



Essentials der FertiPROTEKT-Leitlinie – Indikationen zur Fertilitätsprotektion
Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Schüring, Leiter UKM Kinderwunschzentrum Münster

Hintergrund

Mit den verbesserten Heilungschancen heutiger Krebstherapien rückt für viele junge Patientinnen nach ihrer Genesung die Verwirklichung des Familienbildes in den Fokus: Sie wünschen sich ein Kind. Da Chemotherapie oder Bestrahlung die Eizellreserve dauerhaft schädigen können, sollte die Beratung über eine Fertilitätsprotektion vor onkologischer Behandlung integraler Bestandteil der Betreuung von weiblichen Krebspatientinnen sein.

FertiPROTEKT-Netzwerk

Das Netzwerk FertiPROTEKT e. V., ein Zusammenschluss von spezialisierten Reproduktionsmedizinerinnen/Reproduktionsmediziner und -biologinnen/-biologen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, hat kürzlich aktuelle Empfehlungen zum Einsatz der verschiedenen Methoden zur Fertilitätsprotektion veröffentlicht. Sie sollen Onkologinnen/Onkologen und Reproduktionsmedizinerinnen/Reproduktionsmediziner bei der Betreuung junger Krebspatientinnen unterstützen und die Entscheidungsfindung erleichtern. Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Schüring ist Erstautor des Artikels und gibt auf dem 62. DGGG-Kongress eine praxisnahe Übersicht dieser Handlungsempfehlungen.

Entscheidungsfindung

Die Entscheidung für eine fertilitätsprotektive Maßnahme und die Auswahl der Methode hängen ab von der Prognose der Erkrankung, den Risiken für die Fruchtbarkeit durch die onkologische Therapie und der individuellen Situation der Patientin. Auch müssen das Risiko einer Metastasierung im Eierstockgewebe und eine mögliche Hormonempfindlichkeit des Tumors bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden.

Methoden

Als Methoden der Fertilitätsprotektion stehen zu Verfügung:

1. Medikamentöse Hemmung der Aktivität der Eierstöcke mittels GnRH-Agonisten (Downregulation)

Prinzip: Ruhende Eierstöcke scheinen weniger empfindlich gegenüber einer Chemotherapie oder Bestrahlung zu sein.

2. Hormonelle Stimulation der Eierstöcke, Eizellentnahme und Einfrieren (Kryokonservierung) von befruchteten und/oder unbefruchteten Eizellen

Prinzip: Embryotransfer nach Genesung der Patientin, wie bei künstlicher Befruchtung (IVF)

3. Entnahme von Eierstockgewebe per Bauchspiegelung und Kryokonservierung

Prinzip: Transplantation von Eierstockgewebe nach Genesung, Ermöglichung einer Schwangerschaft auf natürlichem Weg oder mittels IVF

Zur Veranschaulichung wird die Entscheidungsfindung an zwei Krebserkrankungen dargestellt.

Hodgkin-Lymphom

Das Hodgkin-Lymphom eignet sich in der Regel sehr gut für fertilitätsprotektive Maßnahmen. Einerseits kann die onkologische Therapie eine starke Schädigung der Eierstockreserve verursachen, auf der anderen Seite sind die Heilungschancen exzellent. Die häufig jungen Patientinnen profitieren zudem vom medizinischen Fortschritt, indem ihnen in der Zukunft möglicherweise weiterentwickelte Maßnahmen zur Verfügung stehen. Da das Hodgkin-Lymphom im Eierstock keine Metastasen bildet und nicht hormonabhängig ist, sind alle Methoden, auch die Kryokonservierung von Eizellen nach hormoneller Stimulation oder die Kryokonservierung von Eierstockgewebe mit anschließender Transplantation möglich.

Mammakarzinom

Beim Brustkrebs ist die Entscheidungsfindung etwas komplexer, da eine etwaige Hormonempfindlichkeit des Tumors vor einer hormonellen Stimulation, die für die Gewinnung und Kryokonservierung von Eizellen notwendig ist, berücksichtigt werden muss. Andererseits können die möglichen Risiken durch kurzzeitig erhöhte Östrogenspiegel heute durch spezielle Stimulationsprotokolle, die mit niedrigen Hormonwerten einhergehen, weiter begrenzt werden. Die Gabe von GnRH-Agonisten scheint bei hormonempfindlichem Brustkrebs nicht nur möglich zu sein, sie bietet wahrscheinlich sogar einen zusätzlichen onkologischen Vorteil. Beim familiären Mammakarzinom (BRCA-1/-2) sollte im individuellen Fall einer Transplantation des kryokonservierten Ovargewebes die Entfernung des Transplantats nach Erfüllung des Kinderwunsches besprochen werden, da ein Befall des Ovars mit malignen Zellen möglich ist. Zukünftig könnten neue Methoden wie ein „künstlicher Eierstock“ in Fällen mit Metastasierungsrisiko vielversprechende Alternativen eröffnen.

Zusammenfassung

Das junge, sich schnell entwickelnde Gebiet der Fertilitätsprotektion eröffnet jungen Krebspatientinnen konkrete Chancen für die Erfüllung ihres Kinderwunsches nach ihrer Genesung. Die Entscheidungsfindung und Methodenwahl ist individuell mit der Patientin zu besprechen, einer engen Abstimmung zwischen Onkologinnen/Onkologen und Reproduktionsmedizinerinnen/Reproduktionsmedizinern kommt dabei große Bedeutung zu. Informationen für Patientinnen und Ärztinnen/Ärzte unter www.fertiprotekt.de.

4.643 Zeichen

Kontakt:

Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Schüring
Leiter
Kinderwunschzentrum
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude: D11
48149 Münster
E-Mail: andreas.schuering@ukmuenster.de
Internet: ukm-kinderwunschzentrum.de