

וחופשיים מגידול. משום כך יש לעיתים להסיר גם כלי דם, עצבים ורקמות של איברים סמוכים.

- **טיפול כימי (כימותרפיה)** – תרופות כימיות שניתנות במטרה להרוס את התאים הסרטניים. התרופות ניתנות בדרך כלל באמצעות עירוי לווריד, אך יש גם תרופות פומיות. כיוון שהטיפול הכימותרפי גורם נזק זמני גם לתאים הבריאים בגוף הוא מלווה בתופעות לוואי, כגון בחילות והקאות, אנמיה, נשירת שיער ותופעות נוספות. תופעות הלוואי בדרך כלל זמניות ואמורות לחלוף לאחר סיום הטיפול.
- **טיפול בקרינה (רדיותרפיה)** – טיפול זה מבוסס על הקרנת קרני אנרגיה בעוצמה גבוהה לאזור הגידול הסרטני, במטרה להרוס את התאים הסרטניים תוך גרימת נזק מועט ככל האפשר לתאים הבריאים. הטיפול אינו כרוך בכאב אך גורם לתופעות לוואי שונות, כגון עייפות, אנמיה, פריחה בעור, וכן תופעות לוואי שקשורות לאזור המוקרן בגוף.¹³

סוגים מסוימים של סרטן מטופלים גם באמצעות:

- **טיפול ביולוגי** – דהיינו מתן נוגדנים, חיסונים או תרופות מעכבות גדילה סרטנית כדי לעודד את המערכת החיסונית לתקוף את הגידול או כדי לעצור את שגשוג התאים הסרטניים.
- **טיפול אימונולוגי (חיסוני)** – דהיינו מתן תרופות שמיועדות לחיזוק המערכת החיסונית.
- **טיפול הורמונלי** – למחלות שמושפעות ממנגנונים הורמונליים בגוף. פעמים רבות הטיפול למחלה משולב מסוגים שונים של טיפול.

סרטן ופוריות אצל נשים¹⁴

השפעת מחלת הסרטן והטיפולים כנגד המחלה על פוריות האישה¹⁵

פגיעה בפוריות האישה כתוצאה מגידול שפיר או ממאיר נגרמת לעיתים מהשפעת הגידול עצמו, לדוגמה, בגידול באגן או בבטן – חסימה מכנית של החצוצרות, עיוות אנטומי ברחם או פגיעה ברקמת השחלה.

13. לדוגמה, הקרנות למעי גורמות לשלשולים ולקושי במתן צואה.

14. בכתובת פסקה זו נעזרנו בחוברת חיי אישות וזוגיות – מדריך לאישה הדתית שחלתה בסרטן ולבעלה, בהוצאת האגודה למלחמה בסרטן בשיתוף מכון פוע"ה, עמ' 66–74; במאמרם של ד"ר חנה קטן ושלומי רייסקין, 'השתלת שחלות ואשכים', ספר אסיא יג, עמ' 33–37 (אסיא פא-פב, אדר א' תשס"ח, עמ' 54–58), החלק הראשון, שעוסק בשימור פוריות האישה; במאמריהם של פרופ' דרור מאירוב וד"ר הילה רענני, 'פוריות והריון בנשים צעירות שחלו בסרטן השד'; וכן 'שימור פוריות בחולות אונקולוגיות', ויקרפואה; ובהרצאתו של פרופ' דרור מאירוב בפגישתו עם רבני פוע"ה, מיום כ"ב בסיוון תשס"ג. הפסקה הועברה לעיונה של ד"ר אפרת אש-ברודר, מומחית במיילדות, גינקולוגיה ופריון, ומנהלת בנק הזרע במרכז הרפואי הדסה הר הצופים. הערותיה ותיקוניה שולבו בגוף הפסקה, ואנו מודים לה על כך.

15. התייחסות למניעת הריון בזמן מחלת הסרטן ובזמן הטיפולים למחלה תובא להלן בפסקה 'מניעת הריון בזמן מחלת הסרטן', עמ' 77.

בנוסף לכך, הטיפולים הניתנים לשם ריפוי מחלת הסרטן עלולים לגרום נזק, זמני או קבוע, לפוריות האישה¹⁶.

רוב הטיפולים הניתוחיים לא אמורים לפגוע בפוריות האישה, אך מובן שכאשר הטיפול הניתוחי כולל את איברי מערכת הרבייה, לדוגמה בניתוח שבו נדרשת כריתת הרחם או כריתת השחלות, מתרחשת פגיעה בלתי הפיכה בפוריות האישה¹⁷. כמו כן, ניתוחים בטניים עלולים לגרום להידבקויות ולחסימה חלקית או מלאה של החצוצרות ולפגוע בפוריות, אך אפשר להתגבר על הפגיעה הזאת על ידי טיפולי הפריה חוץ גופית.

התייחסות מפורטת לכריתת רחם עקב מחלת הסרטן או חשש ממחלת הסרטן תובא להלן, עמ' 87. התייחסות מפורטת שחלות עקב מחלת הסרטן או חשש ממחלת הסרטן תובא להלן, עמ' 91.

הטיפול הכימי נגד מחלת הסרטן עלול לפגוע פגיעה זמנית או פגיעה בלתי הפיכה ברזרבה השחלתית של האישה, דהיינו במאגר הזקיקים שנמצאים בשחלות. מידת הפגיעה תלויה בסוג התרופה, במינונה, במשך מתן התרופה, בשילוב בין התרופות השונות ובגיל האישה¹⁸.

בדרך כלל, טיפול בקרינה נגד מחלת הסרטן לא אמור להשפיע על פוריות האישה, אולם כאשר מדובר בקרינה ישירה לאיברי הפוריות של האישה, דהיינו טיפול בקרינה לאגן, או במחלות שבהן יש להקרין לכל הגוף, ההקרנה עלולה לגרום לפגיעה אנושה ובלתי הפיכה בפוריות האישה, בעיקר על ידי פגיעה בשחלות אך גם על ידי פגיעה ברירת הרחם, שעלולה לגרום בעתיד לשיעורי השרשה נמוכים ולריבוי הפלות. מידת הפגיעה תלויה בעיקר באזור המטופל, בגיל האישה ובמינון הקרינה.

חלק מהטיפולים ההורמונליים עלול לשבש את סדירות מחזור הווסת ואף להפסיקה, אולם לרוב הפעילות ההורמונלית המחזורית חוזרת בתוך כמה חודשים לאחר סיום הטיפול, וכפועל יוצא מכך – גם הווסת.

סרטן ופוריות האישה – הלכות

וְשִׁמְרָתָם אֶת חֻקֵּי וְאֶת מִשְׁפָּטֵי אֲשֶׁר יַעֲשֶׂה אֱתָם הָאֲדָם וְחֵי בָהֶם

ויקרא יח, ה

16. הפגיעה בפוריות אינה רק בטיפול בסוגי סרטן שקשורים לאיברי הרבייה של האישה אלא בכל סוגי הסרטן, מכיוון שהטיפולים הכימותרפיים פוגעים בכל תאי הגוף ובעיקר בתאים בעלי קצב חלוקה מהיר, ללא קשר למקום הגידול המקורי. גם טיפולי הקרנה לגידול שאינו באיברי הרבייה יכולים לפגוע בפוריות כאשר מדובר בהקרנה בכל הגוף או באזור קרוב לאגן, כפי שיפורט להלן.

17. לעיתים מתבצעים ניתוחים במוח שעלולים להשפיע על הפרשת ההורמונים ולכן גם על הפוריות.

18. לעיתים הטיפול המוצע הוא במינון ובסוג כזה שלא אמור לפגוע בפוריות האישה, אולם לאחר זמן מתברר שהטיפול אינו מספק ויש צורך בטיפולים נוספים או במינונים מוגברים. לכן אין להסתפק באמירה רפואית כללית שהטיפול המוצע לא אמור לפגוע בפוריות, אלא לברר אם ייתכן שיהיה צורך בטיפולים נוספים ובהתאם לכך לדאוג מראש לשימור הפוריות.

