

דר' בת שבע הרשקוביץ

"התינוק היקר"

המושג "תינוק יקר", המצוי בספרות הגינקולוגית, והשגור מאד במחלקות גינקולוגיות, הוא מושג מקומם: וכי יש תינוק שאינו יקר? וכי יש תינוק יקר יותר מתינוק אחר? האם אין בעצם ההבדלה בין תינוק רגיל לתינוק "יקר" משום זלזול בערכם של חיי אדם?

אף על פי כן, קיים מושג כזה. "תינוק יקר" הוא תינוק, שכדי שיוולד יש צורך בהשקעת מאמצים גדולים יותר מהמקובל באחד משלבי לידתו, אם כדי לגרום להריון, אם על מנת להבטיח את מהלכו התקין כדי להגיע לבסוף ללידה בטוחה ויילוד בריא.

המדובר במקרים בהם לבני הזוג קושי רב בפריון, ולכן יש לבצע בדיקות מסובכות לבירור הגורם לאי הפריון, מהן בדיקות הכרוכות בסכנה (לפרוסקופיות בהרדמה כללית לאשה למשל, או ביופסית-אשך וקשירת ורידים בשק האשכים אצל איש). לאחר קביעת האבחנה, הטיפול כרוך גם הוא בבעיות רפואיות, כגון טיפול בכמויות גבוהות של תרופות מבייצות, עד כדי גרימת סכנה לגירוי-יתר של השחלה ורופטורה שלה, וכן הוצאת ביציות מהזקיקים בשחלה לשם הפריה חוץ-גופית (פעולה הנעשית בחדר ניתוח בהרדמה כללית או חלקית).¹ יש לזכור, שגם במרכזים רפואיים חשובים נע אחוז ההצלחה בהפריה חוץ גופית בין 15%-30%² ולכן הריון כזה נחשב ל"יקר" במיוחד. לקראת הלידה, עם תום הריון של תינוק כזה, קיימת לעתים החלטה מוקדמת על ניתוח

1. ברוב המרכזים העוסקים בהפריה חוץ-גופית יש קריטריונים ברורים, המגבילים טיפולים אלו לפי גיל, מספר הילדים הקיימים ומשך תקופת אי הפיריון. בנוסף, כמובן, על מגבלות רפואיות.

2. Setchell M. E., Sgott G. I.: In Vitro Fertilisation. Update, 36, 1555, 1988.

קיסרי,³ אך ורק בכדי למנוע מה"תינוק היקר" את הסיכון שבלידה וגינאלית, למרות שאין ספק בכך שהסכנה לתמותת האם בניתוח קיסרי גדולה פי 4-21 מבלידה רגילה.⁴

נראה, אם כן, שלמרות הרתיעה הטבעית ממושג זה, יש לו מקום.

נרגים בשני תיאורי מקרים בהם נתקלנו בעבודה הקלינית, בהם ה"מחיר" עבור התינוק חורג מהמקובל, ולמצב המשפחה כולה חלק בשיקול הטיפולי:

א. אשה בת 27, נשואה ואם לשתי בנות. לאחר הלידה השניה החלה להתלונן על כאבים בעיניים והפרעות בראיה ובבדיקה נמצאה דלקת הענבית (Uveitis) דו-צדדית קשה, עם חשש לגלוקומה, קטרקט והיפרדות רשתית, העלולות לגרום לעיוורון. כמקובל טופלה החולה בכמויות גדולות של סטרואידים, במינון שירד בהתאם להשתפרות המימצאים בעיניים. עקב הטיפול, הומלץ לחולה להימנע מהריון. כשנה לאחר מכן השתפר מצב העיניים, היא חדלה ליטול תרופות והרתה.

לאחר לידת בן בריא, חלה החמרה בדלקת והחולה נזקקה שוב לטיפול בסטרואידים במשך כשנה. עם תום הטיפול התרופתי, הפסיקה החולה להשתמש באמצעי מניעה והרתה, אך אז חלה לפתע החמרה רצינית במצב העיניים עם היפרדות חלקית של הרשתית מימין, והומלץ על טיפול מידי ב-80 מ"ג פרדניזון (מינון גבוה יחסית של סטרואידים).

