



EEN DREUMES AAN DE BORST & IVF, GAAT DAT SAMEN?

**Kirsten Aendekerk-Guijt
Maart 2009**

**Paper aangeboden in het kader van de posthogeschoolopleiding
Lactatiekunde Hasselt
academiejaar 2008-2009**

Woord vooraf

Al lang voordat ik ruim 7 jaar geleden voor het eerst moeder werd, wist ik dat ik in ieder geval borstvoeding ging (proberen te) geven, mocht het éénmaal zover zijn. Wat ik toen nog niet wist, was dat ik door het 'borstvoedingsvirus' besmet ging worden en dat borstvoeding jaren later nog steeds een belangrijke rol in mijn leven zou spelen.

Als kersverse moeder van dochter Sanne werd ik al snel een vaste bezoeker van de informatiebijeenkomsten van Borstvoedingorganisatie LLL. Bijeenkomsten waarin ik veel leerde over borstvoeding, maar vooral ook leerde omgaan met de vragen en onzekerheden die bij het moederschap kwamen kijken. Ruim twee jaar later mocht ik mezelf 'LLL-leidster' noemen en ging ik zelf (a.s.) moeders die informatie en ondersteuning geven, die ik zelf als zo prettig had ervaren. Werk dat ik nog steeds met veel liefde en enthousiasme doe, maar dat me er ook steeds meer van bewust maakte dat dit hetgeen zou zijn dat ik graag 'beroepsmatig' zou willen doen. En dat maakte dat ik oktober 2008 startte met de opleiding 'postgraduaat lactatiekunde' aan de KHLIM te Hasselt. Na jaren weer terug in de schoolbanken. Heel leuk, maar niet altijd even gemakkelijk. Het weer leren 'leren', een paper schrijven, een gezin combineren met een opleiding; dingen die veel tijd en energie hebben gekost, maar ook zeker de investering waard waren.

Zonder de ondersteuning van een aantal mensen was me dit alles echter nooit gelukt en ik wil dan ook graag een aantal mensen heel hartelijk bedanken.

Ten eerste Magda Vaes (vroedvrouw en lactatiekundige IBCLC), Gonneke van Veldhuizen-Staas (onderwijzer, lactatiekundige IBCLC), Manon Liebe (verloskundige en lactatiekundige IBCLC) en Jill Smets (vroedvrouw en lactatiekundige IBCLC). Vrouwen die met een enorme passie voor hun werk en met heel veel geduld het grootste gedeelte van de opleiding weten vorm te geven. Magda als coördinator van de opleiding, Gonneke en Manon als leerkrachten met hun zeer ruime kennis op het gebied van de lactatiekunde en Jill als leerkracht op het gebied van wetenschappelijk onderzoek.

Ten tweede degenen die me hebben ondersteund bij het maken van deze paper: Ellen Kamman (LLL-leidster) als kritische kijker naar mijn vragenlijst; Willy Gielen (kinderverpleegkundige en lactatiekundige IBCLC), Evelyne van Andel (voorzitter Borstvoedingorganisatie LLL en lactatiekundige IBCLC) en Stefan Kleintjes (kinderdiëtist, auteur en eigenaar en beheerder van www.borstvoeding.com) als overlegbaken en proeflezer en ook mijn klasgenoten waarvan ik een aantal zeer nuttige tips kreeg.

Ook wil ik een woord van dank uitspreken naar de vrijwilligsters van Borstvoedingorganisatie LLL. De kennis en kunde die binnen die organisatie aanwezig is, is enorm en maakten mij al vroeg duidelijk dat 'lactatiekunde' een gebied is waarin je nooit uitgeleerd zal zijn.

Verder wil ik de moeders bedanken die aan deze paper hun bijdrage leverden door het invullen van de vragenlijst.

Tot slot de mensen die mijn meeste waardering verdienen: mijn man Stefan en mijn kinderen Sanne en Daan. Zowel praktisch als mentaal zijn zij een enorme steun geweest, terwijl het voor hen zeker niet altijd even gemakkelijk was dat mama weer in de schoolbanken zat. Werk dat thuis bleef liggen, een mama die alwéér achter de computer zat, een vrouw en moeder die humeurig was vanwege een paper die af moest, werktijden die moeiteloos werden aangepast op de schooldagen om de kinderen niet al voor schooltijd bij een oppas te moeten afleveren. Het kon toch maar even allemaal.

Mensen, heel hartelijk bedankt allemaal!!!

Kirsten
(én mama)

Samenvatting

Kan een moeder die een kindje van 1 jaar of ouder aan de borst heeft een IVF-behandeling ondergaan, zonder dat zij de borstvoeding aan haar kind moet afbouwen? Het algemeen beeld dat hierover leeft bij artsen en moeders is dat beide zaken niet te combineren zijn. Aangegeven redenen: de bij een IVF-behandeling gebruikte medicijnen zouden niet samen kunnen met borstvoeding én borstvoeding zou de slagingskans van de IVF-behandeling negatief beïnvloeden. Met name het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek over een combinatie van borstvoeding en IVF speelt een rol in dit beeld.

Toch is er ook een ander geluid te horen. Zo zijn er situaties waarin gebleken is dat een vrouw die partieel borstvoeding geeft en haar volledige cyclus weer terug heeft, perfect gestimuleerd zou kunnen worden en waarbij de slagingskans van de IVF-behandeling zeker niet negatief beïnvloed wordt. Helaas zijn deze situaties niet beschreven en niet gepubliceerd.

Het geven van borstvoeding heeft invloed op de terugkeer van de vruchtbaarheid. Over het algemeen genomen duurt het bij vrouwen die borstvoeding geven langer eer de menstruele cyclus (= proces van regelmatig terugkerende fysiologische veranderingen van de vrouwelijke genitaliën onder invloed van een hormonaal samenspel tussen hypothalamus, hypofyse en eierstokken) terugkeert. Hoe het proces van borstvoeding geven de terugkeer van de vruchtbaarheid beïnvloedt, is (nog) niet volledig duidelijk geworden uit wetenschappelijk onderzoek, maar aangenomen wordt dat de 'suckling stimulus' ofwel 'het zuigen van het kind aan de borst', hierin een belangrijke rol speelt.

Wel zijn er een aantal factoren te benoemen die invloed hebben op duur van de amenorroe. Deze zijn onder te verdelen in 'factoren verband houdend met het drinken van het kind aan de borst' en 'factoren geen verband houdend met het drinken van het kind aan de borst'. Enkele factoren die van invloed zijn, zijn: tijdsduur tussen geboorte van het kind en eerste borstvoeding, tijdstip van start bijvoeden, fopspeengebruik, gezondheid van het kind en voeding van de moeder. In het proces van terugkerende vruchtbaarheid zijn tevens een aantal fasen te herkennen welke zeer individueel bepaald verlopen.

Eén en ander kan het dus moeilijk maken te bepalen wanneer een vrouw weer haar volledige cyclus en zo haar vruchtbaarheid terug heeft. Aanvullende handelingen om na te gaan of er een ovulatie optreedt, de opbouw van het baarmoederslijmvlies optimaal is, de diverse fasen binnen de menstruele cyclus voldoende lang zijn, kunnen hierbij ondersteuning bieden.

Vrouwen die een kindje aan de borst hebben, kunnen hun volledige menstruele cyclus weer terug hebben en dus ook weer volledig vruchtbaar zijn.

Een IVF-behandeling beslaat een aantal fasen. Eerst worden de ovaria gestimuleerd tot het gelijktijdig laten rijpen van meerdere eicellen, deze worden daarna op het juiste moment opgezogen via een punctie om zo buiten het lichaam een eventuele bevruchting tot stand te kunnen laten komen. Goede embryo's worden daarna in de baarmoeder van de vrouw geplaatst in de hoop dat er een zwangerschap uit gaat volgen.

Tijdens deze behandeling moet een vrouw verschillende soorten medicijnen gebruiken. Gonadotrofinen om meerdere eicellen tegelijkertijd tot ontwikkeling te laten komen, LHRH-analogen ofwel – antagonist om de eigen hormoonwerking van de vrouw te onderdrukken, zodat deze zo goed mogelijk volledig van buiten af beïnvloed kan worden en de kans op storing zo klein mogelijk is en hCG-hormonen die de eicellen 'klaar' maken voor punctie en die de baarmoederwand gereedmaken voor innesteling van de bevruchte eicel.

Deze medicijnen blijken compatible te zijn met borstvoeding. Wel moet rekening worden gehouden met een reële kans op terugloop van de melkproductie als gevolg van het gebruik van deze medicatie en zal er dus per moeder-kind paar apart bekeken moeten worden of het wenselijk is de IVF-behandeling en borstvoeding te combineren.

Een lactatiekundige die te maken krijgt met een vrouw die een dreumes aan de borst heeft en vragen heeft betreffende de combinatie IVF en borstvoeding, heeft een aantal punten die een rol kunnen spelen in de begeleiding van deze vrouw. Zij moet oog hebben voor de impact van een IVF-behandeling, rekening houden met de mogelijke "tweestrijd" waarin moeders/ouders zitten én goede en duidelijke informatie/begeleiding kunnen bieden betreffende het geven van borstvoeding tijdens een zwangerschap, het afbouwen van de borstvoeding en het gebruik van medicatie. Tevens kan zij de vrouw ondersteunen in haar contacten met andere zorgverleners.

Inhoudsopgave

Woord vooraf		
Samenvatting		
Inhoudsopgave		
Inleiding		1
Hoofdstuk 1	Borstvoeding en vruchtbaarheid	2
	1.1 Inleiding	2
	1.2 Menstruele cyclus	2
	1.3 Hormonen tijdens zwangerschap en lactatie	3
	1.4 Terugkeer van vruchtbaarheid	4
Hoofdstuk 2	In vitro fertilisatie	7
	2.1 Inleiding	7
	2.2 IVF-behandeling in het kort	7
	2.3 Medicijnen	9
Hoofdstuk 3	Een dreumes aan de borst & IVF, gaat dat samen?	11
	3.1 Inleiding	11
	3.2 Informatieverzameling en resultaten	11
	3.3 IVF-medicatie en borstvoeding	12
	3.3.1 Medicatie en borstvoeding	12
	3.3.2 IVF-medicatie nader bekeken	13
	3.3.3 Compatible of niet?	16
	3.4 Slagingskans IVF-poging en borstvoeding	18
	3.5 Een dreumes aan de borst & IVF, gaat dat samen?	19
Hoofdstuk 4	Aandachtspunten voor de lactatiekundige	20
	4.1 Inleiding	20
	4.2 Aandachtspunten voor de lactatiekundige	20
Besluit		23
Literatuurlijst		25
Bijlagen	Bijlage 1 Oproep	28
	Bijlage 2 Vragenlijst	29
	Bijlage 3 Resultaten	33
	Bijlage 4 Contacten met IVF-artsen/-klinieken	41

Inleiding

Op een aantal ouder-/borstvoedingsfora komt zo af en toe de vraag voorbij of je een IVF-behandeling kunt ondergaan terwijl je een kindje aan de borst hebt. Moeders die voor een volgende zwangerschap zijn aangewezen op IVF (In Vitro Fertilisatie) vragen zich af of zij de borstvoeding aan hun dreumes volledig moeten afbouwen voor ze aan een (nieuwe) IVF-behandeling kunnen beginnen of dat het toch mogelijk is borstvoeding te blijven geven gedurende de behandeling. Doorgaans krijgen zij te horen van hun IVF-arts dat afbouwen van de borstvoeding noodzakelijk is, een enkele keer is dit weer niet nodig. Verschillende adviezen dus, wat het er voor de moeders/ouders niet makkelijker op maakt om een goede keuze te maken. Wat is nu het juiste antwoord? Een lactatiekundige kan met deze vraag te maken krijgen. En het antwoord...dat ligt zo één, twee, drie niet klaar.

In deze paper wordt een antwoord gegeven op de vraag: 'Een dreumes aan de borst & IVF, gaat dat samen?'. Moet een moeder die een kindje van 1 jaar of ouder aan de borst heeft en voor een volgende zwangerschap is aangewezen op in vitro fertilisatie, altijd de borstvoeding afbouwen voor zij aan de IVF-behandeling kan beginnen? Of zijn er ook situaties mogelijk waarin dat niet altijd nodig is?

Voordat er op bovenstaande vraag een antwoord gegeven kan worden gegeven, moeten eerst aan aantal andere zaken duidelijk zijn.

In hoofdstuk 1 wordt ingegaan op de invloed van borstvoeding op de (terugkeer van de) vruchtbaarheid van de vrouw. Hoe zit een 'normale' menstruatiedicyclus in elkaar? Welke hormonen spelen hierbij een rol, hoe zit dat tijdens de zwangerschap en tijdens de lactatie? Welke factoren spelen een rol bij de terugkeer van de vruchtbaarheid?

Daarna wordt in het tweede hoofdstuk een kort beeld gegeven van het verloop van een IVF-behandeling en de daarbij gebruikte medicijnen.

In hoofdstuk 3 komt de vraag: 'Een dreumes aan de borst & IVF, gaat dat samen' aan bod. De vraag die het uitgangspunt is van deze paper, welke in dit hoofdstuk onderverdeeld wordt in twee deelvragen, namelijk: 'Is de bij een IVF-behandeling gebruikte medicatie compatible met borstvoeding?' en 'Heeft het geven van borstvoeding invloed op de slagingskans van de IVF-behandeling?'. Antwoorden op deze vragen worden gegeven.

Aandachtspunten voor de lactatiekundige worden geformuleerd in hoofdstuk 4. Wat zijn nu concrete punten waar een lactatiekundige iets mee kan?

Tot slot volgt het besluit van deze paper. Welke conclusies kunnen worden getrokken? Wat zijn aanbevelingen voor de toekomst?

Hoofdstuk 1 Vruchtbaarheid en borstvoeding

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt verduidelijkt hoe de 'normale' vruchtbaarheid in elkaar steekt en welke invloed het geven van borstvoeding hierop kan hebben. Er zal een antwoord worden gegeven op vragen als: Hoe verloopt de menstruele cyclus bij een vrouw? Welke hormonen spelen hierbij een rol? Welke invloed heeft het geven van borstvoeding op de terugkeer van de vruchtbaarheid?

