

*Fertilität, sexuelle Gesundheit und Lebensqualität***Wichtige Fragen in der Krebsnachsorge**

Krebs stellt die Zukunftspläne von Betroffenen auf den Kopf. In ihrem Referat am Women's Health Congress in Fribourg ging Dr. med. Astrid Ahler, Gynäkologin und Reproduktionsmedizinerin bei Fertisuisse in Olten und Basel, auf die biologische und die gelebte Fertilität nach einer Krebstherapie und die Langzeitfolgen für die Gesundheit und Sexualität ein. Sie zeigte auf, welche Rolle Gynäkologen diesbezüglich in der Betreuung von Krebsüberlebenden spielen.

In der Idealvorstellung wünschen sich Menschen eine gesunde und sorglose Kindheit und Jugend. Als glückliche Erwachsene hoffen viele auf die grosse Liebe und auf die Gründung einer eigenen Familie. Krebs ist ein schwerer Einschnitt, der Träume platzen lässt und den Verlauf des Lebens permanent verändert. Unmittelbar nach der Diagnose liegt der Fokus auf dem Überleben. «Die Therapie verändert nicht nur den Körper, sondern auch die Vorstellung vom Leben», erklärte Dr. Ahler. Während der Krebsbehandlung erleben viele Patienten Unterstützung von ihrem Umfeld. Diese lässt häufig nach Abschluss der Therapie nach, weshalb sich manche Krebsüberlebende alleingelassen fühlen. Die Folgen der Therapie wie chronische Müdigkeit, Schmerzen oder kognitive Einbussen sind für Aussenstehende meist nicht sichtbar.

Fertilität gehört zu den zentralen Fragen von Krebsüberlebenden. Diesem Thema wird bis heute zu wenig Beachtung geschenkt. Da die Überlebensrate dank Verbesserungen in der Krebstherapie heute auf rund 80% gestiegen ist, wird das Thema aber immer mehr an Bedeutung gewinnen (1). Aktuelle Untersuchungen gehen davon aus, dass 1 von 530 jungen Erwachsenen zwischen 20 und 39 Jahren Krebs in der Kindheit überlebt hat (1).

Abklärung der Fertilität nach Krebstherapie noch kein Standard

In der medizinischen Versorgung gibt es einen Tunnelblick, wobei vor allem auf die aktuellen Probleme geschaut wird, aber langfristige Auswirkungen häufig nicht beachtet werden. Das Risiko ist gross, dass bei Kindern und Jugendlichen sowie ledigen Personen Fragen rund um die Fertilität übersehen werden. Studien belegen, dass zwischen 50 und 73% der jungen Patienten nicht über den Einfluss der Krebsbehandlung auf ihre Fruchtbarkeit aufgeklärt wurden (2). Die Beurteilung der Fertilität nach abgeschlossener onkologischer Therapie ist trotz Empfehlungen in internationalen Leitlinien nicht Bestandteil der standardmässigen Nachsorge (3,4). Weibliche Krebsüberlebende werden häufig an ihren Gynäkologen überwiesen, dem aber oft die Erfahrung bezüglich der Fertilität nach Krebstherapien fehlt. Laut Dr. Ahler ist deshalb die Gefahr hoch, dass das Zeitfenster zum Erhalt

der Fertilität nach einer Krebsbehandlung verpasst wird und Patientinnen sich zu spät Hilfe holen.

Einfluss von Krebstherapien auf biologische Fertilität

Die WHO definiert Fertilität als die biologische Fähigkeit zur Empfängnis und zur Geburt eines lebenden Kindes. Voraussetzungen dafür sind Eizellen, die kryokonserviert werden können, die Integrität des Uterus, die Tubendurchgängigkeit und intakte endokrine Funktionen. Gonadotoxische Schäden durch Chemotherapie sowie eine Bestrahlung des Beckens können die biologische Fertilität beeinträchtigen. Eine Bestrahlung des Beckens mit < 4 Gy hat nahezu keinen Einfluss auf die Fortpflanzungsfähigkeit, ausser die Gebärmutter wird direkt bestrahlt (5). Eine Ganzkörperbestrahlung von 12 Gy vermindert die Fertilität und erhöht die Komplikationsrate, z.B. Frühgeburten (5). Werden Erwachsene mit > 45 Gy und Kinder mit > 25 Gy bestrahlt, ist eine Lebendgeburt unwahrscheinlich bis unmöglich (5). Die biologische Fertilität wird aber auch durch den Allgemeinzustand der Patientinnen beeinflusst. Sie ist wichtig, um eine Schwangerschaft austragen zu können.

Die Anzahl der Follikel variiert zwischen Frauen erheblich; das Alter bei Eintritt in die Menopause kann sich um bis zu 15 Jahre unterscheiden (6). Die präpubertären Eierstöcke sind gegenüber gonadotoxischen Einflüssen widerstandsfähiger als die postpubertären Eierstöcke. Nach einer Radiotherapie ist die Inzidenz einer akuten Ovarialinsuffizienz (AOF) niedrig, das Risiko einer vorzeitigen Ovarialinsuffizienz (POF) bleibt jedoch hoch. Bereits 2 Gy führen zu einer Reduktion von 50% der primordialen Follikel (NGF), also der Eizellreserve (7).

Beurteilung der ovariellen Reserve

Dr. Ahler wies darauf hin, dass das Wiedereinsetzen der Menstruation nach einer Krebstherapie nicht bedeutet, dass alles wieder in Ordnung ist und eine Frau schwanger werden kann. Die Bestimmung des Anti-Müller-Hormons (AMH) sowie eine Beurteilung der Zahl der Antralfollikel (AFC) mittels vaginalultraschall geben einen Hinweis auf die Eizellreserve. Je niedriger das AMH, desto geringer die ovarielle Reserve und

desto geringer die Zahl der potenziell pro Stimulationszyklus gewinnbaren Eizellen. Eine hohe Zahl an antralen Follikeln spricht für eine gute Reserve (8).

Der AMH-Wert ist kein Parameter für die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft oder das Alter bei Eintritt in die Menopause (11). Der prädiktive Wert von AMH vor und nach der Therapie ist aufgrund fehlender Langzeitstudien bislang nicht ausreichend untersucht. Verfälscht niedrigere AMH-Werte sind in der Lutealphase, unter oralen Kontrazeptiva, bei WHO-Grad-1-Anovulation und bei beeinträchtigtem Allgemeinzustand möglich (12).

Bei tiefen Hormonwerten (AMH) empfahl Dr. Ahler, das Zeitfenster für eine Entnahme und Kryokonservierung von Eizellen nicht zu verpassen. Zu beachten gilt jedoch, dass Eizellen während der Pubertät einen Reifungsprozess durchlaufen. In der frühen Adoleszenz besteht daher ein höheres Risiko für eine geringere Anzahl gewinnbarer Eizellen und für genetisch unreife oder auffällige Eizellen. Aus diesem Grund sollten Eizellen möglichst erst im Alter von 17–18 Jahren entnommen werden.

Biologische vs. gelebte Fertilität

Der Fertilitätserhalt bewahrt das biologische Potenzial, während die gelebte Fertilität von körperlichen (sexuelle Gesundheit und Funktion), psychischen (Körperbild und Selbstwahrnehmung) und sozialen Faktoren sowie der Langzeitgesundheit von Krebspatientinnen abhängt. Zu den Langzeitfolgen einer Krebsbehandlung gehören je nach Krebsart und Behandlung zum Beispiel vorzeitige Ovarialinsuffizienz, vaginale Atrophie, chronische Fatigue, Schlafstörungen, Schmerzen, Angststörungen, Depressionen und vieles mehr. Diese Folgen machen es für Betroffene sehr schwierig, eine Schwangerschaft in Betracht zu ziehen. Ein beeinträchtigtes Körperbild infolge körperlicher Nebenwirkungen der Krebstherapie ist eine der Hauptbelastungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach Krebs (10). Das hat Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und intime Beziehungen. Betroffene erreichen sexuelle Entwicklungs- und Erfahrungsmilensteine oft später (10,11,12). Sie haben ein erhöhtes Risiko für sexuelle Funktionsstörungen; bei über 50% bestehen diese noch zwei Jahre nach der Diagnose, und Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer (13). Die Probleme sind nicht mit einem schlechten Allgemeinzustand, der Krebsart oder der spezifischen Therapie assoziiert (13). Krebsüberlebende haben Angst, als weniger attraktiver oder weniger wertvoller Dating-Partner wahrgenommen zu werden, was das Eingehen einer Beziehung erschwert (11).

Die Rolle des Gynäkologen

Dr. Ahler erachtet es als sehr wichtig, dass Gynäkologen sich mit den Bedürfnissen und Herausforderungen von Krebsüberlebenden auseinandersetzen und darauf eingehen. Dazu gehören neben der Erfassung des Fertilitätsstatus, der Anzeichen für eine prämatüre Menopause und der Langzeitriskiken von Behandlungen (z.B. erhöhtes Brustkrebsrisiko nach Thoraxbestrahlung) auch die Prävention von Beschwerden

LINKTIPP



Mit dem Projekt justASKus hat Dr. Astrid Ahler zusammen mit einem interdisziplinären Forschungsteam ein wissenschaftlich-klinisches Unterstützungsangebot geschaffen, das sich an Krebsüberlebende richtet, speziell an Jugendliche und junge Erwachsene. Das Non-Profit-Angebot beantwortet Fragen zu Fertilität, Sexualität, Körperbild und Beziehungen und soll dazu beitragen, dass diese Themen für Krebsüberlebende nicht

zu einer Belastung werden. justASKus soll aber auch Fachpersonen dafür sensibilisieren. In Zukunft werden auch Workshops für Krebsüberlebende und Gesundheitsfachpersonen (zum Thema Kommunikation) angeboten.



der Menopause. Betroffene Frauen brauchen Beratung bezüglich Fertilität und Schwangerschaft sowie der Optionen zur Fertilitätsprotektion. Wichtig sind laut der Referentin aber auch Themen wie Kontrazeption und sexuelle Gesundheit (STD). Ungewollte Schwangerschaften treten bei Krebsüberlebenden häufig auf, weil sie denken, dass sie unfruchtbar sind. Sie forderte die Kongressteilnehmer auf, Fragen zur Sexualität und zur Beziehung zu stellen und Patientinnen an spezialisierte Fachstellen zu überweisen. □

Susanna Steimer Miller

Quelle: Women's Health Congress 2026, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie, Kontrazeption und Menopause (SGEM), 21./22. Januar 2026, Freiburg

Referenzen:

1. Barr RD et al.: Cancer in adolescents and young adults: A narrative review of the current status and future perspectives. *JAMA Pediatrics*. 2016;170(5):495–501. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.4689
2. Gorman JR et al.: A multidimensional scale to measure the reproductive concerns of young adult female cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2012;6(2):218–228. doi:10.1007/s11764-013-0333-3
3. Tschudin S, Bitzer J: Psychological aspects of fertility preservation in men and women affected by cancer and other life-threatening diseases. *Hum Reprod Update*. 2009;15(5):587–597. doi:10.1093/humupd/dmp015
4. Gonçalves V et al.: Childbearing attitudes and decisions of young breast cancer survivors: A systematic review. *Hum Reprod Update*. 2014;20(2):279–292. doi:10.1093/humupd/dmt039
5. Teh WT et al.: The impact of uterine radiation on subsequent fertility and pregnancy outcomes. *Biomed Res Int*. 2014;2014:482968. doi:10.1155/2014/482968
6. Wallace WHB, Kelsey TW: Human ovarian reserve from conception to the menopause. *PLoS ONE*. 2010;5(1):e8772. doi:10.1371/journal.pone.0008772
7. Anderson RA et al.: Cancer treatment and gonadal function: experimental and established strategies for fertility preservation in children and young adults. *Fertil Steril*. 2013;99(6):1469–1475. doi:10.1016/S2213-8587(15)00039-X
8. Speroff L, Fritz MA: *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
9. Anderson RA et al.: Measuring anti-Müllerian hormone for the assessment of ovarian reserve: when and for whom is it indicated? *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96(5):1336–1343. doi:10.1016/j.maturitas.2011.11.008

10. Lehmann V et al.: Body issues, sexual satisfaction, and relationship status satisfaction in long-term childhood cancer survivors and healthy controls. *Psycho-Oncol.* 2016;25(2):210-216. doi:10.1002/pon.3841
11. Frobisher C et al.: British Childhood Cancer Survivor Study. Long-term population-based marriage rates among adult survivors of childhood cancer in Britain. *Int J Cancer.* 2007;121(4):846-855. doi:10.1002/ijc.22742
12. Dieluweit U et al.: Social outcomes of long-term survivors of adolescent cancer. *Psychooncology.* 2010;19(12):1277-1284. doi: 10.1002/pon.1692
13. Ford JS et al.: Psychosexual functioning among adult female survivors of childhood cancer: a report from the childhood survivor study. *J Clin Oncol.* 2014;32(28):3126-3136. doi:10.1200/JCO.2013.54.1086