Das Mammakarzinom in der Schwangerschaft

E.		Maroni
F.		Angst

Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung, Bezirksspital March-Höfe, Lachen, Schweiz

PD Dr. E. Maroni, Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung, Bezirksspital March-Höfe, CH-8853 Lachen (Schweiz)

Obwohl das Mammakarzinom die häufigste Karzinomerkkrankung der Frau darstellt, ist die Koinzidenz von Schwangerschaft und Brustkrebs relativ selten. Nur 1–3% der Mammakarzinome werden während der Schwangerschaft oder der Stillzeit diagnostiziert, oder, anders ausgedrückt, nur 3 von 10 000 schwangeren Frauen leiden an einem Mammakarzinom. Wir hatten kürzlich die Gelegenheit, ein grosses Mammakarzinom in der Schwangerschaft zu diagnostizieren und zu behandeln. Es handelt sich um eine 38jährige III.-Para, II[-]-Gravida mit einem anaplastischen Karzinom der linken Brust, Stadium T3a N1b MO, mit einem mittleren Tumordurchmesser von 9 cm. Seit der 16. Woche fiel der Patientin der linksseitige Brustknoten auf, sie verschwieg diesen jedoch gegenüber ihrem erstbetreuenden Arzt in der Annahme einer schwangerschaftsbedingten Veränderung. Die Diagnose wurde nach Arztwechsel in der 28. Woche gestellt, gleich danach erfolgte die Ablatio mammae links mit axillärer Ausräumung. Zwei Lymphknoten wiesen Metastasen auf. Die Östrogen- und Progesteronrezeptoren waren negativ. Trotz peroraler Tokolyse erfolgte ein vorzeitiger Blasensprung in der 37. Woche mit Spontangeburt eines gesunden Mädchens. Die Mutter wurde primär mit Parlodel abgestillt, 2 Wochen post partum wurde eine zytostatische Therapie mit LMF eingeleitet. Die Patientin befindet sich zur Zeit im 3. Behandlungszyklus, sie ist zur Zeit symptomfrei. Das Mammakarzinom in der Schwangerschaft ist einer Reihe von Einflüssen ausgesetzt, die dazu beitragen können, das Tumorwachstum und die Metastasierung zu beschleunigen. Die Durchblutung und der Lymphdurchfluss der Brustregion nehmen bedeutend zu, der hormonabhängige Tumor wird einem massiven Östrogenanstieg ausgesetzt und die Zunahme der freien Kortikosteroide bedingt eine geringgradig verminderte zelluläre Ab-

Das Mammakarzinom in der Schwangerschaft

85

wehr. Die subklinische Entwicklung eines Brustkrebses dauert durchschnittlich 8 Jahre. Damit muss man annehmen, dass ein bis zu 8 und mehr Jahren nach einer Geburt diagnostiziertes Mammakarzinom schwangerschaftsbedingten Einflüssen ausgesetzt gewesen ist. Auch erhebliche Brustveränderungen werden von den Patientinnen als schwangerschaftsbedingt gedeutet. Radiodiagnostische Massnahmen werden in der Schwangerschaft nur zögernd durchgeführt, die Interpretation der Mammographie ist erschwert. Die Diagnosestellung erfolgt bis zu 8 Monate später als bei nicht-schwangeren Frauen. Die Folge davon ist eine höhere Inzidenz von Lymphknotenmetastasen. Die chirurgische Therapie sollte sich nicht von derjenigen bei prämenopausalen nichtschwangeren Frauen unterscheiden. Die Spontangeburt soll abgewartet und die Patientin primär abgestillt werden. Zwei Wochen post partum kann bei Nachweis von 1–3 tumorpositiven Lymphknoten mit einer Chemotherapie, z.B. CMF oder LMF,

begonnen werden. Verschiedene Autoren zeigten, dass eine Interruptio die Prognose nicht ändert.

Die Prognose des Mammakarzinoms in der Schwangerschaft und Stillzeit bei gleichen Tumorstadien ist nur geringgradig schlechter als bei nichtschwangeren Frauen [Peters, 1968]. Sie ist jedoch allgemein schlechter, weil Diagnose und Behandlung in der Regel später erfolgen. Mit diesem Beitrag möchten wir auch darauf hinweisen, dass eine Brustuntersuchung nicht nur bei der ersten Schwangerschaftskontrolle, sondern auch in regelmässigen Abständen bis zur Geburt wiederholt werden sollte.

Literatur

Peters

V.: The effect of pregnancy in breast cancer; in Forrest

Kunkler

Prognostic factors in breast cancer

pp. 65–80 (Livingstone

Edinburgh 1968).