



Inhoudstafel

| | |
|---|----|
| 1. Doel van de informatie..... | 1 |
| 2. Hoe gaan we te werk? | 2 |
| 2.1. De eerste raadpleging..... | 2 |
| 2.2. De diagnostische fase..... | 2 |
| 2.3. De besprekingsraadpleging en intakegesprek..... | 2 |
| 2.4. De behandelfase..... | 3 |
| 3. Verminderde mannelijke vruchtbaarheid | 3 |
| 3.1. Oorzaken | 3 |
| 3.2. Onderzoeken | 4 |
| 4. Verminderde vrouwelijke vruchtbaarheid..... | 5 |
| 4.1. Oorzaken | 5 |
| 4.2. Onderzoeken | 6 |
| 5. Vruchtbaarheidsbehandelingen | 6 |
| 5.1. Fertiliteitchirurgie..... | 6 |
| 5.2. Hormonale stimulatie van de eierstok..... | 7 |
| 5.3. Hoge intra-uteriene inseminatie | 7 |
| 5.4. In-vitrofertilisatie of injectiebevruchting | 8 |
| Stap 1: de hormonale stimulatie | 8 |
| Stap 2: de eicelaspieratie en de spermaverwerking..... | 9 |
| Stap 3: de inseminatie en cultuur van de embryo's..... | 9 |
| Stap 4: het inbrengen van de embryo's (embryotransfer) | 10 |
| Stap 5: de nabehandeling. Of wat na de embryotransfer? | 10 |
| Stap 6: invriezen van overtallige embryo's? | 11 |
| 6. Teelbalbiopsie of TESE (Testiculaire Sperma-Extractie)..... | 12 |
| 7. Donatie van zaadcellen en eicellen | 12 |
| 7.1. Zaadcellen van een donor | 12 |
| 7.2. Eicellen van een donor | 12 |
| 8. Social freezing of electieve egg freezing | 13 |
| 9. Oncofreezing of behoud van vruchtbaarheid na kankerbehandeling | 13 |
| 10. Medicatie (hormonen) gebruikt tijdens de behandelingen..... | 14 |
| 10.1. Anti-oestrogenen zoals Clomid®, en Letrozole®..... | 14 |
| 10.2. Gonadotrofines | 14 |
| 10.3. Humaan chorionisch gonadotrofine of HCG (Pregnyl®, Ovitrelle®)..... | 14 |
| 10.4. Dopamine-agonisten (Parlodel®, Dostinex®, Sostilar®)..... | 14 |
| 11. Psychologische ondersteuning..... | 14 |

1. Doel van de informatie

Zowat 85 % van de koppels is na een jaar onbeschermd betrekkingen spontaan zwanger. Nog eens 7,5 % is dat na twee jaar. Bij de overige blijft een spontane zwangerschap ook na twee jaar uit. Na zoveel vergeefse pogingen, na vele maanden van telkens weer nieuwe hoop en teleurstelling, blijft hun kinderwens een ijdele hoop.

Als die mensen in een vruchtbaarheidscentrum terecht komen, zitten ze met heel veel vragen. Deze brochure kan voor hen een leidraad zijn, een houvast, een aanvulling op de informatie die ze krijgen tijdens de raadplegingen.

Toch vinden artsen niet voor elk probleem een pasklare oplossing. Voor sommige paren blijft de behandeling falen, blijft zwangerschap ook na herhaalde behandelingspogingen uit. Het is goed om met die mogelijkheid van in het begin rekening te houden, zodat de verwachtingen en de eventuele teleurstelling niet te groot zijn.

In ieder geval staat het team van het Meldaziekenhuis en het Universitair Ziekenhuis Leuven garant voor een kwaliteitsvolle benadering van het vruchtbaarheidsprobleem in al haar facetten.

1. Hoe gaan we te werk?

Op welk moment mensen met vruchtbaarheidsproblemen de stap zetten naar een vruchtbaarheidscentrum verschilt van paar tot paar. In het Meldaziekenhuis kunnen ze op elk moment terecht, zowel op eigen initiatief, als na verwijzing van de huisarts, gynaecoloog, androloog of van een samenwerkend fertiliteitcentrum.

1.1. De eerste raadpleging

Deze raadpleging met de behandelende gynaecoloog biedt ruimte voor een uitgebreid gesprek en een lichamelijk onderzoek. Als er voordien reeds onderzoeken en/of behandelingen gebeurd zijn, wordt aangeraden dat de patiënte zelf een kopie van alle bestaande informatie (verslagen, evt. kopie van dossier) meebrengt naar deze eerste raadpleging.

