

Kunstmatige inseminatie

DR. L. I. SWAAB

Dames en Heren,

Het uitblijven van kinderen in het huwelijk wordt door de meeste echt)paren als een essentieel gemis in het leven beschouwd. Gelukkig beschikt de medicus tegenwoordig over enkele methoden om de kinderloosheid op te heffen.

De kunstmatige inseminatie (afgekort KI) komt bij steriliteit van een huwelijk slechts zelden in aanmerking en is — technisch gezien — een eenvoudige ingreep. Toch is een aparte bespreking gewettigd. De methode wordt in de gangbare leerboeken slechts summier besproken, de indicatie wordt nogal eens ten onrechte gesteld en er komt een groot aantal problemen bij voor, die buiten het dagelijkse terrein van de arts liggen.

Men dient twee vormen van KI te onderscheiden, omdat zij onderling volkomen verschillen wat hun problematiek betreft, en wel: (a) de homologe inseminatie, (b) de heterologe = donor-inseminatie (afgekort KID).

Homologe inseminatie

Het semen van de echtgenoot wordt kunstmatig bij de vrouw ingebracht. Uit deze omschrijving volgt al dat de ingreep vooral in aanmerking zal komen wanneer coitus niet mogelijk is.

1. De man was 30 jaar, de vrouw 28 jaar; 4 jaar getrouwd, beiden gezond. Gemeenschap was nooit mogelijk geweest, ook niet toen een jaar na het trouwen een „vaginisme-operatie” was geschied. De erectie bij de man was steeds onvoldoende en duurde kort zodat immissio ontbrak en de ejaculatie alleen buiten de vagina optrad. Het echtpaar had begrepen dat dit de oorzaak van de steriliteit moest zijn. De man vond dat hij in diverse opzichten tegenover zijn vrouw „te kort schoot” en vroeg KI, om haar althans het moederschap mogelijk te maken.

Vóór zijn huwelijk had de man geen verhoudingen gehad. Ejaculatie was wel opgetreden na masturbatie en bij seksuele fantasieën in half dromende toestand.

Allereerst moet worden opgemerkt dat de vrouw ten onrechte was geopereerd. Van vaginisme was geen sprake. Zelfs indien deze afwijking bestaat, is het trouwens bijna altijd onjuist de spieren rondom de vulva door te snijden. Vaginisme berust namelijk niet op een anatomische afwijking („te nauw geschapen zijn” van de vrouw), maar op remmingen in het ge-

voelsleven. Eenvoudige ontspanningsoefeningen brengen meestal genezing en bij dieper liggende conflicten is allereerst een intensieve psychotherapie geïndiceerd.

Het lijkt eigenlijk zó volkomen logisch bij impotentie KI te verrichten dat het echtpaar meestal zelf op het idee komt, zoals ook in dit geval. Zij gaan dan naar de arts in de verwachting dat deze zonder meer aan hun verzoek zal voldoen. Een ernstige waarschuwing is hier echter op zijn plaats.

De impotentie is (evenals het vaginisme) psychogeen en een uiting van een min of meer ernstige relatiestoornis tussen de beide echtgenoten. Daarom moet de arts er reeds a priori aan twijfelen of hij wel gerechtigd is dit echtpaar via KI de mogelijkheid tot het krijgen van kinderen te geven. Met klem zou ik er op willen wijzen dat in deze gevallen het advies van een seksuologisch geschoolde psychiater noodzakelijk is. Deze specialist zal allereerst dienen vast te stellen of psychotherapie van de (neurotische) echtgenoot (echtgenoten) effectief zal zijn, en — zo niet — of het huwelijk stabiel genoeg lijkt om het door KI verwekte kind in een prettige omgeving te laten opgroeien. Bij impotentie lijkt de indicatie voor KI eenvoudig doch deze is in wezen zeer moeilijk.

KI komt bij andere afwijkingen slechts zelden in aanmerking. Men heeft wel getracht bij matige oligozoöpermie succes te verkrijgen door het semen te centrifugeren en het sediment bij de vrouw in te brengen, maar de vruchtbaarheid van de spermatozoën gaat door deze kunstbewerking duidelijk achteruit.

Homologe inseminatie wordt verder wel eens verricht bij een ejaculatie in de blaas (= retrospermie) en bij een „cervical hostility”, die resistent is tegen iedere therapie. In het laatste geval moet het semen diep worden ingebracht (bv. intra-uterien) met infectie van de vrouwelijke genitalia als risico.

Het spreekt vanzelf dat KI geen zin heeft als „ultimum refugium”, indien bij een uitgebreid steriliteitsonderzoek geen enkele afwijking werd gevonden. Kunstmatig ingebracht is het semen immers niet vruchtbaarder dan bij de natuurlijke coitus.

