



Zeskanuj kod QR,
żeby przejść do wersji
mobilnej Przewodnika
dla Pacjentów
z neuropatią obwodową.



Zeskanuj kod QR,
żeby przejść do wersji
mobilnej Przewodnika
dla Pacjentów
z chłoniakiem skóry.



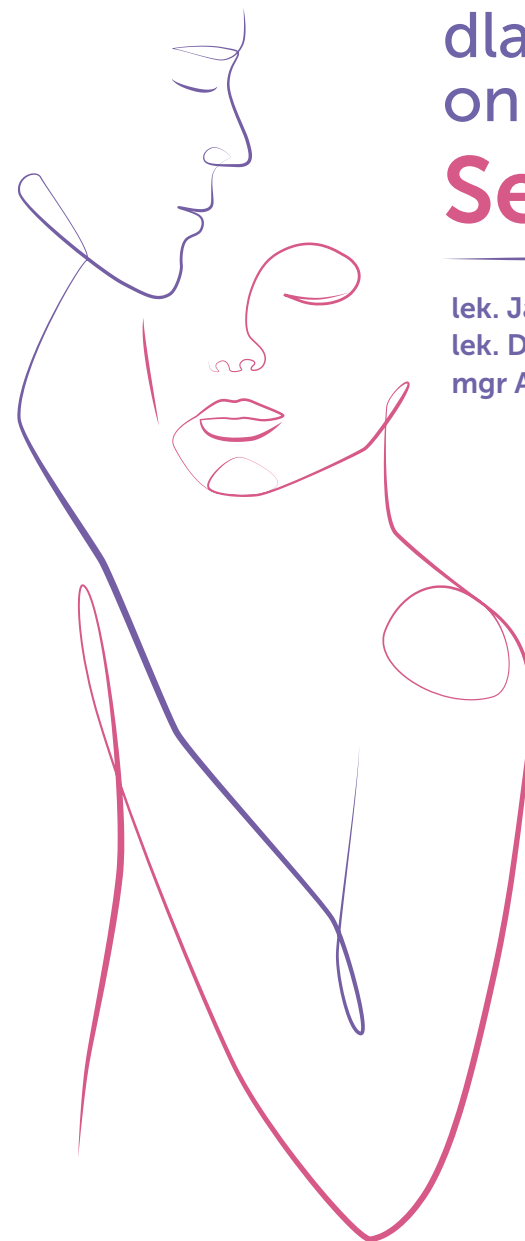
Zeskanuj kod QR,
żeby przejść do wersji
mobilnej Przewodnika
dla Pacjentów
w badaniu PET.



Zeskanuj kod QR,
żeby przejść do wersji
mobilnej Przewodnika
dla Pacjentów z
chłoniakiem Hodgkina.



Zeskanuj kod QR,
żeby przejść do wersji
mobilnej Przewodnika
dla Pacjentów kliniki
transplantacji.



Poradnik dla pacjentów onkologicznych **Seksualność**

lek. Jan Lewandowski
lek. Dominika Puchta
mgr Ameera Anna Ibrahim

Material dla lekarzy i pacjentów, przygotowany z inicjatywy i sponsorowany przez Takeda.
Copyright © 2022 Takeda Pharmaceutical Company Limited. Wszystkie prawa zastrzeżone.
Wszystkie znaki handlowe są własnościami ich prawowitych właścicieli.

Takeda Pharma Sp. z o.o.
ul. Prosta 68, 00-838 Warszawa, Polska
telefon: +48 22 608 13 00 lub 01, Fax +48 22 608 13 03
www.takeda.com/pl-pl/

C-ANPROM/PL/OG/0070; 06.2022



ONCOLOGY



ONCOLOGY

ZACHOWANIE PŁODNOŚCI

W czasach ogromnego rozwoju nauki i medycyny, pojawiają się nowe, wcześniej nieznanne problemy i możliwości ich potencjalnych rozwiązań. Przed laty, diagnoza złośliwej choroby nowotworowej była ogromnym wyzwaniem terapeutycznym, a opieka nad pacjentem onkologicznym koncentrowała się na walce o jego przeżycie. Współcześnie, dzięki rozwojowi programów badań przesiewowych, zwiększonej dostępności zaawansowanej diagnostyki, a także postępowi wiedzy medycznej, udaje się stawiać właściwe rozpoznanie na coraz wcześniejszych etapach rozwoju choroby nowotworowej i szybciej wdrażać coraz skuteczniejsze metody leczenia. Wiąże się to ze znaczną poprawą rokowania co do przeżycia i całkowitego wyleczenia. To z kolei sprawiło, że zmieniły się oczekiwania pacjentów nie tylko wobec systemu opieki zdrowotnej, ale także wobec ich przyszłej jakości życia.

Nawet do 75% osób z postawioną diagnozą choroby onkologicznej deklaruje chęć posiadania potomstwa w przyszłości. W niektórych badaniach nawet do 52% badanych podaje, że jest to najważniejszy aspekt dobrego postrzegania jakości ich przyszłego życia po wyleczeniu choroby podstawowej. Takie oczekiwania pacjentów, a także rozwój coraz skuteczniejszej medycyny chorób nowotworowych i coraz bardziej zaawansowanej medycyny wspomaganego rozrodu, spowodowały powstanie nowej gałęzi medycyny: **oncofertility** (dosł. onkopłodność), o polskim odpowiedniku „zachowanie płodności”. Choć zachowanie płodności ma swoje miejsce nie tylko w chorobach onkologicznych, te na pewno stanowią jedno z największych wyzwań, zarówno dla pacjentów, jak i ich lekarzy prowadzących. Niniejszy tekst ma przybliżyć podstawową wiedzę na temat kompleksowego leczenia z uwzględnieniem zachowania płodności i stworzyć podstawy do rozmowy ze swoim lekarzem.

