

חשש הפלה בעקבות התקן תוך-רחמי, ושימוש בגלולות אצל נשים מבוגרות

הרב יואל קטן
ד"ר חנה קטן

לכבוד העורך,

א. הפלה בעקבות הת"ר

בגליון אסיא האחרון התפרסם מאמרו החשוב של הרב ד"ר הלפרין על הרקע הרפואי וההלכתי של בעיית הדימום מחמת התקן תוך-רחמי (הת"ר)¹. צוטט שם בהדגשה (מתוך ספרם של פרופ' י' שנקר וד"ר א' אלחלל), שאין ההת"ר גורם להפלה². הקורא עלול להבין בטעות כי לא רק שהפלה איננה מהווה גורם ממשי לדימום בין-וסתי אצל אישה עם הת"ר כפי שנדון שם, אלא שגם לגבי עצם היתר השימוש בהת"ר למניעת הריון אין בעיה הלכתית מיוחדת, אם באמת אין חשש הפלה לפני או אחרי השרשה. ברור לנו שלא לכך היתה הכוונה, ולכן נראה שיש מקום להרחיב בנקודה זו ולהבהירה.

במאמר נקבע שכמעט תמיד אין לחשוש לכך שדימום הנגרם בעת הימצאות ההת"ר בחלל הרחם נובע מהפלה³. הכוונה היא אך ורק שאין לחשוש שדימום בין-וסתי אצל אישה עם הת"ר נובע מהפלה. המאמר לא מתיימר לדון בשאלה ההלכתית האם מותר להשתמש בהת"ר או שמא אסור – כי פעילותו האנטטי-הריונית עלולה לכלול, מבחינה הלכתית, גרימת הפלה.

1. **אסיא** סג-סד [כסלו תשנ"ט] עמ' 138 ואילך; לעיל עמ' 224-229.
2. סוף עמ' 224 (ליד הע' 4); וסוף עמ' 227 (ליד העמ' 15), עם תוספת הסבר "שאין ההתקן גורם להפלה [מוקדמת מאד] כפי שחשבו בעבר".
3. הע' 4 שם מפנה לספר הלימוד 'פוריות האשה והגבר' בעריכת י' שנקר וא' אלחלל (ירושלים תשנ"ו), שבו לא מפורטים מקורות וראיות להנחה זו. (נראה לנו שכוונת מחברי הספר שאין ההת"ר גורם להפלת עוברונים מושרשים, ורק זה נקרא בלשונם 'הפלה'; וראה להלן).

אכן, על-פי הידוע לנו, אין אפשרות לשלול את האפשרות שההת"ר גורם למה שמוגדר בהלכה כהפלת העוברון, לפני או אחרי השתרשותו בדופן הרחם. בספרות הרפואית מקובלת אכן הדעה שמניעת ההריון על-ידי ההת"ר נובעת מעיכוב השרשת העוברון ברירית הרחם (ולא רק מעיכוב ההפרייה, כפי האפשרות הנוספת שהוזכרה במאמר), אולם קיימים עדיין ספיקות רבים לגבי עיתויה – האם לפני תחילת ההשרשה, בתחילת ההשרשה, או גם לאחריה⁴. מאחר והפוסקים החוששים שיש איסור גרם הפלה בשימוש בהת"ר אינם מפרידים, לדעתנו, בין הפלה לפני ההשרשה ולאחריה, הרי שגם אם מנגנון הפעולה של ההת"ר הינו רק מניעת השרשה, בכל זאת מניעה זו יכולה להיות מוגדרת כגרם הפלה, ולדעת הפוסקים הללו⁵ קיימת כאן בעיה הלכתית כבדת משקל.

לעצם השאלה על עיתוי אפשרי של הפלה מוקדמת כתוצאה מהת"ר, לפני השרשה, בתחילת השרשה, או גם לאחריה, להלן לקט מהספרות: בעבודה בה נמדדו רמות β HCG (הורמון המופרש לאחר ההשרשה של העובר ברחם) בשיטה בעלת רגישות מיוחדת, לא נמצאה עדות ממשית להשרשה בנוכחות הת"ר ברחם, זאת-אומרת שלא נמדד הורמון ה- β HCG⁶, ולכאורה ניתן היה להסיק שיתכן שההת"ר מנע את ההפרייה; אולם בעבודה אחרת בה נמדדו רמות ההורמונים β HCG ו-SPI-1 (הורמונים ספציפיים להריון המופיעים לאחר ההשרשה) דעת החוקרים נטתה לכך שיתכנו הריונות מושרשים שיופלו בעקבות נוכחות ההת"ר, למרות שהדבר יראה לאשה כדומים וסתי רגיל⁷. במחקרים שנעשו בחולדות ניצפה בפירוש שההת"ר מנע התפתחות של עוברים שכבר היו מושרשים ברחם⁸. בעבודה אחרת בה נמדדה

4. ראה:

- a. Toder V, Madanes A, Gleicher N, Immunologic aspects of IUD action, *Contraception* 1988;37,4:391-403.
- b. Wilcox AJ, Weinberg CR, Armstrong EG, Canfield RE, Urinary human chorionic gonadotropin among intrauterine device users: detection with a highly specific and sensitive assay, *Fertil Steril* 1987;47,2:265-9.
- c. Bo WJ, Krueger WA, Bartley CM, The effect of ligation or separation between the intrauterine device horn and adjacent ovary on implantation in the hamster, *Fertil Steril* 1978;29,3:351-3.

5. שו"ת תשובות והנהגות לר"מ שטרנבוך ח"א סי' תקח ס"ק מט, וח"ב סי' תלז; בשו"ת שבט הלוי ח"ג סי' קעט.

