



Geslachtskeuze vóór de conceptie

door dr. J.A. Raymakers



Eind januari 2011 zagen we in Nova, Nieuwsuur en EO-uitgesproken reportages over geslachtskeuzemogelijkheden vóór de conceptie, ook wel preconception sex selection, PSS genoemd.

Het wordt in Nederland aangeboden door genderkliniek-exploitant Bert van Delen. Tegen een vergoeding van ca € 1200,- wordt een kit aangeboden met een geïsoleerde transportdoos met koellichamen, een buisje voor een spermasample en een spuitje met canule voor intrauterine inseminatie. Het sperma wordt per koerier naar een laboratorium in Engeland gezonden waar met de Microsort®-methode de spermatozoën met X-, resp Y-chromosoom gescheiden worden en teruggezonden aan de afzender. Daarna moet het paar zelf de intrauterine inseminatie verrichten. Later blijkt dat in België door bemiddeling van dezelfde aanbieder de hele procedure ook in één sessie ter plaatse is te regelen tegen dezelfde prijs.

De methode is niet nieuw. Ze wordt toegepast in de veterinaire voortplantingsgeneeskunde. Er bestaat met toepassing bij de mens ook al lang ervaring, o.a. in de VS en die is in de wetenschappelijke literatuur gerapporteerd. Op grond van die rapportages en ook los daarvan zijn bij deze zaak de nodige ethische en wetenschappelijk-technische kanttekeningen te maken. De huidige wetgeving in Nederland en omringende landen staat geslachtskeuze niet toe, tenzij om de geboorte van een kind een geslachtsgebonden aandoening te voorkomen (en daartegen zijn ook gegronde ethische bezwaren in te brengen).

Ethische overwegingen

Het belangrijkste argument tegen een dergelijke directe (poging tot) keuze van het geslacht van een kind vanuit een gelovige ethiek is dat het kind een geschenk van God is. God schept de ziel van iedere nieuwe mens, Hij geeft dus het leven en geeft dus ook de zin aan dat leven, dat gelegen is in Zijn doel met die mens. De ouders zijn daarin bewust en actief werktuig, maar niet de eigenaars die tot elke handeling bevoegd zijn.

Ook als we deze rechtstreekse verwijzing naar de Schepper terzijde laten dan gelden nog de volgende overwegingen.

1. Acceptatie van elk kind behoort volkomen te zijn. Het kind is als persoon ook een expressie van de liefde van de ouders. Uitsluitend een kind van één bepaald geslacht willen doet die liefde geweld aan. Men mag wel naar een jongen of meisje verlangen, maar moet daarin gematigd zijn en het niet willen afdwingen, omdat daarmee de andere mogelijkheid impliciet wordt verworpen.
2. Het ontstaan van het nieuwe leven wordt geregeld in het laboratorium en in ieder geval buiten de huwelijkse samenleving, die – wederom – een expressie van de liefde tussen man en vrouw moet zijn en die van nature gericht is op de mogelijkheid van het ontstaan van nieuw leven.
3. De acceptatie van het kind wordt onderworpen aan de realisatie van de keuze van het geslacht, waarom niet ook van de haarkleur, de kleur van de ogen en wat nog meer? Wie weet welke eigenschappen er nog te 'sturen' zijn via manipulatie van geslachtscellen of welke kinderen het leven ontzegd zal worden wanneer dat niet het gewenste resultaat oplevert. Kinderen met Down syndroom worden in grote aantallen geaborteerd. Het absolute aantal geborenen blijft daar ongeveer gelijk omdat, hoewel de leeftijd van de moeders stijgt en het



risico groter wordt, er ook steeds meer geaborteerd worden (in Frankrijk daalde het aantal geboren kinderen met Down van 14 naar 5/10.000 in 25 jaar). Het gaat bij deze praktijk om maakbare babies. Men wil het kind niet omwille van het kind zelf maar als een object dat men bezitten wil, een sieraad, een pop, een mooi huis enz. dat aan voorafgestelde eisen moet voldoen. Er is geen sprake van aanvaarding van een door God geschonken leven

4. De demografische gevolgen zijn niet te overzien, het is dus in maatschappelijk opzicht niet in overeenstemming met de vereiste prudentie. Geslachtsselectie is op vele plaatsen en in vele tijden uitgevoerd, door eenvoudig het kind dat niet gewenst was te laten doodgaan of te doden. Dat lot trof door de eeuwen heen vooral meisjes. In India en China gebeurt het op grote schaal door selectieve abortus, maar ook nog op de 'oude' manier. De demografische onbalans in die streken dreigt nu al uit de hand te lopen en is een officieel toegegeven punt van zorg van de overheden. In China is er een overschot van ca. 30.000.000 jonge mannen. Ook in India mist men vele miljoenen vrouwen. Onderzoek in de VS heeft uitgewezen dat de meeste mensen er niet op uit zijn om het geslacht van hun kinderen te beheersen en dat daar dus geen invloed op de demografie te verwachten is van invoering en hier zal dat ook wel niet zo'n vaart lopen. Een ander onderzoek stelt echter dat de meeste ondervraagden de mogelijkheid wel wensen en dat de invoering van een wet die het toestaat geen weerstand zal ondervinden.

