



## **PUBLICATIE VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 8639**

### **Eiceldonatie: Medische en psychologische evaluatie van eiceldonor en gevolgen voor haar gezondheid**

7 Juli 2010

#### **1. INLEIDING**

De Hoge Gezondheidsraad heeft op 6 januari 2010 een adviesaanvraag over eiceldonatie van Mevrouw de Minister Laurette Onkelinx ontvangen. Eiceldonatie is een gift van menselijk lichaamsmateriaal met het oog op therapeutisch gebruik in de reproductieve geneeskunde. In tegenstelling tot de gift van mannelijke gameten, veronderstelt eiceldonatie een medische hormonale voorbehandeling en een relatief invasieve procedure om de vrouwelijke gameten te oogsten.

De te behandelen problematieken luiden als volgt:

- a) de medische en psychologische beoordeling van de kandidaat eiceldonor;
- b) de mogelijke gevolgen voor de gezondheid op korte en lange termijn en ook de gevolgen voor het psychosociale welzijn;
- c) de mogelijke gevolgen voor de vruchtbaarheid van de donor;
- d) de eventuele nood aan medische opvolging van de donor na donatie.

Om op deze vragen te kunnen antwoorden werd er een *ad hoc* werkgroep opgericht, bestaande uit deskundigen in de volgende disciplines: bio-ethiek, embryologie, gynaecologie, toxicologie, psychologie en reproductieve geneeskunde. Het advies berust op een overzicht van de literatuur en waar dit ontbreekt op het standpunt van de deskundigen.

#### **2. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN**

Op de vragen van Mevrouw de Minister formuleert de HGR volgende antwoorden:

- a) De HGR herinnert eraan dat de medische beoordeling van de kandidaat eiceldonor minimaal moet voldoen aan de wettelijke bepalingen terzake (wet van 19 december 2008 en bijhorende uitvoeringsbesluiten van 28 september 2009). De donor moet volledig geïnformeerd worden over de medische en psychologische gevolgen van haar intentie om te doneren en dient haar toestemming schriftelijk te geven. Hoewel het wettelijk niet vereist is, is de eiceldonor bij voorkeur al moeder. In dat geval moet de eiceldonor stabiel zijn ten opzichte van haar eigen ouderschap. De donor moet over voldoende maturiteit beschikken om de gevolgen van haar beslissing zowel psychologisch als fysiek te kunnen bevatten. Daarnaast is de HGR van oordeel dat de eiceldonor de leeftijd van 21 jaar moet hebben bereikt. De eiceldonor moet jonger dan 39 jaar zijn, en indien zij ouder dan 35 jaar is, moet de ontvanger hiervan op de hoogte gebracht worden en hiermee instemmen. Psychologische screening van de potentiële eiceldonor en haar eventuele partner is noodzakelijk, doch absolute psychologische criteria waaraan de donor moet voldoen, kunnen niet opgesteld worden. De eiceldonatie kan echter maar plaatsvinden na gunstig

advies van de psycholoog van het centrum, bij voorkeur in het kader van een multidisciplinair overleg.

- b) De mogelijke gezondheidsgevolgen op korte en lange termijn zijn dezelfde als voor elke IVF patiënte. Het risico op ovarieel hyperstimulatiesyndroom en mogelijke thrombo-embolische verwikkelingen kan door correcte preventieve maatregelen en exclusie van risicopersonen tot nul worden gebracht. Alle mogelijke risico's moeten uitvoerig met de kandidaat donor worden besproken. Op lange termijn zijn er geen gekende gezondheidsproblemen. Ook op psychosociaal vlak zijn er geen negatieve gevolgen voor de eiceldonor beschreven.
- c) De mogelijke risico's voor de vruchtbaarheid van de eiceldonor zijn onbekend. In theorie is vorming van peri-ovariële adhesies met secundaire mechanische infertiliteit mogelijk. Men kan de voorkeur geven aan een eiceldonor met een voldane kinderwens, maar dit is geen vereiste, gezien het ontbreken van evidentie in de literatuur.
- d) Het centrum moet de donor inlichten dat zij bij lichamelijke klachten zowel tijdens als na de behandeling onmiddellijk contact moet opnemen met het centrum. Het centrum moet een permanentie (24/7) voorzien en is verantwoordelijk om de donor te informeren over de te nemen maatregelen. De HGR is van mening dat de eiceldonor best binnen de twee maanden na de donatie een gynaecologisch en echografisch onderzoek ondergaat. De mogelijkheid tot psychologische begeleiding moet worden aangeboden, doch is niet verplicht.

