moet bevruchten. Uit de vele zwangerschappen die al uit de techniek voortkwamen, blijkt dat die vrees grotendeels ongegrond was. Bij kinderen die geboren zijn na icsi zien we een kleine toename van genetische afwijkingen (vooral geslachtschromosoomafwijkingen). Het risico op afwijkingen stijgt van 1 op 500 naar 1 tot 2 op 100. Dat betekent ook dat bij 98 à 99% alles normaal is. De vraag blijft ook of het risico te wijten is aan de icsi-procedure of dat de personen die icsi nodig hebben om een zwangerschap te bekomen sowieso een verhoogd risico hadden.

Er bestaat een mogelijkheid dat het mannelijk vruchtbaarheidsprobleem via de icsi-behandeling aan toekomstige zonen wordt doorgegeven. De kinderen zijn, net zoals hun vader, voor de rest perfect gezond. Het koppel moet zelf beslissen of dat een hindernis vormt voor het verderzetten van de behandeling. Erfelijkheidsonderzoek kan het risico voorspellen op het doorgeven van het vruchtbaarheidsprobleem aan een zoon. Toch is een geruststellend genetisch onderzoek geen garantie dat er geen erfelijke factor aanwezig is, omdat er genetische defecten zijn die we technisch nog niet kunnen opsporen.

Wanneer geen zaadcellen in het sperma aanwezig zijn omdat de man geen zaadleiters heeft, raden we een uitgebreider erfelijkheidsonderzoek aan. De afwezigheid van zaadleiters kan aangeboren zijn en kan ook het enige teken zijn dat de man drager is van mucoviscidose of taaislijmziekte. Als de man drager is en de

vrouw toevallig ook, dan heeft het koppel 1 kans op 4 om na isci een kind te krijgen met mucoviscidose. Mucoviscidose is een aandoening die de levensverwachting van het kind enorm verkort, dus het is belangrijk om het dragerschap op te sporen voor de start van een isci-behandeling. Dat geldt enkel voor gevallen waarin de man geen zaadleiters heeft en dus niet voor alle isci-behandelingen.

De praktijk

In de praktijk is er geen enkel verschil in de praktische stappen voor het koppel tussen een klassieke ivf- en een isci-poging. Het enige wat verschilt, is wat zich in het labo afspeelt.

Het gebeurt dat we op het laatste moment beslissen om een isci te doen in plaats van een klassieke ivf, omdat de kwaliteit van het sperma op de dag van de eicelpunctie slecht is. Vaak vragen we eerst een tweede spermastaal in de hoop dat het beter zal zijn. Is dat niet het geval, dan overlegt het ivf-laboratorium met de verantwoordelijke fertilitiarts of ze moeten overschakelen naar isci. Ook het aantal beschikbare eicellen kan een rol spelen: als er een laag aantal eicellen is, kunnen we de kans op bevruchting maximaliseren door isci toe te passen.

Als we op voorhand weten dat het sperma nauwelijks goed genoeg is om voor klassieke ivf in aanmerking te komen, kunnen we de eicellen in twee groepen verdelen en op een deel ivf toepassen en op het andere deel isci. Zo geven we de meest eenvoudige techniek een kans, maar vermijden we dat er geen enkele eicel bevrucht wordt.

6. Embryotransfer: terugplaatsing van embryo's

De theorie

In 85% van alle ivf-pogingen plaatsen we één embryo terug. Sinds we de embryo's in cultuur houden tot dag vijf is de selectie van embryo's zo verbeterd dat de slaagkans bij het terugplaatsen van één embryo rond de 40% ligt. Bovendien vriezen we de overige embryo's in en gaan ze dus niet verloren. Bij herhaalde mislukte pogingen, oudere vrouwen of minder goede embryokwaliteit plaatsen we soms twee embryo's terug. We vinden het welzijn van moeder en kind prioriteit en willen daarom meerlingzwangerschappen vermijden, omdat die veel meer risico's inhouden voor zowel de moeder als de kinderen.

Sinds de terugbetaling van de ivf-labokosten door de Belgische ziektekostenverzekering is het maximaal aantal terug te plaatsen embryo's wettelijk bepaald (zie onderstaande tabel). Dat zijn de wettelijk vastgelegde maximale aantallen en komen niet altijd overeen met de optimale en medisch verantwoorde aantallen (die liggen soms lager).

Hoeveel embryo's we terugplaatsen, beslissen we pas op de dag van de plaatsing, omdat we pas dan de kwaliteit van de embryo's kunnen bepalen. De gynaecoloog beslist in overleg met het koppel en met het laboratorium. Het koppel mag uiteraard beslissen om minder dan het voorgestelde aantal embryo's terug te laten plaatsen.

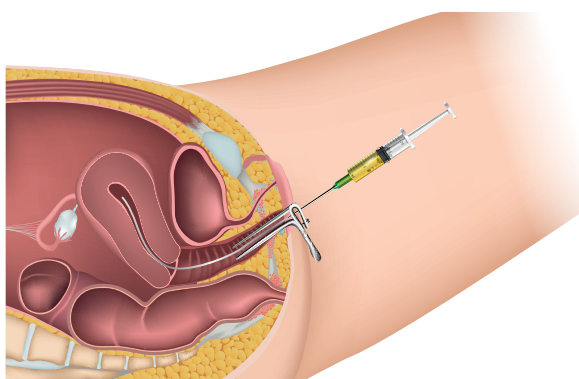
Vrouw jonger dan 36 jaar	
1 ^e poging	Eén embryo
2 ^e poging	Eén embryo (tenzij de kwaliteit onvoldoende is: eventueel twee)
3 ^e tot 6 ^e poging	Maximaal twee embryo's
Vrouw tussen 36 en 40 jaar	
1 ^e en 2 ^e poging	Maximaal twee embryo's
3 ^e tot 6 ^e poging	Maximaal drie embryo's
Vrouw ouder dan 40 jaar	
1 ^e tot 6 ^e poging	Geen maximum vastgelegd

De praktijk

De embryoterugplaatsing gebeurt in het ivf-laboratorium van het UZ Gent, omdat we de embryo's rechtstreeks van de broedstroof in de baarmoeder plaatsen, zonder transport tussenin. De terugplaatsing in het UZ gebeurt wel door de fertilitateitsarts van AZ Sint-Lucas, zodat u uw vertrouwde arts ziet.

