

BALIKESİR MEDICAL JOURNAL

Gebelikte Ortaya Çıkan Beyin Tümörü

Brain Tumor During Pregnancy

Gökhan KILINÇ*, Bülent ATİK*, Volkan YARAR*

*Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Anesteziyoloji Servisi, Balıkesir, Türkiye.

Öz

Reproduktif dönemde beyin tümörleri oldukça nadir görülmektedir. Gebelikteki hormonların etkisi ile mevcut olan tümör boyutunda değişiklikler olabilir. Gebeliğe bağlı olarak görülen bulantı, kusma gibi semptomlar beyin tümörünün tanısında gecikmeye neden olabilir. İnatçı olan bulantı, kusma ve baş ağrısı varlığında beyin tümörü açısından dikkatli olmak gerekir. Gebelik döneminde beyin tümörü tanısı alan 40 yaşında bir olguyu tartışmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; beyin tümörü; glioma

Abstract

Brain tumors are very rare in reproductive period. There may be changes in the size of the tumor present with the effect of the hormones during pregnancy. Symptoms such as nausea and vomiting due to pregnancy may cause delay in the diagnosis of the tumor. In the presence of persistent nausea, vomiting, headache, it is necessary to be careful about the brain tumor. We aimed to discuss a 40-year-old woman who was diagnosed with brain tumor during pregnancy.

Keywords: Pregnancy; Brain tumor; Glioma

Gönderilme Tarihi: 10-4-2018

Kabul Tarihi: 7-9-2018

Atf için: Gökhan KILINÇ, Bülent ATİK, Volkan YARAR, Gebelikte Ortaya Çıkan Beyin Tümörü, Olgu Sunumu, Balıkesir Medical Journal, 2018;2(3):160-164

Sorumlu Yazar: Uzm.Dr. Gökhan Kılınç
Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Anesteziyoloji Servisi, Balıkesir, Türkiye.

GSM: + 90 535 280 21 28

e-mail: gkilinc35@hotmail.com

GİRİŞ

Reprodüktif dönemde beyin tümörleri oldukça nadir görülmektedir. Bu dönemdeki gebe olan ve gebe olmayan kadınlar arasında primer beyin tümörü arasında bir farklılık saptanmamıştır. Hormonların etkisi ile mevcut olan tümör boyutunda değişiklikler olabilir(1). Gebelikte beyin tümörü ilk defa Bernard tarafından 1898 yılında tanımlanmıştır(2). Bu yaş grubunda en sık görülen beyin tümörü glial tümörlerdir(3). Glial hücrelerden kaynaklanan bu tümörler, derecesine bağlı olarak yavaş büyüyen veya agresif ve invaziv olabilen intrinsik parankimal tümörlerdir. Tipik olarak baş ağrısı, bulantı ve kusma gibi nonspesifik semptomlarla ortaya çıkarlar, nöbet veya fokal nörolojik defisitlere sebep olabilirler(4). Gebelikte ortaya çıkan beyin tümörleri hem anne hem fetus için ciddi riskler taşımaktadır. Hastaya multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir.

OLGU

40 yaşında gravida 2 parite 2 olan 15 haftalık gebe hasta bulantı kusma şikayetleri ile birkaç kez kadın doğum polikliniği ve acil servise başvuruyor. Hasta acil servise başvurmadan 1 gün önce kadın doğum acil polikliniğine başvuruyor. Yapılan muayenesinde fetal kalp atımı pozitif olarak bulunuyor. Hastaya 1000 cc izotonik, 10 mg metoklopropamid ve 50 mg ranitidin tedavisi veriliyor. Şikayetlerinde azalma olan hasta eve taburcu ediliyor. 4 gün sonra hasta bulantı, kusma, bilinç bulanıklığı ve kasılma şikayeti ile yakınları tarafından hastanemiz acil servisine getiriliyor. Hastanın fiziki muayenesinin ardından yapılan radyolojik görüntülemesinde; inferiorda frontal lob düzeyinden başlayıp sentrum semiovale düzeyine kadar uzanım gösteren anteriorda orta hat yerleşimli, orta hattın her iki tarafına da uzanım gösteren en geniş yerinde 63x56 mm boyutunda belirgin bası etkisi bulunan, buna sekonder korpus kallosum genusunu lateral ventriküllerin frontal hornlarını ve komşuluğundaki frontal serebral parankimi baskılayan hafif parmaksı tarzda yaygın ödem etkisi bulunan parankime göre hafif dens kitlesel lezyon izlenmektedir (Resim 1). Beyin cerrahisi tarafından konsülte edilen hastaya ilgili klinik tarafından tümör yerleşiminden dolayı cerrahi müdahale düşünülmüdü. Kadın doğum kliniğince yapılan muayenesinde gebeliğinin 15. haftasında olduğu rapor edilmiş. Acil serviste bakılan arter kan gazında pH: 7.55 pO₂: 121 mmHg pCO₂: 30 mmHg HCO₃: 28 mmol/L olarak tespit

edilmiş. Bilinç bulanıklığı ve solunum sıkıntısı olan hasta erişkin yoğun bakım ünitesine yatırılmıştır.

Hastanın yatışındaki muayenesinde glasgow koma skoru: 9(E2M4V3), akciğer sesleri bilateral doğal, ral-ronküs yok; kardiyak muayenesinde S1 S2 doğal, ek ses, üfürüm yok, sinüs ritminde; batın rahat, defans yok, rebound yok; diürez mevcut olarak saptanmıştır. Hastaya beyin cerrahisi önerisi ile mannitol 4*100 cc başlandı. Yoğun bakım yatışının 1. gününde genel durumunda kötüleşme olan hasta entübe edilip mekanik ventilatöre bağlandı. Yoğun bakım yatışının 2. gününde hastada ani kardiyak arrest gelişti. Yapılan 1 saatlik kardiyopulmoner resusitasyon(KPR) sonrası hastada sinüs ritmi görüldü. Dopamin ve noradrenalin infüzyon başlandı. Yoğun bakım yatışının 72.saatinde bradikardi ve satürasyon düşüklüğü gelişen hastaya yapılan resüsitasyonla 10. dakikada sinüs ritmi izlendi. Bu esnada hastanın vajinal kanaması olduğu gözlemlendi. Yapılan obstetrik muayenesinde fetal kalp atımının kaybolduğu tespit edildi. Nörolojik muayenesinde hastanın ışık refleksinin kaybolduğu tespit edildi. Bu bulgular nedeniyle yapılan beyin ölümü testlerinde hastaya beyin ölümü tanısı konuldu. Hastanın tetkiklerinin ulusal bilimsel danışma kurulu tarafından değerlendirilmesi sonucunda; hasta organ nakli donörü olarak kabul edilmedi ve hastanın mekanik ventilatör desteği kesildi.

TARTIŞMA

Gebelikte beyin tümörleri multidisipliner yaklaşım gerektirirken, beraberinde anne ve bebek açısından ek riskler oluşturur. Reprodüktif dönemdeki kadınlarda en sık görülen intrakranial tümörler glial tümörlerdir. Gliomlar 1.trimesterde daha sık izlenmektedir(3).

Yapılan çalışmalar, gebelik ve gliom arasında nöbet sıklığı, tümör hacmi ve tümör artış hızı açısından korelasyon varlığını göstermiştir(5). Yapılan çok merkezli bir çalışmada gliom tanısı olan ve gebe kalan 24 hasta, gebelik esnasında tanı alan 28 hasta incelenmiş ve bu hastalarda gebelik süresi boyunca tümör çapında artış tespit edilmiş; 3 hastaya gebelik sırasında cerrahi, 1 hastaya da cerrahi ve radyoterapi uygulanmıştır(6).

Hamilelik sırasında beyin tümörlerinin ilerlemesini açıklamak için çeşitli teoriler önerilmiştir. Raporlar, hormonal değişikliklerin ve gebelik sırasında büyüme faktörleri ve anjiyogenik faktörlerin düzeylerindeki artışların, beyin tümörlerinin büyüme hızını

etkilediğini göstermektedir. Artan vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) seviyeleri ve plasental büyüme faktörü glioblastomda iyi yapılandırılmış anjiyojenik faktörlerdir(7).

Gebelik, özellikle kan-beyin bariyerini geçebilen seks hormonları ile ilgili önemli hormonal değişikliklere yol açar. Ayrıca santral sinir sisteminin glial hücreleri hormon reseptörleri eksprese ederler. Gebelikteki gliom biyolojik davranış üzerindeki etkileri, hormon-reseptör etkileşimleri ile tetiklenebilir. Meningiomaların aksine, çok az sayıda çalışma gliomlarda hormonal reseptörlerin ekspresyonunu araştırmıştır. Gliom derecesi ile hormonal reseptörlerin ekspresyonu arasında net bir ilişki bulunamamıştır(8).

Baş ağrısı, kusma veya nöbetler, gebeliğin erken döneminde görülen hiperemesis gravidarum veya preeklampsi ile karıştırılabilir. Bununla birlikte, yapılan fundoskopik muayeneler, görme bozukluğu, ekstremitte güçsüzlüğü, fokal nöbetler ve nörolojik defisitlerle ilgili anormal bulguların varlığı, intrakraniyal lezyon olasılığına karşı uyarmalı ve tanı için magnetik rezonans görüntüleme ile daha ileri tetkik yapılmasını gerektirmelidir. Bizim olgumuzda da hastada olan bulantı, kusma gibi şikayetler gebelikle ilişkilendirilmiş daha ileri nörolojik bulgular ortaya çıkana kadar hastaya tanı konulamamıştır.

Olgumuzda gebelik öncesinde hastanın beyin tümörü olduğuna dair herhangi bir tanı bulunmamaktadır. Hamilelik sırasında gliom olan kadın vakalar literatürde az miktarda da olsa bulunmaktadır. Pallud ve ark. gliomlar üzerine yaptıkları çalışmada, 1992 ile 2007 arasında sekiz vaka bildirmiş; gebeliğin öncesinde beş hastada gliom tanısı varken, üç hastada gebelik sırasında gliom gelişmiş ve yaygın gliom tanısı konulmuştur(8). Ducray ve ark. dört olgu, Lynch ve ark. gliom tanısı olan beş olgu bildirmişlerdir(9, 10).

Gebelikte, beyin tümörlerinin tedavisinde hastaya göre hareket etmek gerekir. Tedavide; tanı anındaki intrakraniyal patoloji, gebelik haftası ve ailenin isteği gibi kriterler göz önüne alınmalıdır. Beyin tümörü tanılı gebe hastalarda cerrahi seçenekte uygulanabilir bir seçenektir. Ancak bizim olgumuz cerrahi açıdan inoperatif kabul edilmiştir. Nörolojik bulguları olmayan, küçük tümör varlığında cerrahi seçenek gebeliğin bitimine bırakılabilir. Hastalığın seyrine göre gereken sezaryen ile doğum, preterm doğum ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi desteği ihtimalini arttırmaktadır.

Normal doğum esnasında gelişebilecek intrakranial basınç artışına bağlı gelişebilecek komplikasyonlar nedeniyle bu hastalarda sezeryanla doğum ön planda düşünülmelidir.

SONUÇ

Reprodüktif dönemde gebe ve gebe olmayan kişiler için beyin tümörü görülme sıklığı arasında fark yoktur. Beyin tümörünün bulantı, kusma gibi semptomları gebeliğe bağlı olarakta görülebileceği için tanıda gecikmeye neden olabilir. İnatçı olan bulantı, kusma baş ağrısı gibi semptomlarda ayırıcı tanıda beyin tümörü açısından dikkatli olmak gerekir ve ileri tektikler ile araştırılmalıdır.

Kaynaklar

1. Isla A, Alvarez F, Gonzalez A, García-Grande A, Perez-Alvarez M, García-Blazquez M. Brain tumor and pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 1997;89(1):19-23.
2. MH. Bernard. Sarcome cerebral à evolution rapide au cours de la grossesse et pendant les suites des couches. *Bulletin de la Society d'Obstetrique de Paris*. 1898;1(1):296-298.
3. Roelvink NC, Kamphorst W, van Alphen HA, Rao BR. Pregnancy-related primary brain and spinal tumors. *Archives of neurology*. 1987;44(2):209-215.
4. Bonfield CM, Engh JA. Pregnancy and Brain Tumors. *Neurologic Clinics*. 2012;30(3):937-946.
5. Daras M, Cone C, Peters KB. Tumor progression and transformation of low-grade glial tumors associated with pregnancy. *Journal of neuro-oncology*. 2014;116(1):113-117.
6. Peeters S, Pages M, Gauchotte G, Miquel C, Cartalat-Carel S, Guillamo JS, et al. Interactions between glioma and pregnancy: insight from a 52-case multicenter series. *Journal of neurosurgery*. 2018;128(1):3-13.
7. Smith JS, Quinones-Hinojosa A, Harmon-Smith M, Bollen AW, McDermott MW. Sex steroid and growth factor profile of a meningioma associated with pregnancy. *The Canadian journal of neurological sciences Le journal canadien des sciences neurologiques*. 2005;32(1):122-127.
8. Pallud J, Duffau H, Razak RA, Barbarino-Monnier P, Capelle L, Fontaine D, et al. Influence of pregnancy in the behavior of diffuse gliomas: clinical cases of a French glioma study group. *Journal of neurology*. 2009;256(12):2014-2020.
9. Wu JIE, Ma Y-H, Wang T-L. Glioma in the third trimester of pregnancy: Two cases and a review of the literature. *Oncology Letters*. 2013;5(3):943-946.
10. Lynch JC, Gouvea F, Emmerich JC, Kokinovrachos G, Pereira C, Welling L, et al. Management strategy for brain tumour diagnosed during pregnancy. *British journal of neurosurgery*. 2011;25(2):225-230.