6. מקור b בהערה 4.

7. ראה:

Tamsen I, Eneroth P, Serum levels of pregnancy-specific beta 1-glycoprotein (SP1) and human chorionic gonadotropin (beta-hCG) in women using an intrauterine device, *Contraception* 1986;33,5:497-501.

8. ראה:

- a. Tang DC, Wu XR, Zhao BR, Liu YX, Li Y, Influence of naproxen on uterine PGF2 alpha and the antifertility effect of IUDs in rats, *Eicosanoids* 1989;2,1:47-9.

ההפרייה לפי יחידות זמן לאחר ביצוע הזרעה מלאכותית בארנבות נושאות הת"ר, ניצפה שלאחר 120 שעות הייתה דגנרציה מסויימת של העוברונים המושרשים, לאחר 144 שעות כמעט שלא נותרו יותר עוברונים, ולאחר 192 שעות ניצפה חסר כמעט גמור של השרשות. במחקר אחר נמדדו אצל נשים שהשתמשו בהת"ר רמות ה-EPF, חלבון המופיע בתקופה מוקדמת של ההריון, ונמצאו רמות גבוהות שלו בימים 6-8 לאחר ההפרייה בתקופה הלוטאלית⁹, שחלפו מאוחר יותר¹⁰. בעבודה אחרת נאספו עוברונים מתוך חצוצרות ורחמים של עכברות נושאות הת"ר בפרקי זמן שונים אחרי הביוץ, ונמצא שלאחר 48 שעות היה מספרם מתאים למצופה, אך בשלב היווצרות המורולה (צבר תאים, השלב המוקדם של העוברון, לפני הגעתו לרחם) לאחר כ-60-66 שעות – המספר ירד, ובשלב הבלסטוציסט (צבר התאים בתקופת שהותו בחלל הרחם ועד ההשרשה), לאחר 72 שעות, ירד המספר עוד יותר¹¹. מסקנתם של החוקרים בעבודה שהוזכרה לעיל¹² היתה שאמנם רוב פעולתו של ההת"ר הוא כנראה בהשפעה על הגמטות כך שנוצרים פחות עוברים בחצוצרות, אך עדיין קיימת אפשרות מסויימת של הפלת עוברונים.

מכל האמור נראה שמוקדם עדיין לקבוע שאין בעצם השימוש בהת"ר חשש להפלת העוברון, יתכן שאף לאחר השרשתו. אך נכון הוא שהסיכוי שדימום בין-וסתי הנמצא עתה לפנינו אצל אשה נושאת הת"ר נובע מהפלה מוקדמת – קטן ביותר ולעיתים גם בלתי אפשרי¹³, כפי שהוסבר במאמר הנדון.

כאמור, הפוסקים החוששים ששימוש בהת"ר כרוך באיסור גרם הפלה¹⁴ ולא רק באיסור מניעת הריון, אינם מפרידים בין הפלה לפני ההשרשה ואחריה. ארבעים יום מרגע ההפרייה הם ימי יצירת הוולד¹⁵, ועד לתום ארבעים הימים האלו הוא

b. Ortiz ME, Croxatto HB, Bardin CW, Mechanisms of action of intrauterine devices, *Obstet Gynecol Surv* 1996;51,12:s42-51.

9. השלב במעגל הוויסתי המגיע אחרי הביוץ. המעגל הוויסתי בנוי מארבעה שלבים: א. הווסת; ב. השלב הפוליקולרי – התפתחות הזקיק; ג. השלב הטרומ-ביוצי והביוצי; ד. השלב הלוטאלי.

10. ראה:

Smart YC, Fraser IS, Clancy RL, Roberts TK, Cripps AW, Early pregnancy factor as a monitor for fertilization in women wearing intrauterine devices, *Fertil Steril* 1982;37,2:201-4.

11. ראה:

Hurst PR, Jefferies K, Dawson KJ, Eckstein P, In-vitro development of preimplantation embryos recovered from IUD-bearing mice, *J Reprod Fertil* 1978; 54,2:413-7.

12. הע' 8, מקור b.

13. כגון באישה שאינה מצליחה לטבול מחמת דמם נמשך, או בחמשת הימים הראשונים אחרי הטבילה, שאין בהם בכדי שהביצית המופרית תגיע לרחם ותושרש.

14. הע' 5 לעיל.

15. ברכות ס, א, נידה ל, א ועוד. זו בדיוק התקופה שבה עיקר התפתחות אברי הגוף החיצוניים גם לפי המקובל בספרות הרפואית ראה למשל באנציקלופדיה הלכתית רפואית מאת פרופ' אברהם שטינברג כך ה עמודה 96 ואילך בערך 'עבר'.

נחשב כ'מיא בעלמא'¹⁶. לא מצאנו בספרות הפוסקים חלוקה בעלת משמעות הלכתית בתוך התקופה הזו¹⁷, בלי להיכנס כלל למחלוקת הידועה בעניין רמת האיסור שיש בהפלת עובר בתוך תקופה זו ולאחריה¹⁸; ולכן לעניין זה לכאורה אין הבדל כלל אם פעולת ההת"ר בעיכוב השתרשות העובר מתבצעת לפני תחילת ההשרשה או אחריה. אומנם לגופו של עניין – ההת"ר נחשב על-ידי רוב הפוסקים כאחד מאמצעי המניעה המועדפים (לדעת רובם – לאחר הגלולות) לאשה שהותר לה לדחות או למנוע הריון, בין השאר מפני שההת"ר המעכב את התפתחות ההריון נמצא ברחם עוד לפני שהגיע אליו העובר, וברוב המקרים אפילו לפני ההפרייה, כך שמראש היה זה הריון שאינו בר-קיום כלל; אך אכמ"ל¹⁹.

