

GEBELİK VE KANSER PROBLEMİ

Dr. Utkan KOCATÜRK*

Ö Z E T

Gebelik ve kanser, iki canlının geleceğini konu alan hayatî bir problem teşkil etmektedir. Konunun iki yönlü olduğu unutulmamalı, problem —vak'anın özellikleri, hastalık ve gebelik devresi gözününe alınarak— anne ve fetus yönünden en uygun şekilde çözüme bağlanmalıdır. Bu yazımızda «gebelik ve kanser» çeşitli cepheleriyle tartışılmış, özellikle tedavide uygulanacak yollar gösterilmiştir.

Gebelik ve kanser problemi doğum hekimliğinde nadir görülmekle beraber, karşılaşıldığı zaman — anne ve fetus yönünden— çizilecek yolu tayinde çok kere güçlük gösterir. Gebeliğin, malignite gibi anne hayatını kısaltan bir olayla komplike oluşunun yanı sıra, tedavide iki canlının geleceği hakkında karar verilmesi konuya akademik bir nitelik kazandırmaktadır.

Malign bir lezyonun gebelik esnasında fizyolojik sebeplerle büyüme, gelişme ve yayılması kolaylaşacağından, bu gibi durum-

lar anne hayatını daha da tehdit eder mahiyet almaktadır. Problem bu açıdan ele alınırsa, terapötik abortus, tıbbî ve mantıkî bir yol olarak görülür. Fakat ilerlemiş malign proseslerde gebeliğin prognozu pek değiştirmeyeceği düşünülerek, fetusün mümkün ölçüde miada doğru yol alması da söz konusudur. Hele fetus'un yaşama kabiliyetini kazanmış olması, anne sağlığı yanında ikinci bir canlının dikkate alınmasını gerektiren önemli bir faktördür. Ancak âtisi karanlık bir annenin daha doğuştan öksüz bir bebek

(*) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Doçenti ve Yöneticisi.

doğuracağı gerçeği, tıbbî yönleri dışında insanî ve hukukî bazı problemler de doğurmaktadır. Bu bakımdan gebelik ve kanser konusunda olayın bütün yönleriyle değerlendirilmesi gerekir.

Gebelik ve kanser probleminde gözönüne alınması gereken önemli faktörler, kanser tesbit edildiği zaman lezyonun derecesi ile hastanın içinde bulunduğu gebelik devresidir. Zira tedavide davranış şeklimiz bu faktörlere bağlı kalacaktır.

Gebelik ve kanser probleminde konu alacağımız organ kanserleri özellikle serviks kanseri, korpus kanseri, vagina ve vulva kanseri, ovaryal kanser, meme kanseri, kolon ve rectum kanserleri olacaktır. Ayrıca lösemi ve lenfoma'ya da kısaca temas edilecektir. Gebeliğe refakat eden bu malign proseslerde —vak'ının özelliklerine göre— tıbbî yönden nasıl davranılacağı sırasıyla açıklanmağa çalışılacaktır.

Gebelik + Serviks kanseri :

Gebelik esnasında serviks kanseri, sanılanın aksine oldukça sık görülmektedir. Gebelik'te dikkatli bir tarama ile serviks kanserinin bütün klinik devrelerine rastlamak mümkündür. CREASMAN (1) gebeliğin, serviks kanseri üzerine olumlu veya olumsuz bir etkisi bulunmadığını, hastanın hayatta kalmasını temin eden en önemli faktörün, teşhis edildiği zaman lezyonun derecesi olduğunu kaydetmektedir. SHERMAN (2) ise gebeliğin vasküler ve

lenfatik dolaşımdaki artış sebebiyle servikal kanserin gelişme hızını arttırdığını ifade etmektedir. Diğer birçok araştırmacının görüşleri de bu merkezdedir (3). Bu bakımdan hastalığın prognozunda erken teşhis ve tedavi büyük değer taşımaktadır. NESBITT (4) özellikle multigravidlerde —eski yırtıklar sebebiyle— gebelik esnasında servikal kontrolün daha sık ve dikkatli yapılmasını istemektedir.

