

TUMORBOARD

Onkologie aus multidisziplinärer Sicht

Zeitschrift für Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Erkrankungen

**Metastasiertes Mammakarzinom in der Schwangerschaft mit
fulminantem Verlauf – Ein Fallbericht**

Mayer-Pickel K, Benedicic C, Pristauz G, Lang U

Tamussino K, Petru E

Tumorboard 2014; 3 (1), 13-15

Homepage:

www.kup.at/tumorboard

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

TUMORBOARD e-Abo **kostenlos**

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals Tumorboard und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals Tumorboard. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Tumorboard

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

Metastasiertes Mammakarzinom in der Schwangerschaft mit fulminantem Verlauf – Ein Fallbericht

K. Mayer-Pickel, C. Benedicic, G. Pristauz, U. Lang, K. Tamussino, E. Petru

Zusammenfassung: Wir behandelten eine 35-jährige Patientin mit bilateralem muzinösem, multizentrischem, primär metastasiertem Mammakarzinom, welches erstmals in der Schwangerschaft diagnostiziert wurde. Eine durchgeführte Stanzbiopsie ergab ein niedrig differenziertes Triple-negatives Mammakarzinom. Die Staging-Untersuchungen zeigten Lungen- und Wirbelkörpermetastasen. Eine anthrazyklinhaltige Chemo-

therapie wurde begonnen und aufgrund einer lokalen Progression auf Docetaxel umgestellt. Aufgrund weiterer Progression und dem Verdacht auf Wirbelkörperfraktur wurde nach abgeschlossener Lungenreife die Schwangerschaft in der 28. Schwangerschaftswoche vorzeitig beendet und die Patientin von einem gesunden Mädchen entbunden. Postpartal wurde eine Radiatio der Wirbelsäule durchgeführt. Chemotherapieversuche

mit Capecitabin und Paclitaxel mussten aufgrund Unverträglichkeit bzw. allergischer Reaktion wieder abgesetzt werden. Unter Vinorelbin, Bevacizumab und schließlich PEG-liposomalem Doxorubicin kam es zu einer weiteren Tumorprogression. Die Patientin verstarb schließlich 88 Tage *post partum* bzw. 5 Monate nach Diagnosestellung.

Tumorboard 2014; 3 (1): 13–5.

■ Fallbericht

Eine 35-jährige Zweitgravida stellte sich im Juni 2012 wegen selbst getasteter Knoten in beiden Brüsten vor. Die Patientin befand sich in der 21. Schwangerschaftswoche, die erste Schwangerschaft und Geburt 2006 waren komplikationslos. In der Familienanamnese gab es keine Fälle von Mammader Ovarialkarzinom.

In beiden Brüsten tastete man derbe, ca. 4 cm große Knoten, axillär tastete man beidseits suspekt vergrößerte Lymphknoten (Abb. 1). Die Schnellschnittuntersuchungen von Stanzbiopsien an beiden Brüsten zeigten ein niedrig differenziertes, invasives Mammakarzinom beidseits. Der endgültige histologische Befund zeigte ein bilaterales, niedrig differenziertes, muzinöses, multizentrisches Mammakarzinom, Triple-negativ.

Bei der Untersuchung fiel zusätzlich eine ausgeprägte Ruhedyspnoe auf und die Patientin gab einen rezidivierenden Husten seit Februar 2012 an. Eine antibiotische Therapie aufgrund einer diagnostizierten Chlamydienpneumonie wurde bereits im Vorfeld durchgeführt. Ein Thoraxröntgen (Abb. 2) wurde veranlasst und wegen des hochgradigen Verdachts auf Lungenmetastasen eine Bronchoskopie durchgeführt. Diese zeigte eine Fremdgewebsinfiltration ab dem rechten Hauptbronchus nach distal, proximal übergreifend auf die Trachea. Eine Biopsie bestätigte die Verdachtsdiagnose. Zusätzlich wurde eine paraneoplastische Muskelvenenthrombose am linken Unterschenkel diagnostiziert und eine therapeutische Heparinisierung begonnen.

Ein interdisziplinäres Tumorboard empfahl eine palliative primäre anthrazyklinhaltige Chemotherapie sowie eine Prolongation der Schwangerschaft bis zur 32. Schwangerschaftswoche.

Regelmäßige Ultraschallkontrollen zeigten einen normosomen Feten mit unauffälliger Fruchtwassermenge und unauf-

fälligem Doppler. Eine Chemotherapie mit Adriamycin/Cyclophosphamid 60/600 mg/m² wurde begonnen. Die Patientin wurde kurz nach dem ersten Zyklus neuerlich vorstellig wegen progredienter Dyspnoe sowie zunehmender Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule. Ein durchgeführtes Thoraxröntgen zeigte eine Zunahme des vorbestehenden Pleuraergusses. Computertomographisch wurde eine 8 mm große Pleuraläsion rechts sowie eine mediastinale Lymphadenopathie festgestellt. Ein MR der Wirbelsäule zeigte zusätzlich eine Infiltration von BWK-11 und LWK-4 (Abb. 3). Eine Lungenreife mit 2 x 12 mg Betamethason sowie regelmäßige CTG- und Dopplerkontrollen wurden durchgeführt.

