



Mammakarzinom und Schwangerschaft

Dr. med. Rachel Würstlein, Geschäftsführende Oberärztin Brustzentrum, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Universität München und CCC München, LMU München

Bedingt durch die heutige Lebensplanung und den späten Zeitpunkt der ersten Schwangerschaft, liegt die Inzidenz eines Mammakarzinoms in der Schwangerschaft bei 1:3000-10000.

Dabei sprechen wir von schwangerschaftsassoziertem Mammakarzinom, wenn die Brustkrebserkrankung in die Zeit der Schwangerschaft und bis ein Jahr danach bzw. in die laufende Stillzeit fällt.

Diese Konstellation stellt die betroffene Frau, ihre Familie und das medizinische Behandlungsteam vor große Herausforderungen. Daher ist die Betreuung und Behandlung in einem dafür spezialisierten Brustzentrum in Kombination mit Perinatalzentrum eine Voraussetzung für eine optimale Beratung, Diagnostik und Therapie von Mutter und Kind.

Häufig ist die Diagnosestellung, bedingt durch die physiologischen Brustveränderungen in der Schwangerschaft, verzögert. Durch höhere Tumorstadien und (altersbedingt) eher aggressive Tumortypen wirkt sich die verzögerte Diagnosestellung – im Vergleich zu nicht-schwangeren Erkrankten – negativ auf die Prognose aus.

Bezogen auf ähnliche Parameter bei Alter, Tumorgöße und Tumortyp wissen wir, dass Schwangerschaft an sich kein Prognose verschlechternder Faktor ist. Die aktuelle Literatur zeigt sogar für Schwangerschaften nach einer abgeschlossenen Mammakarzinomerkrankung bessere Überlebensdaten (sog. healthy mother effect).

Um hier weitere Erkenntnisse zu erlangen, sollte jede schwangere Mammakarzinompatientin in das Register der GBG BCP (Breast Cancer in Pregnancy) eingeschlossen werden (www.gbg.de).

Überblickend bestimmen die Schwangerschaftswoche, das Tumorstadium und der Tumorsubtyp die weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Darüber hinaus spielt der Wunsch der betroffenen Frau, die Schwangerschaft fortzuführen oder eben abzubrechen eine große Rolle – zu berücksichtigen ist hierbei, dass diese Schwangerschaft oft (alters- und therapiebedingt) die einzige Chance auf ein eigenes Kind darstellt. Daher ist eine intensive Beratung mit den betreuenden Onkologinnen/Onkologen und Geburtshelferinnen/Geburtshelfern im Brustzentrum die Grundlage für ein individuelles Behandlungskonzept. Immer eingebunden werden müssen zudem die/der betreuende Frauenärztin/Frauenarzt, sowie später die Hebamme, das neonatologische und pädiatrische Team und die/der weiterbetreuende Kinderärztin/Kinderarzt und darüber hinaus eine

kontinuierliche Betreuung durch die Psychoonkologinnen/Psychoonkologen des Zentrums. Ein/e feste/fester Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Brustzentrum sowie in der Geburtshilfe ist in dieser Konstellation besonders wichtig.

Wird die Schwangerschaft fortgeführt, so sollte nach heutigem Wissensstand die Schwangerschaft so weit wie möglich in Terminnähe gebracht werden, um eine zusätzliche Morbidität/Frühgeburtlichkeit beim Kind zu vermeiden. Eine frühzeitige Beendigung der Schwangerschaft verbessert nicht die Prognose der Mutter. Risiken für das Kind bestehen durch die Therapien (z. B. Hämatotoxizität, Caradiotoxizität), das höhere Risiko für SGA (*Small for Gestational Age*) und Frühgeburt und damit neonatologische Intensivmedizin. Bisher gibt es keinen Nachweis für relevante Spätfolgen.

Abklärungsbedürftige Befunde müssen auch in der Schwangerschaft einer spezialisierten Diagnostik zugeführt werden. Die Diagnosestellung Mammakarzinom erfolgt nach entsprechender Bildgebung (Sonografie und Mammografie) per Biopsie. Radiologische Staginguntersuchungen sollten bedarfsadaptiert durchgeführt werden.

