



נייר עמדה 209

נייר עמדה- הפריה חוץ-גופית

אושר במועצת האיגוד 8.11.2017

כללי

טיפול בהפריה חוץ-גופית מבוסס על שאיבת ביציות משחלות האשה, הפרייתן בזרע בן הזוג/תורם (עם או ללא שימוש במיקרומניפולציה), גידול העוברים למשך 6-1 ימים במעבדה (עם או ללא ביופסיה לצורך אבחון גנטי) והחזרתם לרחם או לחצוצרה.

מטרה

מטרת נייר עמדה זה הנה לפרט את ההתוויות לטיפול הפריה חוץ-גופית ואת הבדיקות הנדרשות לקראת טיפול זה.

הבסיס החוקי

- תקנות בריאות העם בנושא הפריה חוץ-גופית (התשמ"ז) קובעות מי רשאי לבצע הפריה חוץ-גופית, מי זכאי לטיפול, ומה מקור הגמטות בשימוש להפריה חוץ-גופית.
- הנחית משרד הבריאות בנושא כללים רפואיים לטיפול הפריה חוץ-גופית (יולי 1999) קובעת את הקריטריונים להגבלה או הפסקה של הטיפול בהפריה חוץ-גופית ואת מספר הטיפולים האופטימליים המומלצים במשך שנה.
- הנחית משרד הבריאות בנושא החזרת עוברים בתהליך הפריה חוץ-גופית קובעת את מספר העוברים שניתן להחזיר לרחם.
- חוזר מנהל רפואה במשרד הבריאות בנושא מחזורי טיפול הפריה חוץ-גופית בסל השירותים (ינואר 2014).

הסכמה מדעת

לפני ביצוע טיפול הפריה חוץ-גופית, יש למסור למטופלים מידע בנוגע לפרטי הטיפול בהפריה חוץ-גופית ולתאר את תהליך הטיפול ההורמונאלי (במידה וניתן טיפול הורמונאלי), אופן המעקב, תהליך שאיבת הביציות והפרייתן והחזרת העוברים. יש להדגיש את סיכויי ההצלחה, והסיכונים הטמונים בטיפול הפריה החוץ-גופית, הן לגבי האישה ובמקרים מסוימים (השגת תאי זרע מהאשך בטכנולוגיות כירורגיות) גם לגבי בן זוגה.

במידה ונעשה שימוש בטכניקה נוספת (כגון ICSI, PGD, IVM) יש למסור את המידע המתאים לאותה פרוצדורה.

בתום השיחה יש להחתיים את הזוג או האשה (במידה ולא קיים בן זוג ונעשה שימוש בזרע תורם) על טופס הסכמה מדעת ייעודי שאושר ע"י הר"י לטיפול הפריה חוץ-גופית.

בדיקות לפני טיפול

הייעוץ לפני טיפול הפריה חוץ-גופית מבוסס על המרכיבים הבאים: הערכת גורמי סיכון, היסטוריה רפואית מפורטת, בדיקה גופנית רלוונטית, הפניה לבדיקות עזר, ברור לפי הצורך והמלצה לנטילת חומצה פולית.

בין בדיקות העזר יש לכלול:

- משטח צוואר הרחם (ע"פ נייר העמדה של האגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה מומלץ ביצוע משטח צוואר הרחם כסקר שגרתי אחת לשלוש שנים בנשים מעל גיל 25).
- בדיקת שד- מגיל 30 אחת לשנה, (לפי המלצת החברה הישראלית למחלות השד ואיגוד הכירורגים בישראל לאוכלוסיה בסיכון נמוך).
- אק"ג לנשים בגיל מעל 40- אחת לשנה (לפי הגדרת הבדיקות הנדרשות לפני "כירורגיה בינונית" המתבצעת בהרדמה כללית).
- בדיקות דם :
 - HCV, HIV, HBV - אחת לשנה לבני הזוג
 - ספירת דם- אחת לשנה בנשים בריאות
 - תפקודי קרישה (PTT/PT)- פעם אחת לכל אישה לשלילת בעיות קרישה. במידה והבדיקה תקינה אין צורך לחזור עליה.
- מומלץ לבצע בדיקות להערכת הרזרבה השחלתית. מדדים אלה יסייעו לבחירת פרוטוקול הטיפול אך לא ישמשו לקביעת זכאות לטיפול הפריה חוץ-גופית.
- בדיקות סקר גנטיות- יש להמליץ על ביצוע בדיקות הסקר למחלות גנטיות, בתלות במוצא על פי הנחיות האיגוד הגנטי.
- בהתאם לשיקול דעתו של הרופא המטפל ולמצבה הרפואי של המטופלת ניתן להוסיף בדיקות הכנה נוספות.

התוויות לטיפול הפריה חוץ-גופית

ההתוויות לטיפול הפריה חוץ-גופית כוללות את המצבים הבאים:

1. אי פוריות על רקע מכני/חצוצרתי:

- א. בנוכחות הדבקויות אגניות (סב-חצוצרתי / סב-שחלתיות).
- ב. בנוכחות חסימה חצוצרתי דו-צדדית.
- ג. הידרוסלפינקס חד או דו-צדדי. בשל השפעתו על סיכויי השגת ההריון ב-IVF מומלצת כריתה (או חסימה קריבנית) של החצוצרה/ות החולה/ות לפני הפניה ל-IVF. עם זאת, ניתן לשקול מס' טיפולים לפני כריתת חצוצרות בהתאם לשיקול דעת הרופא.

