

Warszawa, 12 stycznia 2024 r.

## **Protokół drugiego posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia**

W dniu 12 stycznia 2024 r. w gmachu Senatu odbyło się posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia, na temat *Pacjent onkologiczny a szanse na posiadanie potomstwa w polskiej rzeczywistości*.

Otwierając posiedzenie, **Marszałek Senatu Małgorzata Kidawa-Błońska** podkreśliła, że kobiety skład spotkania, z reprezentacją Pań senator i z udziałem Pani Minister Zdrowia, świadczy o tym, że temat nie zostanie zaniechany, biorąc pod uwagę bezpieczeństwo kobiet marzących o posiadaniu dziecka.

**Minister Zdrowia Izabela Leszczyna** zaznaczyła, iż priorytetem Ministerstwa Zdrowia jest, aby osoby pragnące potomstwa, bez względu na to, jaki jest stan ich zdrowia, mogły zostać rodzicami. Zapowiedziała, że 1 czerwca br. rozpocznie się finansowanie z budżetu państwa leczenia bezpłodności metodą in vitro. W ministerialnym programie nie zabraknie też onkopłodności, a zajmie się tym niebawem nowopowołany zespół. Minister Zdrowia wspomniała również o planowanym finansowaniu bankowania gamet. Towarzyszyć wspomnianemu programowi będzie szeroka akcja informacyjno-edukacyjna dla pacjentów oraz onkologów.

**Prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś, konsultant krajowy w dziedzinie perinatologii**, powiedział, że problem nowotworów złośliwych w ciąży stanowi 0,1 wszystkich ciąż, co oznacza, że 1:1 000 ciężarnych ma nowotwór i jest to 300 kobiet w ciąży rocznie. Problem jest złożony, obok medycznego także socjalny i psychologiczny. Nowotwory złośliwe związane z ciążą dotyczą całego okresu ciąży i 12-tu miesięcy po porodzie. Najczęściej występującymi nowotworami złośliwymi u ciężarnych są: rak piersi,

rak szyjki macicy, choroby krwi, czerniak i rak tarczycy. Stale zwiększająca się skala problemu powodowana jest opóźnianiem macierzyństwa, wzrostem zachorowalności na nowotwory złośliwe a także zwiększającą się liczbą ciąż. Profesor Wielgoś wspomniał, że w 2016 r. przygotowane zostały wspólne rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, dotyczące postępowania w ciąży z chorobą nowotworową. Są opublikowane, należy je tylko upowszechniać i stosować w praktyce. Profesor zaznaczył, że współpraca pracowników ochrony zdrowia z fundacjami takimi jak *Rak'n'Roll* czy uczestniczenie w kampaniach edukacyjnych typu *Boskie Matki* jest potrzebna, żeby osoby dotknięte problemem nie szukały po omacku, a droga pacjentki była jasno wytyczona w każdym aspekcie.

**Dr n. med. Elżbieta Wojciechowska-Lampka, specjalista onkologii klinicznej,** powiedziała, że do 24 roku życia najczęściej w ciąży występują chłoniaki Hodgkina, potem raki tarczycy i czerniaki, a od 25 do 45 roku życia rak piersi. Onkolog musi wziąć pod uwagę wszystkie alternatywy leczenia. Pani doktor stwierdziła, że pacjentki poddane radioterapii rodzą zdrowe dzieci, a polscy onkolodzy-radioterapeuci są nagradzani za prace we wdrażaniu radioterapii w ciąży.

**Specjalista perinatologii Jarosław Leńniczak** przedstawił projekt poradni patologii ciąży dla kobiet z chorobami nowotworowymi. Aby zagwarantować matce i dziecku optymalną opiekę, placówka taka powinna dysponować wielodyscyplinarnym zespołem specjalistów z indywidualnymi planami leczenia i opieki, z jej kontynuacją po porodzie. Wymieniony zespół miałby składać się z onkologów i ginekologów-onkologów, zapewniających specjalistyczną opiekę onkologiczną, perinatologów położników i neonatologów kontrolujących przebieg ciąży i przygotowujących do porodu oraz psychologów i psychiatrów oferujących wsparcie emocjonalne i pomagających w łagodzeniu stresu. Terapia onkologiczna polegałaby na minimalizowaniu ryzyka dla płodu przy skutecznym leczeniu nowotworu u matki oraz regularnym monitorowaniu jego zdrowia. Poradnie pomagałyby w ocenie ryzyka dziedziczenia choroby nowotworowej oraz wspierałyby i edukowały rodzinę. Współpracowałyby z Centrami Badawczymi w celu poprawy leczenia i umożliwiłyby dostęp do najnowszych terapii i metod leczenia. Poradnia powinna również być dostępna telemedycznie, oferując konsultacje online. Założeniem jest także współpraca z międzynarodowymi ośrodkami specjalizującymi się w onkologii ciążyowej

w celu wymiany wiedzy. W takiej poradni planowana będzie terapia onkologiczna po porodzie, a matka otrzyma wsparcie w opiece nad noworodkiem.

**Prof. dr n. med. Rafał Kurzawa, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii**, mówił o zabezpieczeniu płodności u pacjentów onkologicznych. Oceniał, że Polska jest 20 lat w tyle w stosunku do innych krajów. Leczenie onkologiczne, chemoterapią i radioterapią, zabija komórki germinalne, a osoby poddane leczeniu w wielu wypadkach stają się bezpłodne. Można im zabezpieczyć płodność poprzez zabezpieczenie gamet przed rozpoczęciem leczenia. Zdaniem prof. Kurzawy, do 1 000 kobiet rocznie może wymagać wsparcia w ramach programów onkopłodności. Metody zachowania płodności dotyczą obu płci i dzielą się na tradycyjne: hormonalne i chirurgiczne oraz innowacyjne-biotechnologiczne. Zabezpieczenie płodności u mężczyzn jest proste, wystarczy zamrozić nasienie przed rozpoczęciem leczenia choroby nowotworowej. Natomiast u kobiet oraz dziewcząt stosowana jest supresja farmakologiczna jajników, transpozycja jajników poza obszary naświetlania i metody bardziej zaawansowane, polegające na stymulacji jajczkowania, jak mrożenie komórek jajowych oraz zarodków. Stosuje się również pobranie tkanki jajnikowej, zamrożenie fragmentów jajnika, przechowywanie i transplantacja tkanki jajnikowej po zakończeniu leczenia onkologicznego. Profesor Kurzawa zauważył, że należy zmierzyć się z problemem świadomości pacjentów, iż mają prawo korzystać z wymienionych procedur. Potrzebne jest stworzenie systemu instytucjonalno-organizacyjnego, który powinien obejmować jednostki onkologiczne, chirurgiczne oraz ośrodki wspomaganą prokreacji. Należałoby wprowadzić rejestr procedur rozrodu wspomaganego medycznie, żeby kontrolować efektywność i jakość leczenia. Profesor nadmienił, że wszystko wymaga finansowania.

**Dr n. med. Joanna Kufel-Grabowska, przewodnicząca Sekcji Płodności w Chorobie Nowotworowej w Polskim Towarzystwie Onkologicznym**, rekomenduje „konieczność stworzenia skoordynowanego zespołu opieki nad chorą z rakiem piersi w wieku rozrodczym, składającego się z onkologa klinicznego, radioterapeuty, chirurga onkologa, ginekologa, specjalisty medycyny rozrodu, psychologa, genetyka, pielęgniarki i koordynatora onkologicznego, ewentualnie, w przypadku współwystępowania ciąży, także dołączenie do zespołu perinatologa, neonatologa i pielęgniarki laktacyjnej.

Z uwagi na częsty kontakt chorej z koordynatorką onkologiczną, przeszkolenie koordynatorów na temat metod zabezpieczenia płodności oraz choroby nowotworowej

w ciąży, stworzenie materiałów informacyjnych oraz internetowych z dostępem do adresów ośrodków zabezpieczenia płodności, do których chora zostanie skierowana zaraz po diagnozie choroby nowotworowej.

Finansowanie procedur zabezpieczenia płodności: mrożenie nasienia w przypadku chłopców i mężczyzn oraz komórek jajowych, zarodków lub tkanki jajnika w przypadku dziewczynek i kobiet w wieku rozrodczym. Zapewnienie finansowania przechowywania materiału do czasu woli jego wykorzystania, co może nastąpić nawet po 20 latach w przypadku materiału pobranego od kilkuletnich dziewcząt.

Stworzenie sieci wyspecjalizowanych ośrodków, prowadzących ciężę chorych po chorobie nowotworowej oraz opiekujących się dziewczynkami po leczeniu onkologicznym pod względem endokrynologicznym i ginekologicznym”.

**Prof. dr hab. med. Łukasz Wicherek z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie** zaznaczył, że zmianie powinna ulec struktura finansowania zabiegów medycznych, aby spopularyzować chirurgię małoinwazyjną, oszczędzającą, pozwalającą zachować płodność. Profesor podkreślił, że upowszechnienie procedur typu kolposkopia czy konizacja umożliwi wykrycie zmian przednowotworowych i rozpoznanie raka we wczesnej postaci, a także uchroni kobietę przed usunięciem macicy, co, zdaniem profesora, jest nadmiernie praktykowane.

Ekspertcy nawiązali do prawnych aspektów procedur onkofertylity, wymagających pewnych regulacji i nakładów finansowych, umożliwiających wzrost ich liczby. Dzięki temu, w opinii **prof. dr hab. n. med. Roberta Spaczyńskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości**, możliwe byłoby w przeciągu 3, 4 lat dogonienie w tym zakresie chociażby Republiki Federalnej Niemiec.

**Dr Agnieszka Zemke-Górecka z Wydziału Prawa Uniwersytet w Białymstoku i dr n. med. Monika Leśniewska, ginekolog położnik z Kliniki Rozrodczości i Endokrynologii Ginekologicznej w Białymstoku** przedstawiły wnioski de lege lata i de lege ferenda: „

- prawo do zdrowia reprodukcyjnego jest fundamentalnym prawem człowieka;
- prawa reprodukcyjne przysługują jednostkom i parom, chroniąc ich podmiotowość i wolność w domenie reprodukcji;
- decyzja o poczęciu i urodzeniu dziecka jest prawem człowieka, aczkolwiek dopuszczalność prokreacji wspomaganiej medycznie uzależnione jest od ustalenia granic ustawowych;

- kryterium dostępności wymaga interwencji ustawodawcy w przypadku zabezpieczenia płodności na przyszłość;
- zasada wszechstronnego informowania pacjenta stanowi gwarancję praw reprodukcyjnych człowieka;
- informacja pełna i perspektywiczna pozwala na samostanowienie pacjenta o jego zdrowiu reprodukcyjnym;
- ogólny wzorzec działania lekarza onkologa powinien obejmować obowiązek szczególnej staranności w udzielaniu informacji związanej z konsekwencjami terapii onkologicznej w zakresie prokreacji po ukończeniu leczenia onkologicznego”.

Podsumowując spotkanie, **przewodnicząca Zespołu, senator Agnieszka Gorgoń-Komor**, poprosiła zgromadzonych ekspertów o wnioski i rekomendacje po posiedzeniu, które przekazane zostaną przez Zespół do Ministerstwa Zdrowia.

BSS (A.D.)