

ROKEN OF IVF, MAAR NIET ALLEBEI

Uitsluiting van rokende vrouwen kan gerechtvaardigd zijn

Het ontzeggen van ivf aan rokende vrouwen is geen straf, maar een adequate reactie op het bestaan van een medische contra-indicatie. Dat die contra-indicatie is ontstaan door het gedrag van de vrouw, is voor de arts irrelevant.



GERT VAN DIJK

Oktober 2006 trachtte hoogleraar infertiliteit Nick Macklon een debat te starten door te pleiten voor een verbod op ivf voor rokende vrouwen: *'smokers should only receive IVF-treatment when they have become non-smokers'*.¹ Een eerste concrete stap daartoe zette hij onlangs, door in

tenbeweging niet in goede aarde. Voorzitter Nijhuis van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) stelde dat een gynaecoloog 'geen politieagent' is.² Patiëntenvereniging Freya reageerde op soortgelijke wijze: 'deze vrouwen hebben al zoveel tegenslagen moeten verwerken en dan

opsteken. Er zijn namelijk wel degelijk goede redenen om rokende vrouwen de toegang tot ivf te ontzeggen of in elk geval de vergoeding daarvan uit het basispakket te halen. De cijfers van Macklon: roken halveert de kans op een natuurlijke zwangerschap en een succesvolle ivf. Een rokende vrouw tussen de twintig en dertig jaar heeft een even grote kans op een succesvolle ivf als een niet-rokende vrouw die tien jaar ouder is.⁴ Ook heeft een rokende vrouw twee keer zo veel ivf-cycli nodig om zwanger te worden als een niet-rokende vrouw.⁵ Rokende vrouwen hebben 60 procent meer kans onvruchtbaar te zijn dan niet-rokende vrouwen.⁶ De aanname is hier dat deze cijfers correct zijn.

Het probleem is overigens niet puur theoretisch: uit een grote Nederlandse studie blijkt dat 43 procent van de vrouwen die tussen 1983 en 1995 een ivf- >>

Roken halveert de kans op een natuurlijke zwangerschap en een succesvolle ivf

zijn kliniek te starten met een verplicht spreekuur 'gezond leven' voor paren die ivf willen.

De suggestie van Macklon om rokende vrouwen ivf te ontzeggen, viel zowel bij de beroepsgroep als de patiën-

zouden ze nu ook niet meer mogen roken.³ Daarmee eindigde het debat net zo snel als het opkwam.

Dat is jammer, want Macklon heeft wel degelijk een punt. De komende jaren zal de discussie dan ook vaker de kop

<< behandeling onderging, ook rookte (vrouwen tussen 20 en 40 jaar). Van de vrouwen met tubapathologie rookte zelfs 51 procent.⁷

TOPSPORTER

Vrouwen gaan niet naar een arts voor ivf, maar omdat ze een onvervulde kinderwens hebben. Een arts probeert dan eerst de oorzaak van de subfertiliteit te achterhalen. Daartoe staat hem een groot aantal testen ter beschikking, van transvaginale echoscopie tot semenanalyse. Afhankelijk van de uitslag stelt de arts een behandeling voor, bijvoorbeeld het verwijderen van een ovariële cyste of het behandelen van chlamydia. Maar wat nu als blijkt dat de subfertiliteit mogelijk wordt veroorzaakt door het gedrag van de vrouw? Ze kan bijvoorbeeld anorexia hebben, topsporter zijn of een partner hebben die anabole steroïden gebruikt. Of ze rookt.

Een arts moet de autonomie van de patiënt zoveel mogelijk respecteren en beschermen, maar dat betekent niet dat hij zich nooit met diens levensstijl mag bemoeien. Het beschermen van de autonomie betekent immers ook dat de arts de patiënt zo goed mogelijk informeert; in dit geval over mogelijke oorzaken van subfertiliteit. Alleen op die manier wordt het paar in staat gesteld om werkelijk tot informed consent te komen. De kans is groot dat het paar niet eens weet dat roken de fertiliteit vermindert (zie de tabel).

