

سرطان در طول حاملگی: مروری بر ۱۰ سال تجربه

علی عیسی*، عزت‌ا... رحیمی^۱، ستاره اخوان^۲

چکیده

اهداف. سرطان در زمان حاملگی پدیده نادری است که با پیش‌آگهی بد همراه بوده و شرایط بسیار سختی را بر بیمار، خانواده و همچنین پزشکان معالج تحمیل می‌نماید. این مطالعه با هدف شناخت ویژگی‌های زنان حامله مبتلا به سرطان بخش هماتولوژی بیمارستان امام‌خمینی ارومیه انجام شد.

روش‌ها. این مطالعه طی ۱۰ سال از ۱۳۷۷ لغایت ۱۳۸۷ انجام شد. خصوصیات و شرایط بالینی و پیش‌آگهی ۱۲ زن حامله که همزمان با حاملگی دچار بدخیمی بودند از نظر خصوصیات دموگرافیک، داده‌های مربوط به حاملگی و پیامد آن، نوع سرطان، مرحله بالینی سرطان، نحوه درمان، پیش‌آگهی و سرانجام بیماران مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها. در میان بیماران ۶ مورد سرطان تخمدان، ۲ مورد سرطان آندومتر، ۱ مورد سرطان دهانه رحم، ۱ مورد سرطان ریه، ۱ مورد بیماری هوچکین، ۱ مورد نوروبلاستوم و ۱ مورد لیپوسارکوم تشخیص داده شد. در یکی از زنان حامله، همزمان سرطان تخمدان و آندومتر کشف شد. ۸ مورد از زایمان‌ها منجر به تولد نوزاد سالم شد. در ۲ مورد سقط و در ۲ مورد مرگ داخل‌رحمی اتفاق افتاد. بقای کلی بیماران در ۳۶ ماه ۴۱/۶٪ و در ۴۸ ماه ۲۵٪ بود؛ یعنی پس از ۴۸ ماه فقط ۳ نفر از بیماران زنده بودند.

نتیجه‌گیری. با وجود نادر بودن شرایط بدخیم در زنان حامله، همواره باید به فکر تشخیص بدخیمی بود چرا که با به تاخیر افتادن تشخیص، پیش‌آگهی بسیار بد شده و درمان بیماران مشکل می‌شود.

کلیدواژه‌ها: سرطان در طول حاملگی، عوارض حاملگی، سرطان ژنیکولوژیک

مقدمه

سرطان دومین علت شایع مرگ‌ومیر در زنان در سنین باروری است ولی این پدیده در طول حاملگی شایع نیست به طوری که براساس مقالات منتشرشده در این زمینه، حدود ۰/۰۲ تا ۰/۱٪ از حاملگی‌ها با سرطان تحت تاثیر قرار می‌گیرند [۱، ۲، ۳، ۴]. سرطان در دوران حاملگی به دو صورت دیده می‌شود؛ بروز بدخیمی در طول دوران حاملگی و حامله شدن بیماران مبتلا به سرطان‌های شناخته شده [۵]. هر دو حالت شرایط نادری هستند و در بسیاری از مراکز، تجربه زیادی در این مورد وجود ندارد [۶، ۷]. نکته مهم در این زمینه این است که با صنعتی شدن و زندگی شهری، حاملگی نسبت به دهه‌های قبل در سنین بالاتری اتفاق می‌افتد و افزایش سن حاملگی در آینده نیز ادامه پیدا خواهد کرد. در کشورهای غرب میانگین سن اولین حاملگی در سال ۱۹۷۲ حدود ۲۶ سال بود در حالی که در سال ۲۰۰۰ به ۲۹ سال رسید. بنابراین انتظار می‌رود در آینده موارد بیشتری از سرطان در بیماران حامله دیده شود [۸]. لازم است یادآوری شود که مقالاتی که در رابطه با این موضوع منتشر شده‌اند بیشتر به صورت گزارش موردی بوده یا با تعداد اندکی از بیماران انجام شده‌اند.

تشخیص سرطان در طول دوران حاملگی شرایط بسیار سختی را بر بیمار، خانواده او و هم‌چنین پزشکان معالج تحمیل می‌نماید، چرا که سئوالات متعددی در مورد سلامت مادر و جنین و هم‌چنین تاثیر درمان انتخابی بر روی جنین ایجاد می‌شود و به دلیل این که تجارب در این زمینه محدود است شرایط پیچیده‌تر می‌شود. به خصوص این که در بسیاری از موارد مادران مبتلا خواهان ادامه حاملگی خود هستند [۳].

شایع‌ترین سرطان‌هایی که در طول دوران حاملگی تشخیص داده می‌شود سرطان سرویکس (یا سرطان دهانه رحم)، سرطان سینه، ملانوما و لنفوما هستند [۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴]. بقیه بدخیمی‌ها نیز ممکن است در طول حاملگی رخ دهند ولی همگی بسیار نادر بوده و در حد گزارش موردی بوده‌اند [۱۵].

سئوالاتی که برای بسیاری از محققین مطرح شده این است که آیا حاملگی خود از عوامل ایجاد بدخیمی‌ها است؟ تاکنون هیچ مدرکی به دست نیامده که حاملگی می‌تواند خطر سرطان را افزایش دهد. به احتمال زیاد بروز سرطان در طول حاملگی ناشی از همان عوامل ژنتیکی و محیطی است که در شرایط غیرحاملگی نیز وجود دارند [۱۶].

این مطالعه نتیجه ۱۰ سال تجربه روی بیماران حامله مبتلا به سرطان بخش هماتولوژی بیمارستان امام خمینی (ره) ارومیه است که با هدف بررسی و مرور یافته‌های به دست آمده در این مدت انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از اوایل سال ۱۳۷۷ با مشاهده اولین بیمار حامله‌ای که در طول حاملگی با سرطانی مهاجم مواجه گشت، آغاز شد. از همان ابتدا و با هدف شناخت شرایط بالینی و پیش‌آگهی این بیماران، پیگیری‌های لازم به صورت آینده‌نگر انجام شد و داده‌های مورد نظر به طور دقیق ثبت شد و علاوه بر پرونده معمول بیماران، پرونده‌ی دیگری نیز جهت اطمینان از ثبت دقیق داده‌ها تشکیل شد. بیمارانی وارد مطالعه شدند که در طول حاملگی یا در ۶ ماه بعد از حاملگی بدخیمی در آنان تشخیص داده یافت شده بود (البته تمامی بیماران این مطالعه در زمان حاملگی یا در زمان زایمان تشخیص داده شدند). داده‌های مورد نظر خصوصیات دموگرافیک بیماران، داده‌های مربوط به حاملگی و پیامد آن، نوع سرطان، مرحله بالینی سرطان، درمان و پیش‌آگهی و سرانجام بیماران بود.

تشخیص سرطان براساس پاتولوژی بود. مرحله‌بندی تومورها بر اساس سیستم TNM بود. اطلاعات مربوط به حاملگی شامل سن حاملگی، رتبه حاملگی، محصول حاملگی و هم‌چنین عوارض مامایی بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و هم‌چنین استفاده از کاپلان-مایر جهت تعیین بقا با نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

بر اساس نتایج این مطالعه در تعداد ۱۲ زن حامله طی دوران حاملگی تومور بدخیم تشخیص داده شد که از نوع بدخیمی هم‌زمان با حاملگی در نظر گرفته شدند. در ۹ بیمار نیز که سابقه بدخیمی شناخته شده داشتند، حاملگی اتفاق افتاد. در این مطالعه، فقط داده‌های مربوط به بیماران حامله با سرطان هم‌زمان مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

میانگین سنی بیماران مورد مطالعه ۲۸/۸ سال با انحراف معیار ۷/۳۵ سال بود. حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر ۳۹ سال بود. میانگین سن حاملگی ۲۵/۵ هفته با انحراف معیار ۹/۱ هفته بود. در میان بیماران ۶ مورد سرطان تخمدان، ۲ مورد سرطان آندومتر، ۱ مورد سرطان سرویکس، ۱ مورد سرطان ریه، ۱ مورد بیماری هوچکین، ۱ مورد نوروبلاستوم و ۱ مورد لیپوسارکوم تشخیص داده شد. در یکی از زنان حامله هم‌زمان دو نوع سرطان (تخمدان و آندومتر) کشف شد. در میان بیماران ۸ زایمان با نوزاد سالم، ۲ مورد سقط و ۲ مورد مرگ داخل رحمی اتفاق افتاد.

در جدول ۱ خصوصیات بیمارانی که سرطان‌های مربوط به دستگاه تولیدمثل زنانه داشتند و در جدول ۲ خصوصیات بیمارانی که سرطان‌های سایر ارگان‌ها را در طول دوره حاملگی داشتند ذکر شده است. از میان ۸ بیماری که در طول حاملگی سرطان

به دنیا آوردند که تمامی آنها تاکنون نیز زنده‌اند. شروع درمان در ۸ مورد از این ۹ بیمار پس از طی حاملگی و هم‌زمان با سزارین انجام شد. در بیماری که لنفوم هوچکین داشت در زمان حاملگی شیمی‌درمانی شروع شد و تا پایان حاملگی ادامه داشت. سایر یافته‌ها نشان داد که بقای کلی بیماران در ۳۶ ماه ۴۱/۶٪ و در ۴۸ ماه ۲۵٪ بود؛ یعنی پس از ۴۸ ماه فقط ۳ نفر از بیماران زنده بودند. نمودار ۱ بقای بیماران بر اساس تابع کاپلان-مایر را نشان می‌دهد.

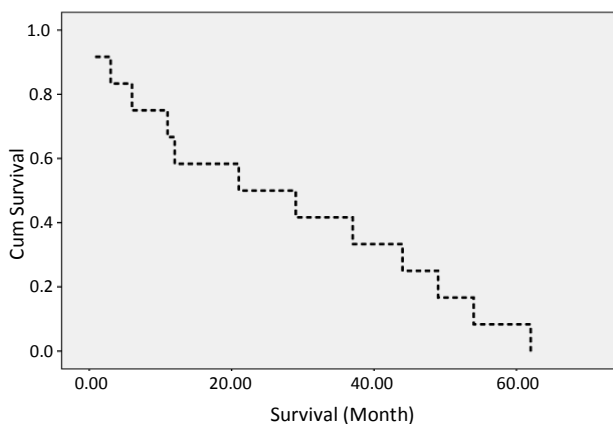
دستگاه زنانه داشتند در ۲ مورد تشخیص سرطان در زمان سزارین و در ۱ مورد در زمان زایمان جنین مرده داده شد. در ۵ مورد دیگر، سرطان در طول حاملگی و بر اساس یافته‌های بالینی و سونوگرافی کشف شد. به‌طور کلی سرطان در ۹ مورد در سیر حاملگی و در ۳ مورد در زمان زایمان تشخیص داده شد. فقط ۲ نفر از مادران رضایت به سقط‌درمانی دادند در حالی که در بقیه حاملگی ادامه یافت و از این میان ۸ نفر از مادران بچه‌های خود را

جدول ۱) بدخیمی‌های ژنیکولوژیک هم‌زمان با حاملگی در بیماران مورد بررسی

ردیف	سن بیمار (سال)	نوع تومور	مرحله	سن حاملگی (هفته)	رتبه حاملگی	وضعیت جنین	نوع درمان	بقای مادر پس از زایمان
۱	۲۳	دیس‌ژرمینوم تخمدان	III a	۲۰	اول	سالم (۲ ساله)	جراحی هم‌زمان با سزارین، شیمی‌درمانی	۶ ماه
۲	۲۹	ژرم سل تومور تخمدان	I c	۱۶	اول	در هفته ۲۰ سقط شد	جراحی هم‌زمان با سزارین، شیمی‌درمانی	۵۴ ماه سالم است
۳	۲۶	ژرم سل تومور تخمدان	III b	۳۸	اول	سالم (۱/۵ ساله)	جراحی هم‌زمان با سزارین، شیمی‌درمانی	۱۱ ماه
۴	۳۴	پاپیلاری سروسیست کارسینوما	III b	۲۳	اول	سالم (۳ ساله)	جراحی هم‌زمان با سزارین، شیمی‌درمانی	۲۹ ماه
۵	۲۱	پاپیلاری سروسیست کارسینوما	III a	۸	اول	سالم (۴ ساله)	جراحی هم‌زمان با سزارین، شیمی‌درمانی	۳۷ ماه
۶	۳۷	آدنوکارسینوم آندومتر آدنوکارسینوم آندومترئید تخمدان	II b	۳۴	اول (۱۶ سال نازایی)	سالم (۴ ساله)	جراحی هم‌زمان با سزارین، شیمی‌درمانی	۴۹ ماه سالم است
۷	۳۹	آدنوکارسینوم آندومتر (سابقه سرطان پستان)	II	۳۰	سوم	جنین مرده	جراحی هم‌زمان با سزارین، شیمی‌درمانی	۲۱ ماه
۸	۳۹	کارسینوم سرویکس	CIN	۳۲	دوم	سالم	هیستریکتومی	۴۴ ماه سالم است

جدول ۲) بدخیمی‌های غیرژنیکولوژیک هم‌زمان با حاملگی در بیماران مورد بررسی

ردیف بیمار	سن بیمار	نوع تومور	مرحله	سن حاملگی (به ماه)	رتبه حاملگی	وضعیت جنین	نوع درمان	بقای مادر پس از زایمان
۱	۲۱	سرطان سلول سنگفرشی ریه	IV	۳۲	اول	مرگ داخل-رحمی	فرصت هیچ نوع درمانی ایجاد نشد	۱ ماه
۲	۱۸	لنفوم هوچکین	III	۱۹	اول	سالم (۱ ساله)	شیمی‌درمانی طی حاملگی	۱۲ ماه سالم است
۳	۲۷	نوروبلاستوم حفره بینی	III	۲۰	اول	سقط	جراحی و شیمی‌درمانی	۶۲ ماه سالم است
۴	۳۲	لیوسارکوم ران راست	IV	۳۴	دوم	سالم (۲/۵ ساله)	جراحی، رادیوتراپی و شیمی‌درمانی	۲ ماه



نمودار ۱) بقای بیماران بر اساس تابع کاپلان-مایر

بحث

بر اساس یافته‌های این مطالعه بیشترین سرطان‌هایی که در دوره حاملگی تشخیص داده شد سرطان‌ها ژنیکولوژیک و به‌خصوص سرطان تخمدان بود. ۶ نفر از مادران حامله مبتلا به سرطان تخمدان بودند که در ۳ مورد سرطان‌های اپیتلیالی تخمدان و در ۳ مورد دیگر تومور سلول‌های زایا بود. بر اساس تجربیات و داده‌های موجود، سرطان تخمدان از سرطان‌های شایع در طول حاملگی نیست، هرچند مواردی از آن گزارش شده است. البته توده‌های تخمدانی در زمان حاملگی به‌علت انجام سونوگرافی‌های کنترل جنین زیاد کشف می‌شوند ولی بیش از ۹۸٪ آنان خوش‌خیم هستند [۳]. در حاملگی تغییرات گسترده هورمونی ایجاد می‌شود و همین مسئله ممکن است زمینه را برای تشکیل توده‌های تخمدانی چه خوش‌خیم و چه بدخیم فراهم نماید. مرور مقالات و گزارشات موردی که در این زمینه وجود دارد نشان می‌دهد که ۳۵٪ تومورهای بدخیم تخمدان که تاکنون تشخیص داده شده‌اند تومورهای اپیتلیالی، ۳۰٪ تومورهای بدخیم بینایی و ۳۵٪ نیز سلول‌های زایا هستند [۱۷، ۱۸، ۱۹] که می‌توان گفت با یافته‌های مطالعه ما تطابق دارد. ما در این بررسی بیش از سایر مطالعات با سرطان تخمدان مواجه شدیم. شاید این موضوع به‌دلیل پایین‌تر بودن میانگین سنی بیماران ما نسبت به بیشتر مطالعات [۴] یا به دلیل نادر بودن سایر بدخیمی‌ها در بیماران ما باشد.

نکته جالب توجهی که در این مطالعه با آن مواجه شدیم، هم‌زمانی تشخیص دو نوع بدخیمی در یک بیمار حامله بود. این بیمار ۳۷ ساله که سابقه ۱۶ سال نازایی داشت در هفته ۳۴ حاملگی به‌دلیل خونریزی واژینال مراجعه نمود و در بررسی‌ها پس از سونوگرافی و عمل سزارین مشخص شد که آدنوکارسینوم آندومتر همراه با آدنوکارسینوم آندومتروئید تخمدان دارد. چنین پدیده‌ای بسیار نادر بوده و تاکنون در دنیا گزارش نشده است. اصولاً همراهی این دو بدخیمی به‌صورت هم‌زمان در زنان غیرحامله نیز رخداد شایعی نیست [۲۰] و تاکنون در بیماران اندکی به‌صورت گزارش موردی یا مطالعه چند مورد محدود گزارش شده است [۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴].

یکی دیگر از تجربیات جالب، تشخیص آدنوکارسینوم آندومتر در دوران حاملگی در بیماری بود که سابقه سرطان پستان در ۹ سال قبل داشت. در این بیمار به‌صورت غیرهم‌زمان دو سرطان اتفاق افتاده بود. بر اساس یافته، چنین موردی نیز تاکنون گزارش نشده است و فقط مقالاتی در زمینه همراهی این دو بدخیمی به‌صورت هم‌زمان یا غیرهم‌زمان در یک بیمار غیرحامله در دست است [۲۵، ۲۶].

در این مطالعه ۱۰ ساله، فقط ۴ زن حامله مبتلا به تومورهای بدخیم سایر ارگان‌های بدن غیر از سیستم تولیدمثل زنانه تشخیص داده شدند. یکی از این بیماران، خانم ۲۱ ساله‌ای بود که در هفته ۲۲ حاملگی مبتلا به سرفه‌های خشک شده و مراجعات مکرری به پزشک نموده و هر بار با عنوان سرماخوردگی و حتی آسم تحت درمان قرار گرفته و در بیمارستان یکی از شهرستان‌ها بستری شده بود، تا اینکه پس از حدود ۳ ماه دچار هماچوری شده و مورد توجه بیشتری قرار گرفته بود. در سونوگرافی، توده‌های دوطرفه کلیوی و متاستازهای کبدی گزارش شد. در نهایت، تشخیص سرطان سلول سنگفرشی ریه همراه با متاستاز داده شد. سرطان ریه در طول دوران حاملگی بسیار نادر بوده و بیشتر مواردی که گزارش شده است آدنوکارسینوم و کارسینوم سلول کوچک بوده است. بر اساس مقاله‌ای مروری تا سال ۲۰۰۳ تنها ۱۴ مورد سرطان ریه در حاملگی در دنیا گزارش شده بود [۲۷]. بنابراین، بیماری که ما بررسی نمودیم به احتمال زیاد اولین مورد سرطان سلول سنگفرشی ریه است که گزارش می‌شود.

