



جمعية زهرة
ZAHRA ASSOCIATION

دليل حملة حياة تتجدد أهمية الصحة الإنجابية في علاج سرطان الثدي



www.zahra.org.sa



@zahra_ksa

أهمية الصحة الإنجابية في علاج سرطان الثدي

يعد سرطان الثدي الأكثر شيوعاً بين النساء، بما في ذلك النساء في سن الخصوبة والإنجاب. تحقق العلاجات الحديثة نسب شفاء عالية جداً، إلا أن بعض العلاجات – خاصة العلاج الكيماوي – قد تؤثر سلباً وبشكل دائم على قدرة المبيضين على إنتاج البويضات.

وفقاً لإرشادات الجمعية الأمريكية لعلم الأورام السريري (ASCO) المحدثة عام ٢٠٢٥، فإن مناقشة خيارات حفظ الخصوبة مع الفريق الطبي قبل بدء العلاج – وأثناء مرحلة المتابعة بعد العلاج – ليست خياراً ثانوياً أو رفاهية، بل هي حق أساسي لكل مريضة وجزء لا يتجزأ من الخطة العلاجية الشاملة ورعاية المتعافيات.

تأثير العلاج الكيماوي على المبيضين

يعمل العلاج الكيماوي على استهداف الخلايا سريعة الانقسام، مما يؤثر على المخزون البيولوجي للمبيض بالطرق التالية:

انخفاض مخزون البويضات: يؤدي العلاج إلى تقليص عدد البويضات الأولية بشكل حاد ودائم. تظهر الدراسات الحديثة انخفاضاً كبيراً في مستويات هرمون مخزون المبيض (AMH)،

حيث ينخفض المتوسط من حوالي ٣,٨ نانوغرام/مل عند التشخيص إلى أقل من ٠,٨ نانوغرام/مل بعد العلاج، ويعاني أكثر من نصف المريضات من مخزون منخفض جداً (AMH أقل من ٠,٥ نانوغرام/مل) **سن اليأس المبكر**: يسرع من الوصول إلى انقطاع الطمث المبكر، وتزداد هذه الاحتمالية كلما تقدم عمر المريضة (خاصة فوق سن ٣٥-٤٠ عاماً).

تفاوت أثر الأدوية: تعتبر مركبات الألكلة (مثل Cyclophosphamide) الأشد ضرراً على أنسجة المبيض مقارنة بغيرها من العلاجات. **تأثر جودة ونوافذ الخصوبة**: حتى في حال عودة الدورة الشهرية بعد انتهاء العلاج، فإن المخزون الحقيقي للمبيض وقدرته الاستيعابية يقلان، مما يضغط النوافذ الزمنية المتاحة للحمل مستقبلاً.

الخطة العملية فور التشخيص

يعد عامل الوقت جوهرياً؛ لذا يتم اتباع بروتوكول سريع ومحكم لتجنب أي تأخير في بدء العلاج:

الإحالة الفورية: يقوم طبيب الأورام بتحويل المريضة فوراً إلى استشاري خصوبة وأطباء الغدد الصماء التناسلية بمجرد تأكيد التشخيص.

التقييم السريع (خلال ٢٤-٤٨ ساعة): يتم تقييم وضع المريضة عبر تحليل دم لهرمون مخزون المبيض (AMH)، وفحص بالموجات الصوتية (السونار) لعدد الحويصلات المبيضية (AFC)، مع أخذ عمر المريضة وتاريخها الطبي بالاعتبار.

التنسيق الزمني: تستغرق دورة تنشيط وسحب البويضات عادة من ١٠ إلى ١٤ يوماً فقط، ويمكن البدء بها في أي وقت من الدورة الشهرية (Random Start Protocol)، مما يعني عدم تأخير موعد بدء الكيماوي.

الشرح والتوجيه: تقديم مشورة مبسطة وشاملة تتضمن معدلات النجاح والسلامة المتبعة، مع التأكيد على أن حفظ الخصوبة جزء أساسي من خطة العلاج.