Gebelik esnasında tesbit edilen intraepitelyal (in situ) kanser oranı NIEMINE ve arkadaşları (5) tarafından % 0.09 olarak bildirilmiştir. NESBITT (4) dikkatli bir tarama yapılacak olursa bu oranın 5-10/1.000 arasında değişebileceğini kaydetmektedir. Gebelikte görülen invatif serviks kanseri oranı ise NIEMINEN (5)'e göre %0.01 dir. BOUTSELIS (6) takdim ettiği 134 intraepitelyal serviks kanseri + gebelik vak'a serisinde hasta yaşlarının 26-30 arasında bulunduğunu bildirmiştir.

Gebelik esnasında in situ kanser teşhisi, dikkatli tarama ve histolojik tetkike dayanır. Bu bakımdan gebelikte mutlaka spekulum muayenesi yapılmalı, kontrol gayesi ile smear, gerekirse biopsi alınmalıdır. Bu amaçla yapılacak koni şeklinde biopsiyi genellikle kanama ve bunu da düşük veya erken doğum izler (7). PARSONS ve SOMMERS (8), şüpheli bir lezyonda düşük veya erken doğum korkusu olmaksızın biopsi alınmasını öğütlemektedir.

Tesbit edilen in situ kanser durumlarında, gebeliğin —sitolojik ve histolojik kontrol altında— miada kadar uzanmasında bir sakınca yoktur. Bu görüş, kuvvetini, in situ kanserin stromaya geç in vazyon yapması fikrinden almaktadır (4). Bu gecikme bazı vakalarda yıllarca sürebilir. Yazarların büyük çoğunluğuna göre, in situ kanser + gebelik vak'alarında, doğum vaginal yolla sonuçlandırılmalı, müteakiben postpartum devrede vagina'nın 1/3 kısmını da içine almak üzere «adnokslerle beraber total histerektomi» yapılmalıdır (4, 6, 9). SHERMAN (2) ise smear'de aktif gösteriler kaybolduğu takdirde vaginal doğuma müsaade edilmesini, lezyon preinvasif karakter taşıdığı müddetçe doğumun sezaryenle sonuçlandırılmasını, müteakiben hastanın yaş ve parite durumuna göre «total histerektomi» yapılmasını ileri sürmektedir. Bu yol özellikle 40 yaş civarındaki hastalara uygulanmaktadır. Hasta genç ve ilk gebeliği ise doğumu takiben 6 hafta sonra ring biopsi ile durumun tekrar değerlendirilmesi gerekir (2). Keza hasta ilerisi için yine çocuk sahibi olmak istiyorsa —çok dikkatli kontrolde tutulması kaydıyla— ameliyat bir müddet tehir edilebilir (4).

İnvasif serviks kanseri + gebelik vak'alarında uygulanacak tedavi hastalığın klinik devresine ve gebelik müddetine göre değişir. Birinci veya ikinci gebelik trimesterinin erken aylarında tesbit edilen invasif serviks kanseri, er-

ken invasyon devresinde ise, hasta vakit geçirilmeksizin radikal operasyona tabi tutulmalıdır. Erken gebelik esnasında tedavi yönünden fetüsün dikkate alınması gerekir (10). Uygulanacak ameliyat, adneklerle beraber total histerektomi + bölgesel lemf düğümleri rezeksiyonu olmalıdır (2, 4). Birinci ve ikinci gebelik trimesterinde bulunan hasta, klinik devre bakımından operasyon ölçülerini kaybetmiş ise, derhal bir seri pelvik radyasyon uygulanmalıdır. Genellikle 6 haftalık sürede total 9.000 r verilen bu tedavi esnasında, 3-4. haftalarda 2.000 r lik bir tümör dozundan sonra fetüs dokuları tahrip olur ve bunu spontan düşük izler. Müteakiben uterus gerekli ilâçlarla kısa zamanda involüsyona sevk edilir ve bir kür de radium tedavisi uygulanır (4). Radium'un, intra ve paracervikal 2 seans halinde verilmesi tavsiye edilmektedir (11) Işın tedavisi esnasında spontan düşüğün vuku bulmadığı vak'alarda —anomali taşıyabilecek bebeğin doğumunu önleme amacıyla— derhal abdominal histerotomi yoluyla uterus tahliye edilir (4, 7). Bu gibi durumlarda âlet kullanarak serviks dilatasyonundan sakınılmalıdır. Bu ameliye, kanser üzerine travmatik ve kanama yaratıcı olabilir (2).

