

がん治療前の 妊よう性・生殖機能温存

大阪府にお住まいの
将来お子さんを希望されるがん患者さんへ



<編集>

大阪がん・生殖医療ネットワーク

大阪府がん診療連携協議会 小児・AYA部会

大阪国際がんセンター がん対策センター

<協力>

大阪国際がんセンター AYA世代サポートチーム

大阪府健康医療部 健康推進室 健康づくり課 生活習慣病・がん対策グループ

若年性がん患者団体STAND UP!!

全国骨髄バンク推進連絡協議会

<問い合わせ先>

大阪府がん診療連携協議会 小児・AYA部会 事務局

(大阪国際がんセンター がん対策センター内)

〒541-8567 大阪市中央区大手前3-1-69 Tel.06-6945-1181(内線5505)

大阪がん
生殖医療
ネットワーク



がんの治療によって、将来子どもをもつことが困難になる可能性があります。

近年、がんに対する治療の進歩によって、多くの患者さんが病気を克服することができるようになっています。しかし、治療の内容によっては、妊娠する力(妊よう性)や子どもを作る機能(生殖機能)が低下したり、失われることがあります。男性では精子を作る機能が、女性では、卵巣の機能などが低下し、ご自身で子どもをもつことが困難になることがあります。

しかし、最近では、がんの治療後にも子どもを持つ可能性を残すため、**がん治療を始める前に**、受精卵、卵子、精子などを保存する治療が行われています。

まずは、担当の先生やスタッフに相談してください。



①

がん治療と子どもを作る機能(妊よう性*・生殖機能)の温存

妊よう性・生殖機能温存治療は、がん治療開始前に行います。しかし、このために適切ながん治療を受けなかったり、がん治療が遅れたりすることは望ましくありませんし、治療の内容によっては、生殖機能への影響を心配する必要はないかもしれません。妊よう性・生殖機能温存治療を希望する場合は、**治療前の早い段階でがん治療担当医に相談してください。**

*「妊よう(孕)性」とは妊娠する力のこと

▼大阪府内で生殖機能の温存治療を行っている施設を検索できます



妊よう性・生殖機能温存
大阪がん・生殖医療ネットワーク
<https://osaka-gan-joho.net/oo-net/>



がん治療による生殖機能への影響

放射線治療 ●●●

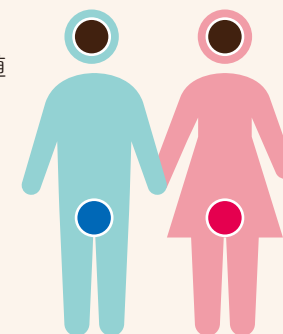
照射量や部位により、卵巣機能・造精機能、脳で分泌される生殖機能に関するホルモンなどに影響を与えます。

化学療法(抗がん剤治療など) ●●

種類や投与量により卵巣機能・造精機能などに影響を与えます。

手術療法 ●●

両側卵巣・子宮、両側精巣の摘出などにより不妊となります。



②



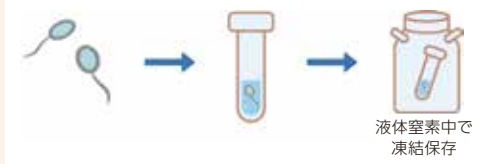
妊娠の可能性を残す方法(妊よう性温存方法)

治療で影響を受ける前にあらかじめ卵子や卵巣を凍結する方法です。卵子凍結・胚(受精卵)凍結・卵巣組織凍結の3通りあります。(P.9、P.10参照)



子どもをもつ可能性を残す方法(生殖機能温存方法)

がん治療前の精子を凍結しておく方法(精子凍結)が標準的です。射出精子を認めない場合や精液所見が非常に悪い場合は、**精巣内精子採取法(TESE)**を選択する場合があります。(P.11参照)



生殖機能温存方法(米国臨床腫瘍学会ASCO2013より改変)

	男性	男児
推奨	精子凍結	思春期をすぎた男児であれば精子凍結
研究段階	精巣組織凍結	精巣組織凍結
推奨せず	ホルモン療法	

(がん治療を開始するにあたって 男性用 「小児・若年がん長期生存者に対する妊孕性のエビデンスと生殖医療ネットワーク構築に関する研究」班(編)より引用)

妊よう性・生殖機能温存治療にかかる費用

これらは、すべて**自費診療**になります。費用は、受診される医療機関により異なります。また、以下の費用は、おおよその目安の金額です。

カウンセリング料	: 初回5000円、再診2000円
受精卵凍結	: 約35万円
精子凍結	: 約5万
卵子凍結	: 約35万
凍結保存した場合の更新料	: 2~6万円
卵巣凍結	: 約60万円
凍結精子を使った顕微授精	: 約40万円

(がんと妊娠の相談窓口 がん専門相談員向け手引き 国立がん研究センター中央病院相談支援センター(編)より引用)

3

生殖医療機関を受診するまでの流れ

- 1 がん治療による妊よう性・生殖機能温存について質問や希望がある場合は、がんの診断を受けた病院の担当医や看護師、薬剤師、相談支援員、心理士などに相談しましょう。
- 2 がん治療担当医からがんの状況、あなたが受けているがん治療が妊よう性に与える影響がどのくらいあるかを聞きましょう。
妊よう性・生殖機能温存を希望される場合
生殖医療機関で実施してください。
- 3 **妊よう性・生殖機能温存を希望しない場合**
がん治療終了後に必要に応じて生殖医療専門医師の相談をお受けいただけます。
- 4 生殖医療機関の選定。
- 5 生殖医療機関を受診の際は、がん治療担当医から紹介状を作成してもらいましょう。
- 6 生殖医療専門医により、あなたの現在の生殖能力や、具体的な妊よう性温存の方法を説明します。(受診料は自費診療になります。詳細は受診される生殖医療機関にご確認ください。)
- 7 生殖医療機関受診後、がん治療を受けている医療機関に戻り、がん治療をお受けください。

(がん治療を開始するにあたって 女性用・男性用 「小児・若年がん長期生存者に対する妊孕性のエビデンスと生殖医療ネットワーク構築に関する研究」班(編)より引用・一部改訂)

次ページでは
もっと詳しく!



がん生殖機能温存についてもっと詳しく知りたい方は次のページへ

4

がん治療による生殖機能への影響

＜抗がん剤治療の場合＞

抗がん剤の種類や量により、卵巣機能・造精機能への影響は異なります。**女性の場合**、卵巣に直接作用し、卵子が減少することにより卵巣機能の低下が起こる可能性があります(表)。また、**男性の場合**、直接精巣を障害することにより精子の形成過程を障害し、乏精子症や無精子症が生じることがあります(表)。

＜放射線治療の場合＞

女性の場合、放射線の照射量や部位によって卵巣への影響が異なります(表)。

腹部・骨盤全放射線照射によって、成人では放射線治療で6Gy(グレイ=放射線の吸収線量の単位)、**小児**では10-15Gyが、永久不妊の閾値とされています。全脳照射によっても、ホルモン分泌の低下が生じる場合があります。40Gy(**小児**では30Gy)を超えると数年後に分泌低下が生じる可能性が上昇します。**男性の場合**も、放射線照射量と部位により、造精機能に影響を及ぼします(表)。

＜手術治療の場合＞

女性の場合、両側卵巣摘出術、単純子宮全摘出術や広汎子宮全摘出術では、絶対的な不妊となります。**男性の場合**、精巣腫瘍で精巣摘出術を施行しても、片側のみであれば造精機能は保たれます。また男性の場合、前立腺、膀胱、大腸、直腸、脊椎の腫瘍を切除する際に、性機能を司る自律神経が損傷されるため性機能障害(勃起障害、射精障害など)が起きることがあります。

＜分子標的薬治療の場合＞

分子標的治療薬の卵巣機能や造精機能への影響については報告が少なく、米国臨床腫瘍学会(ASCO)でもその多くの性腺毒性は不明とされています。しかし、一部の分子標的薬(ベバシズマブ)は、卵巣機能への影響を指摘されています。

＜内分泌療法の場合＞

内分泌療法で使用される薬剤の卵巣機能への影響は明らかではありません。乳がんや子宮体がんで使用されるホルモン剤は胎児異常の可能性があるため治療期間中の避妊が必要になります。乳がんで行われるタモキシフェンによる内分泌療法は、推奨期間が5～10年間と長期間であるため、加齢により自然妊娠が困難になる場合があります。

表 化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類(女性)米国臨床腫瘍学会(ASCO) 2013
(一部改変, WEBサイト上では2014年1月に一部修正あり)

リスク	治療プロトコール	患者および投与量などの因子	使用対象疾患	
高リスク (>70%の女性が治療後に無月経となる)	アルキル化薬* + 全身照射		白血病への造血幹細胞移植の前処置,リンパ腫,骨髄腫,ユーイング肉腫,神経芽細胞腫,絨毛がん	
	アルキル化薬* + 骨盤照射		肉腫,卵巣がん	
	シクロホスファミド総量	5g/m ² (>40歳) 7.5g/m ² (<20歳)		多くのがん種,乳がん,非ホジキンリンパ腫,造血幹細胞移植の前処置
	プロカルバジンを含むレジメン	MOPP ** : >3サイクル BEACOPP : >6サイクル		ホジキンリンパ腫
	テモゾロミドまたはカルムスチンを含むレジメン + 頭蓋照射			脳腫瘍
	全腹部あるいは骨盤照射	>6Gy(成人女性) >10Gy(思春期後) >15Gy(思春期前)		ウィルムス腫瘍,神経芽細胞腫,肉腫,ホジキンリンパ腫,卵巣がん
	全身照射			造血幹細胞移植
中間リスク (30%~70%の女性が治療後に無月経となる)	頭蓋照射	>40Gy	脳腫瘍	
	シクロホスファミド総量	5g/m ² (30~40歳)	多くのがん腫,乳がん	
	乳がんに対するAC療法	×4サイクル+パクリタキセル/ドセタキセル(<40歳)	乳がん	
	モノクローナル抗体(ベバシズマブ***など)		大腸がん,非小細胞肺がん,頭頸部がん,乳がん	
	FOLFOX4		大腸がん	
	シスプラチンを含むレジメン		子宮頸がん	
低リスク (<30%の女性が治療後に無月経となる)	腹部/骨盤照射	10-15Gy(思春期前) 5-10Gy(思春期後)	ウィルムス腫瘍,神経芽細胞腫,脊髄腫瘍,脳腫瘍,急性リンパ性白血病または非ホジキンリンパ腫再発	
	アルキル化薬*以外や低レベルのアルキル化薬を含むレジメン	ABVD,CHOP,COP,白血病に対する多剤療法など	ホジキンリンパ腫,非ホジキンリンパ腫,白血病	
	シクロホスファミドを含む乳がんに対するレジメン	CMF,CEF,CAFなど(<30歳)	乳がん	
超低リスク,またはリスクなし(月経に影響しない)	アントラサイクリン系 + シタラビン		急性骨髄性白血病	
	ビンクリスチンを用いた多剤療法		白血病,リンパ腫,乳がん,肺がん	
不明	放射性ヨウ素		甲状腺がん	
	モノクローナル抗体(セツキシマブ,トラスツマブ) チロシンキナーゼ阻害薬(エルロチニブ,イマチニブ)		大腸がん,非小細胞肺がん,頭頸部がん,乳がん 非小細胞肺がん,膵臓がん,慢性骨髄性白血病,消化管間質腫瘍	

*ブスルファン,カルムスチン,シクロホスファミド,イホスファミド,Iomustine(本邦未承認),メルファラン,プロカルバジンなど

**MOPP療法に使用されているmechlorethamineは,本邦未承認

***ベバシズマブ:当初ASCO2013のガイドラインでは,ベバシズマブはリスク「不明」に分類されていた。しかしながら,NSABP C-08試験(結腸がんの術後補助療法における化学療法へのベバシズマブの上乗せ,P111試験)において,mFOLFOX6 + ベバシズマブ群がmFOLFOX6群と比べて有意に高頻度で卵巣機能不全(定義:3カ月無月経,FSH 30mIU/mL以上)が発症したことから(RR, 14; 95%CI, 4 to 53),FDAは2011年に「女性がん患者に対してベバシズマブ使用前に卵巣機能不全が生じる可能性を伝えるべきである」と勧告した。そこで,ASCOはWEBサイト上で化学療法および放射線治療の性腺毒性による分類(女性)ASCO 2013を修正し,その結果ベバシズマブは「中間リスク」に分類された。しかしながら,mFOLFOX6+ベバシズマブ群の卵巣機能不全発現例の86.2%が最終的に機能回復していること,本試験の対象患者の70.2%が40歳以上(なかでも50歳以上が13.1%)であり,試験開始時6カ月の時点での評価(卵巣機能不全)であることから,「ベバシズマブが中間リスクを有する性腺毒性のある薬剤である」との判断には十分注意が必要である。

(小児,思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン 2017年版 金原出版株式会社 2017 より引用)

表 化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類(男性)米国臨床腫瘍学会(ASCO) 2013

(一部改変, WEBサイト上では2014年1月に一部修正あり)

リスク	治療プロトコール	患者および投与量などの因子	使用対象疾患
高リスク (治療後,一般的に無精子症が遷延,永続する)	アルキル化薬*+全身照射		白血病への造血幹細胞移植の前処置,リンパ腫,骨髄腫,ユーイング肉腫,神経芽細胞腫
	アルキル化剤*+骨盤または精巣照射		肉腫,精巣腫瘍
	シクロホスファミド総量	7.5g/m ²	多くのがん腫と造血幹細胞移植の前処置など
	プロカルバジンを含むレジメン	MOPP** : >3サイクル BEACOPP : >6サイクル	ホジキンリンパ腫
	テモゾロミドまたはカルムスチンを含むレジメン + 頭蓋照射		脳腫瘍
	精巣照射	>2.5Gy(成人男性) >15Gy(小児)	精巣腫瘍,急性リンパ性白血病,非ホジキンリンパ腫,肉腫,胚細胞腫瘍
	全身照射		造血幹細胞移植
	頭蓋照射	>40Gy	脳腫瘍
中間リスク (治療後,無精子症が遷延,永続することがある)	重金属を含むレジメン BEP シスプラチン総量 カルボプラチン総量	2-4 サイクル >400mg/m ² >2g/m ²	精巣腫瘍
	散乱線による精巣への放射線照射	1-6Gy	ウィルムス腫瘍,神経芽細胞腫
低リスク (一時的な造精機能低下)	アルキル化薬*以外の薬剤を含むレジメン	ABVD,CHOP,COP,白血病に対する多剤療法	ホジキンリンパ腫,非ホジキンリンパ腫,白血病
	精巣に対する放射線照射	0.2-0.7Gy	精巣腫瘍
	アントラサイクリン系 + シタラビン		急性骨髄性白血病
超低リスク,またはリスクなし(影響なし)	ビンクリスチンを用いた多剤療法		白血病,リンパ腫,肺がん
	放射性ヨウ素		甲状腺がん
	散乱線による精巣への放射線照射	<0.2Gy	多くのがん腫
不明	モノクローナル抗体(ペバシズマブ,セツキシマブなど)		大腸がん,非小細胞肺がん,頭頸部がん
	チロシンキナーゼ阻害薬(エルロチニブ,イマチニブなど)		非小細胞肺がん,膵臓がん,慢性骨髄性白血病,消化管間質腫瘍

*ブスルファン,カルムスチン,シクロホスファミド,イホスファミド,lomustine(本邦未承認),メルファラン,プロカルバジンなど

**MOPP療法に使用されているmechlorethamineは,本邦未承認

(小児,思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン 2017年版 金原出版株式会社 2017 より引用)

妊よう性・生殖機能温存方法

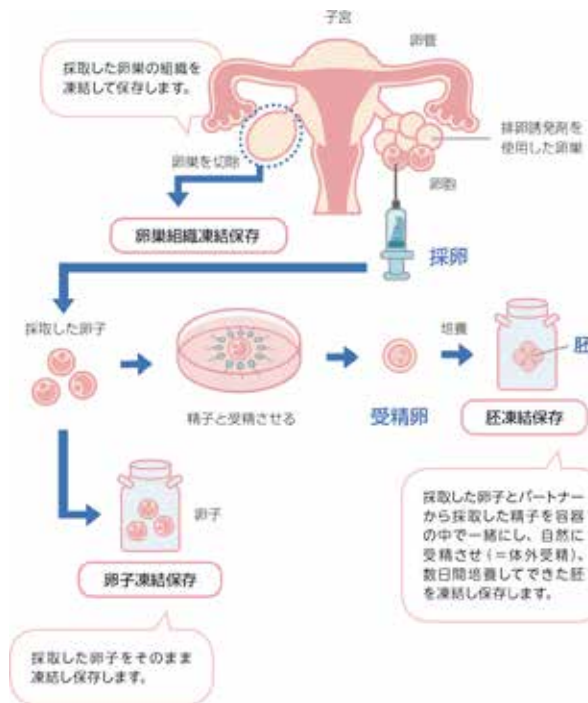
胚、卵子、精子凍結などの生殖医療をがん治療の前に実施することにより、治療後に子どもを持つことが可能になってきています。しかし、いずれの妊よう性・生殖機能温存治療も、**将来の妊娠や出産を確約するものではありません。**

女性の場合

胚(受精卵)凍結保存、(未受精)卵子凍結保存、卵巣組織凍結保存があります。

妊娠の可能性を残す方法 妊よう性温存方法

抗がん剤で影響を受ける前にあらかじめ卵子または卵巣を凍結保存する方法で、「卵子凍結保存」「胚凍結保存」「卵巣組織凍結保存」の3通りの方法があります。



(がん治療を開始するにあたって 女性用「小児・若年がん長期生存者に対する妊孕性のエビデンスと生殖医療ネットワーク構築に関する研究」班(編)より引用・一部改訂)

胚(受精卵)凍結保存

夫や特定の男性パートナーがいる方は、1-3週間程度の排卵誘発注射を受けた後、卵巢から採取した卵子と夫精子と体外受精させ、胚(受精卵)の状態にして液体窒素内で保存しておきます。将来必要になった時に胚を融解し子宮内に移植をします。胚凍結保存法は現在不妊治療の一つとして確立されています。

(未受精)卵子凍結保存

夫や特定の男性パートナーがいない方は、1-3週間程度の排卵誘発注射を受けた後、卵巢から採取した卵子を受精させずに液体窒素内に保存しておきます。未受精卵子は、将来精子と受精をさせてから子宮内に移植をします。胚凍結と同様に技術はほぼ確立されています。

卵巢組織凍結保存

初経前の方、がん治療開始を遅らせることができない方、卵巢機能が低下している場合などには、手術によって卵巢(通常は片方卵巢)を摘出し、卵巢皮質組織を液体窒素内に保存しておきます。将来必要になった時に組織片を再度手術的に腹腔内に移植します。この治療のためには入院・全身麻酔が必要です。

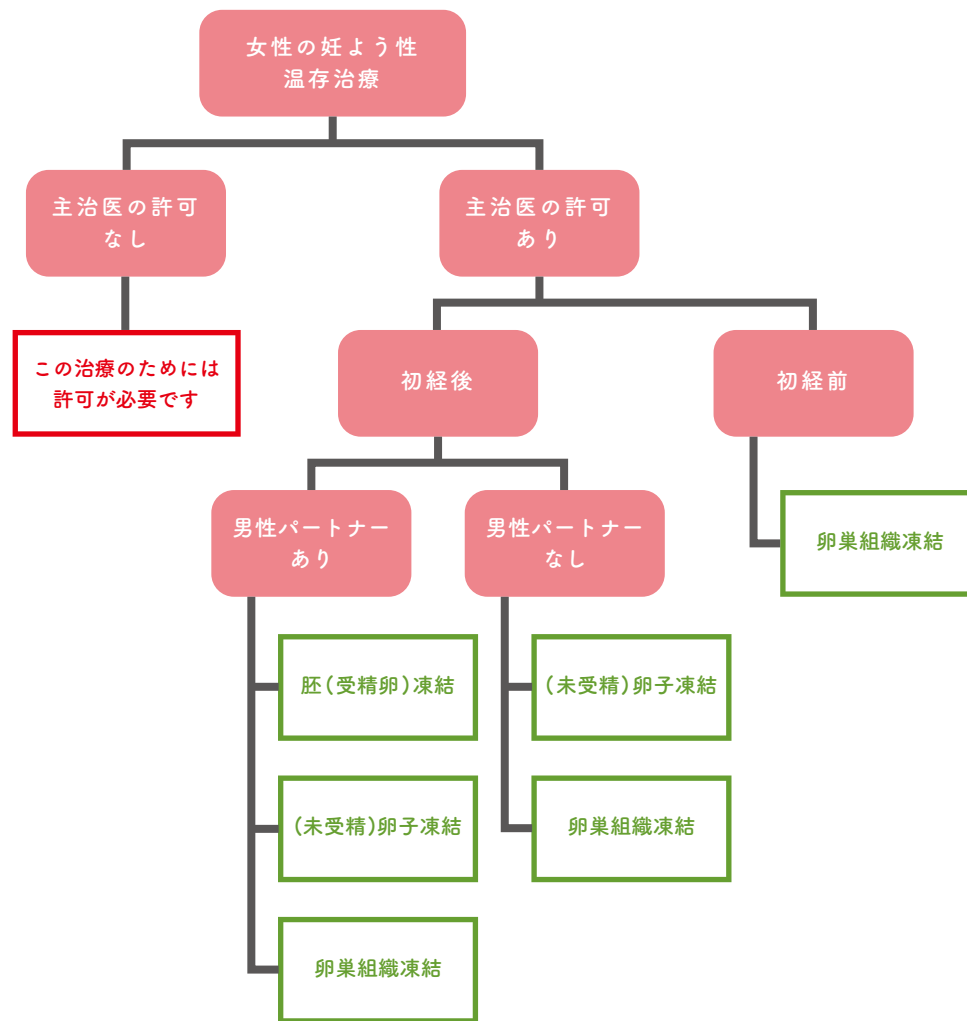
移植した卵巢から排卵がおり、自然妊娠や出産に至ったとの報告例もありますが、まだ実施件数は多くありません。また、凍結卵巢組織に残ったがん細胞を再移入してしまうリスクが危惧されています。

< 妊よう性温存方法の比較 >

	卵子凍結保存	胚凍結保存	卵巢組織凍結保存
処置にかかる期間	2~6週間	2~6週間	1~3週間
パートナー	必要なし	必要あり	必要なし
注意点	・排卵誘発剤を使用すると女性ホルモン値が上昇する	・排卵誘発剤を使用すると女性ホルモン値が上昇する	・手術が必要 ・使用時に卵巢に転移しているがんを移植する可能性あり

(がん治療を開始するにあたって 女性用「小児・若年がん長期生存者に対する妊孕性のエビデンスと生殖医療ネットワーク構築に関する研究」班(編)より引用・一部改訂)

< 妊よう性温存のフローチャート >



男性の場合

がん治療前の精子を凍結しておく方法(精子凍結)が標準的です。射出精子を認めない場合や精液所見が非常に悪い場合は、**精巣内精子採取法(TESE)**を選択する場合があります。

精子凍結

マスターベーションにより射出精子を採取し、これを速やかに精製し、液体窒素内で保存しておきます。がん治療終了後に造精機能が回復しない場合には、凍結精子を用いて妊娠をめざすことができます。凍結精子を用いる治療は、ほとんどの場合生殖補助技術(体外受精胚移植など)が必要になります。

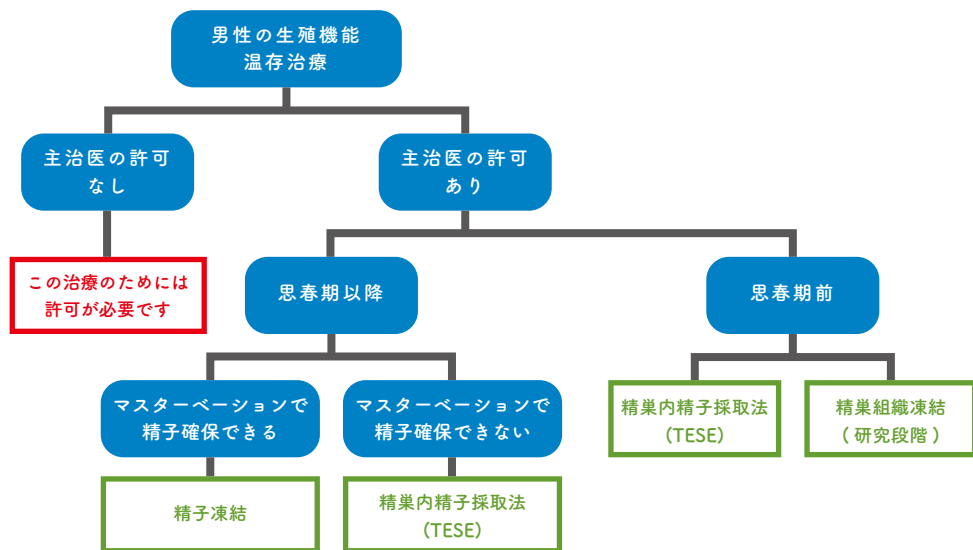
精巣内精子採取法(TESE)

陰嚢内の精巣に切開を加え、精巣内の精子を手術的に摘出する方法です。通常局所麻酔で実施しますが、入院や全身麻酔が必要になる場合もあります。精子が採取できない可能性もあります。摘出した精子は液体窒素内で保存し、将来卵子と体外受精させる必要があります。

精巣組織凍結法

造精機能が発達する前の精巣を手術で摘出し、精巣組織を液体窒素内で保存する方法です。現在はまだ研究段階の治療とみなされています。

<生殖機能温存のフローチャート>



小児の場合

女兒

月経発来前や卵巢機能が未熟な患者さんでは、**卵巢組織凍結保存**が唯一の方法です。

男児

造精機能が未発達の方やマスターベーションができない場合は、**精巣内精子採取法(TESE)**や**精巣組織凍結法**を考慮します。ただし、**精巣組織凍結法**はまだ確立された治療法ではありません。



さいごに

がん治療による妊よう性・生殖機能低下に備え、妊よう性・生殖機能温存治療が選択できるようになりました。この情報を知らなかったために、妊よう性・生殖機能を失い、子どもを持つ機会を失うことがないようにという思いから啓発を行ってきました。しかし、がん治療のために妊よう性・生殖機能温存治療を希望される方に必ず希望通りの治療が行えるわけではありません。妊よう性・生殖機能温存療法を行うことができても、子どもを得られないことがあります。また、経済的理由などにより温存療法を行うことができない方もおられます。妊よう性・生殖機能温存治療は、選択肢の1つです。子どもを持たないという選択肢や養子縁組という方法もあります。また、温存を行わなくても子どもを持つことができる可能性もあります。

まずは、がん治療担当医やスタッフにご相談ください。

経験者のコメント

E.Kさん(女性) 診断時 35歳 現在 52歳 急性骨髄性白血病 大阪府出身

35歳でAMLになり、すぐに化学療法を開始しました。7ヶ月間の治療の間にインターネットで未受精卵子保存を知り(当時は医師からの説明などなかったです)、治療後の採卵でしたから35歳なのに5個しか採卵できませんでした。しかし、その後、42歳で結婚。5個のうちの1個の未受精卵子(7年間保存)と夫との精子との間で体外受精。体外受精にて43歳で女兒を出産しました。現在、おしゃべりが大好きな小学校2年生です。母子ともに健康です。

M.Kさん(女性) 診断時 25歳 現在 30歳 悪性リンパ腫 東京都出身

私は、25歳で悪性リンパ腫に罹患しましたが、そのとき、死と同じくらい怖かったことは、不妊になることでした。病気がわかってすぐ、闘病ブログを読みあさり、抗がん剤は、不妊になる可能性があることを知りました。当時は独身で恋人もいなかったの、少しでも妊娠する可能性を残すために、抗がん剤治療前に未熟性卵子と左側の卵巣を摘出して凍結しました。ガンになる前は、婚活中であり、保育士をしていたので自分の子どもを持つことが夢だったのです。高額ではありましたが、卵子、卵巣を保存したことにより、治療のやる気や、未来に希望が持てました。その後6クルールの抗がん剤治療を行い、無事に寛解。そのあと婚活をし、治療後3年半後に入籍。入籍後すぐに不妊治療を開始。最初は、残った右の卵巣で妊活しましたが、卵巣機能が下がっており右の卵巣から採卵し体外受精を試みましたが、凍結できたのは1個の受精卵でした。そして、その受精卵を使った体外受精は残念ながら陰性でした。その後、少し治療を休憩したのですが、その休憩中になんと自然妊娠。現在安定期に入りました。今回は凍結した卵子卵巣は使いませんでしたが、卵子、卵巣を凍結したことにより、生まれてくる我が子の兄弟のことも考えられるようになり、未来の希望になっております。

M.Iさん(女性) 診断時 24歳 現在26歳 乳がん 静岡県出身

私は、当時結婚をしていなかったの、卵子凍結を選択しました。卵子凍結をするためには、時間もお金も体力も使います。ですが、まだ治療がこれから何年と続く中で、「将来子供ができないかもしれない」という不安な気持ちを持ち続けるよりも、妊孕性温存することで「出産の可能性を残せる」という前向きな気持ちを持つことが、がんとこれから闘う上で、くじけそうになった時の支えにもなると思います。抗がん剤治療中でネガティブな気持ちになってしまう時がありましたが、将来の為にも「がんになんか負けないぞ!」とすることができました。がんと告知され、妊孕性温存のことまですぐには考えられないかもしれませんが、ですが、あなたの周りにはサポートしてくれる先生や看護師さんが必ずいます。自分の将来の為、また、がん治療の励みにする為にも、まずは「先生に相談」という第一歩を踏み出してみませんか。

Y.Mさん(女性) 診断時 30歳 現在32歳 子宮体がん 神奈川県出身

「30歳になったし、女性特有がんの保険に入ろう」そう思っていた矢先、子宮体がんの診断を受けました。「子宮頸がんは聞いたことあるけど、子宮体がんってどう違うんですか?」診断を受けたとき、聞きなれない病名に戸惑ったことを覚えています。基本治療は子宮+付属器摘出で再発率は95%まで抑えられる。子宮温存でのホルモン治療は再発率50%。再発リスクは高いけれども、昔から子ども好きでいつか自分の子どもを産みたいと思っていた私は、迷いなく妊孕性温存を選択しました。まだ未婚でパートナーがいる状況ではありませんが、いつかこの選択ができてよかったと思える日が来ると信じています。そして万が一、再発して妊孕性を温存継続できなくなったとしても、「自分には産むことはできなくても育てることはできる」と今は考えられるようになりました。前向きに将来についても考えてながら治療継続していきたいです。

T.Sさん(女性) 診断時 22歳 現在 48歳 急性骨髄性白血病 宮城県出身

私たち夫婦は共に白血病を発病して、それぞれ骨髄バンクのドナーから移植を受けて、その後患者会で知り合い結婚をしました。当時、子供を産むという可能性はなくなっても、子供を育てるという選択肢があることを知り、里親制度に登録をし、男の子と特別養子縁組をして実の親子になりました。私たちは血の繋がりのない方から命を救って頂き、今は血の繋がりのない親子なのですが、子供の存在によってとても幸せな人生を過ごしています。

S.Nさん(女性) 診断時 22歳 現在 23歳 骨肉腫 東京都出身

私は妊孕性温存治療を受けませんでした。理由は三つあります。一つ目は経済的負担です。私が治療の選択をしたとき社会人になって間もなく、貯金も無いときでした。そんな中でこれからがんの治療費も掛かってくる上に、100%自己負担の温存治療まで負担できないと思ひ諦めました。二つ目は、将来妊娠できる可能性がゼロではなく、妊娠することができなくても養子縁組や里親制度などがあると考えたからです。そして三つ目に妊孕性温存治療の選択を迫られたとき、結婚や子どもを持つことがまだ先のことだと思っていたため、具体的に考えられませんでした。また、がんの告知とともに説明を受けたため、その2つを整理することだけで精一杯でした。そんな中で私が出した結論は、温存治療をすることに腫瘍が今よりも大きくなるか、転移しないかという不安が大きく占めていたのがん治療を優先しました。

H.Tさん(男性) 診断時 37歳 現在 56歳 急性リンパ性白血病 大阪府出身

「骨髄移植前の精子保存」
ある年の暮れ、突然に急性リンパ性白血病の告知を受け、年明けから寛解療法が始まりました。告知されたその日、「化学療法や移植のための免疫抑制治療を受ける前に、精子を保存したほうがいいよ」と主治医からではなく、医師である姉から助言を受け、頭がパニックになりながらも、言われるがまま保存しました。治療を受けた後では、生殖機能が回復しないことがあるから、ということでした。6か月に渡る辛い化学療法とその後のドナーさんによる骨髄移植のお陰で、無事生還し、数年後、体外受精にて、天使のような女兒を授かりました。先日、家族が集まり、娘の11歳の誕生日を祝うことができました。姉からの助言がなく、そのまま治療を受けていたら、父親になる可能性が絶たれたのではないかとと思うと、本当に怖いし、現在も医療現場で精子や卵子を治療前に保存するという選択がないまま、知らずに治療を受ける患者さんがいると思うと悲しい残念です。今でも、闘病を支え、治療して下さった先生、看護師の皆様、ドナーさん、骨髄バンクの皆様、助言をくれた姉に、毎日感謝して生きています。

S.Sさん(男性) 診断時 15歳 現在 30歳 急性リンパ性白血病 群馬県出身

治療を行った病院は小児病院でしたが自分が15歳と言うこともあり、治療における意義、リスク、副作用など、全てを説明して治療方針を決めてくれました。治療を進めていく上で化学療法だけで寛解を目指すのか、再発のリスクも考え骨髄移植を行うのか決める場面が来ました。この時も主治医の先生は妊孕性のリスクを含め全てを説明してくれました。当時15歳の自分は再発のリスクを抑え最短での社会復帰を目指す骨髄移植を選択しました。この時精子の保存などの説明はありませんでした。今から15年以上前の医療、当時の年齢が15歳、小児病院であった事などによるものだと考えています。治療から13年経った頃に精液検査も行いましたが、残念ながら精子は見つかりませんでした。あの時の治療法選択に後悔はありませんが、妊孕性が恋愛などの障害となってしまっているのも事実です。現在は精子凍結保存はもちろん、まだ精子を作れない小児に対する睾丸の一部の凍結保存など、日々医学が進歩しているようです。未だ費用などの障害がありますが、妊孕性を気にせずがんと闘える日が来ることを願って自分も病院で働いています。