Bijkomende aanbevelingen: omwille van het grote tekort aan donoren beveelt de HGR aan dat de overheid initiatieven neemt om sensibiliseringscampagnes bij het grote publiek op te zetten om de problematiek van eiceldonatie kenbaar te maken.

### 3. UITWERKING EN ARGUMENTATIE

#### AFKORTINGEN

CMV	<i>Cytomegalovirus</i>
IVF	<i>In vitro Fertilisatie</i>
HBV	<i>Hepatitis B Virus</i>
HCV	<i>Hepatitis C Virus</i>
HIV	<i>Human immunodeficiency Virus</i>
HTLV	<i>Human T-cell lymphotropic Virus</i>
OHSS	Ovarieel hyperstimulatiesyndroom

#### 3.1 Definities

Eiceldonatie is een vorm van medisch begeleide voortplanting waarbij een eiceldonor een hormonale stimulatie en een eicelpunctie ondergaat. De eicellen worden in het IVF laboratorium bevrucht met het sperma van de partner van de ontvanger en nadat er embryo's zijn ontstaan, worden die bij de ontvanger in de baarmoeder geplaatst. Deze behandeling is geïndiceerd indien een vrouw geen, onvoldoende of onbruikbare eicellen heeft. Voorbeelden van indicaties zijn het Turner syndroom, prematuur ovarieel falen, beperkte ovarieel eicelreserve of oudere leeftijd van de vrouw. Ook patiënten die meerdere mislukte IVF-behandelingen achter de rug hebben omwille van een slechte eicel- of embryokwaliteit, kunnen geholpen worden met gedoneerde eicellen. Er is in ons land een groot tekort aan eiceldonoren, wat lange wachttijden tot gevolg heeft.

Op dit ogenblik gebeurt eiceldonatie hoofdzakelijk met verse gameten in gesynchroniseerde cycli tussen de ontvanger en de donor. Dankzij de verbetering van de technieken om eicellen in te vriezen, zal de praktijk van eiceldonatie in de nabije toekomst zeker vergemakkelijkt worden.

Er kunnen **3 types eiceldonoren** onderscheiden worden (Baetens et al., 2000; Baetens, 2001 ; Baetens, 2002 ; Baetens & Devroey, 2009):

1. Vrijwillige eiceldonor: vrouw die zich spontaan, op vrijwillige basis, aanbiedt in een Centrum voor Reproductieve Geneeskunde om vanuit een altruïstische motivatie eicellen te doneren. Deze eiceldonatie is altijd anoniem omdat deze eiceldonoren in principe door het centrum zelf worden gerekruteerd en zich niet aanbieden samen met een ontvanger.
2. Persoonlijke eiceldonor: eiceldonor gerekruteerd door de ontvanger zelf. Deze eiceldonor is vaak familielid (meestal een zus of een nicht) of zeer goede vriendin van de ontvanger. Deze donor wordt over het algemeen gemotiveerd door het persoonlijk verhaal van de ontvanger en zij doneert omwille van de persoonlijke band die ze heeft met de ontvanger. Soms wordt een persoonlijke eiceldonor gerekruteerd via internet, media of patiëntenverenigingen: in dit geval kennen de donor en ontvanger elkaar enkel in functie van de donatie. Deze eiceldonatie kan gekend of anoniem zijn.
3. Egg-sharing: eiceldonor die patiënt is en zelf in behandeling is. Binnen het kader van haar eigen IVF-behandeling, staat ze een aantal van haar eicellen af (indien voldoende eicellen verkregen worden na de pick-up). Deze donatie is altijd anoniem omdat deze eiceldonor ook in principe door het centrum wordt gerekruteerd.

Er bestaan ook **3 types eiceldonatie**.

1. Anonieme eiceldonatie met een vrijwillige donor niet gerekruteerd door de ontvanger: d.w.z. dat er geen informatie, die identificatie van de eiceldonor toelaat, aan de ontvanger mag worden meegedeeld. Meestal gaat het om een ontvanger die op een wachtlijst staat, die over het algemeen wordt opgesteld in functie van het tijdstip van aanvraag. Voor deze wachtlijst zouden ook andere criteria van hoogdringendheid in aanmerking genomen kunnen worden zoals leeftijd van de ontvanger, aantal kinderen in dezelfde relatie of van één of beide ontvanger in vorige relaties, behandelingsduur, ...  
De eiceldonor voor deze ontvanger die op de wachtlijst staat is meestal vrijwillige eiceldonor of eiceldonor gerekruteerd onder de patiënten (*egg-sharing*).
2. Anonieme wisseldonatie: In dit systeem worden de eicellen van donor A aangebracht door een ontvanger AA gewisseld met de eicellen van donor B gerekruteerd door de ontvanger BB. In sommige centra wordt dit systeem georganiseerd d.m.v. een inloopsysteem met *egg-sharing*: donor C doneert anoniem de helft van haar eicellen aan de ontvanger AA en de helft van haar eicellen aan de ontvanger BB. In de volgende cyclus zal de donor D gerekruteerd door de ontvanger DD d.m.v. *egg-sharing* doneren aan ontvanger BB die recht heeft op een tweede verse poging en ontvanger CC die de donor heeft aangebracht in de vorige donatiecyclus.  
Deze eiceldonor is dus gerekruteerd door de ontvanger zelf. De eiceldonor geeft door haar inspanning de kans aan de ontvanger die haar gerekruteerd heeft om sneller in aanmerking te komen voor behandeling dan de wachtlijst over het algemeen toelaat. Deze vorm van donatie biedt aan ontvanger en donor bescherming van de anonimiteit: indien de behandeling geslaagd is, zal het kind niet genetisch verwant zijn aan de gerekruteerde donor, wat een betere begrenzing van het gezin inhoudt. Er is ook een valorisatie van de donor omdat door deze vorm van donatie tegelijk meerdere ontvangers geholpen worden door de inspanning: de 1 of 2 ontvangers en het paar dat de donor rekruteerde.
3. Gekende donatie: In dit systeem zullen de eicellen van de donor, aangebracht door de ontvanger zelf, in een directe donatie gebruikt worden voor de ontvanger. De motivatie voor gekende donatie ligt bij ontvanger en donor in het wederzijdse vertrouwen dat zij stellen in elkaar. Het vertrouwen dat de ontvanger stelt in de eiceldonor kan onder meer gebaseerd zijn op haar persoonlijkheid, op haar uiterlijk, op haar gezondheid of op de afspiegeling van haar kinderen. De ontvanger kan haar voorkeur voor gekende donatie ook motiveren vanuit de wens te beschikken over een genetische referentie zowel voor zichzelf als voor het potentiële kind. In geval van familiale donors kan ook de genetische verwantschap met het kind een belangrijke reden vormen voor de gekende donatie. De

eiceldonor motiveert haar voorkeur voor gekende donatie vanuit het vertrouwen dat ze stelt in de ontvanger als ouder en beschouwt de gekende donatie als een blijk van waardering voor de inspanning die ze levert. Bij de ontvanger van niet-Europese afkomst kunnen zowel de etnische herkomst als religieuze en/of culturele motieven een rol spelen in de keuze voor gekende donatie.

Het potentieel aan conflicten is in een gekende donatie altijd groter dan in een anonieme donatie. Wanneer dit risico te groot wordt geacht, moet gekende donatie geweigerd worden.

