



נייר עמדה מספר 213

שימור פריון בנשים לפני טיפול בעל פוטנציאל גונדוטוקסי

מהדורה מספר 1 - 9.5.2018

במקום שהוא קיים, דירוג ה EBM יופיע בצבע ירוק

רקע:

שימור פריון באמצעות הקפאה :

1. טיפולים כימותרפיים וקרנטיים עלולים לפגוע בשחלות ובפוריות העתידית. הסיכון לפגיעה בשחלות מושפע מגיל המטופלת, סוגי התכשירים ופרוטוקול הטיפול במחלה הראשונית. בגיל צעיר מאגר הזקיקים בשחלות שמור ויתכן שגם בעקבות פגיעה בחלק ממנו ע"י הטיפול תיוותר עתודה שחלתית שתאפשר השגת הריון. הסיכון לפגיעה בפוריות הוא אינדיבידואלי ועלול להשתנות בהתאם למהלך המחלה והתגובה לטיפול.
2. יש להפנות כל מועמדת לטיפול בעל פוטנציאל גונדוטוקסי לייעוץ לשימור פריון. במעמד הייעוץ הראשוני יש לקחת בחשבון שינוי אפשרי במהלך המחלה אשר יחייב בעתיד טיפול אגרסיבי יותר מהמתוכנן.
3. במקרים בהם מתוכננת קרינה לאגן, יש להתייחס גם לסיכון לפגיעה ברחם כתוצאה מקרינה ולצורך אפשרי עתידי בפונדקאות.
לנשים בגיל הפוריות העומדות בפני טיפולים העלולים לגרום לפגיעה משמעותית בעתודה השחלתית, קיימות מספר אפשרויות לשימור פריון:

הפחתת הפגיעה בעתודה השחלתית וברחם :

1. במידת האפשר, העדפת תבניות טיפול כמותראפי/קרנטי שפגיעתן בעתודה השחלתית וברחם פחותה.
2. שילוב GnRH Analogues במהלך הטיפול הכימותראפי, בכל גיל בו השחלות פעילות, עשוי להפחית את הפגיעה בעתודה השחלתית, אף כי מנגנון ההגנה של תכשירים אלו אינו ברור. יתרון נוסף של הטיפול בתכשירים אלו הוא בהשריית אל וסת במהלך הטיפול הכימותרפי ומניעת דמם רחמי.
3. הסטה של השחלות (Oophoropexy) מחוץ לשדה ההקרנה- במגמה למנוע או להקטין את היפגעותן מקרינה המכוונת לאגן.
1. הקפאת ביציות או ביציות מופרות:
 - א. מומלצת לנשים עד גיל 44 שלא נחשפו לטיפול גונדוטוקסי בחצי השנה שקדמה לשאיבה.
 - ב. בשנים האחרונות גדל הניסיון בשיטת הקפאה מהירה (ויטריפיקציה-זיגוג) של ביציות בלתי מופרות ומדווח על שיעור הישרדות גבוה לאחר הפשרתן.
 - ג. יש להדגיש כי שימוש עתידי בביציות המופרות בזרע בן זוג יחייב את הסכמתו, וכי קיימת אפשרות להקפאת ביציות בלתי מופרות.
 - ד. בנשים בהן הטיפול חייב להינתן בדחיפות, ניתן לבצע שאיבה מיידית של זקיקים קטנים והבשלה חוץ גופית של ביציות בלתי בשלות (IVM- In Vitro Maturation) עם או ללא טיפול מקדים קצר בגונדוטורפינים.
 - ה. במידת הצורך ניתן להתחיל גירוי שחלתי בשלבים שונים של המחזור ולא רק בתחילתו.
 - ו. למטופלות שמחלתן עלולה להיות מושפעת מהורמונים (כגון סרטן שד), ניתן להתאים פרוטוקול גרוי שחלתי הכולל שימוש בטמוקסיפן או במעכבי ארומטאז.
 - ז. אם ניתן, יש לשאוף לבצע מספר מחזורי טיפול עד לתחילת הכימותרפיה.
 2. הקפאת רקמת שחלה:
 - א. כריתת מקטע שחלתי או שחלה שלמה (בד"כ בלפרוסקופיה) והקפאת מקטעים קטנים.
 - ב. ניתן להציע הקפאת רקמת שחלה בילדות / נערות צעירות שאינן מתאימות לגירוי שחלתי ושאיבת ביציות, או במקרים בהם ישנו צורך בטיפול דחוף או הכרוך בסיכון לפגיעה משמעותית בעתודה השחלתית.
 - ג. ע"פ חוזר מנהל רפואה (16/2009) הקפאת רקמת שחלה הינה פעולה קלינית שאינה מחייבת אישור ועדת הסינטי. יש להחתים את המטופלת

(מעל גיל 14) ואת הוריה (אם קטינה) על טופס הסכמה ייעודי.

ד. לאחר כריתת השחלה, תיתכן שאיבת זקיקים קטנים והקפאת ביציות בשלות או לאחר הבשלה חוץ גופית (IVM).

ה. ההקפאה ניתנת לביצוע גם בנשים שנחשפו לכמותאפיה, אך אינה מומלצת בנשים מעל גיל 40.

ו. קיים סיכון מסוים להמצאות תאי גידול ברקמת השחלה המוקפאת (בתלות בסוג ובשלב המחלה). לאחר הפשרת הרקמה וטרם השתלטה תבוצע בדיקה מדגמית לחיפוש תאי גידול.

בטופס ההסכמה להשתלה יכתב הנוסח הבא:
"לפני השתלת רקמת שחלה הפשרנו מספר פיסות שחלה על מנת לחפש הימצאות תאי גידול ברקמה שהוקפאה. השתמשנו בכל הטכנולוגיות הרלוונטיות בהתאם לגידול ממנו סבלת בעבר. הבדיקות היו יסודיות ככל הניתן אך לא נמצאו סמנים ספציפיים המייצגים את הגידול ממנו סבלת. למרות כל האמור, גם אם כל הבדיקות תקינות, יש חשש נמוך כי מחלתך תישנה. במקרים אלה לא ניתן יהיה לדעת האם הסיבה לחזרת המחלה נובעת מהמהלך הטבעי של המחלה או בשל השתלת רקמת השחלה."

המשך מעקב:

מומלץ מעקב אנדוקריני גינקולוגי בסיום הטיפול הגונדוטוקסי. יש להדגיש למטופלות כי דימום וסתי מחזורי אינו ערובה לפוריות, וכי ייתכן שנותר פרק זמן קצר מהרגיל לפוריות עתידית. במקרים מתאימים ניתן להציע הקפאת ביציות או ביציות מופרות גם בשלב זה.

נייר העמדה הוכן ע"י איילה – האגודה הישראלית לחקר הפוריות

צוות כתיבת נייר העמדה:

פרופ' אבי בן הרוש,
פרופ' דרור מאירוב,
פרופ' אריאל רבל,
פרופ' זאב בלומנפלד.

האגודה הישראלית לחקר הפוריות (איל"ה)
THE ISRAEL FERTILITY ASSOCIATION (IFA)
الجمعية الاسرائيلية للاخصاب