لنفوما در حاملگی، همان‌گونه که در مقدمه ذکر شد، یکی از شایع‌ترین بدخیمی‌هایی است که طی حاملگی اتفاق می‌افتد؛ هر چند به‌طور کلی بروز آن کم است [۲۸]. بیشترین تجارب در مورد لنفوم غیرهوچکین به‌دست آمده است و بیماران کمتری از نوع هوچکین گزارش شده است [۲۹، ۳۰]. در بیماران مورد بررسی ما، لنفوم هوچکین در زن حامله‌ای ۱۸ ساله‌ای مشاهده شد که در اواسط حاملگی تشخیص داده و شیمی‌درمانی نیز هم‌زمان با حاملگی انجام شد.

مرور منابع نشان می‌دهد که تاکنون ۴ مورد لیپوسارکوم در دوران حاملگی گزارش شده است [۳۱، ۳۲، ۳۳]. بیماری که به ما ارجاع شده بود، خانم ۳۲ ساله‌ای بود که در اوایل حاملگی متوجه توده‌ای در ناحیه ران راست شده بود. توده برداشته شده و در جواب پاتولوژی لیپوم گزارش شده بود. پس از ۲ ماه توده مجدداً رشد نموده و این بار نیز لیپوم تشخیص داده شد. در بار سوم و در اواخر حاملگی بیمار با رشد مجدد توده همراه با متاستازهای گسترده ریوی مراجعه نمود و در نهایت تشخیص لیپوسارکوم داده شد. بیمار ۲ ماه پس از زایمان سزارین فوت نمود. مشابه این مورد، بیمار دیگری با متاستازهای گسترده در سال ۲۰۰۷ گزارش شده [۳۴] که نشان‌دهنده سیر سریع و پیش‌آگهی بد در حاملگی است.

نوروبلاستوم بدخیم در زنان حامله بسیار نادر گزارش شده است. در مقاله‌ای که اخیراً به چاپ رسیده یک مورد نوروبلاستوم در غده آدرنال در زن حامله‌ای ۲۵ ساله‌ای یافت شده است [۳۵].

12- Kleeberg UR. Cancer during pregnancy. *Strahlenther Onkol.* 2000;176:337-8.

13- Hoekstra HJ. Melanoma during pregnancy: therapeutic management and outcome. *Recent Results Cancer Res.* 2008;178:175-81.

14- Dilek I, Topcu N, Demir C, Bay A, Uzun K, Gul A, Faik Oner A, Ugras S. Hematological malignancy and pregnancy: a single-institution experience of 21 cases. *Clin Lab Haematol.* 2006;28:170-6.

15- Dunkelberg JC, Barakat J, Deutsch J. Gastrointestinal, pancreatic, and hepatic cancer during pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2005;32:641-60.

16- Ward RM, Bristow RE. Cancer and pregnancy: recent developments. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2002;14:613-7.

17- Latimer J. Gynaecological malignancies in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007;19:140-4.

18- Alexander-Sefre F, Siddiqui N, Weerasekera DS. Gynaecological malignancy in pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2005;25:327-9.

19- Oehler MK, Wain GV, Brand A. Gynaecological malignancies in pregnancy: a review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2003;43:414-20.

20- Reichert RA. Synchronous and metachronous endocervical and ovarian neoplasms: a different interpretation of HPV data. *Am J Surg Pathol.* 2005;29:1686-7. author reply 1687-9.

21- de la Fouchardiere A, Frachon S, Gengler C, Devouassoux-Shisheboran M. Independent endometrial and ovarian carcinomas: two cases of synchronous and metachronous endometrioid carcinomas. *Ann Pathol.* 2004;24:172-5.

22- Signorelli M, Fruscio R, Lissoni AA, Pirovano C, Perego P, Mangioni C. Synchronous early-stage endometrial and ovarian cancer. *Int J Gynaecol Obstet.* 2008;102:34-8.

23- Fishman A, Friedman JA, Kaplan AL. Synchronous endometrial and ovarian cancer in young woman taking oral contraception. *Eur J Gynaecol Oncol.* 1995;16:346-8.

