

Rak materničnega vratu, odkrit v nosečnosti, je izjemno redek, po nekaterih ocenah naj bi bila groba incidenca štiri na 100 tisoč nosečnosti oziroma naj bi bil delež raka materničnega vratu v nosečnosti eden do treh na tisoč vseh rakov materničnega vratu. Pri večini nosečnic ga odkrijemo v zgodnjih stadijih: IA do IB1 po klasifikaciji FIGO. Nosečnost pa naj ne bi vplivala na preživetje ob standardnem onkološkem zdravljenju.

Odkritje raka materničnega vratu v nosečnosti zahteva multidisciplinarni pristop, ginekološkega onkologa, onkologa, perinatologa, cilj pa je ozdravitev nosečnice in ob nadaljevanju nosečnosti zagotoviti najboljši izid za plod. Nosečnica mora dobiti vse potrebne informacije, ki zadevajo tveganja za izid onkološkega zdravljenja in možnih perinatoloških zapletov. Dejavniki, ki vplivajo na odločitve, povezane z zdravljenjem nosečnice z rakom materničnega vratu, so: gestacijska starost ob postavitvi diagnoze, histološki tip in stadij ter želja po ohranitvi rodne sposobnosti oziroma nosečnosti.

Pred kratkim so bila objavljena skupna priporočila Evropskega združenja za ginekološko onkologijo, Evropskega združenja za radioterapijo in Evropskega združenja za patologijo, v katerih so navedeni tudi osnovna navodila in postopki, ki so potrebni za zdravljenje raka materničnega vratu v nosečnosti.

Stadij IA

Za stadij IA se v zgodnji nosečnosti priporoča konizacija ali trahelektomija, ob odkritju po prvem trimesečju pa poseg odložimo do konca nosečnosti.

Stadij IB1

Kadar je rak materničnega vratu odkrit v prvem trimesečju, se večina žensk odloči za prekinitve nosečnosti in onkološko zdravljenje. Podobno odločitev lahko sprejmemo tudi pred zaključenim drugim trimesečjem. Pri mladih nosečnicah, ki željo ohraniti rodnost, se lahko odločimo za radikalno trahelektomijo in pelvično limfadenektomijo, če so zanj izpolnjeni kriteriji. Ob odkritju raka materničnega vratu v tretjem trimesečju nosečnost običajno dokončamo s carskim rezom, če je možno po 32 tednih nosečnosti, ter v istem aktu nadaljujemo radikalno histerektomijo in pelvično/obaortno limfadenektomijo. Radikalno kirurško zdravljenje lahko izvedemo tudi po carskem rezu ter delni involuciji maternice.

Pri nosečnicah, ki ne želijo prekiniti nosečnosti, se moramo v zadnjih dveh trimesečjih odločiti o odložitvi onkološkega zdravljenja. V literaturi so opisani primeri radikalne vaginalne in abdominalne trahelektomije z uspešno ohranitvijo nosečnosti. Odložitev onkološkega zdravljenja ob koncu drugega ali v začetku tretjega trimesečja naj bi bilo razmeroma sprejemljiva pri majhnih tumorjih. Pri stadiju IB1 naj odložitev onkološkega zdravljenja ne bi bila daljša od 12 tednov. Tveganje za recidiv zaradi odložitve onkološkega zdravljenja je okoli 5

odstotkov, torej podobno kot pri nenosečih bolnicah. Če je minilo več kot 14 tednov nosečnosti, pride v poštev zdravljenje z neoadjuvantno kemoterapijo s cisplatinom, zdravljenje pa nadaljujemo do 32. tedna nosečnosti, ko naj bi bil sprožen porod in sočasno opravljena radikalna histerektomija s pelvično/obaortno limfadenektomijo.

Stadij IB2 do IVA

Prekinitev nosečnosti in začetek standardnega onkološkega zdravljenja je najpogostejša izbira ob odkritju raka materničnega vratu v višjih stadijih na začetku nosečnosti. Predpogoj za odložitev onkološkega zdravljenja je odsotnost metastatske bolezni. Tudi ob negativnih bezgavkah naj odložitev zdravljenja pri stadiju IB2 ne bi bila daljša od 6 tednov, pri daljšem odlogu onkološkega zdravljenja priporočajo neoadjuvantno kemoterapijo s cisplatinom do 32. tedna, ko naj bi bil sprožen porod s carskim rezom in nadaljevanje zdravljenja z radiokemoterapijo.

Krvavitev in možnost diseminacije raka pri vaginalnem porodu sta le dva izmed razlogov proti vaginalnemu porodu. Carski rez je tako prva izbira dokončanja poroda.

V literaturi so objavljeni številni posamični primeri, pri katerih se preživetje glede na stadij ni pomembno razlikovalo od nenosečih bolnic z rakom materničnega vratu. V edini večji seriji je Kohler pri 21 nosečnicah, pri katerih je bilo zdravljenje odloženo z neoadjuvantno kemoterapijo, poročal o 95,7-odstotnem celokupnem preživetju v času sledenja med 7 in 88 meseci.

Odkritje raka materničnega vratu v nosečnosti ne spreminja standardnih onkoloških postopkov zdravljenja, pri odložitvi na račun nadaljevanja nosečnosti je ena možnih izbir neoadjuvantna kemoterapija. Vsako nosečnico moramo obravnavati individualno, multidisciplinarno in z obširno pojasnilno dolžnostjo.

Literatura

1. Amant F, Van Calsteren K, Halaska MJ, et al. Gynecological cancers in pregnancy: guidelines of an international consensus meeting. *Int J Gynecol Cancer* 2014;24(3): 394–403.
2. Hecking T, Abramian A, Domrose C, et al. Individual management of cervical cancer in pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2016; 293: 931–939.
3. La Russa M, Jeyarajah AJ. Invasive cervical cancer in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2016; 33: 44–57.
4. Bravo E, Parry S, Alonso C, Rojas S. Radical vaginal trachelectomy and laparoscopic pelvic lymphadenectomy in IB1 cervical cancer during pregnancy. *Gynecologic Oncology Reports* 2012; 2: 78–79.
5. Cordeiro CN,, Gemignani ML. Gynecologic Malignancies in Pregnancy: Balancing Fetal Risks With Oncologic Safety. *Obstet Gynecol Surv.* 2017; 72(3): 184–193.
6. Arunachalam I. Neoadjuvant chemotherapy in cervical cancer in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2016; 33: 102–107.
7. Ngu S-F,, Ngan HYS. Chemotherapy in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2016; 33: 86–101.
8. Kohler C, Oppelt P, Favero G, et al. How much platinum passes the placental barrier? Analysis of platinum applications in 21 patients with cervical cancer during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2015 ;213(2): 206e1–e5.

9. Fruscio R, Villa A, Chiari S, et al. Delivery delay with neoadjuvant chemotherapy for cervical cancer patients during pregnancy:a series of nine cases and literature review. *Gynecol Oncol.* 2012;126(2): 192–7.
10. Lee JM, Lee KB, Kim YT et al. Cervical cancer associated with pregnancy: results of a multicenter retrospective Korean study (KGOG-1006). *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 198(1): 92.e1–6.