Aufgrund einer ausgeprägten Tumorprogression in beiden Brüsten wurde die Therapie auf Docetaxel umgestellt. Starke Schmerzen sowie schließlich der Verdacht auf eine Wirbelkörperfraktur waren der Grund für eine elektive Sectio bereits in der 28. Schwangerschaftswoche. Das Mädchen hatte ein Gewicht von 866 g sowie unauffällige APGAR- und Nabelschnur-pH-Werte. Die Patientin wurde am 9. postpartalen Tag nach Hause entlassen. Die Plazentahistologie zeigte keine Absiedelungen.

Es wurde nun mit einer palliativen Bestrahlung der Wirbelsäule begonnen und die Chemotherapie auf Capecitabin umgestellt, welches jedoch aufgrund massiver Übelkeit und Er-

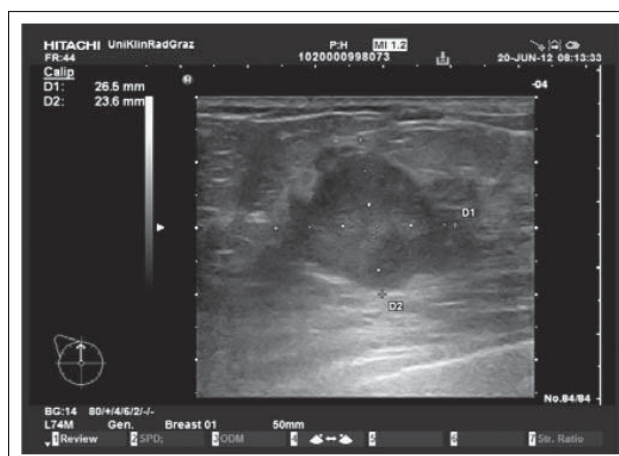


Abbildung 1: Suspekter Knoten der linken Brust in der Mammasonographie

Aus der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Graz

Korrespondenzadresse: Dr. Karoline Mayer-Pickel, Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Graz, A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 14, E-mail: karoline.pickel@medunigraz.at

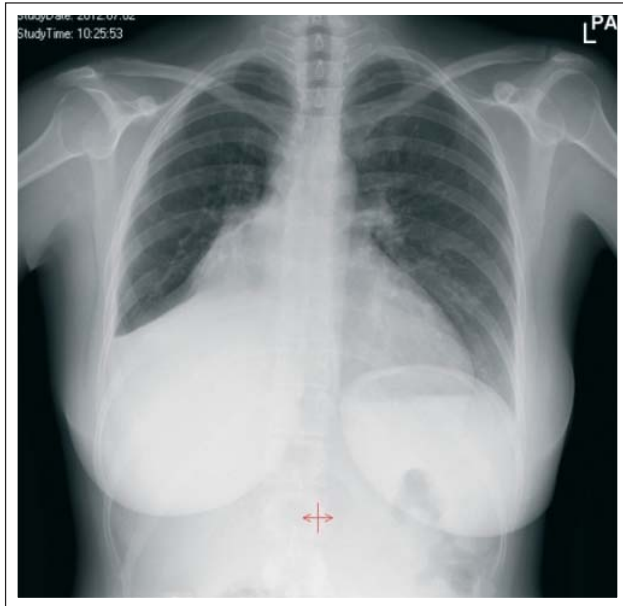


Abbildung 2: Basaler Pleuraerguß rechts



Abbildung 3: Wirbelkörpermetastase BWK-10, 11, 12 und LWK-4, dargestellt in der seitlichen Röntgenaufnahme

brechen pausiert wurde. Auf eine Chemotherapie mit Paclitaxel reagierte die Patientin mit einer allergischen Reaktion, weswegen auch von dieser Therapie Abstand genommen werden musste.

Schließlich wurde auf eine Chemotherapie mit Vinorelbin 25 mg/m² und Bevacizumab umgestellt. Eine Strahlenoesophagitis sowie eine Gingivostomatitis verzögerten die weiteren Zyklen, weiters wurden Lebermetastasen neu diagnostiziert. Auch unter dieser Therapie kam es zu einer raschen Tumorphysion, weswegen ein Versuch mit PEG-liposomalem Doxorubicin 20 mg/m² gestartet wurde.

Es kam zu einer zunehmenden Verschlechterung des Allgemeinzustandes und die Patientin verstarb 88 Tage *post partum* bzw. 5 Monate nach Diagnosestellung.

