

## Bölüm 5

### GEBELİK VE KANSER

Seda ŞAHİN AKER<sup>1</sup>

Gebelikle ilişkili kanser tanımı gebeliğin tüm trimesterlerini ve doğum sonrası ilk bir yılı kapsamaktadır (1). Gebeliğin kanserle komplike olması nadir rastlanmakla birlikte gebeliğin ve kanserin yönetimi zor ve hayati önem taşımaktadır. Gebelikte kanser insidansına bakıldığında her 1/1000 olarak hesaplanmaktadır (2). Toplumlarda kadınların çalışma hayatında aktif rol alması ve gebeliği ertelemesi nedeniyle ileri yaş gebeliklerinde rastlanan kanser oranı yükselmektedir. Avrupada gebe kadınların %22'si 35 yaşın üzerindedir bu da gebelikte rastlanan kanser oranındaki artış da etkindir. Parazzini ve arkadaşları 30 yaşın altındaki kadınlarda gebelikle ilişkili kanser oranını 60/100000 bulurken, 40yaş ve üzerindeki kadınlarda bu oranı 265/100000 bulmuştur (3). Çalışmalar kanser oranındaki yüksekliğin sadece %14'ünü ilerleyen yaşa bağlamıştır (4). Genel olarak gebelikle ilişkili kanser insidansında artışın kanser insidansının artışı ile de ilişkilendirmişlerdir. Lee ve arkadaşları yaptığı çalışmada 1994-2007 yılları arasında gebelikle ilişkili kanser oranını 112.3/100000'den 191,5/100000'e yükseldiğini göstermişlerdir (4). Eibye ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 1977-1986 yılları arasında gebelikte saptanan kanser oranları %5,4 iken 1997-2006 periyodunda %8,3'e yükseldiği görülmüştür (5).

Gebelikle ilişkili en sık rastlanan malignitelere bakıldığında meme kanseri, serviks kanseri, melanoma ve lösemilerdir. Son yıllarda en sık görülen meme kanseri iken serviks kanser insidansı tarama programları sayesinde azalırken melanom insidansı artma trendindedir(1). Parazzini 2002-2011 yıllarını kapsayan çalışmasında gebelikle ilişkili meme kanseri oranını 39,9/100000, melanom oranını 7,2/100000, serviks kanseri oranı 5,5/100000 olarak hesaplamıştır (3). Smith ve arkadaşları 1991-1999 yılları arasında meme kanseri oranını 19,3/100000, melanom oranını 8,7/100000, serviks kanser oranını 12/100000 olarak hesaplamıştır (6).

Gebelikle ilişkili kanserde tanı koymak gebelikteki fizyolojik değişikliklerden dolayı gecikebilmektedir. Gebelikte gelişen fizyolojik ve anatomik değişiklikler fi-

<sup>1</sup> Uzm. Dr. - Ankara Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD. Jinekolojik Onkoloji Departmanı – dr-sedasahinaker@hotmail.com -

bulmuşlardır. Dolayısıyla gebeliğin meme kanseri tedavisi için engel olmadığı ve uygun tedaviyi alması önerilmektedir (24). Gebelerin kemoterapiye bağlı yan etki görme oranları serbest ilaç düzeyinin düşüklüğü nedeniyle tolere edilebilir seviyededir. Bulantı kusma regülasyonunda ondansetron, metoklopramid, proklorperazin kullanılabilir. Deksametazon hem bulantı hem de fetal akciğer gelişimi için kullanılabilir. Reynoso ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kemoterapiyi doğumdan önceki bir ay içerisinde alan fetusların %33'ünün nötropenik olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla gebelikte verilecek kemoterapinin doğumdan 3-4 hafta önce sonlanması önerilmektedir (25). Kemoterapi alırken emzirme ise süte geçen ilaç miktarının belirsizliği nedeniyle kontrendikedir.

Sonuç olarak gebelikte ilişkili kanser olgularına multidisipliner yaklaşmak gereklidir. Bu ekipte maternal fetal yarar adına jinekolog onkolog, perinatalog, medikal onkolog, radyasyon onkologu, neonatolog bulunmalı ve birlikte karar vermeli. Doğum mümkünse fetal matürasyonu takiben genellikle 32-35 hafta arasında, cerrahi 2.trimesterde uygulanmalıdır. Gebeye ve ailesine tümörün davranış stili, evresi, prognozu, tedavinin fetüs üzerine olabilecek advers etkileri, tedaviyi ertelemenin maternal açıdan riskleri, fetal viabilite ve kanser tedavisi nedeniyle fetal prematüritenin yaratacağı riskler hakkında gerekli bilgiler verilmelidir. Bu zorlu süreçte ihtiyaç halinde gebenin psikolojik destek alması konusunda desteklenmelidir.

