



VAAK GESTELDE VRAGEN OVER IVF

o Kunnen we iets doen om onze kans op succes te vergroten?

Hoewel een IVF-behandeling een medisch proces is waar u zelf weinig invloed op kan uitoefenen, zijn er toch een aantal elementen in uw levensstijl die de kans op een succesvolle afloop verhogen. Stoppen met roken – voor beide partners – is daar de belangrijkste van. Het positieve effect daarvan wordt door geen enkele medische aanpassing van de behandeling geëvenaard! Wist u dat rokende vrouwen er – volgens gedegen studies – twee tot drie keer langer over doen om zwanger te worden? Of dat de afbraakproducten in nicotine leiden tot een snellere afname van de eicelreserve, waardoor volgens verschillende onderzoekers een rokende vrouw één tot vier jaar vroeger in menopauze kan gaan? Of dat ook bij de man roken een invloed heeft op de vruchtbaarheid? De zaadkwaliteit bij rokers is beduidend slechter dan bij niet-rokers. Kortom: als u echt sneller zwanger wil worden, stopt u best allebei met roken.

o Tast de stimulatie de eicelvoorraad aan, met een vroegtijdige menopauze als gevolg?

Beslist niet. Tijdens de stimulatie worden soms tien of meer follikels tegelijk tot ontwikkeling gebracht, maar tijdens een natuurlijke

De belangrijkste drijfveer voor u als vrouw om te stoppen met roken voor u aan een IVF-behandeling begint, is dat de implantatiekans door de rookstop opnieuw normaal wordt, vergelijkbaar met die van niet-rooksters.

cyclus ook. Het enige verschil is dat bij een natuurlijke cyclus al die follikels op één of twee na afsterven, terwijl ze bij IVF stuk voor stuk tot rijping kunnen komen. De stimulatie van de eierstokken redt dus veeleer eicellen dan dat ze er verloren doet gaan.

Overigens beschikt een vrouw aan het begin van haar vruchtbare jaren gemiddeld over 400.000 eicellen, waarvan de meeste in de loop van de tijd spontaan afsterven. Bij de stimulatie wordt dus geput uit een grote eicelreserve die bijna geheel tot ongebruikt verdwijnen is voorbestemd.

0 Zijn de hormoonbehandelingen schadelijk voor mezelf of voor ons (toekomstige) kind?

Zoals elders in de gids wordt beschreven, kunnen de toegediende hormonen bijwerkingen veroorzaken. Gelukkig zijn die niet gevaarlijk en slechts van tijdelijke aard.

Dat de bij IVF gebruikte hormonen kankerverwekkend zouden zijn of andere schadelijke gevolgen zouden hebben, zijn beweringen die niet op medische gegevens berusten. Overigens werden de hormonen in kwestie lang vóór IVF en op grote schaal toegediend aan vrouwen met vruchtbaarheidsproblemen, zonder dat ooit schadelijke effecten werden vastgesteld.

Ook wat het effect op de uit IVF/ICSI geboren kinderen betreft, heeft totnogtoe geen enkele studie aangetoond dat (bepaalde) kankers meer zouden voorkomen dan bij kinderen die zonder hormonale stimulatie zijn verwekt.

Toch moet wereldwijd de invloed van de hormoonbehandelingen nog verder worden onderzocht, en dat gebeurt ook. Voor alle veiligheid, zeg maar.

0 Stijgt met IVF de kans op een tweeling of drieling spectaculair?

Nee, niet meer. De medische visie van het CRG is er altijd op gericht geweest om slechts een beperkt aantal embryo's terug te plaatsen, en ook de regelgeving over de terugbetaling van de IVF-behandeling heeft als belangrijkste doel de beperking van het aantal teruggeplaatste embryo's.

Waarom is dat zo belangrijk? Wel, bij vrouwen jonger dan 37 jaar die door IVF zwanger worden, bedraagt de kans op een tweeling bijna dertig procent als er twee embryo's en bijna veertig procent als er drie embryo's in de baarmoeder worden geplaatst. In het laatste geval is er ook vijf procent kans op een drieling.

Door een meerlingzwangerschap nemen de risico's toe: op een miskraam, op een vroegtijdige bevalling of op andere medische problemen bij moeder of kind. Het hogere aantal twee- en drielingen verklaart ook waarom de perinatale sterfte (kindersterfte tussen de 28ste week van de zwangerschap en de zevende dag na de geboor-



67] Deze echografie toont de aanwezigheid van een drieling.

te) bij IVF vroeger duidelijk boven het gemiddelde lag. Dat fenomeen had dus niets te maken met de bevruchting in het laboratorium. Om aan deze belangrijke gezondheidsoverwegingen tegemoet te komen, heeft de wetgever in 2003 het aantal embryo's dat teruggeplaatst mag worden afhankelijk gemaakt van de leeftijd van de vrouw en het aantal behandelingen dat ze achter de rug heeft (zie Praktisch, Financieel, p. 120). Nu worden bij vrouwen onder de 37 jaar in de regel maximum twee, maar meestal slechts één embryo teruggeplaatst.



Moeten we na de transfer extra voorzichtig zijn opdat de innesteling van het embryo zou slagen?

Praktisch gezien kan u na een embryotransfer niets doen – noch medisch, noch qua gedrag – om de innesteling te bevorderen. Zo hebben tal van studies onderzocht of bedrust (overnachten in het ziekenhuis bv.) na een embryotransfer een gunstig effect heeft op de slaagkans van de behandeling. Het antwoord was eensluidend: er is geen aanwijzing dat dat zou leiden tot een verhoogde kans op zwangerschap.

Ook wat andere activiteiten betreft (reizen, sporten, baden, etc.) heeft geen enkele studie aangetoond dat die een negatief effect zouden hebben. Het is dus ook nergens voor nodig om zich schuldig te voelen als de innesteling niet slaagt: uw fysieke gedrag heeft daar niets mee te maken.

Hoe weten we zeker dat de embryo's die in de baarmoeder worden geplaatst de ónze zijn?

Het CRG hanteert strenge en betrouwbare procedures voor de identificatie van eicellen, zaadcellen en embryo's. Er wordt geen enkel risico genomen. Zo controleren in het laboratorium altijd twee personen onafhankelijk van elkaar de precieze herkomst van de cellen en embryo's.

In de loop van uw behandeling wordt ook veelvuldig naar uw naam geïnformeerd: u weet nu meteen waarom dat is. In de praktijk zijn vergissingen, lees: verwisselingen, eigenlijk uitgesloten.

Is het invriezen van embryo's voor later gebruik wel verstandig?

De nieuwe wetgeving over geassisteerde bevruchting en alles wat daarbij komt kijken, bepaalt dat u vóór het begin van uw behandeling moet beslissen over wat er met boventallige embryo's moet gebeuren. Dat zijn de embryo's die uit uw behandeling zijn ontstaan maar die u niet nodig heeft gehad voor de transfer. In het contract dat u vóór het begin van de behandeling ondertekent, moet u te kennen geven of u ze laat invriezen of niet.



68| De IVF- en ICSI-behandelingen zijn het onderwerp van permanent wetenschappelijk onderzoek.

Heeft u voor invriezen gekozen, dan moet u bij een eventuele volgende IVF-poging of als u nog een kind wil, eerst dat ingevroren materiaal aanspreken, tenzij er goede medische redenen bestaan om opnieuw te werken met verse embryo's en dus de volledige IVF-behandeling over te doen.

Vanuit het oogpunt van **de gezondheid van de baby** die mogelijk uit het embryo voortkomt, is er geen bezwaar tegen invriezen: geen enkel onderzoek of studie heeft totnogtoe aangetoond dat uit ingevroren embryo's meer baby's met afwijkingen zouden voortkomen. Maar vanuit het oogpunt van **de efficiëntie van de behandeling** moeten we opmerken dat niet alle ingevroren embryo's het dooiproces overleven en dat zij die daar wel in slagen, een kleinere kans hebben om zich in te nestelen in de baarmoeder.

De slaagkans bij een behandeling met ingevroren embryo's ligt dan ook lager dan bij één met verse embryo's en dat kan een argument zijn om niet te laten invriezen.

Daarnaast is er nog **een emotioneel-psychologisch aspect**. Want in het contract moet u ook bepalen wat u met de ingevroren embryo's zal doen als u ze zelf niet (meer) nodig heeft: wegschenken (donatie), vernietigen of bestemmen voor wetenschappelijk onderzoek. Misschien krijgt u daar achteraf moreel moeite mee, i.h.b. als de IVF-behandeling geleid zou hebben tot de vervulling van uw kinderwens.

0 Wat gebeurt er met ons ingevroren genetisch materiaal als onze persoonlijke levensomstandigheden wijzigen?

Zoals hierboven vermeld moet u aan het begin van uw vruchtbaarheidsbehandeling een contract ondertekenen waarin u beslist wat er met uw ingevroren genetisch materiaal moet gebeuren als u het niet meer nodig heeft. Dat geldt ook als u als man spermacellen heeft laten invriezen die in het kader van de behandeling via een ingreep werden verzameld.

Als uw kinderwens vervuld is of als u afziet van verdere behandeling heeft u de keuze tussen het materiaal afstaan voor donatie, het laten vernietigen of het bestemmen voor wetenschappelijk onderzoek.

Echter, als uw persoonlijke situatie verandert terwijl u het genetisch materiaal in principe nog nodig kan hebben, gelden andere regels. De nieuwe wetgeving (2007) over geassisteerde bevruchting en alles wat daarmee samenhangt, bepaalt dat u ook dáárover vooraf moet nadenken, en uw beslissing kenbaar moet maken in het toestemmingscontract. Dus als u in de loop van de behandeling uit de echt zou scheiden of als één van beide partners zou komen te overlijden, hangt het van uw contractuele beslissing af wat er met het bewaarde materiaal gebeurt en of de ene partner er na het

overlijden van de andere partner nog aanspraak op kan maken. Zo lang de afgesproken bewaartijd loopt kan u uw beslissing herzien, maar dan wel eensgezind: elke herziening moet door beide oorspronkelijke partners ondertekend zijn.

0 Komt een buitenbaarmoederlijke zwangerschap vaker voor bij IVF?

Voor een vrouw die op de natuurlijke manier zwanger raakt, bedraagt de kans op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap één procent. Voor een vrouw die zwanger wordt via IVF is die kans niet groter, tenzij ze een beschadiging heeft aan de eileider(s).

Dat de IVF-behandeling op zich toch tot een buitenbaarmoederlijke zwangerschap kan leiden, hoeft geen verwondering te wekken. Hoewel bij de transfer de embryo's zorgvuldig in de baarmoeder worden geplaatst, zullen ze zich niet meteen aan de baarmoederwand hechten. Daardoor kunnen ze soms toch nog migreren naar de eileider en daar tot ontwikkeling komen.

0 Komen afwijkingen meer voor bij IVF-kinderen dan bij gewone kinderen?

De kinderen die via IVF of ICSI in het CRG zijn verwekt, worden door het Centrum voor Medische Genetica van UZ Brussel onderzocht wanneer ze twee maanden en één jaar oud zijn. Bij ongeveer drie procent worden afwijkingen vastgesteld. Dat percentage correspondeert niet alleen met dat van andere bekende IVF-centra, maar ook met het percentage afwijkingen bij kinderen die op een natuurlijke manier zijn verwekt. Niets wijst dus op een verhoogd risico.

Wel is het voor sommige nieuwe technieken die in het spoor van IVF zijn ontstaan nog te vroeg om duidelijke conclusies te trekken. Daarvoor ontbreekt het aan voldoende cijfermateriaal. Zo brengt ICSI op het eerste gezicht geen extra gevaar voor afwijkingen mee, maar absoluut zeker is dat nog niet.