ב. שימוש בגלולות אצל נשים מבוגרות

בתוך הדברים נכתב²⁰ שמבחינה רפואית יש עדיפות להת"ר על נטילת גלולות למניעת הריון אצל נשים מבוגרות. נראה לנו שכעת מקובל שאשה מבוגרת שאין לה הוריות-נגד לנטילת גלולות, כעישון, מחלת כבד כרונית ועוד, אין סיבה שלא תשתמש בגלולות, ולהיפך – פעמים רבות הגלולות מסדירות וסת לא-סדיר השכיח מאוד בגילים אלו, המתבטא בעיקר בקיצור ההפלגות בין ראייה לראייה ובהארכת הדמם הוסתי, וכן בהופעת דמם קדם-וסתי (כך שהשימוש בגלולות בתקופה זו אף תורם לחיי המשפחה). במקביל, השימוש בגלולות בגיל זה מונע את הופעת

16. יבמות סט, ב; נידה ל, א, ועוד.

17. אמנם ראה שבט הלוי ח"ה, מז, (הובא: נשמת אברהם, ח"ג, אבהע"ז, א,ה,3, ד"ה חילול) שאין מחללין שבת על עוברון במבחנה כי רובם לא מתקיימים. א"כ לכאורה ה"ה עובר ברחם לפני השרשה, שהרי גם ללא הת"ר, רובם אינם מתקיימים, ואכמ"ל. -- העורך.

[יתכן שהטעם המובא בשבט הלוי "כי רובם אינם מתקיימים" אינו הטעם העיקרי לאיסור חילול שבת להצלת העוברונים במבחנה, והטעם העיקרי הוא שהם אינם שוהים במקום גידולם הטבעי. ספק זה הובא לפני בית דינו של הרב ווזנר שליט"א, אך עד מסירת החוברת לדפוס (ע"ה תש"ס) לא נתקבלה תשובתו.

18. ראה בהרחבה בערך 'הפלה' באנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ב עמודה 74 ואילך.

19. וראה מ"ש באסיא חו' נג-נד (תשנ"ד) עמ' 119. וראה מ"ש הר"ש אבינר בספר אסיא (כרך ד עמ' 172) ש'לרוב הפוסקים בשלבים כ"כ מוקדמים אין איסור הפלה, וצ"ע. וראה בשו"ת אגרות משה אה"ע ח"ג סי' כא שסמך על רופא שאמר לו שאחת ממאה שמתעברת כשהיא נושאת הת"ר 'אינו עיבור הקיים, אלא שאפשר שבתוך הטבעת [=ההת"ר] נעשה עיבור ונחנק [העוברון] שם כשמתחיל ליגדל קצת, שזה עושה שאלה אם יש איסור משום הריגת עוברים, אבל הוא חשש רחוק טובא שאולי אין לחוש לזה'; וצ"ע אם כוונת הגרמ"פ שמבחינת המציאות הוא חשש רחוק שתתעבר במקרה זה (אך אם בכל זאת תתעבר אזי בהפלתו עוברים על איסור ש"ד של הפלה), או שגם אם תתעבר, החשש לקיום איסור רציחה בכה"ג הוא רחוק מבחינה הלכתית. [לכך נוטה דעת הר"ש רפפורט שליט"א חתן חתנו של הגרמ"פ ועורך אגרות-משה ח"ח]. ועיי"ש בדברי הגרמ"פ שהעיבור נעשה 'בתוך הטבעת', והוא ממשיך וכותב ש'להתעבר ברחם גופה א"א משום שהנענוע משליך משם' ולכן אם יהיה עיבור הוא ייעשה 'בתוך הטבעת'; וצ"ע מה כוונתו.

20. אסיא סג-סד שם, בתחילת עמ' 139; לעיל תחילת עמ' 225.

התסמונת הקדם-וסתית, המתבטאת בתפיחות, דיכאון ועצבנות, ועוד תופעות רבות המחמירות והולכות לקראת גיל הבלות. היום אף מקובל במקומות רבים להמליץ לנשים מבוגרות ליטול גלולות למניעת הריון עד הגיען לגיל חמישים ולאחר מכן להציע להן טיפול הורמונלי תחליפי, כך שנשים רבות עשויות שלא לחוש כלל בתופעות הלא-נעימות המלוות את רוב הנשים במעבר לגיל הבלות.

ד"ר חנה קטן, הרב יואל קטן

תשובת העורך

אני שמח על הסכמתם של הרב יואל וד"ר חנה קטן לעיקר אותו הדגשתי במאמר הנדון, שאין לחשוש לכך שדימום בין-וסתי אצל אישה נושאת הת"ר נובע מהפלה מוקדמת, משום שהסיכוי לכך זניח ולעיתים אף בלתי אפשרי לחלוטין (הע' 14 במכתבם). מטרת המאמר היתה להביא נתון זה לידיעת הפוסקים שמימיהם אנו שותים, עקב המשמעות ההלכתית שלו, שלפעמים היא בעלת חשיבות עליונה לחיי המשפחה.

במאמר לא דנתי כלל בשאלת מעמדו ההלכתי של ההת"ר כאמצעי מניעה, והדיון המועלה במכתבם החשוב של הרב וד"ר קטן יחד עם תגובתו של ד"ר אורי לוי המובאת להלן, תורמים תרומה להבנה יסודית יותר של הנושא. ראה עוד בנשמת אברהם (מהדו"ק), כרך ג, אבהע"ז, ה, יג; ובאנציקלופדיה הלכתית רפואית (מהדו"ק), כרך ד, ערך: מניעת הריון.