1.2 Menstruele cyclus.

Onder menstruele cyclus verstaat men de regelmatig terugkerende fysiologische veranderingen van de vrouwelijke genitaliën onder invloed van een hormonaal samenspel tussen hypothalamus, hypofyse en eierstokken. In grote lijnen is deze op te splitsen in 4 fasen:

Fase 1: De follicelfase:

Het door de hypothalamus geproduceerde GnRH (gonadotrofine releasing hormoon) zet de hypofyse aan tot de productie en afgifte van FSH (follikel stimulerend hormoon) en LH (luteïniserend hormoon). In de eierstokken stimuleert FSH de groei van een eiblaasje (follikel) waarin een eicel zit. Dit follikel produceert, naarmate het groeit, een steeds grotere hoeveelheid oestrogenen.

Fase 2: De ovulatie:

Wanneer de concentratie oestrogenen in het bloed een bepaalde hoogte heeft bereikt, treedt er een terugkoppelingsmechanisme in werking, waardoor de productie en afgifte van FSH vermindert en zo dus ook de productie en afgifte van oestrogenen. De hoeveelheid LH die ondertussen wordt afgescheiden bereikt een piek, de zg. LH-piek, wat ervoor zorgt dat de follikel zo snel gaat groeien dat het openbarst en het eitje er uit kan (= eisprong).

Fase 3: De luteale fase:

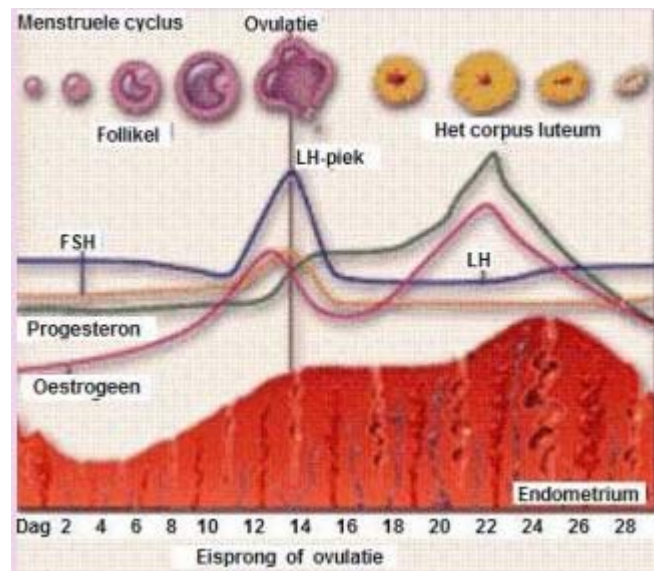
Onder invloed van het LH worden de resten van de follikel gevormd tot het corpus luteum, wat een tweetal hormonen gaat produceren; oestrogenen zorgen ervoor dat de reeds in fase 1 gestarte groei van het baarmoederslijmvlies zich voortzet. Progesteron maakt dit baarmoederslijmvlies gereed voor de eventuele innesteling van de bevruchte eicel.

Fase 4: De menstruatie:

Wanneer de eicel niet wordt bevrucht, dan zal het gele lichaam (corpus luteum) verschrompelen, waardoor de productie van oestrogenen en progesteron vermindert, wat op

hun beurt weer de afstoting van het baarmoederslijmvlies en zo de menstruatie tot gevolg heeft.

Is de eicel wel bevrucht, dan blijft het corpus luteum langer bestaan (namelijk zo'n 16 weken) en zal de productie van oestrogenen en progesteron blijven voortbestaan. De productie van deze hormonen wordt later overgenomen door de placenta (Salomé, Huson & Brouwer, 1987).

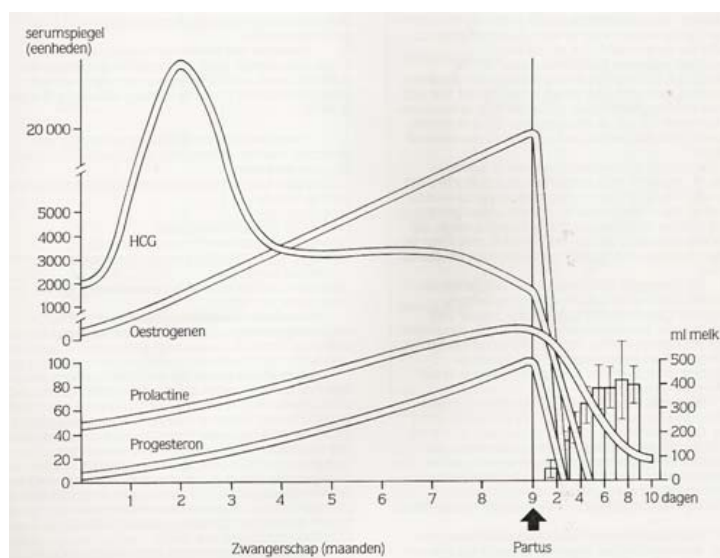


(Freya, 2006)

1.3 Hormonen tijdens zwangerschap en lactatie

Tijdens de zwangerschap neemt onder invloed van progesteron, prolactine, oestrogenen en HPL (Humaan Placentair Lactogeen hormoon), de hoeveelheid melkklierweefsel toe.

Alhoewel er prolactine aanwezig is, wordt de melkproductie negatief beïnvloed door de aanwezigheid van oestrogenen en progesteron. Door de aanwezigheid van progesteron,



kunnen de prolactine-receptoren namelijk niet bezet worden door prolactine (King, 2007). Na de geboorte van het kind en de placenta daalt de hoeveelheid oestrogenen en progesteron enorm en zal de prolactine zijn werk kunnen gaan doen (Riordan, 2005).

(Liebe, 2009)

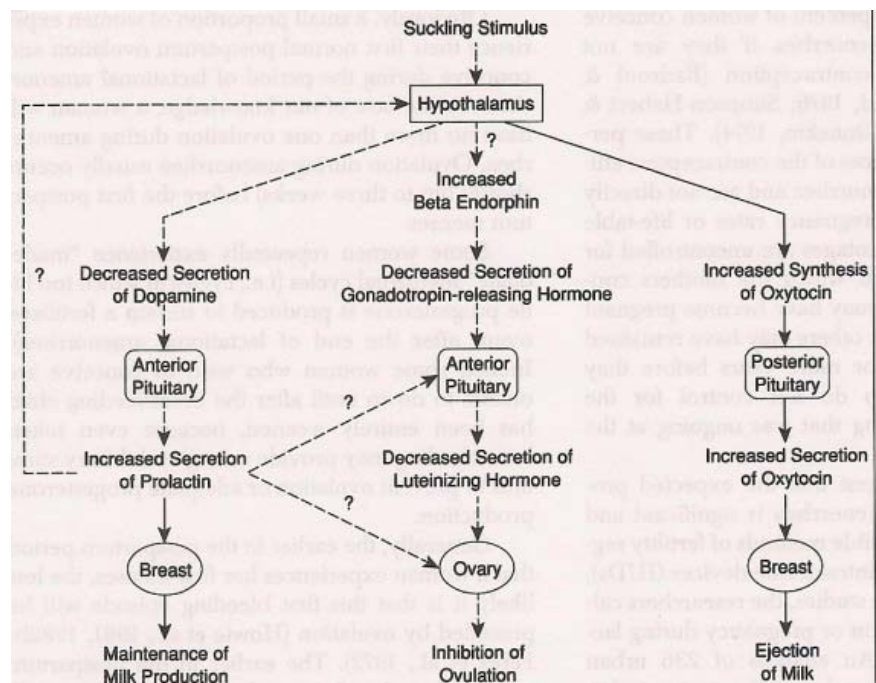
Naast prolactine, het hormoon dat verantwoordelijk is voor de melkproductie, speelt oxytocine, als 'melkvrijlatings hormoon' een belangrijke rol in de lactatieperiode.

1.4 Terugkeer van vruchtbaarheid

Bij een niet-lacterende vrouw is rond 4 weken post partum het LH-niveau weer 'normaal' en zullen de menstruele cycli zich kunnen hervatten. Opgemerkt dient te worden dat deze cycli niet altijd meteen helemaal optimaal verlopen.

Bij een lacterende vrouw gaat hier, over het algemeen genomen, langere tijd overheen. Het LH-niveau blijft langer lager dan 'normaal' en de manier waarop het in de bloedbaan gebracht wordt is niet optimaal. Dit kan zelfs het geval zijn tijdens follikelgroei in een ovarium. Aangenomen wordt dat het zuigen van het kind aan de borst (suckling stimulus) een belangrijke rol speelt in dit proces. De 'suckling stimulus' reduceert de namelijk de secretie van GnRH door de hypothalamus en dus van LH, maar hoe dat precies in elkaar zit, is (nog) niet bekend. Ook de rol die prolactine speelt in dit proces, is niet zeker (Riordan, 2005).

Schematisch afgebeeld:



Opmerking hierbij is dat bij het afkolven van moedermelk (met de hand of met een borstkolf) de kans groter is dat de vruchtbaarheid eerder terugkeert dan wanneer een kind altijd rechtstreeks aan de borst drinkt (King, 2007).

Zowel in het artikel 'Borstvoeding en vruchtbaarheid [1]' als in 'Borstvoeding en het uitblijven van vruchtbaarheid' komt naar voren dat er in de terugkeer van de vruchtbaarheid verschillende fasen te herkennen zijn, te weten:

- Geen menstruatie;
- Wel menstruatie, maar niet voorafgegaan door een ovulatie;
- Wel een ovulatie, maar niet de benodigde hormoonspiegels voor bevruchting;
- Wel ovulatie en bevruchting mogelijk, maar een te korte luteale fase, waardoor de baarmoeder onvoldoende gereed is om de bevruchte eicel te laten innestelen;
- Wel een ovulatie, bevruchting en implantatie, maar niet de juiste hormoonspiegels om de zwangerschap te laten voortduren. Gevolg: zeer vroege miskraam zonder dat de vrouw wist dat ze zwanger was;
- Volledige vruchtbaarheid.

Hoe een en ander verloopt, is echter erg individueel bepaald. Toch is uit onderzoek gebleken dat er wel een aantal algemene verbanden te leggen zijn. Riordan (2005) meldt bijvoorbeeld 'hoe sneller een vrouw na de bevalling haar eerste menstruatie heeft, des te kleiner is de kans dat deze menstruatie voorafgegaan wordt door een ovulatie' én 'hoe vroeger na de bevalling de eerste ovulatie plaatsvindt, dus te kleiner is de kans dat deze samen gaat met een adequate luteale fase en progesteron productie'.

Ook zijn er factoren te noemen die invloed hebben op de duur van de amenorroe (=niet optreden van periodiek menstrueel bloedverlies in de fertile levensfase (NHG, n.d.)). Deze worden onderverdeeld in 'factoren verband houdend met de voeding van het kind aan de borst' en 'factoren geen verband houdend met de voeding van het kind aan de borst'.

Factoren verband houdend met de voeding van het kind aan de borst:

- Een lange tijd tussen de geboorte van het kind en de eerste borstvoeding, kan leiden tot een kortere amenorroeduur (WHO, 1998).
- Meer tijd drinkend aan de borst per 24 uur, over het algemeen een langere amenorroeduur (WHO, 1998).
- Frequentie van de borstvoedingen. Hogere frequentie leidt over het algemeen tot een langere amenorroeduur (WHO, 1998).
- Tijdstip waarop gestart wordt met bijvoeden. Later starten geeft een langere amenorroeduur (WHO, 1998).
- Hoeveelheid bijvoeding die een kind krijgt. Het risico van de terugkeer van de menstruatie stijgt enorm wanneer 50% of meer van het aantal voedingen van een kind uit supplementen bestaat (WHO, 1998).

- Suppletie met water of andere calorievrije dranken hebben een positieve invloed op de amenorroeduur. Dit lijkt tegenstrijdig, maar uit onderzoek blijkt dat kinderen die gesuppleerd worden met water/andere calorievrije dranken, gemiddeld genomen vaker aan de borst drinken in vergelijking met kinderen die dit niet gesuppleerd krijgen (WHO, 1998).
- Fopspeengebruik. Deze worden vaak gebruikt om de tijd tussen twee borstvoedingen te verlengen, waardoor de frequentie van het aantal voedingen beperkt wordt. (Ingram, Hunt, Woolridge, Greenwood, 2004) Tevens wordt in dat artikel melding gemaakt van een onderzoek waaruit blijkt dat vroege introductie van een fopspeen de totale lengte van de borstvoedingsperiode negatief beïnvloedt (en zo dus ook de lengte van de amenorroeperiode).

Factoren geen verband houdend met de voeding van het kind aan de borst:

- Een hoger aantal levend geboren kan leiden tot een langere amenorroeduur. Alhoewel dit verband niet altijd door andere onderzoekers wordt gezien, zou het een relatie kunnen hebben met eerdere borstvoedingservaringen (ervaring & vertrouwen) (WHO, 1998).
- Een lage BMI op 6 tot 8 weken postpartum kan een langere amenorroeduur tot gevolg hebben. Afgeleid van het gegeven dat een laag lichaamsgewicht pathologische amenorroe tot gevolg kan hebben (WHO, 1998).
- Gezondheid van het kind, waarbij meer 'ziekteperiodes' doorgaans een langere amenorroeduur geeft (WHO, 1998).
- Progesterongehalte van de moeder postpartum. Hoger progesterongehalte postpartum geeft een langere amenorroeduur (Ingram, Hunt, Woolridge, Greenwood, 2004).
- Voeding van de moeder. Volgens Van den Broecke (2006) heeft met name een overvloed aan eiwitrijk voedsel tot gevolg dat de menstruatie sneller terugkeert.
- Gebruik van anticonceptie snel na de geboorte. Radwan, Mussaiger en Hachem (2009) zagen in hun studie dat bij vrouwen die hormonale anticonceptie gebruikten de amenorroeduur korter was in vergelijking met vrouwen die geen hormonale anticonceptie gebruikten.

