

Landelijke Transmurale Afspraak: Subfertiliteit

INLEIDING

De Landelijke Transmurale Afspraak 'Subfertiliteit' is opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). De Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) geeft in het kort richtlijnen voor het beleid bij subfertiliteit en houdt daarbij rekening met een verschil in aanpak tussen huisartsen en gynaecologen. De LTA beschrijft globale richtlijnen; aanbevolen wordt om deze richtlijnen regionaal (door huisartsen en specialisten) nader in te vullen. De LTA gaat met name in op de raakvlakken van eerstelijnszorg en tweedelijnszorg.

De LTA is gebaseerd op wetenschappelijke gegevens en consensusafspraken. Voor de bespreking van de wetenschappelijke literatuur en de gemaakte keuzes wordt verwezen naar de NHG-standaard Subfertiliteit (eerste herziening)¹ en de NVOG-richtlijn Oriënterend Fertiliteits-Onderzoek.²

Bij subfertiliteit speelt de factor tijd een belangrijke rol in de zin van:

- leeftijd van de vrouw c.q. het paar;
- de duur van de subfertiliteit;
- afwachten van de spontane kans op zwangerschap.

Het beleid van de huisarts is bij het probleem subfertiliteit gericht op het uitsluiten van een stoornis, terwijl het beleid van de gynaecoloog vooral is gericht op het opsporen van een stoornis. Op basis van anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek maken huisarts en gynaecoloog een inschatting van de spontane conceptiekans. De LTA geeft richtlijnen om op het juiste tijdstip huisartsgeneeskundige of gynaecologische zorg te kunnen bieden waarbij ook voor patiënten de continuïteit in het beleid herkenbaar blijft. De LTA gaat met name in op de indicaties voor (terug)verwijzen en bespreekt de situaties waarbij gedeelde zorg mogelijk en wenselijk is.

Achtergronden

Subfertiliteit is een probleem dat regelmatig aan huisartsen en gynaecologen wordt voorgelegd. Onder subfertiliteit wordt verstaan het gedurende meer dan 12 maanden uitblijven van een zwanger-

Flikweert S, Hemrika DJ, Geijer RMM, Evers JLH, Hinloopen RJ, Leerentveld RA, Ponsioen BP, Wempe PA, Zweers DJ. Landelijke Transmurale Afspraak: Subfertiliteit. Huisarts Wet 1998;41(11):542-4.

Samenvatting

- **Verslag van landelijk overleg tussen huisartsen en gynaecologen over de medische zorg bij subfertiliteit.**
- **Onder subfertiliteit wordt verstaan het gedurende meer dan 12 maanden uitblijven van een zwangerschap bij onbeschermde, op conceptie gerichte coïtus.**
- **Het beleid van de huisarts bij subfertiliteit is gericht op het uitsluiten van een stoornis; het beleid van de gynaecoloog is vooral gericht op het opsporen van een stoornis.**
- **Er bestaat overeenstemming over de richtlijnen voor aanvullend onderzoek: basale temperatuurcurve (BTC), semenanalyse, post-coïtum test (PCT), Chlamydia-antistof-test (CAT).**
- **Verwijzing is gewenst bij vermoeden op tubopathologie, bij vermoeden op anovulatie (amenorroe, meer dan één niet-bifasische BTC), bij azoöspermie of bij langdurige subfertiliteit.**
- **Overeenstemming is bereikt over terugverwijzen en gedeelde zorg.**

schap bij onbeschermde, op conceptie gerichte coïtus. Als de zwangerschapswens korter dan een jaar bestaat, wordt gesproken van 'uitblijven van zwangerschap'. Het aantal nieuwe gevallen van subfertiliteit in de huisartspraktijk is circa 2 per 1000 patiënten per jaar. Van alle paren doet ongeveer 10 procent een beroep op specialistische zorg wegens subfertiliteit. Onvervulde kinderwens die korter dan een jaar bestaat, is bij 5 procent van alle paren reden voor verwijzing wegens bijkomende klachten (dysmenorroe, galactorroe), bevindingen die verder afwachten zinloos maken (amenorroe, azoöspermie) of ongeduld. Uiteindelijk blijft naar schatting ongeveer 5 procent van alle paren ongewild kinderloos.