מניין לפיקוח נפש שדוחה את השבת? ... אמר רב יהודה אמר שמואל: ... "וְחַי בָּהֶם" – ולא שימות בהם.

יומא פה, א-ב

א. מותר ואף חובה לבצע טיפולים מצילי חיים כדי לרפא את האישה ממחלת הסרטן למרות שטיפולים כאלה עלולים לפגוע בפוריותה פגיעה בלתי הפיכה ומוחלטת, שכן אין דבר שעומד בפני פיקוח נפש מלבד שלוש העברות החמורות.

שימור פוריות אצל נשים

אומנם בדרך כלל יש לרופאים מודעות לנושא שימור הפוריות, אולם אין הדבר פוטר את האישה מליטול אחריות בעצמה לנושא חשוב זה ומלהעלותו בפני הרופא גם מיוזמתה.

כיצד אפשר לטפל באישה ובמחלתה מבלי לפגוע בפוריותה, או לפחות לצמצם את הפגיעה למינימום האפשרי?

יש שתי דרכים עיקריות בנושא זה:

הדרך הראשונה היא ניסיון לצמצם ככל האפשר את מידת הפגיעה, מבלי לפגוע באיכות הטיפול ובסיכויי ההחלמה, שהרי עיקר העניין הוא שהאישה תתרפא ממחלתה.

הדרך השנייה היא שמירת אפשרויות לפוריות האישה מחוץ לגופה באופנים שונים, כפי שיתבאר להלן.

פירוט הדרך הראשונה – המטרה היא לבצע את הטיפולים באופן שממשיך ומשמר במידת האפשר את פוריות האישה, כך שלאחר תום הטיפולים היא תוכל להרות בטבעיות או בעזרת טיפולי פוריות שגורתיים. השאיפה היא לטפל בחולה בצורה היעילה ביותר, אך מבלי לפגוע בפוריותה, או לפחות לצמצם את הפגיעה ככל האפשר. לשם כך יש לפנות לרופאים המיומנים ביותר ולדאוג לשיתוף פעולה בין הרופאים הגינקולוגים, הכירורגים והאונקולוגים. כך לדוגמה, תהליכי הריפוי בגיל צעיר מחייבים לנקוט בכל האמצעים האפשריים לריפוי ללא כריתת הרחם. לכן, כשהאבחנה מראה על שלב טרום-סרטני או התחלתי של סרטן צוואר הרחם, והגידול הוצא, אפשר במקרים רבים לשמור על צוואר הרחם ועל הרחם מבלי לכרות אותם, וכך לאפשר לאישה להרות בעתיד. מלבד הרצון להימנע ככל האפשר מכריתת איברי הפוריות, כשהדבר אפשרי, ומבלי לפגוע באיכות הטיפול ובסיכויי ההחלמה, יש אפשרויות נוספות שמטרתן הפחתת הנזק לפוריות שעלול להיגרם כתוצאה מהטיפולים:

- בחירה בטיפולים כימותרפיים והקרנות במינונים ובפרוטוקולים שפוגעים פחות בפוריות, במידת האפשר.
- בעת הקרנות לאגן, אפשר להסיט את השחלות אל מחוץ לאזור המוקרן באמצעות ניתוח לפרוסקופי לפני ביצוע הטיפול, כדי להקטין את הפגיעה. רצוי לבצע את ההסטה סמוך ככל האפשר למועד ההקרנות כדי למנוע מצב של חזרת השחלות למקומן המקורי.
- שימוש בתרופות הורמונליות מסוג GnRH Agonist שתפקידן לדכא את הפעילות השחלתית דיכוי זמני, ובכך להפחית את הנזק שנגרם לפוריות האישה כתוצאה

מהטיפולים הכימותרפיים¹⁹. יעילותה של שיטה זאת בהגנה על השחלות מנזקי טיפול כימותרפי טרם הוכחה בבירור²⁰.

פירוט הדרך השנייה – שמירת אפשרויות לפריות האישה מחוץ לגופה

• **הקפאת עוברים באמצעות הפריה חוץ גופית** – בשיטה זו שואבים ביציות מהאישה לאחר גירוי הורמונלי, ולאחר הפרייתן בזרע הבעל אפשר ליצור קדם עוברים ולהקפיאם לתקופה ממושכת. לאחר הריפוי וההחלמה של האישה²¹, אם מתברר שאכן פוריותה נפגעה, והיא אינה מצליחה להרות באופן ספונטני, או אם מדובר בתקופה ארוכה של מחלה וריפוי ולאחר ההחלמה נוצרת בעיית פוריות בשל גילה המבוגר של האישה, אפשר להפשיר את קדם העוברים ולהחזירם לרחם שלה.

פירוט על הטיפול התרופתי המקדים הובא לעיל בכרך השני, פרק מה – 'טיפול תרופתי לאי פוריות', עמ' 264–266.

פירוט רפואי על תהליך ההפריה החוץ גופית ועל הקפאת קדם עוברים הובא שם, פרק מט – 'הפריה חוץ גופית (IVF)', עמ' 323–333.

• **יתרונות** – השיטה מוכרת ויעילה ומשתמשים בה כבר עשרות שנים. אחוזי ההצלחה גבוהים יחסית, בפרט אצל נשים צעירות וכשני בני הזוג אינם סובלים מבעיות פוריות. עם התפתחות טכניקות חדישות של הקפאה, אחוזי ההצלחה בהחזרת קדם עוברים מוקפאים עלו, והם קרובים לאחוזי ההצלחה בהחזרת קדם עוברים שלא הוקפאו.

• **חסרונות** – ראשית, אי אפשר לבצע תהליך כזה אצל ילדה שטרם הגיעה לבגרות מינית. שנית, כשמדובר באישה שאינה נשואה, יש להשתמש בזרע של תורם כדי ליצור הפריה, ויש בכך בעיות הלכתיות וחברתיות. פירוט הבעיות בשימוש בזרע של תורם הובא לעיל בכרך השני, פרק נה – 'תרומת זרע', בפסקה 'תרומת זרע לפנויה', עמ' 437–442. מגבלה נוספת היא מגבלת הזמן – התהליך של גירוי שחלתי, שאיבת ביציות והפרייתן עשוי להימשך כמה שבועות. המתנה ממושכת כזאת, שמשמעותה היא דחיית הטיפולים למחלת הסרטן לתקופה ארוכה יחסית, עלולה במקרים מסוימים לסכן מאוד את חיי החולה²². מלבד

19. הערת ד"ר אפרת אש-ברודר – שימוש בתרופות אלו נעשה גם במקרים אחרים כגון טיפול באנדומטריוזיס, ולעיתים כחלק מתהליך הפריה חוץ גופית.

20. בתשובה לשאלתנו כתבה לנו ד"ר אפרת אש-ברודר, שבשלהי תקופת הפוריות לעיתים אין התאוששות של פעילות השחלה לאחר מתן GnRH Agonist, והאישה עלולה לאבד את פוריותה.

21. הזמן שבו אפשר להרות לאחר הריפוי משתנה ותלוי בסוג המחלה ובטיפול שניתן.

22. בנוסף לבעיות שפורטו שם, במקרה של שימור פוריות לצרכים עתידיים יש בעיה מציאותית נוספת – חלק ממטרת שימור הפוריות אצל אישה שאינה נשואה הוא לאפשר לה הקמת בית ומשפחה בעתיד. שימוש בזרע של תורם לשם פירוי עתידי לא ישיג את המטרה, כיוון שהאדם שירצה לשאתה לא יסתפק בדרך כלל בילדים שהאישה תלד שאינם ילדיו.

23. הערת ד"ר אפרת אש-ברודר – בעניין זה שוב מודגשת חשיבות הפנייה המוקדמת לרופא פוריות. במקרים שמאפשרים זאת אפשר להתחיל את הגירוי ההורמונלי ללא הכנה רגילה תוך ימים ספורים ומבלי להתחשב במחזור הווסת, דבר שיכול לקצר את זמן הטיפול לכשבועיים.

