

# Gebe Bir Kadında Serviks Kanseri Yönetimi

## Management of Cervical Cancer in a Pregnant Woman

Mehmet Dolanbay, Mürşide Şahin, Bülent Özçelik

Erciyes Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kayseri

### Özet

Serviks kanseri gebelikte en sık karşılaşılan jinekolojik kanserdir. Otuz yaşında hasta kliniğimize 25 haftalık gebelik ve vajinal kanama şikâyeti ile başvurdu. Yapılan vajinal muayenede serviksten kaynaklanan 4 cm'lik kanamalı kitle tespit edildi. Histopatolojik incelemede invaziv skuamöz hücreli kanser tanısı alan hastaya fetal akciğer gelişimi için kortikosteroid uygulandı. Gebeliğin 31. haftasında Tip III histerektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Bebek doğum sonrası 22. günde sağlıklı bir şekilde taburcu edildi. Hasta tümör pozitif lenf nodu nedeniyle onkoloji servisine yönlendirildi. Sonuç olarak gebelerin ilk prenatal muayenede serviks kanseri açısından taranması erken tanı ve tedavide önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Gebelik, serviks kanseri, serviks kanseri taraması

### Abstract

Cervical cancer is the most common gynaecological cancer in pregnancy. A 30 year-old woman was admitted to gynaecology department with the complaint of 25 week pregnancy and vaginal bleeding. Vaginal examination revealed 4 cm haemorrhagic mass arises from cervix. Histological examination reported as invasive squamous cell carcinoma of the cervix. Corticosteroid implementation was done for fetal pulmonary maturation. In week 31 of pregnancy Type 3 Hysterectomy and lymph node dissection were performed. New born was discharged from hospital at postoperative day 22. She was referred to oncology department for radiotherapy because of tumour positive lymph nodes. In conclusion the examination of all pregnant women at first prenatal visit for cervical cancer is important for early diagnosis and treatment.

**Keywords:** Cervical cancer, cervical cancer screening, pregnancy

Başvuru Tarihi / Received: 03.04.2015  
Kabul Tarihi / Accepted : 30.11.2015

### Giriş

Serviks kanseri gebelikte en sık karşılaşılan jinekolojik kanserdir (1). Yaklaşık insidansı 2000 gebelikte 1 olgudur ve her 34 serviks kanserli hastadan 1 tanesi gebe kalmaktadır (2-4). Tanısal gecikmedeki en önemli neden gebelikte servikovajinal smear ile serviks kanseri taramasının rutin olarak uygulanmamasıdır. Ayrıca vajinal akıntı ve damlama şeklinde kanama gibi klinik bulguların gebeliğin doğal seyrinde de görülmesi tanıyı geciktirebilir (4). Gebelerdeki serviks kanseri tedavisinde; klinik evre, lezyonun büyüklüğü ve gebelik haftası birlikte değerlendirilmelidir (5). Gebeliğin erken haftasında tanı alan kanserlerde fetal viabilite için önerilen bekleme süresi yaklaşık olarak 2-4 haftadır (6). Fetal viabilitenin beklenmesine etki eden ve kanserin prognozunda önemli olan faktör ise lenfatik nodal yayılımdır (7).

### Olgu Sunumu

30 yaşında, evli, G(4) P(2) A(1) Y(2), özgeçmişinde özellik olmayan hasta kliniğimize 25 haftalık gebelik ve vajinal kanama şikâyeti ile başvurdu. Yapılan spekulum muayenesinde 4 cm'lik kanamalı, fragil, polipoid kitle izlendi.

**Adres / Correspondence :** Mehmet Dolanbay  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,  
Kayseri  
**e-posta / e-mail :** mdolanbay@erciyes.edu.tr

Serviksteki kitleden biyopsi amacıyla örnekler alındı ve gebeliğin 27. haftasında histopatolojik olarak invaziv skuamöz hücreli karsinom tanısı kondu. Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRI) ile klinik evreleme amaçlı değerlendirilen hastada serviks lokalizasyonunda, parametrial alanları bilateral şüpheli invaze eden 39x39 mm ölçüsünde T2 hiperintens kitle saptandı. Gebeliğin 28. haftasında fetal akciğer maturasyonu amacıyla kortikosteroid 1x2 ampül 24 saat ara ile iki doz şeklinde uygulandı. Fetal akciğer maturasyonu için kabul edilebilir 3 haftalık bekleme süresinin ardından 31+4 haftalık gebelik aşamasında bilgilendirilmiş onam alınarak hastaya sezaryen-histerektomi planlandı. Batına göbek altı orta hat insizyon ile girilerek 1. dakika APGAR 6, 5. dakika APGAR skoru 8 olan 1550 gr canlı bir erkek bebek doğurtuldu. Aynı seansta tip III histerektomi, bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu, paraaortik lenf nodu örnekleme ve bilateral salpenjektomi yapıldı. Postoperatif radyoterapi tedavisi düşünülerek cerrahiden korunan overler parakolik alanlara klipsler ile işaretlenerek asıldı. İntraoperatif 6 ünite eritrosit süspansiyonu, 5 ünite taze donmuş plazma verildi.

Histopatolojik tanısı geniş hücre keratinize olmayan tip skuamöz hücreli karsinom, serviks olarak raporlanan hastanın, sağ ve sol pelvik lenf nodu kayıtlı spesmenlerinde tümöral metastaz saptandı. Cerrahi sınırlarda tümör izlenmedi. Postoperatif 10. günde bebek yenidoğan ünitesinde sağlıklı bir şekilde takipte iken anne radyoterapi için radyasyon onkolojisi bölümüne yönlendirildi. Bebek doğum sonrası 22. günde sağlıklı bir şekilde taburcu edildi.

## Tartışma

İnvaziv serviks kanserleri dünya genelinde, kadın kanserleri içerisinde meme ve kolorektal kanserlerden sonra en yaygın üçüncü kanser türüdür. Kanser ölümlerinin %85'i gelişmekte olan ülkelerde olup, en sık skuamöz hücreli kanser tipi görülmektedir. Gebe olmayan hasta popülasyonunda kırklı yaşların ortalarında yaygın görülen serviks kanseri gebe hastalarda yaklaşık olarak 30-35 yaş aralığında artmaktadır (2). İnvaziv serviks kanserlerinin yaklaşık %3'ü gebelik sırasında oluşur (2,3). Gebelerde de serviks kanserlerinin %80'i gebe olmayan popülasyon ile benzer biçimde skuamöz hücreli karsinomlardır (8).

Serviks kanseri gebelikte birlikte en sık görülen jinekolojik malignite olmasına karşın tanıda gecikmeler olmaktadır. Bu gecikmelerin en önemli nedeni gebelik sırasında servikovajinal smear ile serviks kanseri taraması işleminin jinekoloji pratiğine yerleşmiş rutin bir uygulama olmamasındandır (9). Aslında ülkemiz gibi periyodik kontrol alışkanlığı olmayan toplumlarda gebelik kontrolleri hekime serviks kanseri taraması ve erken tanısı için iyi bir fırsat sunmaktadır. Gebelikte serviks kanseri genellikle asemptomatiktir. Semptomatik hastalar ise vajinal kanama ve akıntı şikâyeti ile başvurmaktadır. Bu bulgular normal gebelik seyrinde de görülebildiği için yanıltıcı olabilir ve daha dikkatli bir vajinal muayene gerektirir.

Gebelikte servikal intraepitelyal lezyon tespit edilmesi durumunda 4-6 haftalık smear ve kolposkopik kontrollerle doğuma kadar beklenebilir fakat invaziv kanser kesinlikle ekarte edilmelidir (10).

Gebelikte servikal karsinoma yaklaşık hastalığın evresine, tanı esnasındaki gestasyonel haftaya, gebeliğinin devamının istenip istenmemesine bağlıdır. Terapötik yaklaşımlar kemo-radyoterapi ya da neoadjuvan kemoterapi ile birlikte radikal cerrahi, adjuvan tedavili yada tedavisiz cerrahi şeklindedir (11). Genel yaklaşım 20 haftanın altındaki gebeliklerde, gebeliğin devamı düşünülmeden evreye göre tedavinin planlanmasıdır. Yirmi haftanın üstündeki gebeliklerde fetal akciğer gelişiminin sağlanması beklenebilir ve sonrasında tedavi planı yapılabilir (12,13). Bekleme süresinde en önemli prognostik faktör lenf nodu tutulumudur. Nodal tutulum ve lenfovasküler tutulum varlığında tanı ve tedavi arasındaki bekleme süresi 2-4 haftadan fazla olmamalıdır (13-14). Bizim olgumuzda olduğu gibi akciğer maturasyonu için gerekli tedavi planından sonra 2-4 hafta içerisinde cerrahi tedavi planlanmalıdır.

Gebelerde de serviks kanseri evrelemisi FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) evreleme sistemine göre yapılmaktadır. Yapılan klinik evrelemede kullanılan radyolojik

görüntüleme yöntemlerinin başında MRI gelmektedir. MRI tümörün büyüklüğü parametrium ve vajen tutulumu hakkında yüksek sensitivite ile bilgi vermekte, fakat nodal tutulumu göstermekte daha az duyarlı kalmaktadır. Artmış uterin volumün lenf nodlarının gösterilmesinde zorluklar yaratması düşük sensitivitenin en önemli nedeni gibi görünmektedir (15).

Lenfovasküler tutulum olmayan evre IA1 tümörü olan olgularda konizasyon tedavi için yeterli olduğundan bu hastalar gebeliğin sonuna kadar takip edilebilir. Bu hasta grubunun 4 haftada bir kolposkopi takibi yapılmalıdır. Evre I-IIa olgularda primer tedavi cerrahi evre IIB ve üstü tümöre sahip gebeliklerde tedavi kemoradyoterapidir (15). Ancak bizim vakamızda olduğu gibi parametriyal tutulumun şüpheli olduğu seçilmiş vakalarda mevcut tümörün daha küçük boyutlara inmesini sağlayarak radyoterapiye cevabını arttırmak amaçlı cerrahi de akılda tutulmalıdır.

Sonuç olarak tüm gebelerde ilk prenatal vizitte spekulum muayenesi yapılmalı ve PAP smear testi uygulanmalıdır. Tarama testlerinde şüpheli sonuçları olan hastalara kolposkopik inceleme yapılmalı ve şüpheli lezyonlardan mutlaka biyopsi alınmalıdır.

**Hasta Onamı:** Hasta onamı bu olguya katılan hastadan 10.05.2013 tarihinde alınmıştır.

**Sunulduğu Kongre:** Bu çalışma 19-23 Kasım 2014 tarihleri arasında Antalya' da düzenlenen 14.Ulusal Jinekolojik Onkoloji kongresinde poster olarak sunulmuştur.

## Kaynaklar

1. Duggan B, Muderspach LI, Roman LD, Curtin J.P, d'Ablaing III G, Morrow C.P. Cervical cancer in pregnancy: reporting on planned delay in therapy. *Obstet Gynecol.* 1993;82(4Pt1):598-602.
2. Method MV, Brost BC. Management of cervical cancer in pregnancy. *Semin Surg Oncol.* 1999;16(3): 251-60.
3. Nguyen C, Montz FJ, Bristow RE. Management of stage I cervical cancer in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2000;55(10):633-43.
4. Smith LH, Dalrymple JL, Leiserowitz GS, Danielsen B, Gilbert WM. Obstetrical deliveries associated with maternal malignancy in California, 1992 through 1997. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(7):1504-12.
5. Amant F, Brepoels L, Halaska MJ, Gziri .M, Calsteren KV. Gynaecologic cancer complicating pregnancy: an overview. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010;24(1):61-79.
6. Kurt S, Yaz M, Bulutgenc HC, Ayaz D, Kelekci S. Pregnancy and cervical cancer. A case report. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* 2011;21(3):221-26.
7. Siu SS, Cheung TH, Lo KW, Yim SF, Chung TK. Is common iliac lymph node dissection necessary in early stage cervical carcinoma? *Gynecol Oncol.* 2006;103(1): 58-61.
8. Querleu D, Leblanc E, Castelain B. Laparoscopic pelvic lymphadenectomy in the staging of early carcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;164(2):579-581.
9. Atasu T, Aydın K. Jinekolojik Onkoloji 2. Baskı. 27:542-555, 1999.

10. Kiguchi K, Bibbo M, Hasegawa T, Kurihara S, Tsutsui F, Wied G. Dysplasia during pregnancy; A cytologic Follow-up study. *J Reprod Med.* 1981;26(2):66-72.
11. Wang SS, Sherman ME, Silverberg SG et al. Pathological characteristics of cervical adenocarcinoma in a multi-center US-based study. *Gynecol Oncol.* 2006;103(2):541-6.
12. Creasman WT. Cancer and pregnancy. *Ann N Y Acad Sci.* 2001;943:281-6.
13. Favero G, Chiantera V, Oleszczuk A et al. Invasive cervical cancer during pregnancy: laparoscopic nodal evaluation before oncologic treatment delay. *Gynecol Oncol.* 2010;118(2):123-7.
14. Hunter MI, Monk BJ, Tewari KS. Cervical neoplasia in pregnancy. Part 1: screening and management of preinvasive disease. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(1):3-9.
15. Schneider A, Hertel H. Surgical and radiographic staging in patients with cervical cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2004;16(1):11-8.