

Ulrike Thomas
Dr. med.

Diagnostik und Therapie gynäkologischer Malignome in der Schwangerschaft- Erarbeitung eines systematischen Vorgehens

Geboren am 23.05.1969 in Mainz
Reifeprüfung am 02.05.1989 in Stuttgart
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom SS 1990 bis SS 1997
Physikum am 02.09.1992 an der Universität Heidelberg
Klinisches Studium in Heidelberg
Praktisches Jahr in Sinsheim
Staatsexamen am 13.05.1997 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Frauenheilkunde
Doktormutter: Frau Prof. Dr. med. E.-M. Grischke

In einem Zeitraum von 16 Jahren sind in der Universitätsfrauenklinik Heidelberg insgesamt 13 Patientinnen mit einem gynäkologischen Malignom bei gleichzeitig bestehender Schwangerschaft registriert.

Von den 13 Patientinnen hatten 7 ein Mammakarzinom, 2 ein Ovarialkarzinom und 4 ein Zervixkarzinom.

Die Stadienverteilung bei diesen Patientinnen ist für die einzelnen Tumorentitäten unterschiedlich.

Die Mammakarzinome wurden im Stadium I-III, die Zervixkarzinome im Stadium Ib-IV und die beiden Ovarialkarzinome im Stadium Ia und Ib diagnostiziert.

Bei 3 Patientinnen wurde die Diagnose im ersten Trimenon gestellt, bei weiteren 3 Patientinnen im zweiten Trimenon und bei sieben Patientinnen im dritten Trimenon.

Bei 2 Patientinnen wurde eine Interruptio aufgrund der Karzinomdiagnose durchgeführt, bei 11 Patientinnen wurde die Schwangerschaft durch eine Sectio caesarea beendet und eine Patientin konnte problemlos vaginal in Form einer Spontangeburt entbunden werden.

Aus der Gruppe Mamma-Ca und Schwangerschaft sind 3 Patientinnen im Beobachtungszeitraum verstorben.

Zwei der verstorbenen Patientinnen hatten ein Mammakarzinom im fortgeschrittenem Stadium (III) mit Lymphknotenmetastasierung.

Eine dieser beiden Patientinnen wurde unter Berücksichtigung der Schwangerschaft in der 20 SSW. teilbestrahlt, da ein Interruptio (Diagnose in der 11SSW.) von der Patientin abgelehnt worden war.

Die Bestrahlung hatte keinen negativen Einfluß auf das Kind.

Bei allen Patientinnen wurde erst die Schwangerschaft beendet bevor mit einer Chemotherapie begonnen wurde.

7 der 13 Patientinnen wurden trotz Schwangerschaft operativ versorgt, sowohl der operative Eingriff als auch die Narkose hatte keinen negativen Einfluß auf den Fetus.

Von den 12 Kindern hatte nur ein Kind bei Geburt Probleme, aber auch dieses Kind entwickelte sich zu Hause laut Aussage der Eltern völlig normal.

Die Vorgehensweise bei unseren Patientinnen entspricht den Therapieschemata, die in der Literatur beschrieben werden.

Auch eine Behandlung mit Chemotherapie der schwangeren Patientin lehnt man inzwischen nicht mehr rigoros ab, man muß jedoch immer noch den Einsatz dieser Medikamente vom Alter der Schwangerschaft abhängig machen und vom Nutzen dieser Therapiemöglichkeit. Das Risiko kindlicher Fehlbildungen im ersten Trimenon ist sehr hoch.

Abschließend kann daher gesagt werden, daß eine bestehende Schwangerschaft keinen negativen Einfluß auf die Prognose der Karzinomkrankung hat.

Wie auch in der Literatur beschrieben, scheint auch in unserer Studie die Ausdehnung des Tumors primär für das Überleben junger Malignompatientinnen verantwortlich zu sein und nicht die Tatsache einer gleichzeitigen Schwangerschaft.

Durch eine bestehende Schwangerschaft, insbesondere bei den gynäkologischen Malignomen kann es jedoch zu einer verzögerten Diagnosefindung kommen. Dies ist möglicherweise eine Erklärung für den weiteren prognostisch eher ungünstigen Verlauf der Malignome in der Schwangerschaft, da durch die verzögerte Diagnosestellung doch eine fortgeschrittenere Tumorerkrankung vorliegt.

Aufgrund der geringen Patientinnenzahlen in unserer Untersuchung konnten hier nur Tendenzen und Fragen aufgezeigt werden.

Zur sicheren Beurteilung des Zusammenhangs von Malignomen in der Schwangerschaft und ihrer Therapie sind sicherlich Untersuchungen mit größeren Fallzahlen wünschenswert. Wegen der Seltenheit der Kombination eines gynäkologischen Malignoms und einer gleichzeitig bestehenden Schwangerschaft wären hier Multicenterstudien oder die Analyse der entsprechenden Fälle aus einem Krebsregister sinnvoll. Ein derartiges Krebsregister wurde beispielsweise in der ehemaligen DDR geführt, Ziel einer derartigen Einrichtung wäre die Erfassung der Art der Erkrankung, des Alters der Patientin, des Diagnosezeitpunktes, der gewählten Therapie, des Schwangerschaftsverlaufes, der Geburt und des Zustandes des Kindes. Die Auflagen des Datenschutzgesetzes wären hierbei zu beachten.

Zu überlegen wäre die Zusammenarbeit mit anderen großen Zentren in europäischen Ländern bzw. weltweit, so daß ausreichend große und homogene Kollektive erfaßt werden können. Eine derartige Erfassung der Daten wäre sicherlich am sinnvollsten, aber auch am aufwendigsten und teuersten.

In den USA wurde ein ähnliches Projekt unter Mulvihill zur Erfassung der Daten von Patientinnen mit „Karzinom und Schwangerschaft“, begonnen.