

26.91x33.91	31	עמוד 28	מקור ראשון - דיוקן	06/08/2010	23710830-4
817 - ר שיבא TEL HASHOMER SHEBA HOSPITAL - BUSINESS ONL					



גון לו היה לי

ריקרט | איור: שי צ'דקה

דומינגטי של מחלה, וצאצאיהם בסיכון של 50 אחוז לרשת את הגן הפגום; בני זוג ששניהם נשאים של גנים פגומים רצסיביים, כך שילדיהם בסיכון של 25 אחוז להיות חולים; או בני זוג שתבנית הכרומוזומים של ילדיהם עלולה להיות בלתי מאוזנת. מהשיטה עשויות להפיק תועלת גם נשים בגיל מתקדם, שסיכויי ההפלה אצלן גבוהים, או נשים עם היסטוריה של הפלות חוזרות.

בשיטת אבחון טרום ההרשה ניתן גם לקבוע באופן ודאי את מין העובר. כיום קיים היתר לבצע בחירה כזו בעיקר מסיבות רפואיות, כגון כאשר האם נושאת גן שאחראי להמופיליה, ורק צאצא ממין זכר עלול לרשת אותו ולחלות במחלה. ועדה מיוחדת במשרד הבריאות מוסמכת לאשר את בחירת מין היילוד במקרה כזה ובמספר מצומצם של מקרים נוספים.

באמצעות האבחון הגנטי המוקדם מצליחה הרפואה למנוע הורשת גנים פגומים שונים, הגורמים בין היתר לחירשות, גמדות, פיגור שכלי, המופיליה, טיי זקס, סיסטיק פיברוזיס וחלק ממקרי סרטן השד. מדינת ישראל היא בין היחידות בעולם שהכניסו את הטיפולים היקרים לסל הבריאות, והכול כדי לסייע לאמהות היהודיות לחבוק פרי בטן בריא ושלם.

"כאשר מתגלה סיכון ללדת צאצא עם ליקוי כרומוזומי או מחלה גנטית, עומדות בפני בני הזוג שתי אפשרויות", אומר ד"ר ברוך פלדמן, מנהל המעבדה לאבחון מולקולרי בעוברים טרם הרשה ברחם, ורופא בכיר במכון הגנטי ע"ש דנק גרטנר ובאגף נשים ויולדות של המרכז הרפואי שיבא. "האפשרות הראשונה היא להיכנס להריון באופן טבעי ולעבור אבחון גנטי במהלך ההריון. דגימת חומר גנטי של העובר מושגת על ידי פעולה חודרנית, כמו דגימת סיסיליה או דיקור מי שפיר. אם העובר נמצא נגוע במחלה הגנטית, עומדת בפני הזוג האפשרות לבחור בהפסקת הריון.

"האפשרות השנייה היא אבחון גנטי בעוברים לפני הרשה ברחם, כלומר עוד לפני תחילת ההריון. העוברים נוצרים בהפריה חרדגופית, ומכל עובר הנמצא במבחנה בשלבי חלוקה ראשוניים – בדרך כלל עובר בעל 8-6 תאים – נלקחת דגימת תא בודד. האבחון נעשה בחומר הגנטי של אותו תא, המייצג את העובר כולו. רק עוברים שאינם לוקים בפגם הגנטי הגורם למחלה התורשתית, מוחזרים באופן סלקטיבי לרחם האם. שתי השיטות יעילות למניעת הבאתם של ילדים חולים לעולם, אבל אבחון במהלך ההריון עלול להיות כרוך בהפסקת הריון נגוע, ולכן שיטה זו אינה מתאימה לכל זוג."

