

GEBELİK ve KANSERLER

Fatih KILIÇ¹

GİRİŞ

Gebelikte kanser insidansı 1/1000-2000'dir (1). Günümüzde doğurganlık yaşının ilerlemesi bu oranı arttırmaktadır. Gebelik sürecinde olan fizyolojik değişiklikler kansere predispozan değildir; ancak kanser tanısında gecikmelere neden olabilmektedir. Gebelik her evre kanserde maternal prognozu kötüleştirmemektedir. Gebelikte en sık görülen kanserler; meme kanseri, servikal kanser, hematolojik maligniteler, tiroid kanseri ve melanomdur (2). Gebelikte tedavi kararları; hastalığın yaygınlığı, gebelik haftası ve hastanın istekleri doğrultusunda bireyselleştirilmelidir.

Kanserde tanısal ve evrelendirme amaçlı tetkikler gebe olmayan kadınlarda yapıldığı gibi yapılmalı ve geciktirilmemelidir. Ultrasonografi (USG) gebelikte en sık tercih edilen görüntüleme yöntemidir. Ayrıca non-iyonize tetkiklerden manyetik rezonans görüntüleme de (MRG) sıklıkla tercih edilir. Gerekliyse ve tedaviyi doğrudan etkileyecekse uygun fetal koruma ile tanısal iyonize görüntüleme yöntemleri (direkt grafi, bilgisayarlı tomografi) kullanılabilir. Radyasyon dozu mümkün olduğunca düşük tutulmalıdır. MRG'de kontrast madde olarak kullanılan gadolinyum, C kategorisinde bir ilaç olup plasentayı geçebilmektedir. Bu nedenle ilk trimesterde kul-

lanımı önerilmemektedir. Ancak ileri trimesterlerde yararının daha fazla olacağı düşünülüyorsa tercih edilebilir. Servikal kanserde kontrast madde kullanılmadan uygulanan MRG ile stromal invazyon, parametrial invazyon, vajinal uzanım ve tümör boyutu değerlendirilebilir. Radio-izotoplardan bazılarının güvenli olduğu bilinse de pozitron emisyon tomografisi (PET) gebelikte tercih edilmemektedir. PET çekiminde kullanılan FDG'nin (fludeoksiglukoz) anne sütünde konsantrite olduğu bilinmektedir. Emzirme döneminde tercih edildiğinde 72 saat boyunca emzirmenin yasaklanması önerilmektedir (3).

Gebelikte tümör belirteçleri fizyolojik değişimlerden etkilenebilmektedir. Ca-125, Ca 15-3, skuamöz hücre karsinom antijeni (SCC) ve alfa-feto protein (AFP) düzeyleri artmış olabilir. Ancak normal gebelikte Ca19-9, laktat dehidrogenaz (LDH), anti-müllerian hormon (AMH) ve inhibin-B seviyesi maternal serumda artmaktadır (4). Gebeliğe bağlı hipertansif hastalıklarda LDH düzeyleri artabilir.

Gebelikte tespit edilen malign durumlarda cerrahi girişim endikasyonu ortaya çıkabilir. Üreme sistemi ile ilişkili olmayan cerrahiler genelde iyi tolere edilir. Cerrahi esnasında hipotansiyon, hipoksi ve hipoglisemiden kaçınılmalıdır. Ab-

¹ Uzm. Dr. Fatih KILIÇ, Ankara Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Bölümü, drfatihkiliç@hotmail.com



