

TUMORBOARD

Onkologie aus multidisziplinärer Sicht

Zeitschrift für Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Erkrankungen



Metastasiertes Magenkarzinom in der Schwangerschaft – ein Fallbericht

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

Tumorboard 2014; 3 (1), 19-20

Homepage:

www.kup.at/tumorboard

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

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

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 Magenkarzinom in der Schwangerschaft – ein Fallbericht

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

Zusammenfassung: Wir berichten von einer 26-jährigen Patientin, bei der in der 20. Schwangerschaftswoche ein Krukenberg-Tumor des rechten Ovars, ausgehend von einem Adenokarzinom des Magens, festgestellt wurde. Nach 2 Zyklen einer Polychemotherapie nach dem FLP-Schema

(5-FU, Leukovorin, Cisplatin) wurde nach verabreicherter Lungenreife die Schwangerschaft vorzeitig in der 34. Schwangerschaftswoche *per sectionem* beendet und die Frau von einem gesunden Knabe entbunden. Aufgrund der Tumorprogression wurde die Chemotherapie auf das Folfiri-Sche-

ma (Leukovorin, 5-FU, Irinotecan) und schließlich auf Docetaxel umgestellt. Die Patientin verstarb 5 Monate *post partum* bzw. 9 Monate nach Diagnosestellung.

Tumorboard 2014; 3 (1): 19–20

■ Fallbericht

Eine 26-jährige Drittgravida wurde erstmals in der 10. Schwangerschaftswoche wegen Hyperemesis gravidarum vorstellig. Die vorherigen Schwangerschaften 2006 und 2008 verliefen komplikationslos. Eine familiäre Karzinombelastung lag nicht vor. Bei Aufnahme wurde eine intakte Frühschwangerschaft diagnostiziert. Im Labor zeigten sich ein erhöhtes CRP von 108,7 mg/l (-8,0 mg/l), sowie diskret erhöhte Leberparameter (AST 44 U/l und ALT 54 U/l).

Aufgrund zunehmender Oberbauchschmerzen wurde eine Abdomen-Sonographie durchgeführt. Im weiteren Verlauf zeigte sich zudem Hämatemesis und es wurde die klinische Verdachtsdiagnose eines Mallory-Weiss-Syndroms gestellt. Die Patientin erhielt Protonenpumpenhemmer (Esomeprazol), woraufhin es zu einer deutlichen Beschwerdebesserung kam. Aufgrund der raschen Besserung und Sistieren der Hämatemesis wurde auf eine Gastroskopie vorerst verzichtet. Ein durchgeführter Scheidenabstrich zeigte eine Besiedelung mit *Gardnerella vaginalis*. Eine antibiotische Therapie mit Metronidazol wurde eingeleitet.

Die Patientin wurde in der 20. Schwangerschaftswoche wegen starken rechtsseitig betonten Unterbauchschmerzen wieder vorstellig. Ein suszepter Harnwegsinfekt wurde antibiotisch behandelt. Im Aufnahmelaor zeigte sich erneut ein erhöhtes CRP von 159,5 mg/l (-8,0 mg/l).

Aufgrund der progredienten und therapieresistenten Schmerzen wurde ein Oberbauch- und Becken-MR durchgeführt (Abb. 1a und b). Dieses zeigte eine große zystische Expansion im rechten Ober- und Mittelbauch mit einem Maximaldurchmesser von ca. 14 cm, hochgradig verdächtig auf ein Zystadenokarzinom der rechten Adnexe. Zusätzlich wurden Aszites im Oberbauch und Becken und eine aufgetriebene Appendix beschrieben. Aufgrund der ausgeprägten Symptomatik sowie des MR-Befundes wurde eine Adnexektomie, Appendektomie sowie eine Aszitesentnahme per medianer Unterbauchlaparotomie durchgeführt. Intraoperativ zeigte sich der Oberbauch inspektorisch und palpatorisch unauffällig. Der histologische und immunhistochemische Befund ergab eine Metastase eines

muzinösen bzw. siegelringzelligen Adenokarzinoms vom gastrointestinalen Typ (Abb. 2a und b). Auch die Appendix war karzinomatös infiltriert.

Um die Diagnose zu verifizieren, wurde eine Gastroskopie durchgeführt. Eine polypoide Läsion mit Exulzeration nahm fast das ganze Lumen des Magens ein, eine Biopsie wurde durchgeführt. Eine histologische und immunhistochemische Untersuchung sprach für ein primäres, wenig differenziertes Adenokarzinom des Magens mit negativem HER-2/neu-Status (Abb. 3a und b).

Im Rahmen eines interdisziplinären Tumorboards wurde eine Chemotherapie nach dem FLP-Schema (5-FU, Leukovorin, Cisplatin) empfohlen, beginnend in der 24. Schwangerschaftswoche, im 3-wöchigen Abstand. Regelmäßige Ultraschallkontrollen zeigten einen normosomen Feten mit unauffälliger Fruchtwassermenge und unauffälligem Doppler. Eine Lungenreife mit 2 × 12 mg Betamethason wurde durchgeführt und die Schwangerschaft in der 34+0 Schwangerschaftswoche vorzeitig *per sectionem* beendet. Im Rahmen der Sectio zeigten sich neoplastische Auflagerungen am Omentum majus und an der Leberoberfläche. Der Knabe hatte ein Geburtsgewicht von 2000 g und unauffällige APGAR- sowie Nabelschnur-pH-Werte. Die Plazentahistologie zeigte keine Absiedelungen. Die Patientin konnte am 9. Tag *post sectionem* nach Hause entlassen werden, der Knabe am 15. Lebenstag.

Nach 2 Chemotherapiezyklen wurde computertomographisch eine Progression im Becken diagnostiziert, woraufhin eine palliative Chemotherapie nach dem Folfiri-Schema (Leukovorin, 5-FU, Irinotecan) vereinbart wurde. Rezidivierende Infekte und schließlich eine Pneumonie verzögerten jedoch den geplanten ersten Zyklus. Die Patientin wurde in den folgen-

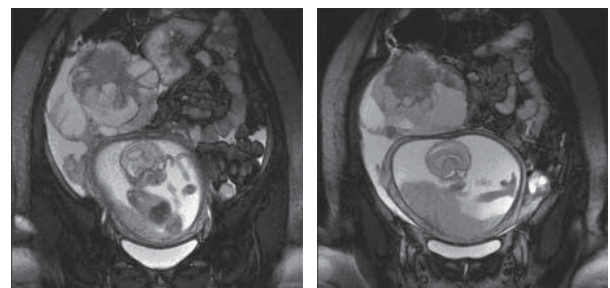


Abbildung 1a und 1b: Großer expansiver Prozess im rechten Unterbauch in der 20. Schwangerschaftswoche

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

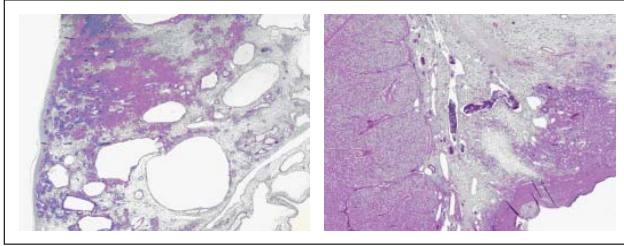


Abbildung 2a und 2b: Krukenberg-Tumor des rechten Ovars, ausgehend von einem niedrig differenzierten Adenokarzinom

den Wochen immer wieder aufgrund starker Schmerzen im Epigastrium sowie Erbrechen vorstellig. Weitere Chemotherapiezyklen waren aufgrund des stark reduzierten Allgemeinzustandes der Patientin nicht möglich.

Aufgrund einer weiteren Tumorprogression wurde schließlich doch noch eine palliative Monochemotherapie mit Docetaxel begonnen, es kam jedoch weiterhin zu einer drastischen Verschlechterung des Allgemeinzustandes und die Patientin verstarb 5 Monate *post partum* bzw. 9 Monate nach Diagnosestellung.

Hintergrund

Die Diagnose eines Magenkarzinoms in der Schwangerschaft kann erschwert sein, da die Frühsymptome eines Magenkarzinoms mit den „typischen“ Schwangerschaftsbeschwerden leicht verwechselt werden können. Das Intervall zwischen Frühsymptomen und Diagnosestellung außerhalb der Schwangerschaft beträgt üblicherweise 6 Monate, bei Schwangerschaft kann sich dieses Intervall verlängern.

80–93 % der Krukenberg-Tumore gehen von einem primären Magenkarzinom aus. Meist kommen sie bei postmenopausalen Frauen vor. Die Koinzidenz mit einer Schwangerschaft wird in der Literatur mit 3,9 % beschrieben [1–3]. Jaspers et al. zeigten in ihrer Arbeit, dass in 29 % der Fälle ein Krukenberg-Tumor vor der Diagnose des Magenkarzinoms entdeckt wird [4]. In 2 Fällen wurde ein Krukenberg-Tumor bei unbekanntem Primum diagnostiziert [4, 5].

Das Management des Magenkarzinoms in der Schwangerschaft ist abhängig vom Stadium des Tumors sowie vom Gestationsalter. Eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft vor der Lebensfähigkeit des Feten ist bei sehr ausgeprägten Befunden indiziert [6]. Aufgrund des protektiven Einflusses der Schwangerschaft kann auch bei Krukenberg-Tumoren die Schwangerschaft prolongiert werden [7].

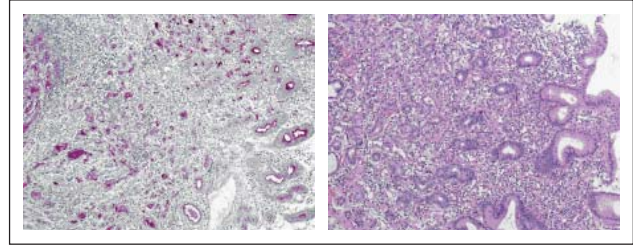


Abbildung 3a und 3b: Niedrig differenziertes Adenokarzinom des Magens

Die Chemotherapieschemata entsprechen denen außerhalb der Schwangerschaft, im Falle eines positiven HER/2-neu-Status kann Trastuzumab verabreicht werden.

Das maternale Outcome ist äußerst ungünstig. Nur 0,6 % der Patientinnen überleben nach der Schwangerschaft 1 Jahr [3, 5]. Das neonatale Outcome ist bedeutend besser, mit einer Überlebensrate von 72 %, nach der 30. Schwangerschaftswoche sogar 88 % [5]. In der Literatur sind bisher 2 Fälle von placentaren Metastasen beschrieben, wobei immer nur der intervillöse Raum betroffen war, nicht die Villi selbst [8, 9]. Fetale Metastasen wurden in der Literatur bisher nicht beschrieben.

Ob eine frühe Diagnose mittels Gastroskopie und Biopsie das maternale Outcome wesentlich beeinflussen kann, ist unklar. Dennoch sollte bei therapieresistenten gastrointestinalen Beschwerden bzw. einer auffälligen Eigen- und/oder Familienanamnese auch an die Möglichkeit eines Magenkarzinoms gedacht werden.

Literatur:

- Holtz F, Hart WR. Krukenberg tumor of the ovary: A clinicopathologic analysis of 27 cases. *Cancer* 1982; 50: 2438–47.
- Yakushiji M, Tazaki T, Nishimura H, Kato T. Krukenberg tumors of the ovary: a clinicopathologic analysis of 112 cases. *Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi* 1987; 39: 479–85.
- Diddle AW. Krukenberg tumors: Diagnostic problems. *Cancer* 1955; 8: 1026–34.
- Jaspers VK, Gillessen A, Quakernack A. Gastric cancer in pregnancy: Do pregnancy, age or female sex alter the prognosis? Case reports and review. *Eur J Obstet Gynecol* 1999; 87: 13–22.
- Fox LP, Stamm WJ. Krukenberg tumor complicating pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1965; 92: 702–10.
- Tamussino K, Scholl W, Reich O, Winter R. Gastric carcinoma presenting as a Krukenberg tumour in the 24th week of gestation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995; 62: 251–2.
- Connor TB, Ganis F, Levin H, Miogon C, Martin L. Gonadotropin dependent Krukenberg tumor during pregnancy. *J Clin Endocrinol* 1968; 28: 198–214.
- Senge J. Sekundäre Carcinosis der Plazenta bei primärem Magenkarzinom. *Beitr Path Anat* 1912; 53: 532–49.
- Bender S. Placental metastases in malignant disease complicated by pregnancy. *Br Med J* 1950; 30: 980–1.

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