

Κύηση και καρκίνος του πνεύμονα. Παρουσίαση περιστατικού και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Κουγιουμτσίδου Νίκη, Θεοδωρίδης Θεόδωρος, Ζεπειρίδης Λεωνίδας, Ιορδανίδου Ειρήνη, Καλβατζής Χαράλαμπος, Ταρλατζής Βασίλειος, Αθανασιάδης Απόστολος

Α' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης “Παπαγεωργίου”

Αλληλογραφία: Κουγιουμτσίδου Νίκη
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης “Παπαγεωργίου”
Περιφερειακή οδός Ευκαρπία ΤΚ:56403 Θεσσαλονίκη
Τελ.: 6977271096, e-mail: nikispyr77@yahoo.gr

Περίληψη

Εισαγωγή: Η εμφάνιση του καρκίνου κατά τη διάρκεια της κύησης αποτελεί ένα δραματικό γεγονός που επηρεάζει έντονα τόσο την ίδια την ασθενή όσο και το οικογενειακό της περιβάλλον. Ευτυχώς αποτελεί σπάνιο φαινόμενο και μόλις 1 στις 1000 κύσεις επιπλέκονται με κακοήθεια¹².

Παρουσιάζεται περιστατικό εγκύου 33 ετών, η οποία κατά την 19η εβδομάδα της κύησης εμφάνισε συμπτώματα βαριάς πνευμονίας με έντονη δύσπνοια. Μετά από έλεγχο με ακτινογραφία θώρακα, μαγνητική τομογραφία θώρακα και βρογχοσκόπηση με λήψη βιοψιών διαγνώστηκε καρκίνος του πνεύμονα. Η ασθενής υποβλήθηκε σε τέσσερις κύκλους χημειοθεραπείας κατά την διάρκεια της κύησης

Αποτελέσματα: Η κύηση τερματίστηκε στην 33η εβδομάδα κύησης με καισαρική τομή λόγω ανάγκης για περαιτέρω αντιμετώπιση του καρκίνου. Η ασθενής κατέληξε έξι μήνες μετά τον τοκετό.

Συμπεράσματα: Ο καρκίνος του πνεύμονα κατά την κύηση είναι σπανιότατος, δραματικής και πτωχής πρόγνωσης. Η αντιμετώπιση του εξαρτάται από την ηλικία της κύησης που διαγνώστηκε, το ατομικό και το οικογενειακό ιστορικό της γυναίκας.

Λέξεις κλειδιά: εγκυμοσύνη, καρκίνος του πνεύμονα, χημειοθεραπεία

Εισαγωγή

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου στις γυναίκες του δυτικού κόσμου⁵. Εκτιμάται ότι ο καρκίνος στην κύηση, αφορά το 0,05% με 0,1% του συνόλου των καρκίνων¹². Στην πλειονότητα, τα κακοήθη νεοπλασμάτα κατά την κύηση, είναι ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος του τράχηλου της μήτρας, το λέμφωμα, το μελάνωμα και η λευχαιμία¹⁴.

Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση 44 περιστατικών στα οποία κατά τη διάρκεια της κύησης διαγνώστηκε και έγινε προσπάθεια θεραπευτικής αντιμετώπισης καρκίνου του πνεύμονα, η παρακολούθηση των ασθενών έδειξε επιβίωση ενός έτους μετά τον τοκετό, περίπου στο 25% των γυναικών¹.

Κύριος παράγοντας αύξησης του καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες τις τελευταίες δεκαετίες αποτελεί το κάπνισμα, το οποίο κατά τη διάρκεια της κύησης σχετίζεται με παθολογικές καταστάσεις όπως η ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου, ο πρόωρος τοκετός, η αποκόλληση του πλακούντα και οι αυτόματες εκβολές⁵.

Παρουσιάζεται περιστατικό εγκύου 33 ετών, στην οποία διαγνώστηκε καρκίνος του πνεύμονα κατά τη διάρκεια της κύησης.

Παρουσίαση περιστατικού

Γυναίκα ηλικίας 33 ετών πρωτότοκος, με ιστορικό θρομβοφιλίας (ετερόζυγος μετάλλαξη παράγοντα Leiden), ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό, καπνίστρια από δωδεκαετίας, εισήχθη στην Παθολογική Κλινική του Γ.Ν. Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειου με συμπτώματα επίμονου βήχα, δύσπνοιας, οιδήματος προσώπου και άλγους πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος. Ο προγεννητικός έλεγχος ,καθώς και υπερηχογραφικός έλεγχος του πρώτου και του δεύτερου τρίμηνου ήταν φυσιολογικοί.

