

תרומת ביציות - המצוקה, ורעיון לפתרון

שחר קול

הבריאות. הנחיות אלה נועדו לוודא את בטיחות השימוש בזרע הנתרם (בעיקר בעידן מחלת האיידס), ולהגביל את מספר ההריונות המושגים מזרעו של תורם בודד. בעוד שאין קושי מיוחד בתהליך הקפאת הזרע והפשרתו, הרי הקפאת ביציות היא תהליך מסובך יותר, שעדיין נמצא בשלב המחקר, ואינו ניתן כשרות שיגרת. מכיוון שבעתיד הנראה לעין לא יהיה "בנק ביציות", יש להשתמש בביציות טריות לתרומה.

מה כרוך בתרומת ביציות?

בעוד שתרומת זרע אינה כרוכה בטיפול רפואי מקדים, או כאב, או אי נוחות, תרומת ביציות מחייבת טיפול רפואי מורכב יחסית. הטיפול כרוך במתן תכשירים הורמונליים (זריקות יומיות) המעוררים את השחלות לייצור מספר רב יחסית של "זקיקים". בכל זקיק מתפתחת ביצית, וכאשר הזקיקים מגיעים לגודל הרצוי (בממוצע לאחר כ- 10 ימי טיפול), ניתן לשאוב את הביציות מן השחלות. פעולת השאיבה מתבצעת תחת הרדמה כללית, נמשכת מספר דקות, ואחרי השאיבה המטופלת נשארת מספר שעות בבית החולים להשגחה.

הביציות שנשאבו נלקחות למעבדה העוסקת בהפריה חוץ גופית. שם מביאים להפרייתן בזרע הבעל (או בן הזוג של מקבלת הביציות). לאחר יומיים - שלושה ניתן להחזיר לרחם את העוברים שהתפתחו. הכנת רחמה של מקבלת הביציות לקליטת עוברים הנה פשוטה, ונטולת סיכונים.

אמהות בכל גיל?

לפני כשנה התבשרנו על הריון ולידה (לא בישראל) של מטופלת בת 76². מטבע הדברים אירועים חריגים כאלה פורצים בתרועה רמה לאמצעי התקשורת, מפחים תקוות בלב חשוכי הילדים מחד, ומציתים ויכוח ציבורי נוקב מאידך. הריון ולידה בגיל כה מתקדם נראים בעיני רבים כשימוש לרעה בטכנולוגיות הפריה מתקדמות, תוך התעלמות מהיבטים רחבים יותר של התהליך. במספר מדינות התגובה הייתה ברמה החקיקתית, לצורך הסדרת הנושא והגבלתו³⁻⁹. יש להדגיש, כי אין בעיה רפואית בהשגת הריון אף בגיל גבוה יותר. המכשול הרפואי העיקרי הוא במהלך ההריון והלידה.

אישור חוק "הפונדקאות"¹¹ ע"י הכנסת בשנת 1996, וההריונות הראשונים שהושגו במסגרת החוק, עוררו עניין ציבורי רב בכל הכרוך בטכנולוגיות רבייה מתקדמות. עניין מיוחד משך ההיבט המשפטי-ציבורי-אתי של טכנולוגיות אלה. בעיקר הופנו הזרקורים לטכנולוגיות המאפשרות (ראשונה בהיסטוריה האנושית) להפריד בין הורות ביולוגית לבין נשיאת ההריון. במקרה של פונדקאות, האם הנושאת את ההריון ויולדת בסיומו מוסרת את הילוד להורים הביולוגיים. טכנולוגיות ההפריה מאפשרות גם ליטול ביציות מאשה אחת (תרומת הביציות, האם הביולוגית), להפרותן בזרעו של בן זוגה של האם נושאת ההריון, כאשר עם תום ההריון הילוד נשאר בחזקת האם הנושאת.

בעוד שחוק הפונדקאות נועד לפתור את המצוקה של מספר קטן (יחסית) של זוגות, עדיין אין תשובה הולמת לבעייה של זוגות רבים הנזקקים לתרומת ביציות כדי להשיג הריון.

מי נזקקת לתרומת ביציות?

הפרסום הראשון על הריון מוצלח מתרומת ביצית¹, הפיח תקוות בלב זוגות רבים ששיטה זו עשויה לסייע להם בהשגת הריון. רוב הנשים הנזקקות לתרומת ביצית הן נשים בגיל מבוגר יחסית, ששחלותיהן אינן מייצרות כלל ביציות, או שאיכות הביציות אינה מאפשרת השגת הריון. בנוסף, יש לזכור כי קיימת קבוצה לא קטנה של נשים צעירות שאף הן זקוקות לתרומת ביצית כדי להרות. עם קבוצה זו נמנות נשים שעברו טיפולים בשל מחלות ממאירות (שלא קשורות לאברי המין). מחמת מחלות אלה נגרם לשחלות נזק בלתי הפיך. קבוצה נוספת אלה נשים צעירות יחסית בהן חלה הפסקה מוקדמת בפעילות השחלות (לרוב מסיבה לא ידועה), או ששחלותיהן הורחקו בנייתוח מסיבות שונות.

המכנה המשותף לכל הזקוקות לתרומת ביציות הוא שיש באפשרותן לשאת הריון משום שרחמן תקין הן מבחינה אנטומית והן מבחינה ופונקציונלית.

מדוע אין "בנק ביציות"?

ברוב בתי החולים בארץ המעניקים שרות בנושא הפוריות יש "בנק זרע" המנוהל לפי הנחיות מפורטות של משרד

ד"ר שחר קול - רופא בכיר במח' נשים ויולדות, המרכז הרפואי רמב"ם

שכן הריון מהווה אתגר פיזיולוגי נכבד לגוף האישה. בעת ההריון כל מערכות הגוף עוברות שינויים פיזיולוגיים ניכרים ולכן בריאות טובה של האם היא תנאי מוקדם להריון תקין. הצבת אתגר כה קשה לפיזיולוגיה של אישה בת 63 עלולה להביא לקריסת מערכות, ולנוק רפואי קשה למטופלת ולילוד. עליה משמעותית בשיעור הסיבוכים הרפואיים בהריון רגיל (מצבי יתר לחץ דם, סוכרת, ועוד) בקרב מבוגרות יחסית מוכרת היטב לכל העוסק בשטח המילדות.

אלה הם, על קצה המזלג, שיקולים רפואיים להגבלת גיל לקבלת תרומת ביצית. קיימים כמובן היבטים רבים אחרים לנושא ("יתמות מתוכננת", "הגשמת שאיפה אגואיסטית תוך התעלמות מנוק נפשי לילוד", אנרגיה נפשית לגידול ילד בגיל מתקדם ועוד), שאין בכוונת הכותב לדון בהם במאמר זה.

מאידך, יתכן שתחת הכותרת "כבוד האדם וחירותו" יש מקום לטענה כי בוגר האחראי למעשיו יכול להחליט על דרכו בחיים, כולל רצונו להביא ילד לעולם בגיל מבוגר, ואין בסמכות המדינה, או החברה, להצר את צעדיו, ולהגבילו משימוש בטכנולוגיות רפואיות המסוגלות להגשים את שאיפותיו. הגבלות בחוק יביאו להתרחבות התופעה של "תיירות רפואית", כלומר נסיעה לארצות אחרות שם אין הגבלות בחוק, וחזרה לארץ לאחר שההריון הושג. בתנאים אלה, ברור כי מימוש האמהות המאוחרת יותנה במצבה הכלכלי של האישה, ולא בשום חוק שיגביל את הנושא בישראל.

אין ספק כי הויכוח הציבורי בשאלות הטעונות שהועלו, עדיין לא מוצה. יש לשער כי עקרונות ואמונה דתית יתפסו חלק נכבד בוויכוח, שכן 3 הדתות העיקריות חלוקות בגישתן לטכנולוגיות ההפריה המתקדמות.

מדוע יש מחסור בביציות לתרומה?

שנים עשרה שנים לאחר שהנושא הוסדר ע"י תקנות משרד הבריאות בישראל⁵ וע"י הנחיות המנהל הכללי⁶, עדיין קיים מחסור חריף בתרומת ביציות. הסיבה העיקרית היא הגדרת התורמות בכוח כנשים שעוברות בעצמן טיפולי פוריות. ניגוד האינטרסים בין התורמת והמקבלת ברור, שכן שתיהן מקוות להרות מאותו מאגר של ביציות. מסיבה זו, ומחסור תמריץ כלשהו (פרט לסיפוק מניעים אלטרואיסטים) מספר הביציות הנתרמות הוא זעום ביותר, ותור הממתנות לתרומה הולך ומתארך. בהערכה זהירה מדובר באלפי זוגות בישראל הניזקקים לתרומת ביציות.

יש לשער כי שתי סיבות עיקריות הביאו להגבלה המובנית

בתקנות משרד הבריאות: מניעת סיכון רפואי מתורמות מגויסות, ושמירה על עיקרון האנונימיות. בשנים עשרה השנים שחלפו מפרסום התקנות, חלו שינויים רבים בשיטות ההפריה החוץ גופית. הבולט ביותר ביניהם הוא הפסקת שאיבת ביציות ע"י לפרוסקופיה (פעולה כירורגית הדורשת הרדמה כללית ממושכת יחסית), ומעבר לשאיבת ביציות תחת אולטראסאונד: פעולה קצרה, בטוחה, הדורשת הרדמה למספר דקות בלבד. שינוי זה, ושיפורים משמעותיים בשיטות התרופתיות לגירוי הביץ, צמצמו את הסיכונים למינימום.

משיקולים אתיים ברורים, רצוי להימנע משיטת "התורמת המקצועית" העושה זאת תמורת תשלום. מצד שני, הרחבת המקורות לתרומת איברים (בדומה לתרומת כליות צולבת בין משפחות), והסדרת נושא הפונדקאות בחוק⁴, מכשירים את הקרקע לשינויים שיביאו להקלת המחסור בביציות נתרמות.

מה הקשר בין חוק הפונדקאות לתרומת ביציות?

בחוק הפונדקאות חבוי מסר ברור מאת המחוקק המאפשר לבוגר לטוול על עצמו סיכון בריאותי מחושב כדי לסייע לזולת העשוי ליהנות מנטילת סיכון זה, כאשר תמריץ חשוב לנטילת הסיכון הוא כספי: האישור להסכם הפונדקאות נשען על 3 מרכיבים עיקריים: רפואי (התאמה רפואית של הפונדקאית לשאת הריון, והוכחת הצורך בפונדקאות על רקע בעיה רפואית של האם הביולוגית), פסיכולוגי (הוכחת התאמה פסיכולוגית של כל הצדדים) ומשפטי. המרכיב המשפטי מסדיר את היחסים שבין הזוג לפונדקאית באופן זהה לחלוטין לכל חוזה עסקי אחר בין שני צדדים. לכל שלב יש מחיר ותגמול; כל האפשרויות הרפואיות כלולות בו (לרבות סיבוכים רפואיים שאינם נדירים בהריונות) על משמעותן הכספית. מבחינה רפואית, הסיכון בכוח הכרוך בהריון עולה על זה הכרוך בביצוע טיפול הפריה חוץ גופית. די אם נזכיר כי עד 30% מההריונות מסתיימים בהפלה טבעית, שיעור ההריונות מחוץ לרחם הוא כ- 1%, שיעור הלידות הקיסריות (בישראל) הוא כ- 15% ועוד. מבחינה זו, ניתן לטעון כי אם פונדקאות אושרה ע"י המחוקק, "קל וחומר" יש מקום לאשר תרומת ביציות באופן דומה (דהיינו ע"י אישה שאין לה צורך בביציות המוצאות מגופה).

מטרת ההצעה המובאת להלן היא להעלות שיטה מוכרת להסדרת הנושא, תוך שמירת קפדנית על עיקרון האנונימיות.

השיטה מבוססת על פרסומים שראו אור בספרות המדעית: 2. העיקרון הבסיסי הוא שכל נתרמת מגייסת תורמת (בת משפחה, חברה). התורמת עוברת תהליך של גירוי שחלות מבוקר ושאיבת ביציות. הביציות המתקבלות נתרמות לפי שיטת הפרמוטציה (ראה להלן), כך שמכל שאיבה בממוצע יש מספיק ביציות לכארבע נתרמות. בכל מקרה, האנונימיות נשמרת, שכן ביציות של תורמת לעולם לא ישמשו את המטופלת שגייסה אותה.

ההצעה מאפשרת להגדיר את גיל התורמות, מצב בריאותן, וקריטריונים רפואיים נוספים (למשל בדיקות גנטיות). הגדרות אלה יאפשרו שליטה של הגוף המנחה המקצועי (משרד הבריאות) ביישום השיטה.

פירוט השיטה: נשים שתבענה רצון להיכלל בתכנית המוצעת, תקבלנה הסבר מפורט על התוכנית, כולל יעוץ פסיכולוגי. כל תורמת בכוח שתגויס ע"י נתרמת תתבקש לחתום על טופס הסכמה, ותעבור את בדיקות הסקירה שיקבעו, בנוסף ליעוץ פסיכולוגי. אמות המידה המדויקות להתאמה לתכנית ייקבעו ע"י משרד הבריאות.

