

Reproductieve geneeskunde, Gynaecologie en
Obstetrie anno 2015

Proceedings van het
20e Nederlands-Vlaams Doelencongres
Infertiliteit, Gynaecologie en Obstetrie
22, 23 en 24 april 2015

Editor: dr. E. Slager

ROTTERDAM

Ethische en praktische overwegingen met betrekking tot het verkrijgen van sperma in de peri- of postmortemperiode op de intensive care [1]

J.L.Epker^{*1}, Y.J.de Groot¹, E.J.O Kompanje¹

Afdeling Intensive Care Geneeskunde, Erasmus MC, Rotterdam

TREFWOORDEN: peri-postmortale reproductie; spermadonatie; wetgeving; coma; intensive care

Achtergrond

Hoewel het verkrijgen en bewaren van sperma in diverse situaties waarbij infertiliteit te verwachten is, inmiddels gemeengoed is geworden, is het verkrijgen, bewaren en gebruiken van sperma bij coma of peri- of postmortemsituaties in het algemeen niet overal geaccepteerd. Regelingen of wetgeving voor dit soort vraagstukken bestaan lang niet in alle landen, of als er wel reguleringen zijn, verschillen deze van land tot land in Europa.

Europese intensivecare-specialisten kunnen te maken krijgen met een verzoek tot perimortem-spermadonatie zonder dat ze zelf op de hoogte zijn van de juiste regelgeving in hun eigen land.

Inleiding

De eerste beschrijving van het verkrijgen van sperma van een hersendode donor vond plaats in 1980. [2] In 1995 werd voor het eerst beschreven hoe door middel van een rectale elektroprobe ejaculatie bij een hersendode patiënt tot stand kan worden gebracht. [3] De problemen rondom zwangerschap vanuit perimortem-spermadonatie (PMSD) raakte ook bij een breder publiek in de belangstelling door de aandacht die de casus van Diane Blood in Engeland trok. [4,5]

Een ander belangrijk Europees ijkpunt in de beschrijving van dit onderwerp is het besluit van de Franse rechtbank om in het kader van de casus Parpalaix, PMSD ten behoeve van voortplanting volledig te verbieden. [6] In Amerika daarentegen raakte Gaby Vernhoff zwanger door middel van ICSI met sperma verkregen van haar overleden echtgenoot. [7] Hierna is wereldwijd aantoonbaar de belangstelling voor dit onderwerp toegenomen.

Vreemd genoeg bleek dat in Israël, waar de mogelijkheid van PMSD standaard bij overlijden van jonge soldaten wordt aangeboden, over een periode van acht jaar niemand van die mogelijkheid gebruik heeft willen maken. [8]

*CORRESPONDENTIE:

TEL.: +31 6 43 80 36 36; FAX: +31 10 703 69 78

E-MAIL: j.epker@erasmusmc.nl

Hoewel de vraag naar PMSD niet vaak zal plaatsvinden, is het voor intensivereartsen wel relevant te weten wat de mogelijkheden en de beperkingen zijn, omdat als de vraag komt, die juist op de intensive care gesteld zal worden. [9] De literatuur hierover is schaars; in dit stuk beschrijven we de casus van een ernstig neurologisch beschadigde patiënt die geregistreerd orgaan- en weefseldonor was, maar waarbij een verzoek tot spermadonatie op ethische argumenten afgewezen werd.

Casus

Een 30-jarige man werd na een plotse collaps naar de SEH van een perifeer ziekenhuis in de regio gebracht, alwaar bij screening vrij vocht in de buik werd vastgesteld. Gezien de hemodynamische instabiliteit werd besloten een proeflaparotomie te verrichten. Gedurende de operatie trad massaal bloedverlies op waarbij een dertig minuten durende reanimatie plaatsvond. Nadat de circulatie weer op gang was gekomen werd de patiënt naar het Erasmus MC gebracht. Ondanks dat de hemodynamische toestand stabiel bleef, verslechterde de neurologische conditie progressief op de derde dag. Neurologisch onderzoek toonde uitval van diverse hersenzenuwen en de *sensory evoked potentials* waren nauwelijks nog aanwezig. De slechte prognose van deze combinatie van bevindingen werd met de levenspartner en de moeder van hun 2-jarige zoontje besproken. Zij begreep de ernst van de situatie en antwoordde met het verzoek tot het verkrijgen van sperma van haar partner met als doel nog een tweede kind van hem te kunnen krijgen.

