



سرطان و حاملگی

فاطمه نجفی
آموزشیار عضو هیئت علمی
دانشکده پرستاری و مامایی لاهیجان

فرزند را دارد، انتظار می رود در طی دهه اخیر سرطان در زنان حامله بیشتر دیده شود. (جدول شماره ۱)

شایع ترین بدخیمی ها

۱:۲۲۰۰	رحم و سرویکس
۱:۳۳۰۰	پستان
۱:۶۰۰۰	لنفوما
۱:۲۰۰۰۰	تخمدان

متخصصین مامایی به دلیل برخورد مکرر با بیماران سرطانی جوان حامله، دارای مسئولیتهای چندگانه ای از جمله پاسخ گویی به برخی از سؤالات در ارتباط با تشخیص سرطان در آنان هستند.

جای خوشبختی است که بروز سرطان، در زنان حامله، پدیده ای نسبتاً نادر است. زیرا این حالت هم برای پزشک و هم برای بیمار مایوس کننده می باشد. شاید بتوان گفت در هیچ جای دیگر در علوم پزشکی چنین امر نامطلوبی وجود ندارد. ارتباط نزدیک بین درمان و مرگ وجود دارد. شیوع سرطان همراه با حاملگی در ۱ در ۱۰۰۰ مورد است که از این میان ۱ در ۱۱۸ مورد از آن بدخیمی های همراه با حاملگی است.

همانطور که می توان انتظار داشت تومورهای اولیه شایع در زنان جوان شامل لنفوما، لوکمیا، ملانوما و کارسینوهای سرویکس، پستان، تخمدان، تیروئید و کولون هستند. نظر بر اینکه نسل امروز تمایل به تأخیر انداختن تولد

این مقاله تشخیص و اداره سرطان در زنان حامله را نشان می دهد. نخستین علائم از تومورهای داخل لگنی توسط بدخیمی خارج لگنی پی گیری می شود. موضوع نئوپلازی تروفوبلاستیک حاملگی خارج از این بحث می باشد.

در خاتمه چگونگی درمان و اثرات آن روی حاملگی و قدرت باروری در آینده مورد بحث قرار خواهد گرفت.

سرطان ژیتال در حاملگی

تأمین کنندگان مراقبتهای سلامت عمومی برای زنان خصوصاً متخصصین مامایی به طور ماهرانه در کشف سرطان دستگاه تناسلی زنان فعالیت می نمایند. معاینات روتین لگنی و مطالعات سیتولوژی دهانه رحم در سه ماهه اول حاملگی از حداکثر اهمیت برخوردار می باشد.

سرطان دهانه رحم

کارسینوماهای مهاجم سرویکس به نسبت ۱ در ۲۲۰۰ حاملگی، بیشترین بدخیمی لگنی همراه با حاملگی را تشکیل می دهد.

کارسینوماهای داخل اپی تلیال (۱) غیرمهاجم سرویکس طبق گزارشات، ۱:۷۷۰ حاملگی می باشد.

از نظر سیتولوژی، سلولهای اسکواموس در زنان غیرحامله مانند سلولهای مهاجم در زنان حامله می باشند. دیگر متغیرهای وابسته به هستیولوژی (بافت شناسی) شامل آرنوکارسینوما و سلول کوچک تومورهای نورواندوکراین می باشند.

علامت شناسی قبل از نمایان شدن سرطان دهانه رحم که در حاملگی وجود دارد عبارت است از لکه بینی واژینال بدون درد همچنین این علامت در گرفتاریهای حاملگی نظیر سقط خودبخودی، زایمان زودرس، و تشکیل غیرطبیعی جفت دیده می شود.

علائم مشکوک

کاهش وزن / عدم افزایش وزن
لکه بینی مداوم واژینال
ترشحات نوک پستان / پستان
تغییرات روده ای / خونریزی رکتال
ضربه پذیری آسان
خستگی غیرطبیعی
درد استخوان

به علت اینکه خواص معمولی این تومورها اغلب بطور کاذب همانند تغییرات فیزیولوژیکی در حاملگی طبیعی می باشد، در نتیجه کار تشخیص را مشکل می نماید.

