

Neue ASCO-Leitlinie

Management von Krebserkrankungen während der Schwangerschaft

Die ASCO hat erstmals Leitlinien zum Management von Krebserkrankungen bei Schwangeren herausgegeben. Sie umfassen die Krebsdiagnose, Therapieoptionen sowie die gynäkologische Betreuung während der Schwangerschaft, der Geburt und Postpartum. Eine Auswahl der wichtigsten Empfehlungen.

Die Inzidenz einer Krebsdiagnose während der Schwangerschaft liegt bei etwa 1:1000 bis 1:2000. Es zeichnet sich jedoch eine Zunahme der Fälle ab – möglicherweise aufgrund des Anstiegs von Krebserkrankungen bei jüngeren Menschen sowie mehr Schwangerschaften in höherem Alter.

Die von der ASCO kürzlich veröffentlichten Leitlinien geben Empfehlungen für die medizinische Versorgung von an Krebs erkrankten Schwangeren. Dazu gehören das diagnostische Vorgehen, die Auswahl der bestmöglichen Therapie sowie zusätzlich erforderliche Massnahmen bei der gynäkologischen Versorgung und Geburtshilfe.

Das Expertenteam führte hierzu einen Literaturreview von 450 Studien durch. Die Evidenz beruht überwiegend auf Beobachtungsdaten, Fallserien und Fallberichten. Studien mit grösseren Kohorten sind selten, auch weil Schwangere von klinischen Studien zu Krebstherapien systematisch ausgeschlossen sind.

Psychologische und soziale Unterstützung

Für Schwangere stellt eine Krebserkrankung eine grosse psychische Herausforderung dar. Studien zeigen, dass die Belastung höher ist als bei einer Krebserkrankung ohne Schwangerschaft. Dies kann sowohl den Verlauf der Schwangerschaft (z.B. vorzeitige Wehen, spontaner Abort) als auch die spätere Entwicklung des Kindes negativ beeinflussen. Die Vermittlung einer psychosozialen Unterstützung kann der Patientin helfen, die emotionalen und praktischen Herausforderungen besser zu bewältigen. Für die Begleitung kommen Sozialarbeiter, eine Hebamme, Patientenbegleiter oder Psychologen in Frage. Allerdings gibt es nach Kenntnis der Experten bis jetzt noch keine speziell auf solche Fälle zugeschnittene Ausbildung.

Wenn es um schwerwiegende Entscheidungen geht, etwa über die Fortführung oder den Abbruch einer Schwangerschaft, sollten in komplexen Fällen Fachpersonen für medizinische und rechtliche Fragen beigezogen werden.

Breit aufgestelltes Team mit Fokus auf Patientin

Die Leitlinien betonen, dass ein multidisziplinärer und patientenzentrierter Ansatz die Voraussetzung für eine optimale Betreuung ist. Dafür müssen Fachpersonen wie Onkologen, Gynäkologen, Radiologen, Neonatologen, Hausärzte und Pflegefachkräfte eng zusammenarbeiten.

Bei Entscheidungen sollten die Autonomie und die informierte Zustimmung der Patientin oberste Priorität haben. Die Grundlage dafür ist eine umfassende Aufklärung der Patientin und ihrer Betreuungspersonen über den Nutzen und mögliche Risiken einer Behandlung – sowohl für die Mutter als auch für das Kind. Die Leitlinien empfehlen, dabei die mütterliche Gesundheit in den Vordergrund zu stellen, da davon auch das Überleben des Kindes abhängt. Dieser Aspekt sollte auch den Patientinnen vermittelt werden, besonders wenn der Fötus noch nicht lebensfähig ist.

Diagnostik mit ionisierender Strahlung

Bei Verdacht auf eine Krebserkrankung sind weitere diagnostische Abklärungen nötig. Viele der dafür eingesetzten bildgebenden Methoden beruhen auf ionisierender Strahlung (Röntgen, CT, PET-CT, Szintigraphie). In grossen Dosen kann dies die Entwicklung des Embryos oder Fötus im Mutterleib beeinträchtigen.

Die Leitlinien raten, diese Methoden nur einzusetzen, wenn sie klinisch notwendig sind, und dabei eine kumulative Belastung des Fötus von 100 mGY (Milligray) nicht zu überschreiten. Gemäss Beobachtungsstudien und Expertenkonsens bleiben die meisten diagnostischen Bildgebungen weit unter dieser Schwelle. So ermittelten Studien für eine Mammografie eine vernachlässigbare Strahlenbelastung von <0.03 mGY für den Fötus. Röntgenaufnahmen der oberen Körperhälfte und Gliedmassen resultieren in einem Wert von <0.01 mGY.

Höhere Strahlenbelastungen für den Fötus wurden dagegen beispielsweise bei Röntgenaufnahmen des Abdomens (0.1 bis 3 mGy) oder PET-CT Scans (10 bis 50 mGy) nach-

LINKTIPP



Zur Leitlinie «Management of Cancer During Pregnancy»

gewiesen. Die Empfehlung lautet, diese Methoden nur einzusetzen, wenn sie unumgänglich sind und keine Alternative (wie zum Beispiel Ultraschall oder MRT) in Frage kommt.

Der richtige Zeitpunkt für die Therapie

Der Literaturreview ermöglicht einen umfassenden Überblick über das derzeitige Wissen zum Effekt verschiedener Krebstherapien (Chemotherapie, Hormontherapie, Immuntherapie etc.) auf den Verlauf der Schwangerschaft und die Entwicklung des Fötus. Für die meisten Wirkstoffe liegen jedoch nur wenige Daten vor.

Gut belegt ist aber, dass eine Chemotherapie nicht im ersten Trimester durchgeführt werden sollte. In einer Kohorte von 755 schwangeren Frauen resultierte eine Chemotherapie vor der 12. Schwangerschaftswoche bei mehr als einem Fünftel in grösseren Fehlbildungen beim Kind. Der Grund dafür ist wohl, dass in diesem Zeitraum die Organogenese stattfindet. Bei einer Chemotherapie nach der 12. Woche kam es nur bei 3 Prozent zu Fehlbildungen, was in etwa der Rate in der generellen Bevölkerung entspricht.

Weitere Studien bestätigen dies: Bei einer Verabreichung im zweiten oder dritten Trimester der Schwangerschaft sind die meisten chemotherapeutischen Wirkstoffe nicht mit negativen Auswirkungen auf den Fötus assoziiert. Es gibt aber auch Ausnahmen: Auf Grund von teratogenen Eigenschaften sollte Methotrexat nicht in der Schwangerschaft verabreicht werden. Das Gleiche gilt für Idarubicin, das sich aufgrund seiner lipophilen Eigenschaften im Fötus akkumuliert, was zu Fehlbildungen oder Tod führen kann.

Ein ähnliches Bild präsentieren die Leitlinien auch für andere Behandlungsansätze wie Hormontherapie oder Immuntherapie: Von einigen ist aufgrund der verfügbaren Daten (oder aus Mangel an Evidenz) über den ganzen Verlauf der Schwangerschaft abzuraten, andere sind erst ab dem zweiten Trimester empfohlen. Einzige Ausnahme ist die Therapie mit Interferon-alpha bei chronischer myeloischer Leukämie (CML). Diese ist gemäss Studienlage auch schon im ersten Trimester unbedenklich, da Interferon-alpha aufgrund des hohen Molekulargewichts nur schwer in die Plazenta eindringen kann.

Besondere Massnahmen vor der Entbindung

Auch die gynäkologische Betreuung während Schwangerschaft und Geburt sollte in Abstimmung mit dem multidisziplinären Team erfolgen. Sofern es der Gesundheitszustand der Mutter und des Kindes zulässt, ist bei Schwangeren mit einer Krebserkrankung eine Entbindung in der 37. Schwangerschaftswoche oder später anzustreben. Wenn die Entbindung vor der 37. Woche notwendig ist, so kann eine einmalige Gabe von Kortikosteroiden die Lungenreifung des Fötus fördern.

Erhält die Patientin während der Schwangerschaft eine Krebstherapie, so empfiehlt sich, ab der 22. bis 24. Schwangerschaftswoche alle drei bis vier Wochen Ultraschallkontrollen durchzuführen, um eine fetale Wachstumsrestriktion frühzeitig zu erkennen. Bei einer Chemotherapie sollte die

Verabreichung der letzten Dosis zwei bis vier Wochen vor dem geplanten Geburtstermin erfolgen. Dies verringert das Risiko für eine Myelosuppression bei der Mutter und dem Neugeborenen. Wenn keine medizinischen Gründe dagegensprechen, so ist eine vaginale Entbindung zu bevorzugen. Eine Sectio ist nur in bestimmten Fällen angezeigt, etwa bei einem Zervix- oder Vulvakarzinom.

Postpartum-Empfehlungen für Mutter und Kind

Nach der Geburt kann bei der Mutter eine Thromboseprophylaxe mit niedermolekularem Heparin über einen Zeitraum von mindestens sechs Wochen erfolgen. Hierfür müssen jedoch individuell Nutzen und Risiken abgewogen werden.

Das Expertenteam empfiehlt, unmittelbar nach der Geburt eine histologische Untersuchung der Plazenta vorzunehmen. Wenn Metastasen vorhanden sind, so sollte ein Neonatologe für eine onkologische Nachsorge des Neugeborenen hinzugezogen werden. Ist während der Schwangerschaft eine Krebstherapie erfolgt, sollte ein Pädiater das Neugeborene auch auf etwaige dadurch ausgelöste Komplikationen überwachen, um diese möglichst früh zu erkennen und Gegenmassnahmen einzuleiten.

Nach der Entbindung ist die Weiterführung der Chemotherapie oder anderer Therapien zeitnah möglich (vaginale Geburt: wenige Tage, Sectio: ein bis zwei Wochen, je nach Wundheilung). Allerdings weisen die Richtlinien darauf hin, der Patientin während einer Chemotherapie, Hormontherapie oder zielgerichteter Therapie vom Stillen abzuraten. In dieser Situation kann es helfen, eine Beratung zu alternativen Ernährungsformen zu vermitteln.

Einfluss der Schwangerschaft auf Überleben

Von den in den Literaturreview eingeschlossenen Studien konzentrierten sich 37 auf die Prognose von Krebserkrankungen während der Schwangerschaft. Bei Mammakarzinomen mit modernem, multidisziplinärem Management gab es beispielsweise beim Gesamtüberleben und progressionsfreien Überleben keine wesentlichen Unterschiede zwischen Schwangeren und Nichtschwangeren. Bei Zervixkarzinomen lag die 5-Jahres-Überlebensrate mit über 70 Prozent im gleichen Bereich wie bei nicht schwangeren Frauen. Ähnliches gilt für weitere Krebsarten wie Darmkrebs, Melanoma, Glioma und endokrine Tumore.

Allerdings hängt die Prognose auch stark vom Zeitpunkt der Diagnose ab und in diesem Punkt sind Schwangere im Nachteil: Im Durchschnitt wird Krebs bei ihnen vier Wochen später diagnostiziert, was die Mortalität, Metastasenbildung und Rückfallquote erhöhen kann. Ein Grund für die späte Diagnose ist womöglich, dass typische Schwangerschaftsbeschwerden wie Übelkeit, Rückenschmerzen und Brustspannen mit den Symptomen einer Krebserkrankung überlappen. □

yv

Referenz:

Loren AW et al.: Management of Cancer During Pregnancy: ASCO Guideline. J Clin Oncol. 2025;44:200-251. doi: 10.1200/JCO-25-02115