

Generell informasjon infertilitet

Hvis du og partneren din har prøvd å få barn i minst ett år uten å lykkes, kan dette skyldes infertilitet. Infertilitet betyr manglende evne til å få barn. Fruktbarhetsproblemer er vanlige, og det er viktig at både mannen og kvinnen utredes.

Den første tanken er ofte: «Hvorfor blir ikke vi gravide? Hva er det som ikke stemmer.» Når tvilen har slått rot, blir det viktig å få klarhet.

En fertilitetsutredning av barnløshet skal ha to formål. Først og fremst skal den kartlegge hva det er som ikke stemmer. Deretter skal funnene lede frem til en veiledning, om hva som kan gjøres for å hjelpe paret på vei mot målet; å få barn. Noe av det viktigste er at utredningen, og muligheten for å finne måter å løse problemet på, ikke tar mer tid enn absolutt nødvendig.

Hva skyldes infertilitet?

- 1/3 skyldes kvinnelig, 1/3 mannlig og 1/3 kombinert infertilitet. De vanligste årsakene til nedsatt fruktbarhet er:
- Hormonelle årsaker, f. eks stoffskifteproblemer
- Kvinnen frigjør ikke egg regelmessig, f. eks ved PCOS
- Høy alder
- Egglederne som kobler eggstokkene til livmoren er tette, f. eks etter gjennomgått underlivsinfeksjon
- Endometriose og/eller adenomyose
- Medfødte misdannelser
- Genetiske faktorer
- Mannen produserer ikke nok sædceller
- Sædcellene er misdannede og kan ikke befrukte eggene

For å finne årsaken til problemet må paret utredes og det vil bli gjennomført en rekke tester:

- Underlivsundersøkelse med celleprøve, klamydiaprøve og bakteriologiske prøver
- Ultralydundersøkelse av livmor og eggstokker
- Hormonelle undersøkelser
- Eggløsningstester
- Sædundersøkelse
- Dessuten må begge partnere undersøkes på generelt smittsomme sykdommer som f.eks HIV og hepatitt.
- I noen tilfeller er det nødvendig med operativ undersøkelse, f. eks kikkehullsundersøkelse

Av og til kan de første trinnene i utredningen gjøres hos fastlegen, før man blir henvist videre til en spesialist, men mange spesialister foretrekker å ta ansvar for store deler av utredningen selv.

Det er vanlig å få mulighet til utredning når man har prøvd å få barn i ett år, og forutsetning å få tilbud om prøverørsbehandling i Norge er at paret har vært gift eller har vært registrerte samboere i minst 2 år. Hvis kvinnen er over 35 eller det foreligger andre sykdommer, kan det hende man får utredning før det er gått et helt år, her er praksis litt forskjellig. Det kan også åpnes for tidlig utredning hvis man har mistanke om hva barnløsheten kan skyldes. På den

annen side kan man vente en lengre periode med utredning hvis det er spesielle omstendigheter, for eksempel at en av partene er pendler eller man av andre grunner ikke har hatt et regelmessig seksualliv i prøveperioden.

For kvinner som har fylt 41 år tilbys primært utredning av eggstokkreserven. Dette beror på at mange kvinner i denne alderen ikke lenger har egg som er befruktningsdyktige, selv om eggløsningene fungerer helt normalt. Fertilitetsbehandling blir da meningsløs, ettersom det ikke er mulig å korrigere befruktningsdyktigheten, selv med de mest avanserte metoder.

Det er litt varierende praksis når det gjelder hvilke tester og undersøkelser som foretas av fastlege, gynekolog og på sykehus. Noen leger gjør så mange tester som mulig før henvisning, mens andre overlater mer til neste ledd.

Hvor lang tid tar utredningen?

Det er variasjoner også når det gjelder hvor lang tid en utredning tar. For noen dreier det seg om noen måneder, for andre går det over et år. Det kommer an på hvilke undersøkelser som er nødvendige, og hvor lang ventetid det er på disse undersøkelsene i ditt område.

Det er mulig å kontakte en privat fertilitetsklinikk uten å ha henvisning fra lege.

Legesamtale

Første del av utredningen består i en samtale med legen. Av og til skjer dette hos fastlegen, som så kan henwise til spesialist avhengig av hva som kommer frem i samtalene.

Kvinner vil få spørsmål om generell helse, tidspunkt for første menstruasjon, menstruasjonssyklus, evt. smerter ved menstruasjon, eventuelle smerter ved samleie, sykdomshistorie (inkl. eventuelle kjønns sykdommer), eventuelle kjente skader og operasjoner i underlivet, eventuelle tidligere svangerskap, aborter eller fødsler, hva slags prevensjon som er brukt, medisinbruk, røyke- og alkoholvaner.

Menn vil få spørsmål om generell helse, sykdomshistorie (inkl. eventuelle kjønns sykdommer), eventuelle kjente skader og operasjoner i underlivet, om de har gjort tidligere partnere gravide, medisinbruk, røyke- (snus-) og alkoholvaner.

Både kvinner og menn vil få spørsmål om samleiehyppighet, og om de har prøvd å planlegge samleie i forhold til eggløsningstidspunkt.

Kostnader

Kostnadene ved utredning vil variere avhengig av om det skjer på sykehus / offentlig poliklinikk eller ved en privatklinikk. Ved private klinikker kan prisene være forskjellige med og uten henvisning fra lege. Videre vil prisen være avhengig av hva slags undersøkelser som er nødvendig for å fastslå hva barnløsheten skyldes.

Hvis man blir utredet og behandlet med prøverørsbefruktning ved en offentlig institusjon må man regne med legeutgifter på ca 3-5.000,- og utgifter for medisiner på ca 20.000,-.

Behandling

Behandlingen avhenger av prøveresultatene, og i noen tilfeller er utredningen samtidig en del av behandlingen. Hos noen par finner man ikke en forklaring på ufrivillig barnløshet, men legene kan tilby behandling uten å være sikre på årsaken.

Behandlingsmetoder for infertilitet omfatter bruken av legemidler, hormonbehandling, operasjoner og prøverørsbehandling som ofte kalles assistert befruktning.

Det er verdt å veie påkjeningen ved fruktbarhetsbehandling og risikoen for mulige bivirkninger mot sjansene for å lykkes. Ikke alle som gjennomgår behandling blir gravide. Samtidig øker forekomsten av spontanaborter med alderen. Så mange som 1 av 5 kvinner som blir gravide spontanaborterer.

Legemidler

Hvis en kvinne har problemer med eggøsning eller uforklarlige fruktbarhetsproblemer, anbefales sannsynligvis først medisinen klomifen. Letrozol/Klomifen stimulerer til dannelse av egg. Etter to, tre eller fire behandlingssykluser med klomifen, får rundt 6 av 10 kvinner med eggøsningsproblemer eggøsning, og om lag 1 av 10 blir gravide. Tre ganger flere kvinner blir gravide med klomifen enn uten behandling.

Klomifen/Letrozol gir bivirkninger, men sjelden alvorlige. Du kan gå opp i vekt og bli hoven. Hvis du blir gravid mens du tar klomifen, øker sannsynligheten litt for å få flerlinger dvs tvillinger eller trillinger. En sjelden gang kan mer enn tre egg blir befruktet. Dette skjer fordi klomifen kan få eggstokkene til å frigjøre mer enn ett egg om gangen. Men risikoen øker ikke så veldig mye - 1 av 10 kvinner som blir gravide når de bruker klomifen får mer enn ett barn. Ved stimulering med Letrozol/Femar brukes et fast opplegg som inkluderer en ultralydundersøkelse den 12. syklusdagen.

Har du polycystisk ovariesyndrom (PCOS) så kan Metformin være en veldig nyttig behandling for deg ettersom Metformin reduserer insulinnivåene og så indirekte forhindrer at Insulin stopper dannelsen av egg.

Hormonsprøyter inneholder follikkelstimulerende hormon (FSH) og/eller luteiniserende hormon (LH). De hjelper deg å ovulere, altså å modne egg til eggøsning. Dersom du har polycystisk ovarie-syndrom (PCOS) og blir behandlet med hormonsprøyter, har du en 10–33 prosent sjanse for å bli gravid for hver menssyklus. Hormonsprøyter brukes også ved manglende egenproduksjon (hypogonadotropisk hypogonadisme). Hormonsprøyter settes daglig i opptil tolv dager fra menstruasjonens begynnelse. Med ultralyd kan man sjekke om eggene modnes for eggøsning.

En bivirkning av hormonsprøyter kalles ovarialt hyperstimuleringssyndrom (OHSS). Da hovner eggstokkene opp. Milde symptomer er hevelser i ben eller armer, vektøkning og følelse av å være oppblåst i magen. Rundt 1 av 100 kvinner får mer alvorlige bivirkninger som kvalme eller oppkast, tungpust og problemer med nyrene eller leveren. Som med klomifen øker hormonsprøyter sannsynligheten for flerlinger. Hormonsprøyter kombineres ofte med en behandling der sædceller settes direkte inn i livmoren. Det kalles inseminering og kan gi større sjanser for graviditet enn samleie.

Inseminering kan hjelpe når sædcellekvaliteten er dårlig, det vil si for eksempel ved lavt antall sædceller eller sædceller som ikke svømmer godt.

Kirurgi

Det finnes ulike typer kirurgi som kan hjelpe kvinner med å få barn. Hvilken operasjon du blir tilbudt, avhenger av årsaken til fruktbarhetsproblemene.

Har du polycystisk ovariesyndrom og klomifen ikke har gitt ønsket resultat, kan en kikkhullsoperasjon (laparoskopi) hjelpe. En kirurg lager da en rekke små hull i eggstokkene. Dette får eggstokkene til å frigjøre egg. Laparoskopisk behandling av eggstokkene gir deg en sjansje på 30–60 prosent for å bli gravid i løpet av seks til tolv måneder. Dette er omtrent den samme sjansen som hormonsprøyter eller metformin gir. Dersom du gjennomgår en laparoskopi for å undersøke eggstokkene, kan legen eventuelt utføre denne behandlingen på samme tid. Inngrepet blir utført i narkose.

For de fleste kvinner med tette eggledere vil in vitro-fertilisering (IVF) være det beste alternativet. Hvis egglederne er hovne og fulle av væske, kan operasjon av egglederne forut for IVF øke sjansen for å få et barn.

Har du endometriose kan kirurgisk fjerning av skadet vev rundt eggstokkene og livmoren hjelpe. Ved endometriose vokser celler fra slimhinnen i livmoren, utenfor livmoren. Dette kan føre til arrdannelse og skader. Dersom du opereres for endometriose, vil kirurgen fjerne skadet vev som kan hindre graviditet.

Det er usikkert hvor effektivt dette er og tendensen er at man velger IVF først. Noen kombinerer inngrep mot endometriose og IVF.

Assistert befruktning

Prøverørsbefruktning, på fagspråket kalt in vitro-fertilisering (IVF) er den vanligste formen for assistert befruktning. Det kan brukes ved vansker med egglosning, blokkerte eggledere og nedsatt sædkvalitet. IVF hjelper, men det er en krevende behandling. Ikke alle kvinner anbefales prøverørsbefruktning, og alderen er en sterkt begrensende faktor hvor man ikke så uten videre anbefaler denne behandlingen til kvinner eldre enn 38 år. Sannsynligheten å føde 1 barn er 90% for kvinner som er 31 år gamle. Sannsynligheten å føde 2 barn er 90% hos kvinner som er 28 år gamle, og hos 23 år gamle kvinner er sjansen å få 3 barn 90%.

Ved IVF skjer befruktningen utenfor kvinnens kropp, i stedet for inne i egglederne hvor den normalt skjer. Legene setter deretter befruktete egg.

For å unngå flersvangerskap er det vanlig å sette inn ett befruktet egg. Hvis det er flere embryoer av høy kvalitet, blir de fryst ned for eventuelle fremtidige innsetninger.

Det finnes ikke kunnskapsgrunnlag som viser økt risiko for fosterskader med IVF.

Det finnes en del varianter av IVF. Ved svært nedsatt sædkvalitet – der hvor det kun er noen få spermier eller kanskje ingen – vil ICSI (intracytoplasmatiske sædcelleinjeksjon) være aktuell. ICSI er en behandling der leger tar en frisk sædcelle fra mannen og injiserer den direkte inn i kvinnens egg for å befrukte det. Så settes det befruktete egget tilbake i kvinnens livmor, som ved IVF. Hvis du vurderer ICSI, bør du snakke med legen din om mulig risiko

for barnet. Denne risikoen er ukjent. Det finnes imidlertid noe forskning som tyder på at barn som er født etter ICSI, har økt risiko for alvorlige fysiske og psykiske problemer.

Prognose

Sjansene for å bli gravid avhenger av en rekke faktorer. Kvinnens alder er den viktigste enkeltfaktoren, fordi eggkvaliteten blir dårligere etter 35-årsalderen. Resultatene varierer også med behandlingstype og årsak til infertilitet. Kvinner med adenomyose har også redusert sjanse å blir gravide, og aborthyppigheten er større.

Enkelte par med fruktbarhetsproblemer får barn etter en tid uten medisinske inngrep. Omtrent en til to kvinner per hundre ufrivillig barnløse blir gravide per måned uten behandling.