Donor-inseminatie (= KID)

Deze ingreep komt in aanmerking bij een volledige steriliteit van de man. Op verzoek van het echtpaar wordt bij de vrouw het semen van een donor ingebracht, waarna hun kinderwens kan worden vervuld. De echtgenoot is dan — althans biologisch gezien — niet de vader van het donor-kind. Men mag echter

niet vergeten dat de man onvruchtbaar is en zelf nooit kinderen zal kunnen verwekken.

Het vóór-onderzoek. Evenals bij de homologe inseminatie dient men over voldoende informatie te beschikken betreffende bepaalde somatische én psychische factoren bij het echtpaar vóór men met de KID begint.

Het onderzoek van de man moet zijn afgerond zodat vaststaat dat zijn onvruchtbaarheid niet te genezen is en dat hij geen kinderen kan verwekken.

De meeste onderzoekers menen dat ook de vrouw volledig moet worden onderzocht (inclusief salpingografie) om de prognose wat het succes van de ingreep betreft zo zuiver mogelijk te kunnen stellen. Hiermee ben ik het volkomen eens.

De meest voorkomende *indicatie* voor een KID is een azoöspermie door het ontbreken van zaadepitheel. De diagnose is eenvoudig wanneer de testes atrofisch zijn zoals bij cryptorchisme, het syndroom van Klinefelter of na een orchitis beiderzijds. Bij normale grootte van de testes zal meestal een testisbiopsie nodig zijn om andere — voor therapie wél toegankelijke — oorzaken van azoöspermie uit te sluiten, zoals beiderzijds een blokkade in de epididymis na epididymitis.

Bij extreme oligozoöspermie met slechts sporadisch een zaadcel in het semen, is eigenlijk eveneens voldaan aan de voorwaarde van een ongeneeslijke en absolute steriliteit.

Een samenklontering (= agglutinatie) van de spermatozoa is pas sedert enkele jaren als oorzaak voor onvruchtbaarheid onderkend. Gewoonlijk wordt aangegeven dat de man steriel is indien de titer van de agglutininen in zijn serum minstens 1:1024 bedraagt. Doch ook deze grens is niet absoluut.

2. Mevrouw A is 25 jaar; er bestaat 2 jaar primaire steriliteit. Agglutininen bij de man zijn positief bij 1:1024. Het echtpaar werd verwezen voor donorinseminatie, doch kreeg de raad nog minstens 2 jaar te wachten. Acht maanden later was de vrouw (zonder KID) in verwachting; zwangerschap en baring verliepen zonder complicaties.

Genetische afwijkingen of incompatibiliteiten (bv. een rhesus-antagonisme) zijn slechts zelden een reden om KID te verrichten.

De KID kan wel geïndiceerd zijn indien het ejaculaat totaal ontbreekt. Deze afwijking kan het gevolg zijn van een vroegere tuberculose van de genitalia en komt ook voor (met intacte coitus) als bv. na een ernstig verkeerstrauma, een dwarslaesie van het ruggemerg is ontstaan.

Het zal u zijn opgevallen dat in deze lijst enkele van de droevigste gevallen van steriliteit voorkomen. Voor vele van deze echtparen komt het bericht dat zij geen kinderen kunnen krijgen volkomen onverwacht en inderdaad als een donderslag bij heldere hemel. Het is de plicht van de medicus deze patiënten ook daarna te begeleiden tijdens het verwerken van hun levensproblemen om zoveel mogelijk het optreden van een ernstig psychotrauma te voorkómen. Helaas wordt dit

maar al te vaak verzuimd, vooral indien man en vrouw door verschillende specialisten werden onderzocht. Het onderzoek verloopt dan dikwijls als volgt.

Na een bezoek van de vrouw aan de gynaecoloog wordt haar echtgenoot naar een andere specialist verwezen. De diagnose is gewoonlijk snel gesteld (atrofie van de testes). Het bezoek aan beide specialisten duurt kort en geen van de twee voelt zich geroepen, het echtpaar verder in hun moeilijkheden bij te staan; de patiënten missen een vertrouwde deskundige met wie zij hun specifieke steriliteitsproblemen kunnen doorpraten. Het gevaar dreigt dat deze patiënten te veel aan hun lot worden overgelaten, vooral indien de specialisten verzuimen de huisarts bij de verdere begeleiding actief in te schakelen.

Ten minste even belangrijk als het steriliteitsonderzoek is de *psychische selectie* van het echtpaar.

Man en vrouw dienen evenwichtige mensen te zijn met een grote wens naar kinderen en met een stabiel huwelijk. Verdere voorwaarden zijn dat het psychotrauma van de steriliteit door hen voldoende is verwerkt en dat beiden geen enkel (rationeel of irrationeel) bezwaar hebben tegen de KID als zodanig.

3. Een jong en sympathiek echtpaar werd na 4 jaar primaire huwelijkssteriliteit verwezen. Twee jaar tevoren was azoöspermie gevonden, waarna absolute steriliteit mede door een testisbiopsie werd aangetoond. Reeds gedurende dit onderzoek had de man als eerste de mogelijkheid van een KID geopperd en met zijn vrouw besproken. De echtgenote had (na een aanvankelijke aarzeling) de KID eveneens volkomen geaccepteerd, ook omdat „het initiatief van mijn man uitging en ik voelde dat hij er geheel achter stond”.

Zij waren bijzonder lief samen en ook uit de wijze waarop zij naar elkaar keken en hun woorden aanvulden bleek hun warme genegenheid. De vrouw had haar man nooit enig verwijt gemaakt. Beiden hadden geen geloof en het bespreken van de bezwaren van de zijde van de kerken kon achterwege worden gelaten. Kinderen van burens en familieleden holden het huis in en uit, en — volgens de vrouw — was „Oom Piet” hun beste speelkameraad.

De arts die de azoöspermie had ontdekt, had inder tijd de man nogal bruusk verteld dat hij geen kinderen kon verwekken en na dit consult was hij dan ook volkomen van streek thuisgekomen. De vrouw had hem liefdevol opgevangen. „Voel je toch niet schuldig”, had zij gezegd; „het had ook aan mij kunnen liggen”. Helaas had zij in een eerste impuls en „om hem te sparen” één en ander met haar moeder besproken, met wie zij — evenals haar man — goed contact onderhield. Verder was niemand op de hoogte.

Het leek onwaarschijnlijk dat de moeder een verhaaltje over een nieuwe therapie zou geloven. De man was overtuigd dat zij hun geheim goed bewaard had. Hij mocht zijn schoonmoeder bijzonder graag: zij was — volgens hem — een lieve en verstandige vrouw. Zijn schoonvader was gestorven, zijn vrouw was enig kind en de moeder leefde vrij geïsoleerd. Bij dit echt-

paar leek de kans op verdere verspreiding van het geheim uiterst gering. Het donorkind zou — ook biologisch — het kleinkind worden van de ingewijde persoon en nog wel haar eerste kleinkind! Tenslotte werd tot KID besloten. Het kind werd met grote vreugde ontvangen en sedert enkele maanden is tot ieders blijdschap een tweede kind „onderweg”.

Het is ongetwijfeld ideaal indien niemand in de familie weet dat de man onvruchtbaar is. De geheimhouding is dan het meest effectief, hetgeen ook voor het toekomstige kind van belang is. Het feit dat iemand wel op de hoogte is, beschouw ik echter niet altijd als een contra-indicatie. De beslissing is afhankelijk van personen en omstandigheden en ieder geval moet mijns inziens op zich zelf bekeken worden.

Meestal wordt het verzoek tot donor-inseminatie gedaan door evenwichtige, goed gemotiveerde mensen en na rijp beraad. De gynaecoloog is dan volkomen in staat zelf de psychische selectie uit te voeren, waarbij inlichtingen van de huisarts veel gewicht in de schaal leggen, vooral indien hij het echtpaar al lange tijd goed kent. Een mede-beoordeling door andere specialisten (seksuoloog-psychiater) is zelden nodig. De beslissing bij de KID is dus meestal eenvoudiger dan bij een homologe inseminatie wegens impotentie. In het laatste geval immers heeft ten minste één van de huwelijkspartners (de man) een afwijkende psychische structuur, zodat de gynaecoloog (zonder psychiatrische training) geen goed gefundeerd oordeel kan geven.

4. Deze casus geeft de gelegenheid, nog op enkele belangrijke details te wijzen. Een echtpaar werd voor KID verwezen na een primaire steriliteit van 4 jaar, berustend op insufficiënt sperma (10-13 miljoen spermatozoën per ml, met matige beweeglijkheid en abnormale vorm van de zaadcellen). De man was altijd gezond geweest. De gynaecoloog vond — ook na salpingografie — geen enkele afwijking bij de vrouw. De man stelde KID voor. De gynaecoloog had daarna alle punten van de psychische selectie nauwgezet met hen doorgenomen en beide echtgenoten waren volgens hem en volgens de huisarts volkomen geschikt voor donor-inseminatie.

Het echtpaar was dan ook diep teleurgesteld toen zij bemerkten dat ik met de indicatie desondanks niet onmiddellijk akkoord wilde gaan. Het aantal spermatozoën was wel iets te gering, maar het semen in zijn totaliteit was niet uitgesproken slecht. De vruchtbaarheid was zeker verminderd maar er bestond geen absolute steriliteit. Weliswaar kan men bij deze gevallen met KID niet eindeloos wachten, maar anderszinds was het lang niet onmogelijk dat dit echtpaar te eniger tijd nog eens eigen kinderen zou krijgen. Dit maakt de beslissing bij een matige oligozoospermie moeilijk.

Een lang gesprek volgde om het één en ander voor hen aannemelijk te maken. Daardoor kwam ik er pas aan het eind van het consult toe de man te vragen of

er — behalve de sperma-analysen — ook een lichamenlijk onderzoek bij hem had plaatsgevonden. Tot mijn grote verbazing was dit niet gebeurd! Links in het scrotum werd een groot kluwen spataderen gevonden. De varicokèle kan — zoals ik in een vorige klinische les uiteenzette — de afwijkingen in het sperma volkomen verklaren. Een uroloog verrichtte een hoge onderbinding van de linker vena spermatica en vier maanden na de operatie was de vrouw in verwachting (zonder KID).

Een kleine omissie bij het overigens zo nauwgezette vooronderzoek had er toe geleid dat men tot volkomen foute conclusies was gekomen.

Verdere opmerkingen

De voorbereidingen tot de KID zijn ingewikkeld, de eigenlijke toepassing is eenvoudig.

De vruchtbare periode wordt berekend op geleide van menstruatiedata en temperatuurlijst. De inseminatie geschiedt bij optimale kwaliteit van het vocht in de cervix (varentest goed positief e.d.). Het semen wordt ingebracht op (of even in) het ostium uteri externum en dus niet dieper dan bij de coitus.

De literatuur geeft aan dat KID succes heeft bij 60-65% van de vrouwen. Volgens mijn ervaring komt zelfs 75% van de vruchtbare vrouwen in verwachting indien de behandeling niet vroegtijdig wordt onderbroken (resultaten van ruim 500 gevallen uit mijn praktijk te Amsterdam zullen te zijner tijd nog worden medegedeeld).

Juridische moeilijkheden zijn in ons land niet te verwachten. Volgens de Nederlandse wet heeft een kind dat tijdens het huwelijk geboren wordt, de echtgenoot tot vader. Steriliteit van de man geldt niet als uitzondering. Volgens juristen is er evenmin sprake van „verduistering van staat” doordat de man wettelijk de vader is.

Vele echtparen zouden gaarne een baby willen aannemen. Adoptie van een Nederlands kind is echter vrijwel onmogelijk geworden, nu de ongehuwde moeder haar niet-gewenste zwangerschap zoveel gemakkelijker via een abortus kan laten termineren. (Het aannemen van een buitenlands pleegkind is moeilijk en alleen weggelegd voor enkele, financieel draagkrachtige, personen.) Donor-inseminatie is voor deze steriele huwelijken eigenlijk de enige mogelijkheid om tot gezinsvorming te komen.

De opvattingen van de Nederlandse medici betreffende de KID zijn vooral in het laatste decennium sterk gewijzigd, zodat enkele historische opmerkingen niet mogen ontbreken.

Toen ik ruim twintig jaar geleden (1951) met KID begon, wezen verreweg de meeste artsen de ingreep volkomen af. De commissie die in 1959 door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst werd benoemd, veroordeelde de KID eveneens scherp en gaf zelfs in overweging de methode voortaan te verbieden.

Ook de gynaecologen in ons land bleken bij een

enquête in 1960 sterk tegen de KID gekant te zijn (199 tegenstanders van de 213 = 93%!!). Tien jaar later (1970) werd hun opinie opnieuw gepeild met behulp van een vragenlijst die door de Universiteitskliniek in Leiden was opgesteld. Het aantal voorstanders (123) overtrof toen het aantal tegenstanders (88). (Tevens mijn dank aan Drs. G. STAFLEU van de afdeling Klinische Psychologie te Leiden voor de statistische bewerking.) De voorstanders waren talrijker ($P < 0,05$) onder de niet-kerkelijke (51 van de 73 = 70%) dan onder de kerkelijke gynaecologen (72 van de 136 = 53%). Eén jaar tevoren was hetzelfde formulier beantwoord door 172 medische studenten in Leiden tijdens hun doctoraal examen. De jongere generatie bleek de methode volkomen te hebben geaccepteerd; slechts 6 verwierpen de KID.

Ook andere tekenen wijzen er op dat de donorinseminatie meer en meer wordt gezien als een volkomen verantwoorde methode om kinderloosheid in het huwelijk te bestrijden.

Dit is verheugend. Na een geslaagde inseminatie zal het echtpaar de toekomst weer met blijdschap tegemoet zien, als zij ondanks hun steriliteit toch een gezin gaan vormen. De kinderen worden met vreugde begroet, volkomen in het huwelijk geïntegreerd en met grote liefde omgeven.

De KID is een belangrijke bijdrage tot het levensgeluk van onze patiënten.

Rijksuniversiteit Leiden, augustus 1972