İkinci trimesterde bulunan hastalarda ise radium tatbikini takiben abdominal histerotomi yapılması, bunu da 6.000 r ışın tedavisi tavsiye edilmektedir (11). Operasyon devresini atlamış ve

radasyon tedavisine karar verilmiş vak'alarda PARSONS ve SOMMERS (8) Röntgen veya radium tatbikinden önce uterusun abdominal histerotomi veya kürtaj yoluyla boşaltılmasını öngörmektedir. Bu usul, bazı kliniklerde erken gebelik devresinde uygulanmakta, terapötik abortus'u takiben servikal radium tatbik edilmektedir (12).

İnvasif serviks kanseri geç gebelik devresinde tesbit edildiği zaman —fetüsün de yaşama hakkı göz önüne alınarak— 32-36. haftaya kadar beklenir (2, 7, 8, 10) ve doğum sezaryanla sonuçlandırılır (2, 4, 10, 12). Bu gibi durumlarda vaginal doğuma müsaade etmek, bazı komplikasyonları beraberinde sürükler. Özellikle hemo-rajji, sepsis gibi muhtemel komplikasyonlar kanserin daha da süratle yayılmasına sebep olur. Bebek sezaryenle alındıktan sonra, inoperabl lezyonun tedavisi için hasta radyasyona sevk edilmelidir (7, 12). Sezaryen esnasında parametriumlar dikkatle kontrol edilmeli, etrafa yayılma ve metastaz yok ise, ameliyatı takiben serviks'e 4.000-4.500 mg/element saat radium tatbik edilerek 6 hafta sonra vagina'nın 1/3 üst kısmı da dahil olmak üzere adnekslerle beraber total histerektomi yapılmalı, bilâhare pelvis üzerine Röntgen uygulanmalıdır (10).

Gebelik + Korpus kanseri :

Gebeliğin endometrium kanseri ile beraber bulunuşu çok nadirdir. KARLEN ve arkadaşları

(13), yaptıkları geniş literatür taramasında 1900 yılından beri bu tür beş vak'a bildirildiğini kaydetmişlerdir. Bu vak'aların üçü histolojik yönden «adeno-acanthoma» olarak tesbit edilmiştir.

Gebelik + corpus kanseri vakalarına ender rastlanması sebebiyle tedavide davranış yolu tam belirlenmemiştir. Kanaatimize göre, tedavide kanserin klinik devresiyle beraber gebelik müddeti gözönüne alınarak —anne ve fetüs yönünden— en uygun karar verilmelidir. Gebelik erken devrede ve kanser ameliyat şartlarını taşıyorsa 1/3 vagina üst kısmını içine almak üzere adnekslerle beraber total histerektomi uygulanmalı, müteakiben klasik tedavide olduğu gibi hasta bir seri ışına gönderilmelidir. İlerlemiş gebelik ve corpus kanseri vak'alarında ise fetüs'ün miada ulaşması, sezaryenle alınarak «sezaryen sonu adnexlerle beraber total histerektomi» yapılması, bunu takiben bir seri ışın kürü ve sitostatik tatbiki daha mantıkî görünmektedir. Bununla beraber, endometrium'da yaygın bir kanserin gebeliğin miada erişmesine ne derece müsaade edeceği tartışma götürür. WALL tarafından 7 aya kadar erişebilmiş bir gebelik ve corpus kanseri mevcudiyeti bildirilmiştir (3).

Gebelik + vulva ve vagina kanseri :

Gebelikle beraber vulva kanseri çok nadirdir. Zira vulva'da kanser çoğunlukla yaşlı kadınlarda rastlanan bir lezyondur (14).

Bu gibi vak'alarda uygulanacak tedavi geniş bir vulvektomi'yi takiben fetüs'ün miada kadar erişmesine müsaade etmek, müteakiben doğumu sezaryenle sonuçlandırmaktır. Doğumu takiben vulva ve bölgesel lenf nodülleri üzerine bir seri radyasyon uygulanmalıdır (10).

