

## Schwangerschaft nach Behandlung eines Mammakarzinoms?

T. Nadler S. Handstein

### Hintergrund

Mammakarzinome sind die häufigste Krebsart von Frauen – ca. 1/4 aller Krebsfälle insgesamt (Robert Koch Institut und Deutsches Krebsforschungsinstitut). Jede zehnte Betroffene ist jünger als 45 Jahre, eine Vielzahl sogar unter 35 Jahre. Ein Großteil der Betroffenen hat zu diesem Zeitpunkt die Familienplanung noch nicht abgeschlossen. Damit stellt die Erkrankung an sich und mit ihr die erforderlichen Therapien zusätzlich auch einen Einschnitt in

die gewünschte Fortpflanzung dar. Häufig wurde bislang eine Schwangerschaft nach Therapieende ausgeschlossen.

In den letzten Jahren fand jedoch ein Paradigmenwechsel über den Eintritt einer Schwangerschaft nach der Mammakarzinombehandlung statt (Ein Baby nach der Chemo, Allianz gegen Brustkrebs). So erklärte zum Beispiel Prof. Dr. Klaus Friese (München) 2012 „Wir wissen heute, dass Frauen, die nach therapiertem Brustkrebs schwanger werden, keine schlechtere Überlebensrate haben als Frauen, die danach nicht schwanger werden“ (Effects of Pregnancy after Treatment for Breast Carcinoma on Survival and Risk of Recurrence). „Das Risiko wieder Krebs zu bekommen ist durch eine Schwangerschaft nicht erhöht“ (Prognostic Tole of

Pregnancy Occurring Before or After Treatment of Early Breast Cancer Patients Aged < 35 Years).

### Fallbericht

Wir berichten von einer 34-jährigen Patientin – bis zum Zeitpunkt der Erstdiagnose (2008) ohne Gravidität, aber mit bestehendem Kinderwunsch. Mittels Ablatio mammae wurde ein invasives multifokales Mammakarzinom der linken Brust (Gesamtausdehnung der Tumorkomplexe > 2 cm bis maximal 5 cm messend) vollständig im Gesunden entfernt. Histologisch: gering differenziertes, vorwiegend szirrhöses wachsendes solides und stellenweise angedeutet adenoides invasiv duktales Mammakarzinom mit zum Teil lobulärem Wachstumsmuster ohne Lymphknotenbefall, jedoch mit nachgewiesenem Einbruch in Lymphspalten mit positivem Östrogenrezeptor (IRS 8 > 80 %), negativem Progesteronrezeptor (0) und HER-2/neu-Status negativ (Score 0)

■ initiale Tumorformel: pT2(m) N0 M0 L1 V0 chir. R0 G3, M-Klassifikation: 8500/3, (ICD-10 C50.8.).

Im Rahmen des interdisziplinären Tumorboards wurden die adjuvante systemische Therapie mit Zytostatika sowie die antihormonelle Therapie als auch die Bestrahlung der Thoraxwand empfohlen.

Es folgten eine Chemotherapie mit sechs Zyklen FEC (Fluorouracil, Epirubicin, Cyclophosphamide), eine Bestrahlung mit GD 50,4 Gy und die antihormonelle Therapie mit Tamoxifen 20 mg und GnRH-Analoga. Die Therapiemaßnahmen wurden von der Patientin gut toleriert. Fortbestehend zeigte sich ein Lymphödem des linken Armes.

Im März 2010 wurde eine Sekundärrekonstruktion der linken Brust mittels mikrochirurgisch-anastomosiertem Gewebetransplantat vom Unterbauch durch DIEP-Lappen (deep inferior epigastric perforator-flap) durchgeführt (siehe Abb. 1 bis 4). In der histologischen Aufarbeitung der im Rahmen der Rekonstruktionsoperation resezierten Ablationnarbe wurde eine Karzinose eines invasiv duktales

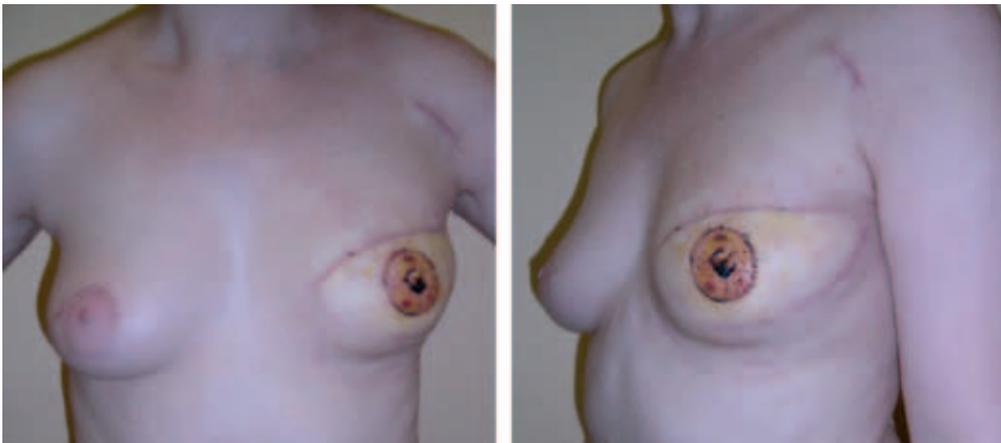


Abb. 1 und 2: DIEP-Lappen links nach Mamillen-Areolen-Rekonstruktion © Städtisches Klinikum Görlitz



Abb. 3 und 4: Rekonstruktionsergebnis 1 Jahr postoperativ

© Städtisches Klinikum Görlitz

Adenokarzinoms im Sinne eines Lokalrezidivs nachgewiesen. Es erfolgte eine Nachresektion ohne histo-pathologischen Nachweis von weiteren Malignomzellen, sodass von einer vollständigen Entfernung ausgegangen werden konnte.

Eine empfohlene lokale Radiatio wurde von der Patientin abgelehnt. Die Fortführung einer antihormonellen Therapie war indiziert. Es folgten im Weiteren die regelmäßige Kontrollen und Nachsorgeuntersuchungen, welche unauffällig waren.

Ab August 2012 bestand ein dringender Kinderwunsch der Patientin. Sie setzte nach ca. 3,5 Jahren selbstständig die antihormonelle Therapie ab. Im Juni 2014 war die Patientin mit intakter Frühgravidität vorstellig und es wurde eine intensiverte Betreuung der Schwangerschaft in unserer Einrichtung eingeleitet. Am 26. Januar 2015 erfolgte die Entbindung eines gesunden Mädchens per Sectio nach Misgav-Ladach in der 38. Schwangerschaftswoche (3000 g, Apgar 9/10) mittels Zugang über die Bauchnarbe (Resektion des Spenderareals zur Brustrekonstruktion). Sowohl operativer Eingriff als auch der weitere Verlauf gestalteten sich komplikationslos. Die Patientin wurde abgestellt und die Entlassung von Mutter und Kind erfolgte am 5. postoperativen Tag in die Häuslichkeit.

Wir sind stolz, erleben zu dürfen, dass auch solch glückliche Momente nach einer Brustkrebsbehandlung möglich sind.

## Diskussion

Bei der Brustkrebsdiagnose im gebärfähigen Alter und dem Wunsch nach einem Kind ergibt sich oft ein Konflikt zwischen der bestmöglichen Behandlung des Tumorleidens und dem Wohlergehen von Müttern und Föten. Bei über 30-jährigen Frauen kann die Fertilität nach mehrjähriger Tamoxifen- und GnRH-Analoga-Therapie dauerhaft beeinträchtigt werden.

Für die Erfüllung ihres Kinderwunsches würden 30 % der Patientinnen sogar ein Abweichen von der Therapie und möglicherweise schlechteres Gesamtüberleben in Kauf nehmen! Diese Beobachtung unterstreicht, wie wichtig dieses Thema für junge Krebspatientinnen ist („Der Gynäkologe“, Band 48, Heft 4, April 2015).

Die aktuelle Studienlage von Fällen kindlicher Entwicklung bis 36 Monate nach Entbindung von Patientinnen nach Chemotherapie und Radiatio bestätigt die Möglichkeit zur Entbindung eines gesunden Kindes.

So stelle Dr. Frederic Amant (Cancer Treatment Should Not Be Delayed During Pregnancy, 2015) fest, dass Kinder, die pränatal einer Chemotherapie ausgesetzt waren, eine normale Entwicklung bis einschließlich des 36. Lebensmonats durchlebt haben. Auch nach Radiotherapie war der kardiale, neurophysiologische und der allegemeine Gesundheitszustand der Neugeborenen unauffällig („Chemo And Radiotherapy Safe For Fetus During Later Pregnancy, 2014, Dr. F. Amant)



Glückliche Familie nach einer schweren Mammakarzinomerkkrankung

© privat

Die Prognose hinsichtlich der Tumorerkrankung ist für die Patientinnen nach ausgetragener Schwangerschaft nicht schlechter als bei Patientinnen ohne Schwangerschaft.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:  
Dr. med. Torsten Nadler (Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe)  
Dr. med. Steffen Handstein (Klinik für Plastische, rekonstruktive und Brustchirurgie)  
Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH  
Girbigsdorfer Straße 1–3, 02828 Görlitz

Der Veröffentlichung im „Ärzteblatt Sachsen“ hat die Familie schriftlich zugestimmt.