נה מתחילה מתקפת המשובטים", זורק ירון בחיוד לעבר שתי בנותיו, שמתנפלות עליו בשמחה כשהוא חוזר הביתה. אחר כך יעל אשתו מבקשת שישלט סוף סוף על השתיים ויסייע לרחוץ אותן. הוא מצדו טוען להגנתו "אבל הן מהונדסות, הכינו אותן במעבדה". שש שנים לפני, הם לא האמינו שיבוא היום שבו יוכלו להתייחס לעניין בחיוד. חצי שנה לאחר נישואיהם החליטו ירון ויעל (שמות בדויים, לבקשתם) שהם בשלים להביא ילד לעולם. אך כאשר פנו לערוך בדיקות גנטיות, התברר להם שיעל נשאית של תסמונת נדידה, שעלולה לגרום לעיוות משמעותי בתווי הפנים. "התחושה הייתה כאילו השמיים נפלו עליי", משחזרת יעל. "הרגשתי אדם פגום. אמרתי לעצמי, מה אני שווה אם את הדבר הבסיסי ביותר, להביא ילדים לעולם, אני לא יכולה לעשות? מעבר לזה הייתה בי אשמה גדולה: אני הפגומה, אני הלא-בסדר, אבל למה זה מגיע לבן הזוג שלי?"

ירון היה הראשון שהתעשת מהבשורה הקשה, וקבע תור ליערץ גנטי. במהלך חודש ההמתנה לפגישה קראו בני הזוג באופן אובססיבי כל מידע הקשור לגנים פגומים ולסיכוייהם ללדת ילד בריא. אז גם נתקלו לראשונה במושג PGD (Preimplantation Genetic Diagnosis) – אבחון גנטי טרום-ההרשה. מדובר בתהליך שכולל הפריה חרדגופית, כאשר מהעוברים המתפתחים נלקחים תאים שעוברים בדיקה גנטית כדי לברר אם מקורם בעובר חולה, נשא של הפרעה גנטית או בריא. העוברים ה"תקינים" בלבד נבחרים ומוחזרים לרחם. "כשקראנו את זה לא ידענו אם לבכות או לצחוק. זה לא נשמע לנו מציאותי בכלל", אומרת יעל ומחבקת את שתי בנותיה המציאותיות בהחלט.

סקפטיים ומלאי חששות נכנסו בני הזוג לתהליך. "בחצי השנה הראשונה זו הייתה עבודה כמעט אך ורק של הרופאים", מספרת יעל. "הם נטלו דגימות דם מאיתנו, מהוריים שלי ומאחיותיי. אחר כך הגיעו הטיפולים המפרכים. שלושה מחזורי טיפול, החזרות ואכזבות, עד שהגענו להריון המיוחל. וגם אז, את מנסה להיות שקטה ובטוחה, אבל תמיד מרחף מעל החשש של 'אולי הם טעו, אולי משהו התפקש'."

רק כשאחזה בידיה את בתה הבכורה, תינוקת בריאה ושלמה, יעל נרגעה מעט. "לא ממש האמנתי עד שזה קרה. הילדות שלי הן ההוכחה שהמדע היום מסוגל להרבה מאוד."

תא אחד מתוך שישה

עד כה נולדו בארץ כ-400 ילדי PGD. את התהליך עוברים בני זוג שאחד מהם נושא גן

תהליך אבחון גנטי טרום-ההרשה (PGD) מעניק תקווה לזוגות שנושאים מחלות גנטיות קשות. הרופאים המטפלים מפרים ביציות, בודקים מי מהעוברים אינו נושא גן פגום, ושולחים אותו בחזרה לרחם. אך האם זה יסתיים שם, או שבקרוב נראה עולם שבו רק העובר בעל צבע השיער הנכון או המין הרצוי זוכה להיוולד?



25.63x34.21	33	עמוד 28	מקור ראשון - דיוקן	06/08/2010	23710838-2
817 - שיבא - TEL HASHOMER SHEBA HOSPITAL - BUSINESS ONL					

לילד שני, וחלק מהביטוחים המשלימים משתתפים במימון גם מעבר לכך. "מדינת ישראל היא המדינה הראשונה והיחידה לעת עתה שבה יש השתתפות מלאה בהוצאות הטיפול והאבחון בחלק מן המקרים המתאימים לתוכנית", אומר ד"ר פלדמן. "חשוב להדגיש כי ברוב המחלות התורשתיות יש יתרון כלכלי לביצוע אבחון גנטי בעוברים לפני השרשה. הרבה יותר זול למשל למנוע הריון של עובר נגוע בחירשות או המופיליה, מאשר לממן את הטיפול בו במהלך חייו".

