

klamydiainfektion. Derfor må en væsentlig kreativitet tages i anvendelse, hvis man skal komme videre i forståelsen af sammenhængen mellem klamydia og infertilitet – f.eks. ved anvendelse af allerede indsamlede prøver med henblik på bedre belysning af sammenhængen. Dette kan bedst finde sted i lande som Danmark, hvor vi har mulighed for at følge personer ved hjælp af CPR-numre.

**KORRESPONDANCE:** Berit Andersen, Afdeling for Folkeundersøgelser, Regionshospitalet Randers, Skovlyvej 1, 8930 Randers NØ. E-mail: berand@rm.dk

**ANTAGET:** 29. august 2012

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

#### LITTERATUR

- Andersen B, Olesen F, Møller JK et al. Population-based strategies for outreach screening of urogenital chlamydia trachomatis infections: a randomised controlled trial. *J Infect Dis* 2002;185:252-8.
- Andersen B, Østergaard L, Nygård B et al. Urogenital Chlamydia trachomatis infections in general practice: diagnosis, treatment, follow-up and contact tracing. *Fam Pract* 1998;15:223-8.
- Kærlighed uden klamydia. København: Sundhedsstyrelsen, 1995.
- Paavonen J. Chlamydia trachomatis infections of the female genital tract: state of the art. *Ann Med* 2012;44:18-28.
- Westrom L. Effect of acute pelvic inflammatory disease on fertility. *Am J Obstet Gynecol* 1975;121:707-13.
- Mardh PA, Ripa T, Svensson L et al. Chlamydia trachomatis infection in patients with acute salpingitis. *N Engl J Med* 1977;296:1377-9.
- Haggerty CL, Gottlieb SL, Taylor BD et al. Risk of sequelae after Chlamydia trachomatis genital infection in women. *J Infect Dis* 2010;201(suppl 2):S134-S155.
- Andersen B, van Valkengoed I, Sokolowski I et al. Impact of intensified testing for urogenital Chlamydia trachomatis infections: a randomised study with 9-year follow-up. *Sex Transm Infect* 2011;87:156-61.
- Risser WL, Risser JM. The incidence of pelvic inflammatory disease in untreated women infected with Chlamydia trachomatis: a structured review. *Int J STD AIDS* 2007;18:727-31.
- Scholes D, Stergachis A, Heidrich FE et al. Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydial infection. *N Engl J Med* 1996;334:1362-6.
- Østergaard L, Andersen B, Møller JK, Olesen F. Home sampling versus conventional swab sampling for screening of Chlamydia trachomatis in women: a cluster-randomized 1-year follow-up study. *Clin Infect Dis* 2000;31:951-7.
- Morre SA, van den Brule AJ, Rozendaal L et al. The natural course of asymptomatic Chlamydia trachomatis infections: 45% clearance and no development of clinical PID after one-year follow-up. *Int J STD AIDS* 2002;13(suppl 2):12-8.
- Oakeshott P, Kerry S, Aghaizu A et al. Randomised controlled trial of screening for Chlamydia trachomatis to prevent pelvic inflammatory disease: the POPI (prevention of pelvic infection) trial. *BMJ* 2010;340:c1642.
- Mol BW, Dijkman B, Wertheim P et al. The accuracy of serum chlamydial antibodies in the diagnosis of tubal pathology: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1997;67:1031-7.
- Fiddeleers AA, Land JA, Voss G et al. Cost-effectiveness of Chlamydia antibody tests in subfertile women. *Hum Reprod* 2005;20:425-32.
- Verkooyen RP, Peeters MF, van Rijsoort-Vos JH et al. Sensitivity and specificity of three new commercially available Chlamydia trachomatis tests. *Int J STD AIDS* 2002;13(suppl 2):23-5.
- Lyttikainen E, Kaasila M, Koskela P et al. Chlamydia trachomatis seroprevalence atlas of Finland 1983-2003. *Sex Transm Infect* 2008;84:19-22.
- Johnsen S, Andersen PL, Stanek G et al. Chlamydia antibody response in healthy volunteers immunized with nonchlamydial antigens: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Clin Infect Dis* 2003;36:586-91.
- Low N, Egger M, Sterne JA et al. Incidence of severe reproductive tract complications associated with diagnosed genital chlamydial infection: the Uppsala Women's Cohort Study. *Sex Transm Infect* 2006;82:212-8.
- Bakken IJ, Skjeldstad FE, Nordbo SA. Chlamydia trachomatis infections increase the risk for ectopic pregnancy: a population-based, nested case-control study. *Sex Transm Dis* 2007;34:166-9.
- Andersen B, Østergaard L, Puho E et al. Ectopic pregnancies and reproductive capacity after Chlamydia trachomatis positive and negative test results: a historical follow-up study. *Sex Transm Dis* 2005;32:377-81.
- Egger M, Low N, Smith GD et al. Screening for chlamydial infections and the risk of ectopic pregnancy in a county in Sweden: ecological analysis. *BMJ* 1998;316:1776-80.
- Kangas I, Andersen B, McCarrigle CA et al. A comparison of sexual behaviour and attitudes of healthy adolescents in a Danish high school in 1982, 1996, and 2001. *Popul Health Metr* 2004;23:5.
- Bender N, Herrmann B, Andersen B et al. Chlamydia infection, pelvic inflammatory disease, ectopic pregnancy and infertility: cross-national study. *Sex Transm Infect* 2011;87:601-8.

