



**Greetje Van den Eede** heeft sinds 1997 een praktijk in complementaire gezondheidszorg. Vanuit een holistische visie begeleidt ze mensen met een kinderwens en zwangeren. Daarnaast geeft ze lezingen en is docent voor verschillende organisaties. Ze schreef het boek 'Vruchtbaarder dan je denkt. Gids voor iedereen met een kinderwens.'

# Vruchtbaarheid

## Mogelijkheden en kansen

### RESUMÉ

#### VRAAG:

Wat is er nodig om de vruchtbaarheid te optimaliseren?

#### BEVINDINGEN:

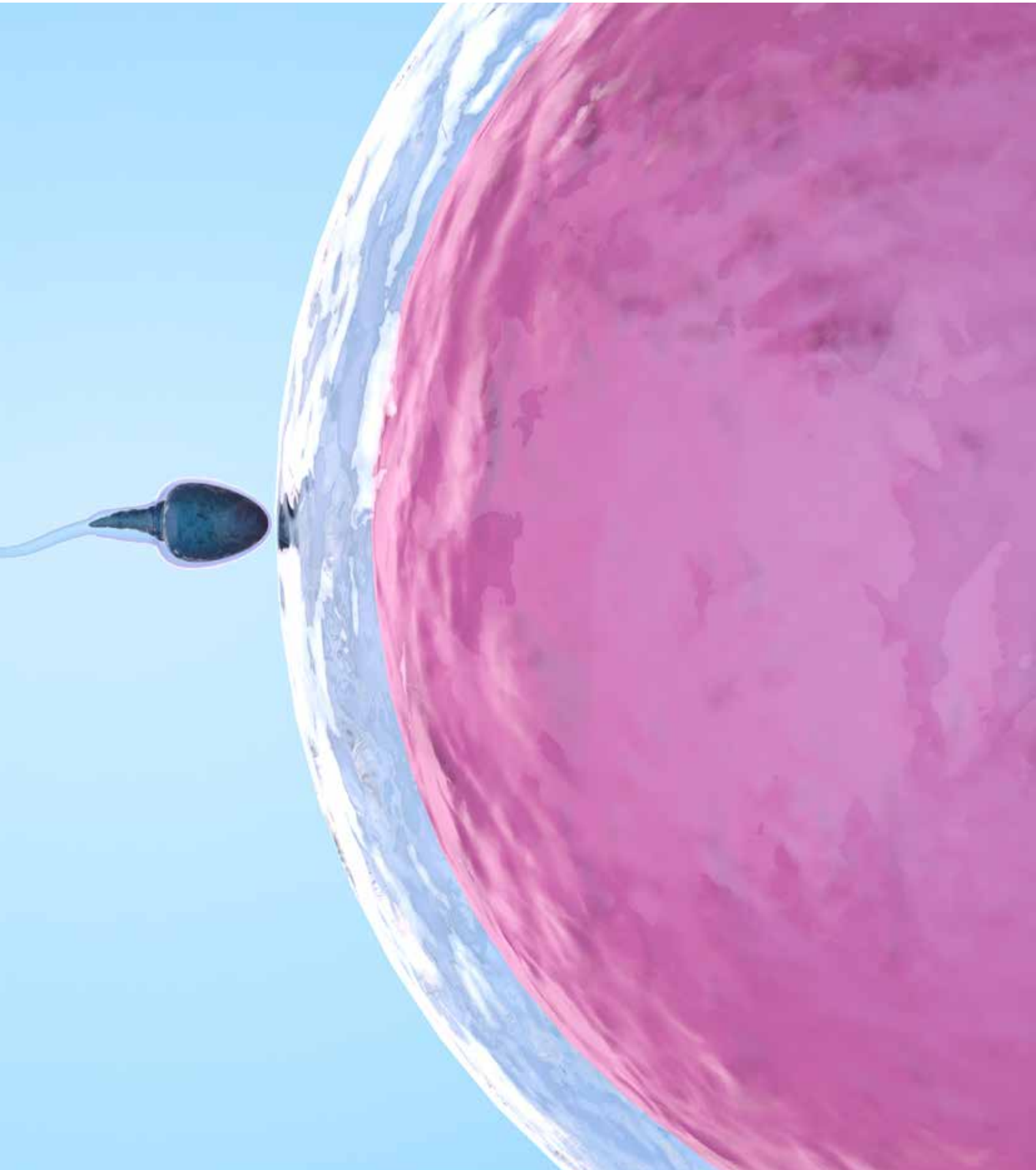
Verschillende factoren hebben een nadelige invloed op de vruchtbaarheid. Om het fysiologisch proces van de voortplanting goed te laten lukken, is meer nodig dan een goede eicel, een redelijke spermakwaliteit, een ovulatie en doorgankelijke eileiders.