הזמן משכיח את הכאב

לפני שמונה שנים ילדה גליה עמיאל (37) את תמר, בתה הבכורה. ההריון היה תקין לגמרי. כמה חודשים לאחר הלידה הבחינה גליה שמשוהו אינו כשורה בתנועות של בתה. בתום חודשיים של אשפוז ובדיקות בבית החולים שניידר, אובחנה תמר כלוקה במחלה הגנטית טוברוס סקלרוזיס, הגורמת למגוון רחב של ליקויים, מפגמים אסתטיים קלים ועד לפגיעור שכלי. במקרה שלה מתבטאת המחלה באיחור התפתחותי ובאפילפסיה. התברר שאת המחלה הגנטית ירשה תמר מאביה, אורן. "זה הפתיע אותנו", מסבירה גליה, "כי אני מאומצת, ומיד כששמעתי שהילדה שלי חולה, השלכתי את זה על עצמי. חשבתי, מי יודע אילו גנים פגומים הורשתי לה. בכל מקרה החלטנו שאין אשמה, אין כעסים. זה לא דבר שמישהו היה מודע לו. היינו נחושים לנצח ביחד. היום תמר היא ילדה מתפקדת, שאומנם נוטלת תרופות, אבל היא במצב הרבה יותר טוב ממה שניבאו לנו הרופאים". בתקופה שלאחר גילוי המחלה, ההורים כלל לא חשבו על ילדים נוספים. "רצנו בין ריפוי בעיסוק, קלינאית תקשורת והידרותרפיה, ובזכות כל אלה תמר אכן התקדמה בצורה מדהימה. כשהייתה בת שנה, התחלנו כבר לחשוב על הרחבת המשפחה. התחום של אבחון גנטי טרום-השרשתי עדיין לא התפתח דיו, והאופציה היחידה שעמדה בפנינו הייתה להיכנס להריון באופן רגיל, לערוך בדיקות ובמקרה הצורך לעבור הפלה. וזה מה שעשינו. הדומיננטיות של המחלה היא חמישים אחוז, אבל הסטטיסטיקה עבדה לרעתנו. שוב ושוב חוינו הריונות לא בריאים שהסתיימו בהפלות". את מתארת את זה כמעט בשוויון נפש. "הזמן הספיק להשכיח את הכאב. אבל אז, כל הריון היה מלווה בהרבה ציפיות, וכל ציפייה גררה אכזבות".



צילום: ניר עמיאל

קושי שמונע הרבה עוגמת נפש בהמשך. גליה ואורן עמיאל עם הבנות

באופציה הזאת, כי גם הפריה חרוגפית היא לא פשוטה. אני מכירה נשים שהתחילו תהליך כזה אך חזרו להריונות ספונטניים, משום שלא יכלו לשאת את הכאבים". תהליך ה־PGD עצמו, היא אומרת, לא דרש מהם דבר פרט לסבלנות. "בהתחלה זה נשמע לנו כמו מדע בדיוני, כי נכנסנו לתהליך כשהנושא עוד היה בחיתוליו. היום אני יכולה להגיד בפה מלא: זה עובד, ועד כמה שניתן, זו הבטחה לילד בריא".

שאלה של מחיר

"גם שיטת האבחון הטרום-השרשתי אינה מתאימה לכל אחד, אך יש נסיבות מיוחדות המקלות מאוד לבחור בה", אומר ד"ר פלדמן. "למשל, זוג הזקוק ממילא להפריה חרוגפית כדי להרות, או זוג שהפסקת הריון אסורה עליו מטעמי דת, או קשה רגשית ומוסרית. גם סיכון גבוה במיוחד ללידת צאצא נגע – 50 אחוז במחלות מסרומות – מהווה אינדיקציה מקובלת לביצוע אבחון גנטי טרום-ההריון. לעתים יש משמעות לנסיבות האישיות-משפחתיות, למשל אצל זוגות שעבורם הסיכון ללידת צאצא חולה אינו גבוה במיוחד, אך איתרע מזלם ובשלושה הריונות רצופים הם נאלצו לפנות להפסקת הריון נגוע".