0 Kunnen we zelf kiezen of we een zontje of een dochtertje krijgen?

Tegenwoordig kan het geslacht van de IVF-embryo's worden bepaald vóór ze in de baarmoeder worden geplaatst. Een selectie op basis van het geslacht gebeurt echter uitsluitend als daar goede medische redenen voor bestaan, m.a.w. om het risico op een erfelijke aandoening te vermijden die aan het geslacht van het embryo gebonden is. Met een louter persoonlijke geslachtsgebonden voorkeur kan om ethische redenen geen rekening worden gehouden.



69] Pre-implantatie genetische diagnose wordt alleen toegepast om mogelijke erfelijke afwijkingen te vermijden.



HET CENTRUM VOOR MEDISCHE GENETICA

Ieder paar dat van een eerste of een extra kind droomt, droomt natuurlijk van een gezond kind. Het Centrum voor Medische Genetica van het Universitair Ziekenhuis Brussel, gespecialiseerd in het opsporen van erfelijke aandoeningen, helpt die droom graag verwezenlijken. Lang niet alle afwijkingen zijn voorspelbaar en vermijdbaar, maar in vergelijking met vroeger is steeds meer mogelijk.

VOORAFGAANDELIJKE RISICOBEREKENING

Als bij een paar of in hun familie een erfelijke aandoening voorkomt, dan kan het Centrum voor Medische Genetica (CMG) vóór de zwangerschap berekenen hoe groot het gevaar is dat hun kind aan die aandoening zal lijden. Ook als de vrouw 35 jaar of ouder is, kan het geen kwaad dat zij en haar partner vooraf de risico's kennen die samenhangen met het krijgen van (nog) een kind. De kans dat de vrouw een baby ter wereld brengt met een ernstige afwijking zoals mongolisme, stijgt immers sterk met de leeftijd.

Op basis van de analyses van het CMG weet u beter waar u aan toe bent. Zo kan u eventueel beslissen om af te zien van een kind. Of u kan gebruikmaken van donorsperma, -eicellen of -embryo's. Of u kan het risico en de mogelijke gevolgen voor het kind en uzelf aanvaarden. Of u kan kiezen voor een onderbreking van de zwangerschap als na een prenatale diagnose mocht blijken dat de vrucht inderdaad een afwijking heeft.

GEEN ABSOLUTE ZEKERHEID

Niemand kan garanderen – ook het CMG niet – dat uw kind volledig gezond zal zijn. De controles bestrijken slechts een aantal afwijkingen. Een prenatale diagnose geeft u méér zekerheid, maar geen absolute zekerheid.

Het centrum verplicht u ook nergens toe. Het heeft een louter informerende en adviserende taak. Als bijvoorbeeld uit een vlokken-test blijkt dat de vrucht een ernstige afwijking heeft, dan wordt u ingelicht over de precieze aard en gevolgen van die afwijking. Maar of de zwangerschap wordt onderbroken of niet, hangt uiteindelijk helemaal van u af. Binnen wat wettelijk toegestaan en medisch verantwoord is, respecteren wij altijd uw beslissingen.

PRE-IMPLANTATIE GENETISCHE SCREENING OF DIAGNOSE (PGS/PGD)

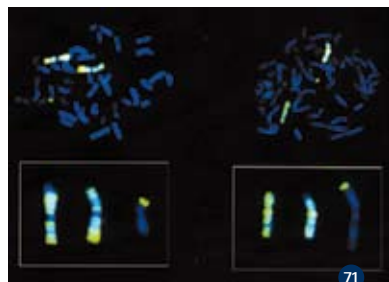
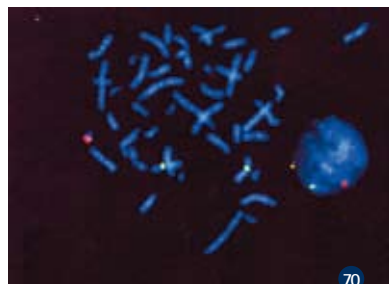
Bij IVF kunnen tegenwoordig al heel vroeg afwijkingen worden opgespoord: na de bevruchting kunnen embryo's in het laboratorium worden gecontroleerd. Dat noemen we 'pre-implantatie genetische screening (PGS) of diagnose' (PGD): controle van embryo's vóór ze in de baarmoeder worden gebracht.