## Kræft og infertilitet

Kirsten Tryde Schmidt<sup>1</sup>, Anders Nyboe Andersen<sup>1</sup>, Anne Loft<sup>1</sup>, Erik Ernst<sup>2</sup> & Claus Yding Andersen<sup>3</sup>

Hvert år rammes ca. 2.300 danske mænd og kvinder under 40 år af kræft [1]. De hyppigste kræftformer i denne unge aldersgruppe er for mændenes vedkommende testikelkræft og for kvindernes vedkommende brystkræft, mens begge køn har høj forekomst af malignt melanom [1]. Derudover rammes årligt ca. 160 børn under 15 år af kræft, hyppigst akut leukæmi, hjernetumorer og lymfomer [1]. Heldigvis er fem-årsoverlevelsen for unge patienter med kræft steget markant gennem de seneste 3-4 årtier, men dette betyder dog også at flere langtidsoverlevende må indstille sig på en tilværelse med mulige alvorlige følgevirkninger af kræftbehandlingen. En af de alvorligere bivirkninger af kræftbehandling er infertilitet med for tidlig overgangsalder for kvindernes vedkommende

og azoo- eller oligozoospermi for mændenes vedkommende. Såvel piger som drenge, der bliver syge før puberteten, kan risikere aldrig at opnå spontan pubertet.

Formålet med denne statusartikel er at belyse risikoen for tab af ovarie- eller testikelfunktion ved kræftbehandling og at beskrive de forskellige muligheder for at bevare fertiliteten i forbindelse med kræftbehandling.

### RISIKO FOR TAB AF OVARIEFUNKTION EFTER KEMO- ELLER STRÅLETERAPI

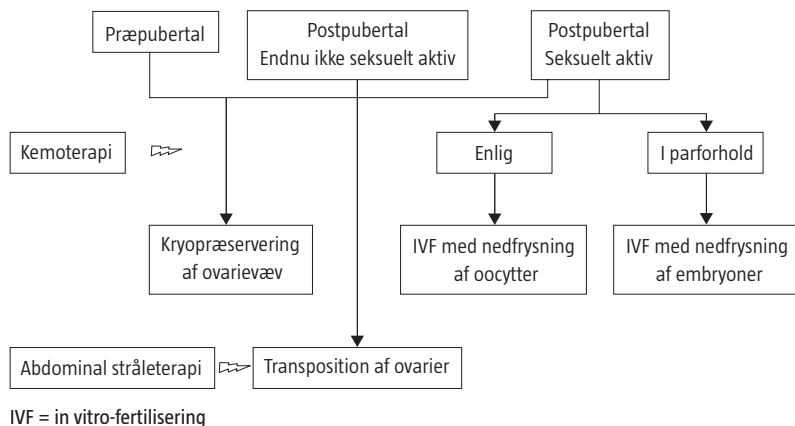
Kvinder fødes med omkring 2 mio. æg. Ægget, oocytten, er omkranset af granulosa-celler, og denne funktionelle enhed, folliklen, står for kvindens endogene

### STATUSARTIKEL

- Fertilitetsklinikken, Rigshospitalet
- Gynækologisk-obstetriske Afdeling, Aarhus Universitetshospital
- Reproduktionsbiologisk Laboratorium, Rigshospitalet

 FIGUR 1

Muligheder for bevarelse af fertilitet forud for kræftbehandling hos kvinder.



kønshormonproduktion og er basis for en normal menstruationscyklus. Når æggene er opbrugt, går kvinden i overgangsalder og kan ikke længere blive gravid. Kemoterapi har en negativ indflydelse på ovariefunktionen, idet æggene kan rammes og gå til grunde. Hvor mange æg, der mistes, afhænger af kvindens alder, hvilken kemoterapi der gives og i hvor stor dosis.