Na ampel overleg met de klinisch ethicus werd besloten dit verzoek niet in te willigen omdat er geen geschreven verklaring beschikbaar was en dat daarom consent voor het verkrijgen van sperma voor zwangerschap van zijn partner niet zonder meer kon worden verondersteld. Patiënt bleek na raadplegen van de Nederlandse Donorregistratie zoals zijn partner overigens al voorspeld had, als orgaan- en weefseldonor geregistreerd te zijn. Gezien de infauste prognose ging de familie akkoord met het staken van de beademing. Na circulatiestop konden de nieren en hartkleppen voor transplantatie gebruikt worden.

Discussie

Hoewel achteraf gezien de beslissing om niet tot spermadonatie over te gaan juridisch correct bleek, aangezien gamee preservatie in Nederland alleen is toegestaan met een geschreven consentformulier en postmortemdonatie überhaupt verboden is, is het maar de vraag of deze beslissing ook ethisch gezien wel correct is. In deze casus hebben wij zo onze twijfels.

Er zijn globaal zes punten te bediscussiëren:

1. Algemeen geaccepteerde redenen voor het weigeren van PMSD

In het recente verleden zijn er meerdere casus beschreven waarbij het verzoek tot spermadonatie of het gebruik van inmiddels al verkregen sperma werd geweigerd. [10-13] De redenen die werden gegeven waren: het gebrek aan bewijs voor een bestaande bestendige relatie, een moeder die een kind wilde van haar overleden zoon, gebrek aan overeenstemming tussen de familieleden van beide partners, het gebrek aan kinderwens bij de overleden patiënt zelf en ten slotte het gebrek aan een schriftelijke toestemming. In onze casus bleek alleen het laatste argument van toepassing.

Wanneer PMSD wordt geweigerd is een vaak gehoord argument dat men nooit zeker kan weten of de patiënt zelf onder deze condities akkoord zou zijn gegaan met PMSD. [14,15] Om die reden is PMSD dan ook verboden in Engeland en Nederland tenzij er een schriftelijke wilsverklaring bestaat. De paradoxale uitkomst van deze wetgeving is echter dat, aangezien vrijwel geen enkel persoon hierop zal anticiperen en dus niemand zoiets zonder aantoonbare reden zal vastleggen, het praktisch vrijwel onmogelijk is geworden om PMSD uit voeren in onverwachte situaties als coma, vegetatieve toestand en dood.

2. De kwaliteit en stabiliteit van de relatie

De patiënt en zijn partner hadden een lange en officieel geregistreerde relatie met rechten die gelijkstaan met die van een getrouwd koppel in Nederland. Ze waren de ouder van een 2-jarig zoontje en een recente miskraam was blijk van het feit dat het gezin nog niet als compleet beschouwd werd. Opvallend was dat de overige familieleden van zowel de vrouw als de man allemaal unaniem verklaarden dat de man toegestemd zou hebben in PMSD als ze het hem nog gevraagd zouden kunnen hebben. Ze beschouwden een dergelijk besluit als volledig in de lijn van wie hij was en hoe hij gedacht zou hebben.

Als we ons zouden baseren op een protocol zoals voorgesteld door Batzer en collega's en de dichotome beslisboom voor PMSD van Hostiuc zouden volgen, zou er geen reden zijn geweest waarom PMSD in deze situatie geweigerd zou kunnen worden. [16,17] De stappen 1, 2 en 4 zijn essentieel in de door hen voorgestelde benadering in deze casus: er is een vastgestelde langdurige relatie, er is bewijs dat er een kinderwens was, en er zijn andere getuigen anders dan de partner die bevestigen dat de patiënt iets dergelijks gewild zou hebben. Buiten deze vaststellingen om lijkt er geen ethische grond te zijn voor toestemming voor PMSD.

3. Een partner kan wel toestemming verlenen voor obductie, weefsel- of orgaandonatie, maar niet voor PMSD

De belangrijkste reden waarom de betrokken klinisch ethicus in deze casus tegen PMSD adviseerde, was dat hij het ethisch dubieus achtte om ervan uit te gaan dat een man die een gezin wil dat ook nog steeds wil als hijzelf er geen deel meer van uit kan maken.

