



40 år med assistert befruktning

LEDER

LIV BENTE ROMUNDSTAD

E-post: libero@klinikkspiren.no

Liv Bente Romundstad er dr.med. og spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Hennes spesialfelt er assistert befruktning. Hun arbeider som gynekolog ved Spiren Fertilitetsklinikk og som forsker ved Senter for fruktbarhet og helse ved Folkehelseinstituttet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir at hun har mottatt foredragshonorar fra Bayer, Ferring Pharmaceuticals, Gedeon Richter og MSD.

Assistert befruktning hjelper mange å bli foreldre, men både biologien og lovverket setter begrensninger.

Det første prøverørsbarnet ble født i England i 1978. Til nå har over åtte millioner barn blitt unnfanget i et laboratorium (1). Assistert befruktning har blitt en anerkjent behandling for ufrivillig barnløshet, selv om denne veien mot å bli foreldre kan være humpete og preget av frykt, frustrasjon og usikkerhet. I Norge utgjør barn født etter in vitro-fertilisering fire prosent av alle barn som fødes (2). Det finnes elleve godkjente virksomheter som tilbyr assistert befruktning i Norge. Disse er fordelt mellom private og offentlige klinikker. Behandlingen er underlagt bioteknologiloven og forskrift om håndtering av humane celler og vev (3).

Assistert befruktning er behandling i skjæringspunktet mellom medisin, teknologi, jus, etikk og politikk. Når teknologien åpner for nye behandlingsmuligheter, er det naturlig at det skaper debatt og engasjement. Med nye muligheter følger et kontinuerlig behov for regulering og kontroll. Norge har mer restriktiv lovgivning enn enkelte andre land. I Norge har behandling med donorsæd vært tillatt i mange år, og to kvinner som ønsker barn sammen, har hatt et tilbud siden 2009. Men eggdonasjon og behandling av enslige kvinner er foreløpig ikke tillatt her i landet. Derfor reiser en del norske pasienter til utlandet for å få behandling. Utenlandske klinikker har markedsføring på internett rettet spesifikt mot norske pasienter. Det selges udokumenterte metoder og tilleggsbehandlinger uten vitenskapelig forankring (4). Norske resultater ligger helt i toppen når det gjelder graviditetsrater (5), og det er således ingen holdepunkter for å anbefale norske pasienter å reise til utlandet for metoder som er godkjent i Norge.

Assistert befruktning er et felt i utvikling. Tidligere var behandlingen forbundet med komplikasjoner på grunn av høy andel flerlingsvangerskap etter tilbakeføring av mer enn ett befruktet egg. De siste ti årene har det norske fagmiljøet endret praksis, og andelen flerlinger er nå betydelig redusert. Dette har vært mulig på grunn av bedre fryseteknologi for oppbevaring av embryo. I dag kan befruktete egg oppbevares i fem år til eventuelle søskenforsøk. Fryseteknologien kommer også pasienter som kan risikere tap av fertilitet som følge av sykdom eller behandling, til gode gjennom tilbud om nedfrysing av sperm og egg eller eggstokkvev på medisinsk indikasjon ved de offentlige klinikkene. Med forbedret

teknologi vokser det imidlertid frem nye problemstillinger: Mange friske kvinner ønsker nedfrysning av egne ubefruktede egg på såkalt sosial indikasjon, men dette er foreløpig ikke tillatt i Norge.

Genetikk og bioinformatikk er også felt som har hatt en betydelig utvikling de siste 20 årene. Det humane genomet er sekvensert, og forskning klarer i økende grad å vise hvilke genvarianter som disponerer for ulike sykdommer og egenskaper. Når foreldrene er bærere av en kjent genetisk sykdom, kan man ved preimplantasjonsdiagnostikk undersøke embryo før innsetting og velge et embryo uten anlegg for den aktuelle sykdommen. Slik kan man unngå at arvelig sykdom blir overført til barna. England har nylig vedtatt en lov som tillater mitokondriedonasjon, noe som gjør det mulig å hindre overføring av mitokondriesykdom. I grenseflaten mellom assistert befruktning og genetisk forskning oppstår nye muligheter som vi må ta stilling til i fremtiden.

Med dagens fødselsrate på 1,6 barn per kvinne vil befolkningsveksten i Norge stoppe opp. Synkende sædkvalitet og det at par starter sin reproduksjonskarriere seinere i livet, reduserer sannsynligheten for å få barn. Assistert befruktning bidrar til at det fødes barn som ellers ikke ville blitt født, men kan ikke kompensere for synkende fødselsrater. For å opprettholde antallet barn som fødes, må vi både forebygge og behandle. Vi må øke kunnskapen i befolkningen slik at unge voksne blir mer bevisste på at fertiliteten synker med årene. Kartlegging av fertilitet bør tilbys pasienter som ønsker det, slik at tiltak kan iverksettes der det er nødvendig. Det er vårt ansvar å sikre trygg og persontilpasset behandling med høy faglig standard gjennom registrering, rapportering og forskning.

Forslaget om lovendring for å åpne for eggdonasjon skal på offentlig høring før Stortinget skal stemme over det. Fagmiljøet har stått på barrikadene for å få en tidsriktig lovregulering med aksept av de behandlingstilbud som behøves, slik at flere kan få oppleve å få barnet de har lengtet etter.

LITTERATUR:

1. Adamson G, de Mouzon J, Chambers GM et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies: world report on assisted reproductive technology, 2011. *Fertil Steril* 2018; 110: 1067–80. [PubMed][CrossRef]
2. Helsedirektoratet. Assistert befruktning. <https://helsedirektoratet.no/bioteknologi/assistert-befruktning> (12.12.2018).
3. FOR-2016-09-07-1052. Forskrift om endring i forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-09-07-1052> (12.12.2018).
4. Harper J, Jackson E, Sermon K et al. Adjuncts in the IVF laboratory: where is the evidence for 'add-on' interventions? *Hum Reprod* 2017; 32: 485–91. [PubMed][CrossRef]
5. De Geyter C, Calhaz-Jorge C, Kupka MS et al. ART in Europe, 2014: results generated from European registries by ESHRE: The European IVF-monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). *Hum Reprod* 2018; 33: 1586–601. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 28. januar 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0890

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no