

Krebs während der Schwangerschaft : das komplexe Feld der Betreuung

Autor(en): **Rochon, Florence / Delouane, Aurélie**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **120 (2022)**

Heft 8-9

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1002383>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

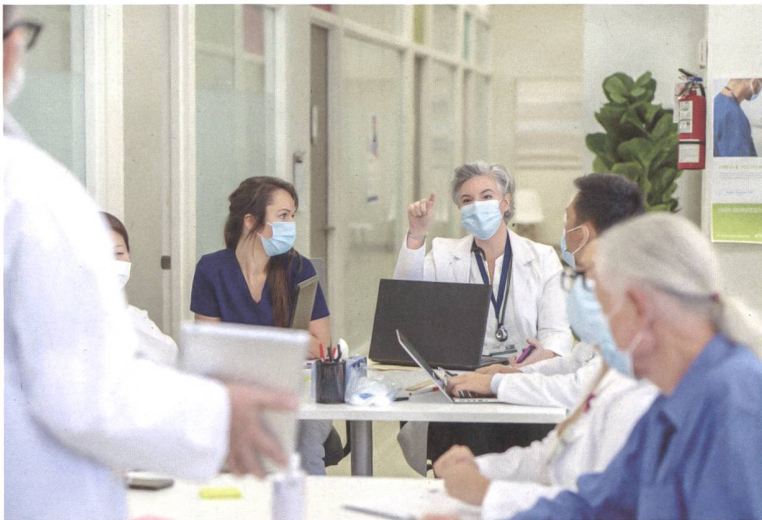
Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Krebs während der Schwangerschaft: das komplexe Feld der Betreuung

Florence Rochon ist klinische Fachkrankenschwester und Aurélie Delouane ist klinische Fachhebamme. Beide arbeiten am Universitätsspital Genf. In diesem Artikel beleuchten sie die wichtigsten aktuellen Behandlungswege bei Krebs während Schwangerschaft und Stillzeit sowie die vielfältigen Aspekte, die bei der Begleitung der betroffenen Familien berücksichtigt werden sollten.

TEXT: FLORENCE ROCHON UND AURÉLIE DELOUANE



iStock

Krebs und Schwangerschaft sind zwei Begriffe, die auf den ersten Blick nichts miteinander zu tun haben. Laut einem Bericht des französischen Instituts national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) kam es jedoch zwischen 2013 und 2015 zu 79 indirekten geburtshilflichen Todesfällen von Müttern (Inserm, 2021), was 30 % der Müttersterblichkeit entspricht. Inserm, eine Forschungs- und Entwicklungseinrichtung in Frankreich, definiert indirekte geburtshilfliche Todesfälle als «das Ergebnis einer Vorerkrankung oder einer während der Schwangerschaft aufgetretenen Erkrankung, die nicht auf geburtshilfliche Ursachen zurückzuführen ist, sondern durch die physiologischen Auswirkungen der Schwangerschaft verschlimmert wird».

Dabei lässt sich feststellen, dass 50 % solcher Erkrankungen vor der Schwangerschaft bekannt waren und die restlichen 50 % während der Schwangerschaft diagnostiziert werden. Von den 79 Fällen litten drei bereits vor der Schwangerschaft an Krebs und 13 entwickelten Neoplasien. Krebsfälle während der Schwangerschaft sind selten. Die am häufigsten diagnostizierten bösartigen Tumore sind Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Hodgkin-Lymphom, malignes Melanom und Leukämien (Kal, 2005). Unabhängig davon, ob die Patientin

bereits an Krebs erkrankt ist oder diesen während der Schwangerschaft entwickelt, erweist sich die Entscheidungsfindung als komplex, da klinische, persönliche und vor allem ethische Aspekte bei der Planung der Behandlung berücksichtigt werden müssen.

Tödliche Bedrohung und Schwangerschaft

Die Diagnose Krebs trifft schwangere Patientinnen wie «ein Blitz aus heiterem Himmel» und veranlasst sie, ihre Prioritäten zu überdenken, die bis zu diesem Zeitpunkt auf ihr neues, ungeborenes Leben ausgerichtet wa-

ren. Ganz ähnlich ist es, wenn die Krankheit innerhalb weniger Monate nach der Geburt des Kindes diagnostiziert wird. Es erschüttert die gesamte Familiendynamik.

Im Rahmen eines «Tumorboards», das sind Besprechungen von Expertinnen und Experten aus verschiedenen Disziplinen, die sich auf die Behandlung von Tumoren spezialisiert haben, kommen Onkologen und Onkologinnen, Gynäkolog*innen, Hebammen, Onkologiepfleger*innen und Psychoonkolog*innen zusammen, um therapeutische Massnahmen gemeinsam abzuwägen. Dieses interdisziplinäre Team, das die Patientin betreut, bespricht die vorgeschlagene Behandlung mit der Patientin und ihrem Umfeld, beginnt mit der Behandlung und bietet je nach Bedarf eine Begleitung an. Anlässlich dieser Ankündigung wird darauf hingewiesen und gemeinsam besprochen, dass das Risiko besteht, dass der Fetus bei der vorgeschlagenen Behandlungen sterben kann. Gleichzeitig ist die Mutter in Gefahr und einem Sterberisiko ausgesetzt, wenn sie nicht zeitnah mit einer Behandlung beginnt.

Dementsprechend müssen bei der Wahl der Behandlung unbedingt die Heilungsaussichten für die Patientin und das Schicksal des Fetus berücksichtigt werden. Die Möglichkeit einer zukünftigen Schwangerschaft ist auch von Bedeutung, falls die Fruchtbarkeit nach Abschluss der Behandlung unter Heranziehung von Spezialisten für medizinisch unterstützte Fortpflanzung erhalten werden kann.

Krebsfälle während der Schwangerschaft sind selten. Die am häufigsten diagnostizierten bösartigen Tumore sind Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Hodgkin-Lymphom, malignes Melanom und Leukämien.

Datengrundlage

Schaffar et al. (2019) betonen, wie wichtig es ist, über eine breite Datengrundlage zu verfügen, anhand der die Risiken erkannt werden können, die bei einer Schwanger-

Bezüglich Brustkrebs stellt das Inserm fest, dass die Aufklärung über die Bedeutung einer Brustuntersuchung im Rahmen der Untersuchungen zu Beginn der Schwangerschaft, während der Nachsorge und nach der Geburt immer noch mangelhaft ist.

schaft mit Brustkrebs sowie während und nach dem Stillen bestehen. Die epidemiologischen Daten (über Schwangerschaft oder Stillzeit) werden jedoch nicht immer erhoben. Wie Schaffar et al. (2019) erläutern, ist es nicht möglich, die genaue Anzahl von schwangeren Frauen oder Frauen, die gerade entbunden haben und unter einer bestimmten Krebsart leiden, zu ermitteln.

Aus der Meta-Analyse von Esposito et al. (2016) geht hervor, dass nur ein bis zwei Fälle von Krebserkrankungen pro 1000 Schwangerschaften diagnostiziert werden und dass es wichtig ist, zu wissen, in welcher Schwangerschaftswoche nach Ausbleiben der Menstruation die Frauen sich befinden. Diese Information ist für die Wahl der Behandlungsmethode ausschlaggebend. Während des ersten Drittels der Embryonalentwicklung entfaltet eine Chemotherapie eine teratogene Wirkung. Bei alleiniger Chemotherapie kann es bei 17 % der Fälle zu Missbildungen kommen, bei Kombinationstherapien sind es 25 %.

Laut Schaffar (2019) machten Brustkrebsdiagnosen während der Schwangerschaft nur 1,3 % der untersuchten Patientinnen aus, und 3,3 % erkrankten innerhalb eines Jahres nach der Entbindung an Brustkrebs. Der Tod wurde «in 43,5 % der Fälle als ver-

meidbar oder möglicherweise vermeidbar eingestuft.»

Bezüglich Brustkrebs stellt das Inserm (2021) fest, dass die Aufklärung über die Bedeutung einer Brustuntersuchung im Rahmen der Untersuchungen zu Beginn der Schwangerschaft, während der Nachsorge und nach der Geburt immer noch mangelhaft ist. Dies gilt insbesondere für Patientinnen mit Risikofaktoren.