Aan de andere kant lijkt het onlogisch dat autopsie en orgaandonatie wel kan worden uitgevoerd zonder consent van de patiënt en dat tegelijkertijd PMSD kan worden geweigerd. In Nederland zijn nabestaanden gerechtigd om toestemming te verlenen voor zowel een obductie als voor orgaan- en weefseldonatie, dit laatste met name ook als er een schriftelijke wilsverklaring of donorregistratie/codicil ontbreekt. Obductie is een invasieve handeling die het lichaam van de overledene schaadt en waarvan hijzelf geen enkel profijt meer heeft. Na obductie kunnen, wederom zonder directe toestemming van de patiënt zelf, allerlei weefsels (waaronder ook ethisch gevoelige weefsels zoals testikels en hersenen) worden afgenomen en voor vele jaren bewaard. Het principe waarop toestemming voor donatie en obductie door proxy-consent is gebaseerd is dat verondersteld wordt dat de nabestaanden in staat zijn beslissingen te nemen die in overeenstemming zijn met de ethische, religieuze en sociale waarden van de overledene. Hoewel dit absoluut niet altijd zeker is dat dit ook echt zo is, wordt dit principe toch aangehouden omdat er daardoor meer orgaandonaties kunnen worden bewerkstelligd. Toestemming door familie en nabestaanden is een vorm van altruïsme omdat anderen ermee geholpen worden en het ten goede komt aan de wetenschap en uiteindelijk de maatschappij als geheel. Als dan partners geacht worden een morele keuze te kunnen en mogen maken als het gaat om autopsie en or-

gaandonatie, waarom mag dat dan niet voor PMSD? Sommigen beweren dat er een 'conflict of interest' zou ontstaan, waardoor de partner niet meer onafhankelijk hierover zou kunnen beslissen. Hoewel dit mogelijk niet volledig is uit te sluiten, is er geen wetenschappelijk bewijs dat dit ook echt zo zou zijn en bovendien kunnen juist andere familieleden dan de partner deze valkuil dichtten als zij de vraag van partner als valide kunnen bevestigen.

De vraag is: wat zou er meer bediscussieerd worden bij jonge stellen en beginnende gezinnen, orgaandonatie en obductie of seksualiteit en gezinsplanning? PMSD zelf zal waarschijnlijk niet letterlijk worden besproken, maar we mogen er toch van uitgaan dat partners een betrouwbaar beeld hebben van hoe de ander denkt over voortplanting en gezinsplanning.

4. Orgaandonatie is altruïstisch, PMSD is egoïstisch

Sommige auteurs hebben de vraag voor PMSD als egoïstisch geïdentificeerd in tegenstelling met het altruïstische karakter van orgaandonatie. Het is echter maar de vraag hoe beloningsloos het geven van toestemming voor orgaandonatie is; iets goeds doen levert namelijk altijd een vorm van positieve emotionele prikkeling op en dat gevoel alleen al is een psychologische beloning die puur altruïsme uitsluit. Ook wordt genoemd dat orgaandonatie ten goede komt aan 'de maatschappij'. Feitelijk is dat natuurlijk onzin, vaak profiteren slechts twee of maximaal drie 'gelukkige' individuen tegelijkertijd van één orgaandonor, vaak door de matige kwaliteit van de organen bij niet-hersendoondonoren.

Aan de andere kant, als PMSD wel was doorgestaan en tot zwangerschap zou hebben geleid, dan zouden er ook minimaal twee individuen van geprofiteerd hebben, ten eerste de partner die troost en hoop vindt in het nieuwe leven dat ondanks de dood van haar partner toch ontstaan is en natuurlijk hun eerste en enige kind dat er toch een broertje of zusje bij krijgt.

5. De timing van de PMSD

Het is algemeen bekend dat de zaadceloogst het liefst voor circulatoire stilstand tot stand moet komen en niet na pas daarna, omdat daarna de mogelijkheden beperkter en de methoden invasiever zijn. Als het al na de dood plaatsvindt, moet het binnen 24 tot maximaal 36 uur daarna gebeuren; hierna is het zinloos. De vrouw in onze casus kwam dus met haar vraag op het juiste moment, maar ook vanuit een nog ander perspectief was het het juiste moment (voor circulatoire dood) voor dit verzoek. White schrijft: «wanneer een partner in coma is of in een persisterend vegetatieve toestand, dan is hun relatie nog steeds wettelijk verbonden, de vrouw mag en kan in een dergelijk geval ook nog niet hertrouwen of kinderen krijgen bij een andere man...maar wanneer de echtgenoot is overleden is zij vrij om een andere relatie te beginnen en daarbinnen een gezin te stichten, in die nieuwe situatie is PMSD niet meer verantwoordbaar met slechts alleen het consent van de vrouw». [18]