## **3.2 De medische en psychologische beoordeling van de kandidaat eiceldonor**

### **3.2.1 Medische beoordeling**

Voor wat betreft de medische beoordeling van de eiceldonor dient voldaan te worden aan de wettelijke bepalingen terzake. In navolging tot de wet van 19 december 2008 op de weefselbanken moet de eiceldonor meerderjarig zijn en een geïnformeerde toestemming geven. In overeenstemming met het K.B. van 28 september 2009 (Koninklijk besluit tot vaststelling van de kwaliteits- en veiligheidsnormen voor het doneren, wegnemen, verkrijgen, testen, bewerken, bewaren en distribueren van menselijk lichaamsmateriaal, waaraan de banken voormenselijk lichaamsmateriaal, de intermediaire structuren voor menselijk lichaamsmateriaal en de productie-instellingen moeten voldoen) worden de donoren geselecteerd op basis van hun leeftijd, gezondheid en medische anamnese aan de hand van een vragenlijst en een gesprek met een bevoegde, daartoe opgeleide beoefenaar van een gezondheidsberoep. Voor de eiceldonor zal dit bij voorkeur een specialist in de reproductieve geneeskunde zijn. Deze beoordeling omvat alle relevante factoren die kunnen bijdragen tot het identificeren en uitselcteren van personen bij wie donatie gevaarlijk zou kunnen zijn voor de gezondheid van anderen, zoals de eventuele overdracht van ziekten (bijvoorbeeld seksueel overdraagbare aandoeningen), of voor de eigen gezondheid (bijvoorbeeld superovulatie, sedatie, de risico's van de eicelafname of de psychologische gevolgen van het donorschap). De donoren moeten negatief reageren op testen op HIV 1 en 2, HCV, HBV en syfilis op een serum- of plasmamonster. Er worden testen op HTLV-I-antilichamen uitgevoerd bij donoren die wonen in of komen uit een gebied met een hoge incidentie van die infectie of met seksuele partners of ouders uit een dergelijk gebied. In bepaalde situaties kunnen verdere testen nodig zijn, afhankelijk van de anamnese van de donor (bv. RhD, malaria, CMV, *Trypanosoma cruzi*).

Nadat hiervoor de toestemming is verleend wordt er:

- a. een genetische screening uitgevoerd op autosomaal recessieve aandoeningen waarvan op grond van internationale wetenschappelijke gegevens bekend is dat zij in de etnische achtergrond van de donor voorkomen;
- b. een beoordeling gemaakt van het risico van overdracht van erfelijke aandoeningen waarvan bekend is dat zij in de familie voorkomen. Dit houdt in dat een stamboom van de donor wordt opgemaakt.

Hoewel de maximumleeftijd bij wet 45 jaar is, ongeacht het donatietype, aanvaarden centra bij voorkeur geen eiceldonor boven de 38 jaar. Bij vrouwen boven de 38 jaar duiden de resultaten van IVF-behandelingen op een gedaalde capaciteit om voldoende eicellen van goede kwaliteit aan te maken en wordt het risico op chromosomale afwijkingen te hoog.

De HGR beveelt aan de maximumleeftijd voor eiceldonor te beperken tot en met 38 jaar en stelt daarenboven dat de ontvanger wordt ingelicht wanneer de eicellen die ze ontvangt afkomstig zijn van een vrouw ouder dan 35 jaar, waarbij de ontvanger dan de vrije keuze heeft.

### **3.2.2 Psychologische beoordeling**

In de centra waar gekende en wisseldonatie wordt toegepast, ontmoeten de psychologen eerst de ontvanger en de donor en haar eventuele partner elk apart, zodat elke partij in alle vrijheid zijn vragen kan stellen zonder de andere partij te beïnvloeden. Daarna komen de psycholoog en beide ontvanger en donor bijeen. De verwachtingen van beide partijen worden geanalyseerd.

