

Vastused:

EKOS esitas oma taotluse baseerudes ASCO (American Society of Clinical Oncology) juhistele.

Antud teemal on üldse avaldatud väga väike arv publikatsioone. Näiteks on ASCO 2006. aastal koostanud vähihaigetel fertiilsuse säilitamise juhise, mis baseerus põhiliselt kohort-uuringutel, juhtude seeriatel, juhukirjeldustel ning vaid üksikutel juhulikustatud ja tulemuslikkust hindavatel uuringutel. Aastaks 2013 oli erialakirjandusse lisandunud 222 uut publikatsiooni, mis olid samuti enamuses kirjeldavad uuringud, kohortuuringud, juhtude seeriad, juhukirjeldused ning vaid üksikud randomiseeritud uuringud. Pärast uute artiklite ülevaatamist 2006. aasta juhist oluliselt ei muudetud, kuid lisati selgitavaid kommentaare. Mõlemad uuringud on lisas (Lee et al. 2006; Loren et al. 2013). Nimetatud juhistes on analüüsitud kõiki olemasolevaid publikatsioone ja tõendus põhjusel.

Noort vähihaiget määratletakse maailmas väga erinevalt. Nii näiteks varieeruvad noore vähihaige vanuselised piirid erinevates riikides lausa 12 kuni 50 eluaasta vahel. Kanadas peetakse noorteks vähihaigeks 15-29-aastaseid, Inglismaal 13-24-aastaseid patsiente. USA riiklik vähiinstituut (National Cancer Institute, NCI) soovib noorte vähihaigete defineerimiseks vanusegruppi 15-39 eluaastat. Samas toetab NCI lastel ja noortel täiskasvanutel kliinilisi uuringuid läbiviivat organisatsiooni (Childrens Oncology Group, COG), kus ülemine vanusepiir ulatub isegi 50-eluaastani. EKOS arvates võiks teenus olla kättesaadav noortele, alla 40 aastastele vähihaigetele, kellel on võimalik rakendada tervistavat onkospetsiifilist ravi.

Alternatiivsed teenused puuduvad, alternatiiviks on fertiilsust mitte säilitada.

Teenust kasutatakse maailmas suhteliselt vähe, kuid vajadus on olemas. See ongi põhjuseks, miks on eelpool nimetatud juhised välja töötatud. Põhiliselt on teenus näidustatud pahaloomulise kasvajaga haigetel (nii soliidtuumorid kui ka hematoloogilised kasvajakasvaja), kellel on võimalik rakendada tervistavat ehk kuratiivset ravi.

Eestis on teenust kasutatud (nt sperma külmutamine), kuid selle eest on patsiendid siiani tasunud ise. Ülevaade, kui paljudel Eestis on see tulemusi (järglaste näol) andnud, puudub.

Oodatavad tulemused olemasoleva kirjanduse baasil on ära toodud eelpool mainitud ASCO juhistes.

Teenuse kirjeldamise juures oleks mõistlik kaasata günekoloogid, sest teenusega hakkavad tegelema eelkõige just selle eriala spetsialistid. Teenus ei erine kunstliku viljastamise raames tehtavatest protseduuridest, seega peaksid olema juba põhjalikult kirjeldatud.

Günekoloogid aitaksid ehk kirjeldada ka alternatiivsete meetodite tegevusi ja kulusid.

Eestis on 30 aasta jooksul vähki (soliidituumorid C00-C80) haigestunud noorte osakaal kõikidest haiguse esmasjuhtudest langenud (8,2%-lt 5,2%-ni), pole reaalselt vähki haigestumine selles vanusegrupis Eestis vähenenud. Igal aastal diagnoositakse keskmiselt 350-l noorel inimesel pahaloomuline kasvaja (C00-C80) ning noorte vähihaigete osakaalu langus on tingitud vaid vanemate vähihaigete ning seeläbi kõikide esmasjuhtude arvu pidevast tõusutrendist. Sarnaselt Eesti andmetele on noortel esineva vähktõve väikest osakaalu dokumenteeritud näiteks Kanadas ja Ameerika Ühendriikides (ligikaudu 2% esmasjuhtudest). Põhja-Euroopas varieerub noorte vähkide osakaal 0,3%-st kuni 9%-ni, Ida-Euroopas jääb see vahemikku 0,4%-5,6%, Kesk- ja Lõuna-Euroopas vahemikku 0,1%-9,4% ning Inglismaal vahemikku 1,6%-6,6% (vt Jaal et al. 2014).

Taotletav teenus sobib patsientidele, kellel on võimalik tervistav ravi ning kellel onkospetsiifilise ravi (kiiritusravi, keemiaravi) järel on fertiilsuse kadumine üsna tõenäoline. 350 uuele soliidtuumori juhule lisanduvad veel hematoloogiliste kasvajatega patsiendid, kelle kohta EKOS-l ülevaade puudub. Siinkohal tuleb ilmselt võimalike prognooside kohta küsida infot ka hematoloogide seltsilt.