24- Lou HM, Lou HK, Wu MJ. Synchronous primary cancer of the endometrium and ovary. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi.* 2006;28:617-20.

25- Fletcher H, Wharfe G, Williams E, Hanchard B, Mitchell D. Multiple metachronous malignancies, one patient with three primary malignancies: a case report. *J Med Case Reports.* 2007;1:15.

26- Ichikawa Y, Nishida M, Miyazaki Y, Satoh T, Oki A, Nishide K, Kohno K, Tsunoda H, Kubo T. Incidence of synchronous or metachronous multiple primary cancers and aggregation of cancers in families of patients with endometrial cancer. *Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi.* 1996;48:835-40.

27- Jackisch C, Louwen F, Schwenkhagen A, Karbowski B, Schmid KW, Schneider HP, Holzgreve W. Lung cancer during pregnancy involving the products of conception and a review of the literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2003;268:69-77.

28- Pohlman B, Macklis RM. Lymphoma and pregnancy. *Semin Oncol.* 2000;27:657-66.

29- Guven S, Ozcebe OI, Tuncer ZS. Non-Hodgkin's lymphoma complicating pregnancy: a case report. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2005;26:457-8.

30- Moore DT, Taslimi MM. Non-Hodgkin's lymphoma in pregnancy: a diagnostic dilemma, Case report and review of the literature. *J Tenn Med Assoc.* 1992;85:467-9.

31- Jeng CJ, Tzen CY, Huang WC, Yang YC, Shen J, Tzeng CR. Recurrent retroperitoneal myxoid liposarcoma during pregnancy: a case report and literature review. *Int J Gynecol Cancer.* 2005;15:1235-8.

به احتمال زیاد، بیماری که در مطالعه ما وارد شد دومین موردی است که تاکنون تشخیص داده شده است.

بقای بیماران در مطالعه ما بسیار پایین بود، به طوری که پس از ۴ سال تنها ۳ نفر از بیماران زنده بودند و ۴ مورد در کمتر از یک سال پس از تشخیص فوت نمودند. در بیشتر مطالعات انجام شده در این زمینه و گزارشات موردی که در دست است، پیش‌آگهی سرطان در طول دوران حاملگی بسیار بد عنوان شده است [۳۶]. در مطالعه انجام شده در مکزیک که در سال ۲۰۰۵ منتشر شده، ۲۳ مورد سرطان در حاملگی بررسی شده است [۴]. این مطالعه که به احتمال زیاد بیشترین سری بیماران حامله مبتلا به سرطان را بررسی نموده بقای بیماران را پس از ۷۴ ماه حدود ۳۴٪ گزارش کرد که البته نسبت به بیماران ما بهتر است. علی‌رغم آن، نویسندگان تاکید نمودند که پیش‌آگهی سرطان در حاملگی بسیار بد است.

نتیجه‌گیری

می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که با وجود نادر بودن سرطان‌های بدخیم در زنان حامله، همیشه باید در بالین بیماران به فکر تشخیص بدخیمی بود چرا که با به تاخیر افتادن تشخیص، پیش‌آگهی بسیار بد شده و درمان بیماران مشکل می‌شود.

منابع

1- Weisz B, Schiff E, Lishner M. Cancer in pregnancy: maternal and fetal implications. *Hum Reprod Update.* 2001;7:384-93.

2- Creasman WT. Cancer and pregnancy. *Ann N Y Acad Sci.* 2001;943:281-6.

3- Petheroudakis G, Pavlidis N. Cancer and pregnancy: poena magna, not anymore. *Eur J Cancer.* 2006;42:126-40.

4- Teran-Porcayo MA, Gomez-Del Castillo-Rangel AC, Barrera-Lopez N, Zeichner-Gancz I. Cancer during pregnancy: 10-year experience at a regional cancer reference center in Mexico. *Med Oncol.* 2007;24:297-300.