24. Gebelikte tespit edilen over tümörlerinin yaklaşık %95'i benign, %5'i malign karakterdedir.
25. Gebelikte en sık görülen benign over tümörü matür ksitik teratomdur.
26. Gebelikte ikinci en sık görülen benign over tümörü seröz kistadenomdur.
27. Gebelikte en sık görülen malign over tümörü disgerminomdur.
28. Gebelikte en sık görülen malign over tümörü grubu malign epitelyal tümörlerdir.
29. Gebelikte over tümörlerinin en sık komplikasyonu torsiyondur.
30. Gebelikte torsiyon en sık uterusun hızlı büyüdüğü 8-16. gebelik haftaları arasında ve puerperal dönemdeki involusyon sırasında olur.
31. Gebelik luteomasında fetal virilizasyon görülebilirken, hiperreaksiyo luteinaliste fetal virilizasyon beklenmez.
32. Bevacizumab ve etoposid gebelikte tercih edilmez.
33. Gebelikte tespit edilen meme kanseri hastalarında en sık başvuru nedeni ağrısız ele gelen kitledir.
34. Transtuzumab, HER2-pozitif meme kanseri olan kadınlarda kullanılırken, gebelerde kullanılmamalıdır. Çünkü fetal böbrekte bulunan reseptörleri bloke ederek oligo-anhidroamniosa neden olabilir.
35. Gebelikte en sık görülen endokrin kanser tiroid kanseridir.
36. Gebelikte radyoaktif iyot ablasyonu kontrendikedir.
37. Gebe kadınlardaki kolorektal kanserlerin %80'i rektumdan kaynaklanır.
38. Gebelik sırasında en sık görülen hematolojik malignensi hodking lenfomadır.
39. Gebelikte en sık görülen lösemi tipleri akut myeloid lösemi, akut promyelotik lösemi ve akut lenfoid lösemidir.
40. Malign melanom plasentaya metastazı en çok bildirilen kanser türüdür.
41. Malign melanom, lösemi, lenfoma ve meme kanseri plasentaya metastaz yapan kanser türleridir.

KAYNAKLAR

1. Stensheim H, Moller B, Van Dijk T, Fossa SD. Cause-specific survival for women diagnosed with cancer during pregnancy or lactation: A registry-based cohort study. *J Clin Oncol* 2009; 27(1): 45-51.
2. Smith LH, Danielsen B, Allen ME, Cress R. Cancer associated with obstetric delivery: Results of linkage with the California cancer registry. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(4): 1128-35.
3. Rizack T, Mega A, Legare R, Castillo J. Management of hematological malignancies during pregnancy. *Am J Hematol* 2009; 84(12): 830-41.
4. Han SN, Lotgerink A, Gziri MM, Van Calsteren K, Hanssens M, Amant F. Physiologic variations of serum tumor markers in gynecological malignancies during pregnancy: A systematic review. *BMC Med* 2012; 10(1): 86.
5. Van Calsteren K, Verbesselt R, Devlieger R, et al. Transplacental transfer of paclitaxel, docetaxel, carboplatin, and trastuzumab in a baboon model. *Int J Gynecol Cancer* 2010; 20(9).
6. Amant F, Van Calsteren K, Halaska MJ, et al. Long-term cognitive and cardiac outcomes after prenatal exposure to chemotherapy in children aged 18 months or older: An observational study. *Lancet Oncol* 2012; 13(3): 256-64.
7. Paraskevaidis E, Koliopoulos G, Kalantaridou S, et al. Management and evolution of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy and postpartum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 104(1): 67-9.
8. Amant F, Halaska MJ, Fumagalli M, et al. Gynecologic cancers in pregnancy: Guidelines of a second international consensus meeting. *Int J Gynecol Cancer* 2014; 24(3).
9. Zanetta G, Mariani E, Lissoni A, et al. A prospective



- study of the role of ultrasound in the management of adnexal masses in pregnancy. *BJOG* 2003; 110(6): 578-83.
10. Whitecar P, Turner S, Higby K. Adnexal masses in pregnancy: A review of 130 cases undergoing surgical management. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181(1): 19-24.
 11. Amant F, Deckers S, Van Calsteren K, et al. Breast cancer in pregnancy: recommendations of an international consensus meeting. *Eur J Cancer* 2010; 46(18): 3158-68.
 12. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid* 2011; 21(10): 1081-125.
 13. Morgan DR, Fernandez CO, DeSarno C, Mann Jr WJ. Adenocarcinoma of the appendix in pregnancy: a case report. *J Reprod Med* 2004; 49(9): 753-5.
 14. Brenner B, Avivi I, Lishner M. Haematological cancers in pregnancy. *The Lancet* 2012; 379(9815): 580-7.
 15. O'Meara AT, Cress R, Xing G, Danielsén B, Smith LH. Malignant melanoma in pregnancy: A population-based evaluation. *Cancer* 2005; 103(6): 1217-26.
 16. Lens M, Bataille V. Melanoma in relation to reproductive and hormonal factors in women: current review on controversial issues. *Cancer Causes Control* 2008; 19(5): 437-42.