Nota bene: Wasalathanthri en Tennekoon (2001) melden dat ook een BMI ≥ 26 invloed heeft op de terugkeer van de vruchtbaarheid. Zij zagen niet zozeer een langere amenorroeduur, maar wel dat bij deze vrouwen het aantal anovulaire cycli groter was in vergelijking met vrouwen die een BMI ≤ 19 . Het moment van terugkeer van de vruchtbaarheid lag bij beide groepen ongeveer gelijk.

Hoofdstuk 2 In vitro fertilisatie

2.1 Inleiding

Om in deze paper een antwoord te kunnen geven op de vraag of een moeder met een dreumes aan de borst een IVF-behandeling kan ondergaan, is natuurlijk wel belangrijk te weten hoe een IVF-behandeling nu in elkaar steekt. Welke fasen kun je onderscheiden? Wat zijn veel voorkomende medicijnen die gebruikt worden? In dit hoofdstuk wordt dit verduidelijkt.

2.2 IVF-behandeling in het kort

In Vitro Fertilisatie (IVF) is een vruchtbaarheidsbehandeling, waarbij de bevruchting buiten het lichaam tot stand komt. Letterlijk betekent het 'in glas bevruchting'. Een andere, regelmatig gebruikte benaming is 'reageerbuisbevruchting'. In ieder geval worden eicellen en zaadcellen in een laboratorium bij elkaar gebracht, om zo hopelijk te leiden tot bevruchte eicellen en later embryo's (Freya, 2005).

Onder de benaming 'IVF' vallen een tweetal procedures, namelijk 'IVF' en 'ICSI'. Het verschil tussen beide is, is dat bij ICSI (= intracytoplasmatische sperma-injectie) de zaadcel rechtstreeks in de eicel geïnjecteerd wordt. Deze methode kan toegepast worden wanneer het aantal beweeglijke zaadcellen te klein is voor een goede kans op bevruchting. De behandeling bij beide procedures komt dus overeen, behalve dan de wijze waarop de eicel en zaadcel(len) samengebracht worden.

Een IVF-behandeling is in grote lijnen overal hetzelfde, er kunnen echter kleine verschillen zijn per ziekenhuis en eventueel per patiënt. De behandeling bestaat uit een aantal fasen (Verhoeve, 2004)

Fase 1: De stimulatie:

Het doel van deze fase is het laten groeien van meerdere eicellen. Hiervoor zijn hoge doseringen hormonen (FSH en LH) nodig, gedurende gemiddeld genomen zo'n tien tot veertien dagen.

Om te voorkomen dat de eisprong te vroeg optreedt, worden weer andere hormonen (GnRH-analogen/ GnRH-antagonisten) gebruikt. De werking van de eigen hypofyse van de vrouw wordt hierdoor onderdrukt.

Wanneer de follikels voldoende groot gegroeid zijn (de ontwikkeling van de follikels wordt regelmatig gevolgd via vaginale echo's), wordt door het geven van een injectie met LH, de rijping van de eicellen versneld en zal binnen 36 tot 38 uur de eisprong plaatsvinden.

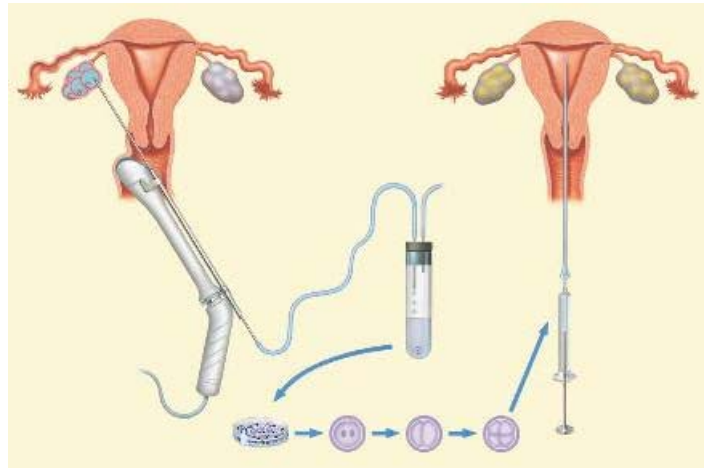
Fase 2: De punctie:

Ongeveer 34 tot 36 uur na de laatste injectie, dus net voor de 'spontane' eisprong, worden de follikels aangeprikt om de eicellen op te zuigen en beschikbaar te krijgen voor eventuele bevruchting. Een kleine pijnstilling, soms een narcose, kan hierbij nodig zijn.

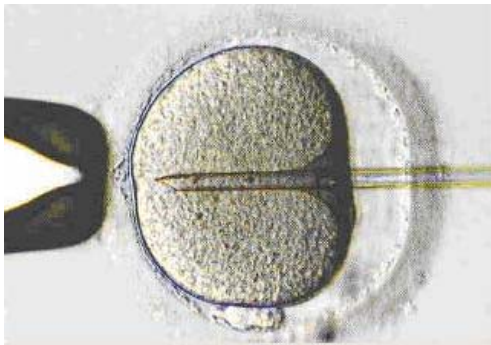
De man wordt gevraagd om vers sperma in te leveren.

Fase 3: De bevruchting:

Na 'behandeling' van de eicellen en de zaadcellen, worden deze samengebracht om eventuele bevruchtingen tot stand te laten komen.



(UZ Gent, 2008)



(UZ Gent, 2008)

Zo nodig wordt de zaadcel rechtstreeks in de eicel geïnjecteerd.

Om het slijmvlies van de baarmoeder voor te bereiden op de plaatsing van een embryo, moet de vrouw progesteron of hCG gaan gebruiken.

Fase 4: De plaatsing ofwel embryotransfer:

Op de tweede tot vijfde dag na de punctie kunnen de embryo's worden terug geplaatst, dit wordt per vrouw afzonderlijk bepaald.

Twee weken na de terugplaatsing is duidelijk of de vrouw zwanger is of niet.

Cryopreservatie:

Bij een IVF-behandeling ontstaan vaak meer embryo's dan bij die behandeling worden teruggeplaatst. De embryo's die van een goede kwaliteit zijn, kunnen eventueel worden ingevroren en dus bewaard, om later gebruikt te worden.

2.3 Medicijnen

Tijdens een IVF-behandeling worden verschillende medicijnen gebruikt. Deze medicijnen zijn in te delen in 4 groepen (Freya, 2005):

1: *Gonadotrofinen ofwel FSH.*

Door het toedienen van deze medicijnen kunnen er meerdere eicellen tegelijk tot ontwikkeling komen. Vaak gebruikte medicijnen die tot deze groep behoren zijn:

Gonal-F®:

De werkzame stof in Gonal-F® is follitropine ofwel follikelstimulerend hormoon (FSH). Een lichaamseigen stof die wordt aangemaakt in de hypofyse en bij vrouwen de groei en rijping van eicellen stimuleert. Tevens stimuleert het de eierstokken tot het produceren van oestrogenen.

Puregon®:

Ook van Puregon® is follitropine de werkzame stof. Zie verder de uitleg bij Gonal-F®.

Menopur®:

De werkzame stof in Menopur® is menopauzegonadotrofine. Dit is afkomstig uit de urine van vrouwen. Menopauzegonadotrofine bevat twee soorten hormonen, namelijk follitropine en lutropine. Beiden worden gemaakt door de hypofyse en bij vrouwen is de combinatie van beide nodig voor de ontwikkeling van de eicel, de eisprong en het begin van de zwangerschap.

2. *LHRH-analogen.*

LHRH-analogen werken in op de hormoonproductie van de hypofyse. Ze onderdrukken de eigen hormoonactiviteit en maken de kans op storing bij de rijping van de eicellen tijdens de IVF-behandeling zo klein mogelijk. Met LHRH-analogen wordt gestart in de maand voorafgaand aan de eigenlijke IVF-behandeling. Het duurt namelijk even voordat deze middelen de hormoonproductie onderdrukken.

Medicijnen die tot deze groep behoren:

Decapeptyl®:

De werkzame stof in Decapeptyl® is triptoreline. Het behoort tot de z.g. hypothalamushormonen en remt de aanmaak van zowel mannelijke als vrouwelijke geslachtshormonen. In combinatie met andere middelen kan hierdoor een betere controle over de eisprong ontstaan.

Lucrin®:

Leuproreline is de werkzame stof in Lucrin®. Ook dit behoort tot de z.g. hypothalamushormonen en remt dus de aanmaak van zowel mannelijke als vrouwelijke geslachtshormonen.

Synarel®:

De werkzame stof in Synarel® is nafareline. Dit remt de aanmaak van vrouwelijke geslachtshormonen, het is een z.g. hypothalamus-hormoon en wordt gebruikt om een betere controle te krijgen over de eisprong (in combinatie met andere middelen).

3. LHRH-antagonisten.

Deze hebben hetzelfde doel als de LHRH-analogen. Het verschil is dat met deze middelen pas gestart hoeft te worden enkele dagen voordat de eigenlijke eisprong wordt verwacht. Ze werken doorgaans sneller in op de hormoonhuishouding en zijn ook sneller weer uit het lichaam verdwenen.

Tot deze groep medicijnen behoren:

Cetrotide®:

De werkzame stof in Cetrotide® is cetrorelix. Het behoort tot de z.g. hypothalamus-hormonen en remt de aanmaak van vrouwelijke geslachtshormonen. Hierdoor kan het gebruikt worden om de eisprong uit te stellen.

Orgalutran®:

Ganirelix is de werkzame stof in Orgalutran®. Ook dit behoort tot de z.g. hypothalamus-hormonen. Zie verder de uitleg bij Cetrotide®.

4. hCG-hormonen

hCG-hormonen zorgen er enerzijds voor dat de eicellen een laatste groeispurt doormaken en 'klaar' zijn voor de punctie, anderzijds zorgen ze ervoor dat de baarmoederwand gereed gemaakt wordt voor innesteling van een bevruchte eicel.

Gebruikte medicijnen die tot deze groep behoren zijn:

Pregnyl®:

De werkzame stof in Pregnyl® is HCG (humaan choriongonadotrofine). Bij vrouwen stimuleert het de eisprong, de productie van oestrogenen door de eierstokken en het gereedmaken van de baarmoederwand voor innesteling van een bevruchte eicel.

Profasi®:

Ook van Profasi® is de werkzame stof HCG. Het wordt bereid uit de urine van zwangere vrouwen en heeft dezelfde werking als het natuurlijke luteïniserende hormoon.

Utrogestan®:

De werkzame stof in Utrogestan® is progesteron. Progesteron maakt het baarmoederslijmvlies gereed voor de innesteling van de bevruchte eicel.

Hoofdstuk 3 Een dreumes aan de borst & IVF, gaat dat samen?

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingaan op de vraag waarmee aan deze paper begonnen is. Kan een moeder een IVF-behandeling ondergaan terwijl ze een dreumes aan de borst heeft? Om enigszins een beeld te krijgen hoe er tegen deze vraag wordt aangekeken door artsen, maar ook door moeders, is er geprobeerd om informatie te verzamelen via het benaderen (telefonisch of per e-mail) van diverse IVF-centra/-artsen in Nederland en België én het plaatsen van een oproepje op diverse fora om moeders te vinden die bereid waren een vragenlijst in te vullen. Dit wordt even kort besproken.

De centrale vraag van deze paper wordt daarna opgesplitst in twee deelvragen, namelijk: 'Is de bij een IVF-behandeling gebruikte medicatie compatible met borstvoeding?' en 'Heeft het geven van borstvoeding invloed op de slagingskans van de IVF-behandeling?'. Antwoorden op deze vragen worden gegeven.

3.2 Informatie verzameling en resultaten

Het onderwerp van deze paper is niet zomaar uit de lucht komen vallen. Op internet is er zo af en toe iets over te lezen. Informatie die echter niet éénduidig is. Wat klopte daar nu van en wat niet?

Via verschillende wegen is er geprobeerd om informatie te verzamelen. Een kort overzicht hiervan:

Op het gebied van wetenschappelijk onderzoeken is er over de combinatie borstvoeding en IVF niets te vinden, dus pogingen om via die weg bruikbare informatie te vinden liepen helaas op niets uit.

Daarnaast is middels een oproep op diverse internetfora en -mailinglisten (onder andere het borstvoedingforum van de SBO, de IVF- en ICSI-mailinglist van Freya, het bijvoedingsforum ...) geprobeerd om vrouwen te vinden die zelf met deze situatie te maken hebben gehad of nu juist hebben. Een aantal vrouwen uit deze groep zijn bereid geweest een vragenlijst in te vullen. De oproep, de vragenlijst en de resultaten daarvan zijn te vinden in de bijlagen, respectievelijk bijlage 1, 2 en 3.

Tot slot is er telefonisch of via email contact opgenomen met een aantal IVF-centra/-artsen om na te gaan wat hun gedachten/ideeën over de combinatie 'een dreumes aan de borst en een IVF-behandeling ondergaan' waren. Gegevens hiervan zijn terug te vinden in bijlage 4.

Uit de verzamelde informatie komt naar voren dat over het algemeen door artsen/IVF-centra wordt aangegeven dat het niet mogelijk is een IVF-behandeling te ondergaan wanneer je een kindje aan de borst hebt. De redenen die daarvoor gegeven worden zijn:

1. De medicatie die gebruikt wordt tijdens een IVF-behandeling gaat niet samen met borstvoeding.
2. De slagingskans van de IVF-poging wordt negatief beïnvloed door het geven van borstvoeding.

Opvallend is wel dat niet elke arts hierover dezelfde mening heeft en dat er dus ook vrouwen zijn die beide wel mogen combineren.

Nog een opmerking is dat het opviel dat alle vrouwen over één kam worden geschoren. Er werd niet verder gevraagd naar bijvoorbeeld het gegeven of de vrouw inmiddels alweer een regelmatige cyclus terug had.

Moeders besluiten meestal de borstvoeding af te bouwen voordat ze beginnen aan een nieuwe IVF-behandeling. De belangrijkste reden die zij aangeven is de angst dat de medicatie die zij moeten gaan gebruiken, gevolgen zou kunnen hebben voor hun kind aan de borst.