זאת, התרופות שמסייעות לגירוי השחלתי ולהבשלת הביציות עלולות להגביר את המחלה בסוגים מסוימים של מחלת הסרטן, כגון סרטן השד²⁴.

- **הקפאת ביציות** – שיטה זו מקבילה לשיטה של הפריה חוץ גופית, אך בשיטה זו מקפאים את הביצית ללא הפריה. השיטה עשויה להתאים גם לנשים לא נשואות, אך לא לילדות שאין בשחלותיהן ביציות בשלות. טכניקות ההקפאה וההפשרה שהיו קיימות בעבר, עד לראשית שנות האלפיים, לא היו מוצלחות דיין כדי לאפשר שימוש בביציות מוקפאות עם סיכויי הצלחה טובים. כיום, עם התפתחות טכניקות ההקפאה (ויטריפיקציה – Vitrification, זיגוג), אפשר להקפיא ולהפשר ביציות תוך שמירת איכותן, ולהשתמש בהן לצורך הפריה²⁵. התייחסות מפורטת להליך של הקפאת ביציות הובאה לעיל בכרך השני, פרק מט – 'הפריה חוץ גופית (IVF)', עמ' 359–361.
- **הקפאת ביציות לא בשלות שנשאבו מהשחלה והבשלתן במעבדה (IVM – In Vitro Maturation)** – בשיטה זאת אפשר לשאוב ביציות לא בשלות ולהבשילן בתנאי מעבדה, על ידי גירוי באמצעות הורמונים וגורמי גדילה שונים שמטרתם להפוך אותן לביציות בשלות, שיהיה אפשר להפרות אותן בעתיד באמצעות הפריה חוץ גופית. בשימוש בשיטה זאת אפשר לצמצם במידה רבה את משך הזמן הנדרש לטיפול בשימור הפוריות וכן את הטיפול התרופתי שניתן לאישה לשם כך. החיסרון העיקרי בשיטה הזאת הוא ששיעורי ההפריה, ההריונות והלידות כיום נמוכים באופן ניכר בהשוואה להפריה חוץ גופית רגילה. פירוט נוסף על שיטה זאת הובא לעיל בכרך השני, שם, עמ' 334–335.
- **הקפאת רקמת שחלה** – המטרה בהקפאה היא שימור רקמת השחלה. בהליך ניתוחי פשוט ובטוח יחסית, של לפרוסקופיה²⁶, אפשר להוציא רקמת שחלה עם אלפי ביציות מאחת השחלות. לרוב אפשר להפיק במעבדה מייד כמה ביציות שאפשר להבשילן בתנאי מעבדה (IVM), ואת שאר הרקמה להקפיא, בדרך כלל בצורת פיסות דקיקות. לאחר הריפוי וההחלמה, אם הייתה פגיעה בשחלות שאינה מאפשרת הריון ספונטני,

24. הגירוי ההורמונלי שניתן בדרך כלל לביוץ מוגבר גורם לחשיפה גבוהה לאסטרוגן, שעלול להשפיע לרעה על התגברות המחלה. מתן פרוטוקולים מותאמים מיוחדים שכוללים תרופות מגינות מפני החשיפה לאסטרוגן עשוי למזער את הבעיה הזאת.

25. הערת ד"ר אפרת אש-ברודר – בכל זאת, כשיש אפשרות להקפאת עוברים, עדיפה הקפאת עוברים על פני הקפאת ביציות, כיוון שסיכויי ההצלחה בהשגת הריון טובים יותר.

26. הסבר הובא לעיל בכרך השני, פרק מז – 'היסטרוסקופיה ניתוחית ולפרוסקופיה', עמ' 282–283.

אפשר להחזיר לאישה את רקמת השחלה ולנסות ולהגיע להריון ספונטני, או לחילופין – באמצעות טיפול תרופתי לעורר התפתחות של זקיקים והבשלת ביציות לשם ביצוע הפריה חוץ גופית. היתרון המרכזי שיש בשיטה זאת הוא האפשרות להשתמש בה גם אצל נערות וילדות²⁷. מלבד זאת, בניגוד להליכי הפריה שתוארו לעיל, שבהם אפשר להשיג מספר קטן יחסית של קדם עוברים מוקפאים או ביציות מוקפאות, בתהליך כזה אפשר לעורר ייצור של ביציות רבות.

החיסרון העיקרי בשיטה הזאת הוא הסיכון של נוכחות תאים ממאירים ברקמה המוקפאת, שעלולים לעורר מחדש את הגידול אם ישתילו אותם בגופה לאחר החלמתה, ולכן שיטה זו יכולה להתאים יותר במחלות שבהן אין גרורות שחלתיות²⁸. כמו כן, למרות ששיטה זאת נחקרת כבר תקופה ארוכה, עדיין הניסיון המעשי ביישומה אינו רב. בשנים האחרונות דווחו הריונות ולידות בקרב נשים שעברו השתלת קטעי שחלה שהוקפאה, אך המספר עדיין נמוך יחסית. בנוסף לכך, מדובר בהליך ניתוחי המתבצע בשלב שבו האישה חולה.

• **תרומת ביצית** – במקרים שבהם הטיפולים פגעו פגיעה בלתי הפיכה במאגר הזקיקים בשחלות האישה ולא בוצע שימור פוריות, עדיין יש לאישה אפשרות להרות וללדת באמצעות תרומת ביצית.

התייחסות מפורטת לתרומת ביצית מבחינה רפואית, משפטית והלכתית, הובאה לעיל בכרך השני, פרק נב – 'תרומת ביצית', מעמ' 380 ואילך.

• **פונדקאות** – במקרים שבהם נאלצו לכוות את הרחם של האישה, או במקרים שבהם הטיפולים פגעו פגיעה בלתי הפיכה באפשרות של הרחם להחזיק את ההריון, אפשר להיעזר בפונדקאות.

התייחסות מפורטת לפונדקאות מבחינה רפואית, משפטית והלכתית, הובאה שם, פרק נג – 'פונדקאות', מעמ' 401 ואילך.

התייחסות להשתלת רחם הובאה לעיל, פרק פב – 'כריתת רחם ותחליפיה', בפסקה 'השתלת רחם', עמ' 36-37.

שימור פוריות אצל נשים – הלכות

קנה אֶל ה' חֶזֶק וַיֵּאֱמַן לִבָּךְ וְקָנָה אֶל ה'.

תהלים כז, יד

ב. לעיתים בגלל הקושי של המחלה, קושי פתאומי שמסיח את הדעת מעניינים אחרים ומרַכֵּז אליה את כל תשומת הלב, הדעת אינה נתונה להשלכת הטיפולים על הפוריות

27. אין להתעלם משאלות אתיות סביב הסכמה מדעת של ילדה על ביצוע ניתוח כה משמעותי. כדי להציל את הפוריות של ילדות ונערות כאלה יש צורך בשיתוף פעולה רב-מחלקתי בין הגינקולוגים, האונקולוגים, ההמטולוגים, רופאי הילדים ולעיתים גם רופאי המחלקה להשתלת מח עצם.

28. בביציות שנלקחות מהרקמה ומובשלות ומוקפאות מחוץ לגוף האישה לא קיים חשש כזה, בניגוד לחשש שקיים בהחזרה של רקמת שחלה.

שנראית רחוקה ולא מעשית, לפחות בפרק הזמן הקרוב. אבל ההשקפה היהודית מלמדת אותנו שצריך להאמין ולקוות שהאדם יתרפא, ולכן קודם ביצוע הטיפולים למחלת הסרטן אצל נשים שטרם עברו את גיל הפרייון, הכרחי להתייחס לנושא של שימור הפוריות.