Η ακτινογραφία θώρακα έδειξε πύκνωση στην περιοχή της δεξιάς πύλης του πνεύμονα και του άνω πνευμονικού λοβού του σύστοιχου πνεύμονα. Σε μαγνητική τομογραφία που ακολούθησε (χωρίς σκιαστικό) εντοπίστηκε ευμεγέθης πολυλοβωτη εξεργασία της δεξιάς πύλης του πνεύμονα με επέκταση-διήθηση στο δεξιό άνω και μέσο λοβό με στένωση του δεξιού σκέλους του βρογχικού δέντρου. Ακολούθησε βρογχοσκόπηση με λήψη βιοψιών και παθολογοανατομική εξέταση του παρασκευάσματος, η οποία ανέδειξε αδιαφοροποίητο κακόηθες νεόπλασμα με ανοσοφενότυπο επιθηλιακής προέλευσης. Η ασθενής υποβλήθηκε σε επείγουσα θεραπευτικό σχήμα με ετοποζιδη και καρβοπλατινα.

Με την έγκυο συζητήθηκε το θέμα της διακοπής της κύησης και αποφασίστηκε από την ίδια συνέχιση της κύησης με ταυτόχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση της πάθησης.



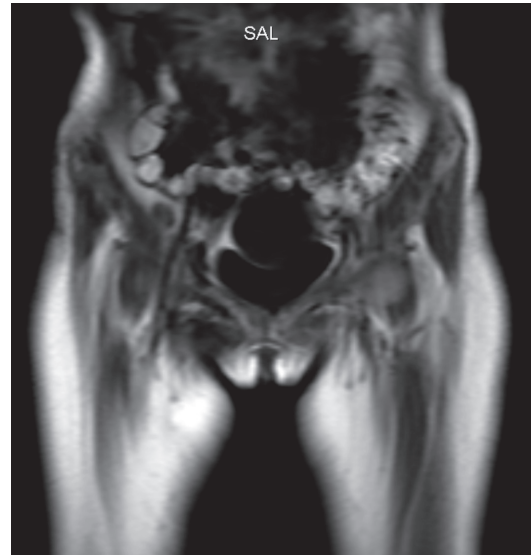
Εικόνα 1: Μαγνητική Τομογραφία σπονδυλικής στήλης με μεταστάσεις Θ10 – Θ11 – Θ12 – Ο3 – Ο4

Η γυναίκα εισήχθη στην Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Α.Π.Θ στο Γ.Ν. Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου στην 33η εβδομάδα κύησης, λόγω ασύμμετρης ενδομήτριας υπολειπόμενης ανάπτυξης του εμβρύου ιδιαίτερα στα μακρά οστά κατά δυο εβδομάδες, και λόγω της συνέχισης του θεραπευτικού σχήματος χημειοθεραπείας. Δύο 24ωρα μετά την εισαγωγή της στην Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, και αφού έγινε ωρίμανση των πνευμόνων του εμβρύου, σύμφωνα με το πρωτόκολλο της κλινικής, η έγκυος υποβλήθηκε σε καισαρική τομή υπό συνδυασμένη αναισθησία. Γεννήθηκε ένα ζωντανό, νεογνό σωματικού βάρους 1130 γραμμάρια, με Apgar Score γέννησης και 5 λεπτών: 6 και 8 αντίστοιχα. Το νεογνό μεταφέρθηκε στην Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Νεογνών λόγω της προωρότητας.

Ένα μήνα μετά τον τοκετό η ασθενής υποβλήθηκε σε μαγνητική τομογραφία, η οποία ανέδειξε μεταστάσεις στα οστά: στην σπονδυλική στήλη Θ10-Θ11-Θ12-Ο3-Ο4, στο λαγόνιο και στο ιερό οστά δεξιά, στο βραχιόνιο οστό αμφω. Ακολούθησε χημειοθεραπεία με συμπληρωματική ακτινοθεραπεία. Δυο μήνες μετά την τελευταία μαγνητική τομογραφία οστών η γυναίκα υποβλήθηκε σε μαγνητική τομογραφία σπονδυλικής στήλης, εγκεφάλου, κρανίου και τράχηλου με συμπέρασμα μεταστατικών εστιών σε όλους τους σπόνδυλους της οσφυϊκής μοίρας και του κατώτερου της θωρακικής μοίρας, στο οστά κρανίου, στον εγκέφαλο και στο μεσοθωράκιο. Έξι μήνες μετά τον τοκετό η γυναίκα κατέληξε.

Συζήτηση

Η πλειοψηφία των κακοήθων όγκων του πνεύμονα προέρχεται από τα επιθηλιακά κύτταρα. Οι κύριοι τύποι του καρκίνου είναι ο μικροκυτταρικός (20%-25%) και ο μεγαλοκυτταρικός (8%-16%)². Η πλέον συνήθης αιτία του καρκίνου του πνεύμονα είναι η μακροχρόνια έκθεση στον καπνό από κάπνισμα. Οι μη καπνι-



Εικόνα 2: Μαγνητική τομογραφία με μεταστατικές εστίες στα οστά της λεκάνης

στές αντιστοιχούν στο 10-15% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα, που συχνά αποδίδεται σε συνδυασμό των γενετικών παραγόντων, της ατμοσφαιρικής ρύπανσης και του παθητικού καπνίσματος². Περίπου το 60% των καπνιστριών συνεχίζουν το κάπνισμα στην κύηση. Τα πρώιμα συμπτώματα του καρκίνου είναι ο βήχας και η δύσπνοια.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με βιοψία κατά τη διενέργεια της βρογχοσκόπησης και ιστοπαθολογική εξέταση. Από την βιβλιογραφία προκύπτει πως η μέση ηλικία εγκύων γυναικών με καρκίνο του πνεύμονα είναι τα 36ετη και η μέση ηλικία κύησης κατά την οποία διαγνώστηκε ο καρκίνος ήταν 29 εβδομάδες². Η διάγνωση όλων των περιστατικών καρκίνου του πνεύμονα έγινε στο δεύτερο και στο τρίτο τρίμηνο της κύησης².

Περιορισμένος αριθμός των γυναικών είχε υποβληθεί σε χημειο- και ακτινοθεραπεία κατά την διάρκεια της κύησης³. Οι περισσότερες ασθενείς ανάλογα με το στάδιο της νόσου αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με συμπληρωματική χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία μετά τον τοκετό³. Δεν υπάρχουν στοιχεία ότι ο τερματισμός της κύησης αυξάνει την επιβίωση, εκτός αν ο καρκίνος έχει διαγνωστεί στο πρώτο τρίμηνο της κύησης και χορηγεί χημειο- και ακτινοθεραπείας κατόπιν διακοπής αυτής. Ο τερματισμός της κύησης προτείνεται για την πληρέστερη και καλύτερη αντιμετώπιση της ασθενούς αλλά και λόγω της χαμηλής βιωσιμότητας. Φυσικά αυτό παραμένει ένα πολύ λεπτό θέμα που πρέπει να συζητείται με πολύ προσοχή.

Οι ασθενείς, στα πρώιμα στάδια της νόσου, μπορούν να αντιμετωπιστούν χειρουργικά, χωρίς τερματισμό της κύησης. Τα στάδια ΙΙΑ, ΙΙΒ, NSCLC έχουν φτωχή πρόγνωση. Οι γυναίκες αυτές πρέπει να ενημερωθούν για τη πορεία και την έκβαση της νόσου, ώστε να μπορέσουν να επιλέξουν είτε τον τερματισμό της κύησης είτε την χημειοθεραπεία μετά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Ο συνδυασμός της καρμποπλατίνης και ετοποζίδης δεν έχει βλαπτική επίδραση στο έμβρυο στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της κύησης ενώ η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί μετά τον τοκετό⁶. Από τις λίγες βιβλιογραφικές αναφορές, προκύπτει ότι η χημειοθεραπεία στο πρώτο τρίμηνο της κύησης συνδυάζεται με τερατογένεση⁶. Οι γυναίκες με μεταστατική