3.3 IVF-medicatie en borstvoeding

Doorgaans wordt aangegeven dat de bij IVF gebruikte medicatie niet compatible is met borstvoeding. Is dat ook zo?

3.3.1 Medicatie en borstvoeding

Alvorens dit te bekijken is het goed te weten welke factoren belangrijk zijn in de transfer van medicatie in moedermelk. Hale noemt in 'Breastfeeding and human lactation' (2005) de volgende:

- Vetoplosbaarheid van het medicijn: Vetoplosbare medicijnen worden gemakkelijker uitgescheiden in moedermelk.
- Het moleculairgewicht van het medicijn: Grote moleculen kunnen de passage van bloed naar moedermelk niet maken.
- Het plasma-level van het betreffende medicijn in het bloed van de moeder (onder andere afhankelijk van de dosering, manier van toediening en tijdstip van toediening): Normaal gesproken is het zo dat hoe hoger het plasma-level van de moeder, hoe hoger de concentratie in de melk.

- Plasma-eiwit binding: Medicatie wordt gedeeltelijk gebonden aan de eiwitten in het moederlijk plasma. Gebonden deeltjes kunnen de passage naar moedermelk niet maken.
- Zuurgraad: moedermelk (pH 7,2) is zuurder dan bloed (pH 7,4). Basische medicijnen worden aangetrokken door een zuurdere omgeving en dus zal basische medicatie relatief in een hogere concentratie in moedermelk voorkomen.

Daarnaast zijn er nog een aantal factoren die de invloed van een medicijn op een kind kunnen beïnvloeden (Riordan, 2005; Post, 2007a)

- De hoeveelheid moedermelk die een kind drinkt per dag: Een kind dat nog relatief veel moedermelk drinkt, zal doorgaans meer van het medicijn binnen krijgen, dan een kind dat slechts 1 of 2 keer per dag drinkt bij z'n moeder.
- De orale 'bioavailability' van het medicijn bij het kind en daarmee samenhangend de plasmaconcentratie bij het kind.
- De concentratie van het geneesmiddel in de melk.
- De leeftijd van het kind en daarmee samenhangend de mogelijkheid van het kind om de medicijnen zelf af te breken.
- De periode dat het medicijn gebruikt dient te worden.

3.3.2 IVF-medicatie nader bekeken

In hoofdstuk 2 staat beschreven welke medicijnen doorgaans bij een IVF-behandeling worden gebruikt. Zijn deze compatible met het geven van borstvoeding? Hale beschrijft de meeste van deze medicijnen in z'n boek 'Medications and mothers' milk 2008' ofwel op z'n website. Ontbrekende gegevens in Hale (2008) konden worden aangevuld via het raadplegen van www.e-lactantia.org. Een overzicht:

Gonal-F®, *Puregon®*:

In Hale te vinden onder 'follicle stimulating hormones'.

Lactation risk category: L3

T $\frac{1}{2}$ = 3,9 – 70,4 uur

T max = 6 – 18 uur

MW = 34.000 daltons

Oral bioavailability = none

Hij merkt verder het volgende op: 'FSH is a large molecular peptide and is very unlikely to enter milk or be orally bioavailable to an infant. However, it is not known if the administration of FSH, and te subsequent maternal changes in estrogen and progesterone, would alter the

<p>T $\frac{1}{2}$ = halfwaardetijd T max = tijdstip waarop het plasma-level het hoogste is MW = moleculair gewicht PB = proteïne binding</p>

production of milk. It is likely, since the onset of pregnancy is commonly followed by a decrease in milk production in most mothers' (citaat, pag.412)

Menopur®:

In Hale vermeldt onder 'menotropins'.

Lactation risk category: L3

T $\frac{1}{2}$ = 3,9 – 70,4 uur

T max = 6 uur

MW = 34.000 daltons

Oral bioavailability = 0 %

Verder: 'FSH and LH are large molecular weight peptides and would not likely penetrate into human milk. Further, they are unstable in the GI tract and their oral bioavailability would be minimal to zero even in the infant' (citaat, pag.600)

Decapeptyl®:

In Hale te vinden onder 'triptorelin pamoate'.

Lactation risk category: L3

T $\frac{1}{2}$ = 3 uur bij toediening intra veneus

T max = 1 week

MW = 1699 daltons

PB = 0 %

Oral bioavailability = nil

Citaat (pag.960): 'Some caution is recommended until more is known about this drug effect on milk production. It is extremely unlikely this agent would penetrate milk due to its high molecular weight. Also, it is not orally bioavailable, so it is very unlikely to harm a breastfed child.'

Lucrin®:

Vermeldt in Hale onder 'leuprolide acetate'.

Lactation risk category: L5

T $\frac{1}{2}$ = 3,6 uur

T max = 4 - 6 uur

MW = 1400 daltons

PB = 43 - 49 %

Oral bioavailability = none

Hij merkt verder het volgende op: 'It is not known whether leuprolide transfers into human milk, but due to its monapeptide structure, it is not likely that its transfer would be extensive. In addition, animal studies have found that it has zero oral bioavailability; therefore, it is unlikely it would be orally bioavailable in the human infant if ingested via milk. Its effect on lactation is unknown, but it could suppress lactation particularly early postpartum.'

'One study of a hyperprolactinemic patient showed significant suppression of prolactin which is the reason for my L5 risk categorization. It is of no risk to the breastfed infant, only to milk production.' (citaat, pag.543)

Synarel®:

T $\frac{1}{2}$ = 4 uur

T max = 0,3 uur

Oral bioavailability = 3 %

Hale vermeldt op zijn website (<http://66.230.33.248/discus/messages/53/4425.html?1126103240>) het volgende:

'This agent is unlikely to enter milk or be orally bioavailable in the infant, it may suppress prolactin levels and milk production.'

Cetrotide®:

T $\frac{1}{2}$ = 30 uur

T max = 2 uur

MW = 1431 daltons

PB = 85

Oral bioavailability = 0 %

Op de website van Hale te vinden onder 'cetrotirelix'. Daar staat verder vermeld: 'nothing is known about the use of this product in breastfeeding mothers. However it is a rather large drug (1431 daltons) and is probable too large to enter milk after the first week postpartum. It also is unlikely to be orally absorbed. I would suggest there is little probability that this product would harm a breastfed child....or for that matter, even enter milk in clinically relevant amounts.' (<http://66.230.33.248/discus/messages/53/22658.html?1163099099>)

Orgalutran®:

In Hale vermeldt onder 'ganerelix acetate'.

Lactation risk category: L3

T $\frac{1}{2}$ = 16,2 uur

Tmax = 1.1 uur

MW = 1570 daltons

PB = 82 %

Oral bioavailability = Nil

Hale merkt verder op: 'No data are available on the transfer of this decapeptide into human milk but it is unlikely due to its peptide structure and its larger molecule weight. In addition, it is very unlikely this decapeptide would be stable in the infants' GI tract or orally bioavailable.'

(citaat, pag.427)

Pregnyl®, *Profasi®*:

Vermeldt in Hale onder 'chorionic gonadotropin'.

Lactation Risk Category: L3

$T_{1/2}$ = 5,6 uur

T_{max} = 6 uur

MW = 47.000 daltons

Oral bioavailability = 0%

Citaat (pag.204): 'Due to the large molecular weight (47,000) of HCG, it would be extremely unlikely to penetrate into human milk. Further, it would not orally bioavailable due to destruction in het GI tract.'

Utrogestan®:

In Hale terug te vinden onder 'progesterone'.

Lactation risk category: L3

$T_{1/2}$ = 13 - 18 uur

T_{max} = 6 uur

MW = 314 daltons

PB = 99%

Oral bioavailability = Low

3.3.3 Compatible of niet?

Om aan te duiden of een medicijn compatible is met borstvoeding, deelt Hale medicijnen in volgens zijn 'lactation risk category' L1 tot en met L5. Post (2007b) vertaalde deze categorieën als volgt:

L1 = veiligst: Medicijn dat al door veel lacterende vrouwen gebruikt is zonder dat er bijwerkingen te zien zijn bij kinderen. Gecontroleerde studies kunnen geen negatieve effecten bij kinderen ontdekken bij moeders die borstvoeding geven en het medicijn gebruiken. Er is vastgesteld dat het middel niet wordt opgenomen door het kind.

L2 = veiliger: Medicijn waarnaar beperkt onderzoek is gedaan bij borstvoeding gevende vrouwen maar waarbij geen toename van negatieve effecten werden gezien of waarbij geen negatief effect van deze medicatie werd aangetoond.

L3 = Matig veilig: Er zijn geen gecontroleerde studies in borstvoeding gevende vrouwen maar er zou mogelijk een negatief bijeffect kunnen zijn, of bij gecontroleerde studies worden alleen maar minimale, niet levenbedreigende bijeffecten gezien. Deze medicatie moet alleen gegeven worden als het potentiële voordeel voor moeder en kind het potentiële risico voor het kind rechtvaardigt.

L4 = Mogelijk schadelijk: Er is bewijs van risico voor de borstvoeding drinkende zuigeling of voor moedermelkproductie, maar het voordeel dat gehaald kan worden uit het medicijn in een borstvoeding gevende moeder kan geaccepteerd zijn ondanks de risico's voor de zuigeling. Zoals bijvoorbeeld wanneer het middel gebruikt wordt tegen een levensbedreigende ziekte of een serieuze ziekte waar geen ander middel voorhanden is.

L5 = gecontraïndiceerd: Studies in borstvoeding gevende moeders hebben aangetoond dat er een significant risico bestaat voor de zuigeling. Het risico van het gebruik van dit medicijn is duidelijk groter dan de grote voordelen van borstvoeding. Het medicijn is gecontraïndiceerd in vrouwen die borstvoeding geven.

Terugkijkend naar de 'lactation risk category' van de IVF-medicatie zoals beschreven in de voorgaande paragraaf, valt op dat bijna elk medicijn is gecategoriseerd als L3, dus als matig veilig (met uitzondering van Lucrin®). Verder kijkende naar de uitleg die Hale er bij gegeven heeft valt op dat het voornamelijk het risico van een mogelijk teruglopende melkproductie is, dat voor deze L3 zorgt. Veel van de medicijnen hebben een (relatief) hoog moleculair gewicht waardoor eigenlijk niet te verwachten is dat ze de transfer van het plasma van de moeder naar de moedermelk kunnen maken. Tevens is de orale 'bioavailability' van de medicijnen nul of nihil, zodat ook al zou er iets van het medicijn in de moedermelk terecht komen, dit medicijn niet in de bloedbaan van het kind terecht gaat komen.

Eén medicijn, Lucrin®, is door Hale gecategoriseerd als L5. Het heeft dus een contra-indicatie. Echter ook hier weer verder kijkende naar hetgeen wordt vermeld, geeft Hale ook aan: 'It is of no risk to the breastfed infant, only to milk production.' (citaat, pag.543). De negatieve invloed van het medicijn op de melkproductie is bij dit middel uit onderzoek gebleken, vandaar dat het wordt afgeraden. Opmerking hierbij is dat Lucrin® door de moeders die de vragenlijst betreffende dit onderwerp hebben ingevuld, niet wordt genoemd als gebruikt middel.

Het voorgaande in ogenschouw nemende, mag gezegd worden dat de medicatie gebruikt bij een IVF-behandeling geen reden hoeft te zijn waarom een moeder met een dreumes aan de borst geen IVF-behandeling zou kunnen ondergaan. Hierbij zou wel het risico van een reële kans op een terugloop van de melkproductie meegenomen moeten worden, welk effect misschien wel vergroot wordt door de combinatie van verschillende medicatie.

Wanneer het kindje aan de borst nog volledig of grotendeels afhankelijk is van de moedermelk, kan men zich afvragen of het een verstandige keuze is om al een nieuwe IVF-behandeling te willen starten. Wanneer het kind inmiddels een ruime hoeveelheid ander voedsel tot zich neemt, wat meestal het geval is bij een dreumes, is het een andere uitgangssituatie.

Een terugloop in de melkproductie is overigens iets wat ook vaak gezien wordt wanneer de moeder zwanger is (Mohrbacher & Stock, 2002)

3.4 Slagingskans IVF-behandeling en borstvoeding

Door artsen wordt vaak aangegeven dat de slagingskans van de IVF-behandeling negatief beïnvloed zou worden door het geven van borstvoeding. De hormoonhuishouding van de lacterende vrouw zou niet stabiel zijn, met name het hoge prolactine gehalte wordt hierbij genoemd. Opvallend bij het informeren bij IVF-centra was, zoals al eerder opgemerkt, dat alle vrouwen over één kam geschoren werden. Factoren als het wel of niet al weer terug hebben van de menstruatiecyclus, de afhankelijkheid van het kind van moedermelk worden niet meegenomen. En wellicht liggen daar gemiste kansen.

Wetenschappelijke informatie over dit onderwerp is er niet. Het aantal vrouwen dat met deze vraag komt is natuurlijk heel klein in vergelijking met het totaal aantal IVF-behandelingen dat per jaar plaats vindt in Nederland/België. En dit maakt het voor onderzoekers wellicht niet aantrekkelijk om met deze vraagstelling aan de slag te gaan.

Zoals in hoofdstuk 1 wordt aangegeven is het proces rondom borstvoeding en terugkeer van vruchtbaarheid niet totaal duidelijk. Het is niet volledig duidelijk hoe de invloed van de 'suckling stimulus' op de GnRH-productie, en dus de LH-productie, nu is en welke rol prolactine speelt in het proces. Ook is het zo dat de terugkeer van de vruchtbaarheid op te delen is in een aantal fasen, welke ook worden genoemd in hoofdstuk 1. Dit maakt het dus moeilijk om te zeggen dat wanneer een vrouw éénmaal weer gemenstrueerd heeft, zij weer volledig vruchtbaar zou zijn.

Een aantal factoren die maken dat artsen bij gebrek aan wetenschappelijke gegevens liever het zekere voor het onzekere nemen en de combinatie 'borstvoeding en IVF' niet graag zien. Maar wetenschappelijk informatie dat de combinatie 'borstvoeding en IVF' niet kan, is er ook niet!