#### BETEKENIS:

Reguliere fertiliteitsbehandelingen hebben vaak niet het gewenste resultaat, mede door gebrek aan onderzoek en herstel van de onderliggende oorzaken. Betere resultaten worden bereikt door samenwerking, aanreiken van concrete adviezen en door complementair te werken vanuit een breed holistisch perspectief. Dit resulteert sneller en vaker in een zwangerschap en de geboorte van een kind.

Nieuw leven is niet voor iedereen vanzelfsprekend. Gemiddeld zou één op de zes stellen problemen hebben om zwanger te worden. De media besteden er geregeld aandacht aan, en ook in onze eigen praktijk krijgen we steeds meer vragen van mensen met een kinderwens. Ze zijn onzeker en zoeken houvast. Gelukkig zijn genoemde hoge cijfers te relativiseren. Een globaal beeld van de vruchtbaarheidsproblematiek laat zien dat bij het in kaart brengen van onze vruchtbaarheid geboortecijfers worden gebruikt. De termen 'vruchtbaarheid' en 'gerealiseerd kinderaantal' (het gemiddeld aantal kinderen dat een vrouw krijgt) worden daarbij door elkaar gebruikt. Het feit dat een vrouw geen kinderen heeft, wil echter niet zeggen dat er sprake is van onvruchtbaarheid.<sup>[1]</sup> >

het feit dat een vrouw geen kinderen heeft, wil niet zeggen dat ze onvruchtbaar is



**H**et aantal stellen dat gebruikmaakt van medische vruchtbaarheidsbehandelingen is groot en stijgt jaar na jaar. De fysieke, emotionele, relationele, financiële en maatschappelijke impact ervan wordt steeds duidelijker. Hoe is deze snelgroeiende toestroom ontstaan? Klopt het dat we minder vruchtbaar worden? Enerzijds doen steeds meer stellen een beroep op medisch begeleide vruchtbaarheidsbehandelingen, anderzijds zien we artikels met als kop: 'Een beetje geduld, wat vaker vrijen, en die baby komt wel.' Ogenschijnlijk twee uitersten die moeilijk te rijmen zijn.

**De laatste vijftig jaar** is de houding ten opzichte van ouderschap en kindervens veranderd. We zien vandaag de dag niet meer de grote gezinnen van vroeger. In onze huidige West-Europese cultuur blijft het aantal kinderen vaak beperkt, waar een groot kindertal in andere culturen nog altijd wel gewenst is. Een aantal vrouwen kiest er om diverse redenen bewust voor geen kinderen op de wereld zetten, en dus hun vruchtbaarheid niet gebruiken. Daarnaast zijn er vrouwen die single blijven of geen geschikte partner vinden en niet voor alleenstaand ouderschap kiezen. Slechts een zeer klein percentage van alle vrouwen (drie tot vijf procent) blijft ongewenst kinderloos. Alleenstaanden en lesbische vrouwen kunnen ongewenst kinderloos zijn of een beroep doen op vruchtbaarheidsbehandelingen, maar dit heeft op zich niets te maken met een medisch vruchtbaarheidsprobleem: zij hebben enkel sperma nodig. Op een latere leeftijd een partner ontmoeten kan het realiseren van een kindervens bemoeilijken. Hoe ouder men wordt, hoe moeilijker het immers is om zwanger te worden en te blijven.

**Onze voortplanting is geen** geïsoleerd fysiek gegeven. Om nieuw leven te creëren zijn, medisch gezien, enkele basiselementen nodig: een goede eicel en redelijke spermakwaliteit, een ovulatie en doorgankelijke eileiders. Toch blijkt het dan nog dikwijls niet te lukken om zwanger te raken. Bij ongeveer 30 procent van de stellen is hun subfertiliteit onverklaarbaar.<sup>[2]</sup> Wat kan er allemaal aan de hand zijn?

drie tot vijf procent van alle vrouwen blijft ongewenst kinderloos

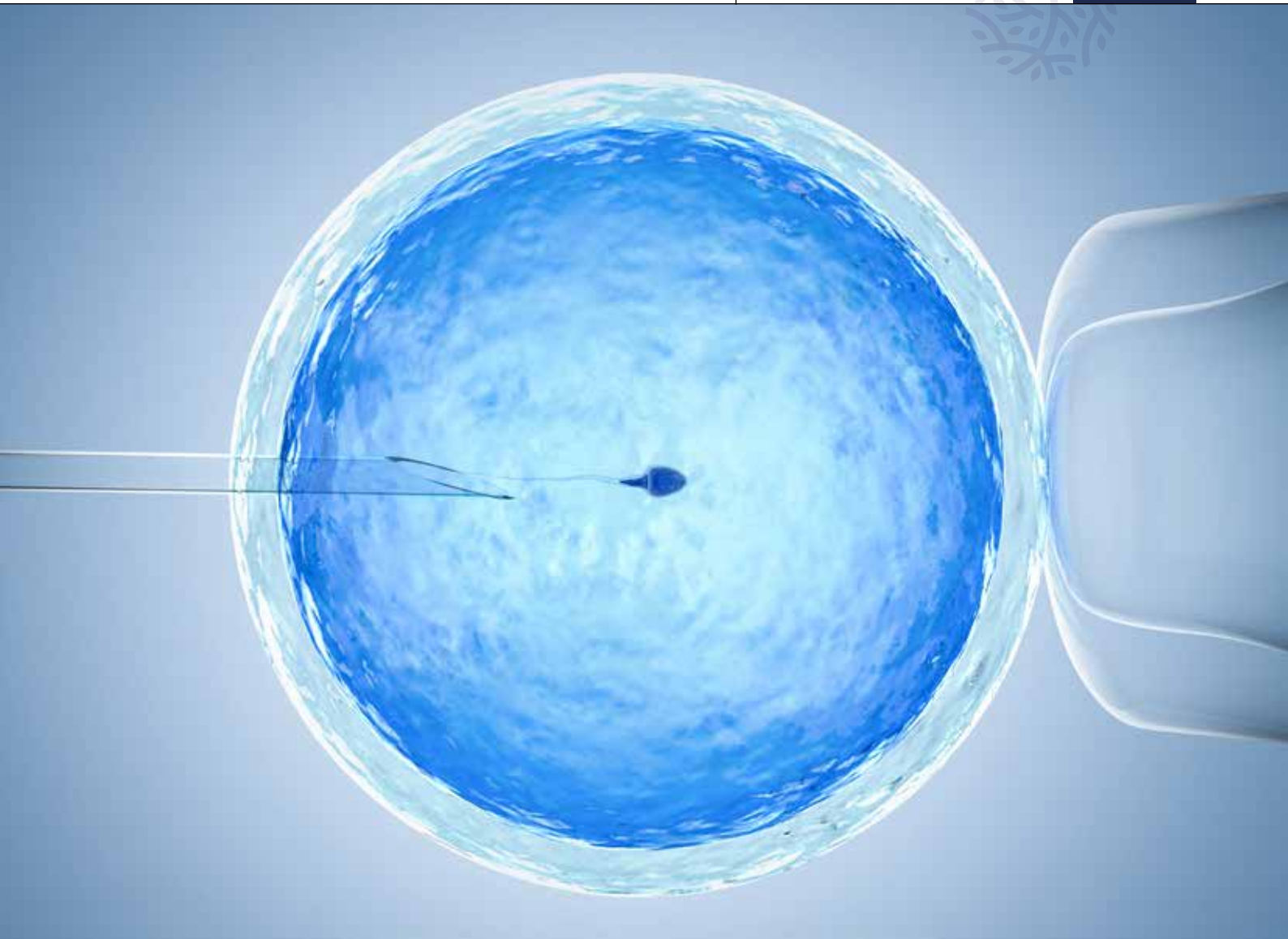


**Ten eerste is de** kunstmatige tijdslimiet om zwanger te worden een aantal jaren geleden gehalveerd: als je nu niet binnen één jaar zwanger bent, word je beschouwd als minder vruchtbaar. Vroeger was deze tijdslimiet twee jaar. Het gevolg is dat mensen vandaag de dag vaak ten onrechte denken een vruchtbaarheidsprobleem te hebben, waar medische begeleiding voor nodig is. In veel gevallen blijkt dit niet nodig te zijn: in het tweede jaar wordt nog altijd meer dan de helft van deze stellen spontaan zwanger.

**Toxische stoffen (medicatie, voeding, pesticiden, roken, omgeving)** en stress sturen onze hormonen danig in de war en beïnvloeden daarmee de voortplanting negatief. Gelukkig treedt vaak herstel op als hormoonverstorende stoffen worden vermeden, het lichaam voorafgaand aan de poging om zwanger te raken wordt ontgift en er zorg gedragen wordt voor een optimale vitaminen- en mineralenstatus. Het is goed dat dit aan mensen met een kindervens duidelijk gemaakt wordt. Hun medewerking en inzet zijn noodzakelijk en het geeft hen meer kracht en autonomie.

**Daarnaast wordt de tijd** om te ontpillen nogal eens onderschat. Bij sommigen vrouwen herstelt de normale cyclus van 24 tot 35 dagen zich snel, terwijl bij anderen de menstruatie vele maanden tot zelfs een jaar uitblijft. Deze post-pilamenorroe wordt vermoedelijk veroorzaakt door een tijdelijke stijging van de serumconcentratie van Anti-Müller-Hormoon (AMH). Dit hormoon heeft een belangrijke functie in de regulatie van de follikelgroei. Tijdens het gebruik van de combinatiepil treedt een daling op van circulerende AMH-concentraties. Dit komt doordat door het pilgebruik de aanmaak van FSH wordt onderdrukt, met als gevolg dat de antrale follikels (voorstadium van een rijpe follikel) klein blijven en dus gezamenlijk weinig AMH produceren. Nadat gestopt wordt met de pil valt deze AMH-remming weg en wordt de follikelgroei aangezwengeld, wat resulteert in een tijdelijke verhoging van de AMH-concentratie. Deze toestand van verhoogde AMH-concentratie kan tot enkele maanden duren en onderdrukt op haar beurt het effect van FSH op de follikelrecrutering, waardoor deze soms enkele maanden op zich laat wachten nadat is gestopt met de pil.<sup>[3]</sup>

Enkele maanden post-pilamenorroe kan leiden tot stress en eventueel medisch ingrijpen. De veelgebruikte medicatie om een ovulatie uit te lokken, clomifeen, kan op zich weer een mogelijke oorzaak zijn van vergroting van de eierstokken, cysten



en endometriose. Van deze zaken is bekend dat ze een mogelijke zwangerschap kunnen belemmeren. In de praktijk is het daarom beter iets langer af te wachten en mogelijk achterliggende oorzaken van amenorroe te onderzoeken en aan te pakken, zoals bijvoorbeeld hyperprolactinemie, hypothyroidie, verstoorde dag-nachtcyclus of ondergewicht.

**Om het fysiologisch proces** van de voortplanting goed te laten lukken is er dus meer nodig dan een goede eicel, een redelijke spermakwaliteit, een ovulatie en doorgankelijke eileiders. Het voortplantingsstelsel en de productie van geslachtshormonen zijn afhankelijk van een ingewikkeld hormonaal kluwen waarin bloedsuikerspiegel, bijnierfunctie, schildklierwerking, de toestand van de hypothalamus en de hypofyse een rol spelen. Het functioneren van al deze systemen is afhankelijk van leefstijl, vitaminen- en mineralenstatus, voeding, milieufactoren, toxische stoffen, werkomgeving, bepaalde aandoeningen en medicatie. Naast dit alles is de invloed van stress, dieperliggende emotionele of mentale blokkades en trauma's niet te onderschatten.

**De reguliere benadering van** fertiliteitsproblemen is redelijk voorspelbaar. Wanneer een vrouw na een jaar (of na zes maanden als ze ouder is dan 35 jaar) niet zwanger is, verricht de arts enkele basisonderzoeken. Als de diagnose 'nog geen zwangerschap' luidt, is dat veelal het begin van een medisch traject. Dan gaat het over eenvoudige inseminatie, ivf/icsi (intra cytoplasmatische sperma injectie) of het gebruik van donormateriaal. Helaas is deze aanpak voor de meeste mensen teleurstellend: slechts een op de vijf ivf-cycli leidt tot de geboorte van een baby (en >

vanaf het moment dat er gestopt wordt met anticonceptie is het goed als de vrouw en de man gedurende ten minste zes maanden hun leefstijl aanpassen



naarmate de vrouw ouder is nog minder). De anderen blijven ontgoocheld achter, met de gevolgen van de fysieke, emotionele, relationele en financiële impact van hun vruchtbaarheidsbehandelingen.

**Reguliere fertilitieitsbehandelingen hebben vaak** niet het gewenste resultaat, mede omdat er geen aandacht is besteed aan onderzoek en herstel van de onderliggende oorzaken. Terwijl hier de sleutel kan liggen voor een meer succesrijke aanpak. Ik pleit ervoor om vanaf het moment dat er gestopt wordt met anticonceptie (pil, vaginale ring of spiraaltje) ten minste zes maanden uit te trekken voor leefstijlaanpassingen van zowel man als vrouw. Dit houdt in: gezonde voeding, beweging en ontspanning. Slechte gewoonten, zoals roken en alcoholgebruik, kunnen in deze periode worden aangepakt. Het zelfherstellend vermogen zal op deze manier worden ondersteund. Deze periode is ook ideaal om stresshanteling en eerdere trauma's of emotionele gebeurtenissen onder de loep te nemen, en om mentale blokkades erkenning te geven en om te keren.

**Omdat het een brede** aanpak betreft, biedt samenwerking met collega's van andere complementaire benaderingen een meerwaarde voor onze cliënten. Een van de duidelijke voorbeelden is herstel van de bloedsuikerspiegel door voeding en leefstijl. Het project 'Keer diabetes om' in Nederland is daar een fantastisch voorbeeld van. Dit is een veelbelovende toepassing voor mensen met een kinderwens met een latent of licht verstoorde bloedsuikerspiegel. In de praktijk zie ik dat door juiste voedingsaanpassingen en leefstijlverandering heel wat vrouwen weer normaal gaan menstrueren en opnieuw vruchtbaar blijken. Indien nodig helpen hier extra voedings-supplementen bij.

**Ook de schildklierwerking kan** geoptimaliseerd worden, zelfs als deze binnen de klassieke referentiewaarden valt. Hypothyroidie kan anovulatoire cycli veroorzaken, luteale insufficiëntie, hyperprolactinemie en een verstoring van de geslachtshormonen. De Wereldgezondheidsorganisatie beveelt zwangere vrouwen aan om dagelijks 250 microgram jodium in te nemen. Het is goed daar al vanaf de kinderwens mee te starten. Jodiumtekort kan, indien het de synthese van de schildklierhormonen aantast, een onherstelbare mentale achterstand bij de baby veroorzaken, evenals ontwikkelingsstoornissen en een minder goede neurologische ontwikkeling van het kind. Maar ook hypertensie en pre-eclampsie tijdens de zwangerschap zijn risico's als gevolg van een slecht werkende schildklier. Bovendien kan een slecht werkende schildklier oorzaak zijn van herhaalde miskramen. Omdat in bepaalde gevallen jodiumsuppletie niet gepast is, is het advies van een orthomoleculair arts op zijn plaats.

als er aandacht wordt besteed aan onderzoek en herstel van onderliggende oorzaken, kunnen reguliere fertilitieitsbehandelingen vaker tot het gewenste resultaat leiden

**Veelvoorkomende tekorten zijn verder** die aan vitamine D3, ijzer, vitamine B6 en B12, zink, selenium, magnesium en bepaalde omega-vetzuren. Als dergelijke tekorten in een bloedanalyse aan de oppervlakte komen, kan dit via voeding en/of voedingssupplementen verbeterd worden. Wanneer we uitgaan van de behoeften van deze cliënten is één ding zeker: zij willen een kind en zoeken geruststelling dat het wel zal lukken. Zekerheid kunnen wij hen niet garanderen. Als professionals hebben we de kennis en knowhow van onze eigen methode, maar kijken we ook verder, vanuit een holistische benadering. Door onze horizon te verbreden, wordt ons aanbod rijker, en kunnen we meer cliënten daadwerkelijk verder helpen. Omdat we de mens als geheel zien, en niet enkel de specifieke problematiek, komen heel wat verborgen aspecten aan de oppervlakte. Met open geest luisteren, helpt om meer beïnvloedende factoren te ontdekken, zoals littekens van buikoperaties, familiepatronen, relatieproblemen, stress, blokkerende gedachten of constitutie. Doorverwijzen naar gespecialiseerde collega's is een krachtig gebaar.

**Mensen met een kinderwens** zoeken ook empathie, veiligheid, eerlijkheid en duidelijkheid. Zij hebben behoefte aan concrete adviezen. Op fora van mensen met een kinderwens valt veel wanhoop en onbegrip over onduidelijke richtlijnen van artsen te lezen. Vanuit de dagelijkse contacten met mensen met een kinderwens merk ik dat echte coaching nodig is. Naast de face-to-faceconsulten ook bereikbaar zijn per telefoon, skype of mail, geeft hen extra ondersteuning en regelmatig mooie resultaten. ■

Meer informatie:

[www.vruchtbaarderdanjedenkt.be](http://www.vruchtbaarderdanjedenkt.be)  
en [www.natuurbalans.be](http://www.natuurbalans.be)

BRONVERMELDING:

1. Greetje Van den Eede. *Vruchtbaarder dan je denkt*. 2018. EAN 9789082661712.
2. Ray, A., Shah, A., Gudi, A., Homburg; R. (2012). *Unexplained infertility: an update and review of practice*. Reproductive Biomedicine online, 24, 591-602.
3. Depypere, H., De Sutter, P., Jacquemyn, Y., Vergote, I. 2018 (tweede druk). *Handboek gynaecologie*. Leuven/Den Haag, Acco. EAN 9789463442565