

PERINATALE UITKOMSTEN NA GEASSISTEERDE BEVRUCHTING

Verloskundigen krijgen regelmatig te maken met vrouwen die zwanger zijn geworden na een IVF behandeling. De verloskundige indicatielijst beschouwt een 'status na behandeling subfertiliteit' als een A-situatie, maar uit een onlangs gepubliceerde meta-analyse blijkt wel dat extra oplettendheid geboden is bij deze vrouwen.

Kristel Zeeman

Dat zwangerschappen die ontstaan zijn na geassisteerde bevruchting vaker gecompliceerd verlopen dan zwangerschappen ontstaan na een natuurlijke conceptie, heeft onderzoek de afgelopen decennia herhaaldelijk aangetoond. Voor een belangrijk deel valt dit te verklaren door de hogere frequentie meerlingzwangerschappen die technieken zoals IVF met zich meebrengen, maar in 1985 werden al aanwijzingen gevonden dat ook eenlingen meer risico hebben op groeivertraging en vroeggeboorte.

Verscheidene onderzoeken nadien bevestigen deze bevindingen, terwijl anderen ze tegenspreken of ze toeschrijven aan het toeval. Tijd dus voor een systematische review van de literatuur om de risico's in kaart te brengen.

Helmershorst et al betrokken 25 gecontroleerde studies over het onderwerp in hun onlangs gepubliceerde meta-analyse. Zij onderzochten of er een werkelijk verschil is in de uitkomsten van zwangerschappen na een geassisteerde of een natuurlijke bevruchting. Zij maakten daarbij een onderscheid in de bevindingen van een- en tweelingzwangerschappen.

Resultaten

Duidelijk werd dat IVF eenlingen een twee keer zo grote kans hebben prematuur geboren te worden dan

eenlingen van natuurlijke bevruchting. Als gevolg daarvan hebben ze gemiddeld lagere geboortegewichten, worden ze vaker behandeld op een NICU en ligt ook de perinatale sterfte hoger. Dit kan echter niet geheel toegeschreven worden aan de vroeggeboorte. Eenlingen van geassisteerde bevruchting waren ook vaker te klein (relatieve risico 1,40) voor de zwangerschapsduur, wat tevens de oorzaak kan zijn voor meer perinatale sterfte en intensive care behandelingen.

Bovendien kan foetale groeivertraging ook leiden tot vroeggeboorte door noodzakelijk geachte interventies als inleiding van de baring of sectio caesarea.

Voor tweelingzwangerschappen lag het opmerkelijk anders. De verschillen in perinatale uitkomst tussen de geassisteerde en natuurlijke bevruchtingen waren zeer klein. Dichoriotische tweelingen, die meer voorkomen na geassisteerde dan na natuurlijke conceptie, doen het daarbij beter dan monochoriotische. Het enige verschil tussen beide groepen was de perinatale sterftetekans. Bij tweelingen, ontstaan na geassisteerde bevruchting, is de mortaliteit 40% lager dan bij tweelingen van natuurlijke bevruchting.

Kanttekening

Het zoeken naar oorzaken van de resultaten is niet makkelijk. Vrouwen die hulp krijgen bij de bevruchting verschillen van vrou-

wen die spontaan zwanger worden in kenmerken die de uitkomst van de zwangerschap kunnen beïnvloeden, zoals leeftijd, pariteit, sociaal-economische status en algehele gezondheid. Het is moeilijk om voor een onderzoek naar perinatale uitkomsten een goede controlegroep te vinden met precies dezelfde kenmerken. De meeste controlegroepen in de onderzoeken die betrokken werden in de review waren wel gecorrigeerd voor de belangrijkste 'confounders' als leeftijd en pariteit, maar verschilden in bijvoorbeeld sociaal-economische status en tabaksgebruik. Verklaringen voor de gevonden resultaten geven de auteurs dan ook niet.

Conclusie

Eenlingzwangerschappen die ontstaan zijn na geassisteerde bevruchting hebben een significant slechtere uitkomst dan spontane eenlingzwangerschappen. Prematuriteit en dismaturiteit zijn significant verhoogd. Dit geldt niet voor de tweelingen; die zijn iets beter af dan spontaan ontstane tweelingen, maar ondervinden nog altijd meer nadelen van perinatale en neonatale complicaties dan eenlingen. Vervolgonderzoek zal zich moeten richten op de oorzaken van slechtere zwangerschapsuitkomsten na geassisteerde bevruchting. Deze liggen mogelijk in genetische factoren^[2]. Ook kan de toepassing van verschillende vruchtbaarheids technieken tegelijkertijd het risico mogelijk verhogen^[1]. □

^[1] *Infertility itself may be a confounding variable William M. Buckett bmj.com, 10 Feb 2004*