Gebelik + vagina kanseri vakalarında tedavi, lezyonun primer veya metastatik oluşuna göre değişir. Primer vagine kanseri vakalarında önce bir seri radyasyon uygulanmalı, müteakiben «komplet eksizyon» a gidilmelidir (10). Erken gebelik söz konusu ise çoğu kez radyasyon esnasında spontan düşük vuk'u bulur. Vagina kanserine refakat etmek üzere geç gebelik mevcut ise kanaatimizce radikal tedavi 32-36. haftaya kadar tehir edilmeli ve doğum sezaryenle sonuçlandırılmalıdır.

Gebelik + sekonder vagina kanseri durumlarında esas tedavi, ana tümörün tedavisine bağlı olup prognoz karanlıktır. Bu gibi vak'alarda fetüs'ün hayatı da göz önüne alınarak yaşama kabiliyeti kazanacağı devreye kadar beklemek doğumu sezaryenle sonuçlandırmak, bilâhare ana tümör ve metastazlarının tedavisine geçmek daha mantıkî görünmektedir.

Gebelik + ovaryal kanser :

Gebelik esnasında tesbit edilecek ovaryal tümörlerin dikkatle kontrolü prognoz bakımından önemlidir. CHUNG ve BIRNBAUM (15), gebelik + ovaryal karsino-

ma oranını 1/25.000, BARBER ise (14) 1/18.000 olarak kaydetmektedir. NESBITT (4) de gebeliğe refakat eden malign ovaryal tümör vak'alarının nisbeten nadir olduğunu, literatür'de ancak 41 vak'a bildirildiğini ifade etmektedir. WOOD (16)'a göre gebeliğe refakat eden tümörlerin çoğunluğu kistik ve benign karakter taşımaktadır.

FALLS ve HOLT (10), gebelik esnasında bir ovaryal tümör sür'atle büyüme istidadı gösteriyorsa, gebelik devresine bakılmaksızın çıkarılmasını tavsiye etmektedir. Bununla beraber laparotomi'nin düşük tehlikesi doğurabileceği unutulmamalıdır (16). E-SENDAL (3) gebelik esnasında teşhis edilmiş bir over tümörünü ameliyat etmekte ihmal gösterilmemesini, ihmal sebebiyle doğacak komplikasyonların muhtemel düşük ve erken doğumlara oranla çok daha kötü sonuç verebileğine dikkati çekmektedir. NESBITT (4) ise —akut semptomlar vermedikçe— laparotomi'nin 18. haftaya kadar tehirini önermektedir.

Operasyon esnasında tümör görünüş bakımından malign bir lezyonu düşündürüyor veya «frozen section» malign olduğunu gösteriyorsa «adnekslerle beraber total histerektomi yapılmalıdır (10). Ovaryal malign proses ikinci gebelik trimesterinde tesbit edildiği zaman —metastazları da mevcut ise— fetüsün yaşama kabiliyeti kazanması bakımından tedavi bir süre geciktirilebilir. Müte-

akiben fetüs sezaryen'le alınmalı ve sezaryen sonu «adnekslerle beraber total histerektomi» uygulanmalıdır (10). Malign ovaryal tümör çıkarıldıktan sonra hasta bir kür radyasyona gönderilmeli (10), gerekirse kemoterapi uygulanmalıdır (4).

Gebelik +meme kanseri :

Gebeliğe refakat eden mamine vak'aları arasında meme kanseri önemli yer işgal eder. BENSON (11) ve NESBITT (4) bu oranı 1/3.500, WOOD (16), 1/3.200 olarak ifade etmektedir. Meme kanserinin laktasyon devresinde görülmesi ise nadirdir (17).

Gebelik +meme kanseri vak'alarında uygulanacak tedavi, hastanın yaşına, hastalığın devresine, mikroskopik tipe göre değişir. Bazı yazarlar, geniş istatistik sonuçlarına dayanarak meme kanseri vak'alarında gebeliği sonlandırmanın muhtemelen prognoz üzerine tesiri olmadığını ileri sürmektedirler (18). Bu görüşün aksine FALLS (10), BENSON (11) ve WOOD (16), gebeliğin meme kanserinin yayılışını hızlandırdığı, metastazları kolaylaştırdığı ve prognozu kararttığı fikrindedirler. Bu yayılmanın gebelik esnasında vasküler ve lenfatik yolların artması ve muhtemelen östrojen seviyesinin de yükselmesi suretiyle hızlandığı ileri sürülmektedir (4, 17). Bu faktörlere ilâveten gebelik esnasında tümöral teşekkülün deriye

ve altındaki dokulara daha kolayca fikse olduğu da kaydedilmekte, metastatik aktivitenin gebelik seyrinde sür'atlendiği, operabl vak'aların kısa zamanda aksiller metastaz yaparak inoperabl hale dönüştüğü bildirilmektedir (8).

Tedavi'de prognozu karartan en önemli faktör, teşhis ve tedavi'de geçikmedir. Radikal davranmak bakımından -herhangibir şüphede -teşhisin biopsi ile kesinlik kazanması gerekir. Gebelik esnasında memelerde meydana gelen hipertrofik değişiklikler ve laktasyon esnasında göğüslerin büyümesi, kansere delâlet edecek küçük kitlelerin teşhisini güçleştirir. Meme kanseri puerperium'da çoğu kez akut mastitis ile karışabilir (4). Tedavi'de prensip olarak hadise sadece meme'de ise -gebelik devresine bakılmaksızın -aksiller lenf bezleri ile beraber radikal mastektomi tavsiye edilmektedir (8, 10, 11). Bu tedavi ile 5 senelik hayatta kalma oranı % 60-70 arasında'dır. WOOD (16) gebelik esnasında yapılacak radikal mastektomi'de -vaskülarizasyon artışı sebebiyle -kan kaybına dikkati çekmektedir. Eğer regional lenf bezlerine yayılma mevcut ise, ameliyattan vazgeçerek ışın tedavisi uygulanmalıdır (11).

NESBITT (4) radikal cerrahi uygulanan vak'alarda genellikle gebeliğin etkilenmediğini, hatta ameliyatı takiben fetüs korunarak emniyetle radyasyon tatbik edilebileceğini ifade etmektedir. Maalesef vak'aların büyük çoğunluğunda lezyon, operasyon şartlarını kay-

betmekte, metastazlar sebebiyle ancak ışın tedavisine yönelme imkânı göstermektedir (8).

Meme kanserinde terapötik abortus ancak gebeliğin ilk trimesterinde endike olabilir (10). Bununla beraber BENSON (11) ve NESBITT (4) bu yolun da hastalığın prognozu bakımından etkisiz olduğunu söylemektedir. Erken gebelikte düşük yaptırma, hastayı aşırı östrojen salgısından kurtarma fikrine dayanmaktadır ki bu hususun prognozu düzeltebileceği tartışmalıdır (8). Meme kanseri teşhis edildiği zaman gebe, 2 veya 3. trimester'de ise genellikle -fetüs'ün dış hayata uyabilme kabiliyeti kazanabildiği- 32. haftaya kadar erişmesi ve bu devrede doğumun sezaryen le sonuçlandırılması teklif edilmektedir (10). Bazı yazarlar ise meme kanseri + gebelik vak'alarında sezaryen'in sadece obstetrik endikasyon sebebiyle uygulanması gerektiğini kabul etmektedir (11). Bu bakımdan meme kanserinde hastanın normal travay ve vaginal doğuma terk edilmesi ögütlenmektedir (4). Sezaryen uygulanan vak'alarda gerekirse iki taraflı oophorektomi yapılabilir (11).

İnoperabl meme kanseri + geç gebelik vak'alarında ise gebeliği ortadan kaldırmanın prognoz üzerine olumlu etkisi olmayacağı düşünüldüğünden problem fetüs lehine düşünülmelidir (17). Bu gibi vak'alarda fetüs korunarak meme üzerine, koltuk altına ve göğüs metastazlarına radyasyon uygulanabilir (17). Erken gebelik

devresinde yapılan radyasyon fetal genler üzerine etkili olabilmesine rağmen, gebelik devresi ilerledikçe bu tehlike azalmaktadır (8).