ZACHOROWANIA NA NOWOTWORY U OSÓB W WIEKU REPRODUKCYJNYM

Według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów całkowita zachorowalność z powodu złośliwych chorób rozrostowych wzrasta. U prawie 63 tys. osób rocznie w tzw. wieku reprodukcyjnym – a więc u osób młodych, mogących posiadać dzieci – rozpoznaje się raka lub inną złośliwą chorobę nowotworową. Średnio ok. 21 tys. tych przypadków rocznie dotyczy mężczyzn, a niecałe 42 tys. – kobiet. Choć w tej grupie mężczyzn zachorowalność na przestrzeni ostatnich 30 lat wzrastała wolniej, to w grupie kobiet ten współczynnik wzrósł prawie dwukrotnie. Dodatkowo, średnia przeżywalność 5-letnia większości nowotworów złośliwych przekracza 80% – liczba udokumentowanych ozdrowieńców w USA, jednym z wzorcowych krajów opieki onkologicznej, wzrosła w ostatnich latach prawie pięciokrotnie - z 3 do 14 mln osób. Statystycznie, nawet do 25% ozdrowieńców to kobiety w wieku reprodukcyjnym, deklarujące chęć posiadania potomstwa. Ponadto, aktualne trendy związane z zakładaniem rodziny w bardziej zaawansowanym wieku reprodukcyjnym kobiet mogą powodować wzrost liczebności populacji bezdzietnych pacjentek z diagnozą choroby złośliwej w przyszłości. Utrata płodności w wyniku terapii onkologicznej ma udowodniony związek z zaburzeniami lękowymi, depresją o średnim i ciężkim stopniu nasilenia, a także deklaracyjnym pogorszeniem jakości życia. Niestety, w Polsce wciąż zbyt mało pacjentów jest rzetelnie informowanych o możliwościach zachowania swojej płodności.

DIAGNOSTYKA PŁODNOŚCI

Zachowanie płodności, a przez to stworzenie szansy na przyszłe potomstwo u pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego, stawia przed opieką zdrowotną wiele wyzwań. Sytuacja kliniczna wymusza m.in. następujące jej aspekty:

- Niezwłoczna dostępność – chorzy z rozpoznaną chorobą nowotworową często nie mogą czekać, a każdy dzień dzielący ich od rozpoczęcia potencjalnie toksycznej terapii dla komórek rozrodczych – skrajnie obniżającej płodność lub nawet czyniącej pacjentów bezpłodnymi (niemogącymi posiadać potomstwa w ogóle) – może pogarszać rokowanie; szczególnie wyraźne jest to w przypadku złośliwych nowotworów hematologicznych, jak np. białaczki.
- Sytuacja rozrodcza musi być oceniona przez doświadczonych lekarzy medycyny rozrodu, którzy posiadają zaplecze zarówno kliniczne, embriologiczne, jak i kriobiologiczne – obecnie w Polsce ośrodki wspomaganej prokreacji działają komercyjnie i nie mają zbyt dobrze ugruntowanej oficjalnej współpracy z placówkami publicznymi, które najczęściej zajmują się leczeniem chorych onkologicznych. Najczęściej takie konsultacje muszą być organizowane indywidualnie i często inicjowane przez samych pacjentów.
- Pacjent często wymaga konsultacji wielospecjalistycznej w formie konsylium lekarzy wielu specjalności, które w takiej formie nie są powszechnie funkcjonujące w Polsce – niejednokrotnie pacjenci do zachowania płodności z przyczyn onkologicznych wymagają jednoczasowych konsultacji lekarzy wielu specjalności, takich jak chirurg onkolog (lub ginekolog onkolog), onkolog, hematolog, specjalista radio - lub/i chemioterapii, specjalista medycyny rozrodu i endokrynologii, anestezjolog, genetyk kliniczny i inni.

Po ocenie stanu zdrowia pacjenta i jego zakwalifikowaniu do zachowania płodności, swoją rolę musi odegrać medycyna wspomaganego rozrodu. Jej specjaliści powinni maksymalnie rzetelnie ocenić szanse na urodzenie zdrowego dziecka po wdrożeniu procedur zachowania płodności, zabezpieczając komórki rozrodcze pacjentów przed uszkodzeniem. To często bardzo trudne zadanie nawet dla doświadczonego lekarza specjalisty w tym zakresie. Diagnostykę płodności, która często trwa tygodniami, trzeba znacząco przyspieszyć i zawęzić do najważniejszych dla osiągnięcia celu badań, czasem nawet do pojedynczego wyniku badania ultrasonograficznego i doraźnych badań hormonalnych, niezależnie od dnia cyklu (w przypadku kobiety). Ponadto, niektóre badania naukowe pokazują, iż sama choroba onkologiczna może pogarszać potencjał reprodukcyjny komórek rozrodczych – czasem w wyniku obciążającego wpływu choroby podstawowej na organizm, a czasem z nieznanych przyczyn, nawet przy niezajęciu gonad. Wyzwaniem może być też odpowiedzenie na – wysoce uzasadnione – pytania chorych, dotyczących potencjalnej dziedziczności posiadanej choroby, a czas oczekiwania na wyniki badań genetycznych, często realizowanych w trybie wysyłkowym nawet za granicę, jest wydłużony. Ocenie podlega też wpływ ewentualnych badań diagnostycznych (lub procedur terapeutycznych, jeżeli takowe zostały na tym etapie wdrożone) na możliwości bankowania komórek rozrodczych pacjenta; w przypadku użycia niektórych izotopów promieniotwórczych, możliwy czas podjęcia terapii jest odsunięty w czasie, zgodnie z ich czasem półtrwania. Dodatkowo, podlega ocenie ogólny stan zdrowia pacjenta i wpływ choroby onkologicznej na możliwości zachowania płodności, które mogą wiązać się z inwazyjnymi zabiegami (szczegóły dot. sposobów i rodzajów zabiegów znajdują się w dalszej części niniejszego tekstu). W przypadku kobiet, nie sposób też zapomnieć o wpływie ewentualnej przyszłej ciąży na rokowanie dotyczące choroby nowotworowej po uzyskaniu remisji. To holistyczne podejście do sytuacji klinicznej uwarunkowało powstanie pionierskiej specjalizacji w USA – *Oncofertility*, czyli kierunkowe kształcenie lekarzy specjalistów zachowania płodności w terapiach onkologicznych. Pomimo opisanego już skomplikowania, konieczności wdrożenia niezwłocznej interdyscyplinarnej współpracy, a także stawianiu czoła wielu wyzwaniom organizacyjnym i medycznym konsultacji pacjentów onkologicznych, należy dobitnie podkreślić, że najczęściej jest możliwość, by zachować płodność w formie dającej realne szanse na posiadanie dzieci.

ZACHOWANIE PŁODNOŚCI U KOBIET

Zachowanie płodności u kobiet jest w większości przypadków wdrożeniem terapii niepłodności poprzez zastosowanie któregoś z etapów procedury zapłodnienia pozaustrojowego (*in vitro fertilization*, IVF). Procedura jest związana z zabiegiem punkcji jajników, o znikomej inwazyjności dla kobiet zdrowych, ale w chorobie onkologicznej i podczas planowanego jej leczenia, mogącym wiązać się z większym ryzykiem powikłań, które należy indywidualnie ocenić. Najskuteczniejszą metodą obecnie jest zachowanie płodności poprzez kriokonserwację powstałych w wyniku zapłodnienia pozaustrojowego zarodków, ale – z przyczyn oczywistych – ta metoda ograniczona jest do pacjentek posiadających partnerów. Decyzja o zapłodnieniu pobranych komórek jajowych, choć musi być podjęta pod presją czasu, nie powinna być podyktowana wyłącznie jej skutecznością, ale także gotowością związku do posiadania wspólnego potomstwa. Pacjenci powinni być o tym wyczerpująco poinformowani przez doświadczonego klinicystę medycyny rozrodu, co wiąże się także z przybliżeniem aktualnego ustawodawstwa i ewentualnych konsekwencji w przyszłości w razie niepomyślnego rokowania choroby onkologicznej.

Po pobraniu komórek jajowych w wyniku przezpochwowej punkcji jajników po różnych sposobach stymulacji hormonalnej, zapładnia się je pozaustrojowo w laboratorium embriologicznym, oddanym w dniu punkcji nasieniem partnera. Cechy zapłodnienia uwiadcniają się po ok. 18 godzinach, a ostateczna liczba uzyskanych prawidłowych zarodków jest znana po 2-5 dniach.

Indywidualna ocena ginekologiczna oraz embriologiczna pozwala na tej podstawie oszacować szanse na urodzenie zdrowego potomstwa w określonej liczbie w przyszłości. Tak uzyskane zarodki poddawane są kriokonserwacji, potocznie nazywanej „mrożeniem”, co pozwala je przechowywać bezterminowo, w oczekiwaniu na zakończenie terapii onkologicznej i uzyskanie remisji, w specjalnych pojemnikach z ciekłym azotem w temperaturze minus 196 stopni Celsjusza.

⇒ Szansa na urodzenie dziecka (kumulatywny wskaźnik ciąży) po tej formie zachowania płodności to ok. 40-60%

Alternatywną formą, o nieco mniejszej skuteczności jest kriokonserwacja komórek jajowych (oocytów) kobiety. Stosowane są odpowiednie protokoły kontrolowanej hiperstymulacji jajników, czyli podania w iniekcjach podskórnych odpowiednio dobranych dawek leków hormonalnych (gonadotropin), wydzielanych fizjologicznie przez przysadkę mózgową, które stymulują jajnik do wzrostu wielu pęcherzyków jajnikowych zawierających komórki jajowe. Po osiągnięciu dojrzałości i wyzwoleniu owulacji odpowiednim zastrzykiem hormonalnym, pęcherzyki są nakłuwane przez sklepienia pochwy w znieczuleniu ogólnym, a pobrany w ten sposób płyn pęcherzykowy trafia do laboratorium embriologicznego w poszukiwaniu dojrzałych komórek jajowych. Choć klasycznie w terapii niepłodności wyznacza się odpowiedni – zazwyczaj początkowy – dzień cyklu do rozpoczęcia stymulacji hormonalnej, co czasem wiąże się z 2-4 tygodniowym oczekiwaniem, to przy zachowaniu płodności z przyczyn onkologicznych, gdzie każdy dzień zwłoki z wdrożeniem leczenia choroby nowotworowej może działać na niekorzyść pacjentki, wdrożono protokoły stymulacji o porównywalnej skuteczności, które umożliwiają rozpoczęcie stymulacji niezależnie od

