

Gebelik ve Hodgkin hastalığı

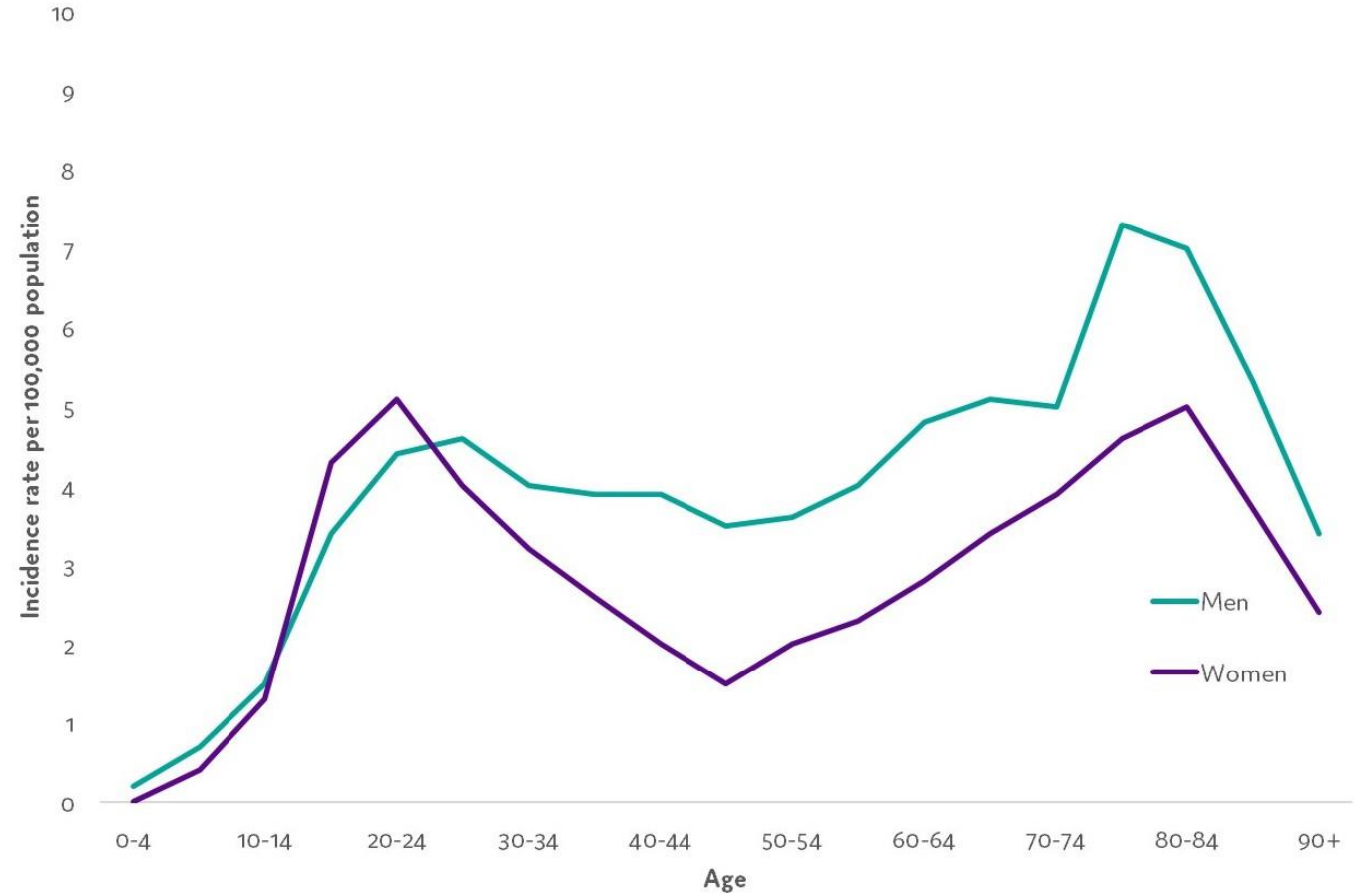
Doç. Dr. Mehmet Özen
Bayındır Söğütözü Hastanesi
Hematoloji ve Kök Hücre Nakil Ünitesi

