

Cancro e gravidanza

C. Bonneau, A. Maulard, L. Salleret, E. Daraï, R. Rouzier

L'insorgenza di un cancro durante la gravidanza è rara, ma solleva una duplice problematica materna e fetale. L'approccio deve essere multidisciplinare. I trattamenti devono essere quanto più vicini possibile a quelli proposti al di fuori della gravidanza. La chemioterapia deve essere differita dopo il primo trimestre, per quanto possibile, e la radioterapia deve essere rimandata fino al post-partum. L'interruzione della gravidanza deve essere ipotizzata quando è necessario un trattamento immediato e incompatibile con la gravidanza.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Ormoni; Melanoma; Linfoma; Leucemia; Cancro della mammella; Cancro cervicale; Prognosi neonatale; Chirurgia; Radioterapia; Chemioterapia; Fertilità

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Epidemiologia	1
■ Circostanze di scoperta	1
■ Bilancio	2
Laboratorio	2
Ecografia	2
Radiologia convenzionale e moderna	2
Risonanza magnetica	2
"Positron emission tomography" - tomodesitometria e diagnostica per immagini nucleare	2
■ Trattamenti	2
Chirurgia	2
Chemioterapia	2
Radioterapia	2
Terapia ormonale	2
Terapie mirate	3
Terapie di supporto	3
■ Prognosi	3
Prognosi materna	3
Prognosi fetale	3
■ Progetto genitoriale	4
■ Casi particolari	4
Cancro della mammella	4
Displasie cervicali e cancro del collo dell'utero	4
Melanoma	4
Cancro dell'ovaio	4
Emopatie	4
Tiroide	5
Cancro coloretale	5
■ Prevenzione e screening	5
■ Conclusioni	5

■ Introduzione

Un cancro è detto associato alla gravidanza quando compare durante la gravidanza o l'anno che segue il parto. Le sfide sono dupplici: trattare al meglio la paziente senza compromettere la prognosi fetale.

La gestione della madre deve essere multidisciplinare, quanto più vicina possibile alle raccomandazioni abituali. Il tipo e l'aggressività del cancro, il protocollo terapeutico scelto, l'età gestazionale e il progetto genitoriale attuale e futuro sono elementi da integrare nella decisione finale.

■ Epidemiologia

Il cancro è la seconda causa di morte tra i giovani adulti ^[1]. Si stima che un cancro insorga in un caso su 1 000-1 500 gravidanze, con una tendenza in aumento a causa dell'aumento dell'età materna durante la gravidanza. Tale incidenza è simile a quella delle donne non gravide della stessa età. I cancri più comuni sono i cancri della mammella, della cervice uterina e della tiroide, i melanomi e i linfomi di Hodgkin ^[2]. Più raramente, si tratta di leucemie, cancri dell'ovaio e del polmone o digestivi.

■ Circostanze di scoperta

I sintomi che rivelano il cancro sono gli stessi durante la gravidanza o al di fuori di essa. Le modificazioni fisiologiche legate alla gravidanza possono mascherare questi sintomi o portare a trascurarli. L'affaticamento, l'anemia, i dolori ossei, le variazioni del volume e della consistenza della ghiandola mammaria, le perdite vaginali, la nausea, la stipsi e il sanguinamento anale sono spesso inizialmente attribuiti alla gravidanza e raramente portano ad altre indagini. Al contrario, alcuni esami complementari

eseguiti durante la gravidanza permettono la scoperta casuale di cancro, in stadi più precoci (per esempio, Pap-test, ecografia del primo trimestre e massa ovarica).

■ Bilancio

Laboratorio

Le modificazioni fisiologiche dei marcatori sierici durante la gravidanza rendono difficile la loro interpretazione (tasso leggermente più alto durante la gravidanza). Tuttavia, dei dosaggi successivi permettono di seguire la risposta al trattamento.

Ecografia

Gli ultrasuoni non hanno effetti secondari sul feto [3]. L'ecografia, anche se a volte difficile a causa del volume uterino al termine della gravidanza, deve essere preferita agli esami che causano un'irradiazione, quando possibile.

Radiologia convenzionale e moderna

Le radiografie standard e la tomografia computerizzata (TC) sono esami che causano irradiazione. Gli effetti sul feto sono in funzione dell'età gestazionale e della dose ricevuta. Il principio di radioprotezione *as low as reasonably achievable* (ALARA) consiste nell'utilizzare, dopo la giustificazione dell'esame, le dosi minime di radiazioni, senza ridurre il valore diagnostico dell'esame. La maggior parte degli esami radiologici presenta poco rischio fetale, perché la radiazione ricevuta è bassa, inferiore alla soglia degli effetti collaterali (meno di 100 mSv o di 10-20 cGy) [4]. Il bilancio di estensione a distanza deve essere riservato alle pazienti con un'alta probabilità di metastasi e quando la loro scoperta cambia la terapia scelta.

La radiologia convenzionale non è controindicata quando il feto non è nel campo di irradiazione. Esso sarà protetto da un grembiule di piombo sull'addome della madre.

La TC richiede, il più delle volte, l'iniezione di mezzo di contrasto iodato, che attraversa la placenta e che può eccezionalmente disturbare la funzione tiroidea fetale. Il suo uso deve tenere conto del rapporto rischio/beneficio e si deve realizzare un controllo della funzione tiroidea del neonato dopo la nascita [5].

Risonanza magnetica

La risonanza magnetica (RM) non è un esame che causa irradiazione. Il gadolinio, prodotto di contrasto magnetico, attraversa la placenta per raggiungere la circolazione fetale, poi si accumula nel liquido amniotico. Non sono stati segnalati effetti teratogeni o mutageni. L'uso del gadolinio è consentito con la vigilanza durante la gravidanza, quando è ritenuto necessario, a eccezione del primo trimestre [5].

“Positron emission tomography” - tomodesintometria e diagnostica per immagini nucleare

Le indicazioni alla diagnostica per immagini nucleare devono essere limitate durante la gravidanza e differite al post-partum il più possibile. L'irradiazione fetale dipenderà dal tracciante utilizzato e dalla permeabilità placentare al tracciante, dal suo compartimento di biodisponibilità, dalla sua affinità per i tessuti, dalla sua emivita e dal tipo di radiazioni che emette. Saranno prese delle misure di protezione del feto, in particolare per limitare l'irradiazione legata all'escrezione urinaria dei traccianti (iperidratazione, minzioni frequenti o catetere urinario a permanenza).

Il ¹⁸F-fluorodeossiglucosio (F-FDG) attraversa la placenta e il suo uso non è raccomandato durante la gravidanza [6]. Se questo esame è indispensabile per la gestione della paziente, è opportuno tentare di differirlo oltre il sesto mese di gravidanza. La scintigrafia ossea può essere realizzata in caso di forte sospetto di metastasi ossee e quando la loro scoperta cambia la gestione della paziente.

■ Trattamenti

Chirurgia

Gli interventi chirurgici sono realizzabili durante la gravidanza, sotto anestesia generale o locoregionale e, preferibilmente, in decubito laterale sinistro. La laparoscopia è realizzabile in open laparoscopia per evitare una perforazione uterina, prima delle 24 settimane di amenorrea (SA). Non vi è alcun aumento della morbidità materna [7].

È stato descritto un eccesso di rischio di aborto spontaneo nel primo trimestre, principalmente in contesti di appendicite o peritonite [7]. Quando possibile, è preferibile differire l'intervento al secondo trimestre (Fig. 1) [8]. Tra le 24 e le 34 SA, una terapia corticosteroidea di maturazione fetale deve precedere l'intervento e l'intervento deve essere eseguito in una struttura di maternità adeguata. Vi sono, in letteratura, pochi dati sull'interesse di una tocolisi perioperatoria. Qualunque sia la localizzazione del sito chirurgico, le complicanze fetali sono legate alle complicanze materne intra- e postoperatorie (ipossia, ipotensione, febbre, infezione, ipoglicemia, dolore, trombosi, ecc.).

La procedura del linfonodo sentinella (LS) con tecnezio 99m (^{99m}Tc) senza blu patentato è possibile quando il sito di iniezione e la stazione linfonodale sentinella sono a distanza dal feto.

Chemioterapia

Quando si usano agenti citotossici durante la gravidanza, devono essere sollevate le questioni di teratogenicità, tossicità fetale ed eccesso di rischio di cancro infantile. Questi effetti dipendono dal tipo di chemioterapia, dalla sua dose, dalla sua via di somministrazione e dalla sua durata, ma anche dal termine della gravidanza. La maggior parte delle chemioterapie utilizzate è potenzialmente deleteria durante l'organogenesi. Al secondo e al terzo trimestre, sono stati segnalati in letteratura pochi effetti collaterali, a parte l'ipotrofia fetale, la prematurità e dei casi di citopenia neonatale.

Le raccomandazioni degli esperti sono di somministrare gli agenti citotossici alle stesse dosi usate nelle donne non gravide (massima concentrazione e area sotto la curva inferiori durante la gravidanza) e di iniziare il trattamento dopo le 14 SA (Fig. 1). Possono essere utilizzati la doxorubicina, l'epirubicina, i sali di platino, il 5-fluorouracile (5-FU), i taxani e la ciclofosfamide [9]. Il parto deve essere programmato due o tre settimane dopo l'ultimo ciclo di chemioterapia, per consentire l'uscita dall'aplasia materna e fetale e l'eliminazione fetale dei farmaci dalla placenta [10].

L'allattamento al seno è controindicato, perché la maggior parte delle molecole utilizzate passa nel latte.

Radioterapia

L'esposizione fetale dipende dalla dose bersaglio, dalla dimensione del campo di irradiazione, dalla distanza feto/bersaglio, dal tipo di macchinario e dalle misure di protezione fetali adottate. Tra le 4 e le 10 SA, la soglia di teratogenicità è di 0,1-0,2 Gy [11]. Tra le 10 e le 25 SA, il sistema nervoso centrale è sensibile alle radiazioni, con una soglia di 0,1 Gy per una riduzione del quoziente intellettivo (QI) e di 1 Gy per un grave ritardo mentale. Dopo le 25 SA, la frequenza degli effetti secondari diminuisce. Si constata un aumento del 40% del rischio di leucemie e tumori solidi, ossia un'incidenza di tre o quattro casi per 1 000 bambini esposti in utero a oltre 0,01 Gy, indipendentemente dal termine dell'esposizione.

Dopo il primo trimestre, si può ipotizzare una radioterapia, caso per caso, se il feto è distante più di 30 cm dal campo di irradiazione (con previsione della crescita fetale) (Fig. 1).

Terapia ormonale

I dati della letteratura indicano che è prudente sospendere il tamoxifene tre mesi prima di iniziare una gravidanza e non introdurlo durante la gravidanza. Sono stati descritti alcuni casi di malformazioni congenite (ambiguità sessuale e malformazioni

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757770>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757770>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)