ד. בנכחות חסימה קריבנית של חצוצרה (המודגמת בצילום רחם), ניתן לנסות הזרקה בררנית לפתח החצוצרה החסומה, או צנתור חצוצרה/ות לפני הפניה ל-IVF.

ה. בנכחות חסימה קריבנית חד צדדית של חצוצרה והדגמת פיזור תקין בחצוצרה השניה, ניתן לטפל כמו באי פוריות מסיבה לא ידועה.

2. אי פוריות על רקע אנדומטריוזיס בינונית או קשה (דרגה 3 ו-4).

3. אי פוריות על רקע גורם זכרי:

א. כאמצעי טיפול ראשוני באי פוריות על רקע גורם זכרי חמור, הפרעות בפליטה, בנכחות נוגדנים לזרע ובשימוש בזרע אשכי או אפידידמלי.

ב. בנכחות שתי בדיקות זרע המצביעות על כמות כללית של זרע תקין של פחות מ-5 מיליון תאי זרע בתנועה (נפח x ריכוז x תנועה).

4. כאמצעי טיפול לאחר אי הצלחת טיפולים אחרים במצבים הבאים: אנדומטריוזיס (בדרגה קלה ובהעדר גורם מכני), אי פוריות על רקע הפרעת ביוץ, אי פוריות על רקע גורם זכרי קל/בינוני, תרומת זרע, אי פוריות על רקע אימונולוגי ואי פוריות על רקע בלתי מוסבר.

א. בנשים שגילן 39 שנים ומעלה ניתן להציע IVF כטיפול ראשוני.

ב. בנשים מתחת לגיל 39 שנים ניתן להציע IVF לאחר חוסר הצלחה בהשגת הריון בסדרת טיפולי גירוי שחלתי מבוקר, משולב עם הזרעה תוך רחמית (IUI-COS).

5. במצבים בהם קיים צורך בשימוש בטכנולוגיה של אבחון טרום השרשתי-PGD:

א. לשלילת מחלות / הפרעות גנטיות ביילוד (עפ"י חוזר מנהל רפואה במשרד הבריאות 29/2013, אוקטובר 2013).

ב. לברירת מין היילוד מסיבה שאינה רפואית, זאת לאחר קבלת אישור מועדה ארצית הפועלת עפ"י חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 21/2005, בנושא: נוהל לברירת מין היילוד באבחון גנטי טרום השרשתי (מאי 2005).

6. במצבים בהם יש להימנע מהריון מרובה עוברים (מסיבה אימהית או רחמית, כגון רחם חד-קרני) ניתן להפנות ישירות ל-IVF כדי להחזיר עובר בודד לרחם.

7. לצורך שימור פוריות: הקפאת ביציות וביציות מופרות מסיבות רפואיות ולא רפואיות (בכפוף חוזר מנהל רפואה במשרד הבריאות 1/2011, ינואר 2011).

8. לצורך פונדקאות (בכפוף לחוק הסכמים לנשיאת עוברים, התשנ"ו-1996).

9. לצורך תרומת ביציות (בכפוף לחוק תרומת ביציות, התש"ע-2010).

מספר מחזורי טיפול הפריה חוץ-גופית ותדירותם

1. מספר מחזורי הטיפול ותדירותם יקבעו בכל מקרה לגופו ע"י הרופא המטפל, בהתחשב בגיל המטופלת, סיבת אי הפריון, מספר מחזורי טיפול קודמים ונתוני טיפולים אלה (מספר ביציות, מספר עוברים ואיכותם).
2. ככלל, אין מניעה רפואית לטיפול הפריה חוץ-גופית חוזר מיד לאחר אי הצלחת טיפול קודם. זאת, בהתחשב במצבה של המטופלת ובהעדר הוראת נגד פרטנית.

הפסקת טיפולי הפריה חוץ-גופית

1. הגיל המרבי המומלץ לטיפול הפריה חוץ-גופית עם ביציות המטופלת הוא 44 (יום הולדת 44).
2. טיפולי הפריה חוץ גופית עם ביציות המטופלת יופסקו לנשים מעל גיל 42 לאחר שבשלושה מחזורי טיפול עוקבים לא הגיעו לשלב החזרת עוברים, ולנשים מתחת לגיל 42- לאחר שבארבעה מחזורי טיפול עוקבים לא הגיעו לשלב החזרת עוברים (לא כולל מחזורי הפשרה).
3. בכל המקרים בהם הופסק הטיפול בשל העדר תגובה/הפריה ניתן להציע תרומת ביצית.

נכתב ע"י פרופ' בני פיש, פרופ' טליה אלדר-גבע, פרופ' אריאל הורביץ, דר' שי אליצור. פרופ/מ שחר קול, ד"ר אמיר ויזר וד"ר עופר גונן.

נדון ואושר בוועדת ניירות העמדה של איל"ה ינואר 2017 ובמועצת האיגוד הגינקולוגי נובמבר 2017.