

Kinderloosheid en huwelijk*

DOOR DR A. M. C. M. SCHELLEN, GYNAECOLOG

I Vruchtbaarheidsstoornissen bij de man

In vorige bijdragen in dit tijdschrift ** wees ik op stoornissen in de sexuele relatie tussen man en vrouw, die naast huwelijksleed en -nood ook secundair aanleiding kunnen geven tot kinderloosheid in het betreffende huwelijk. In deze en volgende bijdragen zal ik nader ingaan op stoornissen bij de man ten opzichte van huwelijks-onvruchtbaarheid, temeer omdat nog onvoldoende bekend is dat die niet gering zijn en de man vaak niet of onvoldoende wordt onderzocht.

Terecht, mijns inziens, bestaat elders het specialisme andrologie, dat als werkerterrein omvat het vruchtbaarheidsonderzoek bij de man, het semenonderzoek en tenslotte het onderzoek bij toestanden als cryptorchisme, hypogonadisme en hypogonitalisme. In dit verband merkt Doepfmer op, dat slechts vijf tot tien procent van de onvruchtbare mannen endocriene stoornissen hebben en dat dus in deze gevallen de androloog de hulp van de endocrinoloog zal moeten inroepen.

Wat is de frequentie van kinderloosheid? In de Verenigde Staten werd op 1.704.830 huwelijken een percentage van 17 gevonden. Nederlandse cijfers uit 1947 — nieuwe cijfers zijn in bewerking — luiden: 15 procent in eerste huwelijken, 50 procent in niet-eerste huwelijken; over alle bestaande huwelijken bedraagt dit percentage 17,7.

Beziet men het percentage kinderloosheid naar het beroep van de man, dan vindt men verrassende getallen, zoals blijkt uit *tabel 1*.

Tabel 1

Beroep	Kinderloze huwelijken in procenten
veenarbeiders	7,9
grondwerkers	9,6
beroepslozen	12,1
academici	19,9
vrije beroepen	20,0
administratief personeel	23,0
winkelbedienden	24,7
medewerkende zoons in zaak van vader	30,1

Gerekend naar de levensbeschouwing vindt men de in *tabel 2* vermelde percentages.

* Uit de steriliteitspolikliniek van het R.K. Ziekenhuis „De Goddelijke Voorzienigheid” te Sittard, Directeur Dr H. G. J. van Kempen.

** (1960) huisarts en wetenschap 3, 40, 208 en 390.

Tabel 2

Kerkelijke gezindte	Kinderloze huwelijken in procenten
Gereformeerd	13,7
Ned. Hervormd	14,1
Rooms Katholiek	14,5
Overige	17,6
Geen	17,6

De leeftijd van de vrouw bij de huwelijksluiting en het percentage kinderloosheid geeft het in *tabel 3* volgende beeld.

Tabel 3

Leeftijd vrouw bij het huwelijk	Kinderloze huwelijken in procenten
tot 19 jaar	7,1
20 tot 24 jaar	10,6
25 tot 29 jaar	16,3
30 tot 34 jaar	24,8
35 tot 39 jaar	41,6
40 tot 44 jaar	72,2
45 jaar en ouder	90,6

Bovenstaande tabellen wettigen de volgende conclusies:

1 Men dient rekening te houden met de facultatieve steriliteit. Het is moeilijk dit percentage te taxeren, doch ik meen de waarheid geen geweld aan te doen door dit op 2 tot 3 procent te stellen, hierin gestaafd door een onderzoek, dat ik instelde bij 680 echtparen, die vanwege primaire dan wel secundaire steriliteit de steriliteitspolikliniek van de Universiteits-vrouwenkliniek te Groningen bezochten (destijds hoofd: Prof. Dr B. S. ten Berge). In de primair steriele groep bedroeg het percentage: ontbreken van kinderwens bij de man 3,75 en bij de vrouw 1,5 procent. In de secundaire steriele groep bedroeg dit percentage: bij de man 2,0 en bij de vrouw 3,0.

2 Van de zijde van psychosomatici (onder andere Blijham *) wordt er mijns inziens terecht op gewezen, dat het percentage kinderloosheid onder invloed van psychogene en sociale factoren, zoals stress, emoties, behuizing en luxe instelling eerder zal stijgen dan afnemen. Tabel 1 toont duidelijk aan, dat bij hoofdarbeiders dit percentage aanzienlijk hoger uitvalt, waarbij leeftijd en dergelijke bescijst niet alleen een rol hebben gespeeld.