De eiceldonor moet duidelijk geïnformeerd worden over de gevolgen van deze medische interventie, zowel wat betreft de fysieke inspanning (medicatie, bloedafnames, echografieën, pick-up) als wat betreft de implicaties die de behandeling heeft op persoonlijk vlak (behandelingsduur, geïnvesteerde tijd, verplaatsingen voor onderzoeken, opvang van eventuele eigen kinderen,...), op relationeel vlak (contraceptie, gevolgen voor seksuele relatie, inlichten van partner, kinderen..) en op het professioneel vlak (afwezigheden van het werk).

De eiceldonor moet duidelijk worden ingelicht over de potentiële risico's zowel wat betreft de stimulatie (bv. OHSS) als de pick-up (chirurgische ingreep). De eiceldonor is meestal niet of onvoldoende op de hoogte van wat de medische interventie inhoudt.

De vrijwilligheid van de donatie moet worden gevrijwaard, zeker bij de donor die werd gerekruteerd door de ontvanger zelf en meer in het bijzonder bij familiale donor. De familiale druk mag niet van die aard zijn dat de donor niet meer persoonlijk achter haar beslissing staat. Iedere donatie moet zijn vrijblijvend karakter bewaren en de potentiële eiceldonor moet het recht behouden te weigeren.

De motivatie van de donor moet worden nagegaan. De donor mag niet financieel gemotiveerd zijn doch moet een altruïstische motivatie hebben.

De donor dient te begrijpen dat de autonomie van de ontvanger gerespecteerd dient te worden: beslissingen die genomen worden met betrekking tot de donatie zoals de beslissing het kind al dan niet in te lichten over de eiceldonatie behoren tot de verantwoordelijkheid van de ontvanger.

De donor moet ingelicht worden over de begrenzing van haar rol. Het moederschap moet gheredefinieerd worden in niet-genetische termen. De kinderwens en de intentie om ouder te worden behoren toe aan de ontvanger. Het kinderproject is dit van de ontvanger. Wettelijk zijn de eiceldonor en de ontvanger ook beschermd: de vrouw die baart is de juridische moeder van het kind.

In geval van gekende donatie moeten zowel de grenzen van het gezin van de ontvanger als van het gezin van de donor duidelijk omschreven worden. Er mag geen rolverwarring optreden met betrekking tot de rechten en plichten van de donor t.a.v. het potentiële kind: de eiceldonor is enkel verantwoordelijk t.a.v. haar donatie en draagt geen ouderlijke verantwoordelijkheid.

In geval van gekende donatie moet de eiceldonor geïnformeerd worden dat het kind de behoefte kan voelen om te beschikken over een genetische referentie. De donor dient zich te realiseren dat haar identiteit niet geheim wordt gehouden. Wanneer het donorkind op de hoogte is van de identiteit, dient de eiceldonor ook haar kinderen hierover te informeren waarbij zij een duidelijk onderscheid moet maken tussen haar rol als moeder en haar rol als eiceldonor.

Hoewel wettelijk gezien alleen het "*informed consent*" van de eiceldonor wordt vereist, is het belangrijk dat de partner van de eiceldonor is geïnformeerd over haar intentie om donor te zijn en haar hierin steunt. De beslissing om eicellen te doneren behoort echter tot de autonomie van de eiceldonor.

De eiceldonatie kan maar plaatsvinden na gunstig advies van de psycholoog van het centrum, bij voorkeur in het kader van een multidisciplinair overleg.

### **3.3 De mogelijke gevolgen voor de gezondheid op korte en lange termijn en ook de gevolgen voor het psychosociale welzijn**