Vanuit dit perspectief zou het te verantwoorden zijn geweest om in onze casus in ieder geval wel sperma te hebben afgenomen om in te vriezen en te bewaren in analogie met de casus zoals beschreven door Moser. [12]. De discussie of deze zaadcellen daadwerkelijk dan ook gebruikt zouden mogen worden voor voortplantingsdoeleinden, zou dan later kunnen volgen zoals in de «Blood»-casus. [4] Hierbij is het belangrijk te weten dat in landen waar PMSD is toegestaan voor voortplanting, er een rouw- en bedenktijd van zes tot twaalf maanden na het overlijden is vastgesteld tot aan de eerste fertilisatiepoging om impulsbeslissingen te voorkomen.

Het feit dat het Britse Hooggerechtshof, verwijzend naar het onbeperkte recht op uitwisselbare medische zorg binnen Europa, het exporteren van het sperma naar België in de eerdergenoemde 'Blood'-casus toestond, verschaft mogelijkwerwijs een ontsnappingsroute voor het toch kunnen uitvoeren van PMSD bij patiënten in landen waar dat nu niet is toegestaan. In retrospectie hadden wij eenvoudig met onze patiënt naar België kunnen uitwijken om toch legaal aan het verzoek van de vrouw te kunnen voldoen. Helaas bestond er op dat moment voor ons nog geen toegankelijk of bruikbaar overzicht van de verschillende wetten en regelingen betreffende PMSD in diverse Europese landen. Om een dergelijk overzicht te maken, bestudeerden we alle beschikbare literatuur over PMSD en extraheerden hier de diverse wetten en regelingen uit. Een overzicht hiervan is te zien in tabel 1. Hoewel deze tabel een handige hulp kan zijn, zullen de meesten ic-artsen wanneer zij zich met een dergelijk verzoek geconfronteerd zien, contact op moeten nemen met hun collega's van de urologie of gynaecologie of in het uiterste geval wanneer er onduidelijkheid is over de rechtmatigheid van een dergelijk verzoek, met de juridische afdeling van het ziekenhuis.

6. Het belang van het kind

Een laatste argument tegen PMSD is dat we niet weten wat de eventuele negatieve effecten op de ontwikkeling van het kind zouden kunnen zijn. Hoewel we van mening zijn dat het altijd belangrijk is het belang van een kind te waarborgen, is er geen wetenschappelijk bewijs beschikbaar dat aantoont dat een kind dat opgroeit in een andere familieconfiguratie dan vader en moeder, minder gelukkig, intelligent of succesvol zou zijn. [21]

Conclusies

Hoewel een verzoek voor PMSD een zeldzame gebeurtenis zal blijven op de intensive care, zullen intensivists zich goed bewust moeten zijn van de praktische en juridische aspecten die ermee samenhangen, met name omdat het tijdsinterval waarin praktisch gezien gehandeld moet worden om tot een succesvolle procedure te kunnen komen, maar erg kort is. Verschillende landen hebben diverse regels en wetten aangaande PMSD en iedere intensivist moet op de hoogte zijn van de juridische stand van zaken wat betreft dit onderwerp in zijn of haar land en eventueel juist ook die van de direct aangrenzende buurlanden. Het Europees recht op gelijkwaardige medische zorg binnen de Europese Unie voorziet in een potentiële ontsnappingsroute naar het buitenland voor soortgelijke casussen in een land waar PMSD niet toegestaan is of semen uiteindelijk niet gebruikt mag worden voor fertilisatie.

De vrouw in onze casus had het recht en de mogelijkheid om sectie te laten verrichten, om toestemming te verlenen voor orgaandonatie, alleenstaande moeder te worden van een anonieme spermadonor, maar had niet het recht om moeder te worden via het sperma van haar eigen legale seksuele partner. De vraag die overblijft is of dat een logische ethische beslissing is of een dwaling in redenering en regelgeving?

