

# **Carcinoma mammario in gravidanza**

(Versione n°1 del 01/10/2017)

Dott. G. Di Menna

## **Diagnosi e stadiazione:**

- **Ecografia mammaria** come prima scelta (la mammografia può essere eseguita con apposita schermatura dell'addome) e **Biopsia** per diagnosi citoistologica.
- Stadiazione: rx torace ed ecografia addome. Evitare TC o scintigrafia ossea (soprattutto il I trimestre), la RMN senza mdc in caso di forte sospetto di metastasi epatiche, cerebrali e ossee.

*L'interruzione di gravidanza non migliora la prognosi pertanto va discussa con la paziente e consigliata quando il trattamento pianificato rischia di danneggiare il feto o ci sia un ritardo nell'inizio dei trattamenti antitumorali (soprattutto nel primo trimestre).*

## **Terapia chirurgica:**

- La gravidanza non cambia l'indicazione al tipo di chirurgia (mastectomia vs conservativa)
- Si può optare per una chirurgia conservativa alla fine del II e durante il III trimestre con successiva radioterapia dopo il parto.
- Durante il primo trimestre può essere preferibile l'intervento di mastectomia.
- La biopsia del LS può essere effettuata in gravidanza.

## **Radioterapia:**

- Il trattamento radioterapico deve essere praticato solo al termine della gestazione poiché la gravidanza è controindicazione assoluta alla radioterapia.

## **Chemioterapia:**

- L'utilizzo della chemioterapia durante il I trimestre aumenta il rischio di aborto spontaneo, morte del feto e malformazioni gravi pertanto deve essere iniziata dopo il completamento della 14a-16a settimana di gestazione.
- Nel II e III trimestre la somministrazione dei trattamenti chemioterapici non sembra associarsi ad anomalie fetali, ma ad un maggior numero di nati pretermine con alterazioni nello sviluppo cognitivo: evitare quando possibile un parto prematuro iatrogeno.
- Gli schemi di chemioterapia e relativi dosaggi dovrebbero essere simili a quelli usati nelle donne non in stato di gravidanza. L'utilizzo di schemi a base di antracicline (FAC) dopo il primo trimestre è fattibile e non determina un aumento dei rischi per la gravidanza e/o per il feto.
- Il trattamento con taxani, se indicato, andrebbe iniziato dopo il parto. Il methotrexate non deve essere utilizzato durante la gravidanza essendo associato a un aumentato rischio di malformazioni gravi.
- Le pazienti con tumore HER2-positivo, il profilo di tossicità del Trastuzumab durante gravidanza non è sufficientemente noto pertanto l'uso del Trastuzumab deve essere rinviato a dopo il parto.

### Gestione clinica-pratica.

<b>Timing della chemioterapia</b>	<b>Tipo di chemioterapia</b>	<b>Timing del parto</b>
La chemioterapia non dovrebbe essere somministrata prima della 14-16 settimana di gravidanza	Dovrebbero essere utilizzati regimi contenenti antracicline (FAC/FEC, AC/EC)	Il parto dovrebbe essere evitato nelle prime tre settimane dopo l'ultimo ciclo di chemioterapia
Il rinvio della chemioterapia fino alla maturità fetale non è supportato da dati	Durante la chemioterapia è necessario uno stretto monitoraggio fetale (almeno ogni 3-4 settimane)	Dovrebbe essere compiuto il massimo sforzo ai fini di rinviare il parto fino almeno alla 35-37 settimana di gestazione
La chemioterapia non dovrebbe essere somministrata dopo la 34-35 settimana di gestazione		

### Terapia ormonale:

- Durante la gravidanza è controindicato l'utilizzo di qualsiasi terapia ormonale.

### Terapie di supporto:

- Pochi i dati disponibili sulla sicurezza dell'uso sia del G-CSF sia dell'eritropoietina nelle donne in gravidanza. Il loro uso dovrebbe essere limitato a quelle situazioni dove sono realmente necessari.
- Per la terapia antiemetica, nel secondo e terzo trimestre l'uso degli steroidi e dell'ondansetron non sembra essere correlato alla comparsa di malformazioni nell'uomo. Tra gli antagonisti del 5-HT<sub>3</sub>, l'ondansetron è quello con più dati durante la gravidanza.
- Il metilprednisolone e l'idrocortisone, essendo metabolizzati massivamente dalla placenta, rappresentano gli steroidi di preferenza.

***L'allattamento durante la chemioterapia e la terapia ormonale è controindicato, dato che la maggior parte dei farmaci usati possono essere escreti nel latte materno.***