De terugplaatsing is een eenvoudige procedure, zonder opname of verdoving. We nemen de embryo's in een fijn kathetertje of buisje uit het laboratoriumschaaltje op en plaatsen ze via de baarmoederhals in de baarmoederholte. Dat is voor de vrouw vergelijkbaar met een uitstrijkje of een inseminatie. De terugplaatsing gebeurt onder echografische controle langs de buik. Daarom is het best om net voor de terugplaatsing niet te gaan plassen: een volle of halfvolle blaas is ideaal om het vlot inbrengen van het kathetertje in de baarmoederholte mogelijk te maken.

Na de terugplaatsing mag u onmiddellijk opstaan.



7. Na de terugplaatsing

Na de terugplaatsing kunnen we nog heel weinig doen om de kans op zwangerschap te beïnvloeden. We dienen medicatie toe om het slijmvlies van de baarmoeder te ondersteunen, maar verder moet u gewoon een tiental dagen wachten op het eindresultaat.

Het is belangrijk dat u goed beseft dat u daar zelf ook niets aan kunt veranderen. Het heeft geen zin om extra te rusten, fysieke inspanningen te vermijden, geen seks te hebben of bepaalde voedingsregels te volgen. Dat maakt de behandeling alleen ingewikkelder en stresserend. Extra maatregelen (rusten, voeding, etc.) zijn niet zo onschuldig als ze lijken. Als de poging mislukt, zoeken veel koppels de schuld bij de extra regels, die nog niet streng genoeg waren. Op die manier leggen ze de schuld bij zichzelf en komen ze in een vicieuze cirkel terecht die ivf volledig onleefbaar maakt. We raden wel aan om het rustig aan te doen na een terugplaatsing wanneer de eierstokken nog sterk opgezet zijn (hoog aantal eicellen). Het rustig aan doen verhoogt dan niet de kans op zwangerschap, maar zorgt er wel voor dat u minder buikpijnklachten hebt.

De meeste koppels ervaren de periode na de terugplaatsing als het meest zenuwslopende gedeelte van de hele ivf-behandeling. De beste manier om de psychische belasting te verminderen is zo normaal mogelijk te doen en uw dagelijkse bezigheden zo weinig mogelijk te laten verstoren.

Of u zwanger wordt, hangt voornamelijk af van de (niet-beïnvloedbare) kwaliteit van de embryo's. Beschouw de innesteling als een actief proces waarvan de belangrijkste stappen moeten uitgaan van het embryo zelf. Wanneer een ivf-poging niet lukt, is dat in de meeste gevallen te wijten aan natuurlijke selectie en pure kans (geluk of ongeluk hebben).

8. Het resultaat: zwanger of niet?

Bij de terugplaatsing spreken we af wanneer u terugkomt om het resultaat te bepalen. Dat doen we door gaans met een bloedonderzoek. "Over tijd zijn" is niet altijd een bewijs dat u zwanger bent en vaginaal bloedverlies is niet altijd een bewijs dat u niet zwanger bent, al verkleint het laatste wel de kans dat het om een normale zwangerschap gaat. Urinaire zwangerschapstests raden we af, omdat de medicatie die we toedienen tijdens ivf een vals testresultaat kan geven. De uitslag van uw bloedonderzoek krijgt u normaal nog dezelfde dag per telefoon.

Sommigen vragen zich af of er geen menstruatie optreedt wanneer één van de embryo's zich innestelt en het andere niet. Dat is niet het geval, omdat de menstruatie niet rechtstreeks het gevolg is van het niet-ingestelde embryo, maar wel van de afbraak van het baarmoederslijmvlies dat niet meer hormonaal wordt ondersteund wanneer er geen innesteling is (van één of meerdere embryo's).



Hoeveel kans op zwangerschap is er?

Volgens onze resultaten kunnen we algemeen stellen dat de kans op zwangerschap per eicelpunctie 30% is en per terugplaatsing 40%. De kansen worden beïnvloed door de leeftijd van de vrouw, het aantal en de kwaliteit van de eicellen en van het aantal embryo's dat we terugplaatsen. Het blijft heel moeilijk om op voorhand te bepalen wat de persoonlijke slaagkansen zijn.

De slaagkans lijkt op het eerste zicht niet hoog, maar de spontane kans op een zwangerschap per cyclus (bij personen zonder vruchtbaarheidsproblemen) is ook maar 20%. Bij personen met vruchtbaarheidsproblemen is de zwangerschapskans zonder behandeling maximum 5%. Bovendien betekent een kans van 30% per cyclus dat er 66% kans op zwangerschap bestaat binnen drie pogingen.

Als er na zes cycli nog geen zwangerschap ontstond, wat gelukkig maar bij 15% van de koppels gebeurt, beoordelen we individueel of de slaagkansen nog hoog genoeg zijn om door te gaan. De ingesteldheid van het koppel is doorslaggevend, want medisch gezien zeggen we nooit dat er geen slaagkansen meer zijn: zolang er embryo's teruggeplaatst worden, is het mogelijk dat één van hen erin slaagt zich in te nestelen. Of de kans op zwangerschap groot genoeg is om de inspanningen en investeringen (fysiek, psychisch en financieel) te verantwoorden, moet het koppel zelf beslissen. We wegen de medische en niet-medische aspecten met elkaar af om irrationele verbetering te vermijden.



9. Embryo's invriezen (cryopreservatie)

De theorie

Wanneer één of meer embryo's van goede kwaliteit na de embryotransfer overblijven, kunt u ze invriezen. Dat gebeurt op dag vijf in het ivf-labo van het UZ Gent. We vriezen elk embryo afzonderlijk in. Dat doen we alleen na schriftelijke toestemming van het koppel (zie toestemmingsverklaring "Invriezen van embryo's"). Als de embryo's van onvoldoende kwaliteit zijn en dus geen kans op zwangerschap bieden, laten we ze aan hun natuurlijk lot over. Ze ontwikkelen niet verder en sterven af. Gemiddeld is ongeveer één op vier embryo's goed genoeg om in te vriezen. Hou er dus rekening mee dat er misschien geen embryo's overblijven om in te vriezen. In dat geval kunnen we uiteraard een nieuwe poging doen.

Na ontgooiing overleeft gemiddeld 90% van de embryo's. De andere 10% is na ontgooiing zo verbrokkeld dat ze geen kans op zwangerschap bieden. We ontgooien maar één embryo tegelijk. Wanneer onmiddellijk na het ontgooien blijkt dat er geen overleving is, ontgooien we een tweede embryo. Er is 35% kans om zwanger te worden na terugplaatsing van ontgooide embryo's. De resultaten zijn dus vergelijkbaar met die van een verse terugplaatsing. Ingevroren embryo's zien we als extra kansen, waarvoor we relatief weinig inspanningen moeten leveren, omdat er geen stimulatie of eicelpunctie nodig is. Bovendien telt een poging met een ingevroren embryo niet mee als nieuwe poging voor de terugbetaling. Er is maar sprake van een nieuwe poging als alle embryo's van een verse cyclus volledig zijn opgebruikt.

De praktijk

Op dag vijf na de eicelpunctie bepalen we hoeveel van de overgebleven embryo's we kunnen invriezen. We vriezen alleen in als het toestemmingsformulier in het dossier aanwezig is. Als er een zwangerschap ontstaat na de terugplaatsing van verse embryo's, blijven de restembryo's ingevroren gedurende vijf jaar, zoals in het contract staat. Als u een verlenging wilt aanvragen, moet u dat voor het einde van die vijf jaar doen. Zo niet, krijgen de embryo's de bestemming zoals overeengekomen in het contract. Is er geen zwangerschap na de verse terugplaatsing, dan plaatsen we in eerste instantie de ingevroren embryo's terug.

Als er een regelmatige spontane cyclus bestaat, hoeft u daarvoor geen medicatie te nemen. Dat is wel nodig als er geen spontane eisprong is. De eerste cyclus na een verse poging is altijd een rustcyclus, omdat die nog verstoord kan zijn door de nawerking van de toegediende medicatie in de voorafgaande poging. Vanaf de tweede cyclus na een verse cyclus kunnen we wel ingevroren embryo's terugplaatsen. De opvolging van een dergelijke cyclus beperkt zich meestal tot een tweetal echo's, waarna we de ontgooiing en de eventuele terugplaatsing vastleggen.

Hou er rekening mee dat er misschien geen enkel ontgoid embryo goed genoeg is om terug te plaatsen. De dag van de terugplaatsing bevestigt het ivf-labo telefonisch of de terugplaatsing kan plaatsvinden.

Voor we de embryo's invriezen moeten beide partners een **toestemmingsformulier tot invriezen** ondertekenen. U krijgt de toestemmingsverklaring bij de start van de behandeling en moet ze ten laatste op de dag van de eicelpunctie ondertekenen. Dit formulier regelt ook de bestemming van de embryo's op lange termijn en in uitzonderlijke omstandigheden (echtscheiding, overlijden van één van de partners ...). Ook voor elke terugplaatsing van ingevroren embryo's wordt een nieuw geschreven akkoord door beide partners gevraagd (document door beiden te ondertekenen voor de ontgooiing).



Wat kost een ivf-behandeling?

Niet alle vruchtbaarheidsbehandelingen worden in België gedekt door de verplichte ziekteverzekering. Volgende zaken zijn grotendeels terugbetaald: consultaties tijdens een behandeling, echografieën voor de opvolging van een stimulatie, bloedonderzoeken, de eicelpunctie, het grootste deel van de medicatie die nodig is voor de stimulatie bij de vrouw en de laboratoriumkost voor een standaard ivf- of isci-behandeling (als de vrouw jonger is dan 43 en bij maximaal 6 pogingen).

De totale kost van remgelden voor controles, de bloedonderzoeken, de medicatie, het ziekenhuisverblijf voor de punctie en de terugplaatsing ligt tussen de 150 en 200 euro (voor patiënten binnen de Belgische ziektekostenverzekering).

U kunt het remgeld voor de opname in het ziekenhuis voor de eicelpunctie recupereren via sommige hospitalisatieverzekeringen, maar vaak staat in de polis dat vruchtbaarheidsbehandelingen uitgesloten worden van vergoeding. Wanneer u een hospitalisatieverzekering hebt, raden wij u toch aan de gedetailleerde polis te bekijken om te zien of u de kosten langs die weg kunt recupereren. Breng in dat geval het aangifteformulier van de hospitalisatieverzekering mee op de dag van de eicelpunctie, zodat de gynaecoloog het kan invullen.

Extra kosten zijn er voor diensten die niet tot een standaard ivf-procedure horen, zoals invriezen van een spermastaal, analyseren en invriezen van testisbiopten, pre-implantatie genetische diagnose (zie verder), enzovoort.

Een cyclus die buiten de terugbetaling valt (vanaf de zesde cyclus en/of voor vrouwen ouder dan 43 jaar) kost ongeveer 2600 euro (dat zijn kosten voor het laboratorium en voor de medicatie).

Buitenlandse patiënten moeten de behandeling op voorhand betalen. Bij elke betaling krijgt u een ontvangstbewijs, zodat u eventueel een ziekteverzekering in eigen land kunt aanspreken.

10. Verloop van een ivf-zwangerschap

Na ivf of isci verloopt de zwangerschap zoals elke andere zwangerschap. Hou wel rekening met onderstaande punten:

Bloedverlies tijdens de eerste maanden van de zwangerschap

Het gebeurt iets vaker dan bij een spontane zwangerschap dat tijdens de eerste weken bloedverlies optreedt. We doen een echografisch onderzoek om te achterhalen wat het bloedverlies betekent. Meestal gaat het om een innestelingsbloeding en komt de zwangerschap niet in het gedrang. De kans op miskraam na ivf is iets hoger dan na een spontane zwangerschap. Waarschijnlijk is dat niet te wijten aan de ivf-procedure op zich, maar eerder aan het feit dat mensen met vruchtbaarheidsproblemen sowieso meer risico hebben op een miskraam. Bovendien detecteren we ook heel vroege miskramen omdat we de zwangerschap van bij het prille begin opvolgen. Bij spontane zwangerschap is dat niet altijd het geval, omdat u een bloeding dan niet als miskraam, maar als een late menstruatie interpreteert. Het aantal miskramen buiten vruchtbaarheidsbehandelingen wordt dus waarschijnlijk onderschat.

Buitenbaarmoederlijke zwangerschap

Bij een zwangerschap na ivf is de kans op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap rond de 5%. Het risico is hoger dan bij een spontane zwangerschap, vooral omdat bij mensen die ivf ondergaan de eileiders soms vooraf al beschadigd zijn, wat een risico op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap met zich meebrengt.

Het lijkt verwonderlijk dat er nog zwangerschappen buiten de baarmoeder voorkomen nadat we de embryo's in de baarmoeder terugplaatsen. Het embryo kan door samentrekkingen van de baarmoederspier naar andere plaatsen verhuizen. Bij de terugplaatsing maken we de embryo's niet vast, maar komen ze los in een holte terecht die doorloopt in de eileiders, zodat ze in zekere mate nog van plaats kunnen veranderen. Door zorgvuldige hormonale en echografische controle ontdekken we een buitenbaarmoederlijke zwangerschap meestal heel snel en kunnen we ze op tijd behandelen.

