

Gebelikte Renal Hücreli Karsinom

Renal Cell Carcinoma During Pregnancy: Letter to the Editor

Harun ÖZMEN,^a
Bahar AYDINLI,^a
Mehmet Tuna ATAMAN^b

^aAnesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği,
Mersin Devlet Hastanesi,
^bÜroloji Kliniği
Özel Doğuş Hastanesi,
Mersin

Geliş Tarihi/Received: 08.07.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 21.09.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:
Bahar AYDINLI
Mersin Devlet Hastanesi,
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği,
Mersin,
TÜRKİYE/TURKEY
drbahar2003@yahoo.com

Anahtar Kelimeler:
*Renal hücreli karsinom 1;
gebelik; anestezi*

Key Words:
*Renal cell carcinoma 1;
pregnancy; anesthesia*

Türkiye Klinikleri J Anest Reanim
2016;14(1):31-2

doi: 10.5336/anesthe.2015-47174

Copyright © 2016 by Türkiye Klinikleri

Gebelik sırasında gebelikle ilişkili olmayan akut abdominal enfeksiyon, maternal travma ve maternal malignansi gibi nedenlerle nonobstetrik cerrahi gerekebilmektedir. Erişkin maligniteleri içinde renal hücreli karsinom [renal cell carcinoma (RCC)] %3 oranında görülmesine rağmen doğurganlık yaşındaki kadınlarda nadirdir.¹ Nonobstetrik cerrahi geçirecek gebede hem anne hem de bebek için güvenli anestezi sağlanmalıdır. Bu çalışmada, 27 haftalık gebede sağ renal kitle nedeni yapılan operasyon ve anestezi yönetiminin paylaşılması amaçlanmıştır.

Otuz beş yaşındaki G:2 P:1 27 haftalık gebede, üç-dört ay önce sağ lomber ağrı ve bulantı şikâyeti üzerine yapılan tetkiklerde sağ renal kitle saptanmıştı. Bilinen herhangi bir hastalığı olmayan gebeye yapılan renal ultrasonografide sağ böbrek üst polde yaklaşık 14,5x13,5 cm'lik santralinde hipoeoik geniş nekrotik kistik alan içeren kitlesel lezyon saptandı. Operasyon için ikinci trimesterin sonuna kadar izlem altına alınan gebede anemi dışında herhangi bir laboratuvar anormalliği saptanmadı. Sağ radikal nefrektomi planıyla operasyon odasına alınan gebeye uterusun venöz dönüşü basısını azaltmak amacıyla hafif sol yan pozisyon verildi. Preoksijenizasyonu takiben pentotal 300 mg, fentanil 100 mcg, Tracrium 30 mg ile hızlı-seri anestezi indüksiyonu yapıldı. Endotrakeal entübasyonu takiben sağ radyal arterden invaziv arter ve sağ internal juguler venden santral venöz kateterizasyon yapıldı. Anestezi idamesi oksijen/hava/forane ile sağlandı. Operasyon sırasında 500 cc kanama olması üzerine 1 U eritrosit süspansiyonu verildi. Operasyon bitiminde ekstübe edilerek yoğun bakım ünitesine çıkarıldı. Operasyon sonrası yapılan kadın doğum konsültasyonunda uterus kontraksiyonu saptanması üzerine tokolitik tedavi (nidilat) başlandı. Bir gün sonra kontraksiyonları duran hasta servise çıkarıldı ve yedinci günde ayaktan kadın-doğum poliklinik takibi önerilerek taburcu edildi. Patoloji inceleme sonucu RCC olarak gelen hasta, miadında sezaryen ile sağlıklı bir bebek dünyaya getirdi.

Gebelikte nonobstetrik ameliyatların %42'sinin 1. trimester (ilk üç ay) %35'inin 2. trimester (ikinci üç ay), %23'ünün ise 3. trimesterde (son üç ay) yapıldığı kaydedilmiştir.² Gebelikte geçirilen cerrahi ve uygulanan anestezinin önemli olmasının en büyük nedeni, anneye yapılan her türlü girişimin bebeği de etkileyebilmesidir. Ameliyat için seçilen anestezi tekniği, kullanılan anestezi ve diğer ilaçlar ile ameliyat sırasında gebenin hemodinamik durumunun değişkenliği hem bebek hem de anne için risk oluşturmaktadır. Ayrıca, ameliyatın gebeliğin hangi evresinde yapıldığı ve aciliyet durumu da ek risk faktörüdür. RCC için en sık bildirilen semptom; %88 palpabl kitle, %50 ağrıdır. Hipertansiyon ve hematüri gibi spesifik olmayan semptomlar nedeni ile öncelikle tanıdan şüphelenmek gerekmektedir. Tüm tümörler dik-kate alındığında, gebelikte en sık karşılaşılan

tümör tipi RCC'dir.³ Gebelikte gebeliğe bağlı olmayan ameliyatlar için teratojenite ve erken doğum eylemi riski mevcuttur. Anestezi ilaçları için literatüre bakıldığında, kullanılan klinik konsantrasyonlardaki lokal anestezi, volatil anestezi, intravenöz anestezi, plasental geçişleri sınırlı olan kas gevşeticiler ve opioidlerin teratojen olmadığı bildirilmektedir.²

Bu çalışma ile gebelik sırasında nonobstetrik ameliyatlar için anestezi uygulaması gerektiğinde; anne ve bebeğin güvenliğinin sağlanması için gerekli tedbirlerin önceden alınması, kadın-doğum uzman hekimi ile olası preterm eylem için iletişim hâlinde olunması ve mevcut risk faktörleri değerlendirilerek takım çalışması ile hareket edilmesi amacıyla detaylı bir anestezi yönetim planlaması yapılmasının gerekliliği vurgulanmak istenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Gladman MA, Macdonald D, Webster JJ, Cook T, Williams G. Renal cell carcinoma in pregnancy. J R Soc Med 2002;95(4):199-201.
2. Günaydin B. [Anesthetic management for non-obstetric surgery during pregnancy]. Türk Anest Rean Der Dergisi 2012;40(1):1-10.
3. Fiadjo P, Kanan K, Rane A. Maternal urological problems in pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010;152(1):13-7.