

BÖLÜM 6

GEBELİKTE OVER KANSERİNE YAKLAŞIM

Gülşah AYNAOĞLU YILDIZ¹

GİRİŞ

Prenatal ultasonografinin yaygın kullanılmaya başlamasıyla birlikte, asemptomatik kitlelerin saptanma oranı artmaya başlamıştır. Ortalama 100.000 gebelikte 4-8 oranında jinekolojik kanser görülmektedir.¹ Kitlelerin çoğu benign karakterli olsa da malignite olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Gebeliği komplike eden kitlelerin insidansı %0.05-2.4 arasında değişirken, bunların ancak %1-6'sı maligndir.² 1958 ile 2007 yılları arasında yapılan bir çalışmada, gebelikte over kanseri bildirilen 41 vaka olmuştur.³ Ancak bu aralığın ilk yıllarında ultrasonografik muayene ve sezaryen ile doğum oranlarının çok az olması nedeniyle, asemptomatik kitlelerin yakalanma ihtimalinin de çok düşük olduğunu düşünmek gerekir. Over kanseri gebelik döneminde saptanan, meme, tiroid, serviks ve Hodgkin lenfomadan sonraki en sık rastlanan 5. kanserdir.² Yapılan retrospektif bir çalışmada ise, Asya toplumlarında en sık 6. kanser olarak yer aldığı bildirilmiştir.⁴ Günümüzde pekçok asemptomatik adneksiyel kitle, ultrasonografinin yaygın kullanımını sayesinde gebeliğin ilk yarısında tanınmaktadır. Gebelikte bu kitlelerin büyük çoğunluğu asemptomatik olduğu gibi, ele gelen kitle veya akut karın ağrısı ile de karşımıza çıkabilir. Non spesifik semptomlar içinde sıklıkla rastlanan, karın ve sırt ağrısı, kabızlık, şişkinlik ve üriner semptomlardır. Ancak bu semptomların çoğunun gebeliğin normal seyrinde görülmesi, öncelikli olarak maligniteyi düşündürmez. Bazı hastalarda, fizik muayene sırasında ele gelen kitle veya vajinal muayenede douglas boşluğunda nodülarite, şüphe edilmesini sağlayıp, ultrasonografi ile değerlendirmeyi gerektirebilir. Çok az hastada, kitlenin torsiyonu ile akut batın tablosu oluşabilir. Benign ya da

¹ Perinatoloji uzmanı, Erzurum Nenehatun Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, gulsahayna@gmail.com

Tüm şüpheli alanlardan biyopsi alınmalıdır. Evre I kanserler için yeterli cerrahi evreleme çok önemlidir. Çoğu vaka sadece cerrahi ile tedavi edilebilmektedir. Histolojik tümör tipine göre adjuvan kemoterapi planlanır. İleri evre kanserlerde cerrahi evreleme daha az önem taşır. 8. haftadan önce korpus luteum çıkarılmışsa, progesteron takviyesi verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Amant F, Brepoels L, Halaska MJ,. Gynaecologic cancer complicating pregnancy: an overview. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2010; 24:61.
2. Webb KE, Sakhel K, Chauhan SP. Adnexal mass during pregnancy: a review. *Am J Perinatol* 2015; 32:1010.
3. Palmer J, Vatish M, Tidy J. Epithelial ovarian cancer in pregnancy: a review of the literature. *BJOG* 2009; 116:480.
4. Shim MH, Mok CW, Chang KH. Clinical characteristics and outcome of cancer diagnosed during pregnancy. *Obstet Gynecol Sci* 2016; 59:1.
5. Schmeler KM, Mayo-Smith WW, Peipert JF. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation. *Obstet Gynecol* 2005; 105:1098.
6. Yen CF, Lin SL, Murk W. Risk analysis of torsion and malignancy for adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril* 2009; 91:1895.
7. Carolyn D Runowicz, Molly Brewer. Adnexal mass in pregnancy. Up to date Feb 2020.
8. Sarandakou A, Protonotariou E, Rizos D. Tumor markers in biological fluids associated with pregnancy. *Crit Rev Clin Lab Sci* 2007; 44:151.
9. Chiang G, Levine D. Imaging of adnexal masses in pregnancy. *J Ultrasound Med* 2004; 23:805.
10. Bakri YN, Ezzat A, Akhtar,. Malignant germ cell tumors of the ovary. Pregnancy considerations. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 90:87.
11. Kumar S, Shah JP, Bryant CS, The prevalence and prognostic impact of lymph node metastasis in malignant germ cell tumors of the ovary. *Gynecol Oncol* 2008; 110:125.
12. Mooney J, Silva E, Tornos C,. Unusual features of serous neoplasms of low malignant potential during pregnancy. *Gynecol Oncol* 1997; 65:30.
13. Thomassin-Naggara I, Fedida B, Sadowski E,. Complex US adnexal masses during pregnancy: Is pelvic MR imaging accurate for characterization? *Eur J Radiol* 2017; 93:200.
14. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion. Number 299, September 2004 (replaces No. 158, September 1995). Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004; 104:647.
15. Nawa A, Obata N, Kikkawa F. Prognostic factors of patients with yolk sac tumors of the ovary. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:1182.
16. Elit L, Bocking A, Kenyon C. An endodermal sinus tumor diagnosed in pregnancy: case report and review of the literature. *Gynecol Oncol* 1999; 72:123.
17. Buller RE, Darrow V, Manetta A,. Conservative surgical management of dysgerminoma concomitant with pregnancy. *Obstet Gynecol* 1992; 79:887.
18. Luisi S, Florio P, Reis FM, et al. Inhibins in female and male reproductive physiology: role in gametogenesis, conception, implantation and early pregnancy. *Hum Reprod Update* 2005; 11:123.
19. Moore RG, Miller MC, Eklund EE. Serum levels of the ovarian cancer biomarker HE4 are decreased in pregnancy and increase with age. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206:349.e1.

20. Gucer F, Kiran G, Canaz E., Serum human epididymis protein 4 can be a useful tumor marker in the differential diagnosis of adnexal masses during pregnancy: a pilot study. *Eur J Gynaecol Oncol* 2015; 36:406.
21. Liu YX, Zhang Y, Huang JF. Meta-analysis comparing the safety of laparoscopic and open surgical approaches for suspected adnexal mass during the second trimester. *Int J Gynaecol Obstet* 2017; 136:272.
22. Ferrandina G, Distefano M, Testa A. Management of an advanced ovarian cancer at 15 weeks of gestation: case report and literature review. *Gynecol Oncol* 2005; 97:693.
23. Cardonick E, Iacobucci A. Use of chemotherapy during human pregnancy. *Lancet Oncol* 2004; 5:283.
24. Cardonick E, Iacobucci A. Use of chemotherapy during human pregnancy. *Lancet Oncol* 2004; 5:283.
25. Selig BP, Furr JR, Huey RW. Cancer chemotherapeutic agents as human teratogens. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2012; 94:626.
26. Boulay R, Podczaski E. Ovarian cancer complicating pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998; 25:385.
27. Zagouri F, Sergentanis TN, Chrysikos D. Taxanes for ovarian cancer during pregnancy: a systematic review. *Oncology* 2012; 83:234.
28. Smith ER, Borowsky ME, Jain VD. Intraperitoneal chemotherapy in a pregnant woman with ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 2013; 122:481.
29. Katsumata N, Yasuda M, Takahashi F. Dose-dense paclitaxel once a week in combination with carboplatin every 3 weeks for advanced ovarian cancer: a phase 3, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 2009; 374:1331.
30. van der Burg ME, Onstenk W, Boere IA. Long-term results of a randomised phase III trial of weekly versus three-weekly paclitaxel/platinum induction therapy followed by standard or extended three-weekly paclitaxel/platinum in European patients with advanced epithelial ovarian cancer. *Eur J Cancer* 2014; 50:2592.
31. Behtash N, Karimi Zarchi M, Modares Gilani M. Ovarian carcinoma associated with pregnancy: a clinicopathologic analysis of 23 cases and review of the literature. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008; 8:3.
32. Hubalek M, Smekal-Schindelwig C, Zeimet AG. Chemotherapeutic treatment of a pregnant patient with ovarian dysgerminoma. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 276:179.
33. Cardonick E, Iacobucci A. Use of chemotherapy during human pregnancy. *Lancet Oncol* 2004; 5:283.
34. Amant F, Halaska MJ, Fumagalli MI. Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines of a second international consensus meeting. *Int J Gynecol Cancer* 2014; 24:394.
35. Aoki Y, Higashino M, Ishii S. Yolk sac tumor of the ovary during pregnancy: a case report. *Gynecol Oncol* 2005; 99:497.
36. Carolyn D. Runowicz, Molly Brewer. Chemotherapy of ovarian cancer in pregnancy. Up to Date Feb 2020.
37. Grimm D, Woelber L, Trillsch F. Clinical management of epithelial ovarian cancer during pregnancy. *Eur J Cancer* 2014; 50:963.
38. Stensheim H, Møller B, van Dijk T. Cause-specific survival for women diagnosed with cancer during pregnancy or lactation: a registry-based cohort study. *J Clin Oncol* 2009; 27:45.