الخيارات والحلول المتاحة لحفظ الخصوبة

١. تجميد البويضات (Egg Freezing / Oocyte Cryopreservation)

الآلية: تحفيز المبيضين بأدوية هرمونية آمنة لإنتاج عدد من البويضات، ثم سحبها عن طريق السونار وتجميدها بالتبريد السريع (Vitrification).

الكفاءة: تبلغ نسبة بقاء البويضات والسلامة بعد الإذابة مستقبلاً أكثر من ٩٠% باستخدام تقنيات التجميد الحديثة.

معدل النجاح: تعتمد فرصة الحمل مستقبلاً على عمر المريضة وقت التجميد وعدد البويضات التي تم جمعها. كلما كان العمر أصغر والعدد أكبر، ارتفعت فرص النجاح.

العدد الموصى به: ينصح بتجميد من ١٥ إلى ٢٠ بويضة ناضجة (أو أكثر حسب العمر) لضمان فرصة جيدة للوصول إلى ولادة طفل واحد على الأقل.

٢. تجميد الأجنة (Embryo Freezing)

الآلية: يتم سحب البويضات وتخصيبها مخبرياً بالحيوانات المنوية للزوج لإنتاج أجنة، ثم تجميد الأجنة في مرحلة الانقسام أو البلاستوسيسست (Blastocyst).

الكفاءة ومعدلات النجاح: هو الخيار الأكثر استقراراً وأعلى في نسب النجاح مقارنة بتجميد البويضات المفردة.

مثال توضيحي: تصل نسبة نجاح نقل الجنين المجمد لمريضة تحت سن ٣٥ إلى نحو ٤٠-٥٠% لكل محاولة نقل في المراكز المتقدمة، وهي نسبة مرتفعة تمنح طمأنينة عالية للمستقبل.

أظهرت الدراسات الحديثة أن معدلات الحمل السريري والولادات الحية بعد استخدام الأجنة المجمدة لدى مريضات سرطان الثدي مماثلة تقريباً لمعدلات النساء غير المصابات بالسرطان.

٣. تجميد أنسجة المبيض (Ovarian Tissue Cryopreservation)

الآلية: استئصال جزء من القشرة الخارجية للمبيض عبر جراحة منظارية بسيطة وتجميدها، لإعادة زراعتها بعد الشفاء.

دواعي الاستخدام: مخصص للحالات التي لا تملك متسعاً من الوقت (أقل من ١٠ أيام) لبدء التنشيط الهرموني، أو للفتيات قبل سن البلوغ، أو عند وجود موانع للتنشيط.

الوضع الحالي: وفقاً لإرشادات ASCO ٢٠٢٥، أصبح تجميد أنسجة المبيض خياراً معتمداً وراسخاً (established method) وليس تجريبياً في العديد من المراكز المتقدمة عالمياً.

تصل نسب استعادة الوظيفة الهرمونية إلى أكثر من ٩٠%، ومعدلات الولادات الحية بعد الزراعة تتراوح بين ٣٠-٤٠% في الدراسات الحديثة.

تذكير مهم: تؤكد الدراسات العلمية الحديثة – بما فيها نتائج دراسة POSITIVE المطولة – أن نحو ٧٠-٧٦% من المتعافيات من سرطان الثدي اللواتي حاولن الحمل بعد العلاج تمكن من تحقيق الحمل، وبلغ معدل الولادات الحية حوالي ٦٩%. كثير من هذه الحملات حدثت بشكل طبيعي. كما أن تقنيات التجميد توفر خط أمان إضافي يضمن حفظ الخصوبة بنسب نجاح عالية.

معايير الأمان والسلامة الهرمونية

إليك كيف نضمن سلامتك الكاملة أثناء عملية التنشيط:

بروتوكول الليتروزول (Letrozole Protocol): يستخدم دواء

الليتروزول (مثبط الأروماتاز) جنباً إلى جنب مع أدوية التنشيط.

الهدف من البروتوكول: منع ارتفاع مستويات هرمون الإستروجين

في الدم وإبقاؤه ضمن المستويات الطبيعية أو الآمنة جداً.

الأمان الطبي: تحفيز نمو البويضات يتم دون تحفيز الخلايا

السرطانية (خاصة في الأورام الحساسة للهرمونات +ER).

أثبتت الأبحاث المكثفة والدراسات طويلة الأمد – بما فيها مراجعات

منهجية حديثة – أن هذا الإجراء آمن تماماً ولا يزيد من خطر عودة

المرض أو تأخر التعافي.

كما أظهرت نتائج دراسة POSITIVE أن تاريخ تحفيز المبيضين

وتجميد البويضات أو الأجنة لم يرتبط بزيادة خطر الأحداث

السرطانية.

ملاحظة إضافية: يمكن استخدام ناهضات هرمون إطلاق الغدد

التناسلية (GnRHa) كإجراء مساعد أثناء العلاج الكيماوي لحماية

المبيضين لدى مريضات سرطان الثدي، لكنها لا تغني عن الطرق

الراسخة لحفظ الخصوبة (تجميد البويضات أو الأجنة أو الأنسجة).

قواعد وتوصيات مهمة أثناء وبعد العلاج

١. منع الحمل أثناء العلاج (ضرورة قصوى)

الإلزامية: يمنع منعاً باتاً حدوث الحمل أثناء العلاج الكيماوي أو الإشعاعي أو الهرموني لما له من أخطار تشوهية على الجنين.

الوسائل الآمنة: ينصح باللولب النحاسي (Non-hormonal IUD) أو الوسائل الموضعية (الواقي الذكري).

الممنوعات: يمنع استخدام حبوب منع الحمل الهرمونية أو اللولب الهرموني دون استشارة طبية دقيقة.

٢. التوقيت الآمن للحمل بعد الشفاء

تعتمد الفترة الموصى بها للانتظار قبل التخطيط للحمل على نوع السرطان وخطة العلاج (مثلاً: الانتظار من سنتين إلى ٥ سنوات في حال وجود علاج هرموني طويل المدى).

يتم تحديد ذلك بالتنسيق المباشر بين طبيب الأورام وطبيب الخصوبة.

بالنسبة لمريضات سرطان الثدي الإيجابي لمستقبلات الهرمونات:

أظهرت دراسة POSITIVE (بمتابعة أطول تصل إلى ٧١ شهراً) أن

التوقف المؤقت عن العلاج الهرموني المساعد لمحاولة الحمل آمن

ولا يزيد من خطر عودة المرض في المتابعة المتوسطة والطويلة.

يُنصح باستئناف العلاج الهرموني بعد الولادة والرضاعة لإكمال

المدة المخططة.

تصحيح الشائعات والأفكار الخاطئة

١. "عملية تجميد البويضات ستؤخر بدء علاجي من السرطان"

التصحيح: بالتنسيق المبكر والبدء العاجل (Random Start Protocol)، يتم التجميد خلال ١٠-١٤ يوماً فقط دون التأثير على جدول العلاج الكيماوي.

٢. "التنشيط الهرموني يؤدي لتفشي السرطان أو عودته"

التصحيح: مع استخدام بروتوكولات الأمان الحديثة (مثل الليتروزول)، تظل مستويات الإستروجين منخفضة وآمنة تماماً. أثبتت الدراسات المتعددة عدم زيادة خطر عودة المرض.

٣. "لا يوجد أمل في الحمل والإنجاب بعد التعافي من السرطان"

التصحيح: فرص الحمل موجودة وقوية. تُظهر البيانات الحديثة أن غالبية المتعافيات اللواتي يحاولن الحمل ينجحن في ذلك (نحو ٧٠% أو أكثر)، وتقنيات التجميد توفر خط أمان إضافي يضمن حفظ الخصوبة بنسب نجاح عالية.

حفظ الخصوبة حق أصيل وجزء لا يتجزأ من رحلة الشفاء.

استشيري فريقك الطبي مبكراً... فكل يوم له قيمته.