Yngre kvinder eller piger har gode muligheder for at undgå tab af alle æg, formodentlig fordi antallet af æg er større i det unge ovarium. Kemoterapi, eller antineoplastiske midler, inddeles i fem undergrupper: alkylende stoffer, antimetabolitter, antimittotika, topoisomerasehæmmere samt andre, og de har alle forskellige virkemekanismer. I studier har man påvist, at de alkylende stoffer har den største gonadotoksiske effekt hos både mænd og kvinder [2]. Da man i de fleste antineoplastiske protokoller i dag har inkluderet flere stoffer, kan det være svært at vurdere den skadelige effekt af hvert enkelt stof, men som hovedregel gælder, at ovariefunktionen påvirkes mest markant i forbindelse med protokoller, der indeholder alkylende stoffer.

Stråleterapi er meget skadelig for såvel det præ- som det postpubertale ovarium. En totaldosis på 20 Gy eller derover vil medføre tab af ovariefunktion hos næsten alle kvinder [3]. Kranial bestråling kan beskadige den hypotalamiske-hypofyseale akse og medføre nedsat fertilitet [4]. Patienter, der skal i behandling med knoglemarvs-transplantation, har en meget høj risiko for at få udslukt ovariefunktion på grund af den prækonditionerende behandling med højdosis kemoterapi og/eller helkropsbestråling [4].

## RISIKO FOR TESTIKULÆR DYSFUNKTION EFTER KEMO- ELLER STRÅLETERAPI

Kemoterapi kan medføre reversibel eller irreversibel skade på testiklerne. Det germinale epitel er mere følsomt over for kemoterapi end Leydigcellerne, hvorfor kemoterapi behandlede mænd hyppigere har oligo- eller azoospermi end nedsat testosteronproduktion. De alkylende stoffer mere skadelige for testiklerne end andre antineoplastiske midler, og de faktorer, der afgør graden af skade, er totaldosis, type af kemoterapeutikum og underliggende sygdom, idet visse kræftsygdomme såsom testikkelkræft og Hodgkins lymfom i sig selv medfører nedsat sædkvalitet [5]. Testiklerne er meget følsomme for strålebehandling, og doser over 4 Gy medfører permanent skade [6]. Permanent azoospermi ses ofte hos strålebehandlede mænd, idet spermatogonierne rammes [6].

## FERTILITETSBEVARENDE METODER HOS PIGER OG UNGE KVINDER

Der eksisterer flere metoder, hvormed man forud for selve behandlingen kan forsøge at bevare fertiliteten og/eller den endogene hormonproduktion hos kræftramte kvinder. Disse virker enten ved at beskytte ovariet mod kemoterapiens eller stråleterapiens skadelige virkninger, eller ved at man udtager æg eller ovarievæv mhp. nedfrysning. **Figur 1** giver et overblik over de forskellige muligheder og deres relevans for patienterne afhængigt af alder, den planlagte behandling og samlivsstatus.

Nedenfor beskrives de forskellige metoder.

### Hormonel suppression

Behandling med en gonadotropinfrisættende hormon-agonist under kemoterapi har i retrospektive studier tydet på en vis beskyttende effekt mod kemoterapiens skadelige virkninger, men rationalet er usikkert, mekanismen ukendt og nye randomiserede, prospektive studier har vist divergerende resultater [7, 8].

### Transposition af ovariet

Denne metode blev introduceret i 1950'erne for at beskytte ovariefunktionen hos unge kvinder med cervixcancer forud for stråleterapi i høje doser. Ovariet flyttes ud af strålefeltet, typisk op over hoftekammen, men vil dog oftest alligevel modtage »strålepild« fra det bestrålede felt, og dette kan bevirke, at en del af æggene alligevel går tabt [9].

### In vitro-fertilisering med henblik på nedfrysning af ubefrugtede eller befrugtede æg

Nedfrysning af befrugtede æg (embryoner) er en kendt behandling, der dagligt verden over tilbydes in-

fertile par, der er i behandling med in vitro-fertilisering (IVF) reagensglasbehandling. Dette kræver en hormonbehandling, der strækker sig over 2-3 uger, ægudtagning, befrugtning med partnerens sæd og nedfrysning af embryoner (kryopræserving). Efter optøning er graviditetsraten pr. ægoplægning 14-24% [10]. Denne metode kræver, at kvinden har en partner eller anvender donorsæd, og at der er tid nok fra kræftdiagnosen stilles, til kemoterapien påbegyndes. Hvis kvinden går i overgangsalder som følge af den behandling, hun har fået for sin kræftsygdom, kan hun senere henvende sig med henblik på oplægning af de kryopræservede/optøede embryoner.

Nedfrysning af ubefrugtede æg (oocytter) er en nyere metode, der først er blevet fuldt udviklet i de seneste år. Graviditetschancen pr. ægoplægning efter optøning og befrugtning af oocytter nærmer sig graviditetschancen efter oplægning af friske embryoner [11], og på Rigshospitalets, Odense Universitetshospitals og Aarhus Universitetshospitals fertilitets-klinikker er dette nu et tilbud til unge enlige kvinder med kræft.

#### Kryopræserving af ovarievæv

Kryopræserving af ovarievæv er en metode, der blev udviklet i 1990'erne [12] og blev introduceret i

Danmark for over ti år siden [13]. Det ene ovarium fjernes laparoskopisk, og cortex, som er sæde for over 90% af alle æg i ovariet, isoleres herefter og skæres i stykker af en vis størrelse med henblik på kryopræserving (**Figur 2**). Vævsstykkerne opbevares i flydende kvælstof ved  $-196\text{ }^{\circ}\text{C}$  og kan på kvindens foranledning optøs og lægges tilbage, såfremt hun er gået i overgangsalder som en bivirkning af kræftbehandlingen. Der er i Danmark nedfrosset ovarievæv fra over 550 piger og unge kvinder med en malign lidelse, og 18 kvinder har fået lagt væv tilbage [14]. Ovariefunktionen er vendt tilbage hos alle disse kvinder i form af endogen kønshormonsekretion, menstruation og udvikling af modne follikler, hvilket har kunnet konstateres ved ultralydskanning ca. 20 uger efter tilbagelægningen. Vævsstykkerne lægges typisk tilbage i det tilbageblevne ovarium, men andre steder kan også anvendes, såsom forreste bugvæg, i en peritoneal-lomme på det fjernede ovariums plads eller subkutan i lysken.

Mht. fertiliteten har fem kvinder i alt opnået otte graviditeter efter tilbagelægning af det optøede væv, og dette har resulteret i fire fødsler hos to kvinder, en spontan abort i uge syv, en provokeret abort [15] og to biokemiske graviditeter. Det er individuelt, hvor længe det tilbagelagte væv er funktionsdygtigt;



FIGUR 2



**A.** Ovarium efter udtagning **B.** Det isolerede cortex 1-2 mm. **C.** Små stykker cortextvæv. **D.** Cortextstykkerne anbringes individuelt i Nunc-rør, der indeholder en kryoprotektant.

hos en patient har været nu været funktionelt i syv år og fire måneder, mens det hos en anden patient kun var funktionsdygtigt i seks måneder [14]. På verdensplan har Danmark den største erfaring med denne metode.

## FERTILITETSBEVARENDE METODER HOS MÆND

### Kryopræserving af sæd

Kryopræserving af sæd forud for behandling med kemo- eller stråleterapi er en udbredt, simpel og forholdsvis billig metode til bevarelse af fertiliteten hos mænd med kræft. Manden vil blive tilbudt at deponere flere portioner sæd forud for behandlingen, afhængigt af sædkvaliteten og tiden til behandlingsstart. Sæden bliver nedfrosset i strå og opbevaret i flydende kvælstof. Mænd med en tidligere kræftdiagnose har gode muligheder for senere at blive fædre, enten ved hjælp af egen, frisk sæd eller ved hjælp af den kryopræservede sæd [16]. Etablering af graviditet med anvendelse af optøet sæd kræver dog ofte, at parret gennemgår behandling med insemination, IVF eller mikroinsemination [16].

Kryopræserving af sæd hos teenagere kræver, at de er i stand til at producere en sædprøve ved masturbation. Den nedre aldersgrænse for dette er individuel, men studier har vist, at ved et testikulært volumen på over 5 ml er det muligt at producere en sædprøve [17]. For unge, præpubertale drenge er dette således ikke en mulighed.

### Kryopræserving af testikelvæv

Hos unge drenge, der endnu ikke er i stand til at producere en sædprøve, eksisterer der på nuværende tidspunkt ikke andre former for fertilitetsbevaring. Dyreforsøg hos mus med nedfrysning af testikelvæv har indtil videre vist lovende resultater efter optøning og tilbagelægning af det nedfrosne væv [18]. Men dette er stadig eksperimentelt, og kryopræserving af testikelvæv tilbydes ikke som standardbehandling i Danmark, men der er udviklet egnede protokoller til nedfrysning af testisvæv [19].

## VIGTIGHED AF AT DISKUTERE FERTILITET MED UNGE KRÆFTPATIENTER

Studier har vist, at det er vigtigt at tale med kræft-ramte patienter om risikoen for infertilitet. Det at have drøftet infertilitetsrisikoen med en kompetent fagperson og eventuelt at have fået en form for fertilitetsbevaring er for patienten en faktor, der væsentligt øger livskvaliteten [20]. For børns vedkommende er det selvsagt vigtigt at tale om emnet i et sprog, der afpasses barnets alder, og at forældrene er til stede under samtalen.

## KONKLUSION

Patienter, der skal i behandling for en kræftsygdom, har i dag gode overlevelsesmuligheder, men risikerer at miste deres gonadefunktion som følge af behandlingen. Der eksisterer forskellige muligheder for at bevare fertiliteten, og hvilken der vælges, afhænger af risikoen for at tabe gonadefunktionen, patientens alder, typen af kemoterapeutika, dosis, total stråledosis og strålefelt i tilfælde af stråleterapi, samt hvor hurtigt behandlingen skal initieres. Ved visse former for kræft kan man benytte en behandling, hvor der kun er ringe risiko for at påvirke fertiliteten, og i disse tilfælde kan man tillade sig at være afventende, mens man ved andre kræftformer er nødt til at benytte meget intensive behandlingsregimer, såsom knoglemarvstransplantation, hvilket med meget stor sandsynlighed vil medføre udslettet gonadefunktion. Disse patienter bør tilbydes fertilitetsbevarende behandling hvis overhovedet muligt.

**KORRESPONDANCE:** Kirsten Tryde Schmidt, Fertilitetsklinikken, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. E-mail: kirsten.tryde.schmidt@rh.regionh.dk

**ANTAGET:** 3. juli 2012

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Cancerregisteret, 2010. <http://www.sst.dk/Udgivelser/2011/Cancerregisteret%202010.aspx> (31. maj 2012).
2. Meirou D. Reproduction post-chemotherapy in young cancer patients. *Mol Cell Endocrinol* 2000;169:123-31.
3. Lushbaugh CC, Casarett GW. The effects of gonadal irradiation in clinical radiation therapy: a review. *Cancer* 1976;37:1111-20.
4. Schmidt KT, Larsen EC, Andersen CY et al. Risk of ovarian failure and fertility preserving methods in girls and adolescents with a malignant disease. *BJOG* 2010;117:163-74.
5. Hendry WF, Stedronska J, Jones CR et al. Semen analysis in testicular cancer and Hodgkin's disease: pre- and post-treatment findings and implications for cryopreservation. *Br J Urol* 1983;55:769-73.
6. Wallace WHB, Anderson RA, Irvine DS. Fertility preservation for young patients with cancer: who is at risk and what can be offered? *Lancet Oncol* 2005;6:209-18.
7. Gerber B, von Minckwitz G, Stehle H et al. Effect of luteinizing hormone-releasing hormone agonist on ovarian function after modern adjuvant breast cancer chemotherapy: the GBG 37 ZORO Study. *J Clin Oncol* 2011;29:2334-41.
8. Del Mastro L, Boni L, Michelotti A et al. Effect of the gonadotropin-releasing hormone analogue triptorelin on the occurrence of chemotherapy-induced early menopause in premenopausal women with breast cancer. *JAMA* 2011;306:269-76.
9. Wo JY, Viswanathan AN. Impact of radiotherapy on fertility, pregnancy, and neonatal outcomes in female cancer patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2009;73:1304-12.
10. de Mouzon J, Goossens V, Bhattacharya S et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2006: results generated from European registers by ESHRE. *Hum Reprod* 2010;25:1851-62.



## FAKTABOKS

Unge kvinder og mænd, der skal i behandling for en kræftsygdom, risikerer at miste ovarie- og testikelfunktionen som følge af behandlingen.

Mænd kan deponere deres sæd forud for kemo- eller stråleterapi, men for præpubertale drenge er dette ikke en mulighed.

For piger og kvinder eksisterer der flere muligheder for at bevare fertiliteten. In vitro-fertilisering med henblik på nedfrysning af æg (befrugtede eller ubefrugtede) eller nedfrysning af ovarievæv er metoder, der kan give chance for graviditet efter behandling.

- Cobo A, Diaz C. Clinical application of oocyte vitrification: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Fertil Steril* 2011;96:277-85.
- Newton H, Aubard Y, Rutherford A et al. Low temperature storage and grafting of human ovarian tissue. *Hum Reprod* 1996;11:1487-91.
- Andersen CY, Byskov AG, Andersen AN. Kryopræserving af humant ovarievæv: Metoder til nedfrysning og terapeutisk anvendelsen. *Ugeskr Læger* 2001;163:5007-13.
- Greve T, Schmidt KT, Kristensen SG et al. Evaluation of the ovarian reserve in women transplanted with frozen and thawed ovarian cortical tissue. *Fertil Steril* 2012;97:1394-8.
- Greve T, Ernst E, Markholt S et al. Legal termination of a pregnancy resulting from transplanted cryopreserved ovarian tissue. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 2010;89:1589-91.
- Schmidt KT, Larsen E, Bangsbøll S et al. Assisted reproduction in male cancer survivors: fertility treatment and outcome in 67 couples. *Hum Reprod* 2004;19:2806-10.
- Hagenäs I, Jørgensen N, Reznitzer C et al. Clinical and biochemical correlates of successful semen collection for cryopreservation from 12-18-year-old patients: a single-center study of 86 adolescents. *Hum Reprod* 2010;25:2031-8.
- Frederickx V, Micic A, Goosens E et al. Recovery, survival and functional evaluation by transplantation of frozen-thawed mouse germ cells. *Hum Reprod* 2004;19:948-53.
- Kvist K, Thorup J, Byskov AG et al. Cryopreservation of intact testicular tissue from boys with cryptorchidism. *Hum Reprod* 2006;21:484-91.
- Letourneau JM, Ebbel EE, Katz PP et al. Pretreatment fertility counselling and fertility preservation improve quality of life in reproductive age women with cancer. *Cancer* 2012;118:1710-7.

## Psykosociale følger af infertilitet og fertilitetsbehandling

Lone Schmidt & Camilla Sandal Sejbæk

Langt de fleste yngre voksne ønsker at blive forældre, og færre end 5% har besluttet, at de ikke vil have børn [1]. De par, der forsøger at få børn og undervejs finder ud af, at de er infertile, vil ofte opleve en eksistentiel livskrise. De kan således blive i tvivl om selve meningen med livet og om deres egen eksistens her på jorden. Infertilitet er en særlig livsbegivenhed i den forstand, at det infertile par ikke mister noget allerede kendt, men mister forestillingerne om, hvordan deres fremtidige liv vil forme sig. De mister også muligheden for at skifte generation ved selv at blive forældre og dermed gøre deres egne forældre til bedsteforældre. Endnu et kendetegn ved infertilitet er, at det er en reproduktiv sygdom, der oftest udspiller sig i et parforhold. Ved fertilitetsbehandling er det således parret som en enhed, der er patienten. Ud over behandling af heteroseksuelle par gennemgår et stigende antal enlige kvinder og lesbiske par fertilitetsbehandling primært med anvendelse af donorsæd, men nogle af disse kvinder har også forringet frugtbarhed. Denne statusartikel omhandler udelukkende infertilitet blandt heteroseksuelle par.

Igennem de seneste 10-15 år er der både fra Danmark og internationalt publiceret en omfattende forskning af ofte høj kvalitet om de psykosociale følger af infertilitet og fertilitetsbehandling. Hovedparten af denne forskning baseres på infertile par, der har søgt fertilitetsbehandling. Kun et mindretal af studierne er baseret på longitudinelle, prospektive forløbsundersøgelser med gentagne selvrapporterede målinger af niveauet af centrale psykosociale faktorer som f.eks. stress, depressive symptomer, angst og bekymring, social støtte samt mestringsstrategier. Det danske kohortestudie under The Copenhagen Multi-centre

Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme [2] med 2.250 fertilitetspatienter, der er fulgt igennem ti år, er det største af disse forløbsstudier.

### STRESSBELASTNING UNDER FERTILITETSBEHANDLING

Infertilitet og fertilitetsbehandling er lavkontrolstressorer, hvor det infertile par selv kan gøre relativt lidt for at løse fertilitetsproblemet [3]. Det er samtidig kroniske stressorer, der udvikler sig langsomt over tid

### STATUSARTIKEL

Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet



Infertilitet er forbundet med stress og øget risiko for udvikling af depressive symptomer.