Schwangere können Krebstherapie früh starten

Werdende Mütter erhalten zum Schutz des Kindes nur ein Minimum an Therapien. Wird ein neues Karzinom entdeckt, kann die Chemo- oder Radiotherapie aber nach dem 1. Trimester beginnen.

— In einer multizentrischen Fall-Kontroll-Studie wurden 129 Kinder beobachtet, bei deren Müttern während der Schwangerschaft erstmals ein Karzinom diagnostiziert wurde. Nach dem 1. Trimester erhielten 74,4% der Schwangeren eine Chemotherapie und 8,5% eine Radiotherapie. 10,1% wurden operiert, 1,6% erhielten andere Medikamente, 10,9% blieben ohne spezifische Therapie. Die Kinder wurden nach der Geburt im Mittel 22 Monate lang pädiatrisch, neurologisch, kardial und kognitiv untersucht. Als Kontrolle dienten Kinder gesunder Mütter, die im gleichen Gestationsalter entbunden wurden.

Bei den Nachuntersuchungen wurden im Vergleich zur Kontrollgruppe

keine signifikanten pathologischen Befunde erhoben: Geburtsgewicht und kognitive Entwicklung waren normal. Kardiale Veränderungen konnten per EKG und Echokardiografie ausgeschlossen werden – auch bei Kindern von Müttern mit Anthrazyklintherapie.

■ *Amant F et al. for the International Network on Cancer, Infertility, and Pregnancy (INCIP): Pediatric Outcome after Maternal Cancer Diagnosed during Pregnancy. N Engl J Med. 2015;373:1824–34*

KOMMENTAR

Bei der Verordnung von Medikamenten in der Schwangerschaft wird größte Zurückhaltung empfohlen und geübt, und das nicht nur bei Substanzen mit bekannter embryotoxischer und teratogener Wirkung. Bei strikter Anwendung müssten deshalb Chemo-

und Radiotherapie in der Schwangerschaft teils um Monate zurückgestellt werden. Eine onkologische Therapie wird erst nach der vulnerablen Phase der Organogenese begonnen, also erst ab dem 2. Trimester. In der vorliegenden und auch in anderen Studien zeigte sich unter diesen Voraussetzungen keine Zunahme von Missbildungen.

Die Erfahrungen mit der Therapie von Malignomen in der Schwangerschaft bleiben auch nach diesem Bericht begrenzt. Doch die Ergebnisse stimmen zuversichtlich. Sie könnten dazu beitragen, Schwangerschaftsabbrüche noch intensiver zu hinterfragen. Auch geben sie Sicherheit, wenn eine onkologische Therapie zeitgerecht, also ohne unnötige Verzögerungen eingeleitet werden soll. ■

Prof. Dr. med. H. Holzgreve

Am ganzen Körper finden sich Teleangiektasien

Eine 58-jährige Frau berichtete über intermittierende rektale Blutabgänge in den vergangenen sechs Wochen. Sie litt unter zunehmender Müdigkeit und Atemnot. Aus der früheren

Anamnese waren wiederholte Episoden von spontanem Nasenbluten bekannt, die nie richtig abgeklärt worden waren. Bei der körperlichen Untersuchung zeigten sich Teleangiektasien

sien an der Lippenschleimhaut (Abb. A) und am Nagelfalz (Abb. B). Im Gespräch stellte sich heraus, dass auch die Mutter häufig Nasenbluten hatte und bei ihr ähnliche Hautveränderungen bestanden. Im Labor zeigte sich eine ausgeprägte Eisenmangelanämie mit einem Hb von 8,1 g/dl und einem mittleren korpuskulären Volumen (MCV) von 72 fl. In der Koloskopie stellte man zahlreiche arteriovenöse Malformationen und Teleangiektasien fest (Abb. C). Pulmonale oder zerebrale Gefäßmalformationen fanden sich im Zuge der weiteren Abklärung nicht.

Anhand der klinischen Befunde stellte man die Diagnose einer hereditären hämorrhagischen Teleangiektasie, die auch als Osler-Weber-Rendu-Syndrom bekannt ist. Eine molekulargenetische Analyse ergab eine Genmutation im Endoglin-Gen bei der Patientin und ihrer Mutter. Damit war die molekulare Diagnose gesichert. ■

Prof. Dr. med. H. S. Fießl

Teleangiektasien an der Lippenschleimhaut (A), am Nagelfalz (B) und im Dickdarm (C).

■ *Pérez-Belmonte LM, Gomez-Moyano E (luismiguelpb@hotmail.com). Osler-Weber-Rendu-Syndrom. N Engl J Med. 2015;373:e15*