

Brystkreft og graviditet

Hans Petter Eikesdal

overlege dr. med.

Kreftavdelingen, Haukeland Universitetssjukehus

Kilder

- NBCG
 - i ferd med å legge ut behandlingsanbefalinger for gravide med brystkreft
 - v/Steinar Lundgren og Anna Sætersdal
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) guidelines
- DBCG guidelines
- Breast cancer in pregnancy, Amant et al, Lancet, 2012
- Cancer, fertility and pregnancy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, Ann Oncol, 2010
- Foredraget tar utgangspunkt i Steinar Lundgrens foredrag på Onkologisk forum 2014

Begreper

- Breast cancer during pregnancy (BCP)
- Pregnancy-associated breast cancer (PABC)
 - inkluderer også brystkreft inntil 1 år postpartum
- (Pregnancy after breast cancer)

Brystkreft i graviditeten - forekomst

- 1: 3000 graviditeter
 - dvs. obstetrikere som tar imot 250 barn i året må vente i 40 år på første tilfellet
 - Pavlidis, The Oncologist, 2002
- forventer økende forekomst pga. høyere alder ved graviditet i vestlige land i dag

Risikofaktorer

- de samme som hos ikke-gravide
- ikke økt insidens av brystkreft hos BRCA1/2 muterte under graviditet
- henvises til genetisk rådgivning grunnet debut av brystkreft i ung alder

Diagnose

- ofte forsinket diagnose
 - i gjennomsnitt forsinket 5-7 mndr.
 - 2.5x økt risk for stadium 4 sykdom v/diagnose
 - naturlig økt kjerteltetthet og vekst av brystet under graviditet
- lav terskel for trippeldiagnostikk
 - klinisk undersøkelse
 - mammografi 68% sensitivitet, ultralyd 93% sensitivitet
 - sylindربیopsi m/lokalbedøvelse OK
 - FNAC frarådes grunnet fysiologiske hyperproliferative effekter av hormoner i brystet
- 80% av tumores som oppdages under graviditet er benigne

Diagnostikk

- dersom nødvendig: rtg. thorax + UL abdomen
- MR kan gjøres
 - spesielle MR kontrastmidler for gravide
 - evt. MR av totalskjelett uten kontrast
- skjellettscintigrafi kan gjøres
 - blærekateter for å drenere radioaktivitet raskt fra blæren
- unngå for høye stråledoser (især CT) i 1. trimester
 - <0.1Gy (<10 rad) – ingen fosterskade
 - 0.1-0.15 Gy (10-15 rad) – økt risk
 - 2.5 Gy (250 rad) – misdannelser hos de fleste
 - >30 Gy (300 rad) – spontanabort
 - Pavlidis, The Oncologist, 2002

Karakteristika v/brystkreft under graviditet

- TNM:
 - større svulster enn hos ikke-gravide
 - 53-71% lymfeknutemetastaser axillært
- histologi:
 - 70-100% infiltrerende ductalt carcinom
 - 40-95% grad 3
 - 80% hormonreceptor negative
 - 42% HER2 positive
 - samme som hos like unge ikke-gravide; gj.snitts alder 33 år
 - ofte lymfovaskulær invasjon

Prognose

- samme prognose som hos ikke-gravide dersom samme TNM stadium og alder
 - graviditeten i seg selv stimulerer ikke økt tumorvekst
 - abort medfører ikke bedre prognose
- mister effekten av adjuvant kjemoterapi dersom den utsettes til etter fødsel

Prognose v/graviditet etter tidligere brystkreft

- samme prognose som dem som ikke har vært gravide
- stadium III anbefales at svangerskap utsettes 5 år etter gjennomført behandling
 - pga. høyere risk for tilbakefall uavhengig av graviditet
- stadium IV anbefales ikke svangerskap

Behandling

- kirurgi som hos ikke gravide, men;
 - ikke metylenblått/blåfarge v/sentinel node pga. anafylaksirisk hos mor
 - mastectomi og ALND dersom 1. trimester og dermed lang tid til adjuvant kjemoterapi
- adjuvant kjemoterapi som hos ikke-gravide, men;
 - ikke i 1. trimester, oppstart etter uke 14
- strålebehandling utsettes til etter fødsel
- terapeutisk abort i 1. trimester
 - dersom svært aggressiv sykdom der rask adjuvant kjemoterapi viktig
 - metastatisk sykdom med truende organsvikt

Cellegift under svangerskapet

- etter 1. trimester ikke assosiert med økt forekomst av misdannelser
 - men i studier finner man noe veksthemming hos fosteret, økt risk for intrauterin død, prematur fødsel, beinmargssuppresjon
 - mye lavere cellegiftdoser hos fosteret enn hos mor (bavianstudier)
- lite data på langtidseffekter av cellegift i fosterlivet
- FEC, FAC er trygt
- mindre data for taxaner (paclitaxel qW eller docetaxel q3w) og carboplatin
 - anbefales av noen eksperter, mens f.eks. DBCG anbefaler at taxaner om mulig utsettes til etter fødsel
- doseres etter aktuell body mass index (BMI) og/eller kreatinin clearance (dersom platinum)

Andre medikamenter i bruk ved brystkreftbehandling

- kontraindisert pga. misdannelser
 - trastuzumab (kraftig HER2 positivitet i nyreepitel i fosterlivet)
 - bisfosfonater
 - tamoxifen
- støttebehandling
 - G-CSF har vært forsøkt og ble tolerert vel
 - men ikke systematisk undersøkt
 - kvalmebehandling
 - generelt mindre kvalme hos gravide
 - ondansetron OK
 - Emend skal ikke brukes (ingen data)
 - steroider: bruk metylprednisolon eller hydrocortison
 - dexametason krysser placenta i for stor grad og kan gi misdannelser

Fødsel og amming

- ved 35-37 ukers graviditet
- minst 3 uker etter siste cellegiftdose
- undersøk placenta for metastaser
 - rapportert 14 pas. med metastaser til placenta, men ingen til foster
- kreftbehandling kan starte umiddelbart etter fødsel
 - 1 uke etter ukomplisert keisersnitt
- amming
 - kontraindisert under og de første ukene etter cellegiftbehandling
 - taxaner er lipofile og ansamles i melk...
 - hvis mulig utsettes til etter postop. strålebeh. er ferdig

Interessegrupper og kliniske studier

- European Society of Gynaecological Oncology (ESGO)
 - www.cancerinpregnancy.org
- German Breast Cancer Group
 - www.germanbreastgroup.de/pregnancy