De arts heeft de plicht om de vrouw te informeren over de mogelijke oorzaak van de subfertiliteit, ook als die gelegen is in het gedrag. Een tweede plicht is om die behandeling te bieden, die de meeste slaagkans geeft tegen de minste belasting voor de patiënt. Als blijkt dat roken mogelijk de oorzaak is van de subfertiliteit, dan moet de arts proberen de vrouw (en de man) tot stoppen te bewegen. Dat is in veel gevallen een effectieve wijze om de fertiliteit te verhogen, met name in situaties van onbegrepen subfertiliteit.

NATUURLIJKE WIJZE

Maar wat, en nu wordt het controversieel, als de vrouw weigert te stoppen met roken en toch een ivf-behandeling wil? Hieraan zitten tenminste twee kanten. Het eerste probleem is dat de vrouw weigert om een mogelijk effectieve handwijze te volgen. Dit geldt vooral bij onbegrepen subfertiliteit, waarbij de relatie tussen roken en onvruchtbaarheid het sterkst is.⁸ De rokende vrouw ontnemt zichzelf daarmee een grote kans om op een natuurlijke wijze zwanger te worden. Dat brengt de arts in een dilemma: van hem mag worden verwacht dat hij de beste behandeling biedt, maar hij kan nooit alleen verantwoordelijk zijn voor het succes daarvan. Zeker bij vruchtbaarheidsbehandelingen zijn arts en patiënt gezamenlijk verantwoordelijk. Van de patiënt mag dus evenzeer medewerking worden verwacht, ook al omdat er collectieve middelen in het geding zijn. Het

lijkt dan ook redelijk als de arts aan de vrouw vraagt om voorafgaand aan een eventuele ivf-behandeling een periode te stoppen met roken en gedurende die tijd te proberen op natuurlijke wijze zwanger te worden. Vrouwen die stoppen met roken hebben na een jaar hun normale vruchtbaarheid weer terug.⁹

En dan de volgende kwestie: wat nu als de vrouw heeft geprobeerd te stoppen met roken maar dat niet is gelukt? Of de vrouw wil helemaal niet stoppen? Moet de arts nu wel starten met ivf? In dit geval vraagt de vrouw om een behandeling waarvan bekend is dat de kans op succes bij rokende vrouwen tussen de twintig en dertig jaar hetzelfde is als bij een niet-rokende vrouw die tien jaar ouder is. En dat terwijl de meeste instellingen vanwege de lage succeskans bij vrouwen ouder dan 41 jaar geen ivf meer doen. Is het in zo'n situatie terecht om vrouwen van ivf uit te sluiten vanwege een te lage succeskans?

Van belang is hier dat er geen sprake is van een levensbedreigende aandoening. Daar komt bij dat ivf een riskante ingreep is met een reële kans op complicaties als het ovarieel hyperstimulatiesyndroom (OHSS), bloedingen en infecties. De behandeling is daarnaast emotioneel buitengewoon belastend. Dergelijke ingrepen worden daarom alleen gedaan als er een reële kans is op succes. Hoe groot die kans precies moet zijn, wordt uiteindelijk besloten tussen artsen, maar ook in het vrije spel der democratische krachten. Dat er een grens is aan de aanvaardbaarheid van de succeskans, is in andere gebieden van de geneeskunde volstrekt geaccepteerd. Dit blijkt onder meer uit het feit dat aan vrouwen ouder dan 41 jaar en vrouwen met een sterk verhoogde BMI geen ivf wordt aangeboden.