מנגד, מסביר ד"ר פלדמן, היתרון של אבחון באמצעות בדיקת מי שפיר או סיסי שליה הוא השימוש בחומר גנטי שמופק ממיליוני תאים, מה שמאפשר לחזור על הבדיקה כמה פעמים ובאמצעים מעבדתיים שונים. בשיטה זו גם אין הגבלת זמן מיוחדת. לעומת זאת, אבחון לפני השרשה ברחם דורש ביצוע מבחן מולקולרי בתא בודד אחד. אין כמעט אפשרות לחזור על הבדיקה, ופרק הזמן המוקצב לביצועה מוגבל מאוד, כי לא ניתן להמתין עם החזרת העוברים לרחם יותר מ־24 עד 48 שעות. מערכת אבחון בתא בודד חשופה לטעויות, בעיקר משום שזיהום של חומר גנטי זר, אפילו בהיקף קטן מאוד, עלול לגרום לאבחון שגוי.

"מכל הסיבות האלה צריך להקדיש זמן רב ותשומת לב לבניית מערכת אבחון ייחודית לכל משפחה. תהליך הקמת המערכת ובדיקת יעילותה ורגישותה נמשך כשלושה חודשים בממוצע. רק כאשר היא מוכנה ומותאמת כנדרש, אנחנו מפנים את בני הזוג לתיאום ולהתחלת טיפול ההפריה. הסיכוי להרות במהלך כל מחזור טיפול-אבחון עומד על כ־15 אחוז, ותלוי כמובן בהפרעות הפריון הקיימות, ובמידה רבה גם בגילן של הנשים המטופלות".

עלות ה־PGD היא 20-30 אלף שקל למחזור טיפול. סל הבריאות בישראל כולל מאז ינואר 2009 אבחון גנטי טרום השרשה לזוגות הנמצאים בסיכון גבוה למחלות תורשתיות חמורות. המדינה מממנת את התהליך עד

מול שתי האפשרויות הללו הוצבו עידו ובת זוגו מירי (שמות בדויים, לבקשתם), שהתגלתה בבדיקה גנטית כנשאית 'איקס שביר'. מדובר בתסמונת שילד הלוקה בה יסבול מקשת של תסמינים, ואף מפגיעור שכלי קשה. "הייתי בשוק. לא ציפיתי לדבר כזה", אומרת מירי. "שנינו אנשים רציונלים מאוד, ולכן החלטנו ללכת לייעוץ ולבדוק מה האפשרויות העומדות בפנינו. יומיים קודם לכן הייתה לי הפלה טבעית, ועדיין הייתי בתוך הצער של איבוד ההריון, אבל עם כל הכאב והצער, הודינו לאלוקים על שגילינו את הבעיה ולא ילדנו ילד פגום".

בבית החולים תל-השומר הוסברו לבני הזוג האפשרויות העומדות בפניהם. ההחלטה הייתה מיידית: להיכנס לתהליך של PGD. "אני לא חושבת שהייתי מתמודדת מבחינה נפשית עם הפסקת הריון", אומרת מירי, "אבל אני בהחלט יכולה להבין את מי שבוחרות



הרבה יותר זול למנוע הריון פגוע מאשר לממן טיפול בילד פגוע במהלך חייו. ד"ר ברוך פלדמן צילום: יוסי זליגר

25.97x33.49	34	עמוד 28	מקור ראשון - דיוקן	06/08/2010	23710843-8
TEL HASHOMER SHEBA HOSPITAL - BUSINESS ONL ר שיבא - 817					