Gebelik + kolon, rektum ve anüs kanseri :

Gebeliğe refakat eden rektum kanseri vak'aları nadirdir. Bununla beraber, görüldüğü zaman ciddi bir komplikasyon gösterir. Vak'aların büyük kısmı hemoroid ile karışabilir ve teşhisi geciktirir (4). Kanser ya anal kanal'da veya doğrudan doğruya anüstedir. BENSON (11) gebeliğin kolon ve rektum kanserinin yayılışını hızlandırıldığı görüşündedir.

Tedavi cerrahî olmakla beraber uygulanacak prensipler, lezyonun lokalizasyonuna, genişliğine ve gebelik devresine göre değişir. Erken gebelik esnasında görülen rektum kanseri vak'alarında, lezyonu komşu lemf nodülleriyle beraber çıkarmak gerekir (4, 17). Bu ameliyeden sonra gebeliğin terme doğru yol alması mümkündür ve fetüs dış hayata uyabilme kabiliyeti kazandığı zaman doğum sezaryenle sonuçlandırılır. BENSON (11), 4-20. Gebelik haftaları arasında tesbit edilen kolon ve rektum kanseri vak'alarında, gebe uterus korunarak «radikal rezeksiyon + kolostomi» yapılması, obstetrikal bir kontraendikasyon yoksa miadında vaginal doğuma müsaade edilmesi görüşünü savunmaktadır. FALLS ve HOLT (10) ise erken gebelikte rektum kanseri tesbit edildiği zaman terapötik abortus yaptırılmasını, müteakiben malign tü-

mörün çıkarılmasını tavsiye etmektedir.

İleri gebelik devresinde tesbit edilen rektum kanserinin tedavisi, lezyonun radikal çıkarılışı yanında uterusu da çıkarmak esasına dayanır. Özellikle 28. haftadan sonra doğum sezaryenle sonuçlandırılmalı, post sezaryen histerektomi yapılmalıdır (17). Bilâhare kanserli bölge çıkarılır (10). Bu ağır operasyonlar esnasında marnal ve fetal mortalitenin yüksek olabileceği unutulmamalıdır. WILLSON (17) ve NESBITT (4) ameliyat edilen bu tür vak'alarda anne ölümünün % 10 olduğunu ifade etmektedir.

İlerlemiş ve ameliyat endikasyonlarını kaybetmiş kolon kanseri vakalarında ise fetüs'e hayatta kalabilme kabiliyeti kazandıracak devreyi bekleyerek doğumu sezaryenle sonuçlandırmak, müteakiben -obstrüksiyonu önlemek üzere- palyatif bir barsak rezeksiyonuna uzanmak, daha mantıkî görünmektedir (11).

Gebelik + lösemi ve lemfoma :

Gebelik esnasında lösemi akut veya kronik şekilde görülmektedir. Akut lösemi + gebelik durumlarında hastaların genellikle premature doğum yaptıkları dikati çekmekte ve doğum sonu şiddetli kanama gibi komplikasyonlar görülmektedir (19). MOLO-

NEY'in bir tetkikine göre, hastalık birinci gebelik trimesterinde başlarsa fetal mortalite artmakta, ikinci ve üçüncü trimester'de başlayan vak'alarda ise fetal prognoz daha iyimser bir görünüş kazanmaktadır. Kronik lösemi vak'alarında gebeliğin hastalığın seyri üzerine etkisi olmadığı ve bir çok hastanın spesifik bir tedavi görmeksizin gebeliği rahatlıkla tolere edildiği ifade edilmektedir (19).