dnia cyklu (Random-Start Ovarian Stimulation Protocol). Tak uzyskane oocyty, optymalnie w liczbie 15-20 dojrzałych komórek, są poddawane kriokonserwacji i oczekują na gotowość i możliwość zdrowotną pacjentki do posiadania potomstwa. Poichrozmrozeniu w przyszłości, poddawane będą zapłodnieniu nasieniem partnera w laboratorium embriologicznym. Dalszy przebieg procedury jest analogiczny do klasycznego zapłodnienia pozaustrojowego. Procedura stymulacji hormonalnej i pobierania komórek jajowych wiąże się z nieznacznym odsetkiem ryzyka występujących powikłań pod postacią: zespołu hiperstymulacji jajników, krwawień do jamy otrzewnowej po zabiegu punkcji, bardzo rzadko: epizodów zakrzepowo-zatorowych w toku lub po stymulacji, a w tym przypadku powikłaniem może być także opóźnienie rozpoczęcia terapii onkologicznej z jakiegokolwiek przyczyny. Indywidualna ocena tego ryzyka jest konieczna w zależności od rodzaju i zaawansowania choroby. Ewentualne zachowanie płodności powinno być odradzane tylko w oparciu o rzetelne przesłanki medyczne. Ostateczna decyzja o akceptacji ryzyka, nawet zwiększonego, zawsze powinna należeć do pacjentki.

Przy tej okazji należy podkreślić, że nie istnieją żadne przekonujące dowody na pogorszenie rokowania skuteczności terapii i długości życia wolnego od choroby nowotworowej pacjentek, które zdecydowały się na kontrolowaną hiperstymulację jajników celem zachowania płodności, w tym także nawet w rakach hormonozależnych, jak np. rak piersi (badanie kliniczne POSITIVE z 2014 r., NCT02308085).

⇒ Szansa na urodzenie dziecka po tej formie zachowania płodności to ok. 20-40%

Trzecią metodą, od 2020 r. nieuznaną już za eksperymentalną, jest pobranie tkanki jajnikowej metodą operacyjną (laparoskopowo lub drogą laparotomii), jej kriokonserwacja, a następnie ortotropowy (w to samo miejsce) przeszczep tkanki jajnikowej po zakończonym leczeniu. Ta metoda może doprowadzić do spontanicznego urodzenia dziecka, nawet bez konieczności dalszego leczenia hormonalnego – ortotropowo przeszczepiony jajnik zwykle podejmuje funkcję w ciągu ok. 2-8 miesięcy i zachowuje ją przez okres do ok. 7 lat. Do dziś, opisano 130 żywych urodzeń w wyniku zastosowania tej metody.

Metoda jest przeciwwskazana, gdy przeszczepienie może wiązać się ze zwiększonym ryzykiem onkologicznym rozwoju raka pierwotnego jajnika (jak w raku piersi związanym z nosicielstwem mutacji genu BRCA) czy przerzutowego (najczęściej nowotwory hematologiczne). Alternatywą dla takich pacjentek jest eksperymentalna metoda pobrania kory jajnika i próby laboratoryjnego dojrzewania wyizolowanych z niej komórek jajowych (IVM) – metoda ta jest obecnie dopiero w sferze badań i niestety nie ma potwierdzonej skuteczności

⇒ Szacuje się, że szansa na urodzenie dziecka po przeszczepieniu jajnika sięga nawet 20%

Szczególne przypadki stanowią nowotwory złośliwe narządu rodowego, gdzie – w zależności od dokładnej ocenionej sytuacji klinicznej i decyzji pacjentki – czasem udaje się zastosować oszczędzające leczenie i zachować zdolności reprodukcyjne pacjentki. Choć wiedza w zakresie metod zachowania płodności wśród ginekologów onkologów jest lepiej rozpowszechniona ze względu na pokrewność tych specjalizacji, opcje terapeutyczne często bywają ograniczone.

Ponadto, czasem istnieją obawy co do długofalowego wpływu stosowanych substancji w terapii onkologicznej na przyszłą ciążę powstałą w wyniku zachowania płodności. Należy uspokoić pacjentki, że choć nie wszystkie stosowane substancje – jak chemioterapeutyki czy radioizotopy – mają dobrze poznany wpływ na późniejszą ciążę u pacjentek w remisji, to jednak nie istnieją jednoznaczne dowody na zwiększone ryzyko wad wrodzonych czy aberracji genetycznych płodu u pacjentek, które przed taką terapią zachowały płodność.

ZACHOWANIE PŁODNOŚCI U DZIEWCZYNEK

Jest to specjalna grupa pacjentek oncofertylity, m.in. ze względu na słabo poznany wpływ długoterminowego toksycznego wpływu terapii onkologicznej na jeszcze nieaktywne komórki jajowe. Sporadycznie, niektóre pacjentki mogą być skutecznie stymulowane hormonalnie przed okresem pokwitania. Istnieje także metoda operacyjna tzw. transpozycji jajników, czyli przeniesienia ich w inne miejsce jamy brzusznej, poza szkodliwym wpływem radioterapii, jeżeli istnieje konieczność naświetlania obszaru miednicy mniejszej dziewczynki.