לגבי הויכוח על הבטיחות הרפואית של השימוש בגלולות, במיוחד אצל נשים מבוגרות – הקוראים מופנים לתגובתו של ד"ר אורי לוי, המובאת להלן, תגובה שהיא חיונית לאיזון החסר, לעיתים, בויכוח רגיש זה, ולהערת הסיכום שבעקבותיו.

* * * * *

דימום מחמת התקן תוך-רחמי

תגובת ד"ר אורי לוי למכתבם של הרב יואל קטן וד"ר חנה קטן¹

לכבוד העורך,

תגובתי למכתבם של הרב וד"ר קטן היא בשני נושאים:

האם ההתקן אכן גורם להפלה מוקדמת?

האם השימוש בגלולות אצל נשים מבוגרות הוא באמת בטוח?

א. ככלל, הת"ר לא גורם להפלה מוקדמת

בעמ' 234 הם כותבים:

"בספרות הרפואית מקובלת אכן הדעה שמניעת הריון על ידי הת"ר נובעת מעיכוב השרשת העוברון ברירת הרחם (ולא רק מעיכוב ההפרייה, כפי האפשרות הנוספת שהוזכרה במאמר)".

בעמ' 235 הם מוסיפים:

"אולם בעבודה אחרת בה נמדדו רמות הורמונים β HCG ו-SPI (הורמונים ספציפיים להריון המופיעים לאחר ההשרשה) **דעת החוקרים נסתה לכך שיתכנו** הריונות מושרשים שיופלו בעקבות נוכחות הת"ר, למרות שהדבר יראה לאשה כדימום וסתי רגיל".

ובהמשך מצוטט שם מחקר נוסף:

"בעבודה דומה נצפה שב-12-19% מהנשים הופיע β HCG חיובי בשלב מוקדם של השלב הלוטאלי ונעלם אח"כ, זאת אומרת שהיתה הפריה ואח"כ דגנרציה של העוברון".

ומסיקים לעיל בעמ' 236 מעבודות אלה ואחרות על בעלי חיים:

"מכל האמור נראה שמוקדם עדיין לקבוע שאין בעצם השמוש בהת"ר חשש להפלת העוברון, יתכן שאף לאחר השרשתו".

1. לעיל. מכתבם הוכן כתגובה למאמרו של הרב ד"ר מרדכי הלפרין, דימום מחמת התקן תוך-רחמי, שהובא לעיל, מאמר הדן במהות דם הנגרם על ידי התקן תוך-רחמי. נטען בו כי הדימום אצל נשים עם התקן תוך-רחמי איננו נובע מהפלה מוקדמת.

לאור המידע הרפואי העדכני שבידינו, נראה לי כי השקולים הנ"ל היו נכונים על פי מה שהיה מקובל לפני למעלה מעשרים שנה, אם כי ציטוטים של דעה זו מופיעים לעיתים גם מאוחר יותר. לתקופה זו לדעתי יש ליחס את הדעה הרפואית המובאת לעיל עמ' 234: "בספרות הרפואית מקובלת הדעה שמניעת הריון על ידי ההת"ר נובעת מעיכוב השרשת העוברון ברירת".

לעומת ממצאי המחקרים שמצטטים במכתבם, הוכח בשנים האחרונות שהתקנים המכילים נחושת מונעים הריון על ידי מניעת ההפריה. על כך כותב פרופסור ג'ון גילבוד, אחד מגדולי המומחים לתכנון משפחה ובריאות הילודה בשנת 1998:

"במחקרים לא מוצאים, כמעט אף פעם, ביציות מופרות בדרכי המין של המשתמשות בהתקני נחושת, מכאן שהם חייבים לפעול בעיקר על ידי מניעת ההפריה. יעילותם, כשהוחדרו לאחר יחסי אישות, מעידה שהם יכולים גם לחסום השרשה. אולם, זה נראה בעיקר כמנגנון גיבוי כאשר ההתקנים נמצאים ברחם זמן ממושך"³.

נוסף על כך, במאמר מקיף בכתב עת מהחשובים ביותר בנושא פוריות, התפרסמה, ב-1997, סקירה על יעילות ההתקנים ונחותם, בה נאמר:

"התקני הנחושת מונעים הפרייה בעיקר על ידי יצירת סביבה תוך-רחמית קוטלת זרע. תגובת גוף זר של רירית הרחם, דלקת סטרילית, מונעים מזרעונים חיים להגיע לחצוצרות. מחקרים בהם השתמשו בבדיקות רגישות ל-hCG אצל משתמשות בהתקנים מצאו הפרייה בפחות מ-1% של מחזורי הווסת של המשתמשות בהתקנים, כלומר ההתקן אינו גורם להפלה"⁴.

לסכום, הדעה המקובלת כיום היא שהתקני הנחושת פועלים ב-99% על ידי מניעת הפרייה ורק כמנגנון גיבוי, במקרים הבודדים של הפרייה, ההתקנים מונעים את ההשרשה. לכן, לכאורה, אין לראות בהם גורם הפלה.

3. "In studies, fertilized ova are almost never retrievable from the genital tract of copper IUD users, hence they must operate mainly by preventing fertilization. The effectiveness when put post-coitally indicates that they can also act to block implantation. However, this seems to be primarily a back-up mechanism when devices are in situ long term." John Guillebaud, *Contraception Today*, edited by Martin Dunitz, 3rd rev. ed. (1998), p. 64.
4. "Copper IUDs prevent fertilization primarily by creating an intra-uterine environment that is spermicidal. A foreign body reaction of the endometrium, a sterile inflammation, prevents viable sperm reaching the fallopian tubes. Ovulation is not affected. Studies in using sensitive assays for hCG in IUD users have observed fertilization to occur in less than 1% of menstrual cycles in IUD users, indicating that the IUD is not an abortifacient." A. M. Kaunitz, "Reappearance of the Intrauterine Device," *International Journal of Fertility* 42, no. 2 (1997): 121.

