

GEBELİK VE BÖBREK KANSERİ

41. BÖLÜM

Sabin GÖKTAŞ AYDIN¹

GİRİŞ

Gebelik ve kanser birlikteliği oldukça nadir bir durumdur ve gebelik süresinde yeni tanı konulabileceği gibi, mevcut kanser hastasının gebe kalması da söz konusu olabilir. Kanser tedavisi altında gebelik prevansiyonu ile ilgili mutlaka hastalar uyarılmalıdır. Gebelikte yeni teşhis edilen kanserde ise anne sağlığı, neonatal sorunlar dahil her şey göz önüne alınarak hasta ile gebelik süreci ve hastalık tedavisi planlanmalıdır (1).

Gebelikte en sık tanı alan böbrek kanseri olan renal hücreli karsinom (RCC), erkeklerde biraz daha sık görünmekle birlikte, reproduktif çağda insidansları daha azdır. Genel popülasyonda RCC insidansı yüz binde 5,3 iken, solid tümörler arasında görülme sıklığı %3 kadardır (2).

Böbreğin normal dokusunda ve tümöründe steroid reseptörleri bulunmaktadır. Laboratuvar farelerinde ekzojen östrojen kullanımı ile RCC geliştiği gözlenmiştir. Bu bilgilerle, 1980'li yıllarda metastatik RCC tedavisinde progesteron kullanımının yararlı olabileceği düşünülerek araştırılmış fakat etkisiz olduğu gözlenmiştir (3).

Obezite, sigara ve hipertansiyon, RCC gelişimi için bilinen risk faktörlerindedir (4). Yüksek parite (>5) ile RCC gelişim riskinin iki kat arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Mekanizması tam bilinmese de gebelikte RCC gelişimi östrojen reseptör ve hormonal faktörler ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (5). On dört çalışmayı içeren bir meta analizde en az bir gebelik öyküsü ve artan parite RCC gelişim riskini arttırdığı gösterilmiştir (6). Bununla birlikte, gebelikte ürolojik malignite gelişimi çok nadir bir durumdur ve yaklaşık 13/10⁶ oranında rastlanmaktadır (7).

¹ Uzm. Dr., Medipol Üniversitesi Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği drsabinogoktas@gmail.com

tanı almış RCC hastaları içeren kohort çalışmada 5 yıllık kansere spesifik sağkalm %78-88,4 arasında saptanmıştır. Literaturdeki vaka serileri incelendiğinde ise maternal sonuçlar gebe olan ve olmayanlar arasında benzerlik göstermektedir (30).

Kemoterapi ilk trimesterde kesinlikle kullanılmamalıdır fakat ikinci ve üçüncü trimesterde kullanılabilir. Buna karşın monoklonal antikorlar ilk trimesterde kullanımı daha güvenli olup , ikinci ve üçüncü trimesterde kullanılmamalıdır. Bu durum IL-2 gibi monoklonal antikorlar için ilk trimesterde oluşturulmayan, ancak daha sonra oluşturulan taşıma mekanizması ile açıklanmaktadır (31,32).

SONUÇ

Renal hücreli karsinom gebelik süresince oldukça nadir gözlenmektedir. Tedavi algoritması ve hastalık yönetimi ile ilgili net klavuzlar ve çalışma verileri bulunmamaktadır. Gebeliğin sonlandırılması hızlı büyüyen tümör ve metastatik hastalık dışında önerilmemekle birlikte, cerrahi tedavi seçilmiş hastalarda doğum sonrasına ertelenebilir. Lokalize hastalıkta cerrahi temel tedavidir. Metastatik hastalıkta ise ilk sıra tedavide yer alan tirozin kinaz inhibitörlerinin gebelikte kullanımı sakıncalıdır. Hastalığın seyri, olası tüm komplikasyon ve senaryolar hakkında hasta ve aile bireyleri bilgilendirileli tedavi kararı multidisipliner yaklaşım ile bireyselleştirilmelidir.

