

Vruchtbaarheidsbevorderende operaties

Gynaecologie



Beter voor elkaar

Inhoudsopgave

In het kort	4
Wat zijn vruchtbaarheidbevorderende operaties?	5
Voor wie zijn vruchtbaarheidbevorderende operaties?	6
Verklevingen en afsluiting	6
Sterilisatie	7
Eileiderverwijdering	7
Onderzoek voor de operatie	8
De operatie	9
Adhesiolyse	9
Cornuale anastomose	9
Fimbriolysis en salpingostomie	10
Refertilisatie	10
Eileiderverwijdering, tubectomie	10
Endometriose	11
Verloop van de operatie	11
Kans op zwangerschap	12
Mogelijke complicaties en bijwerkingen	12
Op korte termijn	12
Op lange termijn	12
Na de operatie	13
Op korte termijn	13
Op lange termijn	13
Tot slot	14

In het kort

Operaties die de vruchtbaarheid bevorderen (fertiliteitbevorderende operaties) zijn operaties waarbij de kans op het ontstaan van een zwangerschap wordt verbeterd. Deze operaties worden verricht bij afwijkingen aan of rond de eileiders en de eierstokken. Afgesloten eileiders kunnen worden opengemaakt (cornuale anastomose, salpingostomie of fimbriolysis); ook een hersteloperatie (refertilisatie) na een sterilisatie valt hieronder. Verklevingen rondom de eierstokken en eileider kunnen worden verwijderd (adhesiolyse). De kans op een zwangerschap na een vruchtbaarheidbevorderende operatie is sterk afhankelijk van de leeftijd en de uitgebreidheid van de afwijkingen.

Wat zijn vruchtbaarheidbevorderende operaties?

In de normale situatie wordt een eicel na de eisprong opgevangen door het uiteinde (de fimbriae) van de eileider. Vanuit de vagina (schede) komen de zaadcellen via de baarmoederholte in de eileiders. In de eileider vindt meestal de bevruchting plaats. Nadat de bevruchte eicel enkele dagen in de eileider is gebleven, wordt deze richting baarmoederholte verplaatst doordat de spierwand van de eileider samentrekt en kleine trilharen aan de binnenkant van de eileider bewegen (figuur 1).

Als de eileider beschadigd of afgesloten is of bedekt is door verklevingen, kan het transport van de zaadcellen en de (bevruchte) eicel moeilijker of onmogelijk zijn. Bij een vruchtbaarheidbevorderende operatie wordt de opvang en/of het vervoer van de eicel en de zaadcellen naar en in de eileider zo goed mogelijk hersteld. Deze operaties worden uitgevoerd door een hiervoor speciaal getrainde gynaecoloog.



COPYRIGHT MARINO NG

Figuur 1

1. baarmoeder
2. eierstok
3. eileider

Vervoer van de eicellen en zaadcel

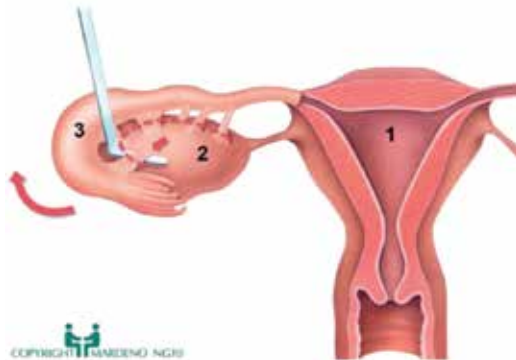
Voor wie zijn vruchtbaarheidbevorderende operaties?

Bij alle vruchtbaarheidbevorderende behandelingen geldt in Nederland een leeftijdsgrens van 41 jaar. Met het stijgen van de leeftijd neemt de kans op zwangerschap af en geldt daarom voor een vruchtbaarheidbevorderende operatie vaak een leeftijdsgrens van 40 jaar. Een uitzondering hierop is de hersteloperatie na een sterilisatie door middel van clips of ringetjes, hierbij is de leeftijdsgrens 42 jaar.

Bij het uitblijven van een zwangerschap bespreekt de gynaecoloog met u hoe groot de kans op een zwangerschap is als u een vruchtbaarheidbevorderende operatie krijgt. U kunt geopereerd worden om de kans op een zwangerschap te verbeteren als het vervoer van de eicel naar en in de eileider verstoord is, zoals het geval kan zijn bij verklevingen of een afsluiting en na een sterilisatie. In sommige situaties worden een of beide eileiders juist verwijderd om zo de kans op een zwangerschap te vergroten (zie eileiderverwijdering).