ג. מלבד התועלת הרפואית הברורה של שימור היכולת ללדת בעתיד, שימור הפוריות משמש בעצמו הצהרה של האדם באמונה שהוא יכול להתרפא, והוא עשוי להוביל את האדם להסתכלות אופטימית יותר, שחיונית כל כך לאדם החולה ויכולה לסייע לו להתרפא ממחלתו. גם הידיעה שיש לאדם פוטנציאל לפוריות עשויה לשמש לו גורם ממריץ לרצות להתרפא, כדי לזכות לצאצאים בעתיד. כך האדם מגייס לצורך הריפוי שלו גם את הרצון האוניברסלי הטבעי והחזק של העמדת הדור הבא. לכן ההמלצה היא לחשוב חשיבה חיובית, ולנסות לעשות את כל המאמצים כדי לשמר את הפוריות לימים טובים יותר, שיבואו בעזרת ה'.

ד. כדאי להציע אפשרות לשימור הפוריות גם לאישה שחושבת שלא תרצה עוד ילדים. לפעמים כל כך מרוכזים במחלה, ששאר הנושאים מתגמדים לעומתה, והאישה משוכנעת שלא תרצה להרות עוד לעולם. אבל לעיתים, לאחר שהאישה מתרפאת, מערכת המושגים והחשיבה משתנה אצלה לחלוטין, והיא עלולה להצטער על כך שלא שימרה את פוריותה.

ה. למרות שאישה לא מצווה על פרייה ורבייה²⁹, בכל זאת יש לה זכות ושותפות בקיום המצווה הזאת³⁰, וכן חובה מסוימת למצווה של 'לְשַׁבֵּת יִצְרָה'³¹. לכן מותר לה להיכנס לסיכונים מסוימים כדי לשמר את פוריותה, לדוגמה, ניתוח שנועשה בהרדמה³². האישה תשקול עם הרופא המטפל את סוג ההליך של שימור הפוריות שביצוע אצלה, בהתאם למצבה ובהתחשב ברמת הסיכון של עיכוב בטיפול למחלה בשל הרצון לשימור הפוריות. כך לדוגמה, אם מבחינה רפואית הקתנה של כמה שבועות לפני התחלת הטיפולים למחלה עלולה לפגוע בסיכויי ההחלמה של האישה, יש להעדיף טיפולים מיידיים כגון IVF והקפאת רקמת שחלה על פני ביצוע הפריה חוץ גופית והקפאת קדם עוברים או הקפאת ביציות.

ו. מותר לאישה לקבל זריקה לדיכוי זמני של השחלות והמערכת ההורמונלית כדי למנוע פגיעה בהן, וכן מותר לה לקחת סיכון של הסטת השחלות כדי שלא תיפגענה. כמו כן,

29. ראה לעיל בכרך השני, פרק כה – 'פרייה ורבייה', עמ' 15, הלכה ב.

30. ראה שם, עמ' 18, הלכה יד.

31. ראה שם, עמ' 19, הלכה טו.

32. ראה שם, פרק מט – 'הפריה חוץ גופית (IVF)', בפסקה 'נטילת סיכון בטיפולי פוריות', עמ' 346, שמותר לאישה לקחת סיכון מסוים כדי שתוכל לזכות בילדים.

אומנם אין להסתכן ביותר לשם הולדת ילדים, ראה התייחסות ופירוט לעיל בכרך השלישי, פרק נח – 'הריון בסיכון גבוה', בפסקה 'עד כמה מותר לאישה להסתכן כדי להרות', עמ' 34–36.

מותר לה להקפיא רקמת שחלה לפני ביצוע טיפולים³³. אומנם במקרה שבו הסיכוי שהיא תשתמש ברקמת השחלה הוא נמוך, יש מי שהורה שאף על פי שעדיין יש מקום להתיר את ההקפאה, אין להמליץ על כך, שכן במצב כזה התועלת העתידית אינה מצדיקה את הסיכון³⁴.

ז. אם מבחינה רפואית יש מספיק זמן לביצוע הפריה חוץ גופית והקפאת קדם עוברים, מותר לבעלה של האישה לתת זרע להפריה, ואף ראוי לעשות כן כדי להכין קדם עוברים³⁵. היתר כזה קיים גם אם בני הזוג קיימו כבר פרייה ורבייה, דהיינו שיש להם כבר בן ובת³⁶.

ח. בכל מקרה של שימור פוריות, חיוני שיהיה פיקוח הלכתי, שמוודא שהזרע והביציות שייכים בבירור ובוודאות לאדם מסוים או לבני זוג מסוימים. כמו כן, צריך פיקוח הלכתי בהקפאה של רקמת שחלה. חשוב לא לוותר על פיקוח הלכתי, גם כדי שאפשר יהיה לעמוד בגדרים ההלכתיים וגם כדי להיות רגועים מבחינה נפשית³⁷.

התייחסות לשמירה או להשמדה של קדם עוברים מוקפאים או ביציות מוקפאות במקום שכבר אין בהם צורך הובאה לעיל בכרך השני, פרק מט – 'הפריה חוץ גופית', בפסקה 'מעמד הביציות המופרות (קדם עוברים)', עמ' 355–358³⁸.

33. ראה לעיל בכרך השלישי, פרק עט – 'סירוס', בפסקה 'סירוס זמני של אישה', עמ' 437–438, הלכה טז, שאין איסור סירוס זמני אצל אישה. כאן ההיתר מרווח עוד יותר, כיוון שמטרת הפעולה הרפואית היא להפחית את הסיכון לסירוס קבוע. התייחסות הלכתית לסיכון שכרוך בפעולות ניתוחיות כאלה הובאה בהלכה הקודמת. הרב יעקב אריאל, גינקולוגיה, גנטיקה, פוריות ויילודים לאור ההלכה, חלק ב, עמ' 58–59. כך גם הורה הרב מרדכי אליהו בפגישתו עם רבני פוע"ה, כ"ג באדר תשס"א, ואף המליץ לעשות כן אצל אישה שאין לה ילדים. ראה גם הרפואה כהלכה, חלק שני, שער ב, סימן ג, פרק א, ט.

34. הרב מרדכי אליהו בפגישתו הנ"ל עם רבני פוע"ה. המקרה שהרב נשאל עליו היה של אישה בת שלושים וחמש שהיו לה חמישה ילדים.

35. ראה לעיל בכרך השני, פרק מט – 'הפריה חוץ גופית (IVF)', עמ' 347–348, שיש המלצה להקפאת זרע לפני ביצוע הפריה חוץ גופית גם כשאין ודאות שישתמשו בו, כל עוד הוא מיועד לשימוש עתידי אפשרי. כך גם בנידון כאן, אף על פי שאין ודאות שישתמשו בקדם העוברים הללו, מותר לתת זרע כדי ליצור קדם עוברים מוקפאים, כיוון שהמטרה היא לאפשר שימוש עתידי בהם. ראה גם בפרק הבא – 'אונקולוגיה – סרטן אצל גברים', עמ' 102, שכשמדובר בגבר נשוי, לכל הדעות התירו הקפאת זרע לפני ביצוע הטיפולים לצורך שימור פוריות, והוא הדין אצל אשתו. ראה גם הרפואה כהלכה, שם.

אומנם לכאורה קיימת אפשרות של הקפאת ביציות ללא מתן זרע, אולם הניסיון שהצטבר עד כה בארץ אינו מספיק כדי לומר בבירור שאין עדיפות לקדם עוברים מוקפאים על פני ביציות מוקפאות. ראה גם את דברי ד"ר אפרת אש-ברודר, שהובאו לעיל בהערה 25.

36. הרב זלמן נחמיה גולדברג בפגישתו עם רבני פוע"ה, ט"ז באייר תשס"ג. מסתבר שפוסקים שאסרו לבצע טיפולי פוריות לזוגות שכבר קיימו פרייה ורבייה (ראה לעיל בכרך השני, פרק מח – 'הזרעה מלאכותית (IUI)', עמ' 300–301, הלכה יח, ושם פרק מט – 'הפריה חוץ גופית (IVF)', עמ' 344, הלכה ט), יאסרו על זוגות כאלה גם לתת זרע לשימור פוריות באמצעות יצירת קדם עוברים.