معیارهای پیش گیری کننده برای تشخیص اولیه سرطان

فهرست موارد مشکوک
معاینه پوستی به طور کامل
اولین ویزیت و هر ضایعه جدید
آزمایش مدفوع
پاپ اسمیر
معاینه پستان

زمانیکه سرطان تشخیص داده شد، پزشک با سؤالاتی مربوط به تأثیر حاملگی در پاتوفیزیولوژی بیماری، اثر بیماری روی حاملگی، درمان اختیاری، قدرت باروری در آینده و پیش آگهی عمومی مواجه خواهد شد.

اطلاعات پایه، که پزشک را در پاسخ گویی به سؤالات موفق می نماید، عبارتست از گزارشاتی که بیماران بطور مکرر می دهند و مطالعات گذشته نگری در بررسیها انجام شده است.

در هر خون ریزی واژینال در طول حاملگی بایستی دهانه رحم مورد بررسی قرار گیرد. بطور شگفت آوری در یکی از بررسیها ۱۸٪ از کارسینومای مهاجم دهانه رحم در طول حاملگی از زمانی تشخیص داده شد که علائمی از بیماری وجود نداشت. نکته قابل توجه اهمیت بررسی سیتولوژی دهانه رحم در قبل از زایمان می باشد.

اطلاعات اپیدمیولوژی شانس ابتلاء بیماران حامله به سرطان دهانه رحم را به طور متوسط ۳۳/۸ سال نشان می دهد. و پاریتی متوسط ۴/۵ می باشد.

پزشک با پاپ اسمیر ابزار مناسبی برای پیگیری هر نوع سرطان داخل اپیتیلیالی و نئوپلازی مهاجم دهانه رحم خواهد داشت. متخصصین مامایی وقتی با نمونه سلولی غیرطبیعی مواجه می شوند، اقدام به کولپوسکوپی دقیق از دهانه رحم و احتمالاً بیوپسی مستقیم از مناطق مشکوک می نمایند.

درمان مرسوم در دیس پلازی دهانه رحم خطراتی در حاملگی ایجاد می کند، که اداره محافظه کارانه و مراقبت های ویژه را ملزم می نماید. بعلاوه شواهدی وجود دارد که بیان می کند زایمان واژینال یک اثر التیام دهنده بر روی نئوپلازی داخل اپیتیلیالی دهانه رحم در بیمارانی که در حاملگی درمان محافظه کارانه داشته اند می گذارد.

این محکم کاریها، دلیل بر آن است که درمان محافظه کارانه در صورتی که بیماری مهاجم نباشد آن را مهار می کند. اغلب درمان نوع مهاجم شامل: بیوپسی مخروطی^۲ است که مانع از مهاجم بیماری می شود و بایستی در زنان حامله به طور دقیق به کار برده شود.

درمان سرطان دهانه رحم در طی حاملگی به جز زمان درمان آن تفاوتی با درمان در زنان غیرحامله ندارد. درمان انتخابی با سن حاملگی کنترل می شود.

چنانچه سرطان دهانه رحم در سه ماهه آخر حاملگی باشد روش قابل قبول اداره حاملگی شامل

تصمیم گیری بر اساس رسیدگی ریه نوزاد و متعاقباً زایمان است. در اوایل حاملگی، اگر دستیابی به یک درمان واقعی وجود داشته باشد، باید درمان واقعی بدون تأخیر اعمال شود. با این وجود، مدارك علمی کمی در جهت تأخیر درمان در مرحله اولیه تومورها وجود دارد، که بقای زندگی قابل توجه را پیشنهاد می کند. برای بیماران در مراحل اولیه رادیوتراپی (اشعه درمانی) هیستریکتومی رادیکال همراه با لنف ادنکتومی لگنی پیشنهاد می شود و میزان بهبودی نظیر گزارشاتی است که برای بیماران غیرحامله داده می شود.

معمولاً جراحی انتخابی به دلیل باقی ماندن تخمدان و حفظ فعالیت جنسی برای زنان پسندیده تر است.

پروتوکلهای اشعه درمانی با خاصیت درمانی، عموماً با رادیاسیون خارج لگنی شروع می شود. معمولاً سقط خودبخودی در ۶-۴ هفتهگی اتفاق می افتد. در سه ماهه دوم حاملگی که درمان آغاز می شود، دفع خودبخودی محصولات حاملگی کمتر قابل پیش بینی است و اغلب لازم است قبل از رادیوم داخل حفره ای هیستریکتومی گردد.

هیستریکتومی قبل از اشعه درمانی ممکن است خطر عفونت رحم (یا پیومتريا^۳) را افزایش دهد.

