

ERKEN EVRE SERVİKS KANSERİNDE CERRAHİ

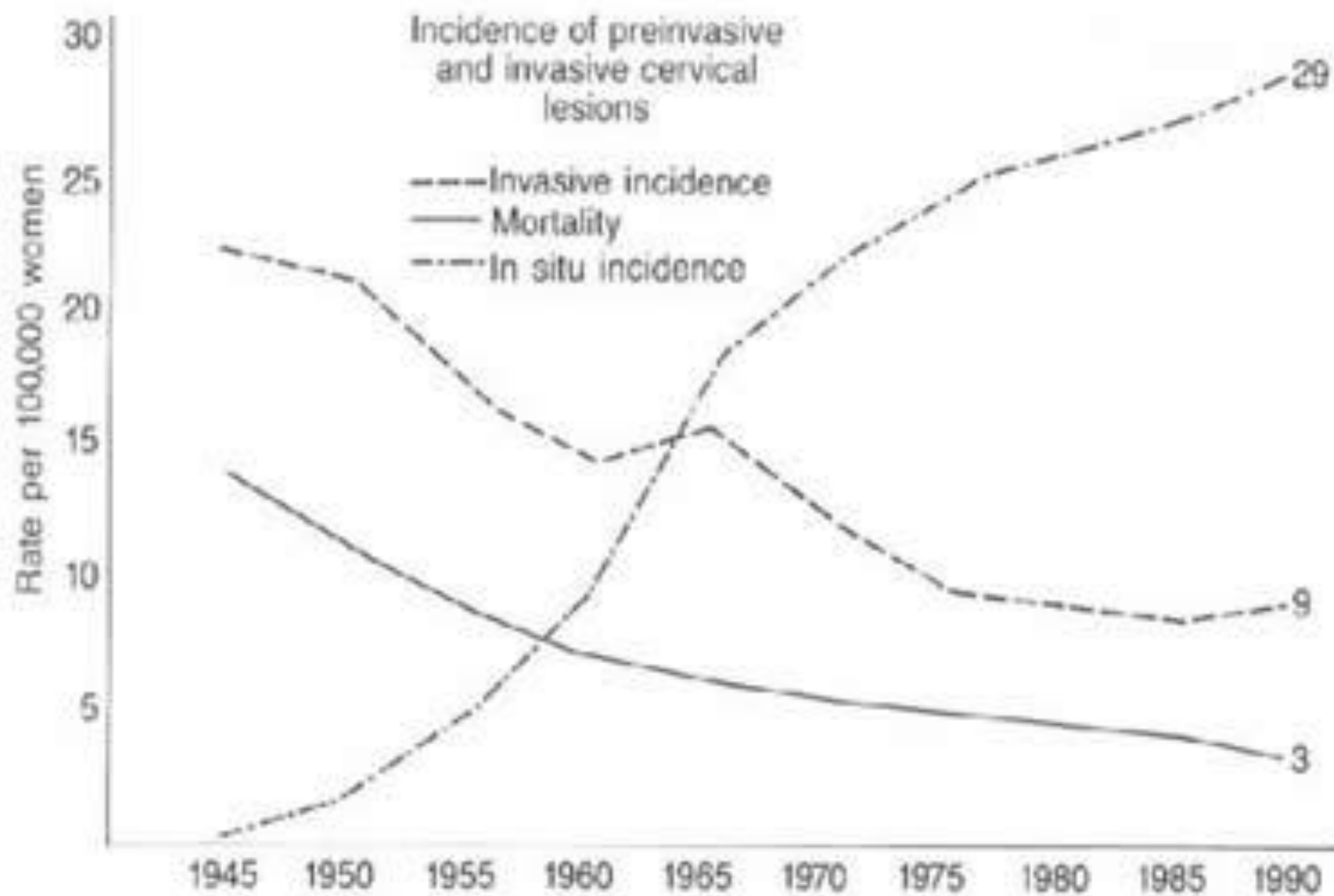
Dr Macit ARVAS

Serviks Kanseri-Epidemiyoloji

- Kadınlarda görülen en sık ikinci kanserdir.
- Olguların % 80'i az gelişmiş ülkelerde görülmektedir.
- ACS, 2002 yılında ABD'de 13000 yeni serviks kanseri olgusunun tanı alacağını ve 41000 kadının serviks kanseri nedeniyle öleceğini öngörmüştür.
- Kuzey Amerika'da ortalama tanı konulma yaşı 47'dir ve olguların yaklaşık yarısı 35 yaş altında tanı almaktadır.
- Serviks kanseri gelişiminde en önemli etken HPV enfeksiyonudur. Skuamoz hücreli serviks kanserlerinde % 90 üzerinde HPV DNA 'sına rastlanmaktadır.

Yerleşim Bölgesi	Yıllar	Olgu Sayısı	100.000’de oran
En Yüksek Kayıtlar			
Zimbabwe, Harare	1990-92	295	67.21
Brezilya, Belem	1989-91	931	64.78
Peru, Trujillo	1988-90	288	53.48
Uganda, Kyadondo	1991-93	248	40.76
Hindistan, Madras	1988-92	2540	38.91
Brezilya, Goiania	1990-93	506	37.13
Kolombiya, Cali	1987-91	1061	34.41
Yeni Zelanda(Maori kadınları)	1988-92	193	32.21
Arjantin, Concordia	1990-94	108	32.05
Ekuvador, Quito	1988-92	697	31.66

Yerleşim Bölgesi	Yıllar	Olgu Sayısı	100.000’de oran
En Düşük Kayıtlar			
İspanya, Navarra	1987-91	82	4.68
ABD, Hawaii(Çin kökenli kadınlar)	1988-92	10	4.55
Çin, Tianjin	1988-92	454	4.39
İsrail, (ABD ya da Avrupa doğumlu yahudi kadınlar)	1988-92	187	4.07
ABD, Los Angeles, (Japon kökenli kadınlar)	1988-92	20	4.05
Finlandiya	1987-92	893	3.62
Çin, Şangay	1988-92	860	3.26
İsrail (Yahudi olmayan kadınlar)	1988-92	40	2.99
İtalya, Macerata	1991-92	12	2.77
Çin, Qidong	1988-92	97	2.64



SSEPTOMLAR

- 1. Hastaların %20'si asemptomatiktir.**
- 2. Postkoital kanama, düzensiz kanamalar**
- 3. Vajinal akıntı**
- 4. Ağrı**

İnvaziv Serviks Kanserinde FIGO Evrelemesi

Evre 0	Karsinoma in situ
Evre Ia	Kanser serviksde invazyon derinliği ≤ 5 mm ve lezyon genişliği < 7 mm
Ia1	İnvazyon derinliği < 3 mm
Ia2	İnvazyon derinliği 3-5 mm
Evre Ib	Servikse sınırlı Ia'dan ileri lezyonlar
Ib1	Lezyon < 4 cm
Ib2	Lezyon > 4 cm
Evre IIa	1/3 Vajen üst kısmına invazyon

İnvaziv Serviks Kanserinde FIGO Evrelemesi

İLERİ EVRELER

Evre IB2 Lezyon > 4 cm

- Evre II Serviks dışına çıkmış, pelvik duvara ulaşmamış karsinom
 - Evre IIA Belirgin parametrijal tutulum yok
 - Evre IIB Belirgin parametrijal tutulum var
- Evre III Pelvik duvara ulaşmış karsinom
 - Evre IIIA Pelvik duvara yayılım yok
 - Evre IIIB Pelvik duvara yayılım var
- Evre IV Gerçek pelvis dışına ulaşmış karsinom
 - Evre IVA Komşu organlara yