

## **Zwanger worden en blijven – natuurlijk!**

Hoeveel stellen kent u die vol hoop een gezin willen stichten? Zij zijn gezond, jong en verlangen naar een kind. Na maanden van hoop en wachten wordt het duidelijk: het meest natuurlijke ter wereld, een kind verwekken en baren, werkt niet.

Waarom? Wat is het probleem? Het kan niet zijn! Niet wij!

"100 menstruaties, dat zijn 100 teleurstellingen", vatte een van mijn patiëntes (zij is inmiddels moeder) in het eerste consult samen. Ja, dan wordt het een beetje duidelijk hoeveel pijn de onvervulde wens met zich meebrengt.

Zoals we allemaal weten, het probleem van de onvruchtbaarheid is een steeds groter probleem, persoonlijk voor de stellen en ook maatschappelijk.

Natuurlijk proberen mijn collega's gynaecologen en huisartsen de vrouwen te behandelen die bij hen komen met vruchtbaarheidsproblemen. Sommigen doen fertiliteitsonderzoeken, anderen adviseren temperatuur meten, yoga of gewoon nog eventjes wachten. Soms is dat voldoende om zwanger te worden. Maar vaak niet. Als ondanks deze - vaak beperkte en ongecoördineerde - maatregelen geen zwangerschap optreedt, is de volgende stap de vraag naar een kunstmatige fertiliteitsmethode, medebepaald door de richtlijnen.

Soms is de eerste stap een reeks inseminaties, maar dit helpt zelden. De volgende stap is vervolgens in vitro fertilisatie met of zonder ICSI. Met hoge verwachtingen verbonden, maar de realiteit is anders: internationaal ligt het aantal levendgeborenen kinderen per IVF-cyclus al jaren rond de 20%.

En zoals u weet, is een dergelijke therapie voor het stel en voor de samenleving erg omslachtig: medische bijwerkingen voor vrouwen, verhoogde ziektecijfers bij kinderen, hoge kosten, veel juridische en ethische vragen.

### **Is er dan niets beters?**

Een therapie om normaal zwanger te worden, zonder bijwerkingen? Een therapie die minstens zo goed en misschien zelfs beter is dan kunstmatige bevruchting?

Ja, dat is er wel!

### **Hoest...**

Indien u even het bekende pad dat ik zojuist heb geschetst verlaat, dan is er inderdaad heel veel mogelijk tussen "niets" en "kunstmatig".

Namelijk: het probleem zoeken. Dat is wat artsen gewoon doen: het onderliggende probleem opsporen. Wat is het symptoom, wat kan de reden zijn voor deze afwijking en hoe kunnen we deze behandelen?

Een voorbeeld: hoest.

Als u hoest, kan het een teken van een verkoudheid zijn, dan is thee en rust aan te bevelen.

Het kan ook een symptoom van een longontsteking zijn, dan heeft u een antibioticum nodig. Om dit uit te vinden is het nodig om verdergaande diagnostiek te doen: temperatuur meten, bloedprikken, longfoto, misschien een kweekje.

Maar misschien is de hoest wel het symptoom van longkanker, dan is weer een andere diagnostiek nodig: een biopsie, een scan, andere bloedonderzoeken. En natuurlijk is de therapie ook een andere - een chemotherapie of een operatie.

Het feit dat iemand hoest is dus een symptoom dat vele oorzaken kan hebben. Met gerichte vragen en gericht onderzoek kan de arts de individuele oorzaak vinden en de individuele behandeling starten. Het is vanzelfsprekend dat niet iedereen die hoest een antibioticum of een chemo of een kopje thee krijgt.

## **Ovulatie inductie**

Deze redenering kunnen wij overdragen op een ander symptoom "niet zwanger worden" of "niet zwanger blijven". Ook hierbij bestaat een onderliggende oorzaak.

Met gerichte vragen en met doortastend en individueel onderzoek is het mogelijk om deze oorzaak op te sporen. En als het probleem bekend is, kan het vervolgens behandeld worden.

Hierbij wordt de vruchtbaarheid verbeterd. En de therapie die er - in het geval van problemen bij de vrouw - wordt toegepast heet "ovulatie-inductie therapie". Deze therapie is beschreven in de richtlijnen van de NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie).

Al ruim voor de ontwikkeling van kunstmatige bevruchting bestonden behandelingen om de vruchtbaarheid bij man en vrouw te verbeteren, zodat een normale conceptie mogelijk wordt.

Deze benadering wordt sindsdien - in de schaduw van de kunstmatige bevruchting - steeds verder ontwikkeld.

Uit een vergelijking van de geboortecijfers na kunstmatige bevruchting en de ovulatie-inductiemethode waarmee ik werk, blijkt, dat beide ongeveer hetzelfde resultaat hebben. Per IVF-cyclus krijgt gemiddeld rond 20% van de vrouwen een baby. Met toenemende pogingen neemt het aantal toe tot 25-30%. In de FertilityCare-kliniek is het geboortecijfer ruim 35%, hoewel de statistische berekening anders is.

Honderden universitaire en niet-universitaire instellingen over de hele wereld hebben zich toegelegd op "herstellende (= restauratieve) reproductieve geneeskunde". Zij onderzoeken redenen waarom een zwangerschap uitblijft of miskramen optreden - en ze ontwikkelen therapieën om deze te verbeteren. Waarom wordt de vrouw niet zwanger of blijft ze niet zwanger - wat zijn de problemen en hoe kunnen we ze oplossen? Dat is de hamvraag.

In 1999 werd het "International Institute for Restorative Reproductive Medicine" opgericht. Het Instituut leidt wetenschappelijke vorming en studies, bevordert de uitwisseling tussen collega's en verzamelt literatuur over dit onderwerp. Van de vele methodes voor de behandeling van ongewenste kinderloosheid, is de meest bekende de "NaProFertilityCare"-methode.

De grootste West-Europese instelling is de FertilityCare-kliniek in het in Kleef, vlakbij Nijmegen. De kliniek wordt door paren uit heel Duitsland en de Benelux bezocht. Omdat veel paren van ver

komen, hebben we een “long distance – protocol” ontwikkeld: de paren komen slechts vier keer per jaar naar Kleef. Wij beginnen altijd met een “oriënterend fertiliteitsonderzoek”. Dit onderzoek omvat de gebruikelijke tests, maar gaat verder.

De consulten duren altijd lang, ongeveer 45 minuten. Daarbij worden verschillende onderzoeken gedaan en de diagnostiek en behandeling vastgesteld. De patiënten krijgen hun recepten en het individuele behandelplan. Wij bieden aan dat alle routineonderzoeken zoals echografie of bloedonderzoek dichtbij thuis kunnen worden uitgevoerd. De resultaten worden dan meegenomen naar het volgende consult in Kleef. Voor korte vragen is er mogelijkheid tot telefonisch overleg. Op deze manier kunnen we de paren veel tijd, kosten en stress besparen.

De kracht van de methode ligt in twee elementen:

1. De diagnostiek is grondiger, gedetailleerder en uitgebreider dan die in het algemeen.
2. De therapie is daarom ook individueler en breder.

**Waar anderen stoppen, kijken we verder: wat zijn de problemen en hoe kunnen we ze behandelen?**

## **Wat testen en behandelen we?**

### **Hormoonstelsels**

We onderzoeken alle gebruikelijke hormonen: TSH, prolactine, androgenen enz. en behandelen zoals algemeen gebruikelijk. Maar behalve de hormoonstelsels die ik zojuist heb genoemd zijn er veel meer hormonen, die ook een effect op de eierstokken hebben – positief of negatief. Ook die onderzoeken we standaard. We weten bijvoorbeeld allemaal dat stress de vruchtbaarheid kan beïnvloeden. Daarom meten we stresshormonen zoals cortisol en kunnen vervolgens passende maatregelen in de therapie opnemen. En we kunnen dan ook meten of de therapie voldoende is. Zoals u ziet, biedt uitgebreidere diagnostiek ook meer therapeutische opties.

### **Lichamelijke oorzaken**

Het is logisch dat een enigszins normale anatomie en fysiologie van de vrouwelijke geslachtsorganen of het kleine bekken een voorwaarde is voor de conceptie en het behoud van de zwangerschap. Ik zeg extra: enigszins. Onlangs heeft één van mijn patiënten haar tweede baby na behandeling bij ons gekregen. Ze heeft maar een open eileider en een gedeelde baarmoeder. Om dat goed te kunnen beoordelen, is een goed gynaecologisch onderzoek in het begin belangrijk. Samen met de voorgeschiedenis van de patiënte kan men dan beoordelen of een operatie noodzakelijk is, om goede voorwaarden te hebben. Bijvoorbeeld, bij poliepen in de baarmoeder, verklevingen in het bekken, endometriose, gesloten eileiders of vleesbomen kan een chirurgische ingreep helpen.

## **Leefstijl**

De invloed van 'leefstijl'-factoren zoals gewicht, stress, nicotine, alcohol of cafeïne op de vruchtbaarheid van mannen en vrouwen is algemeen bekend. Daarom worden deze leefgewoonten aan het begin van de diagnostiek besproken en worden gerichte maatregelen ter verbetering in het therapieschema geïntegreerd. Steeds meer wordt duidelijk dat ook aandoeningen van het immuunsysteem, aandoeningen van de darmen of diverse allergieën significante invloed op de vruchtbaarheid kunnen hebben. Daarom maken verschillende tests voor allergieën of voedselintoleranties deel uit van onze diagnostiek.

## **Beloop van de cyclus**

Een goede zwangerschap begint met een goede cyclus!

Daarom kijken we heel nauwkeurig naar de vrouwelijke cyclus. Alle paren die bij ons komen, volgen een FertilityCare-cursus. In de cursussen leren de vrouwen het dagelijkse monitoren van specifieke biomarkers, zoals de cervicale slijm rond de eisprong of het bloedingspatroon. Deze biomarkers worden dagelijks genoteerd op een kaart.

Zo ontstaat een individueel cycluspatroon. Bij de ontwikkeling van de methode viel op dat vrouwen met verschillende gynaecologische aandoeningen typische afwijkingen in hun cycluspatroon hadden. Deze veranderingen geven de arts belangrijke diagnostische informatie.

Daarnaast onderzoeken we het verloop van de cyclushormonen door bloed te prikken en verrichten echo's om de ovulatie te controleren.

Dus als we de cycluskaart, de echo en de hormoonspiegels hebben, dan weten we gedetailleerd en voor iedere vrouw individueel, wat, wanneer en met welk hormoon we moeten behandelen. De hormonen die we gebruiken zijn de gangbare medicijnen (clomid, FSH, ovitrelle, pregnyl, utrogestan om er maar een paar te noemen). Ze zijn effectief en worden wereldwijd gebruikt.

En aangezien we veel kleinere hoeveelheden nodig hebben dan bij kunstmatige bevruchting en de toediening aan de individuele cyclus aanpassen, hebben we ook geen relevante bijwerkingen. Integendeel - vrouwen voelen zich doorgaans beter en fitter omdat hormoontekorten in evenwicht gebracht zijn.

Een man noemde het de "wonderpil" - zijn vrouw had geen emotionele fluctuaties voor de menstruatie meer.

## **Miskramen**

De diagnostiek en therapie die ik zojuist heb voorgesteld, zijn ook van toepassing op vrouwen die miskramen gehad hebben - een goede zwangerschap begint gewoon met een goede cyclus. Wij vullen dan de diagnostiek aan met een aantal specifieke onderzoeken naar problemen, die vaak tot miskramen leiden.

Elke zwangerschap wordt regelmatig gecontroleerd op eventueel gebrek aan de hormonen van de moeder. Als we bij één van onze patiënten een dergelijk tekort ontdekken neemt de vrouw

natuurlijke hormonen in om dit aan te vullen. De goede cyclus en hormonale ondersteuning tijdens de zwangerschap zorgen ervoor, dat we geen verhoogd risico op zwangerschapscomplicaties hebben. Dit betekent dat het aantal premature baby's, te kleine kinderen en miskramen niet hoger is dan in de algemene bevolking. Bovendien: vrouwen die vanwege herhaalde miskramen bij ons komen, kunnen door deze behandeling in tot 80% van de gevallen hun zwangerschap uitdragen.

Ik heb als gynaecoloog veel risico-zwangerschappen begeleid en vele daarvan waren bij vrouwen die een kunstmatige bevruchting hadden. Ik zie dat mijn eigen patiënten normale zwangerschappen zonder complicaties hebben. Dit is een ander punt dat me van deze methode overtuigt.

## **Diagnostiek en therapie van de man**

Toen ik met de kinderwensbehandeling begon, dacht ik dat een slechte sperma-analyse bij mannen pech zou zijn en je niets effectiefs kon doen. En het valt me op dat veel stellen slecht of helemaal niet geïnformeerd zijn over de behandelingsmogelijkheden voor mannelijke onvruchtbaarheid.

Intussen onderzoeken en behandelen we bij mannen dezelfde elementen als bij vrouwen: hormoonstoringen, infecties, life style, organische problemen - er is zoveel te behandelen! We hebben veel baby's na in het begin slechte zaadonderzoekresultaten. Ik werk hierbij samen met gespecialiseerde urologen.

## **Medische en sociale randvoorwaarden voor de therapie**

Zoals voor alle behandelingen zijn er ook voor een vruchtbaarheidsbehandeling in de FertilityCare-kliniek voorwaarden en limieten. Bij de man is bijvoorbeeld een minimaal aantal functionele zaadcellen nodig. Als dit niet kan worden bereikt ondanks therapie is een natuurlijke bevruchting niet mogelijk.

Bij de vrouw kunnen ernstige endometriosis of verklevingen of de ondoordringbaarheid van beide eileiders de grenzen van de therapieopties zijn.

Tijdens de ontwikkeling van de therapie rees de vraag in hoeverre de behandelend arts verantwoordelijk is voor het welzijn van het kind dat voortkomt uit zijn behandeling. Een intensief bevragen van de stellen over hun financiële, psychologische en sociale situatie, zoals bij adoptie, is niet de taak van de arts.

Daarom werd gezocht naar een gemakkelijk verifieerbaar en objectief criterium: paren die getrouwd zijn blijven statistisch langer bij elkaar dan ongehuwde paren. Het kind heeft dus een betere kans dat beide ouders voor hem zorgen. Daarom is de huwelijksluiting van het paar een randvoorwaarde van de therapie.

## **Samen voor de paren**

De hierboven beschreven therapieën om vruchtbaarheidsproblemen te verbeteren, zijn voornamelijk medische handelingen. De sociale, psychologische en persoonlijke componenten van ongewenste kinderloosheid valt echter niet te ontkennen. Daarom werken we als een team: arts en docente.

De medische consulten in de FertilityCare- kliniek duren doorgaans 45 tot 60 minuten. Het paar is de hoofdacteur, de arts presenteert de therapieopties, bewaakt de veiligheid van de therapie, optimaliseert de behandeling. Het paar “laat het niet over zich heengaan”, maar is actief betrokken. De nadruk wordt gelegd op de gemeenschappelijke vruchtbaarheid van het paar: niemand is de “schuldige”, maar de gemeenschappelijke vruchtbaarheid staat op de voorgrond en wordt zoveel mogelijk verbeterd.

De FertilityCare-docentes ter plaatse hebben een sleutelrol bij het begeleiden van de stellen. Ze zien de paren regelmatig en zijn voor velen een belangrijk aanspreekpunt. Ze kennen de therapie en hebben veel ervaring met kinderloze stellen.

De opleiding van de docentes, een eenjarig programma, omvat ook psychologische, pedagogische, ethische en spirituele elementen. “Misschien krijgen we geen kind”, vatte een patiënte (inmiddels moeder) samen, “maar we hebben door deze behandeling elkaar teruggevonden”. Tijdens de cursus leren de paren van de docente de cyclus van de vrouw te begrijpen, ze ervaren bemoediging en een open oor bij de ups en downs van de therapie.

Het paar is samen op reis naar een gemeenschappelijk doel. Onderwerpen als seksualiteit en intimiteit zijn een elementair deel van de gesprekken. Paren worden aangemoedigd hun intimiteit niet “na de klok” te beleven, maar hun intimiteit als een uiting van hun liefde voor elkaar steeds opnieuw te ontdekken. Voor veel stellen is dit, na jarenlang focuseren op een paar dagen, soms uren per maand, een echte opluchting.

Als de kans op zwangerschap van een paar onvoldoende lijkt te zijn, is het belangrijk om over andere vormen van vruchtbaarheid te praten. Voor sommigen kan een adoptieproces een optie zijn, voor anderen het accepteren van een pleegkind of vrijwilligerswerk in liefdadigheidsorganisaties. De open discussie met het paar maakt deel uit van het overleg met de arts en de gesprekken met de docente.

## **En tot slot...**

De therapie in de FertilityCare-kliniek zou een “ovulatie-inductie-plus-methode” genoemd kunnen worden: de oorzaken van de ongewenste kinderloosheid worden gestructureerd en consequent ontdekt en met moderne protocollen voor medicamenteuze en chirurgische therapie behandelt. Het doel is om de vruchtbaarheid van het paar te herstellen. Alle zwangerschappen komen voort uit natuurlijke concepties. In geen geval wordt in het conceptieproces ingegrepen.

De focus ligt op het paar met zijn individuele medische, psychologische, sociale en spirituele vragen, behoeften en kansen.

De FertilityCare docente werkt nauw samen met de medische zorg en geeft de stellen niet alleen inzicht in de cyclus, maar ondersteunt hen ook op dit pad. FertilityCare, zorgdragen voor de vruchtbaarheid, is niet alleen de naam, maar ook de basishouding van alle medewerkers. Vruchtbaarheid hoort bij de mens, het is een gave en tegelijkertijd een opgave.

**We spelen niet God, we maken geen kinderen. Maar we stellen paren in staat om ouders te worden.**

dr. Susanne van der Velden  
gynaecoloog  
FertilityCare-kliniek  
Karl-Leisner Klinikum Kleve / Duitsland  
[fertilitycare@kkle.de](mailto:fertilitycare@kkle.de)  
[www.kkle.de/fertilitycare-klinik](http://www.kkle.de/fertilitycare-klinik)  
[www.fertilitycare.nl](http://www.fertilitycare.nl)