Außer im ersten Schwangerschaftstrimenon sind sowohl Brustoperation (auch mit Sentinelmarkierung) und Chemotherapie (insbesondere Anthracycline, Taxane und je nach Risikosituation auch Platin) möglich; nicht indiziert in der Schwangerschaft sind Bestrahlung, antihormonelle Therapie sowie HER2 gerichtete Therapie.

Nach Ende der Schwangerschaft sollte eine komplette Re-Evaluation inklusive Mammabildgebung, Staging und ggf. genetische Beratung angeschlossen werden und die Therapie (lokal wie systemisch) leitliniengerecht fortgeführt werden. Daher muss in der Regel abgestellt werden.

Die wichtigsten Informationen zur Koinzidenz Mammakarzinom/Schwangerschaft hat die Kommission Mamma in der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V. (AGO) in den Empfehlungen Mammakarzinom, Kapitel Besondere Situation Schwangerschaft, zusammengestellt (www.ago-online.de). Die Empfehlungen der BCY-Kommission (breast cancer in young women, ESO-ESMO, www.eso.net) werden jeweils nach den zweijährlich stattfindenden internationalen Konferenzen publiziert.

Höchste Expertise ist nötig, wenn die Diagnose einer Schwangerschaft bei einer metastasierten Mammakarzinompatientin gestellt wird.

Häufig stellen sich Frauen nach Mammakarzinomerkrankung zur Beratung bzgl. einer geplanten Schwangerschaft vor. Hier muss das komplette Behandlungskonzept inklusive der adäquaten adjuvanten endokrinen Therapie geprüft werden, um eine Abschätzung der Prognose (ggf. auch bei Unterbrechung der antihormonellen Therapie) bezogen auf die Lebensplanung der Ratsuchenden zu geben.

Voraussetzung für eine Schwangerschaft nach Mammakarzinom ist eine frühe Beratung im Rahmen von Fertiprotekt (www.fertiprotekt.de) bei der Erstdiagnose des Mammakarzinoms und vor dem ersten Behandlungsschritt. Dies spielt eine enorme auch psychologisch wichtige Rolle im Bewältigungsprozess für die erkrankte Frau.

Die Rolle der Ovarprotektion auch für eine spätere Schwangerschaft ist ein wichtiges Thema bei der Aufklärung v. a. über die Systemtherapie.

Das Stillen nach einer Mammakarzinomerkrankung ist mit entsprechender Laktationsberatung möglich.

5.553 Zeichen

Den besten Überblick über die diagnostischen und therapeutischen Optionen bei Mammakarzinom in der Schwangerschaft durch die Erstautorin Frau Professor S. Loibl finden Sie unter:

JAMA Oncol, 2015 Nov; 1(8):1145-53. doi: 10.1001/jamaoncol.2015.2413.

Breast Cancer Diagnosed During Pregnancy: Adapting Recent Advances in Breast Cancer Care for Pregnant Patients.

Loibl S1, Schmidt A2, Gentilini O3, Kaufman B4, Kuhl C5, Denkert C6, von Minckwitz G7, Parokonnaya A8, Stensheim H9, Thomssen C10, van Calsteren K11, Poortmans P12, Berveiller P13, Markert UR2, Amant F14.

Weiterführende Literatur:

Kapitel: Mammakarzinome und Schwangerschaft

R. Würstlein, B. Löhrs, D. Grab, M. Burgmann, C. Kern, S. Keim, M. Niemeyer

In: Mammakarzinome. Manual Tumorzentrum München (Hrsg.). 2017 München Zuckschwerdt Verlag. S. 290-301.

Kontakt:

Dr. med. Rachel Würstlein

Geschäftsführende Oberärztin

Brustzentrum der Universität München

Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,

CCC München, LMU München

Standorte Großhadern und Maistrasse-Innenstadt

Marchioninistr. 15

81377 München

Tel.: +49 (0) 8944 007 7581

E-Mail: rachel.wuerstlein@med.uni-muenchen.de

Internet: www.lmu-brustzentrum.de