Verklevingen en afsluiting

Verklevingen (adhesies) rondom de eileider en eierstok kunnen het vervoer van de eicel naar en in de eileider bemoeilijken (figuur 2).



Figuur 2

1. baarmoeder
2. eierstok
3. eileider

Adhesies tussen bijvoorbeeld eierstok en eileider worden losgemaakt om mogelijk te maken dat de eicel uit de eierstok door de eileider kan worden opgepakt.

Eileiders kunnen geheel of gedeeltelijk afgesloten zijn, waardoor het vervoer van eicel en zaadcel niet mogelijk is. Ook kunnen de trilhaarcellen in of de spierwand van de eileider beschadigd zijn.

Soms raken de afgesloten eileiders gevuld met vocht (hydrosalpinx). De afsluiting kan dichtbij de baarmoeder, in het begin van de eileider zitten (cornuaal) of bij het uiteinde (distaal) (figuur 3a – c).

Oorzaken van verklevingen en afgesloten eileiders zijn een infectie (meestal een seksueel overdraagbare infectie zoals Chlamydia (zie seksueel overdraagbare aandoeningen), endometriose (zie endometriose) of eerdere buikoperaties, buikvliesontsteking of blindedarmontsteking.

Sterilisatie

Een sterilisatie in het verleden waarbij de eileiders zijn afgesloten met clips of ringetjes, kan in veel gevallen ongedaan worden gemaakt. Als de eileiders dichtgebrand zijn vindt er meestal eerst een kijkoperatie (zie diagnostische laparoscopie) plaats om te beoordelen of herstel mogelijk is.

Eileiderverwijdering

Als de eileider uitgerekt is tot meer dan ongeveer 3 tot 5 centimeter, als de wand van de eileider stug en dik is, als de trilhaarcellen te veel zijn beschadigd of als er te veel vocht in de eileider zit (zoals bij een grote hydrosalpinx, eileider gevuld met vocht), is de kans op een zwangerschap laag en neemt de kans op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap (zie EUG) toe.

Eén eileider kan worden verwijderd als de andere eileider nog wel een goede kans op een zwangerschap geeft. Bij een IVF-behandeling kunnen dergelijke eileiders eventueel beide verwijderd.

Onderzoek voor de operatie

Voor een operatie vindt meestal onderzoek plaats om zo goed mogelijk te kunnen inschatten of de operatie de kans op een zwangerschap zal gaan vergroten (zie OFO, oriënterend fertiliteitonderzoek).

Zo'n onderzoek bestaat uit verschillende onderdelen:

- Bloedonderzoek naar *hormonen* om de reservecapaciteit van de eierstokken te beoordelen en onderzoek naar de kwaliteit van het sperma (zie OFO)
- *Echografie* (zie echoscopie) waarbij soms een afgesloten eileider of endometriose zichtbaar gemaakt kan worden.
- Een *hysterosalpingogram* (HSG) waarbij een idee kan worden gekregen van de vorm van de baarmoeder en de eileiders en de doorgankelijkheid van de eileiders kan worden getest (zie OFO, oriënterend fertiliteitonderzoek).
- Een *kijkoperatie* (zie diagnostische hysteroscopie en laparoscopie) waarbij het mogelijk is de baarmoederholte, de eierstokken en de eileiders te bekijken. Dit onderzoek is het meest geschikt om endometriose en verklevingen te beoordelen. Ook wordt hierbij de doorgankelijkheid van de eileiders getest.

De operatie

Bij de operatie kan gekozen worden voor een buikoperatie (laparotomie), meestal via een 'bikinisnede', of voor een kijkoperatie (zie therapeutische laparoscopie). Er zijn verschillende operaties mogelijk; soms worden ze ook gecombineerd.

Adhesiolyse

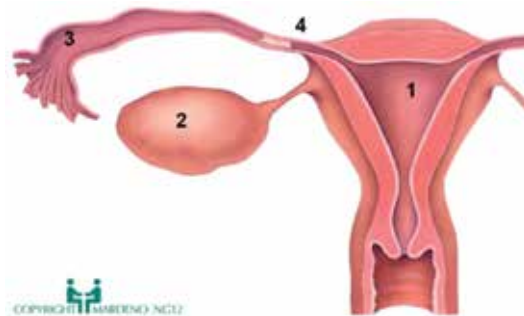
Bij adhesiolyse worden de eierstokken en eileiders vrijgemaakt van verklevingen, zodat de eicel weer door de eileider kan worden opgepakt (figuur 2).

