

BÖLÜM 21

GESTASYONEL TROFOBLASTİK NEOPLAZİLERİN YÖNETİMİ

Şerife Özlem GENÇ¹

Gestasyonel trofoblastik neoplazi (GTN), gestasyonel trofoblastik hastalığın lokal ya da metastatik invazyonuna verilen ortak bir isimdir. Gestasyonel trofoblastik neoplaziler: invazif mol, koryokarsinom, plasental site trofoblastik tümör (PSST) ve epiteloid trofoblastik tümördür (ETT).

GTN değerlendirmesinde öncelikle anamnez ve fizik muayene gerekmektedir. Ardından toraks ve abdominal kontrastlı tomografi, beyin MR görüntülenmesi yapılmalıdır. Genital bölgedeki görülebilir lezyonlardan biyopsi alınması kanama riskinden dolayı önerilmez. Tiroid, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ile hCG tahlili genel değerlendirme için gereklidir. GTN tedavisinde kemo-terapi ana rolü üstlense de cerrahi ile de başarı sağlamak mümkündür.

GESTASYONEL TROFOBLASTİK NEOPLAZİDE KEMOTERAPİ

GTN'nin tedavisi genellikle kemoterapi ile yapılır. Evreleme hastalığın yayılımına göre yapılır. 2000'de FIGO evreleme ve sınıflandırma tablosu yapılandırılarak (Tablo-1 ve Tablo 2), risk skoruna göre 6 ve altında kalanlara düşük riskli, 6'nın üzerindekiyle ise yüksek riskli denilmiştir.^{1,2} Tedavi rejimi bu skorlamaya göre belirlenmektedir ve tek ajan kemoterapiye cevabı öngörmede etkindir. Bu skorlama sistemi ETT ve PSTT de geçerli değildir.³

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Aksaray Üniversitesi Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, drserifeozlemgenc@hotmail.com

PSTT/ETT

Molar gebelikler ve koryokarsinomlar villöz trofoblastlardan kaynaklanırken intermediate trofoblastik tümörler olarak da bilinen PSTT ve ETT ekstrasvillöz trofoblastlardan gelişir. Intermediate trofoblastik tümörler GTN'lerin %1'ini oluştururlar, yavaş büyüme potansiyeline sahiptir, gelişmeye başladığından aylar hatta yıllar sonra metastaz ortaya çıkabilir, genellikle anormal uterin kanama veya amenore ile başvururlar. En çok akciğerlere metastaz yapar. Lenfatik yolla yayılırlar. Daha az kemosensitiftirler. Çoğu vakada histerektomi, tedavide primer rolü üstlenir. Özellikle lokalize lezyonlarda fertilitte koruyucu cerrahi planlanıyorsa uterin küretaj, histeroskopik rezeksiyon ve kemoterapi düşünülebilir.^{3,19-21} Fertilitte koruyucu cerrahi diffüz lezyonlarda mümkün değildir. İleri evrelerde kemoterapi için EP-EMA veya TE/TP protokolü düşünülebilir.^{20,21}

GESTASYONEL TROFOBASTİK HASTALIKLARDA TAKİP

GTN takibinde aylık hCG takibinin 12 ay boyunca yapılması relapsı değerlendirmek için gereklidir. Bu süreçte kontrasepsiyon kullanılmalıdır.

Gelecekteki fertilitte ve gebelik etkilenmez ancak psikososyal ve seksüel danışma bazı hastalar için gerekebilir.

GTN gibi nadir, tedavisi zorlu olan hastalıkların jinekolojik onkoloji, medikal onkoloji, patolojiden oluşan bir ekip ile yönetilmesi gerekir.

KAYNAKLAR

1. Committee FO. FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2000. FIGO Oncology Committee. Int J Gynaecol Obstet 2002;77:285-287. Doi: 10.1016/s0020-7292(02)00063-2.
2. Ngan HYS, Bender H, Benedet JL, et L. Gestational trophoblastic neoplasia, FIGO 2000 staging and classification. Int J Gynaecol Obstet 2003;83 Suppl 1:175-177. Doi: 10.1016/s0020-7292(03)90120-2.
3. Horowitz NS, Goldstein DP, Berkowitz RS. Placental site trophoblastic tumors and epithelioid trophoblastic tumors: Biology, natural history, and treatment modalities, Gynecol Oncol. 2017;144:208-214. Doi: 10.1016/j.ygyno.2016.10.024.
4. Brown J, Naumann RW, Seckl MJ, et al. 15 years of progress in gestational trophoblastic disease: Scoring, standardization, and salvage. Gynecol Oncol. 2017;144:200-207. Doi: 10.1016/j.ygyno.2016.08.330.
5. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. Int J Gynaecol Obstet 2018;143 Suppl 2:79-85. Doi: 10.1002/ijgo.12615.
6. Lawrie TA, Alazzam M, Tidy J, et al. First-line chemotherapy in low-risk gestational trophoblastic neoplasia. Cochrane Database Syst Rev. 2016 9;(6):CD007102. Doi: 10.1002/14651858.

CD007102.pub4.

7. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease II: classification and management of gestational trophoblastic neoplasia. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204:11-8. Doi: 10.1016/j.ajog.2010.06.072.
8. Lawrie TA, Alazzam M, Tidy J, et al. First-line chemotherapy in low-risk gestational trophoblastic neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Jun 9;(6):CD007102. Doi: 10.1002/14651858.CD007102.pub4.
9. Seckl MJ, Sebire NJ, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. *Lancet.* 2010;376: 717-729. Doi: 10.1016/S0140-6736(10)60280-2.
10. Alazzam M, Tidy J, Osborne R, et al. Chemotherapy for resistant or recurrent gestational trophoblastic neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016:CD008891. Doi: 10.1002/14651858.CD008891.pub2.
11. Ahamed E, Short D, North B, et al. Survival of woman with gestational trophoblastic neoplasia and liver metastases: Is it improving? *J Reprod Med.* 2012;57:262-269. PMID: 22696824.
12. Newlands ES, Holden L, Seckl MJ, et al. Management of brain metastases in patients with high-risk gestational trophoblastic tumors. *J Reprod Med.* 2002;47:465-471. PMID: 12092015.
13. Bolze PA, Riedl C, Massadier J, et al. Mortality rate of gestational trophoblastic neoplasia with a FIGO score of ≥ 13 . *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214:390.e1-390.e8. Doi: 10.1016/j.ajog.2015.09.083.
14. Alifrangis C, Agarwal R, Short D, et al. EMA/CO for High-risk gestational trophoblastic neoplasia: Good outcomes with induction low-dose etoposide-cisplatin and genetic analyses. *J Clin Oncol.* 2013;31:280-286. Doi: 10.1200/JCO.2012.43.1817.
15. Powles T, Savage PM, Stebbing J, et al. A comparison of patients with relapsed and chemo-refractory gestational trophoblastic neoplasia. *Br J Cancer* 2007;96:732-737. Doi: 10.1038/sj.bjc.6603608.
16. Hoekstra AV, Lurain JR, Rademaker AW, Schink JC. Gestational trophoblastic neoplasia: treatment outcomes. *Obstet Gynecol* 2008;112:251-258. Doi: 10.1097/AOG.0b013e31817f58ae.
17. Lurain JR, Schink JC. Importance of salvage therapy in the management of high-risk gestational trophoblastic neoplasia. *J Reprod Med* 2012;57:219-224. PMID: 22696816.
18. Ngan HY, Kohorn EI, Cole LA, et al. Trophoblastic disease. *Int J Gynecol Obstets.* 2012;119:S130-S136. Doi: 10.1016/S0020-7292(12)60026-5.
19. Zhao J, Lv WG, Feng FZ, et al. Placental site trophoblastic tumor: A review of 108 cases and their implications for prognosis and treatment. *Gynecol Oncol.* 2016;142:102-108. Doi: 10.1016/j.ygyno.2016.05.006.
20. Frijstein MM, Lok CAR, van Trommel NE, et al. Management and prognostic factors of epithelioid trophoblastic tumors: Results from the International Society for the Study of Trophoblastic Diseases database. *Gynecol Oncol.* 2019;152:361-367. Doi: 10.1016/j.ygyno.2018.11.015.
21. Froeling FEM, Ramaswami R, Papanastasopoulos P, et al. Intensified therapies improve survival and identification of novel prognostic factors for placental-site and epithelioid trophoblastic tumours. *Br J Cancer.* 2019;120:587-594. Doi: 10.1038/s41416-019-0402-0.

