

GEBELİKTE NON-HODGKİN LENFOMA YÖNETİMİ

47. BÖLÜM

Cenk SUNU¹

GİRİŞ

Kanser, üreme çağında ikinci sırada ölüm nedenidir, yaklaşık olarak 1:1000 gebelikte görülür^(1,2). Lenfoma gebelikte dördüncü en sık teşhis edilen malignitedir, yaklaşık 1:6000 doğumda görülür ve ne yazık ki görülme sıklığı artmaktadır⁽¹⁻⁴⁾. Lenfomalar, iki ana kategoriye ayrılan heterojen bir neoplastik bozukluk grubunu temsil eder; Hodgkin lenfomalar (HL) ve Non-Hodgkin lenfomalar (NHL)⁽⁴⁾. Hayatın ilerleyen dönemlerine gebeliğin ertelenmesiyle oluşumu artabilir ve gelişmekte olan ülkelerde AIDS ile ilişkili NHL yüksek insidans gösterir. Antiretroviral tedavi (HAART) aktif çağda bile önemli tıbbi problemdir^(5,6). HL, erken yaşta zirve yapar, genç hastaları içerir ve gebelikte en sık görülen lenfoma türüdür. NHL insidansı yaşa bağlıdır, ortalama tanı yaşı 42'dir⁽²⁾. Gebelikte ilişkili lenfomanın göreceli nadirliği teşhis, yönetim ve sonuç konularında büyük prospektif çalışmaların yapılmasını engeller ve literatür büyük ölçüde küçük retrospektif çalışmaları ve vaka raporlarını içerir⁽⁷⁾. NHL'ların ise gebelikte görülmesi çok nadirdir⁽⁸⁾. NHL'lar, hematolojik tümörlerin, klinik davranışları, morfoloji, hücre kökeni, etyoloji ve patogenez yönünden çok heterojen bir grup oluşturmaktadır. Gebelikte lenfomalar yüksek dereceli olurlar ve aynı zamanda gebelikte hormonal olarak en çok uyarılan organları (meme, over, uterus gibi) tutmaya eğilimlidirler. Özellikle NHL, dissemine intravasküler koagülasyon (DİK) ve agresif tümörlerle beraber olduğundan, gebelikteki seyri oldukça kötüdür⁽⁹⁾.

Gebelerde lenfoma teşhisi, anne için iyileştirici potansiyele sahip terapiden ödün vermeden gelişmekte olan fetüsün dikkate alınmasını gerektiren terapötik bir zorluk oluşturmaktadır. Gebelik sırasında tedaviye başlama kararı, fetal, maternal ve hastalıkla ilgili faktörlerden büyük ölçüde etkilenir; bunlardan en etkili

¹ Uzm Dr, Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, csunu@sakarya.edu.tr

SONUÇ

Gebelikte lenfomalar nadir görülürler. HL, NHL'dan daha sık karşımıza çıkmaktadır. Tanı genellikle geç konulmaktadır^(9,17). Tedavide tercih edilecek yöntem klinik evreleme ve histolojik tipe göre değişir. NHL hızlı, uygun ve kişiye özel yönetilmesini gerektiren bir hastalıktır. Agresif lenfoması olanlar, büyük tümör kitlesi olanlar, sistemik semptomları olanlar kombine kemoterapi ile tedavi edilmelidirler^(4,9). Kemoterapi ajanlarının gebelik sırasındaki güvenilirliği değerlendirildiğinde çok sınırlı sayıda veri bulunmaktadır. Gebelikte kullanılacak optimum tedavi seçeneklerinin belirlenmesi için daha geniş olgu serilerine ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

1. Pentheroudakis G, Pavlidis N. Cancer and pregnancy: poena magna, not anymore. *Eur J Cancer*. 2006;42:126-140.
2. Koren G, Lishner M, Santiago S. The Motherisk Guide to Cancer in Pregnancy and Lactation (Second edition). Toronto, Canada. Motherisk program; 2005.
3. Pavlidis NA. Coexistence of pregnancy and malignancy. *Oncologist*. 2002;7:279-287.
4. Adina-Elena U, Gabriel-Valentin T, Bianca-Ionela C et al. Medical approach on non-hodgkin lymphoma during pregnancy. *Acta Medica Marisiensis*. 2019;65:51-52.
5. Diamond C, Taylor TH, Aboumrad T et al. Changes in acquired immunodeficiency syndrome-related non-Hodgkin lymphoma in the era of highly active antiretroviral therapy: incidence, presentation, treatment, and survival. *Cancer*. 2006;106:128-135.
6. Cheung MC, Pantanowitz L, Dezube BJ. AIDS-related malignancies: emerging challenges in the era of highly active antiretroviral therapy. *Oncologist*. 2005;10:412-426.
7. Pereg D, Koren G, Lishner M. The treatment of Hodgkin's and non-Hodgkin's lymphoma in pregnancy. *Haematologica*. 2007;92:1230-1237.
8. Beksaç MS. Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji. Ankara:Nobel. 2001;733-734.
9. Çetin O, Aydoğan B, Uludağ S et al. Gebelikte Tanı Konulan Non-Hodgkin Lenfoma:Olgu Sunumu. *Perinatoloji Dergisi*. 2011;19(2):94-98
10. Pinnix CC, Andraos TY, Milgrom S et al. The Management of Lymphoma in the Setting of Pregnancy. *Current Hematologic Malignancy Reports*. 2017;251-256.
11. Muanda FT, Sheehy O, Bérard A. Use of antibiotics during pregnancy and risk of spontaneous abortion. *CMAJ*. 2017;189(17):E625-633.
12. Cardonick E, Iacobucci A. Use of chemotherapy during human pregnancy. *Lancet Oncol*. 2004;5:283-291.
13. Aviles A, Neri N. Hematological malignancies and pregnancy:a final report of 84 children who received chemotherapy in utero. *Clin Lymphoma*. 2001;2:173-177.
14. Peres RM, Sanseverino MT, Guimaraes JL et al. Assessment of fetal risk associated with exposure to cancer chemotherapy during pregnancy:a multicenter study. *Braz J Med Biol Res*. 2001;34:1551-1559.
15. Guven S, Ozcebe OI, Tuncer ZS. Non-Hodgkin's lymphoma complicating pregnancy:a case report. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2005;26:457-458.
16. Maggen C, Dierickx D, Cardonick E et al. Maternal and neonatal outcomes in 80 patients diagnosed with non-Hodgkin lymphoma during pregnancy: results from the International Network of Cancer, Infertility and Pregnancy. *BJ Haem*. 2020;https://doi.org/10.1111/bjh.17103.
17. Dasan J, Littleford J, Mc Rae K. Mediastinal tumour in a pregnant patient presenting as acute cardiorespiratory compromise. *Int J Obstetric Anesth*. 2002;11:52-56.