

GEBELİKTE İNVAZİV SERVİKS KANSERİNİN YÖNETİMİ

21. BÖLÜM

Emre DESTEGÜL¹

GİRİŞ

Serviks kanseri küresel ölçekte kadınlar arasında meme, kolorektal ve akciğer kanserlerinden sonra dördüncü en sık kanser türüdür (1). 2018 yılında Dünya genelinde 570.000 yeni servikal kanser vakası ve 311.000 serviks kanserine bağlı ölüm bildirilmiştir (2).

Gebelik döneminde servikal kanser ise; gebelik sırasında veya postpartum 6-12 ay içerisinde tanı konulan servikal kanserleri ifade etmektedir. Vakaların yarısı prenatal tanı alırken diğer yarısı da doğumu takiben 12 ay içerisinde tanı almaktadır (3). Gebelikte en sık görülen malignansilerden olup, insidansı 10.000 doğumda 0,8 ile 1,5 arasındadır (3,4,5). Son yıllarda özellikle daha ileri yaşlarda gebe kalma sıklığının artması ile beraber görülme sıklığında artış göze çarpmaktadır (6). Fakat yine de nispeten nadir görülen invaziv servikal kanserin, gebelerde yönetimi ile ilgili randomize kontrollü çalışmalar olmadığından, kılavuzlar, vaka serileri ve uzman görüşleri ile oluşturulmuştur (7) Bu sebeple gebelerde tanı ve tedavi gebe olmayanlar ile aynı şekilde yürütülmektedir. Ancak unutulmamalıdır ki özellikle gebeliğin devamını isteyen hastalarda tedavinin ve takibin etik ve medikal zorlukları göz önünde bulundurulmalı ve multidisipliner bir yaklaşım ile tecrübeli merkezlerde tedaviler yönetilmelidir.

KLİNİK BELİRTİLER

Gebelerde serviks kanserinin belirtileri, gebe olmayan hastalardaki gibi, hastalığın evresi ve tümörün büyüklüğü ile ilişkilidir. Hastalar erken evrelerde asemptomatik olup rutin tarama testleri sırasında tanı alabileceği gibi, kötü kokulu vajinal akıntı, pürülan kanlı sekresyonlar ve düzensiz vajinal kanamalar ile

¹ Uzm. Dr., Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, destegulemre@hotmail.com

PROGNOZ

Literatüre bakıldığında, gebelik esnasında tanı alan invaziv serviks kanserli hastalarla, gebe olmayan invaziv serviks kanserli hastaların maternal sağ kalım oranları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (25,26,27). Serviks kanserinin gebeliğe olan etkileri ile ilgili ise literatür daha çelişkili olup, artış gösteren; spontan veya iyatrojenik preterm doğum, düşük ve çok düşük doğum ağırlıklı bebek öyküsü bildiren çalışmalar olduğu gibi fark olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur.

SONUÇ

Gebelik ve serviks kanseri, anne, fetus ve hekimler için çözülmesi gereken birçok bulmacayı içeren zorlu bir sınavdır. Gebelikte semptom veren serviks kanseri, gebelik ile ilişkili birçok durumla karışabileceğinden bazı zamanlarda tanısı da güç olabilmektedir. Bu nedenle gebelik planlayan hastaların özellikle gebelik öncesi gerekli taramaları yaptırması çok önemlidir. Gebelikte tanı alan hastaların ise tecrübeli bir merkezde, jinekolojik onkolog, perinatolog ve neonatoloğun olduğu bir merkezde multidisipliner bir şekilde takip edilmesi gerekir. Tüm gebeliklerde olduğu gibi serviks kanserli gebelerde de öncelik her zaman annenin sağlığıdır. Son olarak gebelik ve serviks kanseri akut aciliyeti olan bir durum değildir. Bu sebeple tıbbi ekip de gerekli olan tüm zamanı kullanarak hastayı iyice araştırmalı ve ondan sonra hasta için en iyi takip ve tedaviyi planlamalıdır.

KAYNAKÇA

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *Cancer J Clin*. 2018;68(6):394. Epub 2018 Sep 12
2. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *F Lancet Glob Health*. 2020;8(2):e191. Epub 2019 Dec 4.
3. Smith LH, Dalrymple JL, Leiserowitz GS, et al. Obstetrical deliveries associated with maternal malignancy in California, 1992 through 1997. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184(7):1504-1513.
4. Smith, LH, B Danielsen, ME Allen et al. Cancer associated with obstetric delivery: results of linkage with the California cancer registry. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2003, 189.4: 1128-1135.
5. Demeter A, Sziller I, Csapó Z, et al. Outcome of pregnancies after cold-knife conization of the uterine cervix during pregnancy. *European Journal of Gynaecological Oncology*. 2002 ;23(3):207-210.
6. Astolfi, P., & Zonta, L. A. Delayed maternity and risk at delivery. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2002; 16(1):67-72.
7. Amant, F, Halaska, M. J., Fumagalli, M., et al. Gynecologic cancers in pregnancy: Guidelines of a second international consensus meeting. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2014;24(3), 394-403. <https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000000062>

8. Morice P, Uzan C, Gouy S, et al. Gynaecological cancers in pregnancy. *Lancet*. 2012;379(9815):558-569.
9. Morimura Y, Fujimori K, Soeda S, et al. Cervical cytology during pregnancy: comparison with non-pregnant women and management of pregnant women with abnormal cytology. *Fukushima J Med Sci*. 2002;48(1):27-37.
10. Shiping Z, Lushan ZQ, Wu D. et al. Progress in diagnosis and treatment of pregnancy complicated with cervical cancer. *J Pract Med*. 2018;25(4):400-402.
11. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, et al. Cancer of the cervix uteri. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2018, 143: 22-36
12. Hricak H, Gatsonis C, Chi DS, et al. Role of imaging in pretreatment evaluation of early invasive cervical cancer: Results of the intergroup study American College of Radiology Imaging Network 6651-Gynecologic Oncology Group 183. *J Clin Oncol*. 2005;23:9329-9337.
13. Bipat S, Glas AS, van der Velden J, et al. Computed tomography and magnetic resonance imaging in staging of uterine cervical carcinoma: A systematic review. *Gynecol Oncol*. 2003;91:59-66.
14. Hricak H, Yu KK. Radiology in invasive cervical cancer. *Am J Roentgenol*. 1996;167:1101-1108.
15. Subak LL, Hricak H, Powell CB, et al. Cervical carcinoma: Computed tomography and magnetic resonance imaging for preoperative staging. *Obstet Gynecol*. 1995;86:43-50.
16. Kodama J, Mizutani Y, Hongo A, et al. Optimal surgery and diagnostic approach of stage IA2 squamous cell carcinoma of the cervix. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002;101:192-195.
17. Grigsby PW, Siegel BA, Dehdashti F. Lymph node staging by positron emission tomography in patients with carcinoma of the cervix. *J Clin Oncol*. 2001;19:3745-3749.
18. O'mahony. Endoscopy in pregnancy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2007;21(5):893.
19. Vercellino GF, Koehler C, Erdemoglu E, et al. Laparoscopic pelvic lymphadenectomy in 32 pregnant patients with cervical cancer: rationale, description of the technique, and outcome. *Int J Gynecol Cancer*. 2014 Feb;24(2):364-71.
20. Averette HE, Nasser N, Yankow SL, et al. Cervical conization in pregnancy. Analysis of 180 operations. *Am J Obstet Gynecol*. 1970;106(4):543.
21. Hannigan EV, Whitehouse HH 3rd. Cone biopsy during pregnancy., Atkinson WD, Becker SN *Obstet Gynecol*. 1982 Oct;60(4):450-5.
22. Herod JJ, Decruze SB, Patel RD. A report of two cases of the management of cervical cancer in pregnancy by cone biopsy and laparoscopic pelvic node dissection. *BJOG*. 2010;117(12):1558.
23. Vandenbroucke, T., Verheecke, M., Fumagalli, M., et al. Effects of cancer treatment during pregnancy on fetal and child development. *The Lancet. Child & Adolescent Health*. 2017; 1(4), 302-310. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(17\)30091-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(17)30091-3)
24. Song YZ, Liu Y, Lin M, et al. Efficacy of neoadjuvant platinum-based chemotherapy during the second and third trimester of pregnancy in women with cervical cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Drug Des Devel Ther*. 2019;13:79-102.
25. Zemlickis D, Lishner M, Degendorfer P, et al. Maternal and fetal outcome after invasive cervical cancer in pregnancy. *J Clin Oncol* 1991; 9:1956.
26. Hopkins MP, Morley GW. The prognosis and management of cervical cancer associated with pregnancy. *Obstet Gynecol* 1992; 80:9.
27. Pettersson BF, Andersson S, Hellman K, et al. Invasive carcinoma of the uterine cervix associated with pregnancy: 90 years of experience. *Cancer* 2010; 116:2343.