לאחר שאיבת הביציות, כל ביצית תיועד לנתרמת לפי הטבלה הבאה:

תורמת D4	תורמת D3	תורמת D2	תורמת D1	סדר עדיפות למקבלת (R)
R1	R4	R3	R2	מקום ראשון, ביציות: 1,3,5,7,9,16
R2	R1	R4	R3	מקום שני, ביציות: 2,4,6,8,10,17
R3	R2	R1	R4	מקום שלישי, ביציות: 11,12,13,18,19
רזרבה	רזרבה	רזרבה	רזרבה	מקום רביעי, ביציות: 14,15,20

מיקרא: R1, D1 - זוגות תורמת - מקבלת (Donor - Recipient), כאשר D1 גויסה ע"י R1, ולכן לעולם R1 לא תקבל את ביציות D1.

לפי הטבלה, יצירת אשכולות של 4 זוגות תורמות - מקבלות תאפשר לכל מקבלת לעבור לפחות 3 מחזורי החזרת עוברים טריים. בממוצע יש לצפות ל - 16 ביציות משאיבה אחת.²

1. מניסיון הכותב, לרוב הנוקקות לתרומת ביציות יש קרובת משפחה או חברה המוכנה לתרום מביציותיה, ללא תשלום או תגמול כלשהו. בכך יהיה כדי להגדיל באופן מיידי את מאגר הביציות הנתרמות.

2. כיום אין כל שליטה או בקרה על ההתאמה הרפואית והגנטית של הביציות הנתרמות, שכן התורמת המזדמנת אינה עוברת בדיקות סריקה כלשהן (להוציא בדיקות שיגרה המבוצעות לפני טיפול הפריה חוץ גופית). השיטה המוצעת תאפשר ליישם כאן את העקרונות המנחים ניהול בנק זרע, כדי להבטיח התאמה לתרומת ביציות לפני הטיפול עצמו. בנוסף, השיטה מאפשרת הכנה רפואית ופסיכולוגית יסודית של כל הצדדים, ללא החיפזון והמקרויות המאפיינים תרומת ביציות כיום.

3. מניעת תרומה לא-אנונימית. תרומת ביציות מתורמת ידועה (חברה או קרובת משפחה) אינה רצויה, שכן לכך עלולות להיות השלכות קשות על מערכת היחסים שתתפתח בין האם "החוקית" האם הביולוגית, לבין בן הזוג והצאצא. אני משאיר לדמיונם של הקורא/ת לתאר "תסריטים" אפשריים היכולים לנבוע מצרוף טעון שכזה. מטעם זה, תרומה אנונימית עדיפה.

לסיכום:

יש בהצעה המובאת כדי לפתור במידה רבה מצוקה קשה שהיא מנת חלקם של זוגות רבים. הדבר ייעשה תוך שמירה על העקרונות הבאים: אנונימיות תורמת - מקבלת, לוויו רפואי ופסיכולוגי נאות, צמצום הסיכון הרפואי, שליטה ובקרה של גורם מקצועי (משרד הבריאות).

מקורות:

1. Trounson et al. Pregnancy Established in an Infertile Patient After Transfer of a Donated Embryo Fertilized In Vitro. Br Med J 1983;286:835-836.
2. Englert et al. Oocyte Shortage for Donation May Be Overcome in a Programme with Anonymous Permutation of Related Donors. Hum reprod 1996; 11:2425-2428.

- Proceed with Care: Final Report of the Royal Commission on New Reproductive Technologies, Royal Commission on New Reproductive Technologies, Ottawa, Canada: 1993:590. .8
- German Embryo Protection Act (October 24, 1990): Gesetz zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz - ESchG) .9
10. חוק ההסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד היילוד) התשנ"ו - 1996. ספר החוקים 1577 כ"ו באדר התשנ"ו 17.3.1996
- בחוק זה מוגדרת ה"פונדקאית" כ"אם נושאת" ("אשה הנושאת הריון עבור הורים מיועדים"). ההורים הביולוגיים/גנטיים מוגדרים כ-הורים מיועדים ("איש ואשה שהם בני זוג, המתקשרים עם אם נושאת לשם הולדת ילדי").
- Frydman et al. A Protocol for Satisfying the Ethical Issues Raised by Oocyte Donation: The Free Anonymous and Fertile Donors. Fertil steril 1990; 53:666-672. .3
4. חוק הסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד היילוד) התשנ"ו - 1996 .
5. תקנות בריאות העם (הפרייה חוץ-גופית), התשמ"ז - 1986.
6. חוזר המנהל הכללי, משרד הבריאות מס' 14/86 מ - 26.12.86
- Paulson RJ et al. Successful Pregnancy in a 63-Year Old Woman. Fertil Steril 1997;67:949-51. .7

