

V Sloveniji smo med letoma 2008 in 2017 zabeležili 11 maternalnih smrti (smrt ženske v nosečnosti ne glede na gestacijsko starost ali 42 dni po koncu nosečnosti) in 17 poznih maternalnih smrti (smrt ženske po več kot 42 dneh, a v prvem letu po porodu). Rak je bil vzrok za kar 11 (39 odstotkov) teh smrti (ena maternalna in deset kasnih maternalnih smrti). Najpogosteje je bila smrt posledica malignega melanoma (štirje primeri), sledita rak dojke (dva primera), osrednjega živčevja (dva primera) ter po en primer raka želodca, pljuč in jajčnika. Rak torej že danes predstavlja pomemben delež maternalne umrljivosti v Sloveniji. Z naraščanjem starosti nosečnic pa se bo v prihodnjih letih pojavnost raka v nosečnosti še povečevala.

Vodenje nosečnosti pri rakavih bolnicah je težek medicinski in etični izziv. Osnovno načelo vodenja teh nosečnosti je, da se mora onkološko zdravljenje čim manj razlikovati od zdravljenja bolnic, ki niso noseče. Ob zagotavljanju pravočasnega in učinkovitega zdravljenja matere pa moramo skrbeti tudi za dobrobit ploda oziroma novorojenčka. Zaradi strahu pred negativnimi učinki citotoksičnih zdravil na plod je bila še pred nekaj desetletji večini nosečnic z rakom svetovana umetna prekinitev nosečnosti. Danes imamo vse več podatkov o tem, da je citotoksično zdravljenje po prvem trimesečju za plod razmeroma varno. Zato vse več nosečnic z rakom prejema sistemsko zdravljenje. Kratkoročni izidi pri njihovih novorojenčkih

oziroma dojenčkov so spodbudni, vendar imamo še vedno premalo dobrih podatkov o dolgoročnih izidih pri teh otrocih.

Nosečnice z rakom bi morale spremljati v terciarnem perinatalnem centru. Redno je treba ocenjevati plodovo rast, saj je zastoj plodove rasti (ang. intrauterine growth restriction – IUGR) pri nosečnicah z rakom pogostejši. Prav tako je treba spremljati količino plodovnice, pretoke skozi popkovnično arterijo in proti koncu nosečnosti preverjati plodovo stanje s kardiokotografijo. Iatrogenemu prezgodnjemu porodu se, če je to le mogoče, želimo izogniti, saj je prav prezgodnji porod najpomembnejši dejavnik perinatalne obolevnosti, povezan pa je tudi s slabšim dolgoročnim nevrološkim razvojem otrok. Po dopolnjenem 37. tednu nosečnosti je pri bolnicah, ki prejemajo citotoksična zdravila, porod dobro načrtovati tako, da bosta od zadnjega odmerka do poroda minila vsaj dva tedna. S tem zmanjšamo tveganje za mielosupresijo in okužbe pri novorojenčku. Carski rez naredimo le v primeru porodniških ali onkoloških indikacij. Ena od slednjih je rak materničnega vratu. Ta rak je absolutna indikacija za carski rez zaradi tveganja za večjo poporodno krvavitev in opisanih recidivov v epiziotomijski rani. Pri raku materničnega vratu pogosto tudi neposredno po carskem rezu nadaljujemo kirurško zdravljenje (radikalno histerektomijo). Po porodu je pri bolnicah z rakom posteljico treba poslati na histopatološki pregled, da izključimo sicer zelo redke zasevke v njej. Največkrat so bili ti opisani pri malignemu melanomu, levkemiji in limfomih.

Temeljnega pomena pri vodenju nosečnosti pri rakavi bolnici je multidisciplinarna obravnava. Ključno je dobro sodelovanje med specialisti različnih strok. Ob večanju števila nosečnic z rakavimi obolenji pa postaja tudi vse pomembnejše zbiranje podatkov o maternalnih in perinatalnih izidih pri teh bolnicah ter njihovih otrocih. V Sloveniji imamo za to izvrstno priložnost, saj podatke o bolnicah z rakom in njihovi obravnavi zbiramo v Registru raka Republike Slovenije, podatke o nosečnostih, porodih, in novorojenčkih pa v Nacionalnemu perinatalnemu informacijskemu sistemu. Povezovanje teh baz podatkov bi nam v prihodnje lahko omogočilo še boljšo obravnavo nosečnic z rakom.

Literatura

1. Verdenik I, Novak Antolič Ž, Zupan J (ur.) Perinatologia Slovenica II : slovenski perinatalni rezultati za obdobje 2002-11. Ljubljana : Združenje za perinatalno medicino SZD, Ginekološka klinika, UKC, 2013.
2. Maggen C, van Gerwen M, Van Calsteren K, et al. Int J Gynecol Cancer 2019;29:404– 416.
3. de Haan J, Verheecke M, Van Calsteren K, et al. Oncological management and obstetric and neonatal outcomes for women diagnosed with cancer during pregnancy: a 20-year international cohort study of 1170 patients. Lancet Oncol 2018;19:337–46.
4. Amant F, Halaska MJ, Fumagalli M, et al. Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines of a second international consensus meeting. Int J Gynecol Cancer 2014;24:394–403.
5. Ngu SF, Ngan HY. Chemotherapy in pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2016;33:86–101.

6. Amant F, Van Calsteren K, Halaska MJ, et al. Long-term cognitive and cardiac outcomes after prenatal exposure to chemotherapy in children aged 18 months or older: an observational study. *Lancet Oncol* 2012;13:256–64.