DISCRIMINATIE

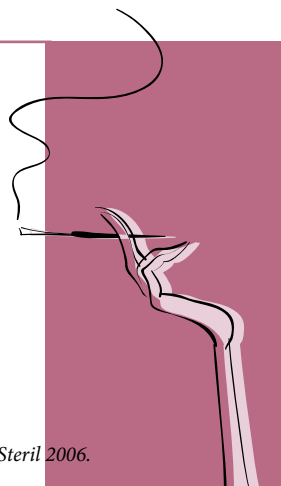
Het kan dus terecht zijn rokende vrouwen ivf te ontzeggen, afhankelijk van wat we beschouwen als een aanvaardbare kans op succes. Daarbij valt nog een onderscheid te maken tussen volledige ontzegging en alleen ontzegging uit het basispakket. In het laatste geval is sprake van een maatschappelijke afwijking. Bij volledige ontzegging is het aan de beroepsgroep om zich af te vragen in hoeverre ivf bij rokende vrouwen een zinloze of onverantwoorde medische handeling is; ook als vrouwen die zelf willen financieren.

BEKENDHEID MET DE RISICO'S VAN ROKEN

risico van roken	kennis van het risico
longkanker.....	99%
aandoening van de luchtwegen	99%
hartziekte.....	96%
miskraam.....	39%
osteoporose.....	30%
buitenbaarmoederlijke zwangerschap	27%
onvruchtbaarheid.....	22%
vroege menopauze.....	17%

Kennis in de bevolking van risico's van roken.

Bron: ASRM Practice Committee. Smoking and infertility. Fertil Steril 2006.



SAMENVATTING

- Een arts heeft de plicht rokende vrouwen met een onvervulde kinderwens te informeren over het schadelijke effect van roken op de fertiliteit. Ook dient de arts hulp aan te bieden bij het stoppen met roken.
- Er kan voor rokende vrouwen een wachttijd voor ivf worden ingesteld; hierin kunnen vrouwen stoppen met roken en pogingen ondernemen op een natuurlijke wijze zwanger te worden.
- Het kan gerechtvaardigd zijn rokende vrouwen de toegang tot ivf te ontzeggen. Of de vergoeding van de behandeling voor hen uit het basispakket te halen. Roken kan immers leiden tot een medische situatie waarbij de succeskans dermate laag is, dat de ingreep niet langer is te verantwoorden.

Wordt rokende vrouwen ivf ontzegd, dan is de doorslaggevende reden niet het feit dat zij roken, maar dat de kans op succes door een medische omstandigheid te klein is om de risicovolle en belastende ingreep te kunnen rechtvaardigen. Hoe die situatie tot stand is gekomen, doet er niet toe. Vrouwen van boven de 41 worden immers ook niet geweigerd vanwege hun leeftijd, maar vanwege de medische situatie die daar een gevolg van is. Hetzelfde geldt voor roken, en overigens ook voor obesitas.

Feitelijk is het roken van de vrouw dan ook moreel irrelevant, net zoals de leeftijd van een vrouw dat is of het feit dat ze chlamydia heeft. Rokende vrouwen uitsluiten van ivf is dan ook niet per se discriminerend. In sommige situa-

rookt. De arts zoekt immers naar oorzaken voor subfertiliteit en mogelijke contra-indicaties voor ivf. Blijkt een dergelijke oorzaak en/of contra-indicatie gevonden, dan zou het vreemd zijn als de arts niet mag proberen die weg te nemen. Bij een chlamydia-infectie doet hij dat wel, waarom zou het dan bij roken niet mogen? Omdat de arts zich met de levensstijl van de vrouw zou bemoeien? Maar dat is feitelijk niet wat de arts doet. Hij maakt een professionele inschatting van de medische situatie van de vrouw en probeert de meest effectieve oplossing voor de subfertiliteit te vinden.