37. פירוט והתייחסות הובאו לעיל בכרך השני, פרק נו – 'פיקוח הלכתי', מעמ' 457 ואילך.

38. התייחסות לשאלה האם מותר לאישה לתרום ביציות לצורך אישה אחרת, שיש לה השלכה מעשית במקרה שלפנינו – אם האישה הקפיאה את הביציות שלה ולאחר מכן נפטרה, האם מותר להשתמש בביציות לצורך אישה אחרת, הובאה שם, פרק נב – 'תרומת ביצית', עמ' 397, הלכות כה–כח.

התייחסות הלכתית להקפאת ביציות לשימור פוריות לרווקות או לפנויות שהגיעו לגיל מבוגר וחוששות לאבד את פוריותן הובאה לעיל שם, עמ' 361.

השתלת קטעי שחלה מתורמת³⁹

הפסקה דלהלן אינה קשורה ישירות לפרק על סרטן, אך הובאה כאן בהקשר הכולל של פגיעה בפוריות ושימור האפשרות להרות וללדת למרות הפגיעה⁴⁰.

במקרה של פגיעה בלתי הפיכה במאגר הביציות שנמצאות בשחלות האישה עקב טיפול במחלת הסרטן או מסיבות אחרות, נחקרה האפשרות להשתיל לאישה כזאת קטעי שחלה מאישה אחרת שתהיה מוכנה לתרום אותם.

ההצעה שהועלתה היא להוציא מהתורמת רקמה שמכילה חלק מהשחלה, עם הזיקים והביציות שבתוכה, ולהשתיל אותה אצל האישה הנתרמת. במידה שההשתלה מצליחה, הרי יש לנתרמת מקטע שחלה תקין אשר בעזרתו היא מבייצת כרגיל, והדבר מאפשר לה להרות בטבעיות.

כבר בשנת תרס"ו (1906) דיווח הרופא ד"ר רוברט טוטל מוריס (R. T. Morris) על הריון ולידה לאחר השתלת שחלה מאישה לחברתה⁴¹. הדיון הרפואי בשאלת אמיתות העובדות שתוארו במאמרו נמשך כמה עשרות שנים, וגרם גם להתעוררות של דיון הלכתי בנושא, כפי שיובא להלן, אולם בסופו של דבר התברר שבמציאות לא אירע שום הריון לאחר השתלת השחלות⁴².

בשנת תשס"ה (2005) פרסם ד"ר שרמן סילבר (S. J. Silber) מאמר שמתאר השתלת קטעי שחלה בין תאומות זהות. כפי שדווח, אישה בת עשרים וארבע ילדה בת בריאה לאחר שעברה השתלת שחלה מתאומתה הזוהה. האישה נכנסה לגיל הבלות כבר בגיל ארבע עשרה, מסיבות לא ידועות. לאחר שני ניסיונות כושלים של הפריה חוץ גופית,

התייחסות למקרה שבו האישה נפטרה והותירה אחריה קדם עוברים מוקפאים, ויש בקשה להשתמש בהם לתרומת עובר, הובאה שם, עמ' 398, הלכה כט.

39. הפסקה הבאה מבוססת על מאמרו של הרב גדעון ויצמן, 'השתלת שחלות בעיני ההלכה', תחומין לא (תשע"א), עמ' 48–52, וכן על הרקע ההלכתי-הרפואי לשאלה 'תרומת קטע שחלה', שו"ת פוע"ה – פוריות, יוחסין וגנטיקה, עמ' 306–309.

40. הערת ד"ר אפרת אש-ברודר – הדיווחים שיתוארו להלן על השתלת קטעי שחלה מתורמת, מתייחסים באופן כללי למצבים של כשל שחלתי מוקדם ולא דווקא כתוצאה מסרטן.

41. ראה:

'A Case of Heteroplastic Ovarian Grafting Followed by Pregnancy and the Birth of a Living Child', Medical Record 69:18 (May 5, 1906), p. 697.

42. ראה:

W. L. Estes Jr., P. L. Heitmeyer, 'Pregnancy Following Ovarian Implantation', American Journal of Surgery 24:3 (June, 1934), pp. 563-581.

ראוי לציין שטרם הוכח האם ד"ר מוריס טעה בעצמו או שמא הטעה את ציבור הרופאים. בעניין זה ראה:

H. Simmer, 'Robert Tuttle Morris (1857-1945): A Pioneer in Ovarian Transplants', Obstetrics and Gynecology 35:2 (February, 1970), pp. 314-328.

הסכימה אחותה התאומה, שהיו לה כבר שלושה ילדים, לתרום לה אחת משחלותיה, ולאחר כמה חודשים האחות הנתרמת הרתה וילדה בת⁴³. מאז דיווח ד"ר סילבר על כמה השתלות שהביאו להריונות וללידות נוספים, כולן בתאומות זהות⁴⁴. לעת עתה, השתלה כזאת הצליחה רק בין תאומות זהות, מפני שהשתלה מאישה בעלת מטען גנטי שונה מחייבת נטילת תרופות שמדכאות את המערכת החיסונית, כדי למנוע דחייה של השתל על ידי הגוף שמזוהה אותו כגוף זר, ובדרך כלל מונעות אפשרות להרות⁴⁵. אולם ייתכן שהתהליך יתאפשר גם אצל נשים נוספות, עם פיתוחן של תרופות מדכאות חיסון, שנסבלות טוב יותר ומאפשרות הריון במקביל. המגמה היא להגיע בעתיד למצב שבו ייווצר מאגר של 'בנק' שחלות שיהיו מוקפאות וניתנות להשתלה לפי הצורך. חשוב להדגיש שגם לאחר השתלת השחלה בגוף האישה הנתרמת, היא אינה מייצרת ביציות חדשות, וההריון נוצר מהביציות של האישה התורמת⁴⁶.

השתלת קטעי שחלה מתורמת – דיון הלכתי

והנה בדרך אגב אביא בזה שאלה חדשה, לרגלי המצאה חדשה, אשר המציאו כעת, לפקוד עקרות באופן זה: חותכים את השלל של ביצים מאשה בעלת בנים, ומחברים אותו בחדרי בטן העקרה, ועל ידי זה תיבנה העקרה ותהיה לבת בנים.

43. למאמרו של ד"ר סילבר ושותפיו למחקר, ראה:

'Ovarian Transplantation between Monozygotic Twins Discordant for Premature Ovarian Failure', *New England Journal of Medicine* 353;1 (July 7, 2005), pp. 58-63.

44. ראה:

'A Series of Monozygotic Twins Discordant for Ovarian Failure: Ovary Transplantation (Cortical versus Microvascular) and Cryopreservation', *Human Reproduction*, Vol. 23 No. 7 (July 2008), pp. 1531-1537.

'Duration of Fertility after Fresh and Frozen Ovary Transplantation', *Fertility and Sterility*, Vol. 94 No. 6 (Nov. 2010) pp. 2191-2196.

45. ד"ר סילבר אמר לרב גדעון ויצמן שהוא יהיה מוכן לבצע פעולה כזאת גם אצל אחיות שאינן תאומות זהות וכן בין קרובות משפחה אחרות, כל עוד יש להן רמה גבוהה של התאמה.

הערת ד"ר אפרת אש-ברודר – במאמר סיכום של ד"ר סילבר משנת 2016 תוארו שני מקרים של השתלת קטעי שחלה בין אחיות שאינן תאומות.

46. אומנם לאחרונה פורסמו מאמרים מדעיים שטוענים שהראו שיש אפשרות גם לייצור ביציות חדשות בשחלה. ראה:

J. L. Tilly, Y. Niikura, B. R. Rueda, 'The Current Status of Evidence for and Against Postnatal Oogenesis in Mammals: A Case of Ovarian Optimism Versus Pessimism?', *Biology of Reproduction* Vol. 80 No. 1 (Jan. 2009), pp. 2-12.