Meerlingzwangerschappen

Er bestaat nog altijd een risico van 5 à 10% op een meerlingzwangerschap na ivf. Het beste is uiteraard een meerlingzwangerschap te voorkomen door het aantal embryo's per terugplaatsing te beperken.

Wanneer er toch een meerlingzwangerschap ontstaat, is een strikte opvolging noodzakelijk. Een meerlingzwangerschap heeft een aantal extra risico's: miskraam, vroegtijdige ontsluiting en vroeggeboorte, groeiachterstand en laag geboortegewicht, hoge bloeddruk... Als een meerlingzwangerschap voorkomt, bespreekt uw gynaecoloog dat uitgebreid met u.

Het komt af en toe voor bij een ivf-meerlingzwangerschap dat een van de ingenestelde vruchtjes tijdens het eerste trimester toch nog afsterft of stopt met zich te ontwikkelen, zodat er sprake is van een gedeeltelijk miskraam. Dat kan met vaginaal bloedverlies gepaard gaan, maar dat betekent dus niet altijd dat het andere vruchtje ook verloren is.

Complicaties bij vruchtbaarheidsbehandeling

Hyperstimulatiesyndroom

Het aantal eicellen dat we per cyclus bij de vrouw tot rijping kunnen brengen is individueel zeer verschillend. Het optimale aantal eicellen ligt tussen 10 en 20. Soms is de reactie van de eierstokken onverwacht hevig en komen 30 à 40 eicellen tot ontwikkeling. Daardoor zwellen de eierstokken na de ovulatie of eicel pick-up sterk en produceren ze vocht dat zich in de buik verzamelt. Bij de meeste vrouwen veroorzaakt dat alleen een tijdelijke opzetting en wat pijn in de onderbuik. In zeldzame gevallen (1 op 500) treedt er een enorme verschuiving op in de waterhuishouding van het lichaam waarvoor een behandeling binnen het ziekenhuis noodzakelijk is. De belangrijkste klachten zijn een opgezette pijnlijke buik, kortademigheid (vooral bij platliggen), duizeligheid, maagpijn, misselijkheid en hartkloppingen. De behandeling bestaat uit bedrust, intraveneuze toediening van vocht en eventueel afnemen van overtollig vocht uit de buikholte. Alhoewel een opname van een tot twee weken noodzakelijk kan zijn, heeft het hyperstimulatiesyndroom, onder medisch toezicht, geen nadelige gevolgen voor de gezondheid van de vrouw of de vrucht. Een gelijkaardig fenomeen kan er in minder erge graad voor zorgen dat u een paar kilogram bijkomt, door vochtophoping tijdens de ivf-stimulatie. Dat is normaal en verdwijnt weer achteraf, omdat het niet om vetweefsel maar om vocht gaat.

Meerlingzwangerschap

Hoewel sommige koppels hopen op een tweelingzwangerschap, waarschuwen we uitdrukkelijk voor overmatig optimisme en enthousiasme. Naast de belasting voor de vrouw tijdens de zwangerschap en de sociofamiliale last na de geboorte, is er ook een medisch risico voor de kinderen. De kans dat u één of beide kinderen verliest, vooral als gevolg van vroeggeboorte is vijfmaal hoger dan bij een eenlingzwangerschap. Vroeggeboorte en een laag geboortegewicht kunnen levenslange gevolgen hebben voor de fysieke en mentale gezondheid van de kinderen. Bij een drielingzwangerschap is het risico zo hoog dat we doorgaans een embryoreductie voorstellen.

Inseminatie met donorsperma

Vroeger stelden we inseminatie met donorsperma als vruchtbaarheidsbehandeling voor wanneer de man geen zaadcellen had of de kwaliteit ervan zo slecht was dat een zwangerschap met eigen sperma uitgesloten was. Dankzij de ontwikkeling van isci en TESE, is deze behandeling nog weinig aan de orde. Inseminatie met donorsperma is wel aangewezen om erfelijke ziekten bij het kind te voorkomen. Het spreekt voor zich dat we deze behandeling enkel toepassen na grondig overleg en voorlichting en op uitdrukkelijk verzoek van het koppel. Een donorinseminatie kan ook voor lesbische koppels of alleenstaande vrouwen met een kinderwens. In het geval van alleenstaande vrouwen kan dat alleen met voorafgaande goedkeuring na grondige evaluatie van de aanvraag.

Meestal gebeuren de inseminaties in een spontane cyclus. We bepalen het vruchtbare ogenblik met urinaire ovulatietesten, echografie of hormonaal (bloed) onderzoek. Wanneer een zwangerschap uitblijft na drie á zes cycli onderzoeken we de vruchtbaarheid van de vrouw. Als we geen afwijkingen vaststellen, hernemen we de inseminaties.

Om de kans op zwangerschap te verhogen, stimuleren we de eicelrijping licht met Clomid® en lokken we de eisprong kunstmatig uit door een inspuiting met Pregnyl®. We passen hetzelfde toe als de eisprong achterwege blijft of het ogenblik van de eisprong zeer wisselend is. Om het aantal tweelingen en drielingen tot een minimum te herleiden, doen we geen inseminatie als er meer dan drie rijpe follikels zijn. Na een twaalfstal mislukte inseminaties kunt u vragen om over te gaan naar ivf met donorsperma.

De donor

Het sperma dat we gebruiken voor donorinseminatie is afkomstig van gezonde donoren met normale spermakwaliteit. Liefst gebruiken we donoren waarvan de vruchtbaarheid is bewezen (lees: donor heeft zelf gezonde kinderen). Dat sperma vriezen we in en gebruiken we pas nadat we met zekerheid weten dat de donor geen drager is van HIV, syfilis of hepatitis B en C. Daarnaast mag in de familie van de donor geen sprake zijn van erfelijke aandoeningen en mag hij zelf geen zware gezondheidsproblemen hebben gehad in het verleden (bv. kanker, psychiatrische aandoeningen). We onderwerpen de donor aan een urologisch en psychologisch onderzoek, zodat we overtuigd zijn van zijn goede gezondheid.

Ook donorinseminaties zijn geen louter medische aangelegenheid. Het raakt beide partners op alle vlakken van hun persoonlijk leven en hun samenleven. Ze moeten niet alleen het vruchtbaarheidsprobleem verwerken, maar ook het feit dat ze een derde partij (de donor) moeten inschakelen om het probleem op te lossen. Besteed daar de nodige aandacht aan en voorzie specifieke psychologische begeleiding.

We hebben een specifieke informatiebrochure met uitgebreidere informatie over donorinseminatie.

Eiceldonatie

We kunnen een beroep doen op eicellen van een andere vrouw om een zwangerschap tot stand te brengen bij:

- aangeboren afwezigheid van eicellen
- vroegtijdige menopauze (vroegtijdig verlies van de reserve aan eicellen)
- afwijkingen van de eicellen waardoor geen bevruchting mogelijk is
- erfelijke belasting
- herhaaldelijk slechte embryokwaliteit bij ivf of isci met eigen eicellen

De leeftijdsgrens om donoreicellen te ontvangen in ons centrum is 45 jaar.

In tegenstelling tot de gift van sperma is eiceldonatie een ingrijpende procedure: de donor moet een hormonale stimulatie en eicelpunctie ondergaan. Daardoor is het aanbod aan eiceldonoren zeer beperkt. Alhoewel eiceldonatie zelden nodig blijkt, is de vraag naar donoreicellen toch beduidend groter dan het aanbod. Er is een lange wachtlijst voor eiceldonatie. Daardoor kunnen we u vanaf 40 jaar niet meer op de wachtlijst plaatsen.

U bent sneller geholpen als u zelf een donor aanbrengt. Dat is ook de enige mogelijkheid voor patiënten boven de 40 jaar. De donor is bij voorkeur niet ouder dan 35, heeft zelf liefst een voltooid gezin, is vrij van erfelijke en besmettelijke ziekten en is bereid een ivf-procedure te doorlopen. Wanneer twee of meerdere koppels die voor eiceldonatie in aanmerking komen een donor aanbrengen, kunnen we de eicellen van uw donor inruilen voor de eicellen van een voor u anonieme donor. Dat noemen we wisseldonatie, zodat de anonimiteit bewaard blijft. Als een vrouw in aanmerking komt voor eiceldonatie, moet ze samen met haar partner eerst een uitgebreid gesprek hebben met de psycholoog.

We verwijderen uw naam van de lijst als u zwanger raakt na behandeling bij ons of elders. Bij hernieuwde kinderwens moet u zelf een nieuwe aanvraag indienen.

Elk koppel dat in ons centrum een ivf-behandeling start en waarbij we een redelijk aantal eicellen verwachten, krijgt de mogelijkheid om vrijwillig overtollige eicellen af te staan voor anonieme donatie.

Hoewel de wetgeving over donatie uitdrukkelijk verbiedt dat er geld gevraagd wordt door de donor, betekent dat niet dat de eicellen gratis zijn. U betaalt de behandeling van de donor. Dat zijn enerzijds de kosten van de behandeling zelf en anderzijds de onkosten die de donor maakt (consultaties, verplaatsingskosten ...). De eiceldonor ontvangt een onkostenvergoeding.

Sinds kort bestaat de mogelijkheid om onbevruchte eicellen in te vriezen via de zogenaamde vitrificatietechniek. Dat maakt het mogelijk eicellen voor langere tijd in een bank op te slaan, wat de logistiek van de behandeling gemakkelijker maakt. De behandeling van de donor moet dan niet meer gelijk lopen met de behandeling van de ontvanger.

Voor meer informatie over eiceldonatie verwijzen we naar de specifieke informatiebrochure.

Medische voorzorgen

Algemene gezondheid

- Het spreekt voor zich dat een gezond leven met voldoende lichaamsbeweging, een evenwichtige voeding en een goede nachtrust belangrijk zijn voor de algemene gezondheid. Ze vormen ook de optimale omstandigheden om zwanger te worden. **Beperk alcoholgebruik.**
- **Roken** heeft een negatief effect op de vruchtbaarheid (bij man en vrouw). Onderzoek toont aan dat de kansen om zwanger te worden na ivf bij rokers ongeveer de helft lager ligt dan bij niet-rokers. Roken is schadelijk voor de ongeboren vrucht en de combinatie ervan met hoge hormoonspiegels verhoogt het risico op trombose. Wij raden rokers dan ook ten stelligste aan om te stoppen voor ze een behandeling starten. We kunnen u helpen via het rookstopprogramma in AZ Sint-Lucas (vraag naar onze brochure).
- **Zwaarlijvigheid** heeft ook een duidelijk negatief effect op de slaagkansen van vruchtbaarheidsbehandelingen en houdt hogere risico's in voor de gezondheid van het kind. Begeleiding door een diëtist kan zeker nuttig zijn.
- Het is de verantwoordelijkheid van de vrouw om ook tijdens de vruchtbaarheidsbehandeling regelmatig langs te gaan bij de **algemene gynaecoloog voor het routineonderzoek**. De gynaecoloog die de vruchtbaarheidsbehandeling begeleidt voert geen routinecontrole uit. Ook als er een algemeen gynaecologisch probleem opduikt tijdens een vruchtbaarheidsbehandeling (borstknobbeltje, vaginale infectie, cysten van de eierstok) verzorgt de algemene gynaecoloog de behandeling.

Controle op infecties bij beide partners

Zowel voor het koppel als voor het personeel dat in contact komt met bloed, zaadcellen en eicellen moeten we weten of uw biologisch materiaal vrij is van besmetting met HIV, syfilis en/of hepatitis B en C. Daarom nemen we voor de aanvang van de behandeling van beide partners een bloedstaal af om bovengenoemde besmettelijke ziekten op te sporen. Als het nodig is, herhalen we het onderzoek. Als de man drager is van het hepatitis B en/of C kan geen isci gebeuren omdat viruspartikels die vasthangen aan een zaadcel via isci in de eicel kunnen worden geïnjecteerd. Dat kan nadelige gevolgen hebben voor de gezondheid van het kind.

Vaccinatie tegen kinkhoest

Kinkhoest (of pertussis) is een ernstige, besmettelijke ziekte van de luchtwegen, die gevaarlijk kan zijn voor baby's en jonge kinderen. Ze wordt veroorzaakt door een bacterie die wordt overgedragen via kleine druppeltjes bij het hoesten en niezen of via de handen. Het kinkhoestvaccin beschermt u tegen de ziekte en voorkomt dat u anderen (en dus ook baby's) besmet. De bescherming die het kinkhoestvaccin biedt, is niet blijvend. Als het lang geleden is dat u gevaccineerd bent, kunt u besmet raken en de ziekte doorgeven. Om te voorkomen dat u als volwassene baby's kunt besmetten met kinkhoest, bevelen we een boostervaccinatie aan voor alle toekomstige ouders. Neem contact op met uw huisarts.

Preoperatief onderzoek

De eicelpunctie gebeurt onder een lichte verdoving. Als u algemene gezondheidsproblemen hebt waarvoor u medicatie neemt (bv. hoge bloeddruk, suikerziekte, astma ...) dan moet u dit melden. Een preoperatief onderzoek kan dan noodzakelijk zijn.