Die onderzoeksmogelijkheid wordt in UZ Brussel – in een nauwe samenwerking tussen het CRG en het CMG – aangeboden aan patiënten die een vruchtbaarheidsbehandeling willen ondergaan, maar die ofwel erfelijk belast zijn, ofwel een verhoogde kans hebben op abnormale embryo's. Dankzij PGS/PGD kunnen die patiënten, die vroeger louter aangewezen waren op prenatale onderzoeken voor de evaluatie van hun embryo, een eventuele abortus vermijden: de afwijking bij het embryo wordt immers opgespoord vóór het in de baarmoeder wordt gebracht.

Voor de kost van PGD of PGS, die ook een voorafgaand genetisch onderzoek bij beide ouders omvat, verwijzen we naar p. 76 voor buitenlandse patiënten en naar p. 120 voor Belgische.

In het laboratorium

Nadat in het laboratorium verscheidene eicellen van de vrouw zijn bevrucht via ICSI, wordt gewacht tot de embryo's die hieruit ontstaan acht cellen tellen (dag drie). Dan worden uit ieder embryo heel voorzichtig twee cellen verwijderd, die genetisch worden onderzocht. Dat gebeurt doelgericht voor één bepaald gen, waarvan we willen weten: is dit gen in het embryo drager van de ziekte die we willen detecteren?

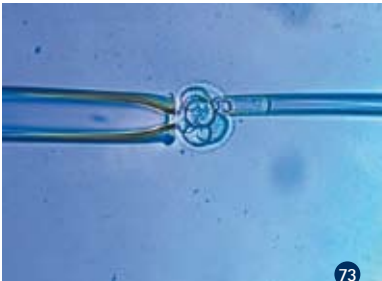


70| Chromosomenonderzoek brengt soms afwijkingen aan het licht. Hier het 47, xxy- of Klinefelter-syndroom...

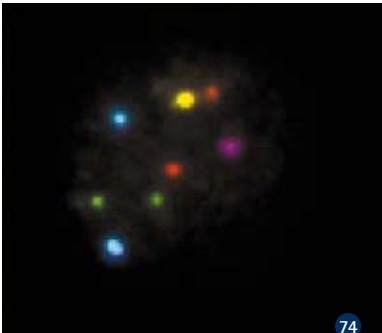
71| ... en hier een abnormale uitwisseling tussen de genetische dragers (translocatie).



72



73



74

72| Opstelling in het laboratorium voor PGD-onderzoek.

73| Eén cel wordt uit een achtcellig embryo gehaald.

74| De weergave van die cel met de signalen van de verschillende chromosomen.



Het CMG voert een PGD naar geslacht uitsluitend uit op basis van ernstige medische indicaties.

Op dag vijf is het resultaat bekend. Alleen de embryo's zonder afwijkingen komen in aanmerking om in de baarmoeder te worden geplaatst. Als dat er meer zijn dan nodig voor de transfer, kunnen de boventallige worden ingevroren. De andere worden niet gebruikt, tenzij voor wetenschappelijk onderzoek en om de diagnose te bevestigen.

Welke toepassingen en voor wie?

Voor PGS/PGD komen alleen paren in aanmerking die een verhoogd risico lopen dat hun kind aan een erfelijke aandoening zal lijden.

Bovendien kan een PGS/PGD alleen worden uitgevoerd bij een IVF-behandeling in combinatie met ICSI, om met zoveel mogelijk embryo's van goede kwaliteit te kunnen werken.

Tijdens hun behandeling worden de patiënten gecounseld door een klinisch geneticus en een psycholoog van het CMG. Een correcte diagnose stellen aan de hand van één enkele cel van het embryo is immers pas mogelijk als vooraf intensief onderzoek is verricht. Elke ziekte vereist een aparte, vaak geïndividualiseerde test. Vandaar dat u met een lange wachttijd (tot één jaar) geconfronteerd kan worden.

Intussen kunnen al een ruim aantal erfelijke aandoeningen via PGS/PGD worden opgespoord. We noemen er hier twee.