K. Zou, et al., 'Production of Offspring from a Germline Stem Cell Line Derived from Neonatal Ovaries' *Nat. Cell Biol.* Vol. 11 No. 5 (May 2009), pp. 631-636.

ממצאי המאמרים הללו שנויים במחלוקת. ראה:

'Making New Eggs in Old Mice', *Nature* 11.4.2009.

ובישיבת חברת הרופאים בשיקאגו, בשנת תרע"א, דנו על אודות עקרה אחת, שנתרפאה על ידי המצאה זו וילדה, ונתעוררה שם על זה שאלה ביולוגית ומשפטית, מי היא אם הילד? אם האשה הלזו שהרה וילדה, או האשה שממנה נטלו אברים, שגרמה ליצירת הוולד? ויש מהם שהרחיקו ללכת הלאה ולחקור, אם אין כאן גם צד פגישה ואיסור ערוה אצל הבעל שהוליד ולד באמצעות אשת איש? וגם אם אין הוולד זרע פסול.

הרב יקותיאל אריה קאמעלהאר, התלמוד ומדעי התבל⁴⁷, שער ג, ענף כה, עמ' מד

לכבוד ידידי הגדול והחריף וכו'

על דבר התחבולה אשר המציאו הרופאים לחתוך כלי ההולדה מאשה חיה ולחברם בגוף אשה עקרה, ועל ידי כך תהיה מוכשרת להוליד. ושאל חוות דעתי להלכה, מי היא אם הילד אשר יוולד על ידי תחבולה זו, הראשונה או השנייה, וכמה נפקא מינא לעניין דינא.

תשובה: בקצרה הנני משיב מפני הכבוד, כי אנכי רחוק לבי להאמין לקול השמועה הזאת. אך אם בכל זאת יתאמתו הדברים, הנה לכתחילה בוודאי אסור לעשות כן, אף אם לא יהיה סכנה בדבר, מטעם סירוס האשה הראשונה. שגם סירוס האשה אסור על כל פנים מדרבנן, ולדעת קצת באיסור עשה. אך אם עברו ועשו, לענ"ד הוולד הוא בן של השנייה לכל דבר. והמקור הנפתח להלכה זו לענ"ד הוא הדין המבואר בש"ס סוטה (מג, ב) ילדה שסיבכה בזקנה לעניין ערלה. ועיין היטב רש"י שם ור"ן פרק קמא דראש השנה...

והנני מוקירו,

בנימין אריה הכהן ווייס, האבד"ק טשערנאוויץ והגליץ.

הרב בנימין אריה הכהן ווייס, שו"ת אבן יקרה, מהדורה תליתאה, סימן כט

הדיון ההלכתי כאן דומה לדיון לגבי תרומת ביצית ופונדקאות, שגם בהן יש ביציות של אישה אחת, שמופרות ומתפתחות ברחמה של אישה אחרת. אולם יש גם הבדל בין המקרים, מפני שבתרומת ביצית הביצית הופרתה במבחנה, ורק אחר כך העבירו את קדם העובר לרחמה של הנתרמת, וייתכן שמבחינה הלכתית נקבע יחס האימהות כבר בזמן העיבור, וממילא בעלת הביצית תיחשב לאם. מה שאין כן בתרומת שחלה, שלאחר ההשתלה השחלה יונקת מגופה של הנתרמת, והביציות הפכו להיות שלה, כמו כל איבר אחר שמושתל בגוף. לפי זה יש סברה חזקה יותר שהילד שייוולד יתייחס לאישה שילדה אותו.

הנה אף שנחלקו הדעות בעניין אישה שקיבלה תרומת ביצית, האם הוולד מתייחס אחר אמו שמתוך רחמה יצא ונולד, או שמא ייחשב לפי ההלכה בן לבעלת הביצית שממנה התפתח העובר... נראה פשוט, דאין זה אלא בתרומת ביצית, אבל תרומת אבר או חלק מאבר, מילתא דפשיטא דהאבר הנקלט נעשה כחלק מגוף האדם לכל דבר ועניין, וכמו דפשיטא לן בכל האברים, דהלוא אי אפשר שהלב הפועם

47. לבוב, פולין, תרפ"ח (1928).

בחזה של פלוני יהיה הלב של אלמוני, ופלוני ייחשב כמת שאין לו לב... כך גם אבר זה, מאחר שנקלט בגוף האישה, פשוט שהביציות שהוא מפריש הן של האישה שבגופה הושלל אבר זה, והילדים יתייחסו אחריה...

והנה לא נתברר לי בירור מדעי האם היילוד יהיה עם התכונות הגנטיות של התורמת או המושתלת, ולכאורה יהיו של התורמת, ואף על פי כן נראה, דאין לזה משמעות הלכתית, והם ייחשבו כילדי המושתלת, כן נראה לענ"ד.

הרב אשר וייס, שו"ת פוע"ה – פוריות, יוחסין וגנטיקה, עמ' 311-312

ולפי עניות דעתי, אין שום חילוק בין ביציות לשחלה או חלק ממנה, דהרי כשמעבירים השחלה, מעבירים אותה עם הביציות שנולדו ברחם הגייה, והווי בניה של הגייה, וההיתר היחידי הוא לגייר הוולד בקטנותו על ידי בית דין, ואיני רואה שום נפקא מינה בין השחלה ובין הביציות.

ואולם אם יהיה מצב שיעבירו שחלה מגייה ליהודיה, ואחר שיעברו אותן ביציות שהיו באותה שחלה, תייצר ביציות חדשות משלה, בזה יש מקום לדון מחדש.

הרב שלמה משה עמאר, שו"ת פוע"ה, שם, עמ' 314-315

מלבד עניין הייחוס, יש שאלות הלכתיות נוספות שצריך לדון בהן: האם מותר לאישה לתרום שחלה לחברתה או שיש בזה איסור חבלה עצמית, וכן האם יש בתרומת שחלות משום איסור סירוס באישה התורמת, שכן למרות שמוציאים בפעולה הרפואית רק קטע קטן משחלות האישה התורמת ואין היא מתעקרת כתוצאה מהפעולה, עדיין עלולה להיגרם לאישה התורמת בלות מוקדמת, כלומר, סיכוייה ללדת בעתיד יהיו נמוכים יותר⁴⁸, והשאלה היא האם יש בכך איסור סירוס.

הלכות

ט. אין איסור עריות בתרומת שחלה לקרובת משפחה, כגון אחות⁴⁹. לפי הסוברים שהוולד מתייחס לנתרמת ולא לתורמת, ראה להלן הלכה יב, אין כאן שום חשש⁵⁰. אך גם לדעות שמייחסות את הוולד לתורמת אין מקום לחשש, כיוון שאיסור עריות הוא דווקא בביאה ולא בתרומת קטע שחלה⁵¹.

48. כך לדברי ד"ר שרמן סילבר, בשיחתו עם הרב גדעון ויצמן, ראה תחומין, שם, עמ' 52.

49. התלמוד ומדעי התבל, שער ג, ענף כה, עמ' מד. שו"ת בית אבי, קונטרס 'רופא כל בשר', סוף חלק א. שו"ת באהלה של תורה, חלק ו, סימן ג. הרב דוב ליאור, הרב מאיר ניסים מאזוז, הרב אביגדר נבנצל והרב יהושע נויבירט, תשובה לשאלת הרב מנחם בורשטיין, אייר תשס"ז, שו"ת פוע"ה – פוריות, יוחסין וגנטיקה, עמ' 319-322. כך גם נראה בפשטות מדברי הסוברים שהוולד מתייחס אחרי הנתרמת, ראה להלן, הלכה יב. לעומת זאת, ראה תשובת הרב שמאי קהת הכהן גרוס לשאלה הנ"ל (שו"ת פוע"ה, שם, עמ' 320), שכתב שמדובר במחלוקת גדולה בין הפוסקים ואינו יכול להכריע בשאלה זאת, וכתב כן לטעמו שלא הכריע גם בשאלת היחס, ראה להלן, הערה 63. כמו כן, מסתבר שהוא חושש לשיטות הסוברות שיש חשש ממזרות גם ללא קיום ביאת איסור, ראה לעיל בכרך השני, פרק נה – 'תרומת זרע', עמ' 445, הלכה ל.