KAYNAKÇA

1. Azim H, Peccatori F, Pavlidis N. Treatment of the pregnant mother with cancer: a systematic review on the use of cytotoxic, endocrine, targeted agents and immunotherapy during pregnancy. Part I: solid tumors. *Cancer Treat Rev* 2010;36 (2):101-9.
2. Cancer IAfRo. Estimated number of new cases in 2018, worldwide, both sexes, all ages. Lyon, France: GLOBOCAN; 2018.
3. Ronchi E, Pizzocaro G, Miodini P, Piva L, Salvioni R, Di Fronzo GJ. Steroid hormone receptors in normal and malignant human renal tissue: relationship with progestin therapy. *Steroid Biochem* 1984;21(3):329-35.
4. Chow WH, Devesa SS. Contemporary renal cell cancer epidemiology. *Cancer J (Sudbury, Mass)* 2008;14(5):288-301.
5. Kabat GC, Silvera SAN, Miller AB, Rohan TE. A cohort study of reproductive and hormonal factors and renal cell cancer risk in women. *Br J Cancer* 2007;96(5):845-9.
6. Guan, Hong-Bo, Wu Qi-Jun, Gong Ting-Ting. Parity and kidney cancer risk: evidence from epidemiologic studies. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 2013;22(12):2345-53.
7. Boussios S, Pavlidis N. Renal cell carcinoma in pregnancy: a rare coexistence. *Clin Transl Oncol* 2014;16:122-7.
8. Bovio IM, Allan R, Oliai BR, Hampton T. Xp11. 2 translocation renal carcinoma with placental metastasis: a case report.. *Int J Surg Pathol* 2011;19(1):80-3.
9. Vikram R, Caslino DD, Remer EM. ACR appropriateness criteria: renal cell carcinoma staging. 2014; 11(5): 443-9.
10. Dubinsky. CT in pregnancy: risks and benefits. *Appl Radiol* 2013:6-16.

11. Wu Q, Yang R, Zhou F, Hu Y. Comparison of whole-body MRI and skeletal scintigraphy for detection of bone metastatic tumors: a meta-analysis. *Surg Oncol* 2013;22(4):261–6.
12. Colletti, Patrick M. PET-CT in the Pregnant Patient. <<http://www.imagewisely.org/~media/ImageWisely%20Files/NucMed/PETCT%20in%20the%20Pregnant%20Patient.pdf>>.
13. Muglia WV, Prando A. Renal cell carcinoma: histological classification and correlation with imaging findings. *Radiol Brasil* 2015;48(3):166–74.
14. Pentheroudakis George, Pavlidis Nicholas. Gastrointestinal, urologic and lung malignancies during pregnancy. *Cancer and pregnancy*. Berlin Heidelberg: Springer; 2008. p. 137–64.
15. Walker JL, Knight EL. Renal cell carcinoma in pregnancy. *Cancer* 1986;58(10):2343–7.
16. Charlotte Maggen MD, Jasmijn Linssen. Renal and bladder cancer during pregnancy: a review of 47 cases and literature-based recommendations for management. *Urology* (2020); 2020.08.084
17. Khochikar MV. Management of urological cancers during pregnancy. *Nat Rev Urol* 2010;7(4):195–205.
18. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Barcelona 2019. : EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands. <http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/>; 2019.
19. Amant F, Vandenbroucke T, Verheecke M, et al. Pediatric Outcome after Maternal Cancer Diagnosed during Pregnancy. *N Engl J Med* 2015;373:1824-34
20. Kobayashi T, Fukuzawa S, Miura K, Matsui Y, Fujikawa K, Oka H, Takeuchi H. A case of renal cell carcinoma during pregnancy: simultaneous cesarean section and radical nephrectomy. *J Urol* 2000;163(5):1515–6.
21. DSÖ (2018) Guidelines for ATC classification and DDD assignment, Oslo, Norway, <https://www.whocc.no/filearchive/publications/guidelines.pdf>
22. Product Monograph: Sunitinib (Sutent). Pfizer Canada Inc.; December 2014.
23. Product Monograph: Nexavar (Sorafenib). Bayer Inc.; December 17, 2014.
24. Product Monograph: Inlyta™ (axitinib). Pfizer Products Incorporated; June 6, 2014.
25. Product Monograph: Votrient (pazopanib). GlaxoSmithKline Inc. (Canada); January 30, 2014.
26. Product Monograph: Torisel (temsirolimus). Pfizer (US); May 2012.
27. Product Monograph: Avastin (bevacizumab). Roche Canada; January 29, 2014.
28. Product monograph: Afinitor (everolimus). Novartis Pharmaceuticals; November 3, 2014.
29. Avastin – FDA Prescribing Information, Side Effects and Uses, ”<<http://www.drugs.com/pro/avastin.html>>, [accessed February 26, 2016].
30. Siemer S, Hack M, Lehmann J, Becker F, Stockle M. Outcome of renal tumors in young adults. *J Urol* 2006;175:1240-3; discussion 3-4.
31. Sarno MA, Mancari R, Azim Jr HA, Colombo N, Peccatori FA. Are monoclonal antibodies a safe treatment for cancer during pregnancy? *Immunotherapy* 2013;5(7):733–41.
32. Proleukin (aldesleukin/interleukin2) [[]product monograph]. Dorval, Quebec: Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.; Sept 20, 2012.