Psychosociale begeleiding

Genetisch onderzoek

Wanneer een vermoeden bestaat dat een van de partners een genetische afwijking heeft, is een genetisch onderzoek wenselijk. Vooral bij ernstige mannelijke onvruchtbaarheid is het aangewezen om na te gaan of daar een erfelijke oorzaak voor bestaat. We overwegen genetisch onderzoek ook als er om onduidelijke reden geen zwangerschap ontstaat na herhaalde ivf-pogingen.

Voorkomen van afwijkingen van het zenuwstelsel bij het kind

De kans dat er tijdens de zwangerschap een stoornis optreedt in het sluiten van de ruggengraat, bedraagt ongeveer 1 op 1000. De aanwezigheid van een open rug geeft het kind een blijvende handicap. Onderzoek toont aan dat de meerderheid van de gevallen van open rug ontstaan door een tekort aan foliumzuur tijdens de eerste weken van de zwangerschap. Alhoewel foliumzuur ook voor een deel in de voeding aanwezig is (graanproducten, bladgroenten, peulvruchten, lever ...), raden we alle vrouwen die zwanger willen worden aan een supplement van foliumzuur in te nemen (0,4 mg/d). Daardoor is het aantal gevallen van kinderen met open rug sterk verminderd. De behandeling start best enkele weken voor de bevruchting en loopt door tot de 16^e zwangerschapsweek. Foliumzuur kunt u zonder voorschrift in uw apotheek kopen.

Als u dat wilt, kunnen we u begeleiden bij de psychosociale aspecten van een vruchtbaarheidsbehandeling. Spreek daarvoor de gynaecoloog, de vroedvrouw of een psycholoog aan. Op schakelmomenten tijdens de behandeling krijgt u van ons een specifieke vragenlijst mee die het voor u gemakkelijker maakt om te beoordelen of het nuttig is om een psycholoog te raadplegen. Als u sterk gedreven bent door een kinderwens is het volkomen normaal om tijdens een behandeling hulp te zoeken bij een psycholoog. De angsten en zorgen kunnen onverwacht sterk zijn en uw optimisme kan een deuk krijgen.

Realisme is belangrijk om met de stress van een vruchtbaarheidsbehandeling om te gaan. Houd zoveel mogelijk de cijfers voor ogen (30% kans op zwangerschap betekent ook 70% kans dat er geen zwangerschap is). Probeer zwangerschap op zich niet als enig levensdoel te beschouwen (bv. geef uw job niet op bij de start van ivf) en neem iemand in vertrouwen waarbij u uw hart kunt luchten: uw partner, de arts die de behandeling begeleidt, uw huisarts, de psycholoog, een familielid, een goede vriend of vriendin, een zelfhulpgroep ...

Blijf in ieder geval praten en krop niet op: praten vermindert de stress en lucht op, gesprekken kunnen verhinderen dat de ontgoochelingen en het verdriet tot echte depressie leiden. Begeleiding bij de verwerking van mislukking, verlies of rouw is een belangrijke factor om nadien samen weer verder te kunnen.

Het vruchtbaarheidsprobleem verwerken kan op zich al een zware dobber zijn, maar daarnaast kan er ook binnen de relatie een onevenwicht ontstaan in het verwerkingsproces: de ene partner verwerkt sneller dan de andere, de ene partner worstelt meer met schuldgevoelens dan de andere, de ene is geneigd verder te gaan in de behandeling dan de andere ... De fysieke en psychische belasting van medisch begeleide bevruchting betekent ook vaak een verstoring van het normale seksleven van het koppel, wat tot spanningen kan leiden binnen de relatie. Het spreekt vanzelf dat een gesprekspartner zoals een psycholoog daarbij zinvol kan zijn.

Vaak gestelde vragen die aan bod kunnen komen bij een gesprek met een van onze psychologen:

- Wij willen echt een kind, wat nu?
- Hoe moeten we dit allemaal regelen met ons werk? Wat vertel ik mijn baas?
- Mijn beste vriendin is zwanger. Moet ik nu blij zijn? Waarom wordt iedereen rondom mij zwanger zonder enige moeite?
- Ben ik er te veel mee bezig? Lukt het daarom niet?
- Hoe leggen we uit aan familie/vrienden dat we liever niet naar die babyborrel komen?
- Hoe ver gaan we in de fertiliteitsbehandeling? Wat als mijn partner daar anders over denkt?
- Vallen onze toekomstplannen nu helemaal in duigen?

Dit kunnen de psychologen u bieden:

- individuele of koppelbegeleiding tijdens de verschillende stappen van het medische proces.
- aandacht voor het vergroten van uw draagkracht.
- leren omgaan met het probleem, helpen om alles een plaats te geven.
- verlagen van uw stressniveau.
- hulp bij het verwerkingsproces.

Consultaties bij de psychologen zijn op afspraak en kunt u via ons secretariaat boeken. Ze worden gedeeltelijk terugbetaald door het ziekenfonds.

Nuttige contacten

Nuttige contacten

Thuisverplegingsdiensten

Wit-Gele Kruis

T 09 265 75 75

W www.wit-gelekruis.be

Bond Moyson

T 09 333 55 00

W www.bondmoyson.be/ovl/zorg-comfort/thuisverpleging

I-mens

T 078 15 25 35

W www.i-mens.be/ons-aanbod/thuisverpleging

Contactgroepen

De verdwaalde ooievaar

Belgische vereniging voor wensouders en professionelen rond het thema (onvervulde) kinderwens.

W www.deverdwaaldeooievaar.be

Freya

Nederlandse zelfhulpgroep voor mensen met vruchtbaarheidproblemen.

W www.freya.nl

Meerlingen

Twins VZW (twin-telefoon)

Vragen, documentatie, praktische info, begeleiding ... bij meerlingzwangerschappen.

T 09 332 29 14

W www.twins.be

Adoptie

Steunpunt Adoptie VZW (binnenlandse adoptie)

T 078 15 13 27

E info@steunpuntadoptie.be

W www.steunpuntadoptie.be

Ray of Hope (buitenlandse adoptie)

T 09 356 75 79

E info@rayofhope.be

W www.rayofhope.be

Meer lezen?

Literatuur

- **Kinderwens met omwegen**

De Verdwaalde Ooievaar

ISBN 9789082424829

Het boek van De Verdwaalde Ooievaar waarin negentien mensen het unieke verhaal vertellen over hun kinderwens en hoe ze die probeerden te vervullen.

- **Zwanger worden**

Petra De Sutter, Mama Baas

ISBN 9789401453721

Het complete basisboek over zwanger worden: van natuurlijke bevruchting tot vruchtbaarheidsproblemen. Als je besluit om aan kinderen te beginnen, kan het vaak niet snel genoeg gaan. Maar het pad naar een baby loopt bij iedereen anders en is niet altijd even vanzelfsprekend. Het is dan ook belangrijk om goed geïnformeerd te starten. Zo kun je je kansen op een zwangerschap optimaliseren en tegelijk maximaal instaan voor je eigen gezondheid en die van je kindje.

- **Proficiat het is een ivf'je**

Karine Degunst

ISBN 9789463580175

Als het niet lukt om langs natuurlijke weg een baby te krijgen, is dat verschrikkelijk! Dat weet iedereen ... Als het dan ook met jou gebeurt, kun je twee richtingen uit: het zwart inzien of zoals de auteur van dit boek kiezen voor humor en je zorgen proberen weglachen. Dit is het grappige, bijzondere en waargebeurde relaas van een doodgewoon koppel dat moet vertrouwen op MBV (medisch begeleide voortplanting). Niets ontsnapt aan de ironische pen van Karine; niet de behandelingen, niet het lange wachten, niet de ruzies tussen hen beiden ... Ze dekt niets toe. Maar haar verhaal leest als een ongehoofd avontuur van doorbijten, veel humor en liefde.

Interessante websites

- **www.mvscreations.nl/product-categorie/een-wereldwondertje/**

Kinderboekjes om op eenvoudige en kindvriendelijke wijze duidelijk te maken hoe een zwangerschap is ontstaan bij ivf, KID of eiceldonatie.

- **www.eshre.eu**

European Society for Human Reproduction and Embryology: wetenschappelijke info.

- **www.inciid.org**

International Council on Infertility Information Dissemination: overkoepelende vereniging van patiëntenorganisaties, USA-getint.

- **www.zappybaby.be**

Algemene info over vruchtbaarheid en zwangerschap + chatsite voor Belgische patiënten.

BELANGRIJK: We benadrukken dat wat op chatsites of online fora wordt verkondigd niet gecontroleerd is op correctheid. Laat u niet misleiden door niet-gestaafde beweringen en persoonlijke ervaringen. Elke situatie is specifiek en wat goed is voor de ene, is daarom niet automatisch goed voor de andere.

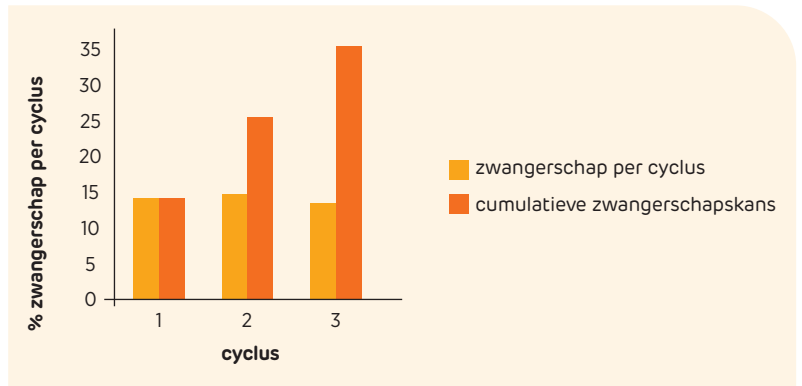


Bijlage

Overzicht van de activiteiten en de resultaten van het centrum

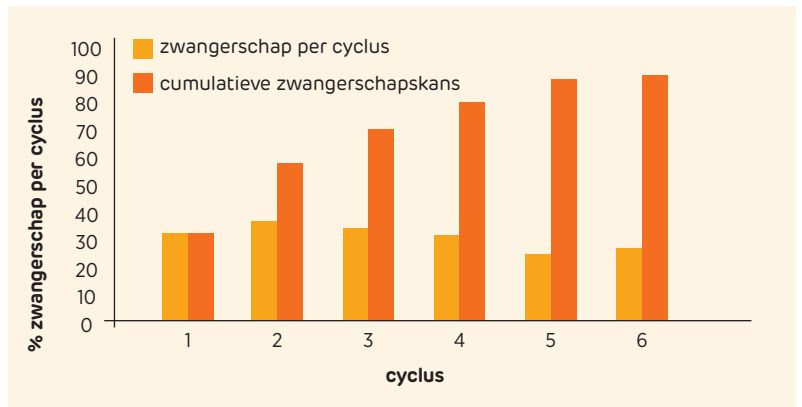
• **Globale kans op zwangerschap per inseminatiecyclus**

De zwangerschapskans is vrij constant gedurende de eerste drie behandelingscycli, omdat toeval ook een grote rol speelt. Cumulatief bekomen we 35% zwangerschappen binnen de eerste drie cycli.



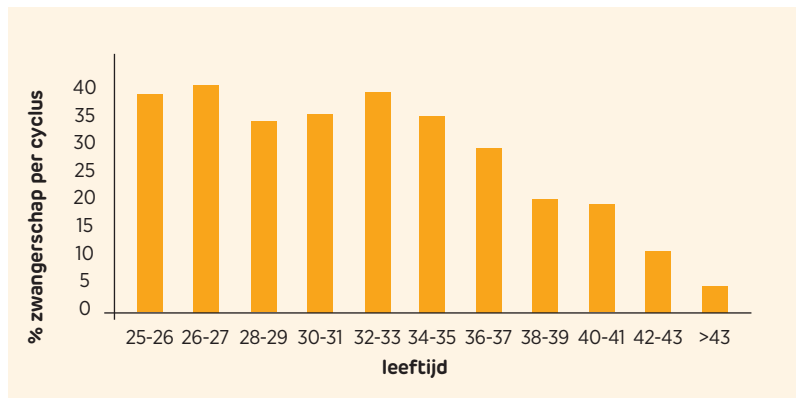
• **Globale kans op zwangerschap per ivf/isci-cyclus**

De zwangerschapskans is vrij constant gedurende de eerste vier behandelingscycli, omdat het toeval ook een grote rol speelt. Cumulatief bekomen we 80% zwangerschappen binnen de eerste vier cycli.