Gebelik esnasında lemfoma gurubu hastalıklardan kadında en sık görülen Hodgkin hastalığı olmaktadır. Lemfoma vak'alarında uygulanacak tedavi, tümör üzerine yöneltilmelidir. Bu işlem gebe uterusu korumak üzere tümör üzerine bir seri palyatif rontgen ışını vermekten ibarettir (4). Bununla beraber ışınlamanın indirekt de olsa fetüs'e etkileri gözönünde tutulmalıdır. Aynı şekilde gebeliğe refakat eden lösemi ve lemfoma vak'alarında sitostatikler uygulandığı zaman özellikle birinci trimester'de fetüs'te malformasyon oranı yükselmektedir. İkinci ve üçüncü trimester'de ise bu oran normale nazaran bir artış göstermemektedir (20). Bu bakımdan lösemi ve lemfoma tedavisine başlamadan terapötik abortus mantıkî bir yol olarak görünmektedir .

Gerek lösemi gerekse lemfoma'nın -nadir de olsa- plasenta bariyerini aşarak in utero fetüs'e geçtiğini gösteren bazı vak'alar bildirilmiştir (19).

SUMMARY

THE PROBLEM OF CANCER IN PREGNANCY

The subject of pregnancy and cancer is an important problem for the future of two lives. It must not be forgotten that the subject has two sides and problem must be solved in the best manner according to the period of disease and pregnancy. In this paper, the subject of pregnancy and cancer has been discussed with various sides and different ways employed in therapy has been shown.

LİTERATÜR

1. Creasman, W. T : Carcinoma of the cervix and the pregnant patient. *Cancer Bull.*, 22/2 : 25-26, 1970
2. Sherman, A. I. : Cancer of the female reproductive organs. The C. V. Mosby Comp., Saint Louis, p. 164-165, 1963
3. Esendal, A.Ş. : Gebelik ve sistemik hastalıklar. A.Ü. Tıp Fak. Yayını, Ankara, s. 551-572, 1966
4. Nesbitt, R.E.L. : Coincidental medical disorders complicating pregnancy. p. 386-454, Cited, Danfort, D.N. : Textbook of obstetrics and gynecology, Hoeber Medical Division, New York and London, 1966
5. Nieminen, U., Remes, N. : Malignancy during pregnancy. *Acta Gynec. Scand.* 49/4 : 315-319, 1970, Cited, *Excerpta Medica Obstet. and Gynec.* Vol : 25, No : 2, p. 80
6. Boutselis, J. G. : Intraepithelial carcinoma of the cervix associated with pregnancy. *Obstet. Gynec.* 40/5 : 657-666, 1972
7. Huntingford, P.J. : Carcinoma of cervix and body of uterus, p. 112-137, Cited, Robert, D.W.T. : Clinical Surgery-15 Gynaecology and obstetrics, Lipp, Comp. Phil. 1967
8. Parsons, L., Sommers, S.C. : Gynecology. W.B. Saunders Comp., Phil. and London, p. 487-488, 920-923, 1963
9. Wanless, J.F. : Carcinoma of the cervix in pregnancy. *Amer. J. Obstet, Gynec.* 110/2 : 173-179, 1971
10. Palls, F.H., Holt, C. S. : Atlas of obstetric complications. J.B. Lippincott Comp., p. 240, 288, 689, 693, 1961
11. Benson, R.C. : Handbook of obstetrics gynecology, Fourth Ed., Lange Med. Publications, California, 319, 323, 520. 1971
12. Kimbrogh, R.A., Israel, S.L. : Treatment of Neoplasm of

- the female genital organs complicated by pregnancy, p. 330-334, Cited, Pack, G.T., Ariel, I. M. : Treatment of cancer and allied diseases. Vol VI, second Ed. Hoeber Med. Division, New York, Evarston and London 1966.
13. Karlen, J.R., Sternberg, L.B., Abbott, J.N. : Carcinoma of the endometrium coexisting with pregnancy, *Obstet. Gynec.* 40/3 : 334-339, 1972
 14. Barber, H.R.K. : Gynecologic cancer complicating pregnancy. p. 283-288, Cited, Barber, H.R.K., Braber, E. A. : Gynecological oncology. The Williams -Wilkins Comp. Baltimore, 1970
 15. Chung, A., Birnbaum, S.J. : Ovarian cancer associated with pregnancy. *Obstet. Gynec.* 41/2 : 211-214, 1970
 16. Wood, C. : Surgical aspects of obstetrics. p. 165-193. Cited, *Clinical surgery -15 Gynaecology and obstetrics*, Lippincott Comp., Phil. 1967
 17. Vilson, J.R., Beecham, C. T., Carrington, E.R.: *Obstetrics and gynecology* Fourth Ed., The C.V Mosby Comp., Saint Louis, p. 302-303, 1971
 18. Berger, M., Balmer, J. : Mammakarzinom und gestation, *Schweiz. Z. Gynac. Geburtsh.* 3/4-5 : 269-275, 1972
 19. Boronow, R. C. : Leukemia and Lymphoma in pregnancy, p. 263-275, Cited, Barber H.R.K., Graber, E. A. : Gynecological oncology, The William-Wilkins Comp., Baltimore, 1970
 20. Nicholson, H.O. : Cytotoxic drugs in pregnancy. *J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth.*, 75 : 307, 1968