* H. Blijham. (1961) Psychosomatische factoren in het steriele huwelijk. Noordhoff, Groningen.

3 Uit tabel 3 volgt, dat het percentage kinderloosheid toeneemt naarmate de leeftijd van de vrouw stijgt. Ook uit grote Amerikaanse statistieken is zulks bekend. Facultatieve steriliteit in de eerste huwelijksjaren heeft dan ook een keerzijde; zo werd bij bovengenoemde 680 echtparen gevonden dat in 45 procent gedurende korte of lange tijd in het huwelijk anticonceptie was toegepast. De woorden van de Amerikaanse steriliteitspecialist, wijlen Fred Simmons: „Laat het echtpaar eerst zijn creatieve potenties bewijzen alvorens tot anticonceptie over te gaan” mogen dan ook ter harte worden genomen. Het menselijk organisme is hier zeker niet altijd een mechanisme, dat na het verlaten van anticonceptie direct reageert met conceptie.

4 Eveneens is uit een Amerikaans onderzoek gebleken, dat de kans op progenituur afneemt naarmate het huwelijk in jaren langer duurt, onafhankelijk van de leeftijd van de echtgenoten. Bedoeld wordt dat zelfs bij zeer jonggehuwden, die bijvoorbeeld de eerste vijf jaren van procreatie afzien, de conceptiekansen sterker dalen dan op grond van het toenemen in jaren van leeftijd zou kunnen worden verwacht. Ook hier meent men de verklaring vooral te moeten zoeken in psychosomatische factoren.

* * *

Terugkerend naar mijn uitgangspunt, het aandeel van de man in de huwelijks vruchtbaarheid, moet nog wel worden vermeld, dat men de man en de vrouw in het huwelijk, ook als patiënten, niet los van elkaar mag zien waar het problemen als kinderloosheid betreft.

De uitdrukking „deze patiënt is steriel” ware beter te vervangen door „dit huwelijk is kinderloos”. Bij onderzoek en behandeling wordt hiermee nog te weinig rekening gehouden. Nog te vaak ziet men op het spreekuur patiënten, in behandeling vanwege kinderloosheid in het huwelijk, terwijl de partner niet of nauwelijks is gezien. Hoe vaak vindt men bovendien niet, dat bijvoorbeeld bij een azoöspermie ook bij de vrouw factoren aanwezig zijn, die conceptie in de weg staan dan wel uitermate bemoeilijken? Alleen om psychologische redenen al is het verkeerd man en vrouw te dezer zake onafhankelijk van elkaar te zien.

Een recent praktijkgeval toonde zulks weer eens aan. Het betrof hier een academicus, die mij met zijn vrouw consulteerde. Het gesprek werd door hem gevoerd en had vrijwel alleen op hem betrekking. Immers, in verband met een onvolwaardig sperma had hij reeds 1.900 tabletten geslikt. Bij de vrouw was volstaan met sondage en pertuberen. Nader onderzoek bracht en oligozoöspermia gravis aan het licht en een atrofisch endometrium met anovulatoire cyclus. De man was reeds beladen met de last, dat de kinderloosheid door hem werd veroorzaakt.

Ook bij de behandeling dus dient men zich te laten leiden door het principe, dat men met een kinderloos echtpaar te maken heeft en niet met een „kinderloze man of vrouw”. Vindt men bijvoorbeeld

een stoornis in de spermatogenese, dan moet men trachten hierin verbetering te brengen doch daarnaast proberen de vrouw als het ware optimaler fertility te maken. Op deze wijze had ik bij een spermatozoa-aantal van 2 tot 3 miljoen/ml, herhaaldelijk bij de patiënt gevonden, toch succes bij de behandeling door bij de vrouw zorg te dragen voor een optimale cervixfunctie ten tijde van de ovulatie, waardoor immers de penetratie van de spermatozoa kan worden verhoogd.

Stelling moet ook worden genomen tegen de vaak verbreide leken-wetenschap, dat bij de man de potentia coeundi identiek is met de potentia generandi. Hoe vaak wordt men op het spreekuur niet getroffen door het feit, dat bij een blanco anamnese en bij normale bevindingen van primaire en secundaire geslachtskenmerken toch een azoöspermie blijkt te bestaan.