Al snel wordt een volgende vraag gesteld: maar mag men dan niet voorkomen dat kinderen met X-gebonden aandoeningen zoals progressieve spierdystrofie van Duchenne, geboren worden (daartoe voldoet de methode trouwens niet). Het antwoord is nee, niet door hun het bestaan bij voorbaat of na hun conceptie te ontzeggen. Men ontzegt daarmee aan een mens het leven en oordeelt bij voorbaat over de zin ervan. Het verhaal van Sam Galesloot die 1 januari overleed aan spierdystrofie maakt iedereen duidelijk dat de beslissing om zijn geboorte te voorkomen er een zou zijn geweest die onterecht genomen zou zijn.

Praktische overwegingen

Praktische bezwaren betreffen de mogelijke medische risico's voor het kind en de effectiviteit van de werkwijze.

1. Risico's als gevolg van de handling van het sperma? Het aantal aangebore afwijkingen wordt gerapporteerd als 2,05 - 2,6% (normaal tot licht verhoogd)

2. Effectiviteit: normaal is de verhouding in de spermatozoënpopulatie $X/Y = 50/50$. Onderzoek (fluorescentieflowcytometrie) heeft uitgewezen hoe ver de scheiding kan gaan met de (gepatenteerde) Microsort-methode (en wat met het sample gedaan werd in de gynecologenpraktijk die ons in EO-uitgesproken getoond leek wel erg simpel). Men krijgt twee monsters een met voornamelijk spermatozoën met een Y-chromosoom (Y-sort) en één met voornamelijk een X-chromosoom (X-sort). Geheel zuiver zijn die twee monsters niet. Uit verschillende publicaties komen de volgende resultaten naar voren:

Het maximale percentage 'juist gesorteerde' spermatozoën was

- in de X samples (Xsort) $X/Y = 87,9$ tot 92%
- in de Y samples (Ysort) $Y/X = 74,9$ tot 81,2%.

Bij intrauterine inseminatie (IUI) werd een aantal zwangerschappen van 15,1 % en het aantal miskramen daaronder als 15,7% gerapporteerd. Het aantal geboren kinderen was dus $0,151 \times 0,843 = 0,127$ of 1 op de 8 'behandelingen'. Van de geplande meisjes blijkt 8 % een jongen te zijn en van de geplande jongens is 18,5% meisje.

De methode levert dus voor 1200 Euro een kans van 1 op de 8 op een kind waarvan gemiddeld 15% niet het gewenste geslacht heeft. Kortom: Wil men een jongen dan verandert de kans daarop door de procedure van 50% naar ca. 80% en wil men een meisje dan verandert de kans door de procedure van 50% naar ca. 90%



Conclusie

Er zijn drie hoofdargumenten tegen deze handelwijze:

- a. De instrumentalisatie van het ontstaan van het menselijk leven waarbij dit buiten de door de Schepper bedoelde context van de huwelijksliefde wordt gebracht.
- b. De afwijzende houding tegenover een nieuwe jonge mens wanneer die niet aan van te voren vastgestelde eisen voldoet.
- c. De wetenschappelijk aangetoonde onbetrouwbaarheid van de methode en de onvoorzienbare gevolgen voor de bevolkingssamenstelling bij algemene toepassing. Daarom is toepassing tegen de gezonde rede en dus mensonwaardig.

In de getoonde reportages kon men zich bovendien nog afvragen of er geen zwendel in het geding was.

Literatuur

- Schulman JD, Karabinus DS. Scientific aspects of preconception gender selection. Reprod Biomed Online. 2005 Mar;10 Suppl 1:111-5.
- Karabinus DS. Flow cytometric sorting of human sperm: MicroSort clinical trial update. Theriogenology. 2009 Jan 1;71(1):74-9. Epub 2008 Oct 26.
- Dahl E, Gupta RS, Beutel M, Stoebel-Richter Y, Brosig B, Tinneberg HR, Jain T. Preconception sex selection demand and preferences in the United States. Fertil Steril. 2006 Feb;85(2):468-73.
- Kalfoglou AL, Scott J, Hudson K. Attitudes about preconception sex selection: a focus group study with Americans. Hum Reprod. 2008 Dec;23(12):2731-6. Epub 2008 Sep 1.
- George SM. Millions of missing girls: from fetal sexing to high technology sex selection in India. Prenat Diagn. 2006 Jul;26(7):604-9.
- Cocchi G, Gualdi S, Bower C, et al. International trends of Down syndrome 1993-2004: Births in relation to maternal age and terminations of pregnancies. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2010 Jun;88(6):474-9.