

เปิดประเด็นสนทนาเรื่อง การสงวนความสามารถในการมีบุตร



สำหรับเด็กที่ป่วยเป็นมะเร็ง

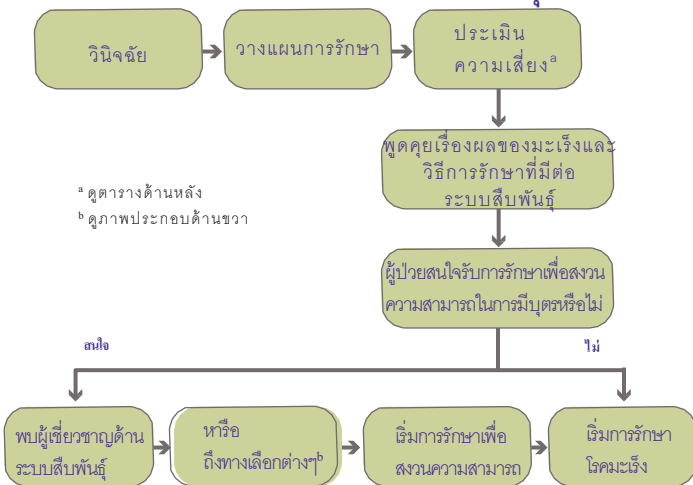
เกริ่นนำ

ผู้ปกครองอาจไม่ทราบว่าทางเลือกการสงวนความสามารถในการมีบุตรสำหรับเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง

- ผู้ปกครองอาจจัดจ้อยอยู่กับการรักษาโรคมะเร็งและสุขภาพในปัจจุบันของลูกมากกว่า
- ผู้ปกครองอาจรู้สึกอึดอัดที่จะพูดคุยเรื่องการมีบุตรกับลูกของตน ผู้ใหญ่ที่รอดชีวิตจากมะเร็งในวัยเด็กจำนวนมากู้สึกว่าการสงวนความสามารถในการมีบุตรและความสามารถที่จะสร้างครอบครัวในอนาคตไว้เป็นสิ่งสำคัญ

การตระหนักว่าอาจมีทางเลือกในการสงวนความสามารถในการมีบุตร และส่งต่อผู้ปกครองและเด็กไปพบผู้เชี่ยวชาญให้ทันเวลา สามารถเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในอนาคตของพวกเขาได้

วงจรของการสงวนความสามารถในการมีบุตร



^a ดูตารางด้านล่าง

^b ดูภาพประกอบด้านขวา

เปิดประเด็นสนทนา

การหารือเรื่องการสงวนความสามารถในการมีบุตรเป็นสิ่งสำคัญ แพทย์อาจเปิดบทสนทนาด้วยประเด็นต่อไปนี้:

มะเร็งและการรักษามะเร็งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการมีบุตรของเด็ก

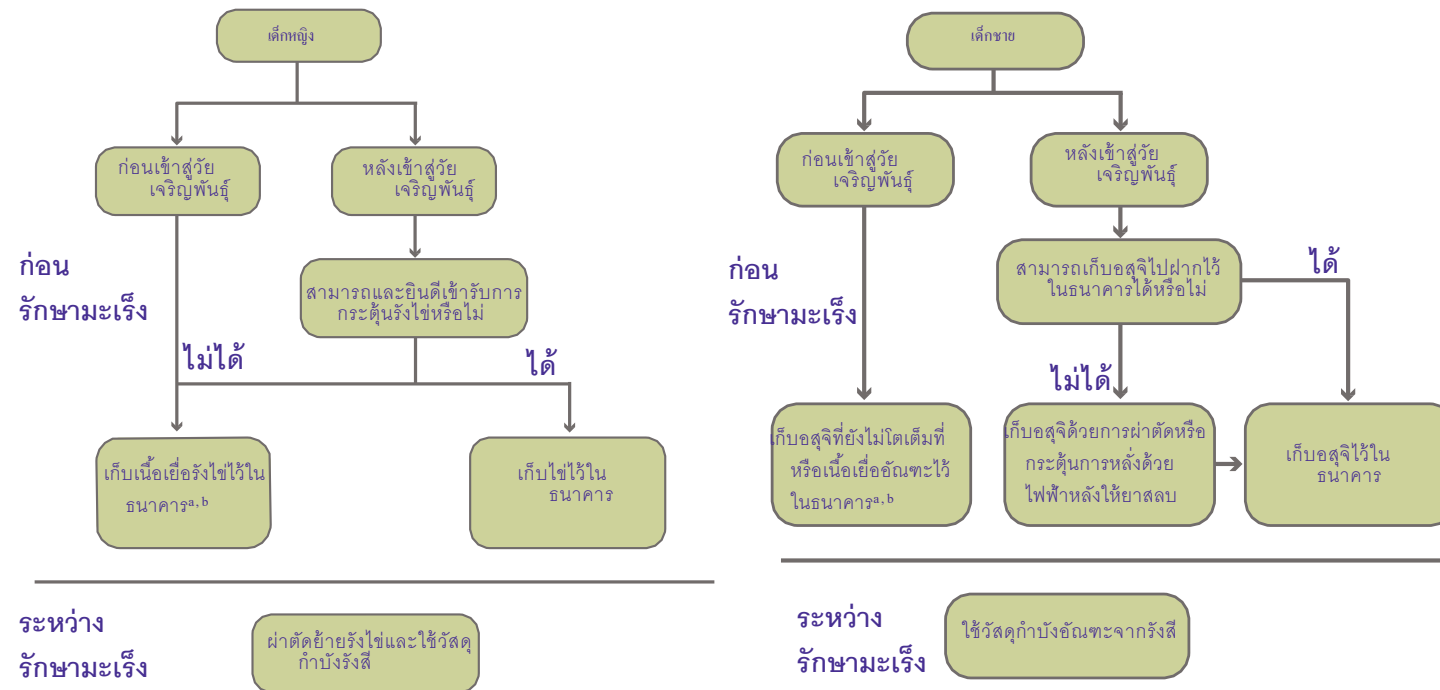
- เมื่อพิจารณาจากแผนการรักษา ความเสี่ยงที่ลูกของคุณจะมีบุตรยากนั้น [สูง กลาง ต่ำ] (ดูตารางด้านล่างประกอบ)
- มีทางเลือกใดในการรักษาเพื่อสงวนความสามารถในการมีบุตรให้ลูกของคุณก่อนเริ่มการรักษามะเร็ง (ดูภาพประกอบด้านขวา)
- หมอสามารถแนะนำผู้เชี่ยวชาญด้านการสงวนความสามารถในการมีบุตรได้ หากคุณต้องการพูดคุยถึงทางเลือกที่มีเพิ่มเติม



ทางเลือกในการสงวนความสามารถในการมีบุตร

- แผนผังด้านล่างแสดงทางเลือกในการสงวนความสามารถในการมีบุตรโดยสังเขปสำหรับเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทั้งก่อนและหลังการรักษา

ทางเลือกในการสงวนความสามารถในการมีบุตรสำหรับเด็กที่เป็นมะเร็ง



^a ไม่สามารถทำได้หากเสี่ยงต่อภาวะมะเร็งแพร่กระจายจากรังไข่ โปรดปรึกษาแพทย์โดยละเอียด

^b ยังอยู่ในขั้นทดลอง - เป็นแค่การศึกษาทางคลินิกที่ได้อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม

แนวทางการรักษามะเร็งและความเสี่ยงต่อภาวะมีบุตรยาก

ตารางนี้จำแนกแนวทางและแบบแผนการรักษามะเร็งตามความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดภาวะมีบุตรยาก อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยแต่ละรายล้วนแตกต่างกันและการรักษาวิธีต่างๆ อาจส่งผลต่อความสามารถในการมีบุตรแตกต่างกันไป

ความเสี่ยงสูง	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงต่ำมาก/ไม่มีความเสี่ยง	ไม่ทราบความเสี่ยง
<ul style="list-style-type: none"> การฉายรังสีหัวร่า (TBI) การฉายรังสีหัวร่าของท้องหรืออุ้งเชิงกราน >15 Gy ในเด็กหญิงที่ยังไม่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ >10 Gy ในเด็กหญิงวัยเจริญพันธุ์ การฉายรังสีที่อวัยวะ ≥3 Gy ในเด็กชาย การฉายรังสีที่กะโหลก/สมอง >40 Gy การฉายรังสีที่กระดูกสันหลัง 24–36 Gy cyclophosphamide รวม > 5 กรัม/ตารางเมตรในเด็กชาย cyclophosphamide รวม > 15 กรัม/ตารางเมตรในเด็กหญิง เคมีบำบัดที่มี Alkylating agents (เช่น melaphan, cyclophosphamide , busulfan) เพื่อเตรียมปลูกถ่ายอวัยวะ Alkylating agents ใดๆ (เช่น cyclophosphamide, ifosfamide, busulfan, BCNU [carmustine], CCNU [lomustine]) + การฉายรังสีหัวร่า อวัยวะ หรืออุ้งเชิงกราน แผนการรักษาที่มี procarbazine การตัดต่อมเพศทั้งสองข้าง 	<ul style="list-style-type: none"> การฉายรังสีบริเวณช่องท้อง/อุ้งเชิงกราน 10 ถึง <15 Gy ในเด็กหญิงที่ยังไม่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ การฉายรังสีหัวร่าของท้องหรืออุ้งเชิงกราน 5 ถึง <10 Gy ในเด็กหญิงวัยเจริญพันธุ์ การฉายรังสีที่กระดูกสันหลัง 18–24 Gy การฉายรังสีที่อวัยวะ 1–2 Gy (เนื่องจากการกระเจิงของรังสีจากการฉายรังสีที่ช่องท้อง/อุ้งเชิงกราน) ขนาด cisplatin สะสม 500 มิลลิกรัม/ตารางเมตร (เฉพาะเด็กชาย) 	<ul style="list-style-type: none"> การฉายรังสีที่อวัยวะ <1.0 Gy เคมีบำบัดชนิด nonalkylating 	<ul style="list-style-type: none"> น้ำแฉะรังสีไอโอดีน Methotrexate/ 5-FU Vincristine Interferon-α 	<ul style="list-style-type: none"> Monoclonal antibodies, e.g., cetuximab (Erbix), trastuzumab (Herceptin) Tyrosine kinase inhibitors เช่น erlotinib (Tarceva), imatinib (Gleevec)

Table adapted from LIVESTRONG; Nieman CL, et al. *Cancer Treat Res.* 2007;138:201-217; and Chow EJ, et al. *Lancet Oncol.* 2016;17:567-76.

แหล่งข้อมูล

คุณสามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อภาวะมีบุตรยากและทางเลือกในการสงวนความสามารถในการมีบุตรสำหรับเด็กที่เป็นมะเร็งได้ที่

เว็บไซต์ SaveMyFertility.org

- สายด่วน FERTLINE: 866-708-FERT (3378)
- เว็บไซต์ของ Oncofertility Consortium oncofertility.northwestern.edu
- ระบบค้นหาคลินิกใกล้คุณ <http://oncofertility.northwestern.edu/find-a-clinic-or-center>
- เว็บไซต์ของมูลนิธิ Pediatric Oncofertility Research Foundation www.porf.org

เอกสารอ้างอิง

The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility preservation and reproduction in patients facing gonadotoxic therapies: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2013;100:1224-31.

Chow EJ, et al. Pregnancy after chemotherapy in male and female survivors of childhood cancer treated between 1970 and 1999: a report from the Childhood Cancer Survivor Study cohort. *Lancet Oncol.* 2016;17(5):567-76.

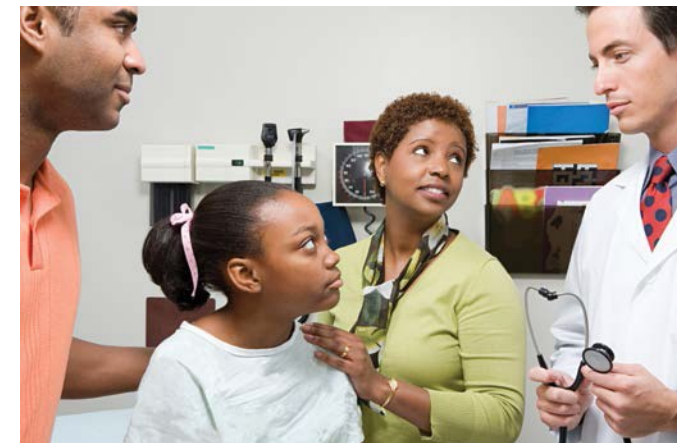
Ginsberg JP. New advances in fertility preservation for pediatric cancer patients. *Curr Opin Pediatr.* 2010;23:9-13.

Long CJ, Ginsberg JP, Kolon TF. Fertility Preservation in Children and Adolescents With Cancer. *Urology.* 2016;91:190-6.

Loren AW, et al. Fertility preservation for patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol.* 2013;31:2500-10.

Nieman CL, et al. Fertility preservation and adolescent cancer patients: lessons from adult survivors of childhood cancer and their parents. *Cancer Treat Res.* 2007;138:201-217.

Redig AJ, Brannigan R, Stryker SJ, et al. Incorporating fertility preservation into the care of young oncology patients. *Cancer.* 2010;117:4-10.



Oncofertility Consortium® คือกลุ่มความร่วมมือนานาชาติข้ามสาขาวิชา ที่สนใจด้านความสามารถในการมีบุตรของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง

คุณสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับการรักษาความสามารถในการมีบุตรเพิ่มเติมได้ที่ SaveMyFertility.org

หากต้องการรู้จัก Oncofertility Consortium ให้ดียิ่งขึ้น โปรดแวะไปที่

oncofertility.northwestern.edu