* * *

Wat is nu het aandeel van de man in de kinderloosheid? Rommer vond dat in 39 procent der kinderloze huwelijken de man als hoofdoorzaak moest worden gezien. Simmons geeft op 5.000 huwelijken, welke hij onderzocht, de volgende cijfers: azoöspermie 13,2 en ernstige oligozoöspermie 40,4 procent, tezamen dus een percentage van 53,6 uitmakend. Eisenhut's materiaal vermeldt dat in 35 procent de man alleen de oorzaak en in nog eens 35 procent mede-oorzaak was.

Door mij werden de volgende cijfers gevonden bij 250 mannen, die de steriliteitspolikliniek bezochten en volledig werden onderzocht: absolute onvruchtbaarheid 20,4 en (ernstig) gestoorde vruchtbaarheid 36,8, tezamen 57,2 procent. Een nadere analyse bracht aan het licht dat de groep „absolute” onvruchtbaarheid 49 gevallen van azoöspermie en 2 „bijzondere” gevallen omvatte (samen 20,4 procent) en dat de groep (ernstig) gestoorde vruchtbaarheid bestond uit 35 gevallen zeer ernstige subfertiliteit (14 procent), 10 gevallen ernstige subfertiliteit (4 procent) en 47 gevallen matige subfertiliteit (18,8 procent). Hierbij werden onder zeer ernstige subfertiliteit gerubriceerd alle gevallen, waarin het aantal spermatozoa kleiner dan 5 miljoen/ml was; onder ernstige subfertiliteit werden gebracht de gevallen waarin dit aantal — vaak in combinatie met een asthenospermie — 5 tot 10 miljoen/ml was en die gevallen, waarin het aantal spermatozoa 10 tot 20 miljoen/ml was, dan wel waarin sprake was van asthenospermie, werden onder matige subfertiliteit gerangschikt. In 24 gevallen was geen causale factor aan te tonen.

Na dit overzicht wil ik trachten een algemene samenvatting te geven van vruchtbaarheidsstoornissen bij de man, zoals deze in de literatuur worden aangegeven. Men vindt velerlei indelingen vermeld, die door hun uitvoerigheid vaak verwarrend zijn. Het is mijns inziens logisch bij de indeling uit te gaan van de stelling: voor een normale fertiliteit is noodzakelijk een voldoende produktie van sperma-

tozoa en de mogelijkheid deze te kunnen afvoeren naar buiten en te kunnen deponeren in de vagina bij de vrouw. Op deze wijze kan men dus de stoornissen rubriceren als: stoornissen in de vorming der spermatozoa en als stoornissen in het transport der spermatozoa.

* * *

Stoornissen in de vorming der spermatozoa kunnen aan exogene, endogene en endocriene oorzaken worden toegeschreven. Onder exogene oorzaken in de meest ruime zin kunnen worden genoemd chemische middelen, medicamenteus, warmte beschadigingen van buiten en van binnen, zuurstofgebrek (vliegeniers, duikbootbemanning, caissonarbeiders), voedingsinvloeden, genotmiddelen, stralenbeschadiging, chronische ziekten, ontstekingsprocessen, traumata, mechanisch-anatomisch, neurologisch, iatrogene beschadiging, leeftijd en gewoonten. Endogene oorzaken kunnen zijn, hereditair, congenitale misvormingen, ontwikkelingsstoornissen en endogene psychosen. Schildklier, pancreas, bijnier en hypofyse kunnen tot primaire endocriene stoornissen, leverstoornissen en hypersplenie tot secundaire endocriene stoornissen aanleiding geven.

Ook psychische invloeden kunnen bij stoornissen in de spermatogenese, al mag een organische oorzaak nimmer buiten overweging blijven, een rol spelen, bijvoorbeeld conflictsituaties, overspannen zijn, managers-ziekte, angsttoestanden.

Tenslotte de onbekende oorzaken. Uit het voorgaande is wel gebleken, dat in een groot aantal gevallen bij de man een blanco anamnese aanwezig is en dat bij lichamelijk onderzoek de primaire en secundaire geslachtskenmerken normaal blijken te zijn, terwijl toch een pathologisch spermabeeld wordt gevonden of zelfs een azoöspermie. Dat bewijst nog weer eens, dat de andrologie een jonge wetenschap is met vele leemten, doch het is een gelukkig verschijnsel dat men in de literatuur regelmatig mededelingen aantreft over nieuwe causale factoren, die, eenmaal bekend, in vele gevallen preventief dan wel therapeutisch te beïnvloeden zijn.

