

Madre dopo il cancro e preservazione della fertilità



AIMaC
INFORMA PER AIUTARE
A VIVERE CON IL CANCRO

Associazione Italiana Malati di Cancro,
parenti e amici

Madre dopo il cancro e preservazione della fertilità

Legenda

Per praticità di consultazione a lato del testo sono stati inseriti dei riquadri contraddistinti da piccole icone, ognuna delle quali ha il seguente significato:



richiama l'attenzione su alcuni concetti espressi nel testo a fianco



definizione di un termine tecnico



rimando ad altri libretti della Collana del Girasole o ad altre pubblicazioni di AIMaC



rimando ad altri siti internet

Testo di: **R. Tancredi, E. Iannelli**, (AIMaC)

Contributi: **P. D'Aloja, G. Scaravelli** (Istituto Superiore di Sanità - Roma); **M. Candiani, L. De Santis, G. Mangili, E. Papaleo, S. H. Vailati, P. Viganò** (Ospedale San Raffaele - Milano); **L. Del Mastro, F. Poggio** (IRCCS AOU San Martino IST, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro - Genova); **F. A. Peccatori** (Istituto Europeo di Oncologia - Milano); **A. D'Acunti** (AIMaC); **L. Del Pup** (Centro di Riferimento Oncologico - Aviano (PN)); **P. Pugliese** (Istituti Fisioterapici Ospitalieri - Roma); **L. Latini, B. Pistilli** (Ospedale Civile - Macerata); **V. M. Margheriti, R. Miniero, F. M. Zurlo** (Università Magna Graecia - Catanzaro).

Editing: **C. Di Loreto** (AIMaC)

Questa pubblicazione è stata realizzata nell'ambito del Progetto Ordinario di Ricerca Finalizzata "Cancer Survivorship: A New Paradigm of Care" finanziato dal Ministero della Salute.

Prima edizione: maggio 2013; seconda edizione: novembre 2016.

©AIMaC 2016. Tutti i diritti sono riservati. La riproduzione e la trasmissione in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico o meccanico, comprese fotocopie, registrazioni o altro tipo di sistema di memorizzazione o consultazione dei dati sono assolutamente vietate senza previo consenso scritto di AIMaC.

Pur garantendo l'esattezza e il rigore scientifico delle informazioni, AIMaC declina ogni responsabilità con riferimento alle indicazioni fornite sui trattamenti, per le quali si raccomanda di consultare il medico curante, l'unico che possa adottare decisioni in merito.

Indice

- 5 Prefazione
- 7 Introduzione
- 8 La maternità dopo il cancro
- 8 Che cos'è la fertilità?
- 9 Quali tumori potrebbero compromettere la fertilità?
- 9 Quali trattamenti antitumorali potrebbero compromettere la fertilità?
- 11 Come si può preservare la fertilità?
- 14 La gravidanza dopo il cancro
- 15 Quali sono i rischi per la salute del bambino dopo i trattamenti antitumorali?
- 17 La diagnosi di un tumore in gravidanza
- 18 La scelta dell'adozione dopo il cancro
- 19 L'importanza di una corretta informazione



Prefazione

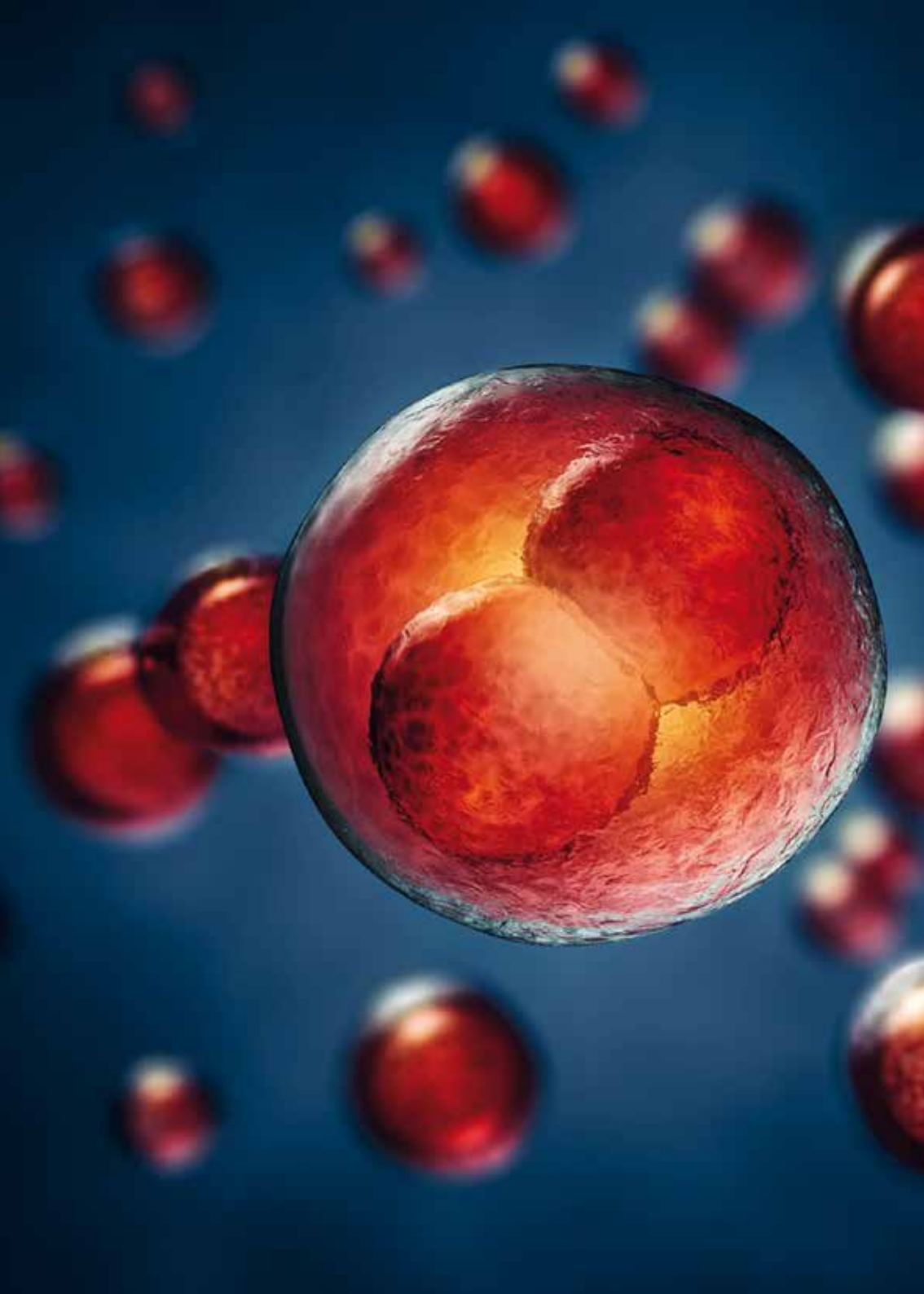
Il desiderio di maternità è di per sé vita, è guardare oltre la malattia sperando in un ritorno alla normalità dopo le cure. La malattia, soprattutto se in giovane età e se interessa il seno o un organo dell'apparato riproduttivo, sconvolge la vita, distruggendo i sogni di una vita familiare normale, e viene vissuta come una grave perdita della propria femminilità e della possibilità di realizzare il desiderio di maternità. Tutto ciò mette a rischio anche la vita di coppia, ma è attraverso la sofferenza e la perdita che la coppia può acquistare una ricchezza interiore sconosciuta agli altri, arrivando a maturare un sentimento di speranza, di rinascita e di profondo apprezzamento dell'incommensurabile dono della vita che può realizzarsi nella genitorialità biologica, in un'adozione o anche in un sereno futuro di vita senza figli. Le richieste di aiuto e di informazione sulla possibilità di preservare la fertilità e quindi di diventare madre dopo il cancro sono sempre più numerose, sia per l'aumento delle diagnosi di tumore in età giovanile sia per i migliori risultati delle terapie. Questa pubblicazione vuole portare un messaggio di conforto e speranza a tutte le donne che si sono ammalate, ma che vogliono vincere la vita progettando di diventare madri dopo il cancro:

Questa bambina è arrivata e ci ha sconvolto di felicità ... Siamo stati molto fortunati, abbiamo sofferto, ma ricevuto 100 volte tanto. Certo, da mamma sono più ansiosa. ... Un timore nuovo, non per la mia vita ma per quella di mia figlia. ... mi assale la paura che la malattia si ripresenti o non risponda più alle terapie. Ma lo rifarei senza esitazione: la gioia è tale che dona ancor più voglia di vivere e combattere la malattia. Un augurio a tutte le donne: "In becco alla cicogna"! ¹

Roma, 13 maggio 2013

Avv. **Elisabetta Iannelli**
Vicepresidente di AIMaC

1. Tratto da "Ho vinto io" di M. Boldrini, S. Smerrieri, F. Goffi - Giunti Editore (2010).



Introduzione

Il numero di persone che si ammalano di cancro è in costante aumento, ma grazie ai programmi di prevenzione e diagnosi precoce, come pure alle nuove terapie antitumorali, sono sempre di più coloro che guariscono o che convivono a lungo con la malattia.

Quando ad ammalarsi sono i bambini o i giovani adulti, gli aspetti connessi con gli effetti a lungo termine delle terapie antitumorali, e tra questi anche il rischio di non poter avere figli, diventano prioritari.

Questo libretto si rivolge soprattutto alle pazienti per spiegare in un linguaggio chiaro le strategie disponibili per preservare la fertilità e avere figli dopo le terapie antitumorali. Tenendo conto della complessità degli aspetti medici e della mancanza di indicazioni precise circa i percorsi possibili ci è sembrato importante offrire alle giovani donne che si ammalano e alle loro famiglie informazioni corrette su queste problematiche, pur riconoscendo la rapida evoluzione di quest'ambito.

Per ulteriori informazioni è disponibile il servizio offerto dall'helpline di AIMaC, un'équipe di operatori volontari e specialisti in grado di rispondere ai bisogni dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 - numero verde 840 503579, e-mail info@aimac.it.

La maternità dopo il cancro

Diventare madre richiede grande energia a livello personale, e, al contempo, impone adattamenti nel rapporto con il partner e con le famiglie d'origine.

Oggi la maternità è sempre più spesso per la donna il risultato di un'attenta pianificazione e non più un 'passaggio naturale' della sua realizzazione personale e familiare; sovente viene rimandata per dedicarsi agli studi o alla carriera o semplicemente per vivere con maggiore libertà il rapporto di coppia. Quando sopraggiunge una malattia come il cancro che, direttamente o indirettamente, è in grado di compromettere la fertilità, la situazione diventa più complessa: nonostante il desiderio di maternità sia vissuto da ogni donna in maniera differente, alle preoccupazioni per la possibilità di non poter avere un figlio si affiancano le paure per la propria salute e per quella del bambino. *E se la gravidanza aumentasse il rischio che la malattia ritorni? E se la 'mia' malattia fosse ereditaria? E se morissi, chi si prenderà cura del bambino?*

Il modo migliore per fugare dubbi e timori è condividere con l'oncologo curante e con il ginecologo il desiderio di avere un figlio dopo la guarigione.



Il modo migliore per fugare dubbi e timori è condividere con l'oncologo curante e con il ginecologo il desiderio di avere un figlio dopo la guarigione.



Fertilità: capacità di un organismo vivente di riprodursi, ossia di concepire una nuova vita.

Vita fertile: periodo in cui la donna è in grado di avere un figlio.

Che cos'è la fertilità?