اگر در مراحل اولیه حاملگی درمان جراحی لازم باشد ممکن است منجر به سقط جنین شود. در صورتی که سن حاملگی بالای ۱۶ هفته باشد از تکنیکهای جراحی رادیکال لگنی نظیر هیستروتومی و تخلیه رحمی استفاده می شود.

سرطان تخمدان

شیوع دقیق سرطان تخمدان و ارتباط آن با حاملگی هنوز شناخته نشده است. چنین اتفاقی یک عارضه نادر است و به نسبت ۱ در ۲۰۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰ حاملگی گزارش شده. غالباً گزارش از بدخیمی های تخمدان از

جراحی وابسته به نوع سلولی بافت شناسی و درجه بندی پاتولوژیک تومورها می باشد.

اگر جراحی محافظه کارانه (به طور مثال برداشتن ضمائم یک طرفه) در نظر باشد، توصیه می شود که در طول مراحل لاپاراتومی، جراح، بیوپسی های چندگانه به طریق برش منجمد^۵ انجام دهد.

سایر بدخیمی های لگن

سرطان اندومتر شایع ترین بدخیمی لگن می باشد که با حاملگی نیز ارتباط دارد.

با وجود این بی نهایت نادر است. در بیشتر موارد تا وقتی که کورتاژ رحمی جهت سقط خودبخودی یا انتخابی صورت گیرد تشخیص داده نمی شود. اکثر زخم ها (۹۰٪) بخوبی با مواردی که شامل عناصر اسکواموس هستند افتراق داده می شود. بعلاوه بیشتر موضعی و نادر بوده و میومتر تهاجم ندارد و پیش آگهی خوبی دارد.

سایر بدخیمی های لگنی که در طی حاملگی تشخیص داده می شود شامل: کارسینومای اسکواموس واژن، آدنوکارسینومای سلولهای واضح مربوط به واژن، امبریوسارکومای جنینی از واژن، کارسینومای اسکواموس و ولو و سارکومای رحمی می باشد. هر یک از این تومورها در حاملگی بی نهایت نادر است و کنترل آن توسط ژنیکولوژیستی که متخصص سرطان باشد بهتر است.

سرطان غیر تناسلی در حاملگی:

متخصصین مامایی اولین تأمین کنندگان سلامتی برای زنان می باشند، همچنین رل مهمی در کشف سرطان غیر تناسلی بازی می کنند. این امر متضمن نظارت دقیق در زنان حامله می باشد.

سرطان پستان

اپیدمیولوژیست ها رابطه بین حاملگی و سرطان

تومورهای با تیپ سلولی اپی تلیال بوده است. تشخیص سرطان تخمدان در حاملگی توسط یکسری علائم مبهم مانند درد شکمی و ناراحتیهای عمومی مشخص می شود. اگر چه چنین حالتی ممکن است در نتیجه تورسیون (چرخش) شدید یا پارگی کیست تخمدان نیز ایجاد گردد. در ۲۵٪ موارد، تشخیص در زمان عمل سزارین بوده است. بنابراین متخصصین مامایی بایستی جهت اداره سرطان تخمدان به هنگام عمل سزارین آمادگی داشته باشند. تعدادی از تومورهای تخمدان با کشف توده های آدنکسی بدون علامت در سونوگرافی قبل از زایمان یا معاینات روتین لگنی نمایان می شوند. بیشتر تومورهای کیستیک آدنکسی و کیستهای فونکسیونل که در سه ماهه اول حاملگی کشف نمی شوند از ۵ cm بزرگتر نیستند. فقط ۲ تا ۵٪ از کلیه تومورهای تخمدانی که در زمان حاملگی تشخیص داده می شوند، بدخیم هستند. در گروه زنان غیر حامله بدخیمی به میزان کمتری دیده شده است. جهت توده های آدنکسی بیش از ۶ cm که سفت و دوطرفه بوده و بعد از هفته ۱۴ حاملگی هنوز باقی مانده باشد جراحی تشخیصی پیشنهاد می گردد. با انتخاب یک گروه شاهد و مطالعه سریال سونوگرافیک خوشبختانه بیشتر تومورهای تخمدانی در مراحل اولیه و در طول حاملگی تشخیص داده می شود. بر اساس یکی از گزارشات چاپ شده مرحله اول^۴ بیماری در ۷۴٪ بیماران مشاهده شده است. بنابراین عموماً پیش آگهی خوبی دارند و تفاوتی از نظر بقای زندگی نسبت به بیماران غیر حامله گزارش نشده است. با اینحال گسترش سرطان تخمدان با حاملگی مشاهده شده است.

مطالعات پیرامون درمان سرطان تخمدان همراه با حاملگی به علت نادر بودن آن معمولاً مطرح نمی شود. عموماً کنترل این بیماری در بیماران غیر حامله می باشد. درمان ابتدایی مستلزم لاپاراتومی است. طرح درمان، بهتر است بعد از مشاوره با متخصصین زنان و غدد باشد. درمان بر اساس مراحل

پستان را که در حاملگی یا حدوداً یکسال پس از حاملگی تشخیص داده می شود را معین نمودند.

سرطان پستان دومین بیماری بدخیم در حاملگی بوده، که عوارض آن تقریباً ۳ در ۱۰۰۰۰ حاملگی می باشد. میانگین سن ۳۴ سالگی است. ارتباط حاملگی و سرطان پستان اولین بار در سال ۱۸۶۹ توصیف شد، و حاملگی اولین اثر ناسازگارانه این پروسه نئوپلاستیک می باشد. بیشتر مشاهدات اخیر نشان می دهد که تفاوتی در بقاء زندگی بین گروه حامله و در زنان غیر حامله وجود ندارد.

در یک بررسی ۲۰ ساله از بیماران مرکز سرطان Petrek, memorial sloan-kettering و همکاران نتیجه گرفتند، اگر حاملگی وجود نداشته باشد امید به زندگی ۵ و ۱۰ سال می باشد. در مقایسه بیماران غیر حامله مشاهده شده است که در زنان حامله مبتلا به سرطان پستان درگیری غدد لنفاوی شیوع بسیار بالاتری در حدود (۸۹٪/۶۱) دارد. چون امید به زندگی به میزان زیادی به وضعیت روحی ارتباط دارد زنان حامله جوان مبتلا به این بیماری پیش آگهی بدی دارند.

دلایل اختلاف نظر در مرحله تشخیص کاملاً روشن نیست. اما بیشتر نویسندگان آن را به علت عدم تشخیص به موقع بیماری نسبت می دادند. در یک مطالعه از بیماران حامله متوسط زمان تأخیر بین تشخیص اولیه تا درمان بالغ بر ۵ ماه بوده است. احتمالاً افزایش فیزیولوژیک سطح استروژنها در بالا بردن تهاجم سرطان در بیماران مبتلا به سرطان پستان همراه با حاملگی مؤثر می باشد. اگر چه بدست آوردن یک امید به زندگی مفید، توسط خاتمه حاملگی اثبات نشده است علائم اصلی تومورها توسط یک درد مبهم توده پستانی مشخص می شود.

یک معاینه دقیق پستان در طول حاملگی بسیار با ارزش است زیرا که متخصص زنان یک رل اساسی و مؤثر را ایفا می نماید.

همچنین بیماران باید جهت انجام معاینات پستان

خود در طول حاملگی تشویق شوند. ممکن است بزرگی (احتقان) فیزیولوژیک پستان در طول حاملگی توده های کوچک پستانی را پوشاند که انجام ماموگرافی ارزش کمی دارد.

پزشکان بایستی بدقت توده های کوچک جدا شده را در طی چندین هفته مشاهده کنند. اما هر توده ای با علائم کشیدگی پوستی، فیکساسیون یا آدنوپاتی مشکوک دقت بیشتر و ارزیابی بعدی را می طلبد.

آسپیراسیون Fine-needle می تواند جهت تمایز توده های کیستیک و گالاکتوسلها از تومورهای جامد مورد استفاده قرار بگیرد. و ممکن است سیتولوژی مواد آسپیره شده مفید باشد. هر توده جامد جدید در پستان یک برش بیوپسی فوری را ایجاب می کند. Byrd و همکاران، میزان ۲۲٪ بیوپسی مثبت در زنان حامله، در مقایسه با ۱۹٪ در زنان غیر حامله را گزارش نمودند. سلول شناسی سرطان پستان همراه با حاملگی از گروه بیماران غیر حامله متفاوت نیست. آدنوکارسینومای لوله ای مهاجم در ۷۵٪ از نمونه های یک مؤسسه مشاهده شد.