* * *

Stoornissen in het transport der spermatozoa, niet zelden verantwoordelijk voor het aandeel van de man in de kinderloosheid van het huwelijk, kunnen worden ingedeeld in twee grote groepen: psychogeen en organisch.

I Psychogene transportstoornissen. Voor een goede potentia coeundi zijn de volgende voorwaarden noodzakelijk: libido (potentia concupiscentiae), erectie (potentia erectionis), ejaculatie (potentia ejaculationis) en orgasme (potentia satisfactionis). Wordt aan een of meer van deze voorwaarden niet voldaan, dan kan zulks het vervoer alsook de samenstelling van het ejaculaat in ongunstige zin beïnvloeden.

Eerder besprak ik reeds in dit tijdschrift * de potentie- en ejaculatiestoornissen en derhalve zal hier niet uitgebreid op deze stoornissen worden ingegaan. Wel zullen nog een aantal toestanden worden besproken die in potentiestoornissen kunnen resulteren en vaak worden veroorzaakt door psychosexuele afwijkingen.

Epididymitis erotica. Dit is een toestand waarbij onder invloed van sexuele prikkels, zonder dat deze door geslachtsverkeer en ejaculatie tot ontlading komen, plotseling een pijnlijke zwelling kan ontstaan van één of beide epididymes met als mogelijk gevolg potentiestoornissen.

Masturbatie. Een in de jeugd frequente onanie zal later niet vaak aanleiding geven tot potentiestoornissen, doch wanneer de onanie ook op latere leeftijd blijft bestaan, kan zulk een sexueel autisme resulteren in sexuele stoornissen ten opzichte van de heterosexuele partner.

Coïtus interruptus. Naast de psychologische factor speelt hier, naar men aanneemt, ook een organische factor een rol, namelijk ten gevolge van de coïtus interruptus zou er een afname van de tonus van de nervi erigentes optreden, met als gevolg een onvoldoende doorbloeding van de genitalia, hetgeen weer kan resulteren in chronische veranderingen van de prostaat en de vesiculae seminales. Op deze wijze kunnen potentiestoornissen ontstaan.

Priapismus. Dit is een toestand waarbij een langdurige erectie optreedt zonder enig wellustgevoel en die niet wordt veroorzaakt door een geslachtelijke prikkeling. Ook is de mictie hierbij pijnlijk, soms zelfs nagenoeg onmogelijk. Dit berust op een overvulling van het corpus cavernosum penis. Naast organische oorzaken (myeloïde leukemie, trombose in de caverneuze ruimten, neurologisch) kent men de iatrogene vorm, veroorzaakt door overdoseren van gonadotrope hormonen, de idiopathische en de functionele vorm.

Spermatorroe. Dit is het uitstorten van een secreet, voornamelijk afkomstig van de accessoire geslachtsklieren buiten een coïtus of genitale prikkeling om, zonder dat het evenwel tot ejaculatie en orgasme komt. Hierbij spelen naast organische (ruggemergletsels, urethrapoliepen, chronische urethritis en prostaathypertrofie) ook psychische factoren een rol (sexuele fantasieën).

Hypersexualiteit. Hierbij is sprake van een pathologische geslachtsdrift, satyriasis, die soms een organische basis heeft, namelijk hormonale stoornissen zoals acromegalie en bijnierhyperfunctie, doch vaker psychogeen bepaald is.

* * *

* (1960) huisarts en wetenschap 3, 40 en 208.

II. Organische transportstoornissen. Deze zijn te verdelen naar congenitale en verworven oorzaken. *Congenitale oorzaken*, namelijk misvormingen in de tractus genitalis, vaak in combinatie met misvormingen van het uropoëtische systeem, zoals misvormingen van de epididymis, de ductus deferens (afwezigheid, enkel- dan wel dubbelzijdig, strengvorming), de vesiculae seminales, de ductus ejaculatorius, de prostaat, de klieren van Cowper, en van de urethra. Voor de steriliteit ten gevolge van urethramisvormingen kunnen van belang zijn: congenitale stenosen (glandaire deel, pars prostatica urethrae), verdubbeling van de urethra, accessoire gangen en abnormale uitmonding van de urethra, epispadie (van glans, penis of totale epispadie) en hypospadie (van glans, penis of totale hypospadie, zogenaamde hypospadias scrotalis).