In generale il termine **fertilità** indica la capacità di un organismo vivente di riprodursi, ossia di concepire una nuova vita, e si definisce **vita fertile** il periodo in cui la donna è in grado di procreare.

La probabilità mensile di concepire un figlio è intorno al

30%, ma si riduce al 20% dopo i 35 anni e al 10% dopo i 40 anni. La fertilità diminuisce con l'età, con effetti più evidenti nella donna che nell'uomo. Nell'uomo, le caratteristiche del liquido seminale declinano sensibilmente dopo i 35 anni, ma la fertilità rimane pressoché invariata fino ai 50 anni circa. Nella donna, dopo i 40 anni la fertilità è drasticamente ridotta, perché con l'età gli **ovociti** diminuiscono numericamente e diventano qualitativamente scadenti. Aumenta quindi la percentuale di aborti spontanei e la possibilità che nascano bambini con difetti cromosomici (ad esempio la sindrome di Down).

Quali tumori potrebbero compromettere la fertilità?

I tumori più frequenti nelle donne di 20-40 anni, quindi in piena vita fertile, interessano la mammella, la tiroide, la cervice uterina, il colon-retto e l'ovaio, poi vi sono i sarcomi, i linfomi e le leucemie.

Oggi è sempre più alto il numero di donne che devono affrontare il problema di una possibile **infertilità** sia perché sono sempre di più i casi di malattia durante la vita fertile, sia perché l'età della prima gravidanza è sempre più avanzata.

Quali trattamenti antitumorali potrebbero compromettere la fertilità?

Tutti i trattamenti antitumorali - sia **sistemici** (chemioterapia, ormonoterapia, ecc.) che locali (radioterapia e chirurgia) - possono compromettere temporaneamente o permanentemente la fertilità.



Ovociti: cellule uovo deputate alla riproduzione. Se vengono fecondate dagli spermatozoi sviluppano in embrioni.



Infertilità: incapacità di procreare compreso il portare a termine una gravidanza. Il termine sterilità, invece, indica l'assoluta impossibilità alla procreazione.

Trattamenti sistemici: hanno effetti su tutto l'organismo; si contrappongono ai trattamenti locali, che hanno effetti soltanto nel punto in cui sono effettuati.



Menopausa precoce: cessazione delle mestruazioni e, quindi, della funzione riproduttiva in età ancora giovane.

Ovulazione: momento durante il quale l'ovocita viene espulso dalle ovaie; avviene di norma intorno al 14° giorno del ciclo mestruale.



Ovociti: cellule uovo deputate alla riproduzione. Se vengono fecondate dagli spermatozoi sviluppano in embrioni.

Chemioterapia: può comportare la riduzione o la perdita della fertilità, ma si deve considerare che le reazioni al trattamento variano da individuo a individuo, da farmaco a farmaco, in funzione della dose somministrata e anche dell'età. Tutti i chemioterapici possono danneggiare le ovaie, ma alcuni possono avere effetti più pesanti sulla fertilità. Rientrano tra questi ciclofosfamide, melphalan, busulfano, le mostarde azotate, clorambucile, procarbazine, cisplatino, tuttora usati nel trattamento dei tumori della mammella, dell'apparato genitale e dei linfomi.

Il rischio di **menopausa precoce** è minore se la chemioterapia viene attuata in donne al di sotto dei 35 anni. Il fatto che il ciclo mestruale continui durante il trattamento o che riprenda, durante o dopo la sua conclusione, non sempre coincide con il mantenimento della fertilità. Può, infatti, accadere che, nonostante un ciclo mestruale regolare dopo la terapia, l'**ovulazione** sia assente o qualitativamente scadente; parimenti, l'assenza del ciclo mestruale non necessariamente indica la mancanza dell'ovulazione.

Ormonoterapia (o terapia ormonale): si usa nel trattamento dei tumori della mammella che presentano specifiche proteine dette recettori ormonali. Il farmaco più utilizzato è il tamoxifene, da solo o associato agli ormoni analoghi del GnRH. Se somministrato da solo, il rischio di menopausa precoce è molto basso al di sotto dei 45 anni, mentre aumenta leggermente se somministrato dopo la chemioterapia. Gli analoghi del GnRH mettono a riposo le ovaie, addormentando le cellule destinate alla riproduzione, che in questo modo diventano più resistenti alla chemioterapia. Quest'effetto è generalmente temporaneo: dopo una terapia di circa due anni, il ciclo mestruale riprende entro 12 mesi nella maggior parte delle donne di età inferiore a 40 anni. Se ciò non accade, la causa non è la terapia, ma la ridotta quantità di **ovociti** rimasti e/o eventuali altri fattori quali stress emotivo, dimagrimento.

Chirurgia: l'asportazione dell'utero e/o delle ovaie e/o delle

tube per tumori dell'apparato genitale blocca la funzione riproduttiva e la capacità dell'organismo di produrre gli **ormoni**; l'asportazione di un solo ovaio riduce parzialmente la fertilità. In alcuni casi è possibile ricorrere a trattamenti chirurgici mini-invasivi (conizzazione per l'asportazione di **lesioni precancerose** del collo dell'utero) in grado di preservare la fertilità senza peggiorare la **prognosi**.

Radioterapia: l'irradiazione della **pelvi** o dell'addome danneggia le ovaie o determina alterazioni vascolari o danni muscolari a carico dell'utero e quindi può compromettere la fertilità, ma tali effetti dipendono dalla dose erogata e dal suo frazionamento, dal campo di irradiazione e dall'età della paziente.

Anche la radioterapia per il trattamento di un tumore cerebrale può compromettere la fertilità in quanto influisce sulla secrezione degli ormoni che la regolano prodotti nell'**ipotalamo** e nell'**ipofisi**.

Come si può preservare la fertilità?

Le strategie disponibili per preservare la fertilità prima di affrontare i trattamenti antitumorali sono:

- protezione farmacologica mediante analoghi del GnRH;
- congelamento degli embrioni;
- congelamento degli ovociti;
- congelamento del tessuto ovarico;
- chirurgia di conservazione della fertilità.

La scelta dipende da diversi fattori: il tipo di tumore, il tipo di chemioterapia e il tempo a disposizione prima di cominciarla, l'età della paziente e la presenza o meno di un partner. Per questo è bene rivolgersi sempre a centri appositamente dedicati.



Ormoni: sostanze prodotte dalle ghiandole dell'organismo e immesse nella circolazione sanguigna; ogni ormone è preposto al controllo della funzione di alcune cellule o organi specifici.

Lesioni precancerose: lesioni che precedono lo sviluppo di un tumore maligno. Nei tumori della cervice uterina sono spesso associate alla presenza del papilloma virus.

Prognosi: previsione sul probabile andamento della malattia, formulata sulla base delle condizioni del paziente, delle possibilità terapeutiche, delle possibili complicazioni o delle condizioni ambientali.

Pelvi: parte bassa del bacino in cui sono localizzati gli organi dell'apparato genitale.

Ipotalamo e ipofisi: strutture anatomiche, strettamente collegate fra loro, situate alla base del cranio. Rappresentano la più importante area di interconnessione fra sistema nervoso e sistema endocrino e controllano molte funzioni vitali del nostro organismo.



Maggiori informazioni sui centri specializzati nella procreazione medicalmente assistita sono disponibili sul sito di AIMaC www.aimac.it.



Gli indirizzi sono disponibili sul sito del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita dell'Istituto Superiore di Sanità www.iss.it/rpma.



Nota 74 AIFA: determina AIFA n. 1073/2016 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale Generale n. 201 del 29.08.2016.

Protezione farmacologica mediante analoghi del GnRH:

come accennato (v. pag. 10), gli analoghi del GnRH si somministrano per 'addormentare' le cellule destinate alla riproduzione, limitando così il danno determinato dalla chemioterapia. La terapia può essere effettuata in qualunque ospedale, non ritarda l'inizio della chemioterapia, è ben tollerata e non richiede procedure chirurgiche.

I risultati di recenti studi clinici rigorosi indicano che la protezione farmacologica delle ovaie mediante analoghi del GnRH può essere considerata una valida opzione per le giovani donne candidate a ricevere chemioterapia, aumentando le loro probabilità di mantenere la funzione ovarica e di avere una gravidanza al termine dei trattamenti antitumorali.

Da tenere presente che la protezione farmacologica delle ovaie con analoghi del GnRH durante la chemioterapia non esclude la contemporanea attuazione di altre strategie di criopreservazione.

Il costo della protezione farmacologica mediante analoghi del GnRH per la preservazione della fertilità non grava più sulla paziente, perché il trattamento è oggi a carico del Sistema Sanitario Nazionale. Ciò si deve all'impegno e alle battaglie delle organizzazioni di volontariato, in primis AIMaC e F.A.V.O. (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), che hanno avuto come risultato la modifica della nota 74 AIFA, che riconosce l'uso dei farmaci analoghi del GnRH anche per "la preservazione della fertilità femminile in donne di età non superiore ai 45 anni affette da patologie neoplastiche che debbano sottoporsi a terapie oncologiche in grado di causare sterilità transitoria o permanente".

Svantaggi: l'efficacia protettiva è stata dimostrata principalmente in donne con tumore della mammella, mentre pochi dati sono disponibili in altre patologie neoplastiche.

Congelamento degli embrioni: è indicato per le donne che devono sottoporsi a intervento chirurgico o a chemioterapia/radioterapia. È la tecnica più diffusa all'estero per

la preservazione della fertilità femminile, mentre in Italia è consentita solo nei casi in cui non risulti possibile trasferire gli embrioni per grave e documentato stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione.

Svantaggi: la stimolazione ovarica, necessaria per ottenere più ovociti da fecondare e dunque più embrioni da congelare, ritarda l'inizio della chemioterapia/radioterapia e potrebbe stimolare le cellule tumorali sensibili agli ormoni. Oggi è possibile cominciare la stimolazione in qualunque giorno del ciclo mestruale, con notevole risparmio di tempo. Non sempre la stimolazione ovarica viene rimborsata dal Sistema Sanitario Nazionale.

Congelamento degli ovociti: è forse un po' meno efficace del congelamento degli embrioni, ma gli ovociti possono rimanere nell'azoto liquido per molti anni, mantenendo intatte le loro caratteristiche biologiche. Inoltre lascia alla donna la libertà di gestire il futuro degli ovociti congelati. La probabilità di riuscita dipende da vari fattori, ma soprattutto dall'età della paziente e dal numero di ovociti che si recuperano. I successi di questa tecnica sono in costante aumento.

Svantaggi: sono gli stessi del congelamento degli embrioni.

Congelamento del tessuto ovarico: il tessuto ovarico può essere prelevato nel corso di una **laparoscopia** eseguita in anestesia generale, poi suddiviso in frammenti e conservato in azoto liquido. Il recupero dopo l'intervento è in genere molto rapido, e la paziente può iniziare l'eventuale terapia oncologica entro pochi giorni. Questa tecnica non richiede la stimolazione ovarica e non ritarda l'inizio delle terapie; non è necessaria la presenza di un partner maschile. È l'unica tecnica al momento disponibile per preservare la fertilità in pazienti in età **prepuberale**².

2. La preservazione della fertilità prima della pubertà solleva molte problematiche sia per il fatto che a quest'età il pensiero di un figlio è molto lontano, sia anche perché i genitori devono condividere le decisioni terapeutiche e compiere delle scelte per conto della figlia in un momento in cui la loro principale preoccupazione è la salute della loro bambina. È fondamentale quindi che fin dalla diagnosi si offrano alla famiglia e alla paziente informazioni adeguate sul rischio di compromissione della fertilità e sulle tecniche disponibili per preservarla. Altrettanto importante è la massima collaborazione non soltanto tra il medico, la paziente e la sua famiglia, ma anche tra tutte le figure professionali coinvolte (pediatra, oncologo pediatrico, ginecologo, endocrinologo, psicologo, ecc.).



Laparoscopia: tecnica chirurgica che prevede l'introduzione, attraverso una piccola incisione praticata all'altezza dell'ombelico, di una minitelecamera che consente di visualizzare tutti gli organi pelvici; gli strumenti chirurgici vengono introdotti attraverso due piccole incisioni praticate ai due lati dell'addome inferiore.

Prepuberale: antecedente alla pubertà (v. sotto).

Pubertà: periodo di cambiamenti fisici attraverso i quali un bambino diventa adulto capace di riprodursi.

Se il reimpianto riesce e l'ovaio si vascolarizza di nuovo, il tessuto ovarico reimpiantato è in grado di continuare autonomamente a produrre ovociti e ormoni femminili, ma non si sa per quanto tempo.

Svantaggi: è una tecnica ancora sperimentale che ha dato, sino ad oggi, circa un centinaio di gravidanze a termine nel mondo; richiede un intervento in laparoscopia.

Chirurgia di conservazione della fertilità (trasposizione ovarica): la possibilità di conservare l'utero e le ovaie andrebbe sempre discussa con il ginecologo anche nei tumori primitivi dell'apparato genitale. Se è prevista una radioterapia pelvica, le ovaie possono essere spostate al di fuori del campo di irradiazione, preservandone la funzione.

Svantaggi: in alcuni tumori ovarici, la chirurgia conservativa è associata a un tasso di recidiva leggermente più elevato, anche se la sopravvivenza rimane uguale. Non sempre la trasposizione ovarica è sufficiente a mantenere la funzione ormonale e riproduttiva.



Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.

Malformazioni congenite: alterazioni strutturali di un organo o parte di esso, conseguenti ad anomalia dello sviluppo embrionale.



È consigliabile attendere uno o due anni dopo la conclusione del trattamento prima di pensare al concepimento.

La gravidanza dopo il cancro

In termini generali, affrontare una gravidanza dopo il cancro non aumenta il rischio di **recidiva**, ma ciascun caso va valutato singolarmente, tenendo conto del tipo di tumore, delle terapie somministrate, dell'età e delle condizioni cliniche della paziente. In generale è consigliabile attendere almeno uno o due anni dalla fine dei trattamenti prima di pensare al concepimento, dato che il rischio di un'eventuale ripresa della malattia è più elevato in quest'arco di tempo. Dopo un trattamento antitumorale la percentuale di aborti spontanei risulta leggermente aumentata, ma non vi è un maggior rischio di **malformazioni congenite** per il bambino. Per questo motivo la gravidanza nella donna guarita da tumore deve essere seguita presso strutture dotate di personale esperto.

Se la gravidanza non si realizza per vie naturali o se la donna ha scelto in precedenza di congelare i propri ovociti, si può ricorrere alla **procreazione medicalmente assistita**, termine con il quale si indicano tutte le metodiche di manipolazione extracorporea dei **gameti** attuate per ottenere una gravidanza. La legge³ consente l'accesso a queste metodiche alle 'coppie maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, con un'infertilità certificata dallo specialista.'

Ad oggi le tecniche di procreazione medicalmente assistita hanno fatto nascere più di cinque milioni di bambini. Rispetto alla gravidanza naturale, le gravidanze ottenute con queste tecniche evidenziano:

- un lieve incremento degli aborti spontanei (benché ciò dipenda anche dall'età della paziente, di solito più avanzata);
 - un maggior numero di gravidanze gemellari, con conseguente maggior rischio per la salute del feto;
 - pari frequenza delle malformazioni genetiche più comuni.
- Secondo alcuni studi, il rischio di parto prematuro e di ritardata crescita del feto è più elevato anche nelle gravidanze singole.

Le tecniche più diffuse di procreazione medicalmente assistita sono:

- l'**inseminazione intrauterina (IUI)**;
- la **fecondazione in vitro con trasferimento dell'embrione in utero (FIVET)**;
- l'**iniezione intracitoplasmatica di un singolo spermatozoo (ICSI)**.

L'ICSI è l'unica tecnica utilizzabile, dopo la guarigione, dalle donne che hanno avuto un tumore e che hanno congelato in precedenza i propri ovociti.

Tutte queste tecniche sono precedute da una stimolazione dell'ovulazione multipla che consiste nel somministrare alla donna **ormoni** per produrre più ovociti in



Gameti: cellule riproduttive; nella donna sono gli ovociti, nell'uomo gli spermatozoi.



Le tecniche più diffuse di procreazione medicalmente assistita sono:

- l'**inseminazione intrauterina**;
- la **fecondazione in vitro con trasferimento dell'embrione in utero**;
- l'**iniezione intracitoplasmatica di un singolo spermatozoo**.



Ormoni: sostanze prodotte dalle ghiandole dell'organismo e immesse nella circolazione sanguigna; ogni ormone è preposto al controllo della funzione di alcune cellule o organi specifici.

3. Legge 40/2004 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita".



Ovociti: cellule uovo deputate alla riproduzione. Se vengono fecondate dagli spermatozoi sviluppano in embrioni.



www.iss.it/rpma



Maggiori informazioni sui centri specializzati nella procreazione medicalmente assistita sono disponibili sul sito di AIMaC www.aimac.it.



Placenta: organo temporaneo, che si forma nell'utero durante la gravidanza. È deputata a nutrire, proteggere e sostenere la crescita fetale. Una parte ha origini materne, l'altra ha origini fetali.

Mastectomia: intervento di asportazione della mammella.

un solo ciclo. Poi segue il prelievo chirurgico degli **ovociti** prodotti e la loro successiva fecondazione. Le tecniche di procreazione medicalmente assistita sono disponibili presso centri di alta specializzazione. In Italia al 2014 operano 362 centri di procreazione assistita distribuiti su tutto il territorio nazionale i cui indirizzi sono disponibili sul sito del **Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita** dell'Istituto Superiore di Sanità.

Quali sono i rischi per la salute del bambino dopo i trattamenti antitumorali?

Le terapie antitumorali ricevute dalla madre prima del concepimento non sembrano avere ripercussioni negative sullo sviluppo e sulla salute del bambino, né sull'esito del parto. Ciò vale per la chemioterapia e l'ormonoterapia, mentre la radioterapia della regione addomino-pelvica può indurre disfunzioni uterine con conseguente aumento del rischio di aborto spontaneo, parto prematuro, anomalie della **placenta** e basso peso alla nascita. La gravidanza deve quindi essere seguita con particolare attenzione.

Per quanto concerne l'allattamento, i dati più numerosi riguardano i tumori del seno. In generale, l'allattamento è possibile senza pericoli per la salute del bambino. Si fa presente che la mammella operata o irradiata produce meno latte, mentre dopo una **mastectomia** la quantità di latte prodotta dalla mammella sana è comunque sufficiente per la crescita del bambino. I controlli clinici e radiologici non hanno conseguenze per il bambino.

La diagnosi di un tumore durante la gravidanza

La diagnosi di un tumore in gravidanza (prima diagnosi o **recidiva** o progressione di un precedente tumore) richiede una strategia integrata da parte di un'équipe multidisciplinare che comprende un chirurgo, un **oncologo**, un **ginecologo**, un **neonatologo** e uno psicologo. I casi più frequenti riguardano soprattutto i tumori della mammella. Se la diagnosi è formulata nel primo trimestre, si deve valutare insieme al medico la possibilità di interrompere la gravidanza qualora interferisca con un adeguato trattamento.

Gli effetti delle terapie sul feto variano a seconda del tipo di trattamento e della settimana di gravidanza. Mentre un intervento chirurgico che non coinvolga l'apparato riproduttivo può essere eseguito in qualunque momento e l'anestesia non ha conseguenze per il feto, la radioterapia è possibile soltanto al termine della gravidanza, perché potrebbe provocare, tra l'altro, aborto spontaneo, malformazioni, deficit a carico del sistema nervoso centrale.

Gli effetti della chemioterapia cambiano a seconda della settimana di gravidanza e dei farmaci utilizzati. In generale, si può affermare che la chemioterapia nelle prime due settimane di gravidanza può provocare l'aborto spontaneo; tra la 3ª e la 10ª settimana aumenta considerevolmente il rischio di malformazioni fetali; dopo la 34-35ª settimana è sconsigliabile per il rischio di parto spontaneo prematuro, senza però sottovalutare le necessità terapeutiche della madre. In breve: se si decide di proseguire la gravidanza, la chemioterapia dovrebbe iniziare non prima della conclusione della 13ª settimana; può essere effettuata durante il secondo ed il terzo trimestre di gravidanza con rischio di malformazioni congenite uguale rispetto alla popolazione generale, ma va eseguita in centri specializzati in quanto potrebbe comportare



Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.

Oncologo: medico specialista, esperto nella diagnosi e nella cura dei tumori.

Ginecologo: medico specialista, esperto nella diagnosi e nella cura delle malattie che interessano l'apparato genitale.

Neonatologo: medico specialista, esperto nella cura dei bambini dalla nascita fino a circa il primo mese di vita.

alcune conseguenze negative, come ridotta crescita del feto, basso peso alla nascita e parto prematuro in una piccola percentuale di casi. I dati disponibili sulla salute dei bambini nati da mamme con tumore in gravidanza sono molto rassicuranti, senza che siano stati descritti ritardi di sviluppo neurologico o altri problemi di salute.

La scelta dell'adozione dopo il cancro



Maggiori informazioni sull'adozione sono disponibili sul sito di AIMaC www.aimac.it.

L'adozione è una scelta perseguibile anche per la donna che ha avuto un tumore. E benché ogni caso debba essere valutato singolarmente, in generale non vi sono impedimenti legittimi o etici, e anche in Italia vi sono donne, ma anche uomini, diventati genitori adottivi dopo una storia di cancro. La pregressa diagnosi di tumore non è di per sé motivo di inidoneità all'adozione. Anche una persona malata o disabile può essere ritenuta idonea ad accogliere un bambino in famiglia; l'importante è che non vi sia un rischio concreto e attuale per la sopravvivenza dell'aspirante genitore (con i limiti per questo tipo di previsione) o della sua capacità di crescere e accudire il bambino.

La procedura per ottenere l'idoneità all'adozione è lunga e complessa. Una volta presentata la domanda al Tribunale dei Minorenni, inizia la delicata fase delle indagini miranti ad accertare i requisiti di base e lo stato di salute dei coniugi, il loro ambiente familiare e le ragioni per cui desiderano adottare. È probabile che all'aspirante genitore con storia di cancro siano richiesti ulteriori accertamenti sanitari o incontri più lunghi e ripetuti con lo psicologo.

L'adozione può essere nazionale (bambino nato e residente in Italia) e internazionale (bambino nato e residente in uno stato estero). Per aumentare le possibilità di successo e ridurre i tempi, essendo la procedura comune, è consigliabile presentare la domanda di adozione nazionale, dichiarando anche la disponibilità all'adozione internazionale.

Al termine delle indagini, il Tribunale dei Minorenni competente riceve dai servizi dell'ente locale la relazione psico-sociale conclusiva sulla base della quale unitamente agli altri elementi raccolti durante la fase istruttoria, decide se concedere l'idoneità all'adozione.

L'importanza di una corretta informazione

È importante che la paziente sia adeguatamente informata, **fin dal momento della diagnosi**, sul rischio che i trattamenti compromettano la capacità riproduttiva, sulla durata di quest'effetto e sulla possibilità che sia permanente, sul tempo d'insorgenza del problema. Solo ricevendo informazioni corrette e tempestive può compiere scelte adeguate per preservare la fertilità.

I medici - in primo luogo l'**oncologo**, il **ginecologo** e il chirurgo - hanno un ruolo fondamentale perché devono informare sul possibile danno per la fertilità e sulle strategie più indicate per preservarla. Il ginecologo, in particolare, dovrebbe sempre fornire indicazioni in tal senso nei tumori con buone prospettive di guarigione, e quanto meno valutare questa possibilità negli altri casi, perché ciò può avere un effetto positivo sulla risposta alle terapie antitumorali o almeno sul piano psicologico. È importante consultare il ginecologo al più presto per avere il tempo per avere informazioni ed eventualmente decidere di attuare le tecniche di preservazione della fertilità!

Non meno importante è il ruolo svolto dallo psicologo, che non solo aiuta la paziente a esprimere il proprio bisogno di ricevere informazioni, a comprendere ed elaborare le informazioni ricevute e a contenere le angosce per una scelta consapevole della maternità, ma si fa anche portavoce dei suoi bisogni presso l'équipe medica al fine di favorire



Oncologo: medico specialista, esperto nella diagnosi e nella cura dei tumori.

Ginecologo: medico specialista, esperto nella diagnosi e nella cura delle malattie che interessano l'apparato genitale.



È importante consultare il ginecologo al più presto per avere informazioni ed eventualmente decidere di attuare le tecniche per la preservazione della fertilità!

una relazione di cura che tenga conto dei vari aspetti della persona, riconoscendo il legittimo desiderio di pensare ad un progetto genitoriale dopo la guarigione.

Quando la fertilità non può essere preservata

La donna vive l'**infertilità** come un vero e proprio 'lutto', e cade in una profonda crisi esistenziale non solo a livello individuale, ma anche nella relazione di coppia e nei rapporti sociali. Ciò si esprime attraverso sentimenti di rabbia, risentimento e angoscia; sfiducia nel futuro; sensi di colpa verso il partner e timore di perderlo; rimpianti per le scelte di vita precedenti; difficoltà nei rapporti intimi dovute al venire meno della funzione riproduttiva; disagio nelle relazioni con le coppie con figli; imbarazzo e tristezza a rispondere a domande riguardanti il futuro familiare.

Attraverso il sostegno di uno psicologo la donna può gestire questi stati d'animo, affrontandoli sia individualmente che in coppia. Il sostegno psicologico aiuta la coppia a elaborare i vissuti di perdita e il 'tradimento' degli ideali e dei progetti futuri, attivando le risorse necessarie per accettare anche una vita senza figli, e per impegnarsi quindi nella costruzione di altri progetti attraverso cui poter esprimere anche il proprio altruismo e la voglia di donare agli altri. Lo psicologo può, inoltre, aiutare la coppia a una scelta consapevole dell'adozione che restituisce la possibilità di essere genitori anche senza generare un figlio.

Quando la fertilità può essere preservata

La gravidanza rappresenta un importante passaggio evolutivo che implica cambiamenti significativi a livello personale, di coppia e familiare. Dopo una malattia così fisicamente e psicologicamente devastante come un tumore, la scelta della maternità può essere ancora più difficile per via delle paure e timori che può generare, ma al tempo stesso può rappresentare un modo per riappropriarsi della propria progettualità. Se aiutata a superare la crisi, la donna ha la possibilità di vedere la malattia come un mo-

mento di crescita, in cui avere un figlio non è un modo per verificare che il proprio corpo 'funzioni' normalmente, ma rappresenta la possibilità di esprimere la funzione di accogliere, proteggere e prendersi cura di un bambino, insita nell'essere genitori.

Per questo motivo, il sostegno di uno psicologo può essere molto importante prima, durante e dopo la gravidanza: *prima* per favorire una scelta consapevole e condivisa nell'ambito della coppia; *durante* per assicurare la coppia nelle situazioni difficili, attivando le risorse interne dei partner, che in questo modo possono elaborare nuove strategie finalizzate alla gestione delle difficoltà; *dopo* la nascita del bambino per favorire una buona relazione madre-bambino, così determinante per la formazione dell'identità del piccolo.

LINK UTILI

Ulteriori informazioni sulle problematiche oggetto del presente libretto sono disponibili sui seguenti siti:

AIMaC, Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici:

<http://www.aimac.it/>; <http://forumtumore.aimac.it>

AIOM, Associazione Italiana Oncologia Medica: www.aiom.it

Gemme Dormienti, associazione senza fini di lucro per la protezione della fertilità nei pazienti oncologici:

<http://www.gemmedormienti.org/>

Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita dell'Istituto Superiore di Sanità: <http://www.iss.it/rpma/>



Infertilità: incapacità di procreare compreso il portare a termine una gravidanza. Il termine sterilità, invece, indica l'assoluta impossibilità alla procreazione.

I punti informativi

Sono attivi presso i principali centri di cura per consultare e ritirare il materiale informativo o per parlare con personale qualificato e ricevere chiarimenti. Per gli indirizzi rivolgersi ad AIMaC (840 503579).

Avellino	Azienda Ospedaliera San Giuseppe Moscati
Aviano (PN)	Centro di Riferimento Oncologico
Bagheria	Villa Santa Teresa Diagnostica Per Immagini e Radioterapia
Bari	Istituto Tumori Giovanni Paolo II - IRCCS Ospedale Oncologico
Benevento	Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli
Cagliari	AOU Azienda Ospedaliero-Universitaria - Presidio Policlinico Monserrato
Genova	IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro
L'Aquila	Presidio Ospedaliero San Salvatore
Messina	Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Papardo-Piemonte
Milano	IRCCS Ospedale S. Raffaele
	Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta
	Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Napoli	AORN Ospedali dei Colli Monaldi - Cotugno - C.T.O.
	Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale A. Cardarelli
	Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G.Pascale
	Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II
	Azienda Ospedaliera Universitaria Seconda Università degli Studi di Napoli
Padova	Istituto Oncologico Veneto IRCCS
Paola	Ospedale San Francesco di Paola
Pavia	Fondazione Salvatore Maugeri IRCCS
Perugia	Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia
Peschiera del Garda (VR)	Ospedale Pederzoli
Pozzilli (IS)	IRCCS Neuromed
Rionero in Vulture (PZ)	IRCCS CROB Centro di Riferimento Oncologico di Basilicata
Roma	Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri
	Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
	Azienda Ospedaliera Sant'Andrea
	Fondazione Policlinico Tor Vergata (PTV)
	Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli"
	Istituto Nazionale Tumori Regina Elena
	Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli
	Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
	Umberto I Policlinico di Roma - Sapienza, Università di Roma
Rozzano (MI)	Istituto Clinico Humanitas
S. Giovanni Rotondo (FG)	IRCCS Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza
Terni	Azienda Ospedaliera S. Maria
Torino	Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino (Presidio Molinette)
Trieste	Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste
Verona	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Policlinico Borgo Roma

La Collana del Girasole

- 1 Non so cosa dire
- 2 La chemioterapia
- 3 La radioterapia
- 4 Il cancro del colon retto
- 5 Il cancro della mammella
- 6 Il cancro della cervice
- 7 Il cancro del polmone
- 8 Il cancro della prostata
- 9 Il melanoma
- 10 Sessualità e cancro
- 11 I diritti del malato di cancro
- 12 Linfedema
- 13 La nutrizione nel malato oncologico
- 14 I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico
- 15 La caduta dei capelli
- 16 Il cancro avanzato
- 17 Il linfoma di Hodgkin
- 18 I linfomi non Hodgkin
- 19 Il cancro dell'ovaio
- 20 Il cancro dello stomaco
- 21 Che cosa dico ai miei figli?
- 22 I tumori cerebrali
- 23 Il cancro del fegato
- 24 Il cancro del pancreas
- 25 La terapia del dolore
- 26 Il cancro del rene
- 27 La fatigue
- 28 Il cancro della tiroide
- 29 Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato
- 30 Le assicurazioni private per il malato di cancro
- 31 Madre dopo il cancro e preservazione della fertilità
- 32 Il mesotelioma
- 33 Il tumore negli anziani e il ruolo dei caregiver
- 34 Il cancro del testicolo

2 DVD: La chemioterapia - La radioterapia

AIMaC pubblica anche:

Schede sui farmaci antitumorali

Forniscono informazioni di carattere generale sui singoli farmaci e prodotti antitumorali, illustrandone le modalità di somministrazione e gli effetti collaterali.

Schede sui tumori

Forniscono informazioni di carattere generale sulla diagnosi, stadiazione e terapia di singole patologie tumorali.

La Biblioteca del Girasole

- 10 cose che bisogna sapere sul tumore del pancreas**
- Adroterapia
- Biologici e biosimilari
- Chi è il caregiver – Il suo ruolo a fianco del malato oncologico
- Elettrochemioterapia - per il trattamento delle metastasi cutanee
- Il test del PSA
- Il tumore del collo dell'utero
- Il tumore dello stomaco - La vita dopo la gastrectomia**
- Immuno-oncologia, di cosa si tratta?
- La Medicina Oncologica Personalizzata: informazioni per il paziente
- La prevenzione dei tumori occupazionali: il Registro di Esposizione ad Agenti Cancerogeni e Mutageni
- La ricostruzione del seno: informarsi, capire, parlare
- La vita dopo il cancro**
- Lavoratori malati di tumore: 10 consigli al datore di lavoro
- Le terapie immuno-oncologiche
- Neoplasia e perdita di peso - Che cosa fare?*
- Oltre le nuvole*
- Padre dopo il cancro
- Patologie oncologiche e invalidanti - Quello che è importante sapere per le lavoratrici e i lavoratori
- Quando il mio papà è tornato*
- Quando un figlio è malato**
- Tumori rari - Come orientarsi

* disponibile solo online

** pubblicato da F.A.V.O. (www.favo.it) di cui AIMaC è socio



La helpline di AIMaC: un'équipe di professionisti esperti in grado di rispondere ai bisogni dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 **numero verde 840 503579**, e-mail **info@aimac.it**

AIMaC è una Onlus iscritta nel Registro delle Associazioni di Volontariato della Regione Lazio. Offriamo gratuitamente i nostri servizi di informazione e counseling ai malati di cancro e ai loro cari.

Abbiamo bisogno anche del tuo aiuto e della tua partecipazione. Se questo libretto ti ha fornito informazioni utili, puoi aiutarci a produrne altri

- **iscrivendoti ad AIMaC** (quota associativa € 30 per i soci ordinari, € 150 per i soci sostenitori)
- **donando un contributo libero mediante**
 - assegno non trasferibile intestato a AIMaC
 - c/c postale n° 20301016 intestato a "AIMaC – via Barberini, 11 – 00187 Roma".
IBAN: IT 33 B 07601 03200 000020301016
 - bonifico bancario intestato a AIMaC, c/o Cassa di Risparmio di Ravenna
IBAN: IT 78 Y 06270 03200 CC0730081718
 - carta di credito attraverso il sito www.aimac.it

Finito di stampare nel mese di novembre 2016
Progetto grafico e stampa: Mediateca S.r.l. I www.mediateca.cc
Impaginazione: Artwork di Mariateresa Allocco - mariateresa.allocco@gmail.com



AIMaC è anche presente su



YouTube

<http://forumtumore.aimac.it>



AIMaC
INFORMA PER AIUTARE
A VIVERE CON IL CANCRO

Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici

via Barberini 11 | 00187 Roma | tel +39 064825107 | fax +39 0642011216
840 503 579 numero verde | www.aimac.it | info@aimac.it