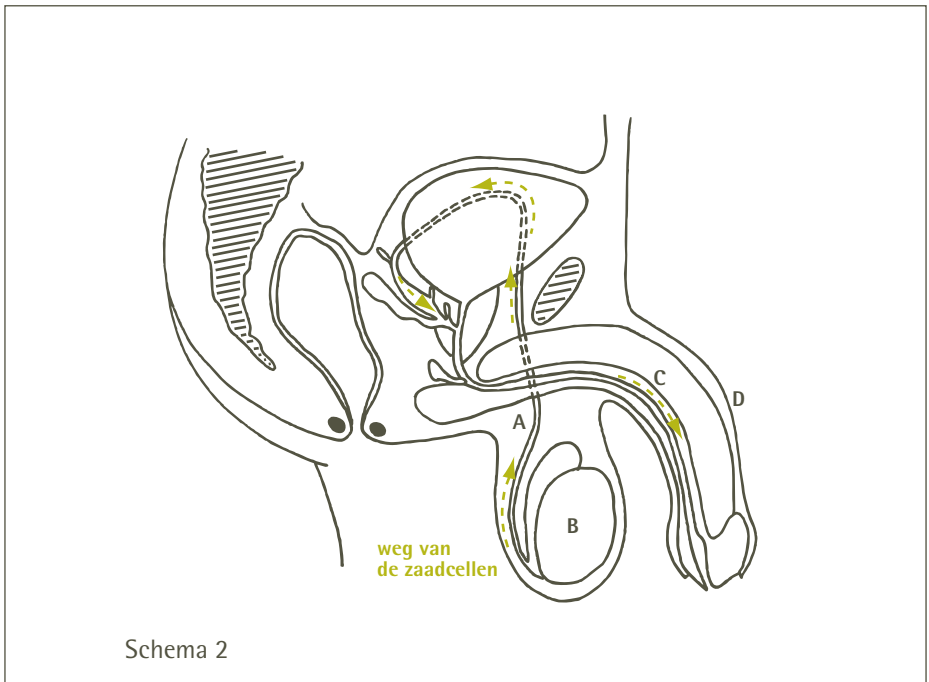
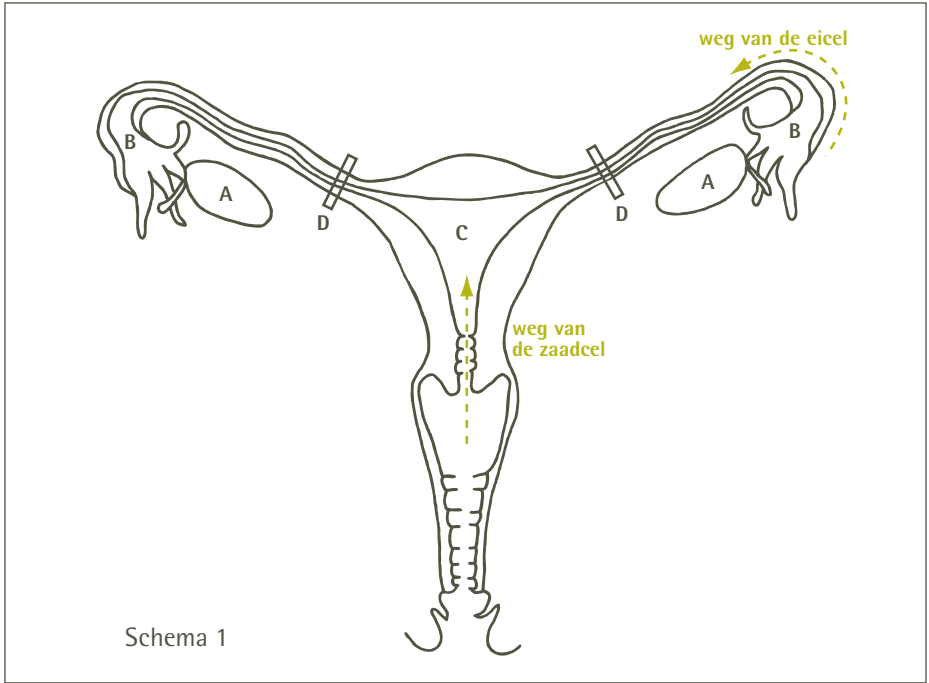




Academisch Ziekenhuis
Vrije Universiteit Brussel

VOORLICHTINGSBROCHURE
OVER HEELKUNDIGE STERILISATIE
BIJ MAN EN VROUW



Heelkundige sterilisatie is een definitieve vorm van geboortebepanking. Daarom is het voor de man of de vrouw die de ingreep ondergaat én voor het paar dat ertoe beslist, een gewichtige stap. De beslissing kan maar genomen worden na rijp beraad en op basis van goede voorlichting. Het is duidelijk dat dat in volle vrijheid moet gebeuren, zonder beïnvloeding van buitenaf.