6. Hematolojik Onkoloji Kongresi

20.09.2019

Hodgkin hastalığı insidansı

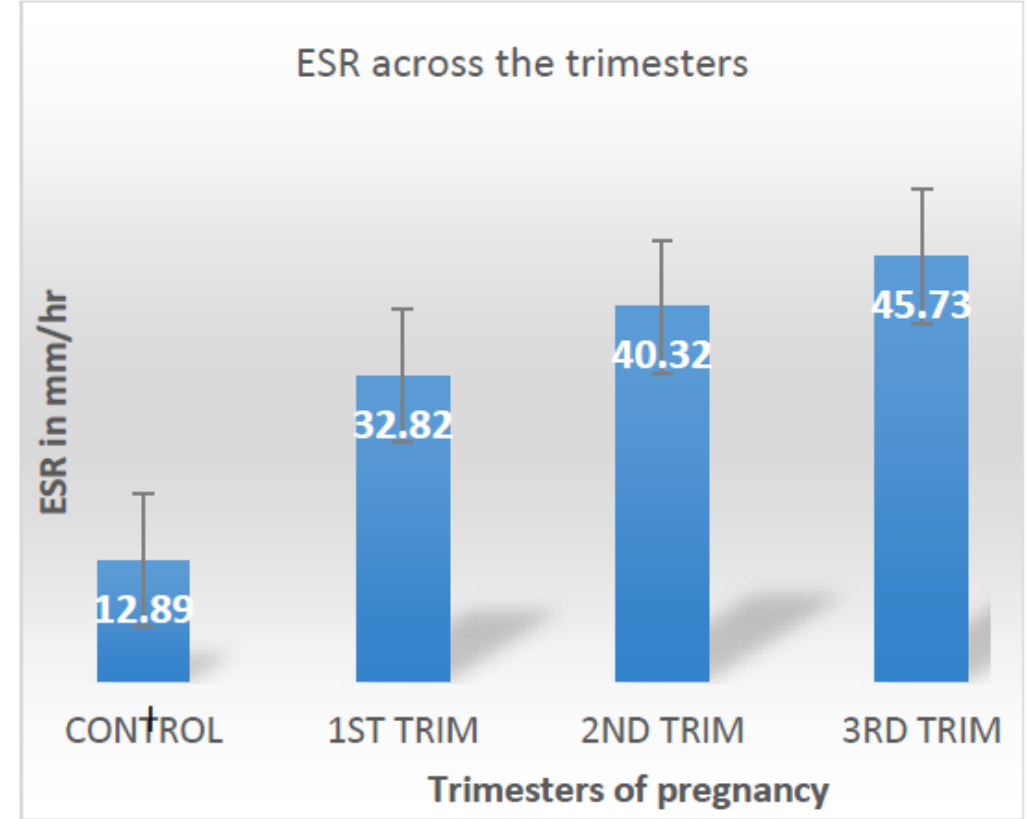
- HH reproduktif yaşta sık
- Vakaların %3'ünde gebelikte HH



Gebede HH tanısal yaklaşım

- Biyopsi aynı
- Evreleme yapmak lazım
- Laboratuvar?
- ALP yüksek
- Albumin düşük
- Sedim yüksek

Figure 1: Distribution of ESR across the trimesters



Gebede HH tanısal yaklaşım

- PET-BT çektirelim mi?
- PET ile fetüsün alacağı radyasyon 11.8 mGy
- BT de eklenirse 10 mGy daha fetüs radyasyon alacak
- Kesin kontrendike değil,
- Mümkünse yapmamak lazım

geometric phantoms. The doses remain, however, well below the threshold for any deterministic effects. Thus, pregnancy is not an absolute contraindication of a clinically justified ^{18}F -FDG PET scan.

Gebede HH evreleme

- PAAG, radyasyon düzeyi düşük, yapılabilir
- Abdominal USG, güvenli
- MRG, güvenli
- EKO, yapılabilir
- KIAB (Şüphe varsa)
- Mutlak gerekli ise

Gebede HH tedavisi

- Multidisipliner yaklaşımla tedavi edilmeli.
 1. Hematoloji
 2. Kadın doğum
 3. Yenidoğan hekimi

Gebede HH tedavi multidisipliner yaklaşım

- Kadın doğum
 1. Hastayı tanı için hematolojiye yönlendirme
 2. Hastanın gebeliği riskli hale gelecektir. Riskli gebelik takibi
 3. Gebeliğin sonlandırılması kararını alır
 4. Gebeliğin sonlandırma zamanı ve şeklinin tayini
 5. Postpartum en az 2 yıllık doğum kontrolü yönteminin belirlenmesi (relaps riski en yüksek dönem)

Gebede HH tedavi multidisipliner yaklaşım

- Yenidoğan hekimi
 1. Yüksek riskli gebelik
 2. Çocukluk çağı hematolojik hastalıkları gelişebilir
 3. Bebeğe veya plasentada HH tutulumu olabilir
 4. Doğum sonrası yenidoğanın bakımı
 5. Anne sütü alımı/ Çocuğun beslenmesi
 6. Yenidoğanın uzun süreli takibi

Gebede HH tedavisi

- Hastanın evrelemesi, tanısal yaklaşım
- Tedavi planının belirlenmesi
- Kemoterapinin verilmesi
- Gebelik sırasında Hb 10, plt 30.000'in üzerinde olacak şekilde destek tedavisi
- Doğum sırasında plt 50,000'in üzerinde olmasının sağlanması,
- Gebelik sonrası takip ve uygun evrelemenin sağlanması

Gebede HH tedavisi

- Tedavinin belirlenmesi
 1. Yaş
 2. Evre
 3. Semptom durumu
 4. Fetal riskler
 5. Hastanın isteđi
 6. Vaka serileri dışında çalışma yok

Gebede HH tedavisi

- Kemoterapi vermeyelim

1. Annenin yařamı

- Kemoterapi verelim

1. Düşük riski

2. Fetal malformasyon riski

3. Perinatal durum



Gebede HH tedavisi

- En büyük çalışma bir vaka kontrol çalışması
- 48 HH tanısı olan gebe kadın
- 48 HH tanısı olan gebe olmayan kadın
- Tedavi:
 1. sadece RT (n=31),
 2. Sadece KT (n = 6),
 3. Kombine RT ve KT (n = 11).

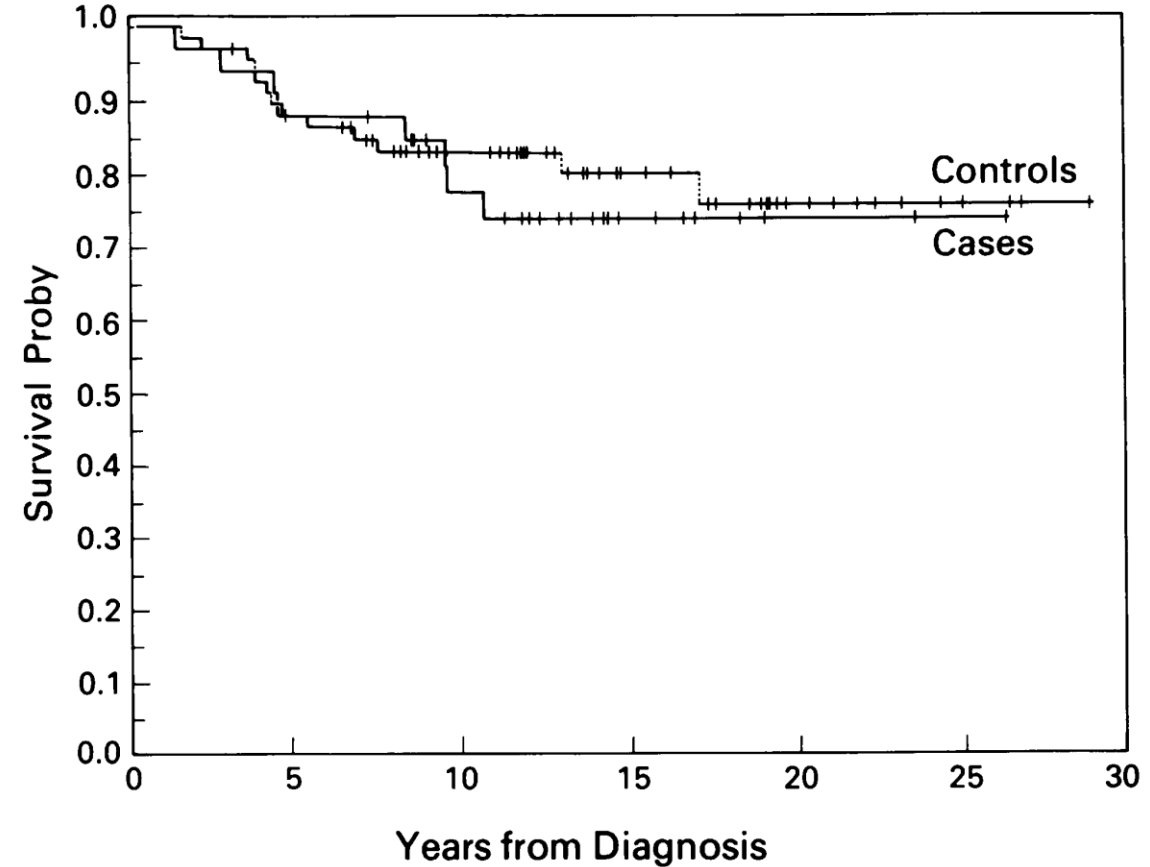


Figure 1 Kaplan-Meier cause-specific survival curve for Hodgkin's disease comparing women who were pregnant and had Hodgkin's disease ($n = 33$) with matched, non-pregnant controls ($n = 67$). $P = 0.6$.