νόσο [NSCLC] έχουν φτωχή πρόγνωση και σε αυτές τις περιπτώσεις είναι σκόπιμος ο τερματισμός της κύησης κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της κύησης. Το λεπτομερές ιστορικό και η επιμελής κλινική εξέταση αποτελούν σημαντικά βήματα στην διάγνωση της νόσου. Η ψηλάφηση των λεμφαδένων, του μαστού, του σπληνός και του ήπατος είναι απαραίτητη, και σε ορισμένες περιπτώσεις όπου εφικτό, να διενεργείται βιοψία των λεμφαδένων⁶. Η απόφαση για την διενέργεια ακτινοθεραπείας καθώς και του σχήματος της χημειοθεραπείας κατά την κύηση, εξαρτάται από το στάδιο της νόσου. Η ακτινογραφία, η μαγνητική τομογραφία και ο υπέρηχος αποτελούν τις μεθόδους επιλογής τόσο για την διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα όσο και για την εκτίμηση πιθανής εμφάνισης μεταστάσεων.

Η πενταετής επιβίωση του καρκίνου του πνεύμονα στην κύηση, δεν υπερβαίνει το 15% συνολικά⁶. Η καλύτερη πολιτική ενάντια στην νόσο είναι η πρόληψη, με ενίσχυση του αντικαπνιστικού αγώνα σε όλα τα επίπεδα, αρχίζοντας από την σχολική αίθουσα.

Βιβλιογραφία

1. Azim HA, Peccatori FA, Pavlidis N. Lung cancer in the pregnant woman: to treat or not to treat, that is the question. *Lung cancer* 2010;67:251-6.
2. Pavlidis N. Lung cancer during pregnancy: an amarging issue. *Lung cancer* 2008.
3. Pentheroudakis G., Pavlidis N. Cancer and pregnancy: poena magna, not anymore. *Cancer* ;42:126-40 2006.
4. Cnattingius S. The epidemiology of smoking during pregnancy.
5. Pavlidis NA. Coexistence of pregnancy and malignancy.
6. Pentheroudakis G., Orrechia R., Hoekstra HJ., Pavlidis N. Cancer, fertility and pregnancy 2010.
7. Μ. Παπαδημητρίου. *Εσωτερική παθολογία* 2001:511
8. Azim HA, Pavlidis N., Peccatori FA. Treatment of the pregnant mother with cancer: a systematic review on the use of cytotoxic, endocrine, targeted agents and immunotherapy during pregnancy. *Cancer Treat Rev* 2010;36:110-21.
9. Yener NA, Midi A, Cubuk R, Orki A, Onar C, Ersev A, Arman B. Palpable lesions as a diagnostic tool in patients with thoracic pathology 2011
10. Liu LY, Zhang WZ, Guan J, Tong WC, Cai SX, Shen XB. Lung cancer in pregnancy: report of two cases and review of literature.
11. Sarman N, Levent E, Yener NA, Orki A, Saygi A. Lung cancer and pregnancy. *Lung Cancer* 2013;79:321-3
12. Basta P, Bak A, Roszkowski K. Cancer treatment in pregnant women. *Review* 2014.

Pregnancy and lung cancer. Case report and review of the literature

Kougioumtsidou N., Theodoridis Th., Zepiridis L., Iordanidou Ei., Calvatzis Ch., Tarlatzis B., Athanasiadis A.

A' Department of Obstetric & Gynecology, Aristotle University of Thessaloniki

Correspondence: Kougioumtsidou Niki

«Papageorgiou», General Hospital of Thessaloniki
Eucarpia, 56403, Thessaloniki
Tel.: 6977 27 10 96, E-mail: nikispyr77@yahoo.gr

Summary

Background: Lung cancer in pregnant woman is a very rare and has dramatic coincidence with poor prognosis. Malignancies in pregnant women account for 0,1% of all cancers¹².

Case report: We present a case of lung cancer in pregnancy, in a 33-year-old patient. The patient at 19 weeks of pregnancy had symptoms of pneumonia and after a thorough examination with chest X-Ray, MRI and bronchoscope with biopsy; she was diagnosed with lung cancer. She had four cycles of chemotherapy during pregnancy.

Results: Due to intrauterine growth retardation of the fetus and the need of further treatment of the lung cancer, the pregnancy was terminated at 33 weeks by cesarean section and the patient died six months after delivery.

Conclusions: Lung cancer in pregnancy is a very rare and dramatic coincidence with poor prognosis. Treatment depends on the gestational week of diagnosis, patient's medical status, and personal and familial history.

Key words: pregnancy, lung cancer, chemotherapy, maternal and fetal outcome