Hoewel sterilisatie doorgaans maar een kleine ingreep vergt, moet die dus voorafgegaan worden enerzijds door een grondige bespreking met de huisarts en/of de specialist die de ingreep zal uitvoeren; anderzijds door overleg tussen de beide partners. Deze brochure wil mensen die sterilisatie overwegen juist en volledig informeren, zodat ze met voldoende kennis van zaken een beslissing kunnen nemen.

WAT IS STERILISATIE?

Bij de vrouw (zie figuur 1) is sterilisatie een ingreep die tot doel heeft de bevruchting, en dus een mogelijke zwangerschap, onmogelijk te maken.

Bevruchting is de 'versmelting' van een zaadcel met een eicel. De eicel is afkomstig uit een eierstok [A]; de versmelting met de zaadcel gebeurt meestal in het buitenste deel van de eileider [B]. Daarna verplaatst de bevruchte eicel zich naar de baarmoederholte [C], waar ze zich inplant. Om bevruchting en zwangerschap te verhinderen, worden de beide eileiders afgesloten [D], zodat de zaadcellen de eicel niet meer kunnen bereiken.

Bij de man (zie figuur 2) bestaat sterilisatie uit het afsluiten van de twee zaadleiters [A]. Daardoor zullen de zaadcellen, die in de teelballen [B] gevormd worden, niet meer afgevoerd worden in de richting van de urethra (plasbuis) [C] en de penis [D]. En dus komen ze bij seksuele gemeenschap niet meer in de vagina (schede) van de vrouw terecht.

STERILISATIE BIJ DE VROUW

De manier waarop de ingreep bij de vrouw verloopt hangt af van de omstandigheden waarin de sterilisatie wordt uitgevoerd.

Soms gebeurt dat naar aanleiding van een keizersnede, d.w.z. terwijl de buikholte toch open is (laparotomie, onder algemene verdoving). Beide eileiders worden dan ondergebonden en overgesneden, of er komen plastic klemmetjes op.

Meestal – en dat is verkieslijk – wordt de sterilisatie uitgevoerd buiten de zwangerschap om. Dan gebeurt de ingreep door middel van een laparoscopie of kijkoperatie, eveneens onder algemene verdoving. Net onder of in de navel wordt een kleine insnede van ongeveer één centimeter gemaakt, waarlangs eerst gas in de buikholte wordt gebracht, tussen de voorste buikwand en de ingewanden. Dat gebeurt om de baarmoeder en de eileiders voldoende zichtbaar en bereikbaar te maken. Daarna wordt via dezelfde kleine insnede een buisvormige kijker in de buikholte gebracht. Door die kijkbuis wordt een instrument ingevoerd waarmee de beide eileiders om beurten worden afgesloten met een plastic klemmetje (zie schema 1, [D]).

Vóór de sterilisatie

Uiteraard moeten we er vóór een sterilisatie zeker van kunnen zijn dat er geen beginnende zwangerschap bestaat. Vandaar dat je als vrouw de anticonceptie die je tot dan toe gebruikte, moet blijven gebruiken tot op het ogenblik van de sterilisatie. Zo zal je de pil blijven nemen tot daags vóór de sterilisatie of zal een spiraaltje maar weggenomen worden tijdens of na de ingreep.

Na de sterilisatie

Na de ingreep kan je een paar dagen lichte of matige pijn voelen in de onderbuik.

Ook kan je enkele dagen pijn hebben in één of beide schouders: die pijn is te wijten aan resten van het ingebrachte gas (bij laparoscopie) of lucht (bij het openen van de buikholte) die in de buikholte overgebleven zijn. De resten gas of lucht kunnen het middenrif prikkelen en daardoor pijn in één of beide schouders veroorzaken.

De arts zal je laten weten of de hechtingen van de insnede in de buikwand al dan niet achteraf, ongeveer zeven dagen na de ingreep, verwijderd moeten worden.

Na een laparoscopische sterilisatie volstaat het dat je je bezigheden voor een paar dagen beperkt tot licht huishoudelijk werk.

Na een sterilisatie door laparotomie is het raadzaam minstens een week rust te houden.