50. שו"ת בית אבי, שם. הרב מאיר ניסים מאזוז, הרב אביגדר נבנצל, בתשובותיהם הנ"ל, שו"ת פוע"ה, שם.

51. שו"ת בית אבי, שם. שו"ת באהלה של תורה, שם. הרב דוב ליאור והרב יהושע נויבירט, שו"ת פוע"ה, שם. לדעת הרב ליאור חשש הממזרות בתרומת שחלה קטן יותר מאשר בתרומת ביצית או בפונדקאות. וראה לעיל בכרך

- י. אין איסור סירוס בתרומת מקטע מהשחלה לאישה אחרת⁵², מכיוון שהפעולה אינה גורמת לעקרות ישירה של האישה, על אף שהיא עלולה לגרום לבלות מוקדמת, כפי שנכתב לעיל, ועל כן אין כאן פגיעה ישירה באיברי ההולדה אלא מדובר בגרמא בלבד⁵³. זאת ועוד, קטע השחלה שהושלל ממשיך לתפקד אצל אישה אחרת⁵⁴. ויש שחששו לאיסור⁵⁵.
- יא. אין לחשוש לאיסור חובל ומכניסה לסכנה בתרומת קטע שחלה⁵⁶, כיוון שמדובר בניחוח פשוט יחסית שאין בו סיכון ממשי⁵⁷, ויש שהוסיפו שיש בכך מצווה גדולה⁵⁸. לעומת זאת, יש שהורו שאין לאישה להסתכן בביצוע ניתוח לתרומת קטע שחלה⁵⁹.
- יב. אישה שקיבלה תרומת שחלות או קטעי שחלה מאישה אחרת, והצליחה להרות וללדת ילדים בעקבות כך, הילדים שייולדו לה מתייחסים אליה, כיוון שהשחלה שהושלתה בגופה בטלה לגוף שבו הושלתה⁶⁰. ואפילו לפי הסוברים שבתרומת ביצית הוולד מתייחס אחרי תרומת הביצית ולא אחרי היולדת⁶¹, כאן שונה הדין כיוון שעוד בטרם ההריון התבטלה השחלה בגוף האישה
-
- השני, שם, עמ' 445–446, הלכות ל, לב, שלדעת רוב הפוסקים אין לחשוש ליצירת ממזרות בטיפולי פוריות שאינם דרך ביאה.
52. שו"ת באהלה של תורה, שם. הרב שמאי קהת הכהן גרוס, הרב אברהם יצחק הלוי כלאב והרב מאיר ניסים מאזוז, תשובה לשאלת הרב מנחם בורשטיין, הנ"ל, שו"ת פוע"ה, שם, עמ' 318, 320–321. הרב גדעון ויצמן, תחומין שם.
53. שו"ת באהלה של תורה, שם. הרב אברהם יצחק הלוי כלאב והרב מאיר ניסים מאזוז, בתשובה הנ"ל. הרב גדעון ויצמן, תחומין, שם.
54. שו"ת באהלה של תורה, שם.
55. הרב דוב ליאור והרב אביגד נבנצל בתשובותיהם הנ"ל. גם שו"ת אבן יקרה (מהדורה תליתאה, סימן כט, המצוטט כאן), חשו לאיסור סירוס, אך נראה שדבריו שם התייחסו למצב שבו מוציאים מהאישה את השחלות במלואן.
- הרב יהושע נויבירט (בתשובתו הנ"ל) כתב שיש להתייעץ עם מומחה לגבי מידת הפגיעה בפוריות האישה התורמת.
56. שו"ת באהלה של תורה, שם. הרב שמאי קהת הכהן גרוס, אברהם יצחק הלוי כלאב, הרב מאיר ניסים מאזוז, והרב יהושע נויבירט, בתשובותיהם הנ"ל.
57. הרב אברהם יצחק הלוי כלאב, הרב מאיר ניסים מאזוז, בתשובותיהם הנ"ל.
58. שו"ת באהלה של תורה, שם. הרב אברהם יצחק הלוי כלאב, הרב מאיר ניסים מאזוז, בתשובותיהם הנ"ל. הרב יהושע נויבירט, בתשובתו הנ"ל, כתב שתבוא עליה ברכה.
59. הרב דוב ליאור והרב אביגד נבנצל, בתשובותיהם הנ"ל. הרב ליאור הוסיף שאין זה דומה לתרומת איבר להצלת אדם אחר, כיוון שבתרומת קטע שחלה אין הצלת חיים.
60. שו"ת אבן יקרה, שם. התלמוד ומדעי התבל, שם. שו"ת בית אבי, שם. שיעורי תורה לרופאים, חלק ד, סימן רנו. הרב שלמה דיכובסקי, הרב אשר וייס, הרב אברהם יצחק הלוי כלאב, תשובה לשאלת הרב מנחם בורשטיין מיום כ"ח בסיוון תשס"ה, שו"ת פוע"ה, שם, עמ' 310–313. הרב אברהם יצחק הלוי כלאב, הרב מאיר ניסים מאזוז, הרב אביגד נבנצל (וראה להלן הערה 64), הרב יהושע נויבירט, תשובה לשאלת הרב מנחם בורשטיין, אייר תשס"ז, שו"ת פוע"ה, שם, עמ' 318, 320–322. הרב גדעון ויצמן, תחומין, שם, עמ' 48–52. ראה צבי רייזמן, 'השתלת שחלות', ישורון כא (תשס"ז), עמ' תקסה-תקפב, וברץ כצבי – פוריות, סימנים ג-ד. ראה גם רפואה, מציאות והלכה, סימן כד, עמ' 286–288, ושם, הערה 7, שדחה את דברי הטוענים שכיוון שהביציות נמצאות כבר בעולם הן אינן בטלות, שכן הביצית עדיין אינה תא שלם שיכול להתפתח לעובר, ורק לאחר ההפריה נוצר תא אחד שלם. לפי הסוברים שבתרומת ביצית הוולד מתייחס אחרי היולדת (ראה לעיל בכרך השני, פרק נב – 'תרומת ביצית', עמ' 385–387), ברור שבהשתלת שחלות הוולד יתייחס אחר היולדת.
61. ראה לעיל בכרך השני, שם, עמ' 384–385.

הנתרמת⁶². ויש שהסתפקו בכך, כיוון שהם מסופקים בייחוס הוולד לתורמת הביצית בתרומת ביצית, ולדעתם הספק קיים גם בתרומת שחלה⁶³. ויש שכתבו שהילדים מתייחסים לתורמת השחלה, לפי שיטתם, שגם בתרומת ביצית הולכים אחרי תורמת הביצית, ואין לחלק בין תרומת ביצית לתרומת קטעי שחלה, כיוון שגם בתרומת שחלה הביציות נוצרו בגופה של התורמת⁶⁴.

מניעת הריון בזמן מחלת הסרטן

ההתמודדות עם מחלת הסרטן תובעת מהאישה מאמץ אדיר וגיוס כל כוחותיה הגופניים והנפשיים כדי להבריא. כשמגייסים את כל הכוחות, רפואתה של האישה ממחלתה קודמת להריון. בנוסף לכך, יש מצבים רפואיים שבהם אסור לאישה להרות, כיוון שהטיפול למחלת הסרטן עלול לגרום נזק לעובר.

