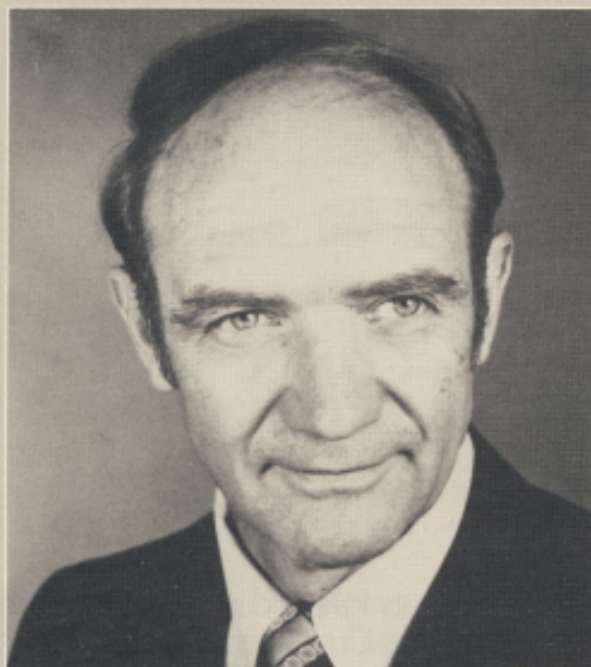


Die primêre geneesheer en die infertiele egpaar



Curriculum Vitae

ANDRIES VAN DEN BERG, Professor en Hoof-Huisarts aan die Universiteit van Pretoria en H F Verwoerd-hospitaal sedert Januarie 1977.

Hy behaal MB ChB aan die Universiteit van Pretoria in 1952. Na internskap aan die H F Verwoerd-hospitaal, doen hy in drie verskillende tipes praktyke ondervinding op voordat hy in Springs by 'n groot vennootskapspraktyk aansluit. Hier bemoei hy hom aktief met die Mediese Vereniging van SA, woon dikwels opknappingskursusse en kongresse by, en word 'n medestigterslid van die Kollege van Algemene Praktisyne van SA. In 1972 behaal hy die graad M Prax Med aan UP. Hy is 'n stigterslid van die Akademie vir Huisartspraktyk/Primêresorg, en is ook lid van die Raad daarvan. Tans is hy President van die Noord-Transvaal Tak van die MVSA en ook lid van die Uitvoerende Komitee van die Algemene Praktisyngroep van die MVSA. Vir die afgelope 20 jaar is hy 'n Burgermag-offisier in die SAGD.

**Dept. Huisartskunde, Fak. Geneeskunde, Posbus 667, 0001 Pretoria.*

Professor A D P van den Berg*
MB ChB M Prax Med

KEYWORDS: Infertility;
Family Practice; Counselling;
Emotions

Summary

The author evaluates the emotional and physical problems encountered when dealing with an infertile couple. He gives helpful guidelines for the family practitioner about the possible causes and reasons, and explains his approach to managing the problem.

"The natural man has only two primal passions — to get and beget"

Sir William Osler

Dit is vir die mens 'n vernietigende belewenis om van die voorreg om voort te plant ontnem te word.

Vir eeue lank was diesulkes onderworpe aan vrees, oneer, vernedering en ook aan wanbehandeling deur die mediese beroep.

Dis vir die mens 'n voorreg om voort te plant; 'n vernietigende belewenis om daarvan ontnem te word.

Verbeterde kennis van die voortplantingsfisiologie het gelei tot begrip van die basiese meganismes van sowel fertiliteitsbeheer as fertiliteitsbevordering. Begrip van

neuro-oordraagstowwe het gelei tot insig in die ingewikkelde wisselwerking tussen sentrale senuweestelsel, hipofese en ander endokrine kliere betrokke by voortplanting. Kennis van die meganismes van ovulasie, spermatogenese, immunologiese meganismes, gevorderde urologiese en ginekologiese beginsels en tegnieke, het alles gelei tot meer hoopvolle vooruitsigte vir infertiele egpare.

Deesdae kan 50-60% van paartjies gehelp word.

INSIDENSIE VAN ONVRUGBARE HUWELIKE:

In die VSA kom infertilititeit by $\pm 16 - 17\%$ van huwelikspare voor. Hiervan kan deesdae 50 - 60% gehelp word, meesal teen hoë koste.

Die voorkomssyfer en oorsake wissel in verskillende wêrelddele, onder verskillende bevolkingsgroepe en onder verskillende sosio-ekonomiese omstandighede.

TABEL I
OORSAKE VIR MENSLIKE INFERTILITEIT

	a	b	c
	Londen n = 440	Adelaide n = 900	Wêreld n = Onbekend
Ovulatoriese afwykings	24,9%	43,3%	15%
Tubale obstruksie	18,6%	11,0%	30-35%
Oligo- of azoospermie	21,6%	19,7%	30-35%
Gemengde ginekologiese probleme	7,0%	26,08%	15-25%
Andere	27,9		

a. Newton, Craig & Joyce (1974)

b. Cox (1975)

c. Behrman & Kismar (1975)

WIE IS ALMAL PROFESSIONEEL BETROKKE?

Die onvrugbares wend hul meesal eerste tot die primêre geneesheer, nl. die huisarts en andere, om advies en hulp. Ander lede van die span is die ginekoloog, die ginekologiese endokrinoloog, die uroloog en androloog, die radioloog, die genetikus, die chemiese patoloog, histoloog, sitogenetikus en laboratorium-tegnikus. Die psigiater of kliniese sielkundige het dikwels 'n plek, en uiteindelik ook die maatskaplike werker en die predikant.

BENADERING:

Die paar moet as 'n eenheid benader word. Die gesindheid moet dié van empatie wees, gepaard met begrip tussen die paar en die geneesheer, openhartigheid en eerlikheid omtrent wat gedoen moet word en mbt die vooruitsigte in elke bepaalde situasie.

HOE PRESENTEER INFERTILITEIT BY DIE HUISARTS?

1. Waar moontlike toekomstige infertilititeit op die spel is, raak die huisarts vroegreeds betrokke, en hier het hy 'n belangrike funksie van onderrig en voorligting.

Voorbeelde hiervan is:

- By menstruele afwykings tydens puberteit en daarna
- By die voorhuwelike konsultasie
- Operasies aan die manlike genitalieë, vermoede of werklike afwykings of onderontwikkeling daarvan
- Waar daar seksuele wanaanpassings is, by die man sowel as by die vrou.

2. Die vermoede van infertilititeit ontstaan as daar na een jaar van gereelde blootstelling geen swangerskap ontstaan het nie. Die pasiënt raak dikwels nie self die probleem aan nie, maar presenteer met vele ander klagtes, soms verwant aan die infertilititeit bv. menstruele steurnis, maar dikwels vaag en psigosomaties van aard. In die swart rasse van die RSA is klagtes van buikpyn, rugpyn, vaginale afskeiding edm. dikwels die aanknopingspunt.

Infertilititeit word dikwels weggesteek weens die vrees vir die werklikheid daarvan.

Dit kan dus nodig wees om spesifiek navraag te doen oor kinderloosheid of sekondêre infertilititeit. Infertilititeit word dikwels verswyg as 'n poging tot ontkenning, weens vrees vir die werklikheid daarvan.

DIE PRIMÊRE GENEESHEER AS DEEL VAN DIE SPAN:

Elliot E Philipp van die Phillip Hill Parenthood Clinic en die Royal Northern Hospital, London, sien dit soos volg:¹

"Die huisarts is die persoon wat in die beste posisie is om te beoordeel of dit wenslik is vir 'n hele span om energie te bestee aan 'n paar wat weens genetiese of ander redes nie vir ouerskap geskik sal wees nie. Hy kry indrukke oor die maatskaplike geskiktheid van 'n paar, oa. die stabiliteit van die verhouding. Ouers wat 'n kind wil gebruik om die 'huwelik te red' word nie aanbeveel nie. Hy moet ook bepaal wie om eerste te verwys en na wie."

Verder wys hy daarop dat die huisarts die persoon is na wie die pasiënt tydens fisiese en psigiese krisisse en nood kan gaan. Daarom moet die huisarts ingelig bly oor vordering, belangrike bevindings, middels, operasies en prosedures wat afwesigheid van werk sal noodsaak, ens.

Faktore wat 'n bepalende invloed het op die primêresorgdokter se hantering van infertilititeit by pasiënte:

1. Sy werksituasie:

- Privaatpraktyk, polikliniek, plattelandse hospitaalpraktyk, ens.
- Fasiliteite tot sy beskikking, bv. mikroskoop, laboratoriumdiens, hospitaalfasiliteite.

2. Sy belangstelling, kennis en ervaring.

Die infertiele egpaar

3. Die beskikbaarheid en bereikbaarheid van spesialis-dienste en infertilitetsklinieke.
4. Die wense van die pasiënt.

FUNKSIES EN TAKE VAN DIE PRIMÊRE GENEESHEER IN DIE HANTERING VAN DIE INFERTIELE EGPAAR:

1. Bepaal of daar enige ooglopende faktore is wat bevrugting kan voorkom of belemmer — dit sluit die belangrike veld van seksuele disfunksie in.
2. Bepaal wie die waarskynlike infertiele of subfertiele persoon is, (sonder om die een persoon te etiketteer as die "skuldige").
3. Voorlopige vasstelling van kliniespatologiese afwykings as moontlike oorsaak.
4. Behandeling van ooglopende afwykings binne bereik van sy eie bekwaamheid.
5. Tydige verwysing na die regte instansie.

Die paartjie moet as 'n eenheid benader word.

Uitvoering van die taak:

Verkry die volle vertroue en samewerking van die man en vrou. 'n Noukeurige geskiedenis kan 'n ooglopende oorsaak aan die lig bring. Takt en betoning van empatie kan ook seksuele disfunksie en persoonlike verhoudingsprobleme aan die lig bring, wat op hul beurt die gevolg of selfs die oorsaak van mislukte konsepsie kan wees.

Eerste besoek:

Dis meesal die vrou wat eerste om hulp kom aanklop. Die man presenteer soms eerste met klagtes oor bv. impotensie. Probeer om ooglopende oorsake vir mislukte bevrugting vas te stel. Onderskei tussen skynbare infertilitet, bv. agv. 'n te lae frekwensie van omgang en werklike infertilitet, bv. amenoree, hipospadie ens.

Genoeg tyd word vir so 'n konsultasie opsygesit. Waar nodig word 'n spesiale afspraak vir 'n langer as die gewone tyd gemaak, indien moontlik. Die pasiënt se vertroue word gewen, en 'n noukeurige geskiedenis word verkry.

Die vraeboek aan die vrou sluit oa. in:

- Laaste menstruele periode
- Menstruele geskiedenis: Menarche, duur van bloeding, bloedverlies, lengte van die siklus, gereeldheid, vorige ongereeldheid, geen of erge dismenorree
- Vorige, obstetriese geskiedenis: Miskrame: Aard, in watter fase van swangerskap, bloedgroepbepalings gedoen.
Geboortes: Aard, komplikasies
- Vorige siektegeskiedenis: Tuberkulose, veneriese siektes, pelvisiese infeksie

- Operasies, veral in onderbuik
- Hoe lank reeds getroud?
- Hoe lank is daar reeds pogings tot swangerskap?
- Watter soort kontrasepsie tevore toegepas?
 - Oraal?
 - Is intra-uteriene apparaat nie dalk vergeet?
- Huislike en werksomstandighede, of daar tyd is om gereeld tydens die vrugbare tyd geslagtelike omgang te hê?
- Is die huweliksverhouding self gunstig en geslaagd?
- Is daar seksuele disfunksie, nl. frigiditeit, vaginismus, impotensie, ejakulatoriese probleme?
- Seksuele gedrag: Die geskiedenis word met sorgsaamheid, vertroulikheid en nie-veroordelend geneem. Hieroor moet die paartjie afsonderlik en gesamentlik ondervra word. Hoe gereeld is omgang, orgasme van man en vrou, hoe dikwels rondom vrugbare tyd, word daar agterna gedouche?
- Is daar enige selfbeperking, bv. by ortodokse Jode tot lank na menstruasie?
- Watter ander ondersoek, advies of behandeling is reeds gegee?

Tensy die paar reeds tevore deur die huisarts medies ondersoek is, is verdere navraag en ondersoek nou noodsaaklik om ander veroorsakende faktore uit te skakel:

- Liggaamsbou (is dit die vroulike tipe?)
- Hipo- of hipertensie
- Aknee, hirsutisme, haarverspreiding
- Borste
- Kifose, skoliose, pelvisiese afmetings
- Ander sisteme
- Deeglikse pelvisiese ondersoek: Vagina, serviks, uterus, ovaria en adnexae.

Dis op dié stadium van groot belang om nou-al te bepaal of daar fisiese of psigiese redes is tot onwenslikheid van swangerskap, ouerskap of latere pleegouerskap. Dit geld in albei genote. Op dieselfde wyse en om dieselfde rede moet die sukses en stabiliteit van die huweliksverhouding in aanmerking geneem word, voordat besluit sou word om duur en tydrovende ondersoek aan te pak.

Let wel: Die soektog na oorsake vir infertilitet moet terselfdertyd 'n soektog na gesondheidsbedreigende of lewensbedreigende toestande wees. (Sien Nagaanlys, Tabel II).

Beplanning na die eerste besoek hang van die bevindinge af.

Seksuele disfunksie kan 'n oorsaak sowel as die gevolg van infertilitet wees.

Dit moet dus eers ge-evalueer en behandel word. Dit moet deur die hele gesondheidsplan besef word.

Dit is van geen nut om met ondersoek voort te gaan as daar ernstige huwelikswanbalans is nie. Dit kan wees dat hulle totaal uiteenlopende begeertes tov. ouerskap het.

TABEL II

Nagaanlys vir vroulike infertilititeit

1. Algemene gesondheid
2. Seksuele funksie
3. Serviks:
 - Siektes en afwykings
 - Spermpenetrasie tydens ovulasie
4. Uterus:
 - Kongenitale afwykings
 - Infeksie
 - Tumore
5. Tubaal:
 - Spasmas, obstruksie, skade
6. Peritoneaal:
 - Peritubale, periovariale verklewings
 - Endometriose
7. Overiaal:
 - Normale ovulasie?

Indien daar geen ooglopende afwykings in die geskiedenis of ondersoek van die vrou is nie, en as daar goeie rede is om met verdere ondersoek voort te gaan, doen die nodige voorligting, gee aan haar 'n temperatuurkaart om te voltooi, vra haar om dan, of reeds voor die tyd, haar man te laat inkom. Dit is van groot belang om altyd albei huweliksgenote te laat evalueer, aangesien beide persone in tot 15% van gevalle van infertilititeit 'n aandeel daaraan het.²

Onderhoud met man:

1. *Vraeboog*
 - Vorige vaderskap?
 - Genitalië
 - Kongenitale afwykings?
 - Onafgedaalde testis?
 - Onderontwikkeling?
 - Beserings?
 - Varikokele?
 - Infeksies (Parotitis)?
 - Seksuele disfunksie
 - Werkomstandighede

2. *Semen-ondersoek?*

2 of meer semen-analises
(Sien Nagaanlys, Tabel III)

TABEL III

Nagaanlys vir manlike infertilititeit.

1. Algemene gesondheid
2. Genitalië
3. Seksuele funksie
4. Semen

Indien aangedui, moet 'n semen-ontleding gedoen word. By 'n post-koitale ondersoek in die midsiklus kan normale spermfunksie mikroskopies bepaal word — meer as vyf goed-bewegende spermatozoa per hoëveld-vergroting. ('n Negatiewe bevinding dui nie noodwendig op fisieke afwykings nie).

Opvolgbesoek:

Die temperatuurkaart sal aandui of daar tydens die bepaalde siklus ovulasie plaasgevind het al dan nie.

Ander relatief eenvoudige stappe om ovulasie te bevestig is:

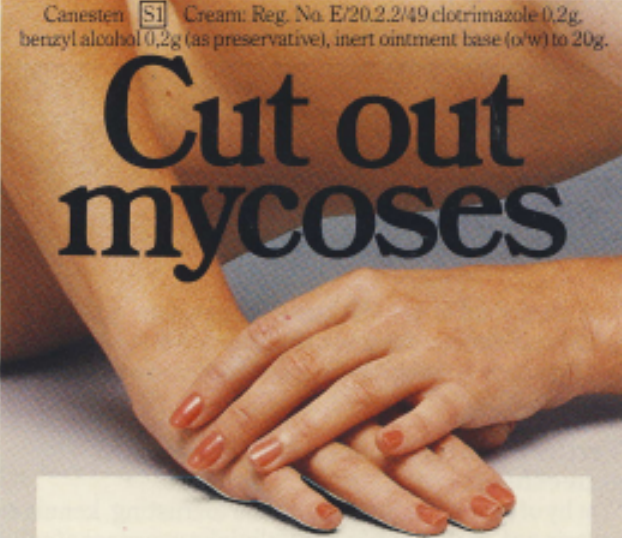
1. Pre-ovulatoriese serviks-smeer: 'n Tipiese varingpatroon wat by herhaling na 10 dae verdwyn.
2. 'n Sitologiese ondersoek van die boonste 1/3 van die vagina tydens verwagte ovulasie toon 95% rypwording van vaginale selle.

Teen hierdie tyd is die volgende van albei bekend:


1. Die fisieke en emosionele status
2. Belangrike vorige siektes of afwykings
3. Patroon van geslagsomgang
4. Die menstruele patroon
5. Ovulasie al dan nie
6. Die semen-ondersoek

Canesten [S] Cream: Reg. No. E/20.2.2/49 clotrimazole 0.2g, benzyl alcohol 0.2g (as preservative), inert ointment base (o/w) to 20g.

Cut out mycoses




quickly and effectively in ringworm, onychomycosis and athletes foot.



Canesten

Part of the comprehensive Canesten antimycotic range.

Bayer-Miles  Wrench Road, Isando, 1600. (011) 974-2811.

Canesten and Bayer Cross are registered trade marks of Bayer Germany.

Die infertiele egpaar

Die volgende stappe:

1. Korrigeer eers alle ander siektes en psigososiale probleme voordat enige verdere duur ondersoek en/of behandeling aangepak word.
2. Stel 'n voorlopige diagnose indien moontlik
3. Gee aan die paar 'n duidelike aanduiding van wat verder in vooruitsig gestel kan word mbt behandeling, verdere ondersoek, verwysings.

Waar daar ooglopende hopelose of swak prognose is wat ook deur 'n konsultant bevestig is en veral as die paartjie nie meer jonk is nie, moet die huisarts oorweeg of hul fisies, psigies, emosioneel en andersins sou kon kwalifiseer vir kinderaanneming. Moet dan nie onnodig versuim om te verneem wat hul houding teenoor kinderaanneming is nie, en verwys hul tydig na 'n aangewese organisasie.

Waar daar egter wel hoop op hulp bestaan, moet die hoop aan hul voorgehou word.

Aan die anderkant van die spektrum is daar die jong paartjie by wie daar geen ooglopende afwyking gevind kan word nie, en wat reeds vroeg om hulp kom aanklop. Gerusstelling, behoorlike voorligting, en aanmoediging is die voorlopige voorskrif.

Tyd en geduld is van die beste terapeutiese agense by sekere infertiele paartjies.

Tyd en geduld is van die beste terapeutiese agense. Die volgehoue samewerking van die paartjie vir die volgende 6 - 18 maande is nodig om die infertilitestudie te voltooi.

Verdere hantering deur die primêre geneesheer:

Wat hy of sy self kan doen, hang van toerusting, kennis en ervaring af. In die primêresorgklinieke van meer afgeleë hospitale is infertilitet 'n belangrike en algemene probleem. Die geneesheer is hier dikwels aangewys om self sekere prosedures en terapie aan te pak. Die volgende is voorbeelde van moontlik behandelbare toestande:

1. Gebrekkige ovulasie:

Waar psigiese steurnisse, stress, tiroëid-disfunksie, aansienlike massaverlies en tasbare ovariale siekte as oorsaak daarvan uitgeskakel is, kan klomifeen-behandeling oorweeg word, maar beslis slegs na bevestiging met 'n konsultant.

2. Servikale afwykings: Vermy oorgretige kouterisasie van die serviks.

3. Manlike infertilitet: Waar dit slegs relatief is, kontroleer emosionele stress, alkohol-inname, herstel van 'n varikocele, verkieslik deur 'n konsultant.

4. Seksuele disfunksie:

Die psigiese agtergrond hiertoe, en afwykings self, kan dikwels ten beste deur die huisarts self gehanteer word. Faktore wat uitgeskakel en eers behandel moet word, is oa:

- *Stress:* Kan spermatogenese sowel as ovulasie onderdruk
- *Medisynes en doofmiddels:* Alkoholmisbruik masker dikwels depressie, en lei tot impotensie en huwelikswanverhoudings. Dit word dikwels saam met psigotrope middels en doofmiddels gebruik.
- *Rook:* Dit kan beslis lei tot impotensie en versteuring van spermatogenese en oëgene
- *Depressie:* Dit kan die oorsaak of gevolg van disfunksie wees.
- *Frigiditeit, vaginismus, en anorexia nervosa.*
- *Impotensie:* Dis die algemeenste vorm van seksuele wanfunksie gepaard met infertilitet. Dit moet as 'n probleem op sigself toepaslik gehanteer word.

Besluitneming oor verwysing na konsultante:

Dit word gedoen waar die vooruitsigte en lewensomstandighede gunstig genoeg is vir die opvoeding van 'n kind, waar die paartjie liggaamlik gesond genoeg is, emosioneel aangepas en ryp is, en 'n goeie huweliksverhouding bestaan.

Indikasies:

1. Enige anatomies-patologiese afwyking van die voortplantingsstelsel by die man of vrou.
2. Hormonale disfunksie buite die perke van die primêre geneesheer.
3. Waar spesiale prosedures bv. kunsmatige inseminasie by manlike infertilitet moontlik hulp sou kan bied.
4. Waar genetiese berading ter sprake kom.
5. Seksuele disfunksie van 'n graad waar psigiatriese hulp of gevorderde seksterapie aangedui is.
6. Waar daar sonder bepaalbare afwykings geen resultate binne 'n redelike tyd bereik word nie. Dit geld veral vir die ouer nullipara.

In alle gevalle moet die konsultant, terapeut of kliniek met groot oorleg gekies word.

In groot akademiese sentrums is daar tans gevorderde infertilitetsklinieke.

Dit spreek vanself dat volledige inligting, vergesel van verslae van alle tersaaklike ondersoek, aan die konsultant verskaf sal word.

Nasorg: Terwyl die egpaar onder behandeling van konsultante is, bly die primêre dokter nog steeds beskikbaar vir onderskraging en die hantering van ander gesondheidsprobleme.

Soos reeds vermeld, moet kinderaanneming betyds oorweeg word.

DIE PRIMÊRE GENEESHEER EN VERMOEDE INFERTILITEIT