Anders dan na een sterilisatie bij de man (zie verder) kan je als vrouw seks hebben zonder verdere geboortebeperkende voorzorgen vanaf vijf à zeven dagen na de sterilisatie.

STERILISATIE BIJ DE MAN

Onder plaatselijke verdoving van de huid en de zaadstreng wordt een kleine insnede gemaakt in de balzak. Vandaaruit zijn de zaadleiders te bereiken, die allebei worden afgesloten door er een stukje uit weg te snijden en de eindjes af te binden.

Aangezien de ingreep doorgaans onder plaatselijke verdoving gebeurt, kan hij ambulantly verlopen.

Na de sterilisatie

Gedurende drie à vier dagen na de ingreep voel je een lichte of matige zwelling en pijn ter hoogte van de balzak, en ondervind je enige hinder bij het stappen. Er kan ook lokaal een blauwe plek te zien zijn.

In tegenstelling tot het effect na een sterilisatie bij de vrouw treedt bij de man onvruchtbaarheid niet onmiddellijk op: er blijven na de onderbreking van de zaadleiders nog wekenlang zaadcellen aanwezig in de zaadleiders en de zaadblaasjes.

Daarom moet je zes weken na de ingreep een spermastaaltje bezorgen in het Laboratorium Andrologie, op de tweede verdieping van het Centrum voor Reproductieve Geneeskunde, ingang 3 van de campus AZ-VUB. In principe kan je daar elke weekdag terecht van 8 uur tot 15 uur, maar best is dat je je komst vooraf even meldt, via een telefoontje op het nummer +32 (0)2 477 66 52. Voor dit onderzoek wordt een forfaitair bedrag aangerekend.

In afwachting van het bericht dat je volledig onvruchtbaar bent, moet je bij seksuele gemeenschap uiteraard de nodige geboortebepurende voorzorgen nemen.

DE VOOR- EN NADELEN VAN STERILISATIE

Als ingreep op zich levert een sterilisatie weinig risico's op. Bij de man gebeurt de ingreep altijd onder lokale verdoving: het gaat om een lichte, kortdurende, ambulante ingreep. Bij de vrouw gaat zowel de kleine heeldkundige ingreep (laparotomie) als de laparoscopische sterilisatie gepaard met een algemene verdoving en moet het – weliswaar geringe – risico daarvan in acht genomen worden. Ook de laparoscopie zelf houdt een – zij het opnieuw beperkt – risico in.

Hoe dan ook wordt in het AZ-VUB elke ingreep, ook de kleinere, voorafgegaan door een onderzoek naar mogelijke bestaande aandoeningen die tot verwickelingen aanleiding kunnen geven. En elke ingreep wordt met de grootste voorzichtigheid en zorgvuldigheid uitgevoerd.

Als methode van geboortebeperving heeft sterilisatie bij de vrouw, zoals die bij de man, het voordeel dat het de meest afdoende methode is. Ze is duidelijk effectiever dan de pil of het spiraaltje, en zeker dan het gebruik van een condoom.

Maar sterilisatie beschouwen als de methode die elke bevruchting onmogelijk maakt, dus honderd procent effectief is, is een misvatting. Zwangerschap kan nog optreden, zij het in een klein aantal gevallen, zelfs na een correct uitgevoerde sterilisatie.

Een sterilisatie wordt uitgevoerd bij mensen die geen kinderen meer willen; het definitieve karakter van de ingreep is dus een voordeel. Maar als er later om een of andere reden toch weer kinderwens zou ontstaan, dan wordt het definitieve karakter een nadeel.

Als de sterilisatie gebaseerd was op een weloverwogen beslissing en na correcte en volledige voorlichting, heeft de ingreep geen noemenswaardige nadelen. Men hoeft geen pillen meer te nemen of geen condooms meer te gebruiken... Bij veel echtparen neemt de bevrediging bij de geslachtsbetrekkingen toe.

Specifiek voor de vrouw

Als je vóór de sterilisatie een spiraaltje droeg, zal het menstrueel bloedverlies na de ingreep doorgaans minder zijn. Als je de anticonceptiepil gebruikte, zullen je maandstonden meestal de kenmerken krijgen die ze tot vóór het innemen van de pil hadden. Zo zullen ze bij veel vrouwen iets minder regelmatig zijn, en aangezien pilgebruik vaak gepaard gaat met een vermindering van het bloedverlies, zullen ze wellicht opnieuw overvloediger worden. Als ze vroeger met pijn gepaard gingen, kan het zijn dat ze weer min of meer pijnlijk worden.