محققین در گذشته، شیوع عفونت کارسینوما در ارتباط با حاملگی را به طور غیر شایع شرح داده اند. اما در بسیاری از گزارشات اخیر مشاهده نشده است. بیشتر تومورها در زنان حامله به همان اندازه زنان غیر حامله قبل از یائسگی، گیرنده های منفی استروژنی دارا هستند. بعضی از محققین علت وجود رستپورهای منفی کاذب را اشباع شدن گیرنده های استروژنی در محیط هورمونال حاملگی دانستند. به دلیل سطح بالای استروژن در گردش، گیرنده های سیتوپلاسمی کم و یا غیر فعال می شدند در نتیجه اندازه گیری گیرنده ها به ما کمک نمی کند.

همچنین معلوم نیست برداشتن یک تخمدان با تومور دارای گیرنده های استروژنی به نفع بیمار باشد. بعلاوه نشان داده نشده که حاملگی بعدی متعاقب درمان سرطان پستان، پیش آگهی بیماری را بدتر می نماید.

درمان سرطان پستان در حاملگی مشابه درمان در بیماران غیر حامله می باشد.

ارزیابی دقیق از بیمار دارای متاستاز قبل از درمان مهم است. تا چنانچه متاستاز دوردست وجود داشت از جراحی های وسیع جلوگیری شود و هدف پزشک در این مرحله فقط تسکین آن است.

کارشناسان جهت ارزیابی قبل از عمل در بیماران بدون علائم مثلاً با غده های کوچک لنفاوی فقط آزمایشات خونی و یک رونتگنوگرام سینه^۶ را پیشنهاد می نمایند.

شروع درمان با یک ماستکتومی رادیکال تعدیل شده^۷ است.

انجام درمان بعدی بستگی به موقعیت پاتولوژیک غدد لنفاوی ناحیه دارد. ثابت شده است که انجام شیمی درمانی جهت درمان به نفع بیماران سرطان با ابتلا غدد لنفاوی می باشد.

درمان ثانویه بعد از عمل جراحی محافظه کارانه شامل اشعه درمانی، شیمی درمانی یا ترکیبی از هر دو می باشد. اگر بتوان چنین درمانی را بعد از عمل تازمان بعد از زایمان به تعویق انداخت بیشتر قابل قبول است.

سرطان تیروئید

سرطان تیروئید در زنان نسبت به مردان بیشتر است. حداکثر شیوع آدنوکارسینومای پاپیلاری تیروئید در گروه سنی ۳۰-۳۴ سال می باشد. شیوع واقعی این بدخیمی در حاملگی ناشناخته است. اغلب تومورهای تیروئید توسط یک ندول تنها ظاهر می شوند. ارزیابی بعدی این گروه از ندولها شامل اولتراسونوگرافی، و تستهای فونکسیونل تیروئید به شکل صحیح می باشد و در مراحل نهایی از سیتولوژی مکشی (آسپیراسیون) استفاده می شود. استفاده از اسکن رادیوایزوتوپ تیروئید در طول حاملگی کمتر اندیکه می باشد.

خوشبختانه بیشتر این تومورها خوش خیم بوده و

زیر مجموعه ای از نوع پاپیلاری می باشد و پیش آگهی حتی با وجود مشکلات روحی و روانی بسیار خوب است. اداره آن در طول حاملگی بسته به سلول شناسی تومور و درجه تمایز آن دارد. و مرحله آزمایشگاهی تومور به سن حاملگی در زمان تشخیص وابسته است. مدرکی مبنی بر اینکه سرطان تیروئید اثرات مضر روی حاملگی دارد یا اینکه تغییرات مربوط به خود حاملگی روی دوره بالینی این بیماری مؤثر است، وجود ندارد.

تومورهای مغزی

اخیراً Simon^۸ بیش از ۲۰۰ بیمار با تومورهای مغزی همراه با حاملگی را نشان داد.

شیوع نسبی گروههای مختلف نئوپلازی سیستم اعصاب مرکزی مشابه زنان غیر حامله در همان سن می باشد. Gliomas متوجه وجود آن در اوایل حاملگی شد در حالیکه نئویوماها و هماتریوبلاستوماهای طناب نخاعی موجب بروز علائم زیادی در طی سه ماهه آخر بارداری گردید.