Taaistlijmziekte (mucoviscidose)

Bij mucoviscidose wordt abnormaal veel slijm in de longen afgescheiden, wat tal van ontstekingen kan veroorzaken. Ongeveer één op 2.000 kinderen lijdt aan deze zware erfelijke aandoening en één op 22 mensen is er drager van. Als zowel de man als de vrouw drager zijn, dan loopt hun kind een risico van 25 procent de ziekte te ontwikkelen. Met PGD kunnen de gezonde embryo's van de muco-embryo's worden gescheiden.

Geslachtsgebonden aandoeningen

PGD laat toe het geslacht van embryo's te bepalen en vormt daarmee een middel in de strijd tegen geslachtsgebonden erfelijke aandoeningen.

Neem hemofilie A, een ziekte waarbij het bloed moeilijk stolt en zelfs kleine verwondingen tot levensgevaarlijke bloedingen kunnen leiden. De ziekte wordt overgeërfd via de vrouw, maar komt alleen voor bij mannen. Is de vrouw draagster van hemofilie A en krijgt ze een zontje, dan is er vijftig procent kans dat hij de ziekte heeft. Dankzij PGD kunnen de embryo's op geslacht geselecteerd worden, zodat bij een draagster van hemofilie A alleen vrouwelijke embryo's in de baarmoeder worden geplaatst.

Hoe veilig is PGS/PGD?

Bij de verwijdering van twee cellen uit een achtcellig embryo zijn er maar twee mogelijkheden: het embryo overleeft de ingreep ongeschonden of het embryo sterft. Het eerste is de regel, het tweede de uitzondering. Dat er ook embryo's zouden zijn die de verwijdering doorstaan maar er schade bij oplopen, blijkt voorlopig nergens uit. Wel is de ervaring, zelfs op wereldschaal, nog tamelijk beperkt.

Extra controle

Geschat wordt dat een PGS/PGD in hoogstens vijf procent van de gevallen een fout resultaat oplevert. Dat is niet veel, maar maakt een extra controle toch wenselijk. En dus verricht het CMG na de PGD, op voorwaarde natuurlijk dat de vrouw zwanger wordt, nog een prenatale diagnose.

PRENATALE DIAGNOSE: CONTROLE VOOR DE GEBORTE

Tijdens de zwangerschap kan, binnen zekere grenzen, worden gecontroleerd of het kind-in-wording gezond is. Via echografieën uiteraard, maar soms zijn meer gespecialiseerde onderzoeken aangegeven: een vlokcentest, vruchtwaterpunctie of navelstrengpunctie. Met alle drie kunnen ongeveer dezelfde afwijkingen worden opgespoord.

Indicaties

Prenatale diagnose wordt aanbevolen:

- > voor alle paren die met een erfelijk probleem kampen;
- > voor paren van wie de vrouw 35 jaar of ouder is; en
- > voor paren bij wie de in-vitrobevruchting (IVF) tot stand gekomen is via ICSI, d.w.z. dat de bevruchting in het laboratorium is gebeurd door een zaadcel in de eicel te injecteren. IVF is inmiddels een vertrouwde techniek, maar ICSI nog niet helemaal. Hoewel de techniek geen extra gevaar voor afwijkingen lijkt op te leveren, wordt tot nader order voor alle veiligheid een prenatale diagnose aanbevolen.

Echografie

Echografieën horen tot de courante praktijk in de opvolging van een zwangerschap. Maar ze worden ook gebruikt om na te gaan of de vrucht geen misvormingen vertoont. Een echografie is een veilig en pijnloos onderzoek, waarbij met behulp van geluidsgolven de baarmoeder, de moederkoek en de vrucht in beeld worden gebracht.

Meer informatie?

Contacteer het CMG via het secretariaat op +32 2 477 60 71 of mail naar de PGD-kliniek: pgd@uzbrussel.be.

Vaak gestelde vraag

Komen afwijkingen meer voor bij IVF-kinderen dan bij andere?

Lees het antwoord op p. 87.



75| Echografie zeven weken.