Przed okresem pokwitania, gdy nieletnia pacjentka nie może być z powodzeniem stymulowana hormonalnie, jedyną opcją terapeutyczną jest pobranie fragmentu kory jajnika do kriokonserwacji, a następnie próba przeszczepienia go lub przeprowadzenia dojrzewania komórek jajowych w warunkach laboratoryjnych – na ten moment, niestety pozostaje to wciąż w fazie eksperymentu.

Należy pamiętać, że zazwyczaj trudna rozmowa z rodzicami pacjentki o ewentualnej płodności i jej odległej perspektywie w przyszłości, nie zwalnia z udzielenia rzetelnej informacji o dostępnych opcjach terapeutycznych.

ZACHOWANIE PŁODNOŚCI U MĘŻCZYZN

W większości przypadków, zachowanie płodności u mężczyzn jest zabiegiem wyjątkowo prostym, polegającym na kriokonserwacji 2-3 depozytów ejakulatu, oddanych na przestrzeni 6-12 dni. Nasienie oddaje się w drodze masturbacji po 2-7 dniach wstrzemięźliwości seksualnej. Najczęściej występującymi nowotworami złośliwymi u mężczyzn w wieku reprodukcyjnym są raki jądra, a terapia to usunięcie chorobowo zmienionej gonady, dlatego tak ważne jest poinformowanie pacjenta o zachowaniu płodności. Sytuacja komplikuje się, gdy parametry nasienia są obniżone w wyniku toczącego się procesu rozrostowego lub gdy na chorobę onkologiczną nakłada się wcześniej niezdiagnozowany czynnik męski ewentualnej niepłodności. W przypadku braku plemników w nasieniu lub znaczącego pogorszenia jakości nasienia, a także przy braku istniejących przeciwwskazań, pacjent może wymagać biopsji aspiracyjnej najądrzy lub jąder (procedury określane jako PESA, TESA, m-TESE).

ZACHOWANIE PŁODNOŚCI U CHŁOPCÓW

W przypadku chłopców, którzy nie osiągnęli wieku umożliwiającego uzyskanie ejakulatu poprzez masturbację, opcje terapeutyczne pozostają w fazie eksperymentu. Sama kriokonserwacja tkanki jądra jest technicznie dobrze poznaną metodą, jednak metody dojrzewania laboratoryjnego niedojrzałych męskich komórek rozrodczych, typowych dla okresu przedpokwitaniowego chłopców, nie mają jeszcze ugruntowania w schematach zachowania płodności. Rodzice chłopców rozważający tę opcję muszą mieć jednak świadomość, że biorąc pod uwagę nawet parodzieśięcioletnie przechowywanie takiego depozytu, techniki laboratoryjne mogą to umożliwić w przyszłości.

JESTEM PACJENTEM. JAK ZACHOWAĆ SWOJĄ PŁODNOŚĆ?

Chcąc zachować maksymalnie praktyczny wymiar niniejszego opracowania, nie sposób nie odnieść się do faktycznie funkcjonującego sposobu organizacji opieki nad pacjentami onkologicznymi do zachowania płodności. Należy jednak zwrócić uwagę, że komercjalizacja medycyny rozrodu warunkuje indywidualne podejście do organizowania takiej terapii przez każdy ośrodek wspomaganej prokreacji. W związku z powyższym, jesteśmy w stanie bazować wyłącznie na doświadczeniu naszego ośrodka

– Przychodni Lekarskiej „nOvum”. Pilność wdrożenia terapii oraz jej indywidualizacja spowodowała powołanie specjalnych struktur wewnątrz naszej placówki, które koordynuje lekarz dedykowany do zachowania płodności w chorobach onkologicznych. Poszukując szerszego poradnictwa w tym zakresie, nieograniczonego do jednej placówki, zachęcamy do używania hasła „oncofertility” w największych przeglądarkach internetowych.

JESTEM LEKARZEM. JAK SKIEROWAĆ MOJEGO PACJENTA DO ZACHOWANIA PŁODNOŚCI?

Ponownie podkreślamy brak ujednoliconych ścieżek postępowania z pacjentem do zachowania płodności, co często może generować trudności organizacyjne i wymagać dodatkowego zaangażowania czasowego lekarza prowadzącego. Jednak wychodząc naprzeciw maksymalnemu uproszczeniu drogi pacjenta w takiej sytuacji, można skierować pacjenta do jednego z ośrodków wspomaganej prokreacji.

Pragniemy podkreślić bardzo istotną rzecz: często doświadczeni klinicyści mają uzasadnione podejrzenia co do istnienia złośliwego procesu rozrostowego. Czasem dochodzi też do badania śródoperacyjnego, które pozwala z dużym prawdopodobieństwem taki proces rozpoznać. Okres oczekiwania na ostateczny wynik badania histopatologicznego jest także dobrym momentem na skierowanie pacjenta do konsultacji w celu rozważenia jakiejś formy zachowania płodności!

Średni czas trwania tej procedury, zamykający się w 10-14 dniach, warunkuje, że pacjent zwykle zdąży zabezpieczyć swoją płodność, zanim otrzyma niepomyślną diagnozę, a planowanie leczenia będzie wolne od dodatkowego lęku i ograniczeń, związanych z uszkodzeniem komórek rozrodczych.