Uitgangspunten

De rol van huisarts en gynaecoloog bij subfertiliteit is door verschillende maat-

schappelijke en medische ontwikkelingen veranderd. Paren stellen het krijgen van kinderen vaker uit en hebben daardoor een kortere periode voor het krijgen van kinderen. Daarnaast zijn de mogelijkheden om met technische middelen het totstandkomen van zwangerschap te bevorderen sterk toegenomen; deze mogelijkheden krijgen ruime aandacht in de media. Mede daardoor legt de patiënt niet zelden het uitblijven van zwangerschap aan de huisarts voor als een behandelbare 'aandoening'. De taak van de huisarts omvat onder andere een inschatting van de vaak nog aanzienlijke spontane conceptiekans op basis van oriënterend onderzoek en in een latere fase de nabespreking na specialistische behandeling en tenslotte hulp bij de verwerking van blijvende ongewenste kinderloosheid. De taak van de gynaecoloog begint met het gericht zoeken naar een oorzaak voor de subfertiliteit en het inschatten van een prognose op spontane zwangerschap. Zo mogelijk zal een gerichte behandeling plaatsvinden afhankelijk van de beschikbare mogelijkheden. Indien geen oorzaak gevonden is, zal de gynaecoloog afhankelijk van de prognose een afwachtend beleid voeren met tijdelijke terugverwijzing of de zwangerschapskans proberen te vergroten door het toepassen van fertiliteitsbevorderende technieken. Van belang hierbij is dat ook in de fase van behandeling nog spontane zwangerschappen optreden die onafhankelijk zijn van fertiliteitsbevorderende technieken. In theorie is het mogelijk een behandeling voor subfertiliteit 'oneindig' voort te zetten, zodat stoppen hiervan een actieve keus inhoudt. Hierbij is een goede afstemming van gynaecoloog en huisarts onderling van grote waarde. Voor een goede samenwerking is het van belang de diagnostiek bij subfertiliteit in de huisartspraktijk aan te laten sluiten op die in de tweedelijns. Een niet onaanzienlijk deel van de diagnostiek bij subfertiliteit behoort tot het takenpakket van de huisarts. Het verrichten van deze diagnostische handelingen door de huisarts leidt tot een betere taakafbakening tussen eerste- en tweedelijnszorg en tot meer continuïteit in de zorg voor paren met subfertiliteit.



DIAGNOSTIEK

Voor de uitvoering en de interpretatie van de diagnostiek (anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek) wordt verwezen naar de NHG-Standaard en de NVOG-richtlijn.

Aanvullend onderzoek

Een eenmalige *Basale Temperatuur Curve* (BTC) met een duidelijke bifasische curve maakt ovulatie waarschijnlijk: herhalen van een BTC is dan niet nodig. Bij een niet te beoordelen BTC is herhaling te overwegen. Overigens is een regulaire cyclus in het algemeen ovulatoir.

Sperma-onderzoek kan de huisarts in de eigen praktijk verrichten. Met dit onderzoek kan tevens een azoöspermie worden vastgesteld dan wel worden uitgesloten. Bij twijfel aan de kwaliteit van het sperma wordt analyse in een laboratorium aanbevolen, bij voorkeur in de kliniek waarheen later wordt verwezen. De huisarts kan ook primair kiezen voor analyse in een laboratorium.

De *post-coïtum Test* (PCT) kan in de huisartspraktijk worden verricht in plaats van het sperma-onderzoek of – in een latere fase – als na een half jaar afwachten geen zwangerschap tot stand is gekomen. Een normale uitslag van de PCT kan nog een periode van afwachten rechtvaardigen, terwijl bij een afwijkende uitslag verwijzing wordt overwogen.

Een *Chlamydia-antistof-test* (CAT) kan van belang zijn bij *afwezigheid* van anamnestiche aanwijzingen voor tubapathologie om te beoordelen of een afwachterend beleid gerechtvaardigd is. Bij duidelijke anamnestiche aanwijzingen voor tubapathologie heeft de CAT geen meerwaarde. Het interpreteren van de waarde van de CAT is afhankelijk van de referentiewaarde van het laboratorium. In het algemeen zal een titer van de CAT hoger dan 32 reden zijn voor nader onderzoek afhankelijk van de uitkomsten van de diagnostiek, de leeftijd en de duur van de subfertiliteit.

Onderzoek naar de *rubella status* (geënt of titer) is vooral van belang om te bepalen of voorafgaande aan fertiliteitsbevorderende ingrepen vaccinatie ter preventie van een rubella-syndroom bij een eventuele zwangerschap noodzakelijk is.

Een 'Landelijke Transmurale Afspraak' (LTA) komt tot stand in samenwerking met een wetenschappelijke specialistenvereniging. Een LTA geeft aan over welke aspecten van de diagnostiek en behandeling overeenstemming bestaat. Daarnaast komt aan de orde over welke punten mogelijk nog verschil van inzicht is. Een LTA formuleert globale richtlijnen voor huisartsen en specialisten die als uitgangspunt dienen om het regionale beleid nader te bespreken en in te vullen.

SAMENWERKEN EN (TERUG)VERWIJZEN

De huisarts zal de meeste paren met subfertiliteit in eerste instantie zelf begeleiden. In het algemeen verwijst de huisarts naar een gynaecoloog die de specialistische zorg coördineert en zo nodig verder verwijst naar anderen.

De volgende onderstaande verwijscriteria worden gehanteerd.

- *Afwijkingen bij de vrouw waarbij een afwachterend beleid niet zinvol is:*
 - ovulatiestoornissen (amenorroe die langer dan een half jaar bestaat ook als de diagnose subfertiliteit nog niet gesteld is, oligomenorroe, polymenorroe of een bij herhaling niet-bifasische cyclus in de BTC registratie);
 - aanwijzingen voor tubapathologie, anamnestiche (zoals (herhaalde) vroegere infecties of operaties in het kleine bekken) of een afwijkende CAT (globaal een titer >32);
 - aanwijzingen voor het polycysteus ovarium syndroom.
- *Afwijkingen bij de man waarbij een afwachterend beleid niet zinvol is:*
 - azoöspermie (verwijzing naar een uroloog of fertiliteitsdeskundige ter bevestiging hiervan en om eventuele mogelijkheden te bespreken);
 - verminderde kwaliteit van het sperma op basis van herhaald sperma-onderzoek of één adequaat uitgevoerde afwijkende PCT in de pre-ovulatoire fase van de cyclus in combinatie met sperma-onderzoek (bij onvoldoende kwaliteit van het sperma met een normale PCT is twee jaar afwachten gerechtvaardigd bij een

leeftijd van de vrouw tot en met 35 jaar);

- *Langdurige subfertiliteit met normale bevindingen* (blanco anamnese, ovulatoire cyclus (regulaire cyclus of bifasische BTC), sperma voldoende kwaliteit/kwantiteit, normale PCT);
 - bij vrouwen tot en met 35 jaar als de subfertiliteit langer dan een jaar bestaat;
 - bij vrouwen boven de 35 jaar als de subfertiliteit langer dan een half jaar bestaat of als er een sterke wens tot verwijzen bij het paar bestaat.
- *Afwijkingen waarbij nader onderzoek onuitvoerbaar is:*
 - als geen coïtus plaatsvindt door ernstige seksuologische problematiek (verwijzing naar een seksuoloog);
 - anatomische afwijkingen die coïtus of zwangerschap onmogelijk maken.

De huisarts draagt zorg voor een adequate verwijzing naar de gynaecoloog en bereidt de verwijzing in een gesprek met het paar voor. Naast een globale uitleg brengt de huisarts onder andere de verwachtingen van het paar, eventuele wachttijden en verdere begeleiding ter sprake.

Voor behandelingen als inseminatie met sperma van partner of donor of voor in vitro-fertilisatie (IVF) en intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI) stellen sommige klinieken eisen ten aanzien van leeftijd, samenlevingsvorm, geheimhouding et cetera. De huisarts houdt bij zijn verwijzingsbeleid rekening met deze – per kliniek verschillende – eisen. Factoren zoals verkorte levensverwachting, kindermishandeling/verwaarlozing, psychische instabiliteit, HIV seropositiviteit en verhoogde kans op aangeboren afwijkingen kunnen contra-indicaties voor (verwijzing voor) fertiliteits-bevorderende behandelingen zijn. De huisarts bespreekt dit zorgvuldig met het paar. Soms gaat het hierbij om controversiële situaties; overleg met de gynaecoloog voorafgaand aan verwijzing is dan aangewezen.

Terugverwijsindicaties

De gynaecoloog verwijst het paar bij uitblijvend resultaat na een afrondend gesprek terug naar de huisarts en stelt de huisarts tijdig op de hoogte van de verichte diagnostiek en therapie. Omdat regelmatig meer specialisten betrokken zijn



bij het onderzoek en (eventuele) behandeling van het paar moet steeds duidelijk zijn welke gynaecoloog de zorg coördineert.

De huisarts draagt – desgewenst – zorg voor de verdere begeleiding aansluitend op de begeleiding van de tweedelij, inclusief eventuele anticonceptie.

Gedeelde zorg

Om een goede afstemming te bewerkstelligen tussen huisarts en gynaecoloog dient zoals gezegd de huisarts voor een adequate verwijzing naar de gynaecoloog zorg te dragen. De gynaecoloog informeert – in verband met een goede communicatie tussen eerstelijns en tweedelijns – de huisarts in ieder geval na het eerste polikliniekbezoek, na afronding van de diagnostiek en steeds voor aanvang van een nieuwe therapie. Als meer specialisten hierbij betrokken zijn, moet duidelijk zijn welke gynaecoloog de zorg coördineert.

In de volgende situaties is gedeelde zorg mogelijk.

- Bij vermoeden op anovulatie op grond van een bij herhaling niet-bifasische BTC kan een kortdurende verwijzing plaatsvinden voor nadere beoordeling. Bij aanwezigheid van ovulatie verwijst de gynaecoloog terug naar de huisarts.
- De huisarts kan tijdens het onderzoek en de behandeling door de gynaecoloog het paar behulpzaam zijn bij het maken van keuzes voor wel of niet behandelen met fertiliteitsbevorderende technieken.
- Als na het onderzoek van de gynaecoloog op basis van leeftijd en de duur van de subfertiliteit besloten is tot afwachten, wordt het paar terugverwezen naar de huisarts; de aandachtspunten voor de begeleiding van het paar door de huisarts staan in de standaard beschreven.

Belangrijkste discussiepunten

- Bij het afstemmen van de definitie voor subfertiliteit is gekozen voor de formulering van de NVOG-richtlijn Oriënterend Fertiliteits-Onderzoek.

- Het voorschrijven van clomifeen door de huisarts is uitvoerig besproken in de werkgroep. In de literatuur is onvoldoende onderbouwing gevonden voor het voorschrijven van clomifeen bij paren die nog bij de huisarts in zorg zijn. Werkzaamheid van clomifeen is met name beschreven bij paren met meer dan drie jaar bestaande (onverklaarde) subfertiliteit. Deze paren zullen dan op grond van de duur van de subfertiliteit al zijn verwezen.
- De waarde van het aanvullend onderzoek met name de CAT en de PCT zijn uitvoerig besproken. De waarde van de CAT bij het oriënterend fertiliteitsonderzoek in de huisartspraktijk is nog onvoldoende duidelijk; gekozen is de CAT te bepalen bij wat langer bestaande subfertiliteit waarbij de kans op het vinden van afwijkingen groter is. In de gynaecologische praktijk wordt de CAT met name gebruikt om stoornissen aan te tonen. De voorspellende waarde van de PCT in de huisartspraktijk is waarschijnlijk hoger dan in de praktijk van de gynaecoloog. De gynaecoloog ziet een geselecteerde groep paren met subfertiliteit met een grotere kans op afwijkingen waardoor de voorspellende waarde van de PCT geringer zal zijn.
- In de LTA is ook in geval van mannelijke subfertiliteitsproblemen – met uitzondering van azoöspermie – gekozen voor verwijzen naar een gynaecoloog omdat dat in Nederland gebruikelijk is. De (coördinerend) gynaecoloog kan afhankelijk van de problematiek zelf behandelen of verwijzen naar een uroloog.

TOTSTANDKOMING

In mei 1997 startte een werkgroep van huisartsen en gynaecologen benoemd door het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie met het opstellen van de Landelijke Transmurale Afspraak. Namens het NHG hadden in de werkgroep zitting: R.J. Hinloopen, B.P.

Ponsioen, P.A. Wempe, allen huisarts. Deelnemers namens de NVOG waren prof.dr. J.L.H. Evers, dr. R.A. Leerentveld, D.J. Zweers, allen gynaecoloog. Bij het ontwikkelen van de LTA is gekozen voor een bipartite overleg van huisartsen en gynaecologen. Omdat in geval van mannelijke subfertiliteit ook urologen betrokken zijn, is dr. E.J.H. Meuleman, uroloog tijdens de ontwikkeling van de LTA Subfertiliteit om advies gevraagd.

In februari 1998 is een conceptversie voorgelegd ter becommentariëring aan een steekproef van 50 huisartsen (NHG-leden) en aan 50 gynaecologen (leden van de werkgroep Voortplanting Endocrinologie en Fertiliteit (VEF) en opleiders van universitaire en niet-universitaire klinieken). In mei 1998 heeft het bestuur van de NVOG de concepttekst ter goedkeuring aan de ledenvergadering van de NVOG voorgelegd en goedgekeurd. In juli en augustus 1998 is de concepttekst voorgelegd aan de Autorisatie Commissie van het NHG en in twee zittingen geautoriseerd. De coördinatie was in handen van de huisartsen S. Flikweert (NHG) en R.M.M. Geijer (NHG) en de gynaecoloog dr. D.J. Hemrika (NVOG).

1 Wempe PA, Ponsioen BP, Hinloopen R, Flikweert S, Geijer RMM. NHG-Standaard Subfertiliteit (eerste herziening). Huisarts Wet 1998;41(11):533-41.

2 Anoniem. Oriënterend Fertiliteitsonderzoek, NVOG-richtlijn No.1. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 1996. Verkrijgbaar bij de NVOG: tel. 030 2823813. ■