Tenslotte misvormingen van de penis, respectievelijk glans penis. Hierbij zijn voor de steriliteit mogelijk van belang: insufficiënte vorming, partiële defecten, torsio penis, bijvoorbeeld te kleine penis, hypogenitalisme (congenitaal, atrofie en vroegtijdige castratie); difallus, volledige of partiële verdubbeling van de penis; abnormale localisatie; te kort frenulum wat zowel fimosis als parafimosis kan geven; fimosis en te grote penis bij hypergenitalisme.

Verworven oorzaken. Hier zijn te noemen: afsluitingsprocessen (tuberculose, gonorrhoe, banale ontstekingen en dergelijke); sterilisatie, al dan niet vrijwillig van de kant van de patiënt of van de kant van de chirurg; potentiële stoornissen (erectie, ejaculatie) van organische aard bij misvorming van de uitwendige genitalia, lokale veranderingen (bijvoorbeeld induratio penis plastica), „adnexitis masculinus” (ontstekingsprocessen van de secundaire geslachtsklieren), traumatisch (bijvoorbeeld letsels van de penis en de corpora cavernosa); neurologisch (tabes, multiple sclerose, syringomyelie, dwarslesies, bekkenletsels en postoperatief na operaties van de dikke darm); hormonaal (hypofyse, schildklier, testes, bijnier, pancreas); algemene ziekten (hart, lever, nier, bloed, circulatiestoornissen, lichamelijke overspannen, excessieve obesitas) en intoxicaties (arsen, lood, narcotica, nicotine, alcohol).

Na de stoornissen in de spermatogenese en in het

afvoersysteem te hebben besproken, rest nog de bespreking van een vrij recent gevonden oorzaak van kinderloosheid veroorzaakt door de man, te weten de sperma-agglutinatie. Volledigheidshalve zal hierbij ook de sperma-immuniteit worden aangevoerd.

Sperma-agglutinatie en sperma-immuniteit. Was het verschijnsel der sperma-immuniteit reeds langer bekend, in 1954 werden door Wilson en onze landgenoot Rümke, onafhankelijk van elkaar, in het serum van steriele mannen antilichamen aangetroffen tegen de eigen spermatozoa. Onder sperma-immuniteit kan worden verstaan het verschijnsel, waarbij het vrouwelijke organisme zich beschermt in de vorm van een afweermechanisme tegen het sperma van een of meer partners. Dit afweermechanisme bestaat in de vorming van antilichamen of spermatoxinen, die de motiliteit van de spermatozoa ongunstig beïnvloeden of zelfs spermadodend werken. Op deze wijze kan er een „incompatibiliteit” van de huwelijkspartners zijn met kinderloosheid als gevolg.

De sperma-agglutinatie is een verschijnsel, waarbij in het verse ejaculaat direct dan wel na enige tijd, geheel of gedeeltelijk, de spermatozoa samenklonteren, waarbij men verschillende vormen kan aantreffen: kop-kop-agglutinatie; staart-staart-agglutinatie en gemengde type. In het serum van deze patiënten zijn sperma-agglutininen aantoonbaar.

Hoewel de oorzaken van de sperma-agglutinatie nog niet geheel en al duidelijk zijn, krijgt men wel de indruk dat afsluitingsprocessen in de zaadafvoerende wegen een rol spelen. Men neemt hierbij aan, dat door deze afsluiting resorptie van testisweefsel en spermatozoa plaatsvindt, met de vorming van sperma-agglutininen als resultaat.

Dit overzicht van vruchtbaarheidsstoornissen bij de man, dat er geenszins op wil bogen volledig te zijn, kan niettemin een leidraad zijn voor de huisarts bij het opsporen van de oorzaken, wellicht in enkele gevallen preventief werken, en richting geven bij het verwijzen van het kinderloze echtpaar naar de specialist, waarbij nog eens moge worden benadrukt, dat, voorafgaande aan het ingrijpende onderzoek bij de vrouw, de man volledig dient te zijn onderzocht.