YAYINLANACAK YAZIDA DİKKATE ALINACAK HUSUSLAR

1. Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinin yayın organıdır. Bültende, Fakülte mensupları ile fakülte dışından gelen ve tıp mesleği ile ilgili araştırmalar, vaka bildirleri, derlemeler, tıp dünyasından haberler ve mediko-sosyal haberler yayınlanır.

2. Bülteni yazı kurulu yönetir. Yazı kurulunun aşağıdaki kurallara uymayan yazıları yayınlamamak veya düzeltmek ve kısaltmak üzere yazarına geri verme yetkisi vardır.

3. Yayınlanacak yazılarda aranacak koşullar:

a) Yazılar daktilo ile 2 satır aralıklı olarak standart daktilo kâğıdında sayfanın solunda 3 cm., üst ve altta 3 cm., bırakılarak yazılmalıdır.

b) Yazının başlığı mümkün olduğu kadar kısa, açık ve Türkçe olmalıdır.

c) Başlığın altında yazarların önce adları sonra soyadları yazılmalı. Dr. Hariç bir ünvan (Prof. Doç. vs.) konulmamalıdır. Birinci sayfanın altında ünvan ve mevkileri yazılmalıdır.

d) Araştırma yazılarında, şu sıra takip edilmelidir. Türkçe özet, giriş,, Materyal ve Metod, bulgular, tartışma, sonuç, yabancı dilde özet. (İngilizce, Almanca ve Fransızca).

e) Yabancı dilde özetin başında makalenin ismi bulunmalı ve bu özet 150 kelimeyi geçmemelidir.

f) Vak'a takdimlerinde klâsik bilgiden çok vakanın enteresan yönleri belirtilmelidir.

g) Yararlanılan kaynaklar yazıda geçiş sırasına göre numaralanır. Dergi ve kitaplar beynelmilel kaidelere göre (Index Medicus'taki gibi) yazılır.

4. Yazılarda terimler mümkün olduğu kadar öz Türkçe veya Latince olmalıdır. Yabancı kaynaklı kelimeler Türkçe okunduğu gibi yazılmalıdır.

5. Yazılar madde 3-a daki şekilde yazıldıklarından 10 sahifeyi geçmemelidir.

6. Diyagramlar, grafik ve çizimler aydınlatıcı kâğıdına çini mürekkebi ile çizilmelidir. Fotoğraflar parlak ve kontrast kâğıda net basılmış olmalıdır. Bu materyaller, üzerleri numaralanıp ayrı bir zarf içinde yazı ile beraber gönderilir. Yazıda bu materyalin nereye konacağı o kısım

boş bırakılıp yazılarak izah edilir. Yazı kâğıtlarında yerleri boş bırakılan bu kısımların üstlerine istenilen yazılar ilâve edilmelidir.

7. Her yazıda 5'den fazla olan klişelerin masrafları yazı sahibinden talep edilecektir.

8. Yayınlanması istenen yazılar bir dilekçe ile Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni Editörlüğüne 3 nüsha olarak verilir.

9. Yayınlanan yazılardaki düşünce ve konulardan tamamiyle yazarlar sorumludur ve yazılar fakülte veya yazı kurulunun düşüncelerini yansıtmaz.

10. Bültende çıkan yazılar başka bir yerde tekrar yayınlanamaz.

**Atatürk Üniversitesi Tıp
Bülteni Yazı Kurulu**