De arts is dan ook moreel verplicht te kijken naar het cotininegehalte, zoals hij ook de FSH-spiegel en de aanwezigheid van chlamydia onderzoekt. Het

In veel ivf-klinieken is het al gebruikelijk om obese vrouwen uit te sluiten

ties zou het juist vreemd zijn als zij wél ivf krijgen aangeboden: daarmee zouden zij anders worden behandeld dan vrouwen ouder dan 41 jaar, die dezelfde lage succeskans hebben. Om dergelijke vormen van discriminatie rond ivf te vermijden, zouden voor rokende vrouwen andere leeftijdsriteria moeten gelden dan voor niet-rokende vrouwen.

COTININEGEHALTE

Maar mengt de arts zich hiermee niet te veel in de persoonlijke levenssfeer? Mij dunkt van niet. Een arts zoekt de oorzaak van de subfertiliteit en doet daartoe medisch onderzoek, bijvoorbeeld naar de FSH-spiegel en de aanwezigheid van chlamydia trachomatis. Niet omdat hij de vrouw wil aanspreken op haar seksuele gedrag, maar omdat een chlamydia-infectie de eileiders kan aantasten.

Parallel hieraan is het terecht als ook het cotininegehalte zou worden bepaald om vast te stellen of en hoeveel de vrouw

cotininegehalte is een graadmeter voor de succeskans bij ivf, vooral bij vrouwen met een onbegrepen vruchtbaarheidsprobleem. Zakt die succeskans onder een bepaalde waarde, dan is ivf niet anders te beschouwen dan als zinloos medisch handelen. Overigens gaat dit argument ook op voor obesitas. Opmerkelijk hierbij is dat het in veel ivf-klinieken al gebruikelijk is om obese vrouwen uit te sluiten. Zo krijgen in Maastricht vrouwen met een BMI hoger dan 32 geen ivf aangeboden.¹⁰

LONGKANKER

Stopt de vrouw met roken, dan verandert haar medische situatie en daarmee haar kans op een succesvolle ivf-behandeling. De gynaecoloog kan dan alsnog besluiten tot ivf (of de vergoeding daarvan). Dat hebben rokende vrouwen dan weer voor op seksegenoten van boven de 41 jaar: rokers kunnen hun eigen situatie nog wél veranderen.

Veel medici zijn bang zich op glad ijs te begeven als rokende vrouwen de toegang tot ivf wordt ontzegd. Zo vrezen sommigen de situatie waarin rokende longkankerpatiënten niet langer zouden worden behandeld omdat hun eigen gedrag de oorzaak zou zijn van de ziekte. Maar die situatie is volstrekt anders. In dat geval zouden artsen bij wijze van straf hun patiënten een mogelijk kansrijke en levensreddende behandeling ontzeggen. Het eventueel ontzeggen van ivf aan rokende vrouwen is echter geen straf die een 'politieagent' uitdeelt, maar een adequate reactie op het bestaan van een medische contra-indicatie. ■

drs. G. van Dijk
beleidsmedewerker ethiek KNMG en secretaris commissie Medisch Ethische Vraagstukken, Erasmus MC.

Correspondentieadres: g.van.dijk@fed.knmg.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Literatuur

1. Macklon N. The embryo and its future. Oratie bij de aanvaarding van de leerstoel infertiliteit aan de Universiteit van Utrecht. Utrecht, 2006.
2. Parool, 20 oktober 2006.
3. Ibid.
4. Lintsen AME et al. Effects of subfertility cause, smoking and bodyweight on the success rate of IVF. *Hum Reprod* 2005; 20:1867-75.
5. Feichtinger W c.s. Smoking and invitrofertilization: a meta-analysis. *J Assist Reprod Genet.* 1997; 14: 5969.
6. Augood C et al. smoking and female infertility, review and meta-analysis. *Hum reprod* 1998, 13, 1532-9.
7. Lintsen 2005.
8. Lintsen 2005.
9. Curtis KM et al. Effects of cigarette smoking, caffeine consumption, and alcohol intake on fecundability. *Am. J. Epid.* 1997, 146, 32-41.
10. Persoonlijke mededeling Nick Macklon.



Links naar websites over de schadelijke gevolgen van roken voor het ongeboren kind vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.