Zoals gezegd is zelfs sterilisatie geen honderd procent effectieve vorm van anticonceptie. Als je maandstonden op een gegeven ogenblik uitblijven, moet je dus wel degelijk rekening houden met de (zeldzame) mogelijkheid van zwangerschap, hetzij een normale, hetzij een eileiderzwangerschap.

Bij de man

Tijdens de maanden en jaren die volgen op een sterilisatie gaan de helft van de mannen antistoffen aanmaken tegen zaadcellen, waardoor ze intrinsiek minder vruchtbaar worden. Zelf merk je daar evenwel niets van.

PSYCHOLOGISCHE FACTOREN

Sterilisatie is niet alleen een technische ingreep, er zijn belangrijke menselijke en interpersoonlijke aspecten aan verbonden. Mensen die de nodige tijd hebben genomen om de voor- en de nadelen van sterilisatie goed te bespreken en tegen elkaar af te wegen, hebben slechts zelden spijt over hun beslissing. Daarom is het erg belangrijk dat je deze aangelegenheid meer dan eens bespreekt met je arts en je partner (zie ook verder).

In elk geval mag de beslissing niet onder tijdsdruk genomen worden, of onder morele druk van buitenaf. Het gaat om een definitieve keuze als persoon maar ook als (echt)paar, en beide partners moeten evenzeer overtuigd zijn van de juistheid van de keuze. Het is zonder meer duidelijk dat sterilisatie bij een alleenstaande of bij een echtpaar zonder kinderen een nog ernstiger stap is, die extra goed voorbereid moet worden.

Vanuit het standpunt van de hulpverleners wordt een sterilisatie niet aangemoedigd als ze kort volgt op een bevalling of een miskraam, of na een vrijwillige zwangerschapsafbreking.

Mensen die vroeger in behandeling zijn geweest voor een psychologische stoornis of voor depressie, raadplegen best de arts die hen in verband daarmee geholpen heeft. En in tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, valt de beslissing tot sterilisatie niet gemakkelijker bij mensen die door een ziekte of een handicap belemmerd worden om in de beste omstandigheden voor kinderen te zorgen. Ook zij voelen de nood aan grondig overleg.

Overwegingen

Enkele vragen die je tijdens het beslissingsproces jezelf en je partner kan stellen om tot een weloverwogen keuze te komen, zijn de volgende.

- ▶ Heb ik seksuele intimiteit tot dusver niet ervaren als sterk gebonden aan de mogelijkheid tot bevruchting, zodat ik later de gedachte van definitieve onvruchtbaarheid wellicht moeilijk zal kunnen verwerken?
- ▶ Hoe zal ik reageren als een van onze kinderen ernstig ziek wordt of sterft?

- ▶ Wat zullen mijn gevoelens over mijn onvruchtbaarheid zijn als mijn partner vroegtijdig sterft of als het tussen ons tot een scheiding komt?
- ▶ Heb ik geen gewetensbezwaren tegen de methode op zich?
- ▶ Beschouw ik de ingreep wel degelijk als definitief? Of neem ik de beslissing met in het achterhoofd de idee dat mijn vruchtbaarheid later hersteld kan worden?
- ▶ Voel ik mij vrij om te beslissen of sta ik onder morele druk, van mijn partner, mijn arts, mijn ouders, schoonouders...?
- ▶ Zijn we allebei even overtuigd van de juistheid van onze beslissing?

Wie van beiden laat zich best steriliseren?

Volgens het Belgische recht kan een echtgeno(o)t(e) zich laten steriliseren zonder toestemming van de wederhelft. Nochtans is het vanzelfsprekend dat je deze aangelegenheid best in onderlinge overeenstemming regelt. Als de verstandhouding tussen jullie beiden minder goed is, doe je er beter aan de beslissing (nog) niet te nemen.

De partner die vreest zich door de sterilisatie minder vrouw of minder man te zullen voelen, laat zich best niet steriliseren. Als één van de twee echtgenoten beduidend ouder is dan de andere, kan dat voor hem of voor haar een reden zijn om zich liever dan de andere te laten steriliseren. Hetzelfde kan gelden als een van beiden een aandoening heeft die mogelijk met een verkorte levensverwachting gepaard gaat.