למען השלמות ראוי להזכיר שבמקרים הבודדים, בהם יש הריון למרות הת"ר עם נחושת, יש הוראה רפואית להוציא את ההתקן בהקדם האפשרי, ואז ברוב המקרים, ימשך ההריון ללא פגיעה בעובר. אם לא יוצא ההתקן, עלולה להגרם לידה מוקדמת, או הפלה בשליש השני של ההריון.

אינני רב, אך לומד אני את ההבט ההלכתי, הלכה למעשה, שנים רבות. נמצאתי בעבר ואני נמצא כיום בקשר עם פוסקים חשובים. הגרש"ז אויערבאך זצ"ל אמר לי, בשיחה על ההבט ההלכתי של התקן תוך-רחמי, שידוע לו שיש מתנגדים לשמוש בהתקן בטענה שהוא גורם להפלה, אך הוא סבור שאין לראות בהתקן גורם להפלה!⁵

ב. בטיחות השימוש בגלולות

במכתבם, עמ' 237, נכתב כי לשימוש בגלולות למניעת הריון יש השפעות חיוביות רבות גם בנשים מבוגרות.

נכון הדבר, אולם בדברי ימי הרפואה יש הרבה דיווחים על טיפולים שנחשבו טובים במשך שנים, והתברר שגרמו נזקים חמורים ומיותרים. גם לגבי השימוש בהורמונים בכלל, ובגיל מבוגר בפרט, סברו שאין לחשוש מנזקים, אולם יש כבר מידע מבוסס על הגדלה משמעותית של סיכון לסרטן השד וסרטנים אחרים, על עליה בסיכון לקרישי דם ועוד, ועדיין לא ידוע מה יתגלה בעתיד. לכן, בטרם נתייחס לשימוש בגלולות בגיל מבוגר, כדאי לדון בסיכון שיש בשימוש בהורמונים בכלל, גם לנשים צעירות, ולמבוגרות בפרט.

5. ראה נשמת אברהם, כרך ג', חו"מ, תכה, א, 20: "ניתן היום למנוע הריון אחרי תשמיש ע"י כדורים או הכנסת מתקן תוך-רחמי, וניתן לעשות זאת בהצלחה ברוב המקרים עד 72-שעות אחרי התשמיש. מסתבר שבמקרה אונס יהיה מותר לנקוט באחד מהדרכים האלו, כי אין מדובר כאן על הפלה אלא על השחתת זרע דהיינו מניעת השתרשות הביצית לתוך הרחם (ההדגשה שלי, מ.ה.), והסכים אתי הגרש"ז אויערבאך (שליט"א) [זצ"ל]."

אמנם גם אם אין איסור הפלה בשימוש בהת"ר, עדיין יש מקום לדון בשאלת הקדימה – בהנחה שאין הבדל בסיכונים הרפואיים, מה עדיף, גלולה או הת"ר? ב"נשמת אברהם" כרך ב, אהע"ז, ה, יג, 2, מביא את דעת ה"ציץ אליעזר" להעדיף גלולה על פני הת"ר. להפתעתי לא מצאתי שם את דעתו של הגרש"ז א בנדון, וצ"ע. אמנם הרב שמואל פירסט (דיין ומר"צ אגו"י בשיקגו) שמע מהגרש"ז א בחורף תשמ"ב שסדר הדברים שהוא מתיר למניעת הריון כך הוא: א) גלולות, "ואמר הטעם שהוא יותר פשוט כיון שנוטלה ע"י פיו"; ב) התקן תוך רחמי, "ואמר הטעם שאין בו שאלה של חציצות ולא משום השחתת זרע"; ג) דיאפרגמה, "ואמר שאין בו איסור של השחתת זרע", כי הדיאפרגמה נמצאת יותר בפנים ורק מונעת מהזרע להכנס לרחם; ד) משחה, שהוא יותר גרוע מדיאפרגמה "כיון דזה ממש משחית זרע". אוסיף כי מחברו הדגול של ה"נשמת-אברהם" אמר לי לאחרונה, כי אף הוא שמע מהגרש"ז א כי בתנאים רפואיים שווים יש להקדים גלולות להת"ר. עם סגירת הגליון חזו עיני כת"י של הגרש"ז א משנת תשל"ב המתיר הת"ר, ומוסיף שם "אך אם אפשר ע"י גלולות דרך הפה הרי זה עדיף טפ"י". המכתבים יפורסמו א"ה באסיא הבא. -- העורך.

הגלולה היא אמצעי מניעה בטוח, אך יש לדון ביתרונותיה לעומת חסרונותיה, נדון גם ביתרונות וחסרונות ההתקן התוך-רחמי ואז תובן עדיפות ההתקן על הגלולה מבחינת הבריאות ואף מבחינת יעילותו במניעת הריון.

יתרונות הגלולה:

אם נלקחת הגלולה למניעת הריון לפי ההוראות, היא יעילה מאד. תאורטית, רק אישה אחת מכל כ-200 נשים המשתמשות בה במשך שנה, תהרה. אולם, למעשה, תהרינה 1-2 (ואף יותר, לפי מחקרים אחרים) מכל 100 משתמשות במשך שנה, כי לא כל הנשים משתמשות בגלולה לפי ההוראות. למשל: אינן לוקחות באופן סדיר את הגלולה, או לוקחות בזמן הפרעות עיכול שמעכבות או אף מונעות את ספיגתה או נוטלות את הגלולה יחד עם תרופות מסוימות שעלולות למעט את יעילותה. במצבים אלה מחייבות ההוראות להשתמש באמצעי מניעה נוסף לזמן מוגבל, ואם אין הנשים מקפידות על כך, הן עלולות להרות.

בין היתרונות הבריאותיים של הגלולה, נוהגים להדגיש במיוחד שהשימוש בגלולה מוריד את סיכון סרטן רירית הרחם והשחלות בכ-50% ויותר. כמו כן, השימוש בגלולה ממעט דימום וסת, לעתים מקל את התסמונת הקדם-וסתית, מפחית כאבים בוסת, מסדיר את המחזור, מוריד סיכון הריון מחוץ לרחם, מעלה צמיגות ריר צוואר-הרחם וממעט חדירת חיידקים לתוך הרחם. הגלולות המכילות עודף הורמון נשיי משפיעות לטובה על הפרשות שומניות בייחוד בעור הפנים, ומונעות או מקילות פצעי בגרות ובולמות שיעור יתר.

אולם יש לגלולה חסרונות ואף סיכונים, אמנה את העיקריים:

הגלולה מגבירה סכנה לקרישי דם בכל הגילים. סיכון זה עולה עם הגיל, ובמיוחד אם האישה מעשנת והיא מעל גיל 35. אך גם לנשים צעירות ואף לא מעשנות, הסיכון עולה אם יש להן מיגרנה מוקדית, למשל, או נטיה תורשתית לקרישת דם מוגברת. קרישי דם אלה יכולים לגרום לבעיות בריאות חמורות, לשיתוק או אף למוות. ואכן השימוש בגלולה גורם לתחלואה ותמותה הרבה יותר מאשר ההתקן התוך-רחמי.

השימוש בגלולות רבות מעלה בהדרגה את לחץ הדם, וגם אם רק 1% מהמשתמשות תגענה לטווח יתר-לחץ-דם, הדבר מוכיח על פגיעה בגמישות העורקים. השימוש בגלולה דורש ידע וזהירות מרביים כשמדובר בנשים עם מחלת לב ו/או כלי דם, ביחוד אם הן גם מעשנות, כי הן עלולות ללקות בקריש דם ו/או בהתקף לב.

גם ללא נטילת גלולות קיימת תופעה של דיכאון אחר לידה. מצב זה מעיק מאד ויכול להביא את האישה לפגיעה בתינוק ואף לאבד עצמה לדעת. בינואר 1999 הגיע למערכת העיתון החשוב: British Journal of Family Planning מכתב מרופאה פסיכיאטרית באנגליה, שעוסקת 20 שנה בדיכאון שלאחר לידה. ניתוח סטטיסטי של

הגורמים למצב זה ב-1553 נשים שהיו בטיפולה, מצביע על עליה משמעותית בסיכון לדיכאון שלאחר הלידה ואף פסיכוזה שלאחר לידה (חמורה יותר מדיכאון שלאחר לידה), כתוצאה של מניעת הריון הורמונלית בגלולות או זריקות וכדומה, במשך 4 שנים או יותר. אין להסיק מכך ששימוש בגלולה פחות מארבע שנים אינו משפיע רגשית על האישה, סביר שהשפעה זו קימת במידה פחותה יותר, אלא שקשה יותר להוכיחה. זה סיכון חמור הכרוך במניעה ההורמונלית. כיום סובלות מדיכאון שאחר לידה 10-20% מהנשים.

יש לגלולה גם השפעה רגשית נוספת שאין לזלזל בה:

עם השנויים ההורמונליים הגורמים לביוץ החודשי, עולה כמיהת האישה לבן זוגה, ולכך חשיבות בקשר הגופני-רגשי בין בני הזוג. הורמוני הגלולה דומים להורמוני ההריון, וכמותם מבטלים את הביוץ החודשי ואת העליה במשיכה הגופנית, כמו במשך ההריון. חלק מהנשים אינן מוכנות להשתמש בגלולה מסיבה זו בלבד.

כמו בהריון, גורמים הורמוני הגלולה, לחלק מהנשים, כתמים כהים בפנים, אלא שכתמי ההריון נעלמים בדרך כלל לאחר ההריון, בעוד שכתמי הגלולה מתמידים יותר, ויש בכך לקוי אסתטי המפריע במידה ניכרת לנשים. כן גורמים הורמונליים אלה, בחלק ניכר של הנשים, לשנויים בצואר הרחם מבחוץ, (ectopy) שלעיתים קוראים להם 'פצע'. אין זה פצע, אך הצואר עלול לדמם בזמן בדיקת טהרה או ביחסי אישות ואף ללא גרויים אלה. דם זה לא בא מהרחם, אלא מחוץ לרחם ואין חולק שהוא טהור. אך למרות זאת גורם הדבר אי נעימות רבה לנשים הסובלות מתופעה זו. תופעה דומה קיימת גם בהריון, אך לא רצוי להתמידה על ידי לקיחת גלולות.

הגלולה מעלה במקצת סכנה לסרטן צואר-הרחם גם בלא קשר להתנהגות המינית, ומעלה במקצת סכנה לגידול-שפיר בכבד שיכול לגרום לדימום מסוכן, ואשר לעתים רחוקות עלול גם להיות ממאיר.