1.2. De diagnostische fase

Tijdens deze fase, die twee tot drie maanden in beslag kan nemen, gebeuren de onderzoeken die nodig zijn bij man en vrouw.

1.3. De besprekingsraadpleging en intakegesprek

Hier worden de onderzoeksresultaten met uw gynaecoloog besproken om tot een gezamenlijke beslissing te komen i.v.m. een eventuele behandeling.

Indien er beslist wordt om een behandeling op te starten zal er een intakegesprek gepland worden bij de vroedvrouw.

1.4. De behandelfase

Als de kans op een spontane zwangerschap erg groot is, kan in sommige gevallen een afwachtende houding worden aangenomen (van 6 maanden tot 1 jaar). Dit gebeurt vooral als de vrouw nog jong is en als er geen oorzaken van verminderde vruchtbaarheid worden gevonden. Soms wordt ook afgewacht na een heelkundige behandeling waarbij een belangrijke oorzaak van onvruchtbaarheid wordt weggenomen, bijvoorbeeld een ingreep om endometriose en/of bekkenvergroeiingen te verwijderen, of een hersteloperatie na sterilisatie bij man of vrouw. In andere gevallen wordt een stimulatie van de eisprong, inseminatie, IVF of ICSI voorgesteld.

- Stimulatie van de eisprong en inseminatie worden in het Imeldaziekenhuis uitgevoerd.
- IVF- en ICSI-behandelingen alsook donor inseminaties gebeuren in samenwerking met het UZ Leuven.

2. Verminderde mannelijke vruchtbaarheid

2.1. Oorzaken

Wanneer een zwangerschap uitblijft, ligt de oorzaak daarvan in ongeveer de helft van de gevallen bij de man. Heel wat factoren kunnen de vruchtbaarheid van mannen beïnvloeden. Sommigen verstoren de zaadproductie, anderen het zaadtransport.

Factoren die het zaadtransport in het gedrang kunnen brengen:

- Erectiestoornissen
- Vroegtijdige zaadlozing
- Retrograde zaadlozing (zaad wordt niet naar buiten geloosd, maar komt in de blaas van de man terecht)
- Obstructie van de zaadafvoerwegen

Factoren die de zaadproductie kunnen verstoren:

- Hormonale stoornissen
- Infectie of ontsteking van de teelballen
- Littekenweefsel
- Een verdraaiing (torsie) van de teelballen
- Niet-ingedaalde teelballen of andere afwijkende posities
- Genetische afwijkingen

Omgevingsfactoren en leefstijl:

- Geneesmiddelen: bijvoorbeeld chemotherapie en radiotherapie in de behandeling van kanker
- Pesticiden en chemicaliën (bijvoorbeeld beroepsmatig)
- Roken
- Druggebruik
- Alcoholmisbruik
- Lichaamsgewicht
- Leeftijd

Toch is het belangrijk te melden dat in minstens de helft van de gevallen geen goede medische verklaring kan worden gevonden voor verminderde vruchtbaarheid bij de man.

2.2. Onderzoeken

- Een uitgebreid vraaggesprek met bespreking van alle aspecten en gebeurtenissen in het leven die van belang kunnen zijn voor de vruchtbaarheid van de man.
- Het onderzoek van sperma staat centraal in het onderzoek van mannelijke vruchtbaarheidsproblemen. Het is een relatief eenvoudig onderzoek met vooral aandacht voor het volume van het spermastaal, de beweeglijkheid van de zaadcellen, hun aantal en hun vorm.

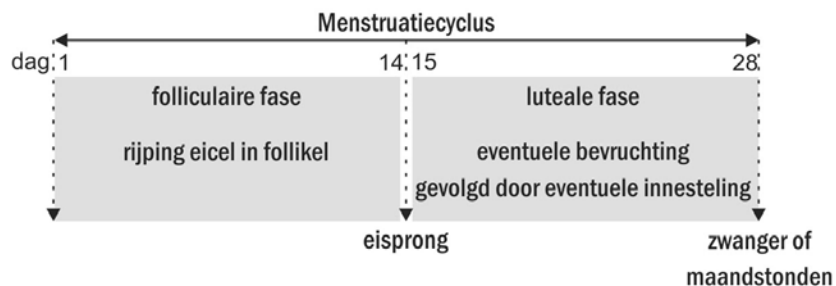


- Een lichamelijk en eventueel echografisch onderzoek van de geslachtsorganen.
- Een bloedonderzoek (hormonenspiegels, aanwezigheid van bepaalde infectieziekten en/of bepaalde afwijkingen van het erfelijk materiaal die de mannelijke vruchtbaarheid kunnen verstoren).

3. Verminderde vrouwelijke vruchtbaarheid

3.1. Oorzaken

Ook bij vrouwen kunnen uiteenlopende problemen aan de basis liggen van vruchtbaarheidsproblemen. De menstruele cyclus is een complex gebeuren en op verschillende plaatsen kan er iets verkeerd lopen.



- Hormonale stoornissen zoals anovulatie (uitblijven van de eisprong) of luteale insufficiëntie (de fase waarin het baarmoederslijmvlies zich voorbereidt op de innesteling van het embryo loopt fout)
- Obstructie of een gestoorde trilhaarfunctie in de eileider
- Vergroeiingen in de buikholte
- Een myoom/fibroom (vleesboom) of een ontsteking van het baarmoederslijmvlies waardoor de innesteling van een embryo niet lukt
- Defecten ter hoogte van de baarmoederhals (moeilijke doorgang zaadcellen)

Omgevingsfactoren en leefstijl:

- Geneesmiddelen: bijvoorbeeld chemotherapie en radiotherapie in de behandeling van kanker
- Pesticiden en chemicaliën (bijvoorbeeld beroepsmatig)
- Roken
- Druggebruik
- Alcoholmisbruik
- Lichaamsgewicht
- Leeftijd

3.2. Onderzoeken

Een uitgebreid vraaggesprek, een algemeen lichamelijk onderzoek en een oriënterend gynaecologisch onderzoek.

Deze onderzoeken omvatten:

- Een bloedonderzoek: screening voor infectieziekten zoals HIV, Hepatitis, bepaling van hormoonwaarden, eventuele bepaling van bloedgroep en resusfactor en een genetisch onderzoek ter opsporing van chromosomale afwijkingen of gendefecten.
- Controle van de eileiders:
 - via laparoscopie: een visuele inspectie van de verschillende organen in de buikholte a.d.h.v. een fijne kijkbuis. Deze wordt via een kleine insnede in de navel ingebracht.
 - via hyfosal (HysteroFoamSonografie): echografisch onderzoek, waarbij schuim opgespoten wordt in de eileiders via de baarmoederholte. De passage van het schuim kan echografisch vastgesteld worden.
- Controle van de baarmoeder: hysteroscopie, echografie
- Controle van het baarmoederslijmvlies: echografie (voor de dikte van het slijmvlies) of endometriumbiopsie (microscopisch onderzoek)

4. Vruchtbaarheidsbehandelingen

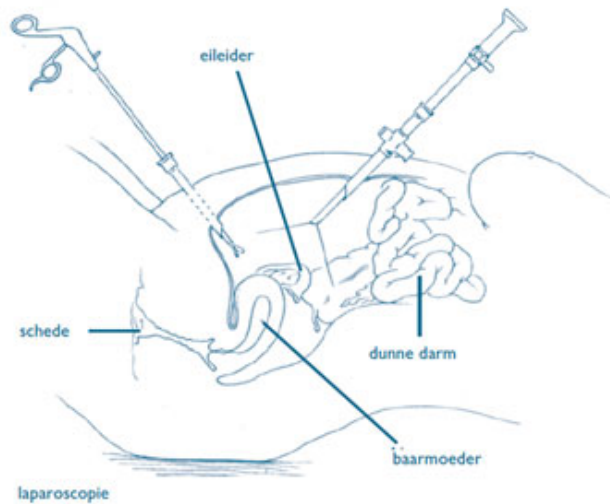
Artsen beschikken over verschillende mogelijkheden om vruchtbaarheidsproblemen te behandelen. Bij de keuze van de therapie spelen verschillende factoren een rol: de aard van het probleem en de oorzaak van de verminderde vruchtbaarheid, de leeftijd, het aantal maanden of jaren dat een paar al poogt zwanger te worden, ... Vanzelfsprekend gebeurt de keuze van de therapie altijd in overleg met het betrokken paar.

We overlopen volgende specifieke vruchtbaarheidsbehandelingen:

4.1. Fertilitatechirurgie

De arts kan een chirurgische ingreep overwegen bij vrouwen met een vruchtbaarheidsprobleem bij wie een grondige controle van de inwendige geslachtsorganen noodzakelijk is (diagnostische ingreep) en bij vrouwen met een vruchtbaarheidsprobleem door een anatomische afwijking die heelkundig kan worden hersteld (curatieve ingreep).

- Operatieve hysteroscopie: verwijderen van poliepen, vleesbomen (myomen), vergroeiingen of bindweefsel-tussenschotten in de baarmoederholte. De ingreep gebeurt in het dagziekenhuis onder algemene verdoving.
- Operatieve ingrepen in de buikholte via laparoscopie of via openbuikoperatie: voor bijvoorbeeld het verwijderen van vergroeiingen in de buikholte met of zonder afsluiting van de eileiders, voor het verwijderen van vleesbomen buiten de baarmoederholte, voor het verwijderen van eierstokcysten, voor herstel van de eileiders na sterilisatie, voor de behandeling van endometriose.



4.2. Hormonale stimulatie van de eierstok

Hormonale stimulatie van de vrouwelijke cyclus kan aangewezen zijn bij vrouwen met cyclusstoornissen of bij vruchtbaarheidsstoornissen zonder duidelijke oorzaak.

Met een hormonale behandeling kan de arts verschillende doelstellingen nastreven:

- Eén tot twee eicellen tot rijping brengen en de eisprong uitlokken, wel of niet in combinatie met inseminatie van zaadcellen;
- Meerdere eicellen tegelijk laten uitrijpen, in het kader van in vitrobehandelingen (IVF of ICSI).

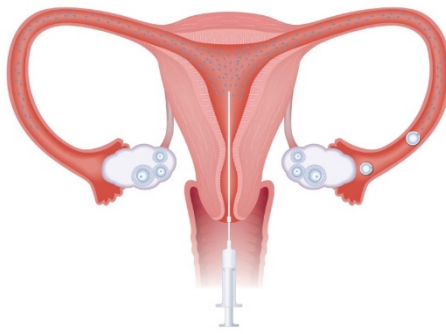
Een belangrijk risico van deze hormonale stimulatie is de kans op een meerlingzwangerschap. Mits een zorgvuldige controle tijdens de hormonale stimulatie kan het aantal rijpende eicellen nagenoeg beperkt blijven tot een, twee of drie.

Een tweede risico van hormonale stimulatie is het ovarieel hyperstimulatiesyndroom. Het kan optreden na een stimulatie met te hoge doses hormonen, maar ook na toediening van lagere doses bij gevoelige personen. Door een aangepast schema te gebruiken komt ovarieel hyperstimulatiesyndroom echter veel minder frequent voor dan vroeger.

4.3. Hoge intra-uteriene inseminatie

Hierbij wordt sperma, dat correct werd afgenomen en in het lab een gepaste voorbereiding onderging (capacitatie) op het moment van de eisprong, via een fijn buisje (katheter) hoog in de baarmoeder gebracht. De vrouw ondergaat een lichte hormonale stimulatie van de eierstok. Via echografische follikelmetingen en bloedafnames kan de eisprong – en dus het geschikte moment voor de inseminatie - precies worden bepaald.

Kunstmatige inseminatie met donorzaad (KID) biedt een oplossing bij mannelijke onvruchtbaarheid, lesbische koppels of alleenstaande vrouwen met een kinderwens.



4.4. In-vitrofertilisatie of injectiebevruchting

Een behandeling via in-vitrofertilisatie (IVF) of injectiebevruchting (ICSI), in de volksmond ook proefbuisbevruchting genoemd, verloopt in vijf opeenvolgende stappen:

Stap 1: de hormonale stimulatie

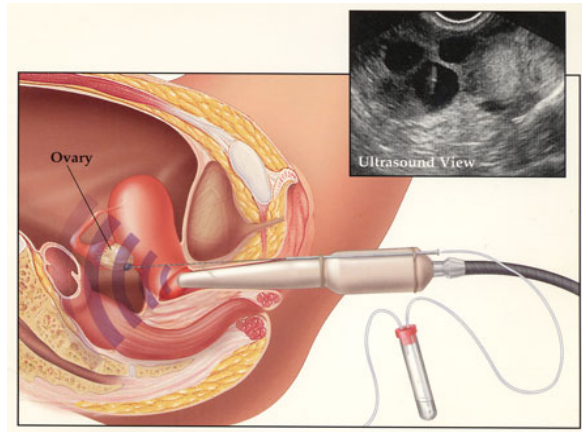
Er bestaan verschillende types van hormonale stimulatie bij IVF.

De eigenlijke stimulatie vindt plaats met onderhuidse injecties van stimulerende hormonen. Vanaf dag 6 of dag 7 vindt op regelmatige basis een echografie en/of bloedafname plaats om te zien of de follikels naar wens groeien. Op basis van bloed- en echoresultaten wordt het verdere verloop van de stimulatie uitgestippeld. Van zodra de follikels voldoende zijn gegroeid kan het eisprongsignaal worden gegeven (Ovitrelle®). De eisprong zal nu plaatsvinden na 36 tot 38 uur.



Stap 2: de eicelaspiratie en de spermaverwerking

Net voor de spontane eisprong prikt de arts de follikels één voor één aan en zuigt hij het vocht met daarin de eicel op. De embryoloog bekijkt het vocht, op zoek naar de eicel die hij samen met de omgevende cellen in een vers cultuurmedium brengt.



Diezelfde dag van de eicelaspiratie maakt de man een spermastaal aan, na twee tot vijf dagen seksuele onthouding. Het staal ondergaat een gepaste voorbereiding. De zaadcellen worden gescheiden van het zaadvocht en in cultuurmedium geplaatst gedurende enkele uren.

Stap 1 en 2 worden aangeboden in het Imeldaziekenhuis.

Stap 3: de inseminatie en cultuur van de embryo's

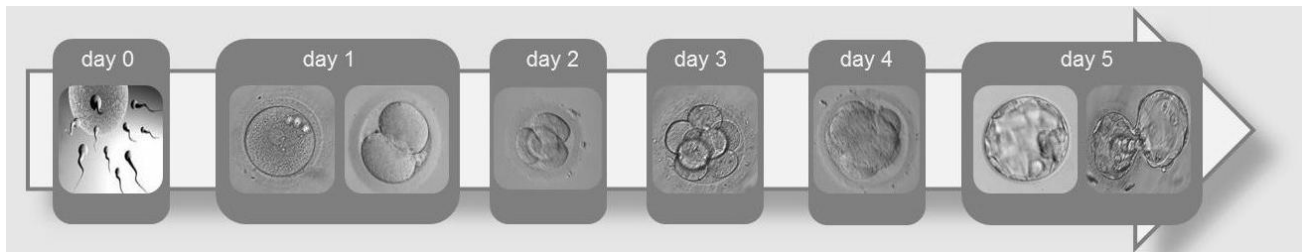
De inseminatie is het moment waarop de eicellen en de zaadcellen worden samengebracht. Een kleine hoeveelheid van het klaargemaakte spermastaal wordt toegevoegd aan het schaalpje met eicellen, waarna het geheel terug in de incubator wordt geplaatst.

Een meer gespecialiseerde vorm van IVF is ICSI of Intra Cytoplasmatische Sperma-Injectie. Bij deze injectiebevruchting wordt één spermacel via een ultrafijne naald in een eicel binnen gebracht. Deze techniek is aanbevolen bij ernstige mannelijke vruchtbaarheidsproblemen.

Zelfs mannen die zo goed als geen zaadcellen hebben in hun ejaculaat, kunnen langs deze technische omweg toch nog vader worden. Wanneer er geen zaadcellen in het ejaculatievocht te vinden zijn, is er nog een mogelijkheid om ze rechtstreeks uit de teelballen te halen via een teelbalbiopsie of testiculaire extractie (TESE) en nadien voor toekomstig gebruik in te vriezen.

Tussen de 12 en 20 uur na inseminatie zijn de 'pronuclei' (kernen) zichtbaar in de eicel als ze bevrucht is. De bevruchte eicellen worden in een vers cultuurmedium gebracht en opnieuw in de incubator geplaatst voor ongeveer 24 uur.

Het bevruchtingsresultaat wordt meegedeeld aan het betrokken paar en er worden afspraken gemaakt voor het terugplaatsen van het (de) embryo('s). De terugplaatsing kan gebeuren op dag 3 of 5 na de eicelaspiratie.