5- Cancer and pregnancy. *CA Cancer J Clin.* 1984;34:238-40.

6- Williams SF, Bitran JD. Cancer and pregnancy. *Clin Perinatol.* 1985;12:609-23.

7- Antonelli NM, Dotters DJ, Katz VL, Kuller JA. Cancer in pregnancy: a review of the literature, Part II. *Obstet Gynecol Surv.* 1996;51:135-42.

8- Blackwell DA, Elam S, Blackwell JT. Cancer and pregnancy: a health care dilemma. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2000;29:405-12.

9- McDonald SD, Faught W, Gruslin A. Cervical cancer during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2002;24:491-8.

10- Aebi S, Loibl S. Breast cancer during pregnancy: medical therapy and prognosis. *Recent Results Cancer Res.* 2008;178:45-55.

11- Weisz B, Meirou D, Schiff E, Lishner M. Impact and treatment of cancer during pregnancy. Expert review of anticancer therapy. 2004;4:889-902.

- 35- Refaat MM, Idriss SZ, Blaszkowsky LS. Case report: an unusual case of adrenal neuroblastoma in pregnancy. *Oncologist*. 2008;13:152-6.
- 36- Pautier P, Lhomme C, Morice P. Cancer and pregnancy: the medical oncologist's point of view. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2004;33:S23-28.
- 37- Antonelli NM, Dotters DJ, Katz VL, Kuller JA. Cancer in pregnancy: a review of the literature, Part I. *Obstet Gynecol Surv*. 1996;51:125-34.
- 32- Tebes S, Cardosi R, Hoffman M. Liposarcoma complicating pregnancy. *Gynecol Oncol*. 2001;83:610-2.
- 33- Matsuda S, Tanaka K, Harimaya K, Matsumoto Y, Sato H, Iwamoto Y. Treatment of myxoid liposarcoma in pregnancy. *Clin Orthop Relat Res*. 2000; (376):195-9.
- 34- Rouskova L, Melichar B, Nikolov DH, Cerman J Jr, Havel E, Megancova J, Urminska H, Jandik P. Fulminant course of metastatic liposarcoma after delivery, case report. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2007;28:67-8.

Archive of SID

Cancer during pregnancy: Review of 10-year experiences

Eishi A.^{*}, Rahimi E.¹, Akhavan S.²

Abstract

AIMS. Cancer diagnosed during pregnancy is a rare condition with poor prognosis. It is a dramatic event with profound impact on patients', families' and physicians' lives. This study is to describe the clinical characteristics of pregnant women with cancer in hematology department of Urmia Imam Khomeini hospital.

METHODS. The clinical records of 12 patients, who presented to reference center in Urmia in the west of Iran over 10 years from 1998 to 2008 were reviewed collecting demographics, pregnancy characteristics and outcomes, type of cancer, clinical stage, treatment and oncological outcome.

RESULTS. In patients, 1 uterine cervix, 6 ovary, 1 Hodgkin lymphoma, 1 endometrium, 1 liposarcoma, 1 neuroblastoma and 1 lung tumors were observed. One of pregnant woman had synchronous ovary and endometrium cancer. Mean gestational age at diagnosis of cancer was of 25.5 weeks, resulting in 8 deliveries with healthy products, 2 abortions and 2 intrauterine deaths. The majority of patients had advanced clinical stages. Overall survival was 25% after 48 months.

CONCLUSION. Cancer during pregnancy appears to have a worse outcome when compared to the results reported in the literature of non-pregnant women with the same conditions. Cancer during pregnancy requires specialized attention to improve both fetal and maternal outcomes.

KEYWORDS: Cancer During Pregnancy, Pregnancy Complications, Genital Neoplasms

Submission Date: Revision Date: Acceptation Date:

* Correspondence address: Department of Internal Medicine, Medicine Faculty, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran Email

1 Department of Internal Medicine, Medicine Faculty, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

2 Department of Oncology, Medicine Faculty, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran