

GEBELİKTE SERVİKAL PATOLOJİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Prof. Dr. Fuat Demirkıran

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Jinekolojik
Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
fdemir11@istanbul.edu.tr

Gebelik ve malignite birliktediği yaklaşık her 1000 ile 1500 doğumdan birinde görülür. Son yıllarda tanı parametrelerinin gelişmesi ve gebelik yaşının ilerlemesi ile bu birlikteliğin bir miktar arttığı ve artmaya devam edeceği görülmektedir. Serviks kanserleri jinekolojik tümörler içinde önemli bir yer tutar. Gelişmiş ülkelerde ikinci veya üçüncü en sık görülen genital tümör olmasına rağmen ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelere en sık görülen jinekolojik malign tümörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle gebelikte birlikte en sık görülen genital kanserdir ve yaklaşık 770 gebelikte bir servikal prekanseröz veya invaziv serviks kanserleri görülür. Bazı araştırmalarda bu oranın 1200-2200 gebelikte bir olduğu bildirilmiştir. Tedavi ve takip yaklaşımları birbirinden büyük farklılıklar gösterdiğinden gebelikte servikal patolojileri; prekanseröz lezyonlar ve invaziv serviks kanserleri olmak üzere iki başlık altında incelenecektir.

Prekanseröz lezyonlar

Prekanseröz lezyonlar genellikle asemptomatik ve subklinik lezyonlar olduğundan gebelik sırasında yapılan tarama programları ile tanınırlar. Prekanseröz lezyonların tanı prensipleri gebelik olmayan hastalardan farklı değildir. Gebelerde de servikal malignite taraması vajinal sitoloji ile yapılır ve özellikle prekanseröz lezyonların tanısı bu yolla koyulur. Bu nedenle her gebe, ilk prenatal muayenede vajinal sitolojik değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. Gebelikte görülen fizyolojik servikal değişiklikler nedeni ile vajinal sitoloji araştırmalarının duyarlılığı azalmıştır. Prenatal dönemde vajinal sitolojik tarama uygulanan olguların yaklaşık %5 kadarında anormal sitolojik bulgu saptanır. Ancak gebelerde sitolojinin yanlış pozitiflik oranının arttığı bilinmelidir.

Kolposkopi ile ektoserviksi değerlendirirken gebe olan ve olmayan grupta tanı kriterleri birbirinden farklı değildir. Esas olarak gebelerde görülen fizyolojik ektropion kolposkopik değerlendirmeyi kolaylaştırır. Bu nedenle anormal sitoloji gebelerde kolposkopik değerlendirme sonucunda, olgu biyopsiye yönlendirilmelidir. Bu şekilde kolposkopi altında yönlendirilmiş biyopsiler gereksiz konizasyon ve geniş biyopsilere engel olur. Gebelik süresince 1064 kolposkopik muayaneyi içeren bir araştırmada, Hacker ve ark.ları servikal lezyonların tanısında kolposkopik değerlendirmenin tanısallı doğruluğunun %99.5 olduğunu saptamıştır. Anormal sitolojili gebelerde kolposkopik değerlendirme ile önceki yıllarda sık uygulanan konizasyon girişimlerini en alt düzeylere indirmek mümkündür.

Prenatal dönemde saptanan anormal vajinal sitolojili olgularda, serviks kolposkopla incelenmelidir. Sitoloji ve kolposkopi düşük gradeli bir lezyonu gösteriyorsa biyopsi bir süre ertelenebilir. Ancak vajinal sitoloji sonucu düşük gradeli lezyon olan gebelerin %5-10 kadarında histolojik yüksek gradeli prekanseröz lezyon olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Anormal sitolojili tüm olgularda yeterli kolposkopi yapılır ve anormal bulgu görülürse yönlendirilmiş biyopsiler yapılmalıdır. Böylece gebelikte tanı öncelikle kolposkopi altında yönlendirilmiş biyopsiler ile koyulur. Anormal sitolojili gebe olmayan olgularda yetersiz kolposkopi, konizasyon endikasyonudur. Ancak gebe olanlarda bu durum mutlak konizasyon endikasyonu değildir. Gebelerde mutlak konizasyon endikasyonları aşağıdaki şekilde sıralanabilir.

- a. Kolposkopla yönlendirilmiş biyopside mikroinvaziv kanser tanısı.
- b. Kolposkopik bulgu olmamasına rağmen sitolojide invaziv kanser bulgusu.
- c. Yetersiz kolposkopi yapılan sitolojik yüksek gradeli lezyon tanısı.

Gebelerde prekanseröz servikal lezyon saptandığında lezyonun tedavisi gebelik sonuna ertelenebilir. Ancak bu durumda ikişer üçer aylık aralar ile sitolojik ve kolposkopik takip yapılmalıdır. Prekanseröz lezyonların yaklaşık % 60-70'i postpartum dönemde spontan regrese olur. Bu nedenle takiplere postpartum dönemde devam edilmeli ve persiste veya progrese eden lezyonlar leep eksizyon veya konizasyonla tedavi edilmelidir. Gebelikte anormal sitolojili olgulara yaklaşımın temel amacı invaziv karsinomların tanısını koymak ve uygun zamanda tedavilerini planlamaktır. Gebelikte saptanan preinvaziv kanserlerin tedavisi gebelik sonrasına bırakılabilir. Ancak bu kararı vermeden önce invaziv lezyon olmadığından emin olunmalıdır.

İnvaziv serviks tümörleri

Gebelik sırasında en sık görülen kanser serviks kanseridir. Yaklaşık 1200-2200 gebelikte bir görülür. Başka bir açıdan bakıldığında her 34 invaziv serviks kanserinden birinde tanı gebelik sırasında koyulur veya serviks kanseri olgularının yaklaşık %2-3'ü tanı anında gebedirler. Gebelikte serviks kanserinin klinik görünümü ve tanı yaklaşımı gebe olmayanlardan farklı değildir. Gebelikte serviks kanserlerinin yaklaşık %70'i tanı anında asemptomatiktir. Semptomatik olanlarda en sık görülen semptom anormal vajinal kanamadır. Ancak gebelik süresince görülen kanamalar çoğu zaman gebelik komplikasyonlarına bağlanır ve servikal malignite olasılığı dikkate alınmaz. Bu durum gebelikte serviks kanseri ile ilgili en büyük tanısal zorluktur. Gebelikte serviks kanseri tanısı gebe olmayanlarda olduğu gibi vajinal sitoloji, kolposkopi ve biyopsi üçkeninden geçer.

Gebelikte serviks kanseri tanısı koyulduğunda tedavi, hastalığın evresi ve gebeliğin süresine göre belirlenir. Ayrıca annenin gebeliğin devamını isteyip istemediğinde tedavi şeklini etkiler.

Tedavi

Evre Ia tanısı büyük loop eksizyon veya konizasyon piyeslerinde koyulmalıdır. Konizasyon piyeslerinde tanı koyulmuş olgularda; cerrahi sınırdaki tümör yok ve gebeliğin devamı isteniyorsa gebelik süresi dikkate alınmaksızın asıl tedavi postpartum döneme bırakılabilir. Bu durumda doğum şeklini obstetrik endikasyonlar belirler: Evre Ib-IIa tümörlerde tedavi gebe olmayanlarda olduğu gibi cerrahi veya radyoterapi şeklinde olabilir. Bu dönemde operasyon için kontrendikasyon yoksa cerrahi tedaviyi ön planda düşünenler çoğunluktadır. Daha ileri evrelerde ise radyo-kemoterapi yapılır. Tedavi prensipleri gebe olan ve olmayanlarda farklı değildir. Ancak gebelik süresi ile ilgili olarak uygulanacak tedavide bazı küçük değişiklikler yapılabilir.