Stap 4: het inbrengen van de embryo's (embryotransfer)

Het inbrengen van de embryo's is normaal niet pijnlijk en is vergelijkbaar met de techniek die bij een inseminatie wordt gebruikt. Na keuze van de embryo's (aantal cellen, uitzicht) worden de embryo's opgezogen in een katheter, die nadien via de vagina en de baarmoederhals tot hoog in de baarmoeder wordt geschoven onder echogeleiding. Daar worden de embryo's geplaatst.

Stap 3 en 4 worden uitgevoerd in het UZ Leuven. Uw embryotransfer zal dus plaats vinden in het Leuven universitair fertiliteitscentrum (LUFC).



Stap 5: de nabehandeling. Of wat na de embryotransfer?

Na de procedure mag de vrouw haar gewone activiteiten hervatten. Zware sport of lichamelijke inspanning worden de eerste dagen afgeraden. Warme zit- of stoombaden en hete sauna's zijn eveneens afgeraden omdat die een nadelige invloed hebben op de zwangerschap.

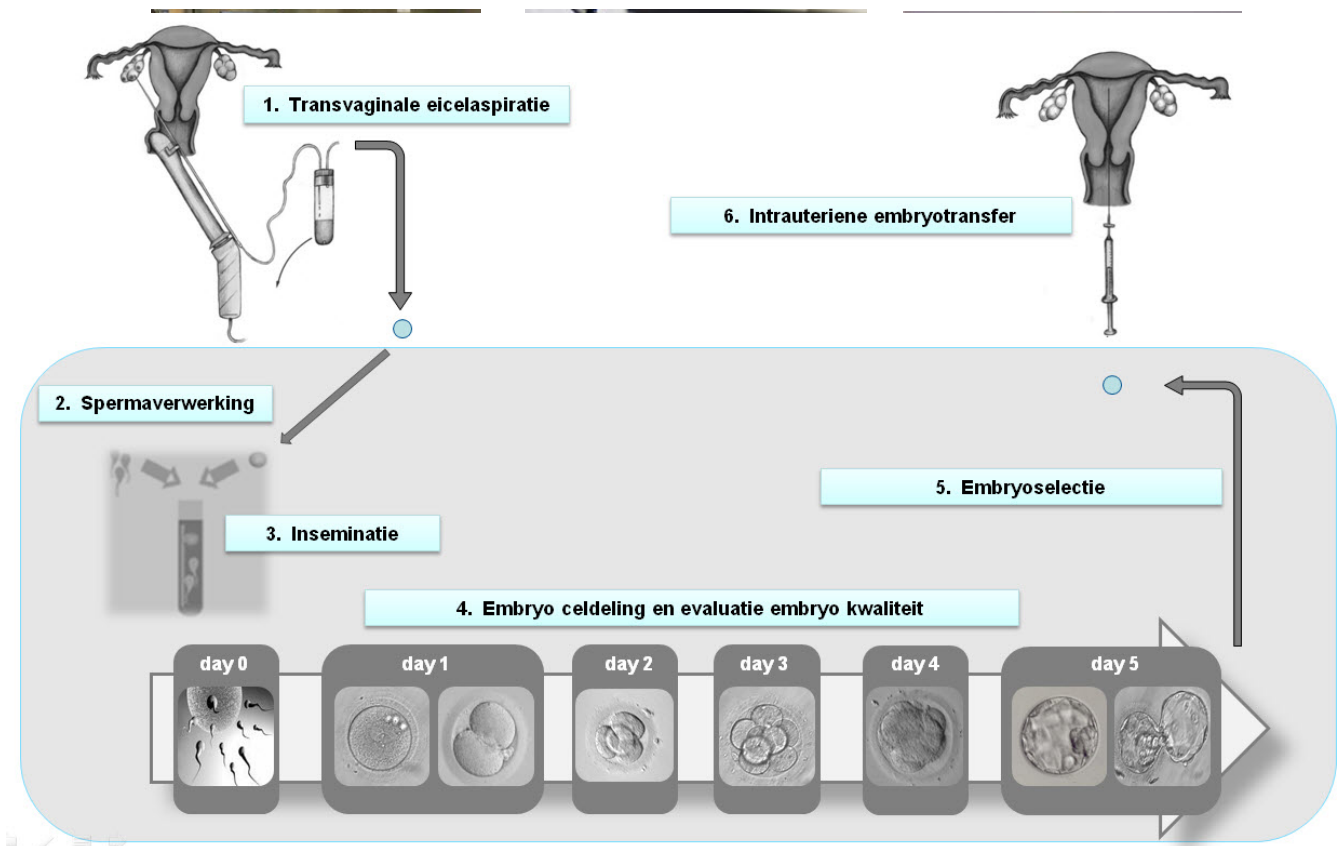
De dag van de eicelaspiratie wordt gestart met een progesteronbehandeling, om het baarmoederslijmvlies in optimale conditie te houden tijdens de tweede helft van de cyclus. Twee weken na de eicelaspiratie kan een zwangerschapstest aantonen of de embryo's zich genesteld hebben. Bij een positieve zwangerschapstest wordt de progesteronbehandeling verdergezet tot de eerste echografie.

Als de zwangerschapstest negatief is wordt de progesteronbehandeling onderbroken en wordt overlegd over het verder beleid.

Stap 6: invriezen van overtallige embryo's?

Aangezien er meestal meer eicellen worden bevrucht dan nodig zijn om terug te plaatsen en om de kans op succes te vergroten zijn er vaak embryo's over. Deze overtollige embryo's kunnen worden ingevroren en bewaard voor eventueel gebruik bij een volgende cyclus.

Stap 6 wordt uitgevoerd in het Leuvens universitair fertiliteitscentrum (LUFC).



Na elke IVF- of IVF/ICSI-behandeling volgt een bespreking met het paar over het verloop en het resultaat van de behandeling en over de plannen voor eventuele verdere pogingen.

5. Teelbalbiopsie of TESE (Testiculaire Sperma-Extractie)

Mannen bij wie geen zaadcellen in het sperma gevonden worden (azoöspermie), komen in aanmerking voor deze ingreep. Azoöspermie kan het gevolg zijn van een obstructie in of een defect aan de zaadafvoerwegen, bijvoorbeeld door een sterilisatie of het aangeboren ontbreken van zaadleiters. De oorzaak kan ook in de teelbal zelf liggen, bijvoorbeeld door de afwezigheid van cellen die zaad produceren.

Tijdens een teelbalbiopsie wordt er een kleine insnede gemaakt in de teelbal. Er worden kleine stukjes teelbalweefsel verwijderd. Het teelbalweefsel wordt op zaadcellen onderzocht door de embryoloog van het fertiliteitslab. Indien er zaadcellen gevonden worden, wordt het weefsel ingevroren met het oog op een eventuele latere deelname aan een vruchtbaarheidsbehandeling. De ingreep wordt uitgevoerd door de uroloog.

6. Donatie van zaadcellen en eicellen

Het donorprogramma verloopt in samenwerking met het LUFC.

Bij vruchtbaarheidsbehandelingen als IVF en ICSI worden vanzelfsprekend in de eerste plaats eicellen en zaadcellen van het paar zelf gebruikt. Maar er zijn uitzonderingen. Soms zijn er indicaties om eicellen of zaadcellen van een donor te gebruiken:

6.1. Zaadcellen van een donor

Wanneer de man geen zaadcellen heeft, wanneer hij drager is van een erfelijke ziekte of wanneer andere behandelingen met zijn zaadcellen faalden, kunnen zaadcellen van een donor een uitweg bieden.

Alleenstaande vrouwen en lesbische koppels kunnen eveneens gebruik maken van donorzaadcellen.

6.2. Eicellen van een donor

De belangrijkste medische indicaties zijn afwezigheid van eierstokken (aangeboren of na heilkunde), eierstokken die niet toegankelijk zijn voor eicel pick-up, vroegtijdige menopauze, een genetisch defect in de eigen eicellen, geen of miniem antwoord op hormonale stimulatie bij IVF.

Omdat eicellen afstaan minder eenvoudig is (de donor dient een hormonale stimulatie te ondergaan + eicel pick-up) dan zaadceldonatie, is er een gebrek aan eiceldonoren.

Soms wil een zus of vriendin van de vrouw eicellen afstaan en is er gekende donatie. Een andere optie is kruisdonatie.

In dat geval zoeken twee afzonderlijke paren elk een donor en gaan de eicellen van donor A naar paar B en omgekeerd, zonder dat beide paren elkaar kennen en ontmoeten. Net zoals zaadceldonoren dienen ook eiceldonoren in goede algemene gezondheid te verkeren.

7. Social freezing of elective egg freezing

Social freezing is het invriezen van onbevuchte eicellen voor niet-medische redenen met de bedoeling deze eicellen later te gebruiken om zwanger te worden. De gemiddelde leeftijd waarop vrouwen eicellen laten invriezen is 35 jaar. Bij social freezing worden de eierstokken, zoals bij een klassieke IVF-behandeling, gestimuleerd door dagelijkse injecties met follikelstimulerend hormoon. Na follikelaspiratie worden de eicellen via een gespecialiseerd transport naar UZ Leuven gebracht waar ze worden ingevroren en bewaard voor een periode van 10 jaar.

8. Oncofreezing of behoud van vruchtbaarheid na kankerbehandeling

Chemotherapie en bestraling kunnen een directe impact hebben op de vruchtbaarheid. Als dat het geval is en er is nog een zwangerschapswens in de toekomst dan zal jouw behandelende arts je verwijzen naar de raadpleging van het fertiliteitscentrum. Daar bespreken we met jou de mogelijkheden om de kans op onvruchtbaarheid te verminderen.

Bij vrouwen zijn er 4 methodes om onvruchtbaarheid door kankerbehandeling te vermijden:

1. Invriezen van embryo's
2. Invriezen van onbevuchte eicellen
3. Invriezen van eierstokweefsel
4. Het operatief verplaatsen van de eierstokken buiten het bestralingsveld

Bij mannen zijn er 2 methodes om onvruchtbaarheid door kankerbehandeling te vermijden:

1. Invriezen van spermastaal bekomen na masturbatie
2. Invriezen van zaadcellen bekomen na TESE of testisbiopsie

Als na je kankerbehandeling blijkt dat je ondanks de bestaande fertiliteitspreservatie-mogelijkheden toch onvruchtbaar bent geworden, kan je andere opties zoals spermadonatie of eiceldonatie overwegen.

9. Medicatie (hormonen) gebruikt tijdens de behandelingen

9.1. Anti-oestrogenen zoals Clomid® en Letrozole®

Ze stimuleren de vrijstelling van het follikelstimulerend hormoon (FSH). Dat laatste is essentieel voor de groei van de follikels. Deze middelen worden vooral aangewend om follikelgroei tot stand te brengen bij patiënten met een onregelmatige cyclus. Hun effect verdwijnt na het onderbreken van de behandeling.

9.2. Gonadotrofines

FSH of een combinatie van LH en FSH worden aangewend voor hormonale stimulatie bij IVF. Naast IVF of ICSI worden deze ook toegepast bij patiënten die niet zwanger worden met andere medicatie die de eierstok stimuleert, of in combinatie met inseminatie met zaadcellen. In die gevallen is het de bedoeling om één of maximum twee eicellen tot rijping te brengen.

9.3. Humaan chorionisch gonadotrofine of HCG (Pregnyl®, Ovitrelle®).

Dit hormoon zorgt voor een piek van het luteïniserend hormoon (LH) en bevordert het opstarten van de eisprong. Buiten IVF of ICSI wordt HCG toegediend om de eisprong van de rijpe eicel(len) tot stand te brengen. Deze eisprong vindt dan ongeveer plaats 38 tot 40 uur na de toediening van HCG.

In die periode wordt dan aangeraden om seksuele betrekkingen te hebben of wordt een inseminatie met zaadcellen gepland. In het kader van IVF of ICSI wordt HCG aangewend om het oppikken van eicellen voor te bereiden. Zo'n 36 uur na injectie kunnen de eicellen worden opgepikt.

9.4. Dopamine-agonisten (Parlodel®, Dostinex®, Sostilar®).

Ze worden gebruikt voor het optimaliseren en regelen van de menstruele cyclus, bijvoorbeeld bij vrouwen met een onregelmatige cyclus ten gevolge van een te hoge concentratie aan prolactine in het bloed.

10. Psychologische ondersteuning

Als u wordt opgevolgd in de fertilitetskliniek van het Imeldaziekenhuis, kan u steeds beroep doen op de fertilitetspsycholoog.

De emoties die horen bij een onvervulde zwangerschap en fertilitetsbehandelingen kunnen erg verschillend zijn. Iedere persoon en ieder koppel reageert op zijn eigen manier. De nood aan psychologische ondersteuning kan door uzelf of door een hulpverlener van de dienst fertiliteit erkend worden. In een aantal specifieke situaties is het gesprek met de fertilitetspsycholoog verplicht. De nadruk ligt bij deze gesprekken op het reflecteren over de complexiteit van de situatie en niet op het evalueren ervan.