Gebede HH tedavisi

- Gebede evre, klinik bulgular, tedaviye yanıt, uzun dönem sağkalım gebe olmayanla aynı
- Terapötik abortus uygulananlarla uygulanmayanlar arasında sağkalım farkı yok
- HL gebeliği, fetal gelişimi, doğumu ve lohusalığı kötü etkilemiyor
- Terapötik abortus mutlak gerekli değil

Gebede HH tedavisi

- Genel kurallar

1. Birçok hastada tedavi acil değildir
2. İlk trimesterde ciddi semptomlar veya organ disfonksiyonu yoksa KT ve RT den kaçınılmalıdır.
3. İlk trimesterde KT spontan düşük riski, fetal ölüm, fetal malformasyon ile ilişkili.
4. En riskli dönem 2-8 hafta arasında (organogenez dönemi)
5. 8. haftadan sonra da göz, SSS, genital sistem ve hematopoetik sistem duyarlı

Gebede HH tedavisi

- Radyoterapi

1. Semptomatik hastalarda
2. Mediastinal kitlesi olanlarda
3. Mutlaka gerekli ise verilmeli
4. Fetüsün alacağı doz tedaviden önce hesaplanmalı
5. Fetüs korunmalı
6. Fetüs RT sonrası takip edilmeli
7. Ters Y RT verilemez
8. Yıllar sonra fetüste kemik iliği diskrazileri ve lösemi gelişebilir

Gebede HH hastalığı tedavisi

- Antimetabolitler ve alkilleyiciler fetal malformasyon, spontan düşük, ölü doğum ile ilişkili
- Kaçınılacak rejim
 1. MOPP (mekloretamin, vinkristin, prednizon, prokarbazin)
- Kaçınılacak ilaçlar
 1. Meklorethamine
 2. Siklofosfamid
 3. Prokarbazin,
 4. Klorambusil
 5. Methotrexat

Gebede HH tedavisi

- İlk trimesterde KT
 1. Nadiren gerekir
 2. Acil kemoterapi gereksinimi fetal gelişimi etkileyebilir
 3. Gebeliğin sonlandırılması hasta ile konuşulmalı
 4. Hastada uzun süreli stres gelişimi ve kısırlık

Gebede erken evre HH tedavisi

- Hastaların çoğu evre 1A veya 2A
- Genellikle asemptomatik veya çok az semptomatik
- Tedavi doğumdan sonraya ertelenebilir
- Yakın takip gerekli
- Tedavinin geciktirilmesinin çocuğa veya anneye zararı yok