■ Hintergrund

Das Mammakarzinom ist neben dem Zervixkarzinom und dem malignen Melanom mit einer Inzidenz von 1 : 3000–10.000 Schwangerschaften, mit steigender Tendenz, das häufigste Malignom in der Schwangerschaft [1]. 1 % aller Mammakarzinome treten in der Schwangerschaft auf. In der Literatur gibt es kontroverse Meinungen bezüglich des Einflusses der Schwangerschaft auf die Prognose. Eine rezente Arbeit zeigte keinen Unterschied hinsichtlich der mütterlichen Prognose zwischen Mammakarzinomen in und außerhalb der Schwangerschaft. Faktoren für eine schlechtere Prognose sind hauptsächlich spät erkannte Mammakarzinome und eine verzögerte bzw. modifizierte Behandlung [2].

Die Diagnose ist in der Schwangerschaft durch die physiologischen, zum Teil nodulären Veränderungen der Brust erschwert. Aufgrund dessen und der generell zurückhaltenden Diagnostik werden Mammakarzinome in der Schwangerschaft oft spät entdeckt.

Die Behandlung ist abhängig von den Charakteristika des Tumors sowie von der Dauer der Schwangerschaft. Eine brusterhaltende Operation sowie Mastektomie ist bereits im 1. Trimenon möglich, ebenso auch eine Sentinel-node-Biopsie, wobei hierbei Technetium verwendet werden sollte. Antihormonelle Therapie, Trastuzumab und die Bestrahlung sollten erst postpartal durchgeführt werden.

Eine Chemotherapie ist im 1. Trimenon kontraindiziert. Das Risiko an Malformationen liegt im 1. Trimenon noch bei 10–20 % und sinkt auf 1,3 % im 3. Trimenon [3]. Die Dosierungen entsprechen jenen außerhalb der Schwangerschaft. Anthrazyklinhaltige Chemotherapeutika sind die erste Wahl in der Schwangerschaft. Taxane wie Docetaxel oder Paclitaxel können nach Abschluss der Organogenese (abgeschlossenes 1. Trimenon) verabreicht werden [4]. Trastuzumab ist mit dem Auftreten eines Oligo- bis Anhydramnion assoziiert [5]. Eine erhöhte Rate an Frühgeburten bei Chemotherapie in der Schwangerschaft, sowie das Auftreten einer intrauterinen Wachstumsretardierung wurden in der Literatur beschrieben [6, 7].

Hinsichtlich des „long-term“-Outcome der Kinder gibt es in der Literatur nur fragmentarische Daten. Beschriebene Entwicklungsverzögerungen sind eher durch die Frühgeburtlichkeit zu erklären [8].

Die Schwangerschaft sollte in einem Tertiärzentrum in enger Kollaboration mit Geburtshelfern, Onkologen und Neonatologen betreut werden. Regelmäßige Biometrien, sowie Kontrollen des Fruchtwassers und des Dopplers sollten gemacht werden. Die Schwangerschaft sollte für ein optimales neonatales Outcome so lange wie möglich prolongiert werden, da eine vorzeitige Entbindung die neonatale Morbidität und Mortalität erhöht. Nichtsdestotrotz muss jede Patientin mit Mammakarzinom individuell betreut werden. Zum Teil ist auch eine vorzeitige Entbindung aus maternaler Indikation, wie unser Fall gezeigt hat, notwendig.

Literatur:

1. Pentheroudakis G, Orecchia R, Hoekstra HJ, et al. Cancer, Fertility and pregnancy: ESMO Clinical practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2010; 21: v266–73.
2. Amant F, von Minckwitz G, Han SN, et al. Prognosis of women with primary breast cancer diagnosed during pregnancy: Results from an international collaborative study. *J Clin Oncol* 2013; 31: 2532–9.
3. Ring AF, Smith IE, Jones A, et al. Chemotherapy for breast cancer during pregnancy: an 18 year experience from five London teaching hospitals. *J Clin Oncol* 2005; 23: 4192–7.
4. Gajjar K, Martin-Hirsch PL, Martin FL. Treatment of breast cancer during pregnancy. *Lancet Oncol* 2012; 13: 460.
5. Bader AA, Schlembach D, Tamussino KF, Pristauz G, Petru E. Anhydramnios associated with administration of trastuzumab and paclitaxel for metastatic breast cancer during pregnancy. *Lancet Oncol* 2007; 8: 79–81.
6. Loibl S, Han SN, von Minckwitz G. Treatment of breast cancer during pregnancy: an observational study. *Lancet Oncol* 2012; 13: 887–96.
7. Massey Skatulla J, Loibl S, Schauf B, Müller T. Preeclampsia following chemotherapy for breast cancer during pregnancy: case report and review of the literature. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 286: 89–92.
8. Amant F, Van Calsteren K, Halaska MJ, et al. Long-term cognitive and cardiac outcomes after prenatal exposure to chemotherapy in children aged 18 months or older: An observational study. *Lancet Oncol* 2012; 13: 256–64.

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung