

IL CARCINOMA MAMMARIO IN GRAVIDANZA

A cura del Dr. G. Antonini

RIASSUNTO

Questo capitolo tratta delle problematiche del carcinoma mammario in un particolare periodo della vita della donna.

Il carcinoma mammario rappresenta il tumore maligno più frequente nella donna in gravidanza e nel post-parto: ne colpisce infatti una ogni 3.000, con età media di 35 anni; se si considera l'aumento dell'età delle donne in gravidanza occorre attendersi un aumento del numero di donne con questa problematica.

L'aumento del volume delle ghiandole mammarie associato al turgore ghiandolare mammario durante la gravidanza e l'allattamento non contribuiscono certamente ad una precoce scoperta di tumefazioni in fase iniziale; è pertanto comprensibile il ritardo nella diagnosi di carcinoma (mediamente di 5-15 mesi [1]) con la scoperta della malattia ad uno stato più avanzato rispetto a donne lontane dalla gravidanza. Maggiore [2]. In caso di tumefazione sospetta comunque rilevata, il primo passo consiste nella visita specialistica e in una ecografia riservando la mammografia in casi particolari (per il rischio, anche se basso, di una mammografia per il feto [3]). Anche se questo ultimo accertamento può dare falsi negativi sino al 25% dei casi, rappresenta tuttavia un esame di primaria importanza per la diagnosi di lesioni sospette. La conferma definitiva deve essere isto-citologica.

STADIAZIONE

Le indagini per la stadiazione della malattia neoplastica devono tenere conto della gravidanza in atto e dei conseguenti rischi per il feto anche in rapporto al periodo dello sviluppo di questo (3): dosi superiori ai 100 rad possono essere responsabili di malformazioni fino al 100% dei casi (con una radiografia del torace si danno 0.008 rad [4], e una scintigrafia 0.1 rad [1]). Nel caso in cui si renda necessaria una scintigrafia ossea, è opportuno idratare abbondantemente la donna, evitare il ristagno di materiale radioattivo in vescica mediante il posizionamento di un catetere di Foley. Gli esami radiografici dovrebbero essere eseguiti solamente se ritenuti strettamente necessari capaci cioè di fornire informazioni importanti per indirizzi e decisioni terapeutiche [1] (una scintigrafia ossea è più sicura di un Rx scheletro). La diagnosi di metastasi viene fatta con ecografia epatica, mentre per quelle cerebrali è indicata la RMN.

Le varianti istologiche non differiscono da quelle delle donne non gravide. Il dosaggio dei recettori ormonali è in genere negativo nelle neoplasie delle donne in gravidanza (recettori occupati dai livelli elevati di estrogeni?); il dosaggio immuno-istochimico fornisce dati più attendibili confrontabili con quelli di donne non gravide [5].

La sopravvivenza delle donne in questo periodo della loro vita è paragonabile a quello di quelle non gravide a parità di stadio [6], anche se la sopravvivenza globale è ridotta per il ritardo diagnostico caratteristico in queste donne [7]. L'aborto o l'anticipazione del parto non hanno dimostrato di migliorare la sopravvivenza e non devono essere considerate opzioni terapeutiche valide [1,3,4]. Può comunque essere considerato utile anticipare il parto se le opzioni terapeutiche o le condizioni materne costituiscono un limite al prosieguo della gravidanza stessa.

I TRATTAMENTI

Stadio I° e II° : Trattamento

L' intervento chirurgico rappresenta il trattamento primario anche per la donna in gravidanza: in caso di gravidanza in corso, occorre pensare alla mastectomia radicale per il rischio derivante dalla radioterapia in caso di scelta per una quadrantectomia; in alcuni casi particolari, con esplicita richiesta da parte della paziente, la radioterapia può essere effettuata dopo il parto (i dati a lunga distanza di questa ultima opzione non sono noti).

Una eventuale chemioterapia deve essere evitata durante il primo trimestre per il potenziale rischio teratogeno della chemioterapia. La chemioterapia dopo il primo trimestre non è in genere associata a malformazioni del feto, anche se vi è un certo rischio di parto prematuro con rischio per il neonato. Il trattamento dovrebbe essere postposto al parto; dati a lungo termine sugli effetti dei farmaci sul feto sono scarsi [2]. Dati sull' uso di ormonoterapia adiuvante (sola o in associazione) sono scarsi per cui non è a tutt' oggi possibile trarre conclusioni in merito a queste opzioni terapeutiche.

La radioterapia, quando indicata dovrebbe essere effettuata solamente dopo il parto per noti effetti sul feto (in qualsiasi momento dello sviluppo).

Stadio III° e IV° : Trattamento

La radioterapia nel corso del I° trimestre dovrebbe essere evitata.

Per la chemioterapia vedi sopra.

Considerata la relativa scarsa aspettativa di vita per queste donne in questo stadio di malattia (10% a 5 anni), i rischi da radioterapia nel I° trimestre, può essere necessario prendere in considerazione con la donna e con la sua famiglia la possibilità di una interruzione della gravidanza [1-3] per affrontare i trattamenti a dosaggi terapeutici.

L' aborto terapeutico non migliora la prognosi.

Quali conseguenze sull' allattamento?

La sospensione dell' allattamento non migliora la prognosi. Occorre però considerare la sospensione dell' allattamento prima si sottoporsi all' intervento chirurgico per ridurre la vascolarizzazione della ghiandola o prima di una eventuale chemioterapia. L' allattamento in corso di chemioterapia è sconsigliato in quanto alcuni antitumorali somministrati - cyclofosfamide, metotrexate- passano nel latte e attraverso questo al neonato.

Quali le conseguenze al feto?

Non sono noti danni sul feto dovuti al carcinoma mammario della madre, non è stato dimostrato passaggio di cellule tumorali da madre a feto.

Quali conseguenze ulteriore della gravidanza?

La gravidanza non sembra compromettere la sopravvivenza della donna con pregresso carcinoma mammario. Alcuni medici consigliano di attendere almeno due anni dalla diagnosi prima di affrontare una nuova gravidanza [2,8-10].

BIBLIOGRAFIA

1. Hoover HC: Breast cancer during pregnancy and lactation. *Surgical Clinics of North America* 70(5): 1151-1163, 1990.
 2. Clark RM, Chua T: Breast cancer and pregnancy: the ultimate challenge. *Clinical Oncology (Royal College of Radiologists)* 1(1): 11-18, 1989.
 3. Barnavon Y, Wallack MK: Management of the pregnant patient with carcinoma of the breast. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* 171(4): 347-352, 1990.
 4. Gallenberg MM, Loprinzi CL: Breast cancer and pregnancy. *Seminars in Oncology* 16(5): 369-376, 1989.
 5. Elledge RM, Ciocca DR, Langone G, et al.: Estrogen receptor, progesterone receptor, and HER-2/neu protein in breast cancers from pregnant patients. *Cancer* 71(8): 2499-2506, 1993.
 6. Guinee VF, Olsson H, Moller T, et al.: Effect of pregnancy on prognosis for young women with breast cancer. *Lancet* 343(8913): 1587-1589, 1994.
 7. Petrek JA, Dukoff R, Rogatko A: Prognosis of pregnancy-associated breast cancer. *Cancer* 67(4): 869-872, 1991.
 8. Harvey JC, Rosen PP, Ashikari R, et al.: The effect of pregnancy on the prognosis of carcinoma of the breast following radical mastectomy. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* 153: 723-725, 1981.
 9. Petrek JA: Pregnancy safety after breast cancer. *Cancer* 74(1): 528-531, 1994.
 10. Von Schoultz E, Johansson H, Wilking N, et al.: Influence of prior and subsequent pregnancy on breast cancer prognosis. *Journal of Clinical Oncology* 13(2): 430-434, 1995.
-