Zijn er echter omstandigheden te bedenken zijn waarin het wél mogelijk zou zijn voor een moeder met een dreumes aan de borst om een IVF-behandeling te ondergaan?

Dr. De Sutter (professor in de reproductieve geneeskunde) van het Universitair Ziekenhuis te Gent durft hierop bevestigend te beantwoorden (emailconversatie 2009). Zij geeft aan dat wanneer een vrouw nog (beperkt) borstvoeding geeft en zij weer een volledige cyclus terug heeft, zij perfect gestimuleerd kan worden en de slagingskansen met IVF zeker niet lager zijn.

Zijn dit omstandigheden die reëel kunnen zijn? Hierop kan een bevestigend antwoord worden gegeven.

De vraagstelling van deze paper beperkt zich tot vrouwen met een dreumes aan de borst, een kindje van 1 jaar of ouder dus. Van deze kindjes mag je normaliter verwachten (uitzonderingen zijn er altijd) dat zij naast de borstvoeding een groot gedeelte aan ander voedsel binnenkrijgen en de hoeveelheid moedermelk die zij tot zich nemen per dag dus beperkt is. Dit is iets wat te herkennen is in de reacties op de vragenlijst (Vraag 3,6,8,19,22,24).

Het wel of niet weer volledig terug hebben van de cyclus, ligt misschien iets moeilijker, maar is ook een factor die controleerbaar is. Middels de temperatuurmethode is na te gaan of een vrouw een eisprong heeft en kan ook gekeken worden of de fasen van de cyclus voldoende lang genoeg zijn. Echo's kunnen de opbouw van het baarmoederslijmvlies verduidelijken. En, wat vermoedelijk niet uit te vlakken is, is het bewust zijn van hun eigen lichaam en cyclus, van vrouwen die met vruchtbaarheidsproblemen te kampen hebben. In de meeste gevallen hebben zij perfect in de gaten of hun cyclus weer volledig is.

3.5 Een dreumes aan de borst & IVF, gaat dat samen?

Gezien de antwoorden die hierboven gegeven worden op beide deelvragen van dit hoofdstuk mag geconcludeerd worden dat er situaties mogelijk zijn waarin een moeder met een dreumes aan de borst een IVF-behandeling kan ondergaan, zonder dat zij 'verplicht' zou moeten worden de borstvoeding aan haar kind af te bouwen.

Het blijkt wel niet mogelijk te zijn een éénduidig antwoord te kunnen geven op deze vraag. De situatie moet per moeder-kind paar bekeken worden.

Hoofdstuk 4 Aandachtspunten voor de lactatiekundige.

4.1 Inleiding

Kan een moeder met een dreumes aan de borst een IVF-behandeling ondergaan? Een lastige, zeker niet vaak voorkomende vraag, maar wel een vraag waar een lactatiekundige mee te maken kan krijgen. Lastig in de zin van dat het materie betreft waarin een lactatiekundige 'normaal gesproken' misschien niet thuis is. Lastig in de zin van dat er geen wetenschappelijk onderzoek over te vinden is en misschien/waarschijnlijk ook wel nooit zal komen. En lastig in de zin van dat er geen éénduidige gedachte over is onder artsen. Toch kan een lactatiekundige wel een bijdrage leveren in de begeleiding van een vrouw die met deze vraag komt.

4.2 Aandachtspunten voor de lactatiekundige

Hieronder worden aandachtspunten in deze begeleiding weergegeven.

Oog hebben voor de impact van een IVF-behandeling

Een IVF-behandeling ondergaan is niet niks. Lichamelijke ongemakken die kunnen optreden zijn bijvoorbeeld bijwerkingen van de gebruikte medicatie, maar de IVF-behandeling kan ook complicaties geven zoals bijvoorbeeld een infectie, bloeding of overstimulatie van de eierstokken. Tevens is er een verhoogde kans op een miskraam, een buitenbaarmoederlijke zwangerschap en een meerlingzwangerschap (Verhoeve, 2004).

Naast lichamelijke ongemakken die kunnen optreden bij een IVF-behandeling, heeft het ook een enorme psychosociale impact. De uitkomst van de IVF-behandeling is onzeker; gevoelens van angst, spanning en hoop komen erbij kijken. Veel paren vinden de wachtperiode tussen punctie en zwangerschapstest of menstruatie bijna ondraaglijk (Freya, 2005). Het is niet altijd even gemakkelijk om er samen en/of met anderen over te praten. Ziekenhuisbezoeken moeten gepland worden, wat niet altijd eenvoudig is.

Voor mensen die in deze situatie zitten kan het prettig zijn ervaringen te delen met lotgenoten, zoals bijvoorbeeld via patiëntenvereniging Freya. Soms is dit niet voldoende en kan ondersteuning door een maatschappelijk werkende of psycholoog nodig zijn.

Men kan zich hoogstwaarschijnlijk wel voorstellen dat de situatie, zoals onderwerp van deze paper, één en ander nog gecompliceerder maakt. Als artsen al geen éénduidig beleid hebben, hoe moet men als 'leek' dan weten wat de juiste beslissing gaat zijn.

Rekening houden met de 'tweestrijd' waarin moeders/ouders kunnen zitten

Vrouwen/ouders die met vragen over de combinatie borstvoeding en IVF bij een lactatiekundige komen, komen niet voor niets. Aan de ene kant willen zij graag weer een kindje, aan de andere kant neemt borstvoeding in hun leven, en dat van hun kind, een belangrijke plaats in. Zij zijn hoogstwaarschijnlijk niet van plan de borstvoeding aan hun kind zomaar af te bouwen. Dat kan een behoorlijke tweestrijd zijn. Eén van de vrouwen die de vragenlijst heeft ingevuld, omschreef dit met: 'Ik wil het mijn zoon niet ontnemen, maar ik wil hem de kans op een broertje of zusje ook niet ontnemen.....'

Als lactatiekundige is het belangrijk hier oog voor te hebben. Geef moeders/ouders de ruimte deze eventuele 'tweestrijd' te bespreken. Probeer, zo nodig, alle argumenten vóór en tegen het behouden van de borstvoeding samen op een rijtje te zetten.

Misschien speelt het financiële aspect een rol. IVF-behandelingen zijn kostbaar en op dit moment worden er in Nederland maximaal 3 pogingen per kind vergoed. Niet elk stel kan en wil zich een extra poging permitteren. Het 'moet' het liefste dus wel binnen die drie pogingen lukken. Zeker het gebrek aan literatuur betreffende het onderwerp, de vrij 'gangbare' mening van artsen dat borstvoeding een negatieve invloed heeft op de slagingskans van de IVF-behandeling, de niet altijd éénduidige informatie betreffende de medicatie, zal moeders/ouders er meestal toe doen besluiten de borstvoeding af te bouwen alvorens aan een IVF-behandeling te beginnen. Deze uitspraak wordt gestaafd door de reacties op de vragenlijst.

Informereren over borstvoeding tijdens de zwangerschap

Vrouwen kunnen bij een lactatiekundige komen met vragen rondom het voeden tijdens een zwangerschap. Ruimte voor het bespreken van de gevoelens, eventuele twijfels, van de moeder, maar ook het scheppen van reële verwachtingen horen m.i. dan aan bod te komen. Goed om te benoemen in deze situatie is ook het gegeven dat gebleken is dat veel kinderen zichzelf spenen tijdens de zwangerschap van hun moeder (Mohrbacher & Stock, 2002).

Begeleiding bieden bij afbouwen van de borstvoeding

Veel moeders in deze situatie maken uiteindelijk toch de keuze de borstvoeding aan hun kind af te bouwen. Die keuze zal niet voor elke moeder even gemakkelijk zijn, zeker niet als zij er gevoelsmatig nog niet geheel aan toe blijkt te zijn en zij besluit te gaan afbouwen omdat de arts het zegt. Misschien spelen er schuldgevoelens ten opzichte van hun kind aan de borst mee.

Als lactatiekundige is het goed je hiervan bewust te zijn, de gevoelens van de moeder te erkennen en (eventueel) te bespreken. Het spreekt voor zich om veel aandacht te besteden aan het bespreken van het 'concrete' afbouwen, met oog voor moeder én kind.

Ondersteuning bieden in contacten met artsen/andere zorgverleners

Duidelijk mag zijn dat er geen éénduidig beleid is, of kan zijn, ten aanzien van het wel of niet kunnen blijven borstvoeden als een vrouw een IVF-behandeling wilt ondergaan. Dit maakt het er voor een moeder/ouders niet makkelijker op. De rol die borstvoeding kan spelen, ook als een kind inmiddels geen jonge zuigeling meer is, wordt mijn inziens niet altijd erkend door artsen.

Een moeder kan in haar contacten met artsen/andere zorgverleners steun hebben aan een lactatiekundige. Deze kan de moeder helpen haar vragen en zorgen duidelijk te krijgen. Zo nodig kan de lactatiekundige helpen met het verkrijgen van schriftelijke informatie welke de moeder kan meenemen naar haar arts/zorgverleners of zelf een gesprek met de arts aangaan (met toestemming van de vrouw uiteraard).

Informatie geven betreffende medicatie

Als lactatiekundige ben je in staat ouders informatie te geven betreffende de compatibiliteit van een medicijn met borstvoeding. Deze informatie komt niet altijd overeen met de informatie die door artsen wordt verstrekt. Dat maakt het voor ouders lastig om een juiste keuze te maken. De reacties van de moeders die op de vragenlijst hebben gereageerd, maken duidelijk dat moeders erg voorzichtig zijn wat medicijngebruik betreft. Ze willen, heel begrijpelijk, hun kind aan de borst geen enkel risico laten lopen. Goede, duidelijke informatie over medicijngebruik tijdens de borstvoedingsperiode, in het algemeen, maar ook specifiek naar de IVF-medicatie toe, kan ouders/moeders helpen om in overleg met hun arts één voor hen juiste keuze te maken.

Besluit

Kan een moeder met een dreumes aan de borst een IVF-behandeling ondergaan? Op deze vraag is geprobeerd een antwoord te geven in deze paper. Duidelijk mag zijn dat het niet eenvoudig is een antwoord te geven op deze vraag en dat dit antwoord zeker niet éénduidig kan zijn. Verschillende factoren spelen hierin een rol.

Ten eerste de terugkeer van de vruchtbaarheid tijdens de lactatieperiode. Deze blijkt erg individueel bepaald te zijn. Er zijn factoren bekend die een invloed (kunnen) hebben op lengte van de amenorroeperiode, maar het gehele mechanisme van onderdrukking van de vruchtbaarheid tijdens de borstvoeding is (nog) niet volledig duidelijk.

Ook het gebrek aan wetenschappelijke informatie betreffende het onderwerp speelt een rol. Het is een gebied dat nooit (wetenschappelijk) onderzocht is, waardoor artsen, en ook vele moeders, graag het zekere voor het onzekere nemen en dus de IVF-behandeling starten als de borstvoeding is afgebouwd. Belangrijk om hierbij in ogenschouw te nemen is het gegeven dat er ook geen wetenschappelijke informatie bestaat over het niet kunnen combineren van borstvoeding en IVF!

Toch zijn er situaties waarin de combinatie 'een dreumes aan de borst & IVF' wel mogelijk zijn (gebleken). Vrouwen die partieel borstvoeding geven en hun volledige cyclus reeds terug hebben, zouden zonder enige invloed op de slagingskans van de IVF-behandeling, beiden kunnen combineren. Jammer genoeg zijn dit situaties die niet beschreven zijn door onderzoekers. Wel zijn er moeders en artsen die dit zo ervaren hebben.

De medicatie die gebruikt moet worden bij een IVF-behandeling, blijkt geen belemmering te hoeven zijn in het geval de vrouw een dreumes aan de borst heeft; de medicatie heeft geen invloed op de gezondheid van het kind aan de borst. Wel moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat een aantal medicijnen een terugloop van de melkproductie kan veroorzaken.

Met het oog op de toekomst, zou het natuurlijk geweldig zijn als er wetenschappelijk onderzoek gedaan zou worden naar de mogelijkheid om borstvoeding en IVF te combineren. Maar heel reëel gekeken, moeten we ons ervan bewust zijn dat de groep vrouwen waarvoor deze vraag daadwerkelijk een rol speelt heel beperkt is. Hoogstwaarschijnlijk te klein om er de tijd en het geld voor wetenschappelijk onderzoek in te steken.

Het zou al een enorme stap voorwaarts zijn als artsen die met deze vraag te maken krijgen, vrouwen niet standaard adviseerden de borstvoeding af te bouwen, maar bereid zouden zijn verder te kijken en factoren als de hoeveelheid borstvoeding en de frequentie van de borstvoeding van de vrouw en haar kind nog geeft en het al dan niet volledig terughebben

van de cyclus mee in ogenschouw zou nemen. Het noteren en publiceren van ervaringen zou bovendien enorm kunnen helpen. En dan juist ook de ervaringen van artsen die er nu al ervaringen mee hebben.

Literatuurlijst.

Bon, A., (n.d.). *Borstvoeding en vruchtbaarheid [1]*. Gedownload op januari 12, 2009, via <http://www.borstvoeding.com/aanverwant/vruchtbaarheid/borstvoeding-en-vruchtbaarheid-1.html>

Freya, patiëntenvereniging voor vruchtbaarheidsproblematiek, (2005). *Brochure nr.4 In vitro fertilisatie (IVF)*. Gedownload op januari 20, 2009, via http://www.freya.nl/web_folders/folder4.php

Freya, patiëntenvereniging voor vruchtbaarheidsproblematiek, (2006). *Brochure nr.9 Hormoongebruik*. Gedownload op januari 20, 2009, via http://www.freya.nl/web_folders/folder9.php

Hale, T.W., (2008). *Medications and mothers' milk*. Forest St. Amarillo: Hale Publishing

Hale, T.W., (n.d.) *Mechanisms of drug entry into human milk*. Gedownload op februari 17, 2009, via <http://neonatal.ttuhscc.edu/lact/drugentrypage.html>

Ingram, J., Hunt, L., Woolridge, M., Greenwood, R. (2004). The association of progesteron, instant formula use and pacifier use with the return of menstruation in breastfeeding women: a prospective cohort study. *European Journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*, 114, 197-202.

Kendall, S.A., (1995). *Borstvoeding en het uitblijven van vruchtbaarheid*. Gedownload op januari 12, 2009, via <http://www.borstvoeding.com/aanverwant/vruchtbaarheid/borstvoeding-en-vruchtbaarheid.html>

King, J. (2007). Contraception and lactation. *Journal of midwifery & women's health*, 52(6), 614-620.

Liebe, M. (2009). *Powerpointpresentatie 'anticonceptie'*. Onderdeel van de lesstof voor de opleiding Postgraduaat Lactatiekunde aan de KHLIM te Hasselt.

Nederlands Huisartsen Genootschap, (n.d.). *NHG-Standaard: Amenorroe*. Geraadpleegd op maart 2, 2009, via <http://nhg.artsennet.nl/upload/104/standaarden/M58/svk.htm>

Mohrbacher, N. & Stock, J. (2002). *Handboek Lactatiebegeleiding*. Stichting La Leche League Nederland, Utrecht: Uitgeverij Lemma b.v.

Post, E., (2007a). *Borstvoeding en medicatie*. Geraadpleegd op februari 17, 2009, via <http://www.borstvoeding.com/problemen/medicijnen/medicatie.html>

Post, E., (2007b). *Medicatie in combinatie met borstvoeden: medicijnenlijst voor professionals als leidraad bij advisering*. Geraadpleegd op februari 17, 2009, via <http://www.borstvoeding.com/problemen/ziekte-en-medicijngebruik/medicijnenlijst-bv-professionals.html>

Radwan, H., Mussaiger, A.O. & Hachem, F. (2009). Breastfeeding and lactational amenorrhea in the United Arab Emirates. *Journal of pediatric nursing*, 24(1), 62-68.

Riordan, J., (2005). *Breastfeeding and human lactation*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

Salomé, A.J., Huson, A. & Brouwer, P.J. (1987). *Functionele anatomie*. Leiden: Spruyt, Van Mantgem & De Does bv.

Universitair Ziekenhuis Gent afdeling reproductieve geneeskunde (2008). *Patiënteninformatie medisch begeleide voortplanting*. Gedownload op maart 10, 2009, via [http://www.humanreproduction.be/images/downloads/IVF-ICSI\(EN\).pdf](http://www.humanreproduction.be/images/downloads/IVF-ICSI(EN).pdf)

Van den Broecke, C., (2006). *Borstvoeding en vruchtbaarheid [2]*. Geraadpleegd op januari 12, 2009, via <http://www.borstvoeding.com/aanverwant/vruchtbaarheid/borstvoeding-en-vruchtbaarheid-2.html>

Verhoeve, H.R., (2004). *IVF, In vitro fertilisatie, reageerbuisbevruchting*. Utrecht: Brochure van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Gedownload op januari 20, 2009, via http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/pagina.php&fSelectNTG_85=86&fSelectedSub=85

Wasalathanthri, S. & Tennekoon, K.H. (2001). Lactational amenorrhea/anovulation and some of their determinants: a comparison of well-nourished and undernourished women. *Fertility and sterility*, 76(2), 317-325.

World Health Organization task force on methods for the natural regulation of fertility. (1998).
The World Health Organization multinational study of breastfeeding and lactational amenorrhea. II. Factors associated with the length of amenorrhea. *Fertility and sterility*, 70(3), 461-471.

Bijlage 1 Oproep

Onderstaande oproep is geplaatst op het Borstvoedingsforum van de Samenwerkende Borstvoeding Organisaties, de IVF- en ICSI-mailinglist van Freya, het Bijvoedingsforum en een mailinglist voor vrouwen die borstvoeding geven en zwanger (willen) worden.

Borstvoeding en IVF

Als onderdeel van mijn opleiding tot lactatiekundige moet ik een scriptie schrijven. Het onderwerp dat ik hiervoor heb gekozen is: Een dreumes aan de borst & IVF, kan dat samen? Vaak horen vrouwen wanneer ze willen gaan starten met een (nieuwe) IVF poging dat ze de borstvoeding aan hun (eerdere) kind moeten hebben afgebouwd voor artsen bereid zijn de procedure op te starten. Uiteraard niet elke moeder wilt dit zomaar. In mijn scriptie wil ik proberen na te gaan of het stoppen/gestopt zijn met borstvoeding een noodzakelijke stap is. Voor mijn eigen beeldvorming en om informatie te verzamelen, ben ik op zoek naar vrouwen die in deze situatie staan c.q. hebben gestaan. Heeft u interesse om hieraan mee te werken, stuur dan een e-mail naar borstvoeding-ivf@home.nl en u zult binnen enkele dagen een vragenlijst gemaïld krijgen.

Alvast bedankt,
Kirsten

Bijlage 2 Vragenlijst

Vragenlijst Borstvoeding & IVF

Allereerst wil ik u hartelijk bedanken voor de moeite die u heeft genomen om te reageren op mijn oproepje. Uiteraard hoop ik dat dit een vervolg mag hebben en dat ik deze vragenlijst ingevuld van u geretourneerd krijg.

De vragenlijst bevat gesloten en open vragen. Hij is opgesteld in een zogenaamd 'sjabloon-document', wat wilt zeggen dat u uw antwoorden kunt aangeven in de gearceerde vakken. Mochten er vragen bij staan die u niet wilt beantwoorden omdat u die te persoonlijk vindt, zou u dit dan willen vermelden svp. Het invullen van de vragenlijst zal enkele minuten in beslag nemen.

1. Welke positie is momenteel op u van toepassing?

- Ik hoop binnenkort een IVF-behandeling te starten en heb nu te maken met de keuze borstvoeding proberen te behouden of afbouwen t.b.v. de IVF-behandeling
- Ik heb reeds een IVF-behandeling ondergaan waarvoor ik de keuze borstvoeding proberen te behouden of afbouwen t.b.v. de IVF-behandeling reeds heb moeten maken.

In dit geval mag u verder gaan bij vraag 19.

2. Wat is momenteel uw leeftijd?

jaar

3. Wat is de leeftijd van uw kind dat u aan de borst heeft?

maanden

4. Bent u van hem/haar ook met behulp van IVF zwanger geworden?

- ja
- nee

5. Kunt/wilt u iets vertellen over de reden waarom u op IVF bent aangewezen?

- ja, namelijk:
- nee, dat vind ik te persoonlijk

6. Hoe vaak drinkt u kind momenteel bij u aan de borst?

keer per 24 uur

7. Drinkt u kind ook 's nachts bij u aan de borst?

- ja
- nee

8. Wat eet en drinkt uw kind aan ander voedsel/drinken gemiddeld genomen op een dag?

9. Is uw menstruatiecyclus reeds terug gekeerd sinds uw (laatste) bevalling?

- ja, sinds
- nee

10. In welk ziekenhuis gaat de IVF-behandeling plaatsvinden?

11. **Heeft u het gegeven dat u borstvoeding geeft besproken met uw IVF-arts?**
 Nee, kunt u aangeven waarom niet?
 Ja, kunt u aangeven hoe er gereageerd werd?
12. **Hoe stond uw arts tegenover het idee om borstvoeding te blijven geven tijdens de IVF-behandeling?**
 Hij/zij vond het prima
 Hij/zij wil de behandeling niet starten zolang de borstvoeding niet volledig is afgebouwd, omdat
 Hij/zij zou het liefste hebben dat de borstvoeding wordt afgebouwd, maar laat de keuze bij ons. De behandeling kan evengoed starten.
13. **Welke medicijnen moet u gaan gebruiken tijdens de IVF-behandeling?**
14. **Heeft u informatie gezocht over de keuze 'borstvoeding proberen te behouden of afbouwen t.b.v. de IVF-behandeling?**
 Ja
 Nee
15. **Indien u informatie heeft gezocht over deze keuze,**
a. **Welke bronnen heeft u geraadpleegd?**
b. **Welke informatie heeft u gevonden?**
16. **Bent u momenteel van plan de borstvoeding aan uw kindje af te bouwen/ te stoppen voordat u aan de IVF-behandeling gaat beginnen?**
 ja, ga door naar vraag 17
 nee, ga door naar vraag 18
17. **Indien u de borstvoeding gaat afbouwen/stoppen, kunt u dan aangeven waarom en wat uw gevoelens hierbij zijn?**
18. **Indien u de borstvoeding gaat proberen te behouden, kunt u dan aangeven wat de belangrijkste redenen daar voor zijn?**

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Onderstaande vragen zijn bestemd voor die vrouwen die reeds de IVF-behandeling hebben ondergaan waarvoor ze voor de keuze borstvoeding behouden/ afbouwen tbv. de IVF-behandeling hebben gestaan.

19. **Hoe oud was u kind toen u voor deze keuze stond?**
maanden
- Hoe oud is hij/zij nu?**
maanden
20. **Bent u van hem/haar ook met behulp van IVF zwanger geworden?**
 ja
 nee

21. **Kunt/wilt u iets vertellen over de reden waarom u op IVF bent aangewezen?**
 ja, namelijk:
 nee, dat vind ik te persoonlijk
22. **Hoe vaak dronk u kind, op het moment dat u uw keuze heeft gemaakt, bij u aan de borst?**
keer per 24 uur
23. **Dronk het ook 's nachts aan de borst?**
 ja
 nee
24. **Wat at/dronk u kind toen aan ander voedsel/drinken gemiddeld genomen op een dag?**
25. **Was u menstruatiecyclus reeds teruggekeerd na uw (laatste) bevalling?**
 ja, sinds
 nee
26. **In welk ziekenhuis heeft de IVF-behandeling plaatsgevonden?**
27. **Heeft u het gegeven dat u borstvoeding gaf, destijds besproken met uw IVF-arts?**
 nee, kunt u aangeven waarom niet?
 ja, kunt u aangeven hoe er gereageerd werd?
28. **Hoe stond uw arts tegenover het idee om borstvoeding te blijven geven tijdens de IVF-behandeling?**
 Hij/zij vond het prima
 Hij/zij wilde de behandeling niet starten zolang de borstvoeding niet volledig was afgebouwd, omdat
 Hij/zij wilde het liefste hebben dat de borstvoeding werd afgebouwd, maar liet de keuze bij ons. De behandeling kon evengoed starten.
29. **Heeft u de borstvoeding proberen te behouden tijdens de IVF-behandeling?**
 ja
 nee
30. **Indien u de borstvoeding aan uw kind heeft afgebouwd, kunt u dan aangeven waarom u deze keuze heeft gemaakt en wat dat voor u en uw kind betekende?**
31. **Welke medicijnen heeft u gebruikt tijdens de IVF-behandeling?**
32. **Indien uw kind nog borstvoeding kreeg tijdens de IVF-behandeling, heeft u toen iets gemerkt aan uw kind of aan uw melkproductie wat mogelijk verband hield met de gebruikte medicijnen?**
 nee
 ja, namelijk

33. Indien u de borstvoeding heeft behouden, kunt u dan aangeven wat daar voor u de belangrijkste redenen voor zijn?
34. Heeft u informatie gezocht over de keuze 'borstvoeding proberen te behouden of afbouwen t.b.v. de IVF-behandeling' om uw keuze te kunnen staven?
- Ja
 Nee
35. Indien u informatie heeft gezocht over deze keuze,
- a. Welke bronnen heeft u geraadpleegd?
b. Welke informatie heeft u gevonden?
36. Is de IVF-behandeling succesvol geweest?
- ja, ik ben nu zwanger of reeds bevallen
 ja, maar de zwangerschap heeft zich niet voortgezet
 nee
37. Indien de behandeling niet succesvol is geweest of de zwangerschap heeft zich niet voortgezet en u heeft gedurende de behandeling uw kind aan de borst gehad, heeft u dan nu het gevoel dat het geven van borstvoeding invloed heeft gehad op de uitkomst van de IVF-poging?
- ja
 nee
38. Mocht u in de toekomst nogmaals voor deze keuze komen te staan, zou u dan dezelfde keuze maken en wilt u deze keuze motiveren?
- ja
 nee
- Motivatie:**

Indien u na het invullen van deze vragenlijst **vragen en/of opmerkingen** heeft, wilt u die dan hieronder vermelden s.v.p.

Uw naam (niet verplicht!)

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!!!

Bijlage 3 Resultaten

Resultaten 'vragenlijst Borstvoeding & IVF'

Op mijn oproepje op diverse fora/maillinglisten hebben in totaal 20 vrouwen gereageerd. Hiervan heb ik 16 vrouwen mijn vragenlijst kunnen toesturen, de 4 overige vrouwen vielen buiten mijn doelgroep aangezien zij in aanmerking kwamen voor IUI en niet voor IVF/ICSI. 11 vragenlijsten heb ik retour gekregen.

De gegevens heb ik hieronder weergegeven, zoveel mogelijk per moeder apart (M1 t/m M11). M1 heeft op beide delen van de vragenlijst antwoord gegeven, voor 1 nieuwe zwangerschap heeft ze reeds de keuze 'borstvoeding behouden/afbouwen' moeten maken, nu staat zij opnieuw voor dezelfde keuze.

1. Welke positie is momenteel op u van toepassing?

6 moeders hopen binnenkort een IVF-behandeling te starten en hebben nu te maken met de keuze borstvoeding proberen te behouden of afbouwen t.b.v. de IVF-behandeling. Zij hebben vraag 2 tot en met 18 beantwoord.

5 moeders hebben reeds een IVF-behandeling ondergaan waarvoor zij de keuze borstvoeding proberen te behouden of afbouwen t.b.v. de IVF-behandeling reeds hebben moeten maken.

Zij hebben vraag 19 tot en met 38 beantwoord.

2. Wat is momenteel uw leeftijd?

M1: 29 jaar

M2: 37 jaar

M3: 35 jaar

M4: 32 jaar

M5: 36 jaar

M6: 33 jaar

3. Wat is de leeftijd van uw kind dat u aan de borst heeft?

M1: 14 maanden

M2: 15 maanden

M3: 18 maanden

M4: 18 maanden

M5: 14 maanden

M6: 14 maanden

4. Bent u van hem/haar ook met behulp van IVF zwanger geworden?

Alle moeders zijn voor de zwangerschap van hun huidige kind ook afhankelijk geweest van IVF.

5. Kunt/wilt u iets vertellen over de reden waarom u op IVF bent aangewezen?

M1: verminderde vruchtbaarheid partner

M2: er is niets gevonden, maar andere manieren hebben tot niets geleid

M3: het leek onbegrepen subfertiliteit. Bij IVF bleek de bevruchting van de eicel het probleem te zijn. Daarom waren we aangewezen op ICSI.

M4: zaadkwaliteit

M5: slechte zaadkwaliteit partner

M6: werd om onverklaarbare wijze niet zwanger

6. Hoe vaak drinkt u kind momenteel bij u aan de borst?

- M1: 6 x per 24 uur
- M2: 0, bv is al afgebouwd
- M3: 2 x per 24 uur
- M4: 1 x per 24 uur
- M5: 2 a 3 x per 24 uur
- M6: 2 x per 24 uur

7. Drinkt u kind ook 's nachts bij u aan de borst?

De kinderen van M1 en M3 drinken ook 's nachts, de anderen niet.

8. Wat eet en drinkt uw kind aan ander voedsel/drinken gemiddeld genomen op een dag?

- M1: 2 broodjes, warm eten, fruit, tussendoortjes als soepstengel, rijstwafel, ontbijtkoek.
Als drinken diksap, ander sap, gemiddeld 2 bekertjes op een dag
- M2: 2 flessen kv, water/diksap, 1 x warm eten, 2 x brood, fruit en 1 koekje per dag.
- M3: 2 a 3 boterhammen, fruit, warm eten, schaalte yoghurt, doosje rozijntjes ofzo, bekertje melk, bekertje sap, wat water
- M4: brood, warm eten, fruit, koekjes, tussendoortjes, halfvolle (koe)melk, diksap, water, thee
- M5: 2 a 3 boterhammen, ontbijtkoek, fruit en warm eten, diksap appel ongelimiteerd
- M6: pap, karnemelk, sap, brood, fruit, volledige avondmaaltijd, yoghurt

9. Is uw menstruatiecyclus reeds terug gekeerd sinds uw (laatste) bevalling?

Bij alle moeders is de menstruatiecyclus reeds terug gekeerd.

- M1: sinds december 2008 (zoontjes was net 1 jaar)
- M2: sinds 6 weken na de bevalling
- M3: sinds 1 april 2008
- M4: sinds juni 2008
- M5: sinds 4 maanden na geboorte dochter
- M6: sinds 6 maanden

10. In welk ziekenhuis gaat de IVF-behandeling plaatsvinden?

- M1: Alkmaar samen met VU
- M2: voorbereiding in Wirdum, IVF in Dusseldorf
- M3: UMCU
- M4: LUMC
- M5: Twenteborg ziekenhuis i.c.m. Isala Klinieken Zwolle
- M6: UMCU

11. Heeft u het gegeven dat u borstvoeding geeft besproken met uw IVF-arts?

M1, M2 en M6 hebben het gegeven dat zij een kindje aan de borst hebben (nog) niet besproken met hun IVF-arts.

Redenen:

- M1: nog niet op gesprek geweest, laatst wel een keer gevraagd over borstvoeding samen met ICSI, dat ik in het ziekenhuis was. Toen werd er gezegd dat ik eerst cyclus moest hebben, verder is er niet op ingegaan.
- M2: Ik ben al gestopt, heb dat niet besproken. Omdat ik bang was dat de poging dan niet door zou kunnen gaan en ik graag de cyclus weer op orde wil hebben voor ik aan een nieuwe poging begin.
- M6: we hebben nog niet opnieuw contact opgenomen

M3, M4 en M5 hebben het reeds wel besproken.

Reactie van de arts:

M3: Volgens mijn arts is het geen probleem. De reden is dat mijn cyclus weer goed op gang gekomen is en dat ik nog maar weinig voedingen geef. Daarom verwacht ze niet, dat de poging minder succesvol zal zijn door het geven van borstvoeding.

Volgens haar zijn de medicijnen ook niet schadelijk voor mijn kind. Ze gaf wel aan, dat de productie wat kan teruglopen.

M4: neutraal. Hij was zeer meewerkend om uit te zoeken of het samen kon met IVF. Helaas kan hij er niet genoeg over vinden en adviseert te stoppen vanwege te weinig info. Maar, hij zei er bij dat het een advies was en geen voorwaarde. De keuze is aan ons. Hij wil na de behandeling weten wat we hebben gedaan. Met of zonder borstvoeding.

M5: Voor start van de IVF-behandeling moet ik 3 maanden gestopt zijn met het geven van BV.

12. Hoe stond uw arts tegenover het idee om borstvoeding te blijven geven tijdens de IVF-behandeling?

M3 Hij/zij vond het prima:

M5 Hij/zij wil de behandeling niet starten zolang de borstvoeding niet volledig is afgebouwd

M4 Hij/zij zou het liefste hebben dat de borstvoeding wordt afgebouwd, maar laat de keuze bij ons. De behandeling kan evengoed starten.

13. Welke medicijnen moet u gaan gebruiken tijdens de IVF-behandeling?

M1: vermoed: pregnyl, puregon, decapeptyl; er is nog 1 cryo van de vorige behandeling, ik verwacht dat ik daar minder medicijnen voor moet gebruiken willen we deze cryo terug laten plaatsen.

M2: nog niet bekend. Gesprek met arts is 5-3-2009

M3: anticonceptiepil microgynon, puregon, decapeptyl, pregnyl, utrogestan

M4: decapeptyl, Gonal-F, progestan

M5: decapeptyl, puregon, pregnyl, progestanbolletjes

14. Heeft u informatie gezocht over de keuze 'borstvoeding proberen te behouden of afbouwen tbv. de IVF-behandeling?

M3, M4, M5 hebben informatie gezocht, M1, M2, M6 niet.

15. Indien u informatie heeft gezocht over deze keuze,

a. Welke bronnen heeft u geraadpleegd?

M1: Tot nu toe niet echt actief gezocht, wel op internet wat tegengekomen op een forum

M3: mijn IVF-arts, borstvoedingsforum, fertiforum, website van Dr Hale over bv en medicatie

M4: internet, andere vrouw met ivf en bv, IVF-arts Gent

M5: borstvoedingsforum, google, lactatiekundige

b. Welke informatie heeft u gevonden?

M1: alleen ervaringsverhalen

M3: Website Hale: medicatie wrs niet slecht voor kind. Het kan zijn dat de kans op slagen van behandeling kleiner is. Fora: in meeste ziekenhuizen moet je stoppen met de borstvoeding voor behandeling. IVF-arts: zie boven.

M4: weinig, maar het zou moeten kunnen en het zou geen effect hebben op de voeding noch de behandeling. Het zou kunnen zijn dat de voeding terugloopt, maar ook dat is niet goed aangetoond.

M5: dat sommige ziekenhuizen de combinatie IVF en BV wel toestaan en sommige niet, bij ons mag het niet tot mijn grote frustratie.

16. Bent u momenteel van plan de borstvoeding aan uw kindje af te bouwen/ te stoppen voordat u aan de IVF-behandeling gaat beginnen?

M1, M2, M6 zijn van plan de borstvoeding af te bouwen,
M3, M4, M5 (nog) niet.

17. Indien u de borstvoeding gaat afbouwen/stoppen, kunt u dan aangeven waarom en wat uw gevoelens hierbij zijn?

M2: Ik ben dus al gestopt bij 12 maanden. Reden 1: wil geen hormonen in de moedermelk. Reden 2 om de vruchtbaarheid te verhogen en weer een normale cyclus te krijgen voor een nieuwe IVF-behandeling.

M3: Mijn dochter en ik genieten nog erg van de bv. Ik weet niet zeker of de IVF-pogingen succesvol zullen zijn. Ik wil haar (en mijzelf) niet de bv ontzeggen, voor een behandeling waar ik niet zeker van weet of ik zwanger zal worden.

M4: Als ik dat zou beslissen (ik twijfel er nog sterk over!) zou ik dat heel jammer vinden. Maar aan de andere kant heeft mijn zoon dan 18 maanden BV gehad. Dat is veel tegenwoordig.

M5: De gedachte alleen al aan stoppen bezorgt mij zoveel verdriet dat ik samen met mijn partner besloten heb om door te voeden en de IVF op langere termijn te schuiven

M6: Ik vind het erg jammer om te stoppen, ik stel het dan ook steeds uit, ik ben echter bang dat de hormonen via de melk schade toebrengen aan mijn kind.

18. Indien u de borstvoeding gaat proberen te behouden, kunt u dan aangeven wat de belangrijkste redenen daar voor zijn?

M1: ik ben nog in dubio, vraag me af of het nadelig kan zijn tav de innesteling van de embryo. De reden dat onze zoon koemelkallergie heeft speelt wel een belangrijke rol in het blijven proberen voortbestaan van de bv.

M2: Als het had gekund en ik misschien goede informatie had gehad had ik wel bv willen blijven geven.

M4: Mijn zoon geniet er zo van! Ik vind het erg makkelijk. Het troost hem bij ziekte of ongemak. Het heeft vooral een troostende en veilig functie voor ons.

M5: Gezondheid van onze dochter, zelf koemelkallergie en partner hooikoortspatiënt, maar nog belangrijker; de intieme relatie met mijn dochter bij het voeden en het feit dat we er beiden nog zo enorm van genieten!

Onderstaande vragen zijn bestemd voor die vrouwen die reeds de IVF-behandeling hebben ondergaan waarvoor ze voor de keuze borstvoeding behouden/ afbouwen tbv. de IVF-behandeling hebben gestaan.

19. Hoe oud was u kind toen u voor deze keuze stond?

M1: 9 maanden

M7: 6 maanden

M8: 12 maanden

M9: 15 maanden

M10: 10 maanden

M11: 9 maanden

Hoe oud is hij/zij nu?

M1: 38 maanden

M7: 3 jaar

M8: 12 maanden

M9: 3,5 jaar

M10: 30 maanden

M11: 4 jaar

20. **Bent u van hem/haar ook met behulp van IVF zwanger geworden?**
Alle moeders zijn voor de zwangerschap van hun huidige kind ook afhankelijk geweest van IVF.
21. **Kunt/wilt u iets vertellen over de reden waarom u op IVF bent aangewezen?**
M1: verminderde vruchtbaarheid partner
M7: zaadkwaliteit te slecht
M8: weinig actief zaad bij partner
M9: verminderde kwaliteit sperma
M10: we waren beiden verminderd vruchtbaar
M11: slecht zaad
22. **Hoe vaak dronk u kind, op het moment dat u uw keuze heeft gemaakt, bij u aan de borst?**
M1: 6 x per 24 uur
M7: 8-10 x per 24 uur
M8: 2 x per 24 uur
M9: 2 x per 24 uur
M10: 2 x per 24 uur
M11: 5 x per 24 uur
23. **Dronk het ook 's nachts aan de borst?**
Bij M7 en M11 werd er ook 's nachts aan de borst gedronken, bij de anderen niet.
24. **Wat at/dronk u kind toen aan ander voedsel/drinken gemiddeld genomen op een dag?**
M1: broodje, wat warm eten, fruit, soepstengel, soms wat sap
M7: op dat moment nog niks; hij was net een half jaar
M8: 2 fruit, 2 boterhammen, liga koek, warme maaltijd
M9: alles, bv was bijzaak
M10: volle melk, water of sterk verdunde diksap, 2 a 4 boterhammen en wat warm eten
M11: brood, groente, fruit
25. **Was u menstruatiecyclus reeds teruggekeerd na uw (laatste) bevalling?**
Bij M1 en M11 was de menstruatiecyclus nog niet teruggekeerd, bij de andere moeders wel.
M7: sinds 4 maanden na de bevalling
M8: sinds 7 maanden na bevalling
M9: sinds 4 maanden na geboorte
M10: sinds 9 maanden na de bevalling
26. **In welk ziekenhuis heeft de IVF-behandeling plaatsgevonden?**
M1: Alkmaar samen met VU
M7: UMC St.Radboud Nijmegen
M8: MCA Alkmaar/VU Amsterdam
M9: Gent (B)
M10: Deventer/Zwolle
M11: MCK Leiderdorp
27. **Heeft u het gegeven dat u borstvoeding gaf, destijds besproken met uw IVF-arts?**
Alle moeders hebben het bespreekbaar gemaakt met hun arts.
Reacties:
M1: als ik nog geen cyclus had moest ik eerst maar eens stoppen met bv geven, anders wachten met volgende poging.
M7: IVF of cryo terugplaatsing was uitgesloten, moest eerst volledig gestopt zijn met bv

M8: In het eerste gesprek werd gezegd dat ze het niet meer echt nodig had, het eigenlijk alleen maar makkelijk was en ik met de medicatie geen bv meer kon geven. Na het tweede gesprek heb ik het zkh gebeld en gezegd dat ik graag wilde dat ik het ging combineren. Er zou overleg zijn met de gyn. Maar die gaf geen groen licht.

M9: Voor cryo terugplaatsing hoefde ik niet te stoppen, voor IVF wel

M10: Hij gaf aan dat het beter was om te zijn gestopt met de bv.

M11: Door de bv had ik geen menstruatie dus moest ik stoppen om een cyclus te krijgen. Zonder cyclus, geen IVF.

28. Hoe stond uw arts tegenover het idee om borstvoeding te blijven geven tijdens de IVF-behandeling?

Bij M1, M7, M8, M9 en M11 wilde de arts de behandeling niet starten zolang de borstvoeding niet volledig was afgebouwd.

Aangegeven redenen:

M9: minder slagingskans IVF

M11: reden: geen cyclus

Bij M10 wilde de arts het liefste hebben dat de borstvoeding werd afgebouwd, maar liet de keuze bij de ouders. De behandeling kon evengoed starten.

29. Heeft u de borstvoeding proberen te behouden tijdens de IVF-behandeling?

Geen enkele moeder heeft geprobeerd de borstvoeding te behouden.

30. Indien u de borstvoeding aan uw kind heeft afgebouwd, kunt u dan aangeven waarom u deze keuze heeft gemaakt en wat dat voor u en uw kind betekende?

M1: wij wilde niet te lange tijd tussen 2 kindjes en als dan de consequentie was van afbouwen heb ik me daar bij neergelegd.

M7: heb besloten de cryo/IVF uit te stellen en ben nog een half jaar doorgegaan met BV. Uiteindelijk gestopt met bv na 1 jaar en toen pas weer met behandelen begonnen.

M8: Ik wist niet wat de consequenties waren als ik wel bleef doorgeven op eigenhoutje en wilde geen risico's nemen. Ik gebruik oxazepam en temazepam en dit mag wel. Als mij dan gezegd wordt dat ik geen bv mag geven bij deze medicijnen, dan durf ik het risico niet aan om het wel te doen.

M9: Kinderwens was groter dan behouden bv, afbouwen gaf geen problemen voor ons Beiden.

M10: Ik gaf zo rond de 10 maanden nog maar 2x per dag. 's Nachts sliep hij al na 8 weken door, zodat ik vanaf die tijd alleen nog gedurende de dag voedde. Na verloop van tijd begon hij de afgekolde melk te weigeren. Dus toen kreeg hij alleen 's ochtends en 's avonds nog bv. Ik vond zelf het idee om de hormonen die ik moest innemen hij dan ook binnen zou krijgen. Als ik er al op reageer, hoe zou hij er dan op reageren.

M11: We wilden graag snel een 2^e kindje dus snel verder met ivf. Ze was op dat moment 9 maanden.

31. Welke medicijnen heeft u gebruikt tijdens de IVF-behandeling?

M1: pregnyl, puregon, decapeptyl

M7: decapeptyl, pregnyl, progestan, puregon

M8: primolut, decapeptyl, pregnyl, urogestan en nog 1 waar ik de naam van kwijt ben

M9: decapeptyl en ???

M10: de pil, pregnyl, gonal-F, decapeptyl

M11: decapeptyl, puregon, pregnyl, progestan

32. **Indien uw kind nog borstvoeding kreeg tijdens de IVF-behandeling, heeft u toen iets gemerkt aan uw kind of aan uw melkproductie wat mogelijk verband hield met de gebruikte medicijnen?**

Geen enkele moeder heeft haar kindje aan de borst gehad tijdens de IVF-behandeling.

33. **Indien u de borstvoeding heeft behouden, kunt u dan aangeven wat daar voor u de belangrijkste redenen voor zijn?**

Geen enkele moeder heeft haar kindje aan de borst gehad tijdens de IVF-behandeling.

34. **Heeft u informatie gezocht over de keuze 'borstvoeding proberen te behouden of afbouwen t.b.v. de IVF-behandeling' om uw keuze te kunnen staven?**

Op M1 na, hebben alle moeders gezocht naar informatie.

35. **Indien u informatie heeft gezocht over deze keuze,**

- a. **Welke bronnen heeft u geraadpleegd?**

M7: internet

M8: internet

M9: internet

M10: Freya en het borstvoedingsforum

M11: huisarts

- b. **Welke informatie heeft u gevonden?**

M7: uitsluitend ervaringen andere moeders; diegene die ik toen vond moesten ook stoppen

M8: Eén forum waar vrouwen wel doorgaven maar ik durfde het niet aan

M9: geen

M10: dat de meeste artsen het een voorwaarde vinden dat je gestopt moet zijn, maar er zijn ook reacties van vrouwen dat het geen probleem hoeft op te leveren

M11: geen, stoppen

36. **Is de IVF-behandeling succesvol geweest?**

Alle moeders zijn ondertussen zwanger of al bevallen.

37. **Indien de behandeling niet succesvol is geweest of de zwangerschap heeft zich niet voortgezet en u heeft gedurende de behandeling uw kind aan de borst gehad, heeft u dan nu het gevoel dat het geven van borstvoeding invloed heeft gehad op de uitkomst van de IVF-poging?**

Geen enkele moeder heeft haar kind aan de borst gehad tijdens de IVF-behandeling.

38. **Mocht u in de toekomst nogmaals voor deze keuze komen te staan, zou u dan dezelfde keuze maken en wilt u deze keuze motiveren?**

M8, M9 en M10 zouden nogmaals dezelfde keuze maken.

Redenen:

M8: Ik wil geen risico's nemen met medicatie en bv

M9: Mijn zoontje was op dat moment toe aan afbouwen

M10: Omdat ik het idee dat de kleine ook de hormonen binnen zou krijgen niet prettig vond. Daarnaast is de kans dat je zwanger raakt via IVF per poging relatief klein (25%) en ik wilde geen risico lopen dat die kans werd verminderd.

De andere twee moeders zouden wellicht een andere keuze maken.

Redenen:

M1: omdat we nu wel langer tussen 2 kindjes willen laten en eigenlijk is de voornaamste reden dat de jongste koemelk allergie heeft en zo nog lekker 'veilig' bv krijgt.

M7: heb inmiddels begrepen dat UMC Utrecht wel IVF/cryo behandelingen doet tijdens bv, zou dit eerst bespreken met mijn arts en daarna evt zelf beslissen of ik stop of niet.

Vragen en/of opmerkingen na invullen van de vragenlijst:

M2: Zoals eerder aangegeven ben ik gestopt bij 12 maanden. Ik heb verder geen informatie gevraagd. Hoewel ik altijd alles op internet nakijk, is het niet bij me op gekomen. Ik wilde ook graag eerst weer een normale cyclus voor het gesprek met de arts over een nieuwe IVF-poging voor een 2^e kindje. Na het stoppen van de bv heeft het ook even geduurd voordat alles weer 'normaal' was.

M3: Ik ben nu bezig met IVF-poging

M4: Ik ben erg benieuwd naar wat je gaat vinden. Bovenal vind ik het heel erg fijn dat er überhaupt naar gekeken worden. Ik hoop dat er meer bekendheid komt voor BV in combinatie met IVF. Want dat is toch wel hetgeen waar ik het meest tegenaan loop momenteel. Het maakt het beslissen wel of niet doorgaan met BV erg moeilijk. Ik wil het mijn zoon niet ontnemen, maar ik wil hem de kans op een broertje of zusje ook niet ontnemen....

M5: Ik zou het heel fijn vinden dat er 1 richtlijn komt voor het geven van BV in combinatie met IVF die voor alle ziekenhuizen geldt in Nederland. Daarnaast: ik vind dat er nog steeds heel apart wordt omgegaan met lang voeden. Als ik nu vertel dat ik al bijna 14 maanden voedt, kijken mensen mij soms aan of ik gek geworden ben. Waarom is het niet normaal? Net als in zoveel andere culturen? Van mij mag hieraan best meer aandacht worden besteedt in de media!

Als laatste; goed dat je hier aandacht aan besteed! Ik heb de lactatiekundige van ons ziekenhuis hier ook op gewezen. Mag ik als het onderzoek klaar is weten wat de resultaten zijn? Alvast hartelijk dank!

M10: Ter verduidelijking van vraag 19: toen we voor de keuze stonden was zoonlief 10 maanden. Pas toen hij 14 maanden was ben ik definitief gestopt.

Ruim een maand erna ben ik met de 1^e ivf-poging gestart. Inmiddels ben ik 16 weken zwanger van de 3^e ivf.

Bijlage 4 Contacten met IVF-artsen/-klinieken

Om een globaal beeld te krijgen hoe er tegen de vraag 'Kan een moeder met een dreumes aan de borst een IVF-behandeling onder gaan?' is er middels telefonisch contact ofwel email, contact geweest met medewerkers van een IVF-afdeling van een aantal ziekenhuizen/centra waar IVF-behandelingen plaats vinden.

Ziekenhuizen/centra waar geïnformeerd is, zijn:

Leids Universitair Medisch Centrum
Catharina Ziekenhuis te Eindhoven
Academisch Ziekenhuis Maastricht
Medisch Centrum Kinderwens te Leiden
UMC Utrecht
Amsterdam Medisch Centrum
Martini Ziekenhuis te Groningen
Universitair Ziekenhuis Leuven
Universitair Ziekenhuis Gent

Bijna overal werd aangegeven dat het niet mogelijk was voor een moeder met een dreumes aan de borst een IVF-behandeling te starten. Redenen die werden opgegeven, zijn:

1. De medicatie die bij een IVF-behandeling wordt gebruikt, kan niet worden gebruikt als de moeder een kindje aan de borst heeft.
2. De slagingskans van de IVF-poging wordt negatief beïnvloed door het geven van borstvoeding.

Opvallend was dat er nergens verder door gevraagd werd naar het al dan niet terug hebben van een volledige cyclus, het aantal keren dat het kindje nog aan de borst drinkt. Kortom er wordt niet individueel gekeken.

Toch waren er ook enkele uitzonderingen.

Een IVF-arts van het LUMC gaf duidelijk aan dat juist het gebrek aan wetenschappelijke gegevens over een mogelijke combinatie van IVF en borstvoeding hem ietwat huiverig maakte, maar dat hij het om die reden niet kon 'verbieden'. Hij wist ook te vertellen dat de medicatie op de kans van de teruglopende melkproductie na, geen probleem was.

Momenteel heeft hij een vrouw onder behandeling waarbij deze vraag speelt.

Ook Dr. De Sutter van het UZ Gent, deelt de mening van veel van haar collega's niet. Onderstaand de emailconversatie die met haar is geweest:

Geachte dr. De Sutter,

Als onderdeel van mijn opleiding 'post-graduaat lactatiekunde' aan de KHLIM te Hasselt, ben ik bezig een paper te schrijven. In deze paper hoop ik een antwoord te kunnen geven op de vraag: 'Een dreumes aan de borst & IVF, kan dat samen?' ofwel kan een moeder die een kindje van 1 jaar of ouder aan de borst heeft en die voor een eventuele volgende zwangerschap is aangewezen op IVF, deze behandeling starten zonder dat zij eerst haar kind heeft moeten spenen? Via verschillende wegen heb ik begrepen dat u mij hierop een antwoord zou kunnen geven.

Ik weet dat er doorgaans wordt gezegd door artsen dat deze combinatie niet mogelijk zou zijn. Enerzijds door de medicijnen die gebruikt moeten worden bij een IVF-behandeling, anderzijds zou de slagingskans kleiner zijn in zo'n geval. Nu krijg ik met name dat tweede stuk niet duidelijk in beeld en dat is ook het stuk waar niet elke arts hetzelfde over denkt. Ik begreep dat u daar ook een andere mening over heeft (corrigeer me als ik het mis heb).

Graag zou ik uw ideeën over dit onderwerp vernemen. En mocht het mogelijk zijn, met een eventuele verwijzing naar onderbouwende literatuur erbij.

Ik hoop van harte dat u de moeite wilt nemen te reageren op deze e-mail.
Alvast bedankt hiervoor.

Met vriendelijke groet,
Kirsten Aendekerk.

Beste Kirsten,

Ik vrees dat daar niet veel literatuur over is, ik ken ze in elk geval niet.
Wij starten normaliter geen behandelingen op indien vrouwen nog borstvoeden en hun cyclus daardoor stil ligt, en die vraag heb ik op 20 jaar tijd ook nog maar één keer gehad.
Als er nog wat partiële borstvoeding bestaat zonder cyclusstoornissen, dan is dat geen probleem, alleen is het natuurlijk zo dat het herstarten van de behandeling de melkproductie zal doen verminderen waardoor de borstvoeding toch meestal wordt afgebouwd.

Ik hoop dat je hier iets mee bent.
Vriendelijke groeten,
Prof. dr. Petra De Sutter

Geachte dr. De Sutter,

Bedankt dat u de tijd en moeite genomen heeft mijn vraag te beantwoorden.
Ik kan er zeker wat mee. U geeft, zo als u zelf waarschijnlijk zelf zult weten, geen doorsnee antwoord op die vraag. U kijkt in ieder geval naar of de cyclus al terug gekeerd is, hoe vaak de moeder nog borstvoeding geeft. Dat zijn dingen wat veel andere artsen nog geeneens in overweging nemen. Ik heb nog een paar vragen en hoop dat u hier ook nog naar wilt kijken.
Uit uw antwoord begrijp ik dat u 'ervaring' heeft met IVF bij vrouwen die partieel borstvoeding geven en waarbij er geen cyclusstoornissen zijn. Hoe zit het in die situaties met de slagingskans van de IVF-poging? Blijft die hetzelfde of is er toch iets van enige invloed te zien? En heeft u enig idee waarom er door artsen zo huiverig tegenaan gekeken wordt? Is het dan toch het onbekende? Het (misschien) niet helemaal zeker weten hoe het dan in elkaar zit? Het niet kunnen staven aan wetenschappelijk onderzoek?
Tot slot. Zou ik u mogen 'citeren' in mijn paper (uiteraard met bronvermelding)?

Alvast bedankt.

Vriendelijke groeten,
Kirsten Aendekerk

Beste Kirsten,

Inderdaad. Er is geen onderzoek of literatuur over en de "huiverigachtigheid" zoals je het noemt is niet rationeel gefundeerd. Als een vrouw nog borstvoeding geeft en haar cyclus is terug op gang gekomen, kan ze perfect gestimuleerd worden en zijn de slaagkansen met IVF zeker niet lager. Wel zal de melkproductie afgeremd worden en allicht stilvallen.
Uiteraard mag je mij citeren.

Mvg,
Petra De Sutter

Een aantal kritische opmerkingen die geplaatst moeten worden bij bovenstaande, zijn:

- Er is maar bij een klein aantal centra/ziekenhuizen geïnformeerd. Het geeft dus geen volledig beeld, maar wel een globale indruk van hoe er op de vraagstelling gereageerd wordt.
- Er is verzuimd om per gesprek weer te geven hoe er gereageerd werd. Geen volledig correcte weergave van gegevens dus, maar een algemeen beeld wat naar voren kwam uit het totaal van gesprekken. Voor een 'officieel' onderzoek zou dit niet zo mogen.
- Er zijn meerdere emailconversaties geweest, maar helaas kreeg ik van desbetreffende personen geen toestemming hun reacties te citeren.