درمان اختصاصی بوده و زایمان به طریقه سزارین تنها در مواردی که به علت موارد خاص مامایی کاربرد پیدا می کند، توصیه می شود. انقباضات رحمی فشار داخل جمجمه ای را افزایش نمی دهد، هر چند که کوشش و تلاش جهت خروج نوزاد توسط مادر صورت گیرد. بدین دلیل اغلب متخصصین توصیه می نمایند که مرحله دوم لیبر با استفاده از فورسپس کوتاه گردد. استفاده از آنالژزیک و مسکن کنترا اندیکه می باشد.

متاستاز به محصولات حاملگی:

گرفتاری جفتی و جنینی بدخیم در طول حاملگی خیلی نادر می باشد. در تابلوی ۴ گزارشاتی از حداقل ۵۳ مورد ذکر گردیده است.

شایع ترین متاستاز بدخیمی به جنین و جفت

ملانوما بدخیم
لوسمی (لنفوما)
پستان
ریه

سارکوم

ملانوما بدخیم شایع ترین تومور در این سری با ۱۲ مورد گرفتاری جفتی و ۷ مورد متاستاز جنینی می باشد. دومین نئوپلاسم شایع بدخیمی خونی تشخیص داده شده است. سایر تومورهای مهم متاستاز دهنده جنینی یا جفتی به ترتیب شیوع شامل سرطان پستان، سرطان ریه، سارکوم و سرطان معده، کارسینوم تخمدان، کبد، پانکراس، رکتوم و غده آدرنال می باشند.

عوامل آنتی نئوپلاستیک و حاملگی

گاهی شیمی درمانی سیتوتوکسیک فقط به منظور کمک جهت درمان بیماران مبتلا به سرطان پیشنهاد می شود. تصمیم گیری در مورد استفاده از عوامل مشابه در طول بارداری بعثت اثرات مضری که روی رشد جنین دارد مشکل می باشد. داروهای آنتی نئوپلاستیک مشخصه های بیوشیمیایی هستند که از جفت قابل انتقال می باشند.

توقف و مهار فعالیت مغز استخوان نوزاد و آلوپسی (ریزش مو) ثانویه بدنبال شیمی درمانی در مادر در سه ماهه سوم بارداری گزارش شد. به علت ندرت نسبی سرطان های زمان حاملگی و کثرت رژیم های شیمی درمانی گزارش شده، گرفتن یک نتیجه قطعی در مورد اثرات جنینی این داروها مشکل است.

شیمی درمانی از نظر زمان مهم است، بدلیل اینکه افزایش شیوع ناهنجاریهای مادرزادی در نوزادانی که بعد از سه ماهه اول حاملگی در معرض دارو قرار گرفتند گزارش نشده است.

همچنین در طی مراحل بعدی حاملگی، داروهای

سیتوتوکسیک می تواند باعث اختلال رشد جنینی و تأخیر رشد بعد از زایمان شود. طی گزارش Doll و همکاران در ارتباط با افزایش شیوع ناهنجاری مادرزادی جنین هایی که در سه ماهه اول حاملگی در معرض دارو قرار می گیرند حدود ۱۷-۲۵٪ می باشد. Doll و همکاران فقط میزان ۰.۶٪ از مالفورماسیونهای مادرزادی را در بین نوزادانی که در طی سه ماهه اول بارداری تحت رژیم دارویی و شیمی درمانی بودند، مورد بررسی قرار دادند. همچنین استفاده از درمان آنتی نئوپلاستیک در طول حاملگی بخصوص در مراحل اولیه حاملگی ممکن است اثرات افزایش طول مدت حاملگی را بروز دهد. تصمیم گیری در مورد درمان دارویی بیمار و اثرات بیماری نئوپلاستیک بدون درمان در جای خود مهم است. درمان بایستی به صورت اختصاصی و با تأکید به خطرات و فوائد راههای تجویز عوامل سیتوتوکسیک در طول حاملگی باشد.

خلاصه

تشخیص سرطان ندرتاً حاملگی را پیچیده می کند. با وجود این حقیقت که بیماری پیشرفته اغلب تصادفی است مدرک علمی وجود ندارد که حاملگی، پروسه نئوپلاستیک را تغییر می دهد.

پزشک فقط از طریق توجهات دقیق از بیماران قادر است سرطان را در مراحل اولیه کشف نماید و مراجعه بیمار جهت کمک به درمان او می باشد.

Reference:

obstetrics and Gynecology clinics of North America Volume 19, Number 4, December 1992

1. In situ
2. Cone Biopsy
3. Pyometria
4. Stage I
5. Frozen Section Biopsies
6. Chest Roentgenogram
7. Modified radical mastectomy