אשר לסרטן השד, במשך שנים נטען שאין הגלולה משפיעה על שכיחות סרטן השד. וזאת בלחץ אדיר של החברות המייצרות את הגלולות, ואין כאן המקום לפרט. במחקר המקיף ביותר על הקשר בין הגלולה וסרטן השד שהתפרסם ב-1996 וכלל 25 ארצות, 53,000 נשים עם סרטן השד ו-100,000 נשים ללא סרטן השד כקבוצת בקורת, נמצא שכעבור כשנה של שימוש בגלולה, עולה הסיכון לסרטן השד ב-24% ללא קשר למינון הגלולה, כאשר לאחר הפסקת השימוש יורדת תוספת הסיכון לגמרי רק אחרי עשר שנים⁶. **ממצאי מחקר זה מיצגים את הדעה המקובלת ביותר**

6. Collaborative group on hormonal factors in breast cancer, "Breast Cancer and Hormonal Contraceptives: Collaborative Re-analysis of Individual Data on 53,297 Women with Breast Cancer and 100,139 Women without Breast Cancer from 54 Epidemiological Studies," *Lancet* 347 (1996): 1713-27.

היום בעולם הרפואי על הקשר בין הגלולה המשולבת (המכילה שני הורמונים, שהיא הגלולה הרגילה) לבין היארעות סרטן השד.

לעומת זאת יש טוענים שאין לחשוש מעליה של 24% בסיכון לסרטן השד, שכן רוב הנשים הנוטלות גלולות הן מתחת גיל 35 שנה, ועד גיל זה הסכון לסרטן השד נע בין 2 ל-3 מקרים ל-1000 כך שעליה של 24% תעלה את הסיכון בפחות מ-1 ל-1000 וזה, "סיכון סביר" נוכח יתרונות הגלולה. אולם ברור שאם יש אמצעי מניעה יותר בטוח מהגלולה והרבה פחות מסוכן ממנה, אין כל הגיון להשתמש דווקא בה.

עם עליית גיל האשה, עולים הסיכונים שבגלולה לקרישי דם, לבעיות לב וכלי דם ובמיוחד עולה סכנת סרטן השד, ואז, תוספת של 24% נעשית יותר ויותר משמעותית.

במדינת ישראל לוקה בסרטן השד אחת מ-8 נשים יהודיות ושכיחותו הולכת ועולה. אך רק אחת מ-50 נשים ערביות בארץ לוקה בסרטן השד. יש לכך כמובן גם סיבות תורשתיות כדוגמת המוטציות בגן BRCA1 ו-BRCA2 המצויות בשכיחות רבה יותר אצל נשים יהודיות. אך למיעוט סרטן השד באוכלוסיות אלו יש גם סבות נוספות על הגורמים התורשתיים: הן יולדות בגיל צעיר יותר, מיניקות זמן רב, וממעטות להשתמש בגלולה למניעת הריון. גם בארה"ב לוקה אחת מ-8 נשים בסרטן השד, בעוד שביפן רק אחת מ-50. סביר לתלות זאת, לפחות חלקית, באיסור על השימוש בגלולה שהיה ביפן עד לשנים האחרונות.

העובדה שבין לא יהודיות בארץ, הממעטות להשתמש בגלולה, ובין יפניות, שלא השתמשו בגלולה, פגע סרטן השד, רק באחת מ-50 נשים, לעומת אחת מ-8 נשים יהודיות בארץ וכן בנשים אמריקאיות, מטילה צל כבד על הגלולה גם בלא המחקרים.

הרמב"ם, שעקרונותיו ברפואה תקפים גם היום, כתב שעל הרופא להשתדל **לתמוך** בטבע ולהימנע ככל האפשר **מלהתערב** בטבע. העובדה שהשימוש בגלולה מעלה את סיכון סרטן השד ב-24% מוכיחה שהגלולה גורמת להתערבות עמוקה בטבע, וחיזוק לכך יש בתופעות הלווי האחרות שנזכרו, המוכיחות שהגלולה פועלת לא רק בשד, אלא גם ביתר חלקי גוף האישה, ומסכנות את בריאותה הגופנית והנפשית. זה המידע הקיים היום ואין לדעת אילו נזקים נוספים יתגלו בעתיד.

השאלה המתבקשת היא: מדוע אין הרופאים מדגישים כל זאת בפני הנשים? נראה לי שהסיבה העיקרית קשורה בתעמולת חברות התרופות אשר גורמת לנו שטיפת מוח ומחדירות בנו את הרושם שיתרונות הגלולה, בעיקר הורדת סיכון סרטן רירית הרחם והשחלות, יותר מאשר מפצות על סיכונה. אמנם יתכן שכך הוא המאזן לגבי נשים שלא ילדו, או שילדו ילד אחד במשך שנות הפוריות שלהן. אבל נשים שילדו 3-4 ילדים, ביחוד אם היניקו תקופה ממושכת, אינן זקוקות לגלולה רק לצורך הורדת הסיכון לסרטן רירית-הרחם ולסרטן השחלות, **כי ההריונות וההנקה עושים זאת** לא פחות טוב, ואולי יותר טוב, מהגלולה.

ג. נשים ברוכות ילדים

באוקטובר 1998 פניתי למורי פרופ' ג'ון גילבוד מאנגליה, מגדולי המומחים בעולם בענייני תכנון המשפחה, ושטחתי בפניו את הטענה הבאה:

נראה לי הגיוני להניח שבאישה שהיו לה 3-4 הריונות, בטווח של 8-10 שנים ירד הסיכון לסרטן רירית הרחם והשחלות לא פחות מאשר באישה הנוטלת גלולות ואשר יש לה הריון אחד או פחות בתקופת הפוריות.