Tabel 1. Een overzicht van de diverse reguleringen en wetten betreffende PMSD in de meeste Europese en enkele niet-Europese landen. [6,9,12,17,19,20]

	Verboden door wet of regelgeving	Toegestaan maar alleen met schriftelijke toestemming	Toegestaan ook zonder schriftelijke toestemming	Geen eenduidige wet of regelgeving
Australië			#	+
België			+	+
Canada	+			
Denemarken	+			
Estland	*			
Tsjechië		+		
Frankrijk	+			
Duistland	+			
Hongarije	+			
Ierland				+
Israel			#	+
Italië				+
Japan				+
Letland				+
Litouwen				+
Malta				+
Nederland	+			
Noorwegen	+			
Polen				+
Portugal				+
Slowakije				+
Slovenië	+			
Zweden	+			
Groot-Brittannië		+		
Verenigde Staten			+	+

* Sperma mag tot maximaal één maand na overlijden nog gebruikt worden en alleen dan wanneer voor het overlijden al een fertiliteitstraject was ingezet.

Alleen mogelijk na gerechtelijke uitspraak, er is geen specifieke wetgeving.

Referenties

- [1] Epker JL, de Groot YJ, Kompanje EJ. Ethical and practical considerations concerning perimortem sperm procurement in a severe neurologically damaged patient and the apparent discrepancy in validation of proxy consent in various postmortem procedures. *Intensive Care Med* 2012;38:1069-73.
- [2] Rothman CM. A method for obtaining viable sperm in the postmortem state. *Fertil Steril* 1980;34:512.
- [3] Townsend MF, 3rd, Richard JR, Witt MA. Artificially stimulated ejaculation in the brain dead patient: a case report. *Urology* 1996;47:760-2.
- [4] Brahams D. A unique case of frozen sperm export? *Lancet* 1997;349:448.
- [5] Blyth E, Cameron C. The welfare of the child. An emerging issue in the regulation of assisted conception. *Hum Reprod* 1998;13:2339-42.
- [6] Bahadur G. Death and conception. *Hum Reprod* 2002;17:2769-75.
- [7] Shenfield. Consent and intent: the legal difference in assisted reproductive treatments. In: Freeman M, editor. *Law and Medicine*: Oxford University Press; 2000. pp. 317-25.
- [8] Raziel A, Friedler S, Strassburger D, Kaufman S, Umansky A, et al. Nationwide use of postmortem retrieved sperm in Israel: a follow-up report. *Fertil Steril* 2011;95:2693-5.
- [9] Hurwitz JM, Batzer FR. Posthumous sperm procurement: demand and concerns. *Obstet Gynecol Surv* 2004;59:806-8.
- [10] James-Donaldson S. Mother gets dead son's sperm, wants to give birth to his baby. Louisville: WHASS11; 2010.
- [11] Iserson KV. Sperm donation from a comatose, dying man. *Camb Q Healthc Ethics* 1998;7:209-13; discussion 213-7.
- [12] Moser B, Roggla G. An ethical dilemma in the ICU: retrieving semen from a brain dead patient. *Wien Klin Wochenschr* 2007;119:438-9.
- [13] Walder NG. Parent's denied right to dead son's sperm. *The New York Law Journal* 2009.
- [14] Cannold L. Who owns a dead man's sperm? *J Med Ethics* 2004;30:386.
- [15] Parker MJ. 'Til death us do part: the ethics of postmortem gamete donation. *J Med Ethics* 2004;30:387-8.
- [16] Batzer FR, Hurwitz JM, Caplan A. Postmortem parenthood and the need for a protocol with posthumous sperm procurement. *Fertil Steril* 2003;79:1263-9.
- [17] Hostiuic S, Curca CG. Informed consent in posthumous sperm procurement. *Arch Gynecol Obstet* 2010;282:433-8.
- [18] White GB. Commentary: legal and ethical aspects of sperm retrieval. *J Law Med Ethics* 1999;27:359-61, 295.
- [19] Dostal J, Utrata R, Loyka S, Brezinova J, Svobodova M, et al. Post-mortem sperm retrieval in new European Union countries: case report. *Hum Reprod* 2005;20:2359-61.
- [20] Strong C, Gingrich JR, Kutteh WH. Ethics of postmortem sperm retrieval: ethics of sperm retrieval after death or persistent vegetative state. *Hum Reprod* 2000;15:739-45.
- [21] Murray C, Golombok S. Solo mothers and their donor insemination infants: follow-up at age 2 years. *Hum Reprod* 2005;20:1655-60.