## **KAYNAKÇA**

1. Stensheim H, Johansson A . Epidemiology Textbook of cancer in pregnancy ESGO 2017;1.1:1-8
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;189:1128-3
3. Parazzini F, Franchi M, Tavani A. Frequency of Pregnancy Related Cancer: A Population Based Linkage Study in Lombardy, Italy International Journal of Gynecologic Cancer 2017;27:613-619
4. Lee Y, Roberts C, Dobbins T, Stavrou E, Black K, Morris J, et al.. Incidence and outcomes of pregnancy-associated cancer in Australia, 1994-2008: a population-based linkage study. BJOG 2012;119:1572-82
5. Eibye S, Kjær SK, Mellekjær L Incidence of Pregnancy-Associated Cancer in Denmark, 1977-2006. Obstetrics & Gynecology. 2013;122(3):608-617. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182a057a2.
6. 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):1128-1135.
7. Pavlidis NA. Coexistence of pregnancy and malignancy. The Oncologist 2002;7:279-87
8. de Haan J, Vandecaveye V, Han SN, Van de Vijver KK, Amant F. Difficulties with diagnosis of malignancies in pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2016;33:19-32
9. American College of, O. & Gynecologists' Committee on Obstetric, P. Committee Opinion No. 656: Guidelines for Diagnostic Imaging During Pregnancy and Lactation. Obstet Gynecol 2016;127:75-80
10. Gjelsteen AC, Ching BH, Meyermann MW, Prager DA, Murphy TF, Berkey BD, et al. CT, MRI, PET, PET/CT, and ultrasound in the evaluation of obstetric and gynecologic patients. Surg Clin North Am 2008;88:361-90

11. Sachs, H.C. & Committee On, D. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics. *Pediatrics* 2013;132:796-809
12. Chen MM, Coakley FV, Kaimal A, Laros RK Jr. Guidelines for computed tomography and magnetic resonance imaging use during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol* 2008;112:333-40
13. Ray JG, Vermeulen MJ, Bharatha A, Montanera WJ, Park AL. Association between MRI exposure during pregnancy and fetal and childhood outcomes. 2016;316(9):952-961. doi:10.1001/jama.2016.12126
14. Garcia-Bournissen, F., Shrim, A., & Koren, G. Safety of gadolinium during pregnancy. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 2006;52(3):309-310.
15. Sachs HC. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics. *Committee on Drugs. Pediatrics* 2013;132:796-809
16. Gropper, A.B., Calvillo, K.Z., Dominici, L. Sentinel Lymph Node Biopsy in Pregnant Women with Breast Cancer *Ann Surg Oncol* 2014;21: 2506-2511. <https://doi.org/10.1245/s10434-014-3718-2>
17. Peccatori F.A. , Azim H.A. , Orecchia R. , Hoekstra H.J. , Pavlidis N. , Kesic V. , Cancer, pregnancy and fertility: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up *Ann Oncol.* 2013;24(6):160-170
18. Pandit-Taskar N. Dauer, L.T. , Montgomery L. , St Germain J. , Zanzonico P.B. , Divgi C.R. Organ and fetal absorbed dose estimates from 99mTc-sulfur colloid lymphoscintigraphy and sentinel node localization in breast cancer patients *J Nucl Med*, 2006;47:1202-1208
19. Papadia A, Mohr S, Imboden S, Lanz S, Bolla D, Mueller M.D Laparoscopic Indocyanine Green Sentinel Lymph Node Mapping in Pregnant Cervical Cancer Patients, *Journal of Minimally Invasive Gynecology*.2016;23(2), 270-273
20. Mazze RI, Kallen B. Reproductive outcome after anesthesia and operation during pregnancy: a registry study of 5405 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1989;161(5):1178-1185.
21. Pearl J, Price R, Richardson W, Fanelli R. Guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy for surgical problems during pregnancy. *Surg Endosc* 2011;25(11):3479-3492.
22. Amant F et al. Gynecologic Cancers in Pregnancy, Guidelines of a Second International Consensus Meeting. *Int J Gyn Cancer.* 2014;24(3):394-407.
23. Poortmans P,Kaidar-Person O, Masset H, Lampka E Radiotherapy during pregnancy *Textbook of Cancer in Pregnancy. European Society of Gynaecological Oncology* 2017;1.3: 17-24
24. Litton JK, Warneke CL, Hahn KM,Oncologist. Case control study of women treated with chemotherapy for breast cancer during pregnancy as compared with nonpregnant patients with breast cancer. 2013;18(4):369-76. doi: 10.1634/theoncologist.2012-0340
25. Reynoso EE, Shepherd FA, Messner HA, Farquharson HA, Garvey MB, Baker MA. Acute leukemia during pregnancy: the Toronto Leukemia Study Group experience with long-term follow-up of children exposed in utero to chemotherapeutic agents. *J Clin Oncol*, 1987. 5(7): p. 1098-106.