Behandlungen und Schwangerschaft

Die empfohlenen Behandlungen unterscheiden sich je nach Stadium und Art des Krebses. Die Wahl der Behandlungsform basiert vorrangig auf einem vollständigen pathologisch-anatomischen Befund und auf dem Ergebnis einer Röntgenuntersuchung. Bei Brustkrebs im Frühstadium wird zum Beispiel nicht systematisch eine Chemotherapie durchgeführt. Stattdessen kann als erste Massnahme eine Operation angeboten werden. Eine solche Behandlung bietet sich insbesondere an, wenn der Tumor gut abgegrenzt und leicht zu entfernen ist. Dieser chirurgische Eingriff kann dann durch die Kombination einer oder mehrerer Behandlungen ergänzt werden.

Gemäss dem Macmillan Cancer Support (2022) kann eine Chemotherapie bei Frauen nach der 14. Schwangerschaftswoche verschrieben werden, da die Plazenta ihre Barrierefunktion erfüllt und nur geringe oder

gar keine Risiken für die Entwicklung des Fötus vorliegen. Ebenso gibt es keine Hinweise auf Auswirkungen in der Entwicklung des Neugeborenen im Zusammenhang mit onkologischen Behandlungen. Bei zielgerichteten Therapien und Immuntherapien ist die Art der Moleküle entscheidend, die je nach Krebsart eingesetzt werden. Beispielsweise kann bei Vorliegen eines Lymphoms die Injektion von Rituximab® verschrieben werden, wohingegen Imatinib® bei chronisch-myeloischer Leukämie nicht empfehlenswert ist. Für jede Krebserkrankung gibt es spezifische Behandlungsmöglichkeiten, die die Lebensqualität der erkrankten Personen beeinflussen, aber auch von Co-Morbiditäten während einer Schwangerschaft abhängen.

Wenn das Risiko besteht, dass eine Strahlentherapie während der Schwangerschaft den Bereich betrifft, in dem sich der Fetus befindet, das heisst sich auf den Unterleib fokussiert, muss ein Aufschub der Behandlung oder ein therapeutischer Schwangerschaftsabbruch erwogen werden. Die Strahlung kann beispielsweise geistige Störungen, Wachstumsverzögerungen oder Organmissbildungen beim Fetus verursachen.

Stillen und Behandlungen

Je nach Art des Tumors und davon, welches Organ befallen ist oder ob die Frau stillen möchte, können verschiedene Behandlungen



gen vorgeschlagen werden. Wenn dies der Fall ist, kommt der Frage des Stillens grosse Bedeutung zu.

Eine operierte Patientin, die sich weder einer Mastektomie noch zusätzlichen Behandlungen unterzogen hat, kann mit der anderen Brust stillen und sogar versuchen, mit der operierten Brust zu stillen. Bei einer Chemotherapie, egal ob sie mit einer Strahlentherapie kombiniert wird oder nicht, ist das Stillen, unabhängig von der Art und Lage des Tumors, nicht möglich. Das Stillen ist bei einer Strahlentherapiebehandlung bei Brustkrebs jedoch auf der nicht bestrahlten Seite möglich – normalerweise produziert die bestrahlte Brust keine Milch, und wenn dies doch der Fall ist, ist es empfehlenswert, auf der bestrahlten Seite nicht zu stillen oder die Milch abzupumpen (Anderson, 2018). Durch das Saugen des Neugeborenen besteht die Gefahr, dass die Hauttoxizität der Strahlentherapie an der behandelten Brust verstärkt wird. Wenn zur Behandlung eines anderen Krebses als Brustkrebs einzig und allein eine Strahlentherapie empfohlen wird, stellt das Stillen kein Problem dar (Saucedo, 2021).

Patientinnen mit Brustkrebs sollten darüber informiert werden, dass 50 % der Frauen, die eine Strahlentherapie an einer Brust oder beiden Brüsten hatten, Wochen, Monate oder Jahre nach Abschluss der onkologischen Behandlung wieder in der Lage sein werden zu stillen. Diese positive Information gibt ihnen Zuversicht für die Zukunft, falls eine erneute Schwangerschaft möglich und gewünscht ist.

Es ist bekannt, dass über einen Zeitraum von etwa sieben Tagen nach der Behandlung nicht abgebaute Chemotherapeutika in den Ausscheidungen nachgewiesen werden können (Notari et al., 2018). Die im Speichel oder im Schweiß nachweisbare Konzentration ist jedoch sehr gering und daher unbedenklich. Es ist wichtig, dass die Pflegepersonen die Eltern beruhigen und ihnen versichern, dass die Behandlung auf keinen Fall eine Gegenanzeige für das Kuscheln, für den direkten Hautkontakt oder das Küssen des Kindes ist. Das ist auch für kranke Frauen jederzeit und in grossem Umfang erlaubt und zu empfehlen. ◊

Aus dem Französischen übersetzte gekürzte Fassung von Valérie Cardona, CVB International

AUTORINNEN



Florence Rochon,
klinische Fachkrankenschwester für Onkologie
am Universitätsspital Genf.



Aurélie Delouane-Abinal,
Hebammenexpertin am Universitätsspital Genf,
Redaktionsberaterin der Zeitschrift *Obstetrica*.



Krebserkrankungen erfassen

Am 1. Januar 2020 ist das Krebsregistrierungsgesetz in Kraft getreten. Es schreibt vor, Krebserkrankungen in der Schweiz, das Leben mit und nach Krebs, einheitlich und vollständig zu erfassen. Die demographische Entwicklung sowie neue und bessere Behandlungsmöglichkeiten für Krebserkrankungen führen seit Jahren zu einer starken Zunahme der Anzahl Menschen, die mit und nach einer Krebsdiagnose leben. Gestützt auf die letzten Schätzungen der Nationalen Krebsregistrierungsstelle sowie Zahlen aus dem benachbarten Ausland geht die Krebsliga davon aus, dass in der Schweiz aktuell rund 400 000 sogenannte Cancer Survivors leben.

Übersicht unter www.krebsliga.ch

Zur Nationalen Krebsregistrierungsstelle: <https://nkrs.ch>

Literatur

- Anderson, P. O. (2018)** Drugs in Lactation. *Pharmaceutical Research*; 35(3), 45.
- Macmillan Cancer Support (o.d.)**. Chemotherapy and pregnancy. <https://www.macmillan.org.uk/cancer-information-and-support/treatments-and-drugs/chemotherapy-and-pregnancy>
- Esposito, S., Tenconi, R., Preti, V., Groppali, E. & Principi, N. (2016)** Chemotherapy against cancer during pregnancy. *Medicine*; 95(38).
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (2021)** Les morts maternelles en France: mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles 2013-2015. www.santepubliquefrance.fr
- Kal, H. B. & Struikmans, H. (2005)** Radiotherapy during pregnancy: fact and fiction. *The Lancet Oncology*; 6(5), 328-333.
- Notari, S. C., Fornage, S., Panes-Ruedin, B. & Zaman, K. (2018)** Sexualité après un cancer du sein: un sujet non tabou. *Rev Med Suisse*; 14, 563-5.
- Schaffar, R., Bouchardy Magnin, C., Chappuis, P. O., Bodmer, A., Benhamou, S. & Rapiti Aylward, E. (2019)** A population-based cohort of young women diagnosed with breast cancer in Geneva, Switzerland. *PloS One*; 14(9), e0222136.
- Saucedo, M., Tessier, V., Leroux, S., Almeras, A. & Deneux-Tharoux, C. (2021)** Mortalité maternelle en France, mieux comprendre pour mieux prévenir. *Sages-Femmes*; 20(5), 36-42.



«Dank meiner Schwangerschaft wurde der Krebs entdeckt»

Fabienne Bartholdi ist 25 und im dritten Monat schwanger, als sie von ihrer Krebsdiagnose erfährt. Ihr Körper ist voller Tumore. Die Besuche bei der Gynäkologin wechseln sich mit denen in der Onkologie ab. «Das Umfeld ist das wichtigste», sagt Fabienne rückblickend und meint damit auch die gute Betreuung von Hebammen und Ärzt*innen, bei der es nicht zuletzt einfach mal nur ums Zuhören geht.

Meine Tochter Jessica wird im August sechs Jahre alt. Zum ersten Mal seit ihrer Geburt gab man mir in der Onkologie-Praxis keinen weiteren Termin für eine Nachuntersuchung. Ich bin nun seit fünf Jahren krebsfrei, von der Chemotherapie trage ich einige Langzeitschäden davon. Meine Fingernägel sind brüchig und ich habe Schmerzen in den Fingerkuppen, bei kaltem Wetter tun mir die Hände und Füsse weh. Aber ansonsten geht es mir gut. Dass ich

Die Worte meiner damals behandelnden Gynäkologin begleiteten mich durch die gesamte Schwangerschaft, sie beruhigten mich und gaben Hoffnung: «Dem Kind geht es gut, es ist gut für sich in der Gebärmutter aufgehoben. Der Krebs kommt nicht dorthin.»

schwer krank bin, erfuhr ich nur dank meiner Schwangerschaft, ich sage immer: Mein Kind hat mir das Leben gerettet. Aber ich beginne von vorn: Mein Mann und ich hatten länger auf die Schwangerschaft warten müssen, ich hatte eine Hormontherapie gemacht. Umso glücklicher waren wir, als ich mit unserem Wunschkind schwanger war. Die Übelkeit und die bleierne Müdigkeit in den ersten drei Monaten schob ich auf die Schwangerschaft, so ergeht es ja vielen Frauen, sagte ich mir und war voller Vorfremde auf unser Kind. Der Schock war gross, als die Frauenärztin mich an einem frühen Morgen anrief, der Ersttrimestertest, den wir gemacht hatten, sei auffällig, es bestehe der Verdacht, dass unser Kind an Trisomie 18 leide. Ich sollte möglichst schnell in die Praxis kommen. Was sollten wir nun machen?

Unbemerkter Krebs

Meinem Mann und mir wurde ein Pränataltest empfohlen, mit dem sich das kindliche Erbgut untersuchen lässt. Dann wisse man mehr. Erst wehrte ich mich dagegen. Ich war so glücklich über mein Kind, ich wollte gar nicht wissen, was vielleicht nicht stimmen könnte. Eine Abtreibung kam für mich nicht in Frage. Schliesslich rang ich mich doch zu einem Test durch, denn, so sagte ich mir, würde eine Diagnose Klarheit schaffen, sodass ich mich bereits im Vorfeld auf das würde vorbereiten können, was auf uns zukommt. Der Befund war für alle unerwartet, für mich ebenso wie für das involvierte Fachpersonal und zog mir komplett den Boden unter den Füssen weg. Mein Kind war gesund. Aber neben ihm wuchs ein bösartiger Tumor heran. Der Krebs war im Blutbild entdeckt worden, nach der Biopsie an einem getasteten Lymphknoten war gewiss, dass Krebszellen da waren. Diagnose: Hodgkin-Lymphom. Bei einem Hodgkin-Lymphom vermehren sich unreife weisse Blutkörperchen rasch und unkontrolliert. Sie befallen Organe wie beispielsweise die Lymphknoten oder die Milz. Bei mir waren mehrere Regionen im Oberkörper betroffen. Ich gehöre zu den ganz wenigen Personen weltweit, bei denen der Krebs durch den Pränataltest entdeckt wurde. Ich weiss nicht, ob mein Krebs ohne Schwangerschaft rechtzeitig erkannt worden wäre. Vielleicht hätte ich einen plötzlichen Schlaganfall erlitten oder wäre einfach zusammengebrochen, ich kann mir das gar nicht vorstellen.

Chemotherapie nach der Geburt

Wenn man das Wort Krebs hört, denkt man automatisch an Tod. Ich hatte nicht viel Zeit zum Nachdenken, denn nach der Diagnose gingen die Abklärungen los, ich war wirklich bei allen: in der Onkologie, in der Anästhesie für die Biopsie, dann wieder in der Gynäkologie, in der Sprechstunde bei der Hebamme. Dabei habe ich immer mit dem Herzen entschieden, eine Abtreibung kam für mich zu keinem Zeitpunkt infrage. Das bedeutete aber auch, dass ich nicht mit der Chemotherapie beginnen konnte, sondern bis nach der Geburt warten musste. Das war nicht einfach, denn vom Oberkörper bis zum Hals hatte ich Tumore, der grösste mass acht Zentimeter, und es war nicht absehbar, ob sie sich vermehren und wie gross sie werden würden. Gleichzeitig wuchs mein Kind in mir heran, im Zweiwochentakt ging ich zur Gynäkologin und danach zur Onkologie. Die Worte meiner damals behandelnden Gynäkologin begleiteten mich durch die gesamte Schwangerschaft, sie beruhigten mich und gaben Hoffnung: «Dem Kind geht es gut, es ist gut für sich in der Gebärmutter aufgehoben. Der Krebs kommt nicht dorthin.»

Dass ich schwer krank bin, erfuhr ich nur dank meiner Schwangerschaft, ich sage immer: Mein Kind hat mir das Leben gerettet.

In dieser Zeit kontaktierte ich auch die Krebsberatungsstelle, die uns in finanziellen Belangen beriet, denn auch da gab es viele Unsicherheiten und Sorgen.

Positive Wirkung

Die Hormone der Schwangerschaft wirkten sich positiv aus, die Tumore wurden im Laufe der Monate bis zur Geburt nicht grösser, sondern blieben gleich. Ich nahm keine Medikamente und habe mir einzig täglich Blutverdünner gespritzt, da ich ums Herz herum so viele Tumore hatte und die Venen dadurch derart zugedrückt wurden, dass das Blut nicht mehr gut fliessen konnte. Niemand wusste, wie sich der Krebs entwickeln würde, gegen Ende der Schwangerschaft war ich komplett erschöpft. Ab der 37. Schwangerschaftswoche ging es mir gar nicht mehr gut. Ich mobilisierte alle Kräfte, versuchte auch psychisch stark zu bleiben. Das war eine grosse Herausforderung, denn die Schmerzen nahmen immer mehr zu, gleichzeitig wollte ich meine Tochter so lange wie möglich geschützt bei mir im Bauch haben.

Jessica kam in der 38. Woche im Kantonsspital Baden gesund zur Welt. Es war eine lange, aber natürliche Geburt, so wie ich es mir gewünscht hatte. Meine beiden Hebammen, von denen die eine noch in Ausbildung war, unterstützten und begleiteten mich durch die lange Geburt, und vor allem bewahrten sie die Ruhe. Niemand hatte vorhersagen sagen können, wie es mir als schwerkranke Krebspatientin mit vielen Tumoren während der Geburt ergehen würde.

Zwölf Chemotherapien

In den ersten beiden Wochen war ich nur Mutter, keine Patientin, wir genossen die Zeit zusammen, Jessica, mein Mann und ich. Um stillen zu können, pumpte ich die Milch erst ab und gewöhnte Jessica danach ans Fläschchen, denn bei aller Freude an unserer Tochter, der Krebs blieb Realität. Als sie einen Monat alt war, begann ich mit der ambulanten Chemotherapie, zum ersten Termin habe ich

Jessica noch mitgenommen. Danach war das nicht mehr möglich. Ich war kraftlos, die Chemotherapie zeigte starke Nebenwirkungen, ich hatte Aphten im Mund, mein ganzer Körper schmerzte, ich war nicht mehr fähig, sie selbst im Arm zu halten, die Haare fielen aus. Die Unterstützung durch mein Umfeld war gross, insbesondere meine Schwiegermutter hat uns sehr geholfen, ohne sie hätten wir es kaum bewältigen können. Sie legte Jessica jeweils neben mich aufs Bett, ich konnte sie nicht halten, aber berühren und streicheln, das Bonding zwischen uns hat trotz meiner schweren Krankheit gut funktioniert. Alle zwei Wochen hatte ich eine Chemotherapie, in sechs Monaten waren das insgesamt zwölf, das hat mir sehr zugesetzt. Aber ich hatte Glück: Jede Therapie schlug an, die Tumore verschwanden, bis ich die wunderschöne Nachricht erhielt, gerade als ich meine Tochter im Kinderwagen durch die Strasse schob: «Wir sind fertig, Sie sind gesund.» Ich konnte es nicht fassen. Am meisten hat es mir geholfen, zu reden; mit der Gynäkologin, später mit der betreuenden Hebamme, mit meinem Umfeld. Dass sie mir alle zugehört haben und sich Zeit fürs Gespräch nahmen, war für mich von immenser Bedeutung. ◊

Hilfe holen

Die Fachpersonen der kantonalen und regionalen Krebsligen beraten kostenlos rund um das Thema Krebs, vor Ort oder telefonisch.

Weitere Informationen unter: www.krebsliga.ch