מסיבות אלה יש להשתמש בשיטות אמינות למניעת הריון במהלך הטיפול ועד לשנה לאחר מכן. על אף שכימותרפיה עלולה להפחית את הפוריות, קיימת אפשרות שאישה שעוברת טיפול כימי תהרה במהלך הטיפול. תופעות הלוואי של כימותרפיה, כגון בחילה ושלשול, עלולות להפחית את יעילות הגלולה למניעת הריון. כאשר אמצעי המניעה שהאישה משתמשת בו הוא התקן תוך רחמי, יש להתייעץ עם הרופאים המטפלים לפני התחלת הטיפול הכימי או הקרינתי. פעמים רבות אפשר להשאיר בזמן הטיפולים את ההתקן במקומו, אולם לעיתים יש להוציא אותו כדי להימנע מסיבוכים, כגון דימום מוגבר, בזמן הטיפול הכימי. לכן, בכל מקרה, חיוני להתייעץ עם הרופא המטפל לא רק על עצם מניעת ההריון אלא גם על האפשרויות השונות למניעת ההריון.

הלכות

יג. אישה שחולה במחלת הסרטן, ומבחינה רפואית אסור לה להרות מחשש לסיכון, גם מבחינה הלכתית אסור לה להרות ועליה למנוע הריון. כמובן, יש לברר היטב מבחינה רפואית את המצב ולקבל חוות דעת רפואית מהימנה. כשמצבה הרפואי של האישה משתפר ומשתנה, גם ההוראה ההלכתית עשויה להשתנות בהתאם. התייחסות נוספת

62. הרב שלמה דיכובסקי, הרב אשר וייס והרב אביגדור נבנצל בתשובותיהם הנ"ל, שו"ת פוע"ה, שם. ראה גם הרב מנחם מנדל שפרן, שו"ת בענייני רפואה, עטרת שלמה, חלק ה, תש"ס, עמ' עו, שהוא עצמו סבור שגם בתרומת ביצית הולכים אחר היולדת, אך הוסיף שלדעתו אף החולקים לא יחלקו בתרומת שחלות.

63. הרב שמאי קהת הכהן גרוס והרב דוב ליאור, בתשובותיהם הנ"ל, שו"ת פוע"ה, שם. הרב משה שאול קליין בשם הרב שמואל הלוי ואזנר, בתשובה בעל פה לצבי רייזמן, אדר א' תשס"ח, רץ כצבי, שם, ובישורון, שם, עמ' תקפ-תקפא, אך ראה לעיל בכרך השני, שם, עמ' 386, הערה 19, שדעת הרב ואזנר כפי שכתב בפירוש בשו"ת שבט הלוי, שבתרומת ביצית הולכים אחרי היולדת, וצריך עיון.

64. שו"ת באהלה של תורה, חלק ו, סימן ב, והוסיף שאפילו אילו השחלה הייתה מתחילה לייצר ביציות חדשות בגופה של הנתרמת, עדיין הוולד היה מתייחס לתורמת מכיוון שהוולד יישא את המטען הגנטי שלה. אומנם ראה שם (סימן ג), שבמסקנתו כתב שיש ספק בייחוס הוולד. הרב שלמה משה עמאר, תשובה לשאלת הרב מנחם בורשטין מיום י"ט במנחם אב תשס"ה, שו"ת פוע"ה, שם, עמ' 314-315, והוסיף שאם אכן יגלו מציאות שבה נוצרות ביציות בגוף הנתרמת, יהיה מקום לדון בכך שוב. גם הרב אביגדור נבנצל בתשובתו לשאלה הנ"ל משנת תשס"ה (שו"ת פוע"ה, שם, עמ' 315-316) כתב כן. אך ראה לעיל, הערה 60, שבתשובה מאוחרת יותר חזר בו.

לצורך במניעת הריון עקב בעיה בריאותית של האישה הובאה לעיל בכרך השלישי, פרק פ – 'דוגמאות מעשיות לצורך במניעת הריון', עמ' 459–460.
סדר עדיפות הלכתי לאמצעים השונים למניעת הריון הובא שם, פרק עח – 'התייחסות הלכתית פרטנית לאמצעי המניעה השונים', בפסקה 'סדר עדיפויות הלכתי בשימוש באמצעי מניעה', עמ' 424–426.
התייחסות לאישה בהריון שחלתה בסרטן הובאה לעיל בכרך השלישי, פרק נח – 'הריון בסיכון גבוה', בפסקה 'מחלה ממארת תוך כדי ההריון', עמ' 43–45.

גינקולוגיה וסרטן⁶⁵

יש כמה סוגי סרטן ייחודיים לנשים⁶⁶, שיפורטו להלן על פי סדר שכיחותם באוכלוסייה. התחום נקרא אונקוגינקולוגיה או גינקולוגיה אונקולוגית.

סרטן השד (Breast Cancer)

סרטן השד הוא הסרטן השכיח ביותר אצל נשים⁶⁷.
שד האישה מורכב מבלוטות חלב, מצינוריות חלב שמעבירות חלב אם לפטמה בתקופת ההנקה, מרקמה שומנית ומרקמת חיבור⁶⁸. רקמת השד מגיעה עד אל תוך בית השחי ומעבר לה מצויות בלוטות הלימפה שאחראיות על ניקוז השד⁶⁹.
כ-80% מהגידולים הסרטניים בשד מקורם בצינוריות החלב. עוד כ-10% מהגידולים מקורם בבלוטות החלב. סוגים נדירים יותר של גידולים סרטניים מקורם בבלוטות הלימפה או ברקמת החיבור של השד.
הסימן הקלסי הוא גוש לא כואב בשד⁷⁰. סימנים אחרים הם שינוי בצורת השד או בגודלו, שקע או בליטה, גירוד עקשני שאינו חולף, אי נוחות או כאבים⁷¹.

65. בכתובת הרקע הרפואי למחלות הסרטן השונות שקשורות לנשים נעזרנו בפרסומי האגודה למלחמה בסרטן העוסקים במחלות שיפורטו להלן. לאחר כתיבתו הועבר הרקע הרפואי לאגודה למלחמה בסרטן – לשרון ויסברג, עורכת פרסומים של האגודה למלחמה בסרטן, ולמרב דמרי, מנהלת מחלקת הסברה, מידע וקידום בריאות של האגודה למלחמה בסרטן, וכן לפרופ' טליה לוי, מנהלת היחידה לגינקולוגיה אונקולוגית במרכז הרפואי וולפסון ויו"ר החברה הישראלית לגינקולוגיה אונקולוגית – והערותיהן שולבו בגוף הספר.
66. להלן נתייחס לסרטן השד כחלק מהסרטנים הגינקולוגיים, אף על פי שסרטן כזה ייתכן בשכיחות נמוכה מאוד גם אצל גברים. לעומת זאת, סוגי הסרטן האחרים שייכים לאיברי הרבייה הנשיים וממילא הם מופיעים רק אצל נשים.
67. על פי נתוני הרישום הלאומי לסרטן, בשנת 2015 אוּבְּחָנוּ במדינת ישראל 5,536 מקרים חדשים של סרטן השד, קרוב ל-90% מהם היו חודרניים.
68. בקרב נשים יהודיות מדובר ב-98.53 מקרים חדשים של סרטן שד חודרני על כל מאה אלף נשים.
69. רקמה גמישה שיכולה להתרופף או להימתח במהלך חיי האישה בהתאם לשינויים במשקלה וכן בהתאם לשינויים ההורמונליים שהאישה עוברת במהלך חייה.
70. תפקיד בלוטות הלימפה בגוף הוא לשמור על מאזן ראוי של חלבונים ונוזלים בתאי הגוף על ידי ניקוז עודפים שנותרו מפעולת מחזור הדם; להוביל את תאי המערכת החיסונית אל מחזור הדם; ולאפשר תגובה חיסונית יעילה כנגד תאים זרים.
71. חשוב לציין שאצל כ-80% מהנשים שחששות שיש להן גוש בשד מדובר בגידול שפיר – ציסטה. התופעה האחרונה אינה נפוצה.