

Oncologische behandeling en fertiliteit

Vivianne Tjan-Heijnen
Symposium AYA zorg & (in)fertiliteit
Nascholing Maastricht UMC+
29 november 2018

Disclosures

Potentiële belangenverstrengeling	
Voor bijeenkomst mogelijke relevante relaties met bedrijven	Geen
<ul style="list-style-type: none">• Sponsoring of onderzoeksgeld	<ul style="list-style-type: none">• Roche, Astra Zeneca, Novartis, Pfizer, Eisai, E Lilly
<ul style="list-style-type: none">• Honorarium of andere (financiële) vergoeding	<ul style="list-style-type: none">• Roche, Novartis, Pfizer, E Lilly, Accord Healthcare
<ul style="list-style-type: none">• Aandeelhouder	<ul style="list-style-type: none">• Geen
<ul style="list-style-type: none">• Andere relatie, namelijk ..	<ul style="list-style-type: none">• Geen

De zwangere borstkanker patiënt

- Oncologische diagnostiek en behandeling kan - met aanpassingen – plaatsvinden. Advies: in een centrum
- Dus belangrijk te weten of een patiënte in vruchtbare leeftijd bij diagnose borstkanker zwanger is
- Diagnose is moeilijker en vaak vertraagd
- Borstkanker is geen indicatie voor abortus
- Borstkanker is geen indicatie voor vervroegde sectio caesario
- Kinderen: vaak lager gewicht; FU-studies vinden plaats

Verwijzing voor counseling fertiliteits-preservatie naar het Maastricht UMC+

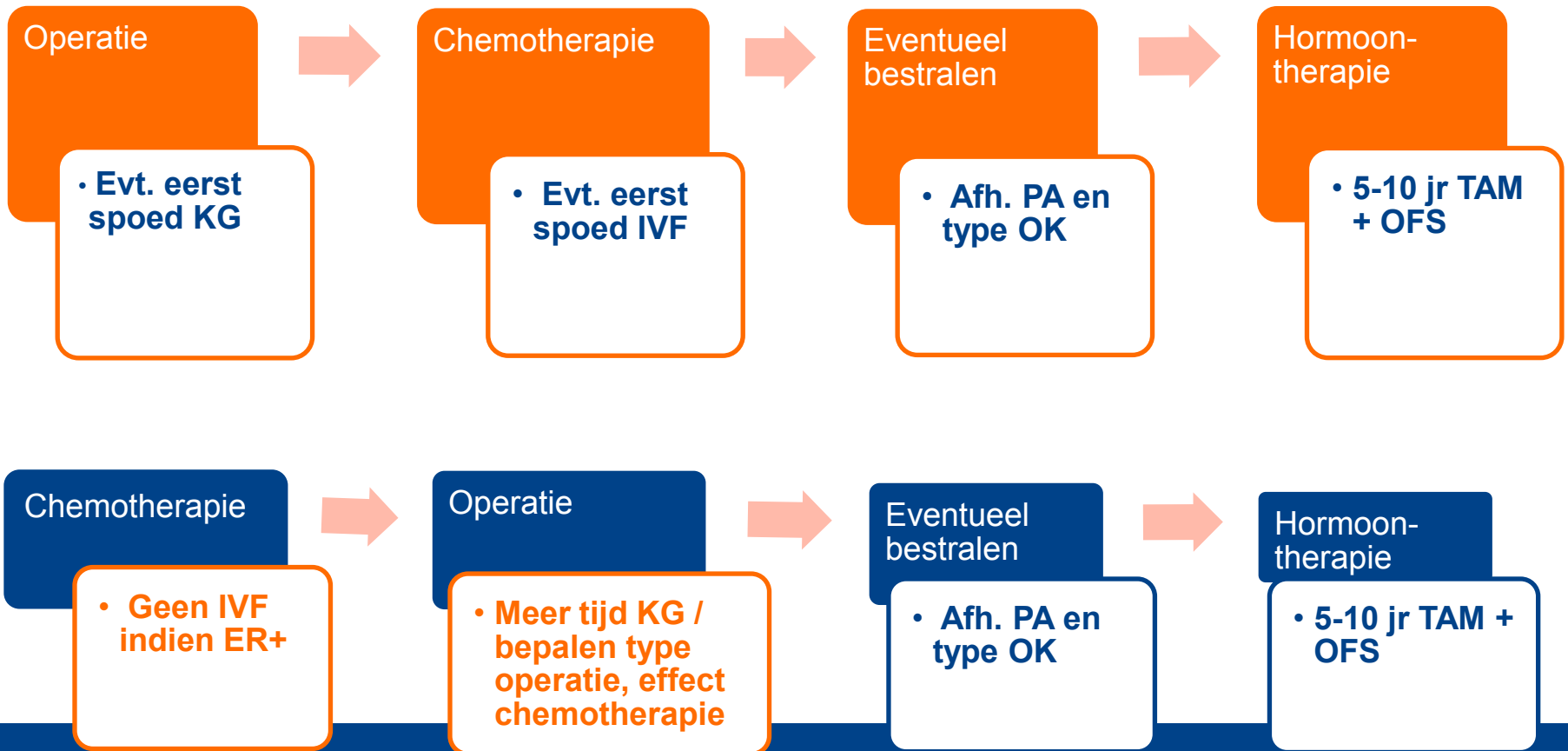
- Mail van verwijzer naar medisch oncoloog
- Intake < 1 week op één dag bij:
 - medisch oncoloog
 - gynaecoloog
 - klinisch geneticus
- Zelfde dag 1^e brief retour verwijzer
- Belafsprak 1 week, besluit

- De pil continueren
- Bij voorkeur intake voor vaststellen behandelplan
- Oncologische therapie in het eigen zkh



Oncologisch behandelplan

Pte: 35 jaar, tumor 2.5 cm, gr II, ER+, HER2-, 0 klieren +



Waarom geen IVF als primaire tumor nog in situ is?

“Women who have been exposed to fertility drugs with IVF seem to have a transient increase in the risk of having breast 1·96 [1·22–3·15] or uterine cancer 4·96 [1·24–19·8] diagnosed in the first year after treatment, though the incidence overall is no greater than expected.”

Ven A. et al. Lancet 1999; 354: 1586–90

Informeren patiënte over prognose

Stel: pte 35 jaar, tumor 2.5 cm, gr II, ER+, HER2-, 0 klieren +

‘Berekende’ 10 jaars overleving:

- 82% met operatie +/- bestraling
- 93% met tevens hormoontherapie en chemotherapie



Langetermijn effecten (neo-)adjuvante systemische therapie in relatie tot kinderwens

Chemotherapie

Risico op vervroegde menopauze

- Is gunstig voor prognose van ER/PR+ borstkanker ('hormoontherapie')
- Echter, indien blijvend, speelt tevens onvruchtbaarheid

Hormoontherapie

- 5-10 jaar combinatie van: Tamoxifen + OFS (LHRHa)
- Bij zwangerschapswens: hormoontherapie onderbreken
- Geen blijvend negatieve effecten op vruchtbaarheid (reversibel)

The correlation of age with chemotherapy-induced ovarian function failure in breast cancer patients

Ingeborg J.H. Vriens¹, Ashley J.R. De Bie¹, Maureen J.B. Aarts¹, Maaïke de Boer¹, Irene E.G. van Hellemond¹, Joyce H.E. Roijen¹, Ron J.T. van Golde², Adri C. Voogd¹, Vivianne C.G. Tjan-Heijnen¹

	21-39 years N=25 (%)*	40-55 years N=90 (%)*
Aanvankelijk	92%	100%
Na 2 jaar	9%	86%

* Behandeld in Maastricht UMC+

- Herstel van menstruatie (hormonen) ≠ herstel van vruchtbaarheid (eicellen)
- Na herstel nog steeds risico op vervroegde menopauze (Partridge, Eur J Cancer, 2007)

Consequentie chemotherapie t.a.v. vruchtbaarheid

⇒ Als premenopauzaal na chemotherapie

Natuurlijke zwangerschap is t.z.t. in principe mogelijk

⇒ Als blijvend postmenopauzaal (niet-hormonale anticonceptie!)

Geen natuurlijke zwangerschap meer mogelijk van biologisch eigen kind, tenzij vooraf maatregelen getroffen



Globale inschatting infertiliteit bij chemotherapie voor mammacarcinoom (check VG / cyclus etc)

- 25 jaar: klein < 15%
- 30 jaar < 30%
- 35 jaar: 50%
- 40 jaar: > 90%



Dilemma voor de patiënt:

‘Ben ik na de chemotherapie (nog) vruchtbaar of niet?’

Afwachten



Extra maatregelen ?

Standaard opties bij mammacarcinoom: spoed 'IVF/ICSI' vóór start adjuvant chemotherapie

1. Invriezen embryo's
2. Invriezen eicellen

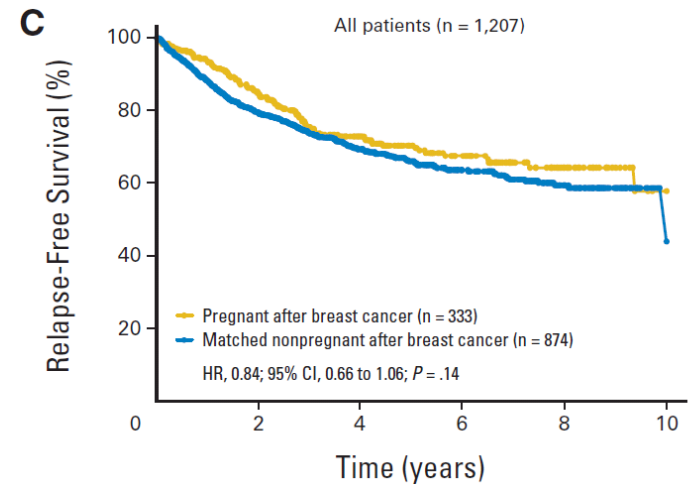


⇒ Bij kiembaanmutatie: pre-implantatie genetische diagnostiek bij terugplaatsing

We counselen ca. 20 patiënten met borstkanker per jaar
Terugkeer: presentatie Ron van Golde
PhD's: Ingeborg Vriens, Elena Ter Welle - Butalid

Risico's voor moeder en kind

- Zwangerschap verhoogt niet het risico op terugkeer van ziekte, maar wel blijft risico op verkort moederschap, timing: bij voorkeur >2jr
- Spoed 'IVF' verhoogt niet het risico op terugkeer ziekte (protocol: eerst operatie indien ER/PR +, gevolgd door 'IVF/ICSI' en daarna chemotherapie)
- Chemotherapie geeft geen verhoogd risico op aangeboren afwijkingen bij natuurlijke zwangerschap



Azim et al. J Clin Oncol, 1 Jan 2013

Studie naar zorgen over vruchtbaarheid en gekozen maatregelen bij jonge vrouwen met borstkanker

N = 620 respondenten (van 1.511)	
Mediane leeftijd (jr, range)	37 (17-40)
Bespreken fertiliteit voor therapie	68%
Zorgen over infertiliteit na therapie (meer: jongere lft, niet-blank, geen eerdere kinderen, krijgen van chemotherapie)	51%
Kozen vanwege zorgen andere therapie:	
- Geen chemotherapie	1%
- Andere chemotherapie	2%
- Geen hormoontherapie	3%
- <5 jaar hormoontherapie	11%
Fertiliteitspreserverende maatregelen	10%

Informatie verstrekking

- Twee behandelaars: gynaecoloog en medisch oncoloog
- In een centrum met bijzondere expertise op dit gebied
- Schriftelijke informatie