W ramach podsumowania, chcielibyśmy poruszyć jeszcze jeden aspekt zachowania płodności – psychologiczny. Rozmowa o takiej terapii z pacjentem, choć trudna, daje też pretekst do rozmowy o perspektywie życia po wyleczeniu choroby, która w momencie mierzenia się z postawioną diagnozą, wydaje się być niezmiernie odległą. To bezsprzecznie podnosi poziom pokładanych nadziei w terapii i może dać siłę do walki z chorobą, wiążącą się często z diametralną reorganizacją dotychczasowego życia pacjenta. Gorąco zachęcamy pacjentów do niepoddawania się chorobie, do nieograniczania perspektyw na dalsze życie, a co za tym idzie – do rozmowy ze swoim lekarzem prowadzącym o opcjach terapeutycznych zachowania płodności.



DIAGNOZA CHOROBY NOWOTWOROWEJ – PIERWSZE REAKCJE

Diagnoza choroby nowotworowej to trudne doświadczenie zarówno dla samego pacjenta jak i jego bliskich. W Polsce co roku słyszy ją około 170 000 osób. Pierwsze myśli osoby chorującej kierują się zazwyczaj w stronę rozpoznania, możliwości leczenia oraz rzeczywistych i potencjalnych konsekwencji wynikających w tej sytuacji. Pośród wielu reakcji często pojawia się też pytanie „dlaczego ja?” lub „co zrobiłem nie tak?”. Lekarze nie w każdym przypadku są w stanie dokładnie określić jakie czynniki natury medycznej przyczyniły się do powstania choroby, co skłania pacjentów do tworzenia własnych teorii na ten temat. U wielu pojawia się poczucie winy czy przekonanie, że nowotwór to kara. Myśli te, choć dość powszechne, są jednak całkowicie niekonstrukttywne. Choroba bowiem nigdy nie jest karą! Odkrycie jej dokładnych przyczyn często nie jest możliwe. Obwinianie się czy też skupianie na drobiazgowym analizowaniu jak można było zapobiec chorobie nie jest pomocne w procesie leczenia, gdyż wprowadza dodatkowe obciążenia. Najważniejsze, aby zatroszczyć się o swoje zdrowie fizyczne oraz psychiczne. Naturalnym jest, że podczas chorowania mogą pojawiać się negatywne myśli i strach przed śmiercią. Nie należy przed nimi uciekać, lepiej spróbować je z kimś omówić, przyrzeć się temu co można z nimi zrobić. Konfrontacja z własnymi odczuciami, choć bywa trudna, pozwala oswajać obawy. Istotne jest też, aby skupiać się na teraźniejszości i zasięgać rzetelnych informacji na temat choroby np. od lekarza prowadzącego. Posiadanie wiedzy, która daje świadomość, że wiele nowotworów ma dobre rokowania, jest pomocna w przezwyciężaniu lęków. Współcześnie medycyna oferuje wiele opcji leczenia oraz poprawy jakości funkcjonowania podczas choroby. Przeformułowanie motywacji z obawy przed śmiercią na chęć czerpania z obecnego życia pozwala, lepiej radzić sobie z trudnymi emocjami i pozytywnie wpływa na motywację do walki z chorobą.

JAK RADZIĆ SOBIE Z EMOCJAMI?

Przyjęcie diagnozy zajmuje czas. Od samego początku wsparcie bliskich osób jest ogromnie ważne, choć podobnie jak w zderzeniu z innymi trudnymi sytuacjami życiowymi, reakcje na informacje o chorobie mogą być różne. Nieraz pojawia się chęć izolacji i odsunięcia od otoczenia. Dlatego też niezwykle istotne jest wyrażanie swoich emocji. Kumulowanie ich w sobie nie spowoduje, że one znikną, a jedynie spotęguje napięcie i doprowadzi do poczucia niezrozumienia. Mówienie o smutku, lęku, złości czy rozżaleniu nie jest oznaką słabości. Emocje zawsze są informacją o tym, że coś dzieje się w życiu człowieka. Uzewewnętrznianie ich poprzez rozmowę, pisanie pamiętnika czy inne czynności umożliwia uporanie się z nimi. Warto również zatroszczyć się o rzeczy, które wprowadzą przyjemne doznania do codziennego życia - przygotowanie samodzielnego posiłku, spotkanie z przyjaciółmi, obejrzenie filmu, posłuchanie ulubionej muzyki, medytacja lub łagodne ćwiczenia jeśli lekarz nie widzi do nich przeciwwskazań.

CO Z SEKSEM?

Aktywność seksualna to kolejny ważny aspekt związany z dobrostanem, o który można zadbać podczas choroby. Wpływa ona korzystnie na nastrój i ogólną kondycję zdrowotną organizmu. Dezorganizacja dotychczasowego funkcjonowania i koncentracja na innych jego aspektach powoduje odsunięcie sfery seksualnej na dalszy plan. Tymczasem regularne zbliżenia redukują napięcia oraz lęki związane z chorobą, a wytwarzane podczas nich endorfiny działają kojąco i przeciwbólowo. Prowadzenie życia seksualnego nawet kiedy jest ono utrudnione ze względu na chorobę, może stanowić ważny aspekt okazywania bliskości. Spełnienie seksualne wiąże się z poczuciem dowartościowania, mogąc zwiększać wolę walki o zdrowie. Pozytywnie oddziałuje na obraz siebie oraz relacje z innymi ludźmi. Seks jest elementem codzienności także podczas choroby, choć często temat ten stanowi tabu. Z tego powodu zmiany jakie mogą pojawić się w obszarze seksualności rzadko są przedmiotem rozmów między pacjentami a lekarzami. Warto je omawiać, dopytywać, szukać informacji, gdyż ułatwi to przyjrzenie się swoim obecnym potrzebom i znalezienie rozwiązania na ewentualnie pojawiające się trudności. Normalnym jest, że osoby chorujące na nowotwór mogą stracić zainteresowanie seksem i nie odczuwać pożądania. Obawy i wątpliwości mogą prowadzić do zahamowań w tej sferze, wpływając na pogorszenia samopoczucia. Leczenie jednak prawie nigdy nie odbiera zdolności odczuwania przyjemności płynącej z dotyku, który może być bardzo łagodzący i relaksujący. Posiadanie satysfakcjonującego życia seksualnego przed leczeniem daje możliwość utrzymania go również w trakcie leczenia. Intymność może nabrać nowego znaczenia i wiązać się z innymi reakcjami, jednak pieśczęty między partnerami są możliwe zawsze – bez względu na problemy fizyczne czy historię choroby. Przynoszą szereg korzyści, nie tylko przez obniżenie napięcia, ale stanowią też fizyczny wyraz troski i akceptacji, pogłębiając więzi. Odczuwanie satysfakcji cielesnej i zaspokojenia seksualnego jest osiągalne, nawet jeśli nastąpiły pewne zmiany w tym obszarze. Ciało człowieka posiada wiele stref erogennych, a ich wspólne odkrywanie może być dla związku silnie pobudzającym doświadczeniem. Ważna niewątpliwie jest dobra komunikacja między partnerami - dyskusja na temat lęków oraz granic pomaga rozwiać niejasności i unikać nieporozumień.

Myśląc o seksualności należy wspomnieć również o istotnym jej elemencie czyli poczuciu własnej atrakcyjności. Troska o siebie, swój wygląd i komfort może wpływać na chęć podejmowania aktywności seksualnej. Postrzeganie się wyłącznie w kategoriach osoby chorej często powoduje rezygnację z dotychczasowych nawyków, które pozytywnie wpływały na obraz siebie. Sytuacja choroby nie musi oznaczać wycofania się z zachowań, które do tej pory sprawiały radość lub miały charakter przyjemnościowy. Odkładanie na bliżej nieokreślone później np. wizyty u fryzjera, zakupów albo innych czynności, które dawały zadowolenie generuje przykre emocje i odsuwa od realizacji potrzeb. Pacjent mimo choroby dalej ma prawo chcieć zadbać o swoją fizyczność i czerpać z niej satysfakcję.

REAKCJE I ROLA BLISKICH OSÓB

Choroba bliskiej osoby oddziałuje na całe jej otoczenie. Nieraz wymaga ona reorganizacji życia rodzinnego np. dotychczasowych ról i zadań w rodzinie. Łączy się również z umiejętnością adresowania i przyjmowania pomocy zarówno przez samego chorującego, jak i bliskich mu ludzi. Szczera i otwarta rozmowa

o zmianach jakie zaszły w codziennym funkcjonowaniu korzystnie wpłynie na relacje, pozwalając podjąć wspólne decyzje i działania. Umożliwi też wzajemne wsparcie. Zdarza się, że osoby chorujące dość dobrze radzą sobie ze swoją sytuacją, lecz dla ich bliskich jest to bardzo trudne doświadczenie. Bycie z osobą, która ma chorobę nowotworową może być wyczerpujące emocjonalnie i naznaczone lękiem. Towarzyszący pacjentowi bliscy bardzo często zapominają o sobie, odsuwając swoje potrzeby na dalszy plan. W rezultacie są jeszcze bardziej obciążeni, nie dając sobie przyzwolenia na rozładowanie emocji. Tymczasem okazywanie uczuć, a nawet płacz nie są niczym złym. Podobnie jak chęć kontynuowania swojego życia osobistego - utrzymywanie kontaktów społecznych i rozwój w innych obszarach może stanowić istotny zasób. Warto też zrewidować własne oczekiwania wobec siebie. Udawanie radości czy próba ciągłego bycia promiennym nie dają szansy na autentyczność i poruszanie ważnych tematów. Często też wśród bliskich chorego pojawia się pokusa „chronienia” go przed częścią informacji. Tego typu działania pochłaniają bardzo dużo energii, dystansując ludzi od siebie. Mogą też wywołać poczucie bezradności w chorym i przyczynić się do ogólnego braku zrozumienia. Ukrywanie wiadomości na temat stanu zdrowia powoduje złość i odbiera decyzyjność. Podobnie jak odsuwanie chorego od innych obszarów życiowych. Bardziej konstruktywny będzie dialog na temat rzeczywistych potrzeb chorego oraz osób go wspierających. Nazywanie emocji pozwala uwolnić się od ciężaru niewypowiedzianych lęków i zmartwień. To normalne, że ludzie odczuwają obawy związane z przyszłością, mierzą się z frustracją, złością i często towarzyszącym jej poczuciem winy. Bywają zakłopotani, nie wiedzą jak się zachować lub co zrobić w różnych momentach. Podzielenie się tym w spokojny i otwarty sposób obniża stres i napięcie, pozwalając budować bezpieczną przestrzeń do swobodnej wymiany myśli. Na takim gruncie dużo łatwiej jest budować nadzieję na pomyślne leczenie i dobrą przyszłość. Warto być również otwartym na pomoc z zewnątrz - zarówno ze strony osób, które świadczą profesjonalne usługi w tym zakresie, jak i ludzi, którzy chcą towarzyszyć w radzeniu sobie z codziennością. Izolowanie się czy zamykanie na innych pogłębia smutek, rozżalenie i złość, wzmagając uczucie osamotnienia.

