



Die oft sehr aggressive Chemotherapie greift auch die Zellen in den Eierstöcken an. Um die Fruchtbarkeit der Patientinnen zu erhalten, versuchen Ärzte deshalb, dem Körper vor der Therapie Eierstockgewebe zu entnehmen, einzufrieren und nach der Therapie wieder einzupflanzen. Erst im vergangenen Jahr ist dies erstmals gelungen (hier in der Frauenklinik Erlangen)

# Familienplanung für „die Zeit danach“

Von Ulrike Strauch

Beim „Bonner Krebsinformationstag 2009“ am kommenden Freitag steht die junge Patientin mit Kinderwunsch im Mittelpunkt

**K**rebs und Kinderwunsch – so lautet eines der Schwerpunktthemen beim Bonner Krebsinformationstag 2009. Im Mittelpunkt steht diesmal vor allem die junge Krebspatientin, die oft kurz nach der Diagnose eine Grundsatzentscheidung für ihre weitere Zukunft zu treffen hat. Welche Folgen können die Behandlung – ob Operation, Chemo- oder Strahlentherapie – für eine spätere Fruchtbarkeit haben? Und welche Möglichkeiten gibt es, um weiterhin Kinder bekommen zu können?

„Eines der Verfahren besteht darin, Eizellen einzufrieren. Diese können bereits befruchtet sein, falls die Frau einen festen Partner hat“, sagt Professor Hans van der Ven, Direktor der Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin an der Bonner Uni-Frauenklinik. Das zweite Verfahren bedient sich unbefruchteter Eizellen. Bei befruchteten Zellen liegt, so van der Ven, „die Wahrscheinlichkeit einer späteren erfolgreichen Schwangerschaft etwas höher.“ Beide Verfahren sind in der Reproduktionsmedizin bereits Routine.

„Eine weitere Möglichkeit besteht darin, die Eierstöcke vor den Auswirkungen einer Chemotherapie so weit es geht zu schützen“, so van der Ven weiter. „Dabei erhält die Patientin eine Spritze mit Hormonen, die die Eierstöcke in einen vorübergehenden Ruhezustand versetzen. Die Eizellen wachsen dort nicht heran und werden von den Zellgiften weniger stark angegriffen.“ Das Einfrieren von Eierstockgewebe hingegen befindet sich derzeit noch in einer experimentellen Phase: „Es wird operativ entfernt, um es später wieder transplantieren zu können.“

Der Vorteil besteht darin, dass somit tausende bis zehntausende von Eizellen ge-

schützt werden. „Es sind allerdings erst wenige Kinder nach einem solchen Verfahren geboren worden.“ Zudem bestehe bei einigen Tumorerkrankungen ein gewisses Risiko, dass sich in den Eierstöcken noch Krebszellen befinden könnten, die dann wieder in den Körper zurück gelangen würden. „Das gilt es zu untersuchen und abzuwägen.“

Andererseits kann in manchen Fällen die Konservierung von Eierstockgewebe die einzige Möglichkeit sein, später noch schwanger zu werden. „In manchen Fällen ist eine hormonelle Behandlung nicht mehr möglich, weil die Krebstherapie sofort beginnen muss. In wieder anderen Fällen, zum Beispiel bei einem hormonabhängigen Tumor der Brust, kann sie unter Umständen sogar schädlich sein.“

Ob eine Krebspatientin später noch einmal Kinder bekommen kann, hängt von ihrem Alter und der Art und Aggressivität der Therapie ab. „Viele der Frauen, die von uns behandelt werden, sind an Lymphdrüsen- oder auch Brustkrebs erkrankt. Welche Behandlungsmethoden für sie in Frage kommen, müssen wir individuell und interdisziplinär in Absprache mit den Onkologen entscheiden“, fasst van der Ven zusammen.

Vor rund drei Jahren hat der Bonner Experte gemeinsam mit Onkologen, Gynäkologen und Reproduktionsmedizinern von 32 anderen Universitätskliniken das bundesweite Netzwerk „FertiProtekt“ gegründet. Ziel ist es, neue Verfahren zum Schutz der Fruchtbarkeit von weiblichen und männlichen Krebs-

patienten zu entwickeln und die bereits bestehenden zu optimieren. Zudem verfügt die Bonner Uniklinik über eine eigene „Kyro-Bank“, in der Ei- und Samenzellen sowie Eierstock- und Hodengewebe bei minus 196 Grad praktisch unbegrenzt konserviert werden können. Ein Problem beim Schutz der Fertilität kann aber auch ein finanzielles sein. „Manche der angewendeten Verfahren kosten mehrere tausend Euro und die Krankenkassen übernehmen die Kosten dafür nur zum Teil oder gar nicht“, schildert van der Ven. „Auch hier müssen wir von Fall zu Fall nach Lösungen suchen.“

Während zunehmend Frauen unter 50 Jahren an Krebs erkranken, sind viele Erstgebärende 30 Jahre und älter, so dass sich die Gruppen sozusagen überschneiden und das Thema Schwangerschaft für die von Krebs

Betroffenen mittlerweile durchaus eine Rolle spielt. Mehr als die Hälfte der Krebspatientinnen können nach der Therapie und einer anschließenden Erholungsphase ohne weitere medizinische Hilfe wieder schwanger werden.

„Das hängt natürlich auch vom Alter der Betroffenen ab“ erklärt Michael Braun, Oberarzt an der Bonner Universitätsfrauenklinik. „Generell kann man sagen, dass die Chancen steigen, je jünger die Erkrankte ist.“ Zum einen, weil die Fruchtbarkeit mit den Jahren ohnehin abnehme und zum anderen, weil die Heilungschancen bei jungen Patientinnen oft weitaus besser lägen als gemeinhin vermutet. „Zwar ist die Tumorbilologie beispielsweise eines Mammakarzinoms in vielen Fällen ungünstiger als bei einer älteren Frau. Doch sprechen gerade diese Tumore auf die Chemotherapie meist sehr gut an.“ Auch bei der Leukämie spielt das Alter eine entscheidende Rolle. „Gerade für die ganz jungen Frauen oder Mädchen, die daran erkranken, ist die spätere Fruchtbarkeit ein wichtiges Thema.“

Dass beispielsweise die Behandlung eines malignen Brusttumors mit Operation, Chemo- und anschließender Hormontherapie die Fer-

tilität bedrohen kann, bleibe jedoch eine Tatsache, über die Betroffene aufgeklärt werden müssen, konstatiert Braun. „Dabei gilt es, sehr behutsam vorzugehen.“

So befinde sich die betroffene Patientin durch die Diagnose an sich schon in einer extremen Stress-Situation. Sich zusätzlich zu den Einschnitten im bisherigen Leben und den bevorstehenden Nebenwirkungen der Therapie auch Gedanken über einen späteren Kinderwunsch zu machen, sei für sie meist zu viel auf einmal. „Es geht uns darum, Schritt für Schritt vorzugehen und ein Angebot zu unterbreiten.“

Dabei könne es auch sein, dass die eine oder andere Patientin erst einmal alles abblocke. „Dann sollten wir auch in Zusammenarbeit mit den Psychoonkologen das Thema zu einem anderen Zeitpunkt noch einmal ansprechen. Bei allem gilt es immer abzuwägen – zwischen der maximalen Sicherheit der Mutter und ihrem Kinderwunsch“, ergänzt Braun. „Befürchtungen, dass eine spätere Schwangerschaft den Verlauf der Krankheit negativ beeinflussen könnte, sind jedoch unbegründet.“

Während die jüngeren Patientinnen oft noch genügend Zeit haben, die ersten fünf Jahre nach der Erkrankung und während der Therapie abzuwarten, können Frauen um Mitte 30 oder Anfang 40 mit günstiger Tumorbilologie in Absprache mit dem Arzt eine Pause in der Hormonbehandlung einlegen, um möglicherweise noch einmal schwanger zu werden. „Ist das Kind dann auf der Welt, kann die ausgesetzte Therapie fortgesetzt werden“, ergänzt Braun. „Die Gefährdung der Fruchtbarkeit hat durch den Einsatz moderner Chemotherapie abgenommen, so dass der überwiegende Anteil der Brustkrebspatientinnen inzwischen gute Chancen hat, später ein ganz normales Familienleben führen zu können.“

## Informationen

**Zum Krebsinformationstag 2009** für Patienten, Angehörige und Interessenten am Freitag, 28. August, 14 bis 19 Uhr laden das Tumorzentrum Bonn und das Onkologische Zentrum Ahr-Bonn-Rhein/Sieg unter Vorsitz von Professor Yon-Dschun Ko gemeinsam in den Bonner Universitätsclub, Konviktstraße 9. Das Motto lautet „Mit Experten im Gespräch“. Ab 14.10 Uhr geht es um Risikofaktoren, die die Entstehung von Krebs begünstigen. Um 14.45 Uhr beginnt eine

Podiumsdiskussion zum Thema „Früherkennung – Welche Maßnahmen sind sinnvoll?“ Das Gespräch zu Krebs und Kinderwunsch mit den Statements der Experten moderiert Professor Walther Kuhn als Vorsitzender des Bonner Tumorzentrums vom 15.45 bis 16.30 Uhr. Nach einer kurzen Pause geht es um 17 Uhr mit Kurzvorträgen zu unterschiedlichen Krebserkrankungen, zum Umgang mit der Krankheit und zu Selbsthilfeangeboten sowie mit praktischen Feldenkrausübungen weiter. Die Teilnahme ist kostenlos. st/

**T**rotz aller Fortschritte der Medizin, trotz aller Beteuerungen und gut gemeinten Beispiele derer, die es überstanden und geschafft haben: Die Diagnose Krebs trifft die Betroffenen wie ein Schlag ins Gesicht. „Warum gerade ich?“ Hinter dieser Frage tun sich Abgründe auf. Als ob alle Wünsche und Ziele für die Zukunft mit einem einzigen Handstreich weggeschwemmt worden wären und sich hinter dem Rücken eine unsichtbare Wand zum früheren normalen Leben schließt. Jetzt an Kinder zu denken – das scheint der einen Patientin beinahe wie ein Hohn, ist für die andere aber wie eine Brücke zum Leben danach, die während der Therapie mit allen physischen Belastungen und Nebenwirkungen Kraft und Hoffnung geben kann.

„Natürlich steht für die junge Krebspatientin zunächst einmal das Überleben und das Bewältigen der Krankheit im Vordergrund“, weiß Diplompsychologin Melanie Wollenschein aus zahlreichen Gesprächen. „Gynäkologische Psychosomatik“ ist ihr Fachgebiet an der Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauenheilkunde der Bonner Uniklinik. „Dass einige Krebsarten und ihre Behandlung die Fruchtbarkeit gefährden oder eine spätere

## Eine Entscheidung fürs Leben

Wichtig ist, dass die Patientin sie selbst trifft

Schwangerschaft sogar ausschließen können, stellt die Betroffenen vor eine schwierige Entscheidung, die in manchen Fällen sogar unter Zeitdruck in wenigen Wochen getroffen werden muss.“ Die Reaktionen sind ganz unterschiedlich, so individuell wie die Persönlichkeiten und Biografien der Betroffenen selbst, sagt die Diplompsychologin. „Die einen sagen ganz klar: Ich muss jetzt an mich denken. Andere möchten alle Optionen in Anspruch nehmen und vor allem selbst aktiv werden.“

Das Bewusstsein, alles was möglich ist, getan zu haben, kann auch eine Entlastung sein, wenn die Frau sich auf ihre Therapie konzentrieren muss. „Wichtig ist, dass die Patientin selbst entscheidet. Das kann und

soll ihr kein Arzt abnehmen“, fügt die Diplom-Sozialpädagogin und Psychoonkologin Ilseget von Hofe hinzu, Leiterin der Krebsberatungsstelle des Tumorzentrums. Ob eine Patientin befürchtet, mit bestimmten Genen eine erhöhtes Risiko für Brustkrebs weiter zu vererben oder einen Rückfall zu erleiden und vielleicht zu sterben, während die Kinder noch klein sind – all das sind aus Sicht von Hofe verständliche Reaktionen auf die Diagnose.

„Um die medizinischen Möglichkeiten zum Schutz der Fruchtbarkeit beurteilen zu können, müssen die Patientinnen sie aber erst einmal kennen. In diesem Punkt wünschen wir uns generell nach noch mehr Aufklärung“, ergänzt Melanie Wollenschein. So habe eine Umfrage unter Betroffenen ergeben, dass die meisten eine solche Beratung durchaus als positiv empfinden. Wenn die Patientin über ihre Krankheit, die Therapie und die möglichen Folgen im Bilde ist, kann und muss sie das Für und Wider abwägen, ihre Gedanken und Gefühle sortieren. Gerade dann, so Wollenschein, kann es sinnvoll sein, die Hilfe eines Psychoonkologen in Anspruch zu nehmen. Ulrike Strauch



Kann ich jemals ein Kind bekommen? Und wenn ja – sterbe ich dann vielleicht, während es noch klein ist? Krebspatientinnen müssen sich gravierende Fragen stellen