

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Kunstmatige inseminatie

Met genoegen las ik uw artikel over de kunstmatige inseminatie (SWAAB 1972). Staat u mij toe enkele opmerkingen te maken:

1. U geeft aan dat bij vaginisme eenvoudige ontspanningsoefeningen meestal genezing brengen. Doordat meer specifieke en gerichte oefeningen meestal via de revalidatie-arts en de fysiotherapeut worden voorgeschreven, ben ik zeer geïnteresseerd naar de inhoud van de oefenstof en door wie u deze in de praktijk laat geven.

2. De ernstig lichamelijk gehandicapten, in het bijzonder de dwarslaesie-patiënt, wordt door u besproken onder het hoofdstuk Donor-inseminatie. In de meeste gevallen hebt u hierin volkomen gelijk, doch mij zijn enkele gevallen uit de praktijk bekend, waarbij de patiënt wel in staat is, soms willekeurig, meestal onwillekeurig, een ejaculaat te produceren. In de regel wordt dit sperma op kwaliteit onderzocht en het kan van normale samenstelling zijn. In het laatste geval acht ik homologe inseminatie na een lange periode van ongewenste kinderloosheid geïndiceerd. Op deze indicatie heb ik een patiënt met een dwarslaesie op thoracaal niveau naar een van uw collega's verwezen. Deze schreef mij dat hij de vrouw van patiënt te onvolwassen vond en het voor het aanstaande kind een te grote belasting vond met een zodanig gehandicapte vader door het leven te moeten. Op deze gronden wees hij zijn medewerking af. Aanvankelijk kon ik mij wel met deze zienswijze verenigen, doch later niet meer.

Waarom zou de arts, omdat een van de partners toevallig gehandicapt is, zich een moreel oordeel aanmatigen over de al of niet wenselijkheid van de geboorte van kinderen in een gezin? De arts staat immers ook subjectief tegenover het geheel, beïnvloed als hij is door zijn opvoeding, godsdienstige inzichten enz. Is hier niet sprake van een discriminering? Er zijn toch vele gezinnen denkbaar waarin de partners niet lichamelijk gehandicapt zijn, maar waarin kinderen evenzeer ongewenst zijn. Hierop hebben wij als artsen geen enkele invloed.

Op deze gronden voel ik mij toch wat onbehaaglijk bij uw opmerkingen betreffende de echtparen van wie de mannelijke partner impotent is. Is werkelijk het advies van een seksuologisch geschoold psychiater noodzakelijk, of is de wens tot kinderschap van twee mensen die men wettelijk heeft toegestaan te huwen voldoende?

Dezelfde patiënt wordt nu overigens tot zijn grote tevredenheid begeleid door de gemengde commissie van de Nederlandse Vereniging voor Revalidatie en de NVSH, die op diverse plaatsen in ons land adviserende teams heeft. Deze en andere problemen worden uitstekend behandeld in het onlangs verschenen boekje van HESLINGA, SCHELLEN en VERKUYL (1972).

3. Tenslotte zou ik u willen vragen wie het semen inbrengt op het ostium uteri bij de kunstmatige inseminatie: in mijn praktijk heb ik enkele patiënten die door middel van uterus-sputen hun onwillekeurig geloosd semen zelf inbrengen tijdens de vruchtbare periode. In uw artikel komt niet naar voren wie dit doet.

Literatuur: HESLINGA, K., A. M. C. M. SCHELLEN en A. VERKUYL (1972) *Wij zijn niet van steen*. Stafleu, Leiden. — SWAAB, L. I. (1972) Kunstmatige inseminatie. *Ned. T. Geneesk.* 116, 2381.

Ad 1. Indien aan het vaginisme geen ernstige conflicten ten grondslag liggen, is de behandeling zo eenvoudig dat een specifieke training van de therapeut niet nodig is. Vier consulten, verspreid over twee weken, zijn meestal voldoende. Gedurende deze periode wordt een coïtus-verbod opgelegd.

Eerst moet men de patiënte duidelijk maken hoe het vaginisme tot stand komt. Ik wijs er dan op dat zij niet „te nauw geschapen” is (hetgeen velen vrezen), maar dat de pijn tijdens vroegere pogingen haar angstig heeft gemaakt. Door deze, overigens begrijpelijke angst spant zij de spieren rondom de vulva en door deze foutieve techniek wordt gemeenschap onmogelijk.

Terwijl de patiënte probeert haar spieren zoveel mogelijk te ontspannen wordt een dunne dilatator (nr. 5) ingebracht. Met de nodige voorzichtigheid gelukt dit altijd, vooral indien men de vrouw even laat meepersen (zoals bij een defecatie) op het moment dat het instrument de vulva zal passeren. Dit verhindert het „knijpen” en men ziet dan ook dat de vulva iets open gaat. De behandeling wordt voortgezet met dikkere dilatatoria (instrumenten invetten), later ingebracht naast één toucherende vinger. Thuis moet de vrouw dagelijks oefenen, zonder gemeenschap. Tenslotte is een onderzoek met twee vingers vlot mogelijk. Pas dan mag de coïtus worden hervat (vaseline op de introïtus laten aanbrengen).

Ad 2. In mijn artikel werd een medebeoordeling door een seksuoloog aangeraden bij een *psychogene* impotentie, berustend op een relatie-stoornis tussen beide echtgenoten. Bij een dwarslaesie ligt de oorzaak echter op somatisch (in casu: neurologisch) terrein. Ik ben het dan ook volkomen met u eens dat dan het oordeel van een seksuoloog gewoonlijk overbodig is. Ook bij de door mij gemelde gevallen van donor-inseminatie wegens dwarslaesie werd de seksuoloog niet geraadpleegd. Hieruit volgt dat er evenmin bezwaar is tegen een homologe inseminatie in het huwelijk van deze gehandicapten, aannemende dat de sociaal-economische toekomst van het gezin enigszins verzekerd is.

Bij het door u beschreven geval treft het mij dat de ingreep werd geweigerd op grond van de psychische infantiliteit van de vrouw; een omstandigheid die ook bij somatisch gezonden als een contraïndicatie tegen een KI(D) kan gelden. Misschien is het door u gebruikte woord „discriminatie” dan ook wel iets te scherp gesteld.

„De wens tot kinderschap” is mijns inziens niet altijd voldoende om een KI(D) te rechtvaardigen. De medicus heeft in het bijzonder het recht (de plicht) de ingreep te weigeren als het duidelijk is dat de echtgenoten psychisch niet geschikt zijn voor het ouderschap of dat het huwelijk onstabiel is.

Ad 3. Bij de homologe inseminatie kan het semen zeker ook door één van de echtgenoten worden ingebracht. Zelf raad ik hiervoor het ouderwetse glycerine-spuitje aan, omdat de punt stomp is en de kans op een laesie van de vagina minimaal. Het inbrengen door man of vrouw heeft in bepaalde gevallen zelfs belangrijke voordelen: het echtbaar is niet afhankelijk van de arts en heeft het gevoel de graviditeit toch zelf tot stand te hebben gebracht.