GDZIE SZUKAĆ POMOCY?

Pacjent z diagnozą choroby nowotworowej może szukać wsparcia w wielu miejscach. Jednym z pierwszych jest szpital, który poza personelem lekarskim posiada w swojej ofercie również opiekę pielęgniarską, pomoc pracownika socjalnego, pomoc żywieniową, rehabilitację, wsparcie duchowe oraz psychologa lub psychoonkologa. Specjaliści z zakresu zdrowia psychicznego ułatwią uporanie się z uczuciami powiązаныmi ze zmianami, jakie zaszły w życiu pacjenta i jego bliskich, na których również oddziałuje sytuacja. Pomoc emocjonalna potrzebna jest na każdym etapie choroby i może pochodzić z różnych źródeł. Poszukiwanie wsparcia to jeden

ze sposobów radzenia sobie i kontrolowania sytuacji. Nie oznacza słabości, bowiem siła nie wiąże się ze znoszeniem trudów w samotności, lecz z umiejętnością korzystania z zasobów, którymi są zarówno bliscy, grupy wsparcia, jak i inne osoby udzielające pomocy. Każdy człowiek w pewnym momencie życia może tego potrzebować. W przypadku oddziaływań długoterminowych nakierowanych na głębszą zmianę owocna będzie współpraca z psychoterapeutą. Podczas terapii pacjent ma możliwość przeanalizowania wpływu swoich doświadczeń na obecne funkcjonowanie oraz zmiany nieadaptacyjnych form zachowań. Pacjent dzięki uzyskaniu wglądu oraz lepszemu rozumieniu siebie, ma szansę podjąć działania, które poprawiają jakość jego życia. Psychoterapeuta to osoba, która poza swoim podstawowym wykształceniem (zwykle medycznym lub psychologicznym) ukończyła również kilkuletnie szkolenie dotyczące psychiki człowieka oraz wyspecjalizowanych technik pracy. Pozytywna może być również opieka psychologa, który zajmuje się doraźnym wsparciem pacjenta oraz interwencją w momentach kryzysowych. Psycholog udzieli pacjentowi informacji odnośnie zdrowia psychicznego oraz wyjaśni mechanizmy funkcjonowania w różnych sytuacjach.

Ogromnie dużą wartość do procesu leczenia może wnieść kontakt z psychoonkologiem, który jest wyspecjalizowany w temacie chorób onkologicznych. Nastawienie pacjenta ma duże znaczenie w całym procesie zdrowienia. Oswajanie się z kolejnymi etapami leczenia oraz przygotowanie do rozmów z bliskimi jest kluczowe w radzeniu sobie z lękiem i smutkiem. Gdy choroba ma charakter przewlekły lub gdy jej terapia nie przynosi oczekiwanych rezultatów, priorytetem jest poprawa jakości życia, lepsze przystosowanie do przyjmowania trudnych wiadomości oraz nauka radzenia sobie z przykrymi emocjami i stresem. Dodatkowo pacjenci mogą uzyskać pomoc w przezwyciężaniu nieprzyjemnych, fatalistycznych myśli, układających się w różne „czarne scenariusze”. To dość częste zjawisko, które zmniejsza motywację do leczenia. Współpraca z psychoonkologiem ułatwi uporządkowanie uczucia wewnętrznego chaosu, z którym zmagają się osoby chorujące. Dodatkowo pomoże uporać się z wahaniami nastroju oraz przyjęciem bardziej akceptującej postawy.

W przypadku trudności w sferze seksualnej przydatne może okazać się też wsparcie seksuologa, który udzieli pacjentowi potrzebnych informacji, pomoże przełamać obawy związane seksualnością oraz wskaże jak radzić sobie z nieadekwatnymi przekonaniami. Seksuolog to zazwyczaj lekarz lub psycholog (może to być też fizjoterapeuta uroginekologiczny lub inny specjalista z obszaru szeroko pojętej medycyny) z dodatkowym przygotowaniem z zakresu seksualności człowieka. Terapia seksuologiczna może okazać się ważna nawet jeśli dysfunkcje seksualne mają podłoże organiczne, gdyż pozwala poznać nowe sposoby osiągania satysfakcji.

Źródła:

1. Rekomendacje Zespołu Roboczego d.s. zachowania płodności u kobiet leczonych z powodu nowotworów (*Oncofertility*) przy Konsultancie Krajowym w dziedzinie ginekologii onkologicznej, 25 marca 2021
2. Female fertility preservation - Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), 2020
3. Fertility preservation and reproduction in patients facing gonadotoxic therapies: an Ethics Committee opinion, 2018, American Society of Reproductive Medicine
4. E Goossens, K Jahnukainen, RT Mitchell, AMM van Pelt, G Pennings, N Rives, J Poels, C Wyns, S Lane, KA Rodriguez-Wallberg, A Rives, H Valli-Pulaski, S Steimer, S Kliesch, A Braye, MM Andres, J Medrano, L Ramos, SG Kristensen, CY Andersen, R Bjarnason, KE Orwig, N Neuhaus, JB Stukenborg, Fertility preservation in boys: recent developments and new insights ¹, Human Reproduction Open, Volume 2020, Issue 3, 2020