#### **3.3.1 Mogelijke gevolgen voor de gezondheid:**

De mogelijke gezondheidsgevolgen voor een eiceldonor zijn in wezen dezelfde als voor elke patiënte die een IVF behandeling ondergaat (De Sutter & Dhont, 2003). Hoewel er een aantal risico's en complicaties zijn verbonden aan een hormonale stimulatie en een eicelpunctie, is de kans hierop zeer klein. Het belangrijkste risico op korte termijn is het ovarieel hyperstimulatiesyndroom (OHSS). Hierbij komen teveel (meestal meer dan twintig) follikels tot ontwikkeling en zal de vrouw na de stimulatie te kampen hebben met sterk opgezette eierstokken, pijn en ongemakken, ascites en soms kortademigheid, misselijkheid en braken. Hoewel deze conditie mits rusten vanzelf overgaat, kan ze leiden tot indikking van het bloed met een risico op thrombo-embolische verwikkelingen als gevolg. Ziekenhuisopname met observatie en anticoagulotherapie is dan aangewezen. Men schat dat het risico op ernstig OHSS, dat leidt tot ziekenhuisopname, ongeveer 1 à 2 % van alle IVF stimulaties bedraagt. (Nyboe Andersen et

al., 2009). Meer specifiek voor stimulaties bij een eiceldonor werden cijfers < 1 % gerapporteerd (Bodri et al., 2008). Belangrijk hierbij is de preventie (Arslan et al., 2005). Het gebruik van milde stimulatieprotocollen en vooral het identificeren van risicopatiënten (bv. jonge, magere vrouwen lijdend aan het polykystisch ovariumsyndroom) kan OHSS veelal voorkomen. Ook een goede persoonlijke en familiale anamnese voor wat betreft thromboserisico en adequate preventie indien aangewezen kan thrombo-embolische verwikkelingen voorkomen. Het spreekt vanzelf dat deze preventie bij de eiceldonor van het allergrootste belang is, en dat het uitsluiten van een mogelijke eiceldonor die een verhoogd risico op OHSS heeft moet worden aanbevolen.

Andere risico's voor de eiceldonor zijn het optreden van een bloeding of een infectie ten gevolge van de transvaginale punctie. De incidentie van deze beide verwikkelingen bedraagt rond de 0,2 %. Meestal geven deze complicaties geen blijvende letsels. Een uiterst zeldzame complicatie is een ovariële torsie (0,024 %) (Bodri et al., 2008).

Op lange termijn zijn er tot op heden geen risico's of complicaties beschreven na een hormonale stimulatie of een eicelpunctie. Met name het risico op ovarium- of borstkanker lijkt niet gestegen na een IVF stimulatie (Salhab et al., 2005; Silva Idos et al., 2009).

### **3.3.2 Gevolgen voor het psychosociale welzijn**

In een recent systematisch literatuuroverzicht (Purewal & van den Akker, 2009) blijkt dat de eiceldonatieprocedure goed verdragen wordt en dat de meeste donoren van alle types (bekende en anonieme, vrijwillige en betaalde) hoge niveaus van tevredenheid ten aanzien van de kwaliteit van de medische zorg rapporteren. Een belangrijke minderheid geeft aan de behandeling pijnlijk, stresserend of beide gevonden te hebben maar besluit dat het over het algemeen doenbaar was. Een belangrijke klacht van de donoren had te maken met de tijdsinvestering en de ongemakken ten gevolge van het inpassen van de procedure in de dagelijkse activiteiten en de verplaatsingen eerder dan met de medische of fysieke aspecten van de donatie. De meeste donoren uit alle donorgroepen gaven aan opnieuw te willen doneren. Geen van de ondervraagde donoren in de studie van Söderström-Anttila (1995) betreurden hun donatie en de 32 betaalde donoren in de studie van Rosenberg en Epstein (1995) vonden dat de donatie hun leven in positieve zin had beïnvloed. Verscheidene studies geven ook aan dat de informatie die donoren ontvangen voor de start van de behandeling vaak te wensen overlaat, hoewel dit geen grote invloed heeft op hun evaluatie van de behandeling.

### **3.4 De mogelijke gevolgen voor de vruchtbaarheid van de donor**

De HGR heeft geen weet van gegevens in de literatuur die een risico aantonen op onvruchtbaarheid bij de donor na een eiceldonatie. Theoretisch kan men verwachten dat een eicelpunctie, zoals elke ingreep in het kleine bekken, aanleiding kan geven tot adhesievorming en fixatie van het ovarium, wat kan leiden tot onvruchtbaarheid bij de eiceldonor zelf. In sommige landen moet de eiceldonor een voldane kinderwens hebben om te mogen doneren, doch enige evidentie hiervoor ontbreekt. Men kan aanbevelen dat een eiceldonor moet worden ingelicht dat dit een theoretisch, doch allicht klein risico is. Hoewel het de voorkeur geniet een eiceldonor te aanvaarden die zelf een voldane kinderwens heeft, kan men dit niet als een absolute vereiste stellen.

### **3.5 De eventuele nood aan medische opvolging van de donor na donatie**

Omwille van het risico op medische problemen ten gevolge van een eiceldonatie, vindt de HGR het opportuun dat de eiceldonor na de donatie opgevolgd wordt. Zo beveelt de HGR aan dat een gynaecologisch consult en een echografie plaatsvinden binnen de twee maanden na de behandeling, bij een gynaecoloog van haar keuze of bij het centrum waar zij in behandeling is geweest. Het centrum moet zich in ieder geval vergewissen van het resultaat van deze nacontrole. Vermits psychosociale problemen na een eiceldonatie zeldzaam zijn, lijkt het niet zinvol om een gesprek bij een psycholoog na de donatie verplicht te stellen. De mogelijkheid tot verdere psychologische begeleiding moet echter wel door het centrum aangeboden worden.

#### 4. REFERENTIES

- Arslan M, Bocca S, Mirkin S, Barroso G, Stadtmauer L, Oehninger S. Controlled ovarian hyperstimulation protocols for in vitro fertilization: two decades of experience after the birth of Elizabeth Carr. *Fertil Steril* 2005;84(3):555-69
- Baetens P., Devroey P, Camus M, Van Steirteghem AC, Ponjaert-Kristoffersen I. Counselling couples and donors for oocyte donation: the decision to use either known or anonymous oocytes. *Hum Reprod* 2000; 15(2): 476-84.
- Baetens P. Counselling in Third Party Conception. In: Pre-congress course program Psychology and Counselling, 17th annual Meeting of ESHRE - European Society of Human Reproduction and Embryology, Lausanne. 2001.
- Baetens P. Ovocyte donation. Guidelines for Counselling in Infertility, ESHRE - European Society of Human Reproduction and Embryology Monographs, Oxford University Press, 33-34. In: Boivin J, Kertenich J, editors.; 2002.
- Baetens P, Devroey P. Motivations des femmes péri ou post-ménopausiques en vue d'une grossesse. *Références en Gynécologie Obstétrique*. 2009;12(1):85-91
- Belgisch Koninkrijk. Koninklijk besluit van 28 september 2009 tot vaststelling van de lijst van de artikelen van de wet van 19 december 2008 inzake het verkrijgen en het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal met het oog op de geneeskundige toepassing op de mens of het wetenschappelijk onderzoek, die van toepassing zijn op gameten, gonaden, fragmenten van gonaden, embryo's en foetaal menselijk lichaamsmateriaal. BS van 23 oktober 2009, blz. 69408-9.
- Belgisch Koninkrijk. Wet van 19 december 2008 inzake het verkrijgen en het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal met het oog op de geneeskundige toepassing op de mens of het wetenschappelijk onderzoek, BS van 30 december 2008, blz. 68774-87
- Bodri D, Guillen JJ, Polo A, Trullenque M, Esteve C, Coll O. Complications related to ovarian stimulation and oocyte retrieval in 4052 oocyte donor cycles. *Reprod Biomed Online* 2008;17(2):237-43.
- De Sutter P, Dhont M. Geassisteerde voortplantingstechnieken: mogelijke risico's en complicaties voor moeder en kind. *Tijdschr Geneeskunde* 2003; 59:1283-91.
- Nyboe Andersen A, Goossens V, Bhattacharya S, Ferraretti AP, Kupka MS, de Mouzon J, et al. Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE: ESHRE. The European IVF Monitoring Programme (EIM), for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). *Hum Reprod* 2009;24(6):1267-87.
- Pennings G. Postmenopausal women and the right of access to oocyte donation. *J Appl Philos*. 2001;18(2):171-81.
- Purewal S, van den Akker OB. Systematic review of oocyte donation: investigating attitudes, motivations and experiences. *Hum Reprod Update* 2009; 15(5): 499-515.
- Rosenberg, H. and Y. Epstein. Follow-up study of anonymous ovum donors. *Hum Reprod* 1995; 10(10): 2741-7.
- Salhab M, Al Sarakbi W, Mokbel K. In vitro fertilization and breast cancer risk: a review. *Int J Fertil Womens Med*. 2005 Nov-Dec;50(6):259-66.
- Silva Idos S, Wark PA, McCormack VA, Mayer D, Overton C, Little V et al.. Ovulation-stimulation drugs and cancer risks: a long-term follow-up of a British cohort. *Br J Cancer*. 2009 Jun 2;100(11):1824-31.
- Söderström-Anttila V. Follow-up study of Finnish volunteer oocyte donors concerning their attitudes to oocyte donation. *Hum Reprod* 1995;10(11):3073-6