In tegenstelling tot de vaginale echografie, die verloopt via een sonde in de vagina, wordt zwangerschap met een abdominale echo in beeld gebracht, via een sonde over de buik. Voor dit onderzoek heeft u best een volle blaas.

Bloedonderzoek naar het syndroom van Down (mongolisme)

Om te achterhalen of de vrucht het syndroom van Down vertoont, moet niet noodzakelijk meteen een vlokcentest, een vruchtwaterpunctie of een navelstrengpunctie worden uitgevoerd. Eerst kan met een bloedonderzoek worden nagegaan of er sprake is van een verhoogd risico. Is dat het geval, dan kan alsnog een echte diagnostische test worden verricht om uitsluitsel te verkrijgen.

Het bloedonderzoek is echter alleen maar een hulp. Het geeft een aanwijzing, geen zekerheid. Het kan dus ook dat de uitslag normaal is, terwijl het kind toch het syndroom van Down heeft.

Vlokcentest

Bij deze test wordt in de tiende week van de zwangerschap een klein beetje weefsel uit de moederkoek verwijderd. Via de vagina wordt een dun buisje tot aan de moederkoek geschoven, waarna wat weefsel wordt weggezogen voor nader onderzoek. Soms wordt voor het verwijderen van het weefsel een naald gebruikt die voorzichtig door de buikwand wordt gestoken. De ingreep vindt plaats onder echografische controle.

De resultaten van de vlokcentest, die zijn naam dankt aan het vlok-kige uitzicht van de moederkoek, zijn zeker in de twaalfde week van de zwangerschap bekend.

Vruchtwaterpunctie

Een vruchtwaterpunctie wordt omstreeks de veertiende week van de zwangerschap verricht. Met een heel fijne naald wordt door de buikwand geprikt en wat van het vruchtwater afgetapt waarin het kind in de baarmoeder drijft. Zowel het vruchtwater als de cellen van het kind die erin worden aangetroffen, worden onderzocht.

Meestal zijn de resultaten van deze test omstreeks de achttiende week van de zwangerschap bekend.

Doordachte keuze

De vlokcentest kan vroeger worden uitgevoerd dan de vruchtwaterpunctie, maar de kans dat een miskraam wordt uitgelokt is wel twee keer zo groot: één tegenover een half procent.

Welke test de voorkeur verdient moet van geval tot geval worden bepaald, rekening houdend met het oordeel van de artsen maar



ook met dat van het paar. In het algemeen wordt bij een enkelvoudige zwangerschap voor een vruchtwaterpunctie en bij een tweeling voor een vlokentest gekozen.

76-77| Postnatale controle, twee maanden en één jaar na de geboorte.

Navelstrengpunctie

Af en toe wordt in plaats van een vlokentest of een vruchtwaterpunctie een navelstrengpunctie uitgevoerd. Het enige verschil met een vruchtwaterpunctie is dat geen vruchtwater wordt afgenomen, maar bloed uit de navelstreng van het kind.

Met een navelstrengpunctie wordt minstens gewacht tot de achttiende week van de zwangerschap. Ze wordt onder meer verricht als tijdens de echografie een lichamelijke misvorming aan het licht komt. Bedoeling is dan uit te maken of het om een toevallige of een erfelijke afwijking gaat. Ook vrouwen voor wie een prenatale diagnose wenselijk is maar die al achttien weken of langer zwanger zijn, worden via een navelstrengpunctie geholpen.

POSTNATAAL ONDERZOEK: CONTROLE NA DE GEBORTE

Aan alle paren die voor medische assistentie bij de vervulling van hun kinderwens een beroep doen op het CRG van UZ Brussel, wordt met aandrang gevraagd hun kind twee maanden en één jaar na de geboorte te laten onderzoeken door een gespecialiseerde arts van het CMG.

Waarom is postnataal onderzoek belangrijk? Omdat sommige aandoeningen pas na de geboorte aan het licht komen. Bovendien wil UZ Brussel inzake IVF en alle aanvullende technieken (ICSI, PGS, PGD, e.d.) consequent blijven onderzoeken of die inderdaad, zoals de beschikbare gegevens suggereren, geen grotere kans op afwijkingen meebrengen.