3. אחוז הניתוחים הקיסריים האלקטיביים (- שהוחלט עליהם מראש ולא עקב בעיות במהלך הלידה), לאחר הפרייה חוץ-גופית, הוא פי 2 לעומת לידות אחרות. האינדיקציות לכך הן אחוז גבוה יותר של הריונות מרובי עוברים, אך גם "חוסר פיריון ממושך". וראה: Varma T.R.: Outcome of pregnancy after infertility: *Acta Obstet Gynecol Scand.* 67(2) 115: 1988.

4. לנצט מ: חיתוך הרופן — לאן הגענו? הרפואה קטן, ס' 1988.
מספרים להדגמה: Evrad ו-Gold מצאו בשנים 1965-1975 תמותה של 2.7 ל-100,000 לידות וגינאליות, לעומת תמותה של 30.9 ל-100,000 ניתוחים קיסריים, כלומר פי 11. מאוחר יותר, בין השנים 1973-1979, היו בשוודיה 704,732 לידות עם 7 מקרי מוות (1.1 ל-100,000), לעומת 63,075 ניתוחים קיסריים עם 31 מקרי מוות, אך מתוכם 5 נשים היו חולות מאד עוד לפני הניתוח, ולא הניתוח עצמו הוא שגרם ישירות לתמותה, רק שחישבו את 8 מקרי המוות הנותרים, ולפי זה היתה התמותה בשיעור של 12.7 ל-100,000, כלומר פי 12.

רופאי הנשים המליצו להוריד מיד את רמת הסטרואידים כדי לשמור על התפתחות תקינה של העובר, אך רופאי העיניים חוששים להיפרדות שלמה של הרשתית ועיורון, באם תופחת כמות הסטרואידים.

סטרואידים הם גורמים טרטוגניים קשים בבעלי חיים,⁵ אך באדם, בכמויות מקובלות כמנות אחזקה (20-40 מ"ג?) — לא נצפתה עלייה בשיעור המומים המולדים,⁶ אך קיימת סכנה גדולה יותר מהרגיל של מות עובר והפלה טבעית. כמו כן, במינונים גבוהים, קיימת סכנה של פיגור בגדילה תוך-רחמית (I.U.G.R.), והפרעות במערכת החיסונית של העובר.⁷

ב. אשה בת 32, אם ל-4 בנים ו-2 בנות. בלידה ה-7, נולד בן עם תסמונת תת-התפתחות של חדר שמאל (Hypoplastic left heart syndrom)⁸ — מום לב מורכב וחמור, בו התינוק אינו יכול לחיות יותר מימים עד שבועות ספורים ללא טיפול ניתוחי מסובך, קרי: השתלת לב או תיקון ניתוחי המתבצע בכמה שלבים במשך השנתיים הראשונות של חיי התינוק. בשתי האפשרויות הכירורגיות, הסיכוי אינו עולה על 5-15% של הצלחה בניתוח עצמו,⁹ וגם אחרי הניתוח קיימים ספקות בקשר להתפתחות תקינה של התינוק. ניתוחים כאלו אינם מתבצעים בארץ, מה שיחייב את המשפחה להיכנס לחובות עצומים, ואולי אף למכור את דירתם. בנוסף, אחד ההורים או שניהם יצטרכו להיפרד מילדיהם הנותרים לתקופת זמן ממושכת, דבר שכשלעצמו עלול לגרום לבעיות קשות, נפשיות ומשפחתיות.

5. Gandelman R., Rosental C.: Deleterious effects of prenatal prednisolone exposure upon morphological and behavioral development of mice. *Teratology* 24: 293' 1989.

6. during Berglund F., Flod H., Lundborg P., Prama B., Sannersted R.: Drug use pregnancy and breast feeding. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 126: 1984.

7. Beitins I. Z., Bayard F., Ances I. G. et al.: The transplacental passage of prednisone and prednisolone in pregnancy near term. *Pediatric* 81:936, 1972.

8. דבירי א., לוינסקי ל. ולוי מ.: השתלת לב כטיפול בתסמונת תת-התפתחות של חדר שמאל. הרפואה 114 : 621, 1988.

9. המספרים מתאימים ל-1987, בה אירע המקרה המתואר. כיום, השיטה הניתוחית המקובלת, היא ניתוח בשלבים, ולא השתלה, ומתקבלות תוצאות טובות יותר. ראה: Bailey L.L., Gungry S.R.: Hypoplastic Left Heart Syndrome. *Pediatric Clin. North America* 37(1). 1990.

בשתי הרוגמאות תוארו מקרים של תינוק, שכדי להצילו יש להקריב רבות: בחולה הראשונה סכנה לעוורון האם, ובחולה השניה – הרס כלכלי ואולי אף נזק נפשי למשפחה כולה.

עקרונית, יש לעשות כל מאמץ על מנת להציל כל יצור אנושי. בדרך כלל מקובל ש"מי שאין לו בנים חשוב כמת",¹⁰ ולכן יש לעשות הכל כדי לאפשר לכל זוג להוליד, ואף במחיר של כניסה לספק סכנה לשם כך. כל אם מודעת לסכנה הקיימת בלידה, ואף גברים מוכנים, בדרך כלל, לעבור בריקות שונות כדי להגשים את אבהותם. במקרים פתולוגיים נעשים מאמצים גדולים, עד כדי הקפאת זרע לשימור, על מנת לאפשר הורות לגברים החייבים לעבור הקרנות לנגעים סרטניים, וכמו כן טיפולים מיוחדים לנשים הסובלות ממחלות קשות (מחלות כבד,¹¹ כליות,¹² לב,¹³ מחלות אוטו-אימוניות¹⁴ או סרטן¹⁵). אפילו לאחר השתלות כליות¹⁶ או כבד¹⁷ נעשים מאמצים לאפשר הריון. אך, כשלבני הזוג יש כבר ילדים, ובעיקר כשכבר קיימו מצוות "פרו ורבו" ויש להם לפחות בן ובת, האם עדיין יש לעשות את כל המאמצים כדי להוליד או לקיים ילד נוסף?

במקרה הראשון שתואר, הדבר עלול להיות כרוך בעיורון של האם. ניתן לשער שאשה תהיה מוכנה להיכנס לספק סכנה של עיורון כדי להיות אם, אך במקרה המתואר לעיל הרי כבר עתה היא אם, וסיכויים טובים לה בעתיד ללדת עוד ילדים בלא שיהיה כרוך בזה כל סיכון מיוחד. האם גם כאן יש מקום להיכנס לספק סכנת עיורון?

10. נדרים סד:

11. הלוי י.: הריון בחולות במחלת כבד כרונית, הרפואה 119: 456, 1990.

12. מרגלית א., פינס ע.: הריון במחלות כליות כרוניות: סיכוי וסיכון. הרפואה 80: 100, 1986.

13. Heart disease during pregnancy. *Clinical Obstetr. & Gynecol.* 32:1' 1989.

14. פיורה ב., שינפלד י.: מחלות אוטואימוניות בהריון. הרפואה 85:111, 1986.

15. פיורה ב. גלסרמן מ.: שאתות ממאירות בהריון. הרפואה 20:113, 1987.

16. בר י., הוד מ., פרידמן ש., עובדיה י.: הריון בנשים מושתלות כליות. הרפואה 30:120, 1991.

17. Myers R. L., Schmid R.: Children after liver transplantations. *Transplantation* 29:432. 1980.

המקרה השני שתואר הינו בוודאי קשה יותר, כי הילוד כבר חי. אין ספק, שלו תינוק זה היה הסיכוי היחיד של זוג זה לזרע חי וקיים, לא היה נחסך כל מאמץ כדי לגתחו, אפילו אם הסיכויים לכך היו מועטים ביותר. אך במקרה זה, כשיש להם ילדים אחרים והסיכוי לילדים בריאים נוספים בעתיד הוא גדול, האם קיים חיוב להוצאה כספית המביאה לידי התרוששות או שמא אפשר להסתפק ב"שב ואל תעשה"?

לסיכום, למרות שהמושג "התינוק היקר" דורש זהירות מרובה מאד, נראה, לכאורה, שיש מצבים בהם הוא נכנס כגורם במערכת השיקולים הסבוכה בעת קבלת החלטות קשות. המדובר במקרים בהם בעבר היו לזוג קשיים רבים בפריון (אי כניסה להריון או הפלות חוזרות וכדומה) וההריון הנוכחי הושג במאמצים גדולים כהזרעה מלאכותית או הפריית מבחנה, וכן, במקרים בהם הסיכוי ללדת בעתיד הוא קטן, בגלל גיל מבוגר של ההורים או פטירת אחד מהם לפני הלידה או במהלכה. במקרים אלו, הנכונות להיכנס לסכנה או להשקיע משאבים מעל ומעבר למתחייב על פי ההלכה הינה גדולה יותר מאשר בדרך כלל, כשהשיקול המנחה הוא האפשרות החרפעמית של זוג זה להיות להורים.