Cornuale anastomose

Bij een cornuale anastomose wordt de verbinding tussen de baarmoeder en de eileider hersteld: de gynaecoloog haalt het afgesloten gedeelte dicht bij de baarmoeder uit de eileider en hecht de eileider opnieuw aan de baarmoeder (figuur 3a en b).

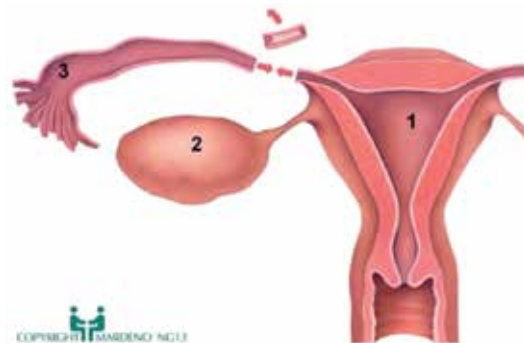
Figuur 3a

1. baarmoeder
2. eierstok
3. eileider
4. de afsluiting



Figuur 3b

1. baarmoeder
2. eierstok
3. eileider



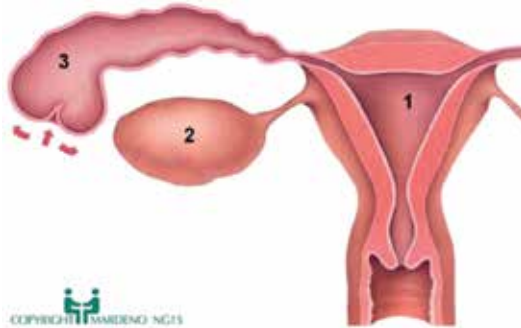
Het afgesloten gedeelte van de eileider, dichtbij de baarmoeder, wordt weggehaald en opnieuw aan elkaar gehecht

Fimbriolysis en salpingostomie

Bij deze operatie maakt de gynaecoloog de uiteinden (de fimbriae) van de eileiders weer open. Gaat het om een gedeeltelijke verkleving, dan heet dit fimbriolysis; gaat het om een geheel afgesloten eileider, dan noemt men de ingreep salpingostomie (figuur 3c). Het openen van de afsluiting van de eileider ter plaatse van de fimbriae. Na het openen worden de uiteinden aan de eileider vastgehecht.

Figuur 3c

1. baarmoeder
2. eierstok
3. eileider



Refertilisatie

Hierbij zijn bij een eerdere sterilisatie de eileiders afgesloten. De gynaecoloog verwijdert het afgesloten gedeelte uit de eileiders en hecht de uiteinden opnieuw aan elkaar.

Eileiderverwijdering, tubectomie

Hierbij worden één of beide eileiders verwijderd. Dit is het geval als door een afsluiting de eileider langdurig is uitgerekt, de spierwand te stug is of de trilhaarcellen te veel beschadigd zijn.

Endometriose

Bij endometriose wordt in principe zo weinig mogelijk geopereerd. Alleen als de pijnklachten te hevig zijn of als de eierstokken te groot zijn voor een IVF-behandeling, kan verwijdering van endometriose zinvol zijn (zie endometriose).

Bij de operatie worden endometrioseplekken weggebrand of weggesneden en worden eventuele cysten in de eierstokken uitgepeld.

Andere operaties?

Het is niet mogelijk de eileider aan de binnenzijde te opereren. De trilhaarcellen en de spierwand van de eileider kunnen niet verbeterd worden.

Verloop van de operatie

Bij de operaties probeert de gynaecoloog zoveel mogelijk de natuurlijke situatie te herstellen: het gaat er vooral om dat de eileider de eicel weer kan oppakken en er moet zo weinig mogelijk schade worden veroorzaakt. Dat kan betekenen dat dikke, stugge verklevingen niet verwijderd worden, omdat de kans dat ze terugkomen te groot is of omdat het risico van schade van andere organen te groot is.

Om zo weinig mogelijk schade te berokkenen gebruikt de gynaecoloog speciale instrumenten en wordt tijdens de operatie veel gespoeld om uitdroging van de eileiders, eierstokken en omringende weefsel te voorkomen. Ook kan de gynaecoloog een loepbril of een operatiemicroscop gebruiken. Tijdens de operatie kunt u via de schede een dun slangetje in de baarmoederholte krijgen met een blauwe kleurstof die door de eileiders wordt gespoten. Zo kan men zien of de eileiders doorgankelijk zijn (geworden). Eventueel krijgt u via een infuus antibiotica om een infectie te voorkomen.

Kans op zwangerschap

De kans op een zwangerschap is afhankelijk van de grootte van de afwijkingen en van uw leeftijd. De gynaecoloog zal voor en na de operatie een schatting van deze kans geven.

Na adhesiolyse is de kans op een zwangerschap ongeveer 50 procent en de kans op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap ongeveer 2 procent.

Voor een fimbriolysis zijn deze kansen respectievelijk 60 en 6 procent, voor een salpingostomie 25 en 8 procent en voor een cornuale anastomose 50 en 8 procent.

De kans op een zwangerschap na refertilisatie is afhankelijk van de methode die indertijd voor de sterilisatie is gebruikt, en wederom van uw leeftijd. Dit varieert van ongeveer 60 procent tot 85 procent, met een kans op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap van ongeveer 5 procent. Negen van de tien zwangerschappen ontstaan in de eerste vijftien maanden na de operatie. Er bestaat geen verhoogde kans op een meerling. De kans op een volgende zwangerschap blijft na een geslaagde operatie gedurende uw hele vruchtbare leven bestaan.

Mogelijke complicaties en bijwerkingen

Op korte termijn

De complicaties die bij een vruchtbaarheidbevorderende operatie kunnen optreden, zijn hetzelfde als bij elke buikoperatie of kijkoperatie (zie therapeutische laparoscopie).

Dit kunnen zijn: beschadiging aan darmen of blaas, infectie, bloedingen en/of trombose.

Hebt u na de operatie buikpijn, koorts of afscheiding die er anders uitziet of ruikt, dan moet u contact opnemen met de gynaecoloog.

Op lange termijn

Na elke vruchtbaarheidbevorderende operatie bestaat er een kans op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap (zie EUG). Bent u over tijd, dan is het verstandig een zwangerschapstest te doen. Als deze positief is kunt u het beste een afspraak maken voor een inwendige echo (zie echoscopie) wanneer u twee tot vier weken over tijd bent.

Dan kan worden bekeken of het embryo zich in de baarmoederholte bevindt.

Is er nog geen echo gemaakt en hebt u buikpijn en/of bloedverlies bij een positieve zwangerschapstest, neem dan contact op met de gynaecoloog.

Na de operatie

Op korte termijn

Bij koorts, afscheiding die er anders uitziet of ruikt en bij buikpijn moet u contact opnemen met de gynaecoloog. Meestal is het herstel na een kijkoperatie snel (één tot enkele dagen) ; na een buikoperatie duurt het iets lange (enkele dagen) , maar kunt u ook al snel uw gewone bezigheden weer opnemen. Lichte buikpijn en pijn in de schouders (door het lucht in de buik bij een kijkoperatie) zijn gewoon, net zoals licht vaginaal bloedverlies. Het is verstandig minstens één gewone menstruatie af te wachten voordat u zwanger probeert te worden.

Op lange termijn

De operatie heeft niet altijd tot gevolg dat u zwanger wordt. Dit heeft te maken met de kansen van slagen (zie kans op zwangerschap) . Verklevingen kunnen terugkomen en ook op nieuwe plaatsen ontstaan.

De gynaecoloog zal met u bespreken wanneer u weer het beste terug kunt komen als een zwangerschap uitblijft. Meestal is dit een jaar na de operatie. Dan kan eventueel bekeken worden aan de hand van een röntgenfoto (HSG, zie OFO) of een kijkoperatie (zie diagnostische laparoscopie) of de eileiders nog doorgankelijk zijn, of kan een IVF-behandeling worden overwogen (zie IVF) .

Tot slot

Vruchtbaarheidbevorderende operaties brengen beslissingen en keuzes met zich mee. Bespreek alle voor- en nadelen met de gynaecoloog.

De tijd rondom de operatie is meestal erg spannend. Praat erover met uw partner, familie, uw vrienden of uw arts. Ook kan het helpen contact te hebben met vrouwen die in een vergelijkbare situatie zijn of zijn geweest.

Polikliniek Gynaecologie

T 010 297 52 40

van maandag tot en met vrijdag tussen 8.15 en 16.30 uur

www.ikazia.nl

Handig adres

Informatie Centrum Gynaecologie (ICG)

Oude Boteringestraat 60

9712 GM Groningen

T 050 3135646

www.icgynaecologie.nl

Websites voor meer informatie

www.nvog.nl

www.freya.nl

© 2004 NVOG

Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze folder berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) in Utrecht. Leden van de NVOG mogen deze folder, mits integraal, onverkort en met bronvermelding, zonder toestemming vermenigvuldigen.



Ikazia Ziekenhuis
Montessoriweg 1
3083 AN Rotterdam
www.ikazia.nl

Vruchtbaarheidsbevorderende operaties
800504-NL / 2012-08