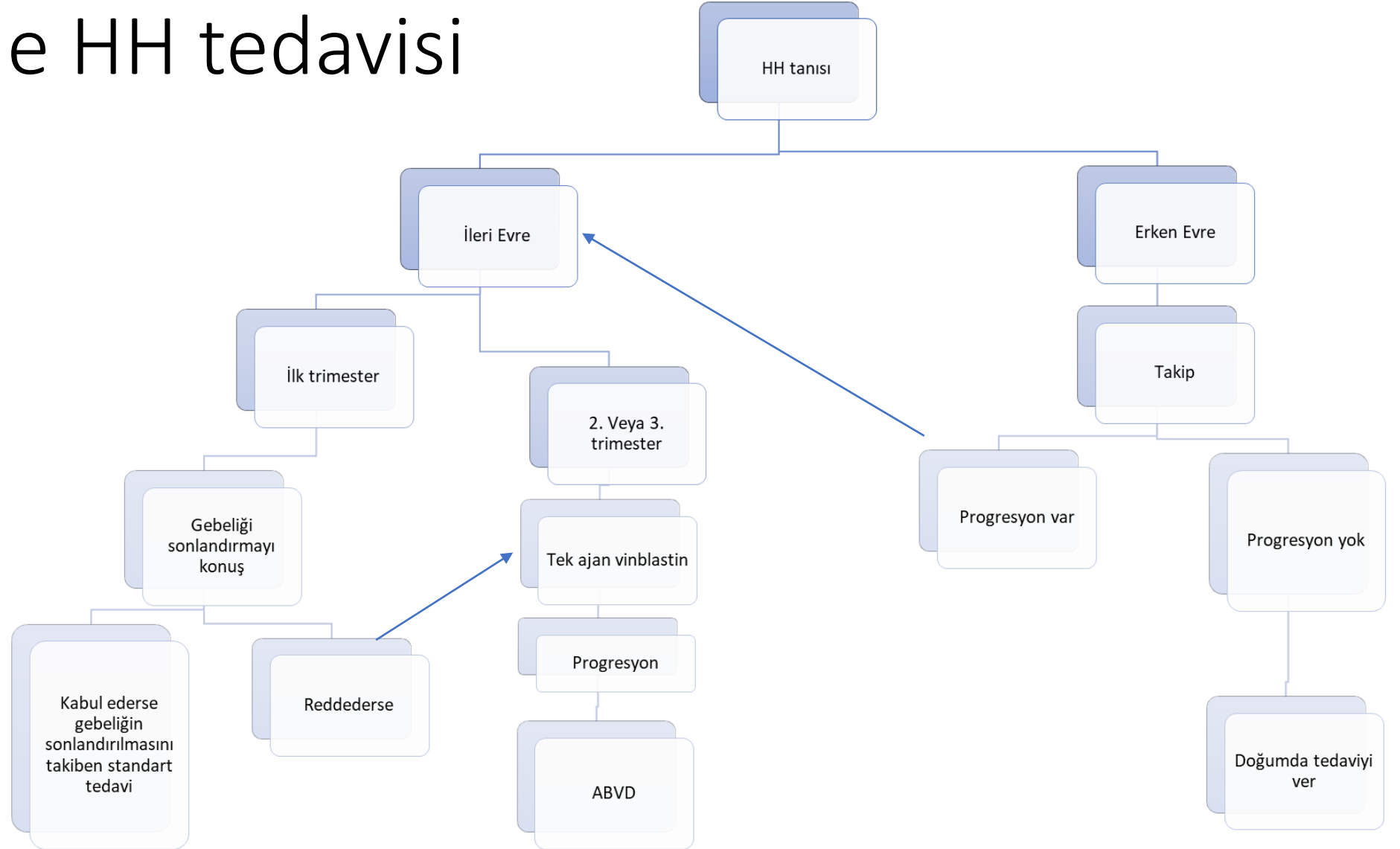
Gebede HH tedavisi

- Mutlaka tedavi gerekli ise KT tercih edilmelidir.
- İlk trimesterdan sonra multiple kemoterapi verilebilir
- Tek ajan vinblastin tercih edilmeli
- Semptomatik hastalarda
- >%75 yanıt oranı
- Düşük toksisite
- İnsanda teratojenik etkisi yok
- Plasentayı geçmez
- Sık aralıklarla verilebilir
- Progresyona kadar verilebilir

Gebede HH tedavisi

- ABVD
- Antrasiklin dozu kürde 70 mg/m² yi geçerse ciddi fetal toksisite ile ilişkili. Ölüm, malformasyonlar, kalp toksisitesi gibi.
- ABVD içindeki antrasiklin dozu 25 mg/m² yi geçmemeli.
- 14. hastada ABVD alan hastada ölü doğum bildirilmiş. Prematurite, düşük doğum ağırlığı ve neonatal myelosüpresyon ile ilişkili
- İkinci ve üçüncü trimesterde kullanımında fetüste uzun dönemde istenmeyen yan etki gözlenmemiş.
- BEACOPP rejiminden kaçınılmalı

Gebede HH tedavisi



Gebede HH tedavisi

- Progresif hastalık
 1. Doğum zamanını ve şeklini planla
 2. Mümkünse doğumu 35-37. haftaya kadar ertele
 3. Plasenta patolojik olarak HH tutulumu açısından değerlendirilmeli

Gebede HH tedavisi

- Bebeğe KT nin etkileri
 1. Preterm doğum %54
 2. Yenidoğan YBÜ ihtiyacı
 3. İndüklenmiş doğum %89.7
 4. Prematürite ilişkili komplikasyonlar
 5. KT anne sütüne geçtięinden bebeğe anne sütü verilmemeli

Gebede HH tedavisi

- Doğum sonrası
 1. PET-CT çekilerek hasta yeniden evrelendirilmeli
 2. 6-8 kür multiajan KT ile hastalar tedavi edilmeli
 3. PET-CT ile yeniden evrelendirme ve tedavi takibi yapılmalı

Gebede Relaps HH tedavisi

- Gebelik sırasında HH tekrar ederse
- Otolog nakil ve yüksek doz tedavi mümkünse ertelenmeli
- Hastanın evresine, doğumun zamanına göre ABVD tekrarlanabilir

Gebede HH tedavisi