**מירי, אם
שעברה PGD:
"אני לא
חושבת שהייתי
מתמודדת
מבחינה נפשית
עם הפסקת
הריון, אבל
אני בהחלט
יכולה להבין את
מי שבחרות
באופציה הזאת,
כי גם תהליך
של הפריה
חוג'גופית הוא
לא פשוט.
אני מכירה
נשים שהתחילו
תהליך כזה אך
חזרו להריונות
ספונטניים
משום שלא
יכלו לשאת
את הכאבים"**



רופא או בית חולים פועלים לפי ראות עיניהם. שלא כמו בנושא בחירת מין היילוד, בכל הנוגע לאבחון גנטי לשם בדיקת מחלות לא הוקמה כל ועדה ואין עדיין קריטריונים מסודרים. רופאים שעמם שוחחנו אמרו כי מקרים מיוחדים מובאים לדיון בקבוצה של כמה רופאים, או מופנים לוועדת-על הקיימת כמעט בכל בית חולים. בדומה לכך, אין בישראל רשימה מוגדרת של מחלות שמצדיקות אישור מרשויות הבריאות לבצע הפסקת הריון. בין היתר מאושרות בארץ הפלות בגין מחלות שבחלק ממדינות אירופה אינן נחשבות עילה לביצוע הפלה.

"השאלה האתית המרכזית הנוגעת ל-PGD היא מתי תהליך הבחירה ומתי לא", אומר הרב ד"ר מרדכי הלפרין, הממונה על האתיקה הרפואית במשרד הבריאות. "ההפריה החוג'גופית היא תהליך שאינו חסר סיכון, ובמקרים מסוימים אף גרם למוות כתוצאה מגירוי שחלות או סיבוכים אחרים. לכן אם המטרה היא למנוע לידתו של עובר חולה - התהליך מותר, אבל אם המטרה היא שהילד יהיה בלונדיני ולא ג'נג', מובן שהתהליך כולו מיותר ואסור. באותה מידה כאשר עולה השאלה האם להשתמש ב-PGD לצורך בחירת מין היילוד, צריך לבדוק אם זה רק כדי לספק גחמה של ההורים, או האם מדובר בצורך חיוני".

גם כאשר משתמשים בשיטה מסיבה רפואית, עדיין קיימת השאלה מתי הדבר מוצדק - האם מותר לערוך אבחון כדי למנוע פגם אסתטי כמו כתמים על העור, או רק כאשר מדובר בבעיה רפואית חמורה.

"הבעיה הזו היא לא ספציפית ל-PGD. אפשר להתייחס לתהליך כמו שמתייחסים לניתוח ולכל התערבות כירורגית. גם ניתוח מאשרים כדי לפתור בעיה אסתטית, ואין ספק שבכניסה לניתוח יש סכנה. השאלה היא מתי מוצדק לקחת סיכון כדי לשפר את חייו העתידיים של היילוד, וכל מקרה צריך להיות נטיון לגופו על ידי הרופא המטפל. כדי להקל על הרופאים לקבל החלטה נכונה, משרד הבריאות פרסם בשנת 2006 חומר של מנהל רפואה עם עקרונות בסיסיים להחלטה בנושא".

מה לגבי החשש שבעתיד, עם השתכללות טכנולוגיות ה-PGD והחלת מחירה, יוכל כל זוג לנצל אותה להעדפותי האישיה?

"אני חושב שיש הגומה רבה בהפחדות לגבי מה שצופן העתיד. תמיד יהיה קל, פשוט וזול יותר להביא ילדים בדרך הטבע. אני לא רואה שבטווח הרחוק זה ישפיע בצורה משמעותית על הדמוגרפיה.

"מבחינה הלכתית", מוסיף הלפרין, "יש בעיה עם כל הולדה שהיא לא בדרך הטבע. לגבי התהליך עצמו, הפוסקים מתייחסים לכל מקרה לגופו ומתירים לבצע PGD כדי למנוע מעובר פגום להיוולד, ודאי כאשר מדובר במחלות רציניות, והם אוסרים כשמדובר בסתם העדפה של ההורים".