## 5. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

Al de deskundigen hebben **op persoonlijke titel** aan de werkgroep deelgenomen. De namen van de deskundigen van de HGR worden met een asterisk \* aangeduid.

De volgende deskundigen hebben hun medewerking verleend bij het opstellen van het advies:

BAETENS Patricia	(psychologie – CRG UZ Brussel)
CAILLEAU Françoise	(psychologie – ULB)
DE SUTTER Petra*	(gynaecologie, voortplantingsgeneeskunde – UZ Gent)
DEBOOSERE Patrick	(demografie – VUB)
DELVIGNE Annick	(gynaecologie, voortplantingsgeneeskunde – CHC Rocourt)
DUBOIS Michel	(gynaecologie, voortplantingsgeneeskunde – ULG)
PENNINGS Guido	(ethiek/bio-ethiek – UGent)
THONON Fabienne*	(embryologie - ULG)
VAN DEN ABBEEL Etienne*	(embryologie – CRG UZ Brussel)
VAN GEYT Caroline*	(medisch- sociale wetenschappen - UZ Gent)
VAN LAREBEKE Nicolas*	(toxicologie – UZ Gent)
VANSTEENBRUGGE Anne*	(embryologie – CHR Namur)
VLEMINCKX Christiane*	(toxicologie – WIV-ISP)

Het voorzitterschap werd verzekerd door Petra DE SUTTER en het wetenschappelijk secretariaat door Muriel BALTES.



## Over de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

De Hoge Gezondheidsraad is een federale dienst die deel uitmaakt van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Hij werd opgericht in 1849 en geeft wetenschappelijke adviezen i.v.m. de volksgezondheid aan de ministers van volksgezondheid en van leefmilieu, aan hun administraties en aan enkele agentschappen. Hij doet dit op vraag of op eigen initiatief. De HGR neemt geen beleidsbeslissingen, noch voert hij ze uit, maar hij probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijk kennis.

Naast een intern secretariaat van een 25-tal medewerkers, doet de Raad beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 500 experten (universiteitsprofessoren, medewerkers van wetenschappelijke instellingen), waarvan er 200 tot expert van de Raad zijn benoemd; de experts komen in multidisciplinaire werkgroepen samen om de adviezen uit te werken.

De adviezen van de werkgroepen worden voorgelegd aan het College. Na validatie worden ze overgemaakt aan de aanvrager en aan de minister van volksgezondheid en worden de openbare adviezen gepubliceerd op de website ([www.hgr-css.be](http://www.hgr-css.be)). Daarnaast wordt een aantal onder hen gecommuniceerd naar de pers en naar doelgroepen onder de beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector.

De HGR is ook een actieve partner binnen het in opbouw zijnde EuSANH netwerk (European Science Advisory Network for Health), dat de bedoeling heeft adviezen uit te werken op Europees niveau.

Indien U op de hoogte wil blijven van de activiteiten en publicaties van de HGR kan U zich abonneren op een mailing-list en/of een RSS-feed via volgende link: <http://www.hgr-css.be/rss>.