תשובת פרופ' גילבוד היתה:

אני מסכים אתך ששלושה-ארבעה הריונות, ביחוד אם הם מלווים בהנקה ממושכת, תהיה להם אותה השפעה כמו נטילת הגלולה המשולבת במשך אותה תקופה, לגבי הפחתת הסיכון לסרטן רירית הרחם והשחלה.⁷

סביר שלהריונות והנקה יש השפעה חיובית גם ברוב שאר התחומים בהם מועיל השימוש בגלולה. נמצא שלגבי נשים היולדות 3-4 ילדים לפחות, בטל היתרון העיקרי של השימוש בגלולה (הגנה מפני סרטן רירית הרחם וסרטן השחלות), ונשארים בעיקר הנזקים, הן לגבי סרטן השד והן לגבי יתר תופעות הלווי. למרות שלגלולה גם יתרונות אחרים, כמפורט למעלה, הרי שלאור הסכנות, לפחות לגבי נשים ברוכות ילדים, עולים חסרונות הגלולה על יתרונותיה. וכידוע חמורה הסכנה מהאיסור.

האמור למעלה לגבי נשים צעירות תקף, ואף חמור יותר, לגבי נשים מבוגרות. לכן כשמדובר במניעת הריון, לא רצוי להשתמש בגלולות כי השימוש בהן כרוך בסיכונים רציניים העולים עם גיל המשתמשת.

לעומת מניעת הריון הורמונלית, הכרוכה בסיכונים הנזכרים, ואין יודע מה יתגלה בעתיד, קיימות שיטות מניעה שהן למעשה ללא סכונים. ולמרות שאין דיון זה עוסק במניעה בכלל, נראה לי חשוב להזכיר גם את הדיאפרגמה⁸, כי מציאותה הינה אפשרות נוספת להימנע משימוש בגלולות הורמונלים.

7. נוסח מכתבי בשפת המקור:

"It seems to me reasonable to suppose that a woman who had 3-4 pregnancies, spaced in 8-10 years, has her risk of endometrial and ovarian cancers reduced by the pregnancies, not less than a woman who takes the Pill but has only one pregnancy or less, during her reproductive life."

תשובת פרופ' גילבוד בשפת המקור:

"I would agree with you that having three to four pregnancies especially if combined with prolonged breast-feeding would have the same effect as the same duration of combined pill use, in regard to the reduction in risk of endometrial and ovarian cancer."

8. דיון מפורט על דעתו של הגרשז"א בסוגיית הדיאפרגמה יפורסם א"ה בחוברת הבאה של **אסיא**, ויכלול מכתבים של הגרשז"א שטרם ראו אור, יחד עם עדויות ממקור ראשון על עמדתו בנדון. ראה גם הע' 5 לעיל. -- העורך.

ד. מגמת השיבה לשימוש בהת"ר

באשר להתקן התוך-רחמי המכיל נחושת, כותב מורי הדגול פרופ' ג'ון גילבוד¹⁰:
 "חייבת להתרחש, בצדק, שיבה אמיתית ודרמטית אל השימוש בהתקן התוך-רחמי¹¹.
 ...מעט מדי נשים יודעות שהתקני הנחושת החדשים יותר בטוחים, למעשה,
 מהגלולה למניעת הריון, ולא פחות ממנה"¹².

ואכן יש כבר התקנים החדשים המכילים נחושת שהינם אמצעי אמין יותר מהגלולה, ולא פחות מקשירת חיצורות, למעשה ללא סכנות של ממש. מכיון שחמורה הסכנה מהאיסור, לדעתי יש להעדיפו על הגלולה, לא רק מבחינה רפואית אלא גם מבחינה הלכתית. כבר שנים רבות שבאירופה משמשים התקנים למניעת הריון גם לנשים שלא ילדו, כולל צעירות בגיל העשרה, ללא נזקים לפוריותן³.

בשנים האחרונות התברר כי בניגוד למה שהיה מקובל בעבר, אין נוכחות התקן ברחם מעלה את הסכנה לדלקת באגן הקטן (PID) ואין היא מעלה את סכנת ההריון חוץ לרחם, אלא מורידה אותו באופן משמעותי מאד. שהרי ההתקן מוריד מאד את שיעור ההפריות. כך כתב בנדון פרופסור גילבוד:

הסיכון להריון מחוץ לרחם אצל משתמשות בהתקן Cu T 380 ודומיו, מוערך כיום כ-0.02 לכל 100 שנות-אשה, וזה נמוך יותר מפי 60 מהערכת הסיכון בנשים שוודיות הפעילות מבחינה מינית והמבקשות להרות (1.2-1.6 ל-100 שנות-אשה)¹³.

נוסף על האמור אציין שהמידע המצטבר על הגלולה, מוסיף ידע על סכונה, בעוד שהמידע המצטבר על ההתקן מבטל מידע על סכנות שיוחסו לו בעבר. נמצא שגם לנשים צעירות ואף לאלה שטרם ילדו, וקל וחומר לנשים מבוגרות, עדיפים ההתקן או הדיאפרגמה על הגלולה.

בתקוה שהמידע שהובא כאן יסייע לרבנים ולרופאים להורות לנשים לבחור בטוב יותר,

ד"ר אורי לוי

מקור: ספר אסיא י' עמ' 234-246, 2007

10. John Guillebaud, M.A., F.R.C.S.E., F.R.C.O.G., M.F.F.P., Professor of Family Planning and Reproductive Health.
11. "There ought by rights to be a truly dramatic 'comeback' for intrauterine devices (IUDs) in the near future."
12. "...Too few women know that the latest copper IUDs are in practice more, not less, effective than the COC [combined oral contraceptive]." Guillebaud, *Contraception Today*, p. 63.
13. "The risk of ectopic pregnancy in users of the Cu T 380 and its clones is now estimated as 0.02/100 woman-years, which is 60 times lower than the estimated rate for sexually active Swedish women seeking pregnancy (1.2-1.6/100 woman-years)." Ibid., p. 72.