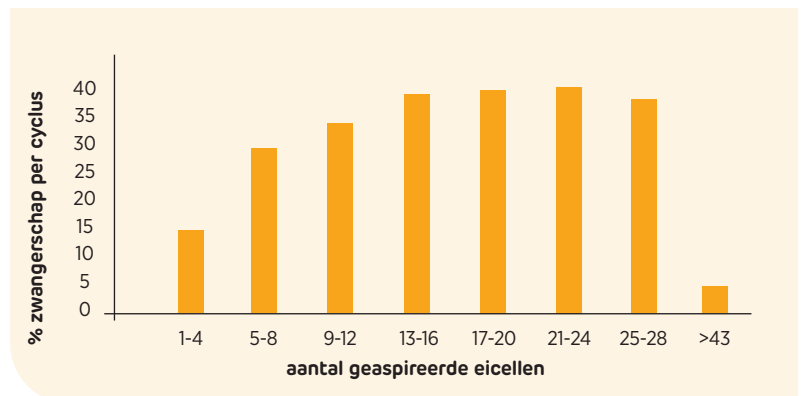
• **Kans op zwangerschap na ivf volgens leeftijd**

Tot de leeftijd van 36 jaar blijft de zwangerschapskans per cyclus vrij constant. Daarna treedt een geleidelijke daling op. Dat heeft te maken met de verminderde eicelkwaliteit na 37 jaar.



• **Kans op zwangerschap volgens aantal eicellen**

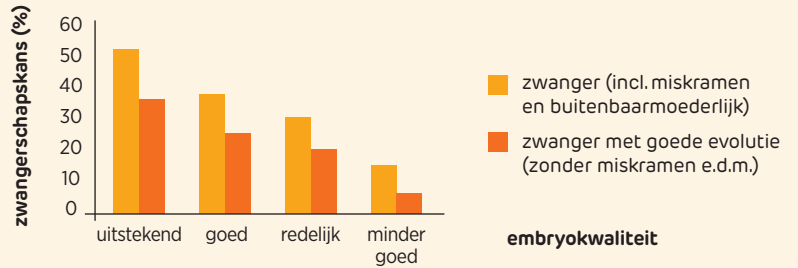
De kans op zwangerschap hangt nauw samen met het aantal eicellen dat we bekomen. Vanaf 15 tot 20 eicellen stijgt de kans niet meer verder. Ideaal streven we dus naar 10 tot 15 eicellen.



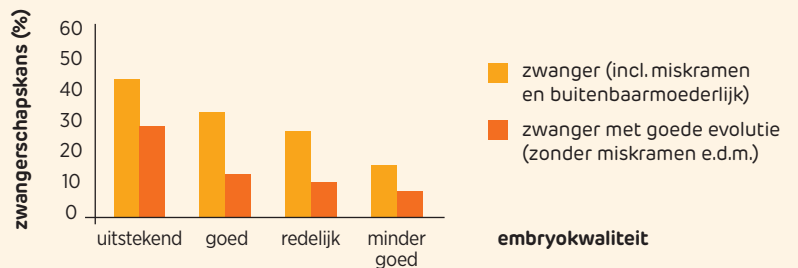
• **Invloed van leeftijd en embryokwaliteit op succeskansen**

De zwangerschapskans per terugplaatsing ligt tussen de 15% en 50% als u jonger bent dan 36 jaar, en tussen de 10% en 35% als u tussen de 40 en 43 jaar bent.

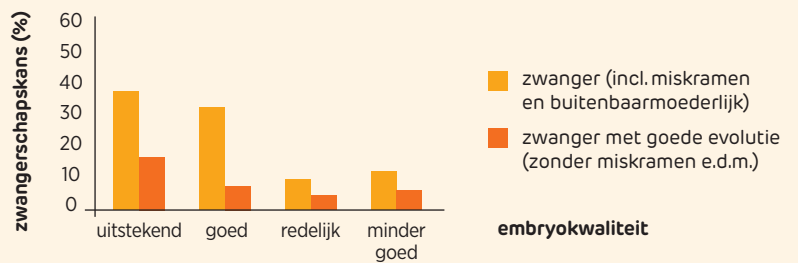
Vrouwen jonger dan 36 jaar



Vrouwen tussen 36 en 40 jaar

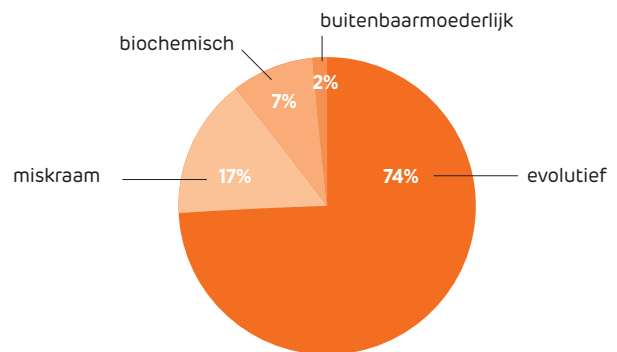


Vrouwen ouder dan 40 jaar



• **Uitkomst zwangerschap na ivf/lisci**

Zoals in een natuurlijke situatie zijn 74% van alle beginnende zwangerschappen evolutief (doorgaand). Ongeveer 7% eindigt in een zeer vroeg miskraam (biochemisch, nog niet klinisch waarneembaar), 17% eindigt in een klinische miskraam en 2% zijn buitenbaarmoederlijk.



Contact

Voor korte, praktische en/of dringende vragen over uw lopende behandeling kunt u altijd (7 dagen op 7, 24 op 24 uur) terecht op onze **Fertifoon: 09 224 64 39**.

U krijgt altijd een bevoegde vroedvrouw of gynaecoloog van het Fertiliteitscentrum aan de lijn.

Via de Fertifoon kunt u geen afspraken maken. Daarvoor belt u naar het secretariaat van de consultaties.

Fertiliteitscentrum AZ Sint-Lucas

Straat 7

T 09 224 60 92

E fertiliteit@azstlucas.be

Gynaecologen

Dr. Tom Coetsier (tom.coetsier@azstlucas.be)

Dr. Jeroen De Smet (jeroen.desmet@azstlucas.be)

Dr. Isabelle Meire (isabelle.meire@azstlucas.be)

Dr. Nele Van Renterghem (nele.vanrenterghem@azstlucas.be)

Psychologen Psypunt

Heidi De Vylder & team

T 09 224 60 92

Ivf-laboratorium + terugplaatsingen UZ Gent

P3, 2de verdieping (labo)

P4, 2de verdieping (terugplaatsingen)

T 09 332 31 39

T 09 332 21 94 (weekend)

E arg@uzgent.be

artikel 2.708 | Laatste update: december 2021

Deze brochure werd ontwikkeld voor gebruik binnen AZ Sint-Lucas Gent. Alle rechten zijn voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het ziekenhuis. Deze informatiebrochure werd met de grootste zorg opgemaakt, maar de inhoud is algemeen en indicatief. Deze brochure omvat niet alle medische aspecten. Als er vergissingen, tekortkomingen of onvolledigheden in staan, zijn AZ Sint-Lucas, het personeel en de artsen hiervoor niet aansprakelijk.