ד"ר פלדמן אומר כי בעבר היה נתק מסוים בין האוכלוסייה הדתית לבין הרופאים הגנטיקאים שעסקו באבחון טרום-לידה. "הרבנים ראו אותנו כמי שמכוונים להפסקות הריון, אבל כיום אני חש שהיחס השתנה לגמרי. ההלכה היהודית מתירה לבצע אבחון טרום השושה ברחם, במיוחד על רקע היכולת למנוע בדרך זו הפסקות הריון. אנחנו מצליחים לעזור בהבאת ילדים בריאים לעולם גם במשפחות שבהן הסיכון למחלה גנטית גבוה במיוחד, ובהתאם לעקרונות ההלכה היהודית".

לדברי פלדמן, השאלות האתיות הכרוכות בתהליך מלוות אותו יום-יום. "ברור ומוסכם על כל העוסקים בתחום שמותר וראוי להשתמש בשיטות אלה למניעת לידתו של מי שסיבול ממחלות שגורמות לנכות קשה ואפילו למוות. אבל האם מותר לבחור עוברים על פי תכונות? האם מותר למנוע לידתם של מי שנמצאים בסיכון לחלות בגיל מבוגר? האם מותר לבחור עוברים שתאים מהם יתאימו להשתלת מח עצם, כדי להציל בן משפחה הסובל ממחלה חשוכת מרפא? חשוב להבין כי לא רק ברפואה אנו עוסקים. מהות הדברים קשורה לשאלות חברתיות, מוסריות, דתיות ומשפטיות, ולא

לכולן יש תשובה אחת פשוטה". ■

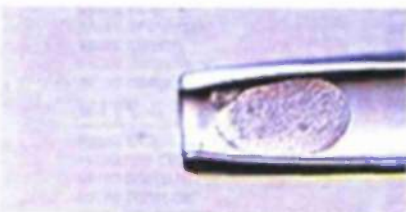
לתגובות: dyokan@makorrishon.co.il

לסבל אך גם לא להיות עם יד קלה על ההדק".

מלבד נושא בחירת המין, שאלה אתית נוספת נוגעת להשלכות החברתיות שעוללות לצמח מהשימוש בתהליך האבחון הטרנס-השרשתי. מבקר השיטה טוענים כי היא נותנת בידי הרופאים כוח מוסרי וחברתי רב מדי - היכולת לקבוע מהם 'חיים ראויים' ומתי חיים הם כה גרועים, עד כי מוטב למנוע אותם.

בכמה ממדינות אירופה, ובהן אנגליה, הוטלו הגבלות ברורות על השימוש באבחון גנטי. במדינות אחרות, כמו גרמניה, אוסטריה ואיטליה, הוא אסור בתכלית. בישראל, אומרים רופאים בכירים, השימוש באבחון גנטי פרוץ, וכל

תהליך בדיקת התא העוברי



ביופסיה של תא בודד מתוך עובר מתפתח



ביצית מופרית



העובר מוכן לביופסיה של תא בודד מתוכו

היו שווים את התוצאה", היא אומרת. "הרצון בילד הוא אחד הדברים הכי גדולים שיש. זה נותן כוח, וצריך למרות הקושי לראות את האור בקצה המנהרה. התהליך הזה יכול למנוע המון עוגמת נפש, ואני, שמגדלת ילדה מדהימה בעלת קשיים ייחודיים, יכולה להעיד על כך מגוף ראשון".

הרצון העז שעליו מדברת גליה ניצב מול הסיכון הכרוך בהלפריה חוג'גופית. לאישה העוברת את התהליך ניתן טיפול תרופתי, והביצית מוצאת מגופה בפעולה ניתוחית. כמו בכל הליך רפואי מורכב גם כאן קיים סיכון, שגם אם אינו גבוה, הוא מעלה שאלה אתית לא פשוטה.

לשימוש בשיטת ה-PGD נלוות גם שאלות נוספות, אתיות והלכתיות: האם מותר לבצע את התהליך כדי למנוע תסמונת שגורמת "רק" לפגם אסתטי קל? והאם בעתיד ייקבע מין היילוד לפי הזמנה, בהתאם להעדפה שרירותית של ההורים?

במאי 2005 הוקמה כאמור ועדה ארצית לבחירת מין היילוד באבחון גנטי טרום-השרשתי, שדנה בבקשות לבחירה כזו. עד מאי 2010 הוגשו לוועדה 337 בקשות בעניין, מתוכן אושרו עד כה 27, 1997 עדיין נמצאות בבדיקה. רוב עצום של המבקשים - כשמונים אחוזים - מעוניינים בבן זכר.

ההסדרה המשפטית של השימוש בטכנולוגיית PGD לקביעת מין היילוד נעשתה כיום במסגרת של חוק מנכ"ל משרד הבריאות משנת 2005. הכלל המרכזי בו קובע כי בחירה כזו תותר רק מסיבות רפואיות, הקשורות למניעת מומים מולדים חמורים. הוועדה יכולה לאשר את ההליך בכמה מקרים נוספים, כגון קיומו של סיכון לבריאות הנפשית של ההורים או של הילד העתיד להיוולד; או כאשר הבקשה מגיעה מהורים לארבעה ילדים משותפים שכולם מאותו מין. במקרים אלו נדרש מתן ייעוץ הסבר גנטי ואתי להורים בדבר משמעות החלטתם, וקבלת הסכמתם להליך ולהפריה חוג'גופית. כמו כן עליהם לדעת כי ניתנת להם הזדמנות אחת בלבד לביצוע ההליך לצורך בחירת מין היילוד. הוועדה יכולה להפעיל את שיקול דעתה ולהתייחס גם לשאלת הסיכון הנשקף לאם, נחיצות ההליך מסיבות אחרות, וכן מצבם החברתי והמשפחתי של המבקשים.

המקרה הראשון בארץ שבו נעשה שימוש בטכנולוגיה הזו ללא צורך רפואי, היה של בני זוג מהמגזר החרדי בשנות העשרים לחייהם. לאחר שבמשך תקופה לא הצליחו להביא ילדים לעולם, פנו בני הזוג למרפאת פריז, ושם התברר כי יהיה עליהם להשתמש בתרומת זרע. השניים חששו מתרומה כזו בגלל נסיבות ייחודיות: הבעל הוא כוהן, ואם אשתו תלד בן מזרע של גבר אחר, יצטרכו ההורים להסביר לילד (וגם לסביבה) עוד בטרם הגיע למצוות מדוע אינו יכול לעלות לתורה ככוהן או לשאת כפיו בברכת כוהנים. כדי להימנע מהדילמה, החליטו בני הזוג שהם מעוניינים בבת. הוועדה אישרה את בקשתם לעבור הליך הפריה חוג'גופית שבו יוחזרו רק עוברים ממין נקבה.

מהם 'חיים ראויים'

ועדת המדע של הכנסת נדרשה לפני כשלושה חודשים לשאלות האתיות העולות מהאפשרות לבחירת מין היילוד. כמה מהנוכחים הביעו חשש מניצול עתידי של האבחון הטרנס-השרשתי לצורך זה. יו"ר הוועדה ח"כ מאיר שטרית אמר כי "צריך לראות האם אין יד קלה על ההדק, ולבדוק איפה שמים את גבולות האתיקה".

עיקר הדיון עסק בשאלה האם להשאיר את המצב כפי שהוא היום, כאשר ההחלטה נתונה בידי הוועדה, או לחוקק חוק בעניין. עו"ד מירה הנגריהאל, היועצת המשפטית של הוועדה הארצית, טענה בדיון כי "באף מדינה בעולם אין חוק שכזה. חקיקה לא תמיד פותרת את הבעיה". יו"ר הוועדה הארצית פרופ' וצלב אינסלר צייץ כי בפניו ובפני חבריו ניצבת שאלת הסבל הנפשי הצפוי לזוג אם לא ייוולד להם ילד ממין מסוים, וכדי להתמודד עם בעיה זו נעזרת הוועדה בפסיכולוגים רבים. "אנו מנסים ללכת בין הטיפות", אמר אינסלר, "לא לגרום