HERSTEL VAN DE VRUCHTBAARHEID NA STERILISATIE

Omdat sterilisatie een definitieve methode van geboortebepanking is, die ook in die zin besproken wordt vóór de ingreep wordt uitgevoerd, zouden aanvragen voor het ongedaan maken van de onvruchtbaarheid zeldzaam moeten zijn. Toch komen ze frequenter voor dan verwacht, onder meer omwille van de volgende beweegredenen:

- ▶ het overlijden van één of meer kinderen;
- ▶ het overlijden van de partner en het vooruitzicht van een nieuwe relatie of huwelijk;
- ▶ het vooruitzicht van een nieuwe relatie na echtscheiding;
- ▶ een overhaast besliste sterilisatie bij een betrekkelijk jonge vrouw of jonge man;

- ▶ een sterilisatie in psychologisch ongunstige omstandigheden, b.v. onder druk van de omgeving;
- ▶ schuldgevoelens in verband met de sterilisatie.

De kansen op herstel

De omkeerooperatie van een sterilisatie is een delicate ingreep. Voor ertoe overgegaan wordt, zal eerst onderzocht worden of de aanvraag voldoende gegronnd is en of er een ernstige kans is dat de vruchtbaarheid inderdaad hersteld kan worden.

Bij de vrouw brengt de ingreep om de eileiders opnieuw doorgankelijk te maken (repermeabilisatie) een vijftal dagen hospitalisatie met zich. Het resultaat is afhankelijk van de leeftijd van de vrouw en de ervaring van de gynaecoloog die de ingreep uitvoert. De kans op herstel van de vruchtbaarheid ligt rond de zeventig à tachtig procent bij vrouwen onder de 37 jaar. Er moet wel rekening gehouden worden met een licht toegenomen risico op eileiderzwangerschap na een hersteloperatie.

Bij de man ligt de kans op een succesvolle repermeabilisatie van de zaadleiters tussen de zestig en de tachtig procent. Dat betekent echter niet dat de vruchtbaarheidskansen even hoog zijn: die variëren tussen de vijftig en de zestig procent. Bij veel mannen gaat het lichaam na een sterilisatie immers antistoffen aanmaken tegen de eigen spermacellen, een fenomeen dat de kansen op herstel van de vruchtbaarheid doet dalen.

Zowel bij de man als vrouw kan geassisteerde bevruchting via IVF of ICSI immers een uitkomst bieden als een hersteloperatie niet aangewezen is of faalde.

DE ONGEWENSTE KINDERLOOSHEID VAN ANDERE PAREN

Minstens één op tien Belgische paren wordt geconfronteerd met ongewenste kinderloosheid. In een aantal gevallen ligt de enige oplossing voor hun probleem in het gebruik van de eicellen of zaadcellen van een derde persoon die als donor optreedt. Als je beslist hebt om een sterilisatie te ondergaan, is het daarom goed om te overwegen of je vóór de ingreep nog eicellen of zaadcellen wenst af te staan.

Als man kan je in de weken voor de vasectomie een aantal spermastaltjes doneren en laten invriezen, en zo het geluk van verschillende onvruchtbare

echtparen bepalen. Tevens bestaat dan de mogelijkheid dat je sperma gratis voor jou wordt ingebankt.

Als vrouw kan je door de eenvoudige inname van medicijnen in een korte periode voor de sterilisatie ervoor zorgen dat tijdens de ingreep eicellen verzameld kunnen worden voor paren die zelf niet over goede eicellen beschikken. Je eigen ingreep wordt er niet door verzaamd en de hospitalisatie niet verlengd. Eicellen kunnen evenwel alleen 'vers' worden gebruikt: invriezen of inbanken is niet mogelijk.

Als je bereid bent om eicellen te doneren, is het daarom belangrijk dat je je gynaecoloog daar tijdig van op de hoogte brengt, zodat de behandeling van een andere vrouw op jouw donatie afgestemd kan worden.

Voor meer informatie over donatie kan je terecht in het Centrum voor Reproductieve Geneeskunde (CRG) van AZ-VUB:

- ▶ voor eiceldonatie op het nummer +32 (0)2 477 66 99;
- ▶ voor spermadonatie op het nummer + 32 (0)477 66 52 (laboratorium andrologie);
- ▶ zie ook de website www.brusselsivf.be (onder 'Wat doen we?'/Donatie); of
- ▶ specifiek voor spermadonatie, de website www.spermadonor.be.

AZ-VUB, Campus Jette
Laarbeeklaan 101, 1090 Brussel

- ▶ Dienst Gynaecologie
- ▶ Dienst Urologie
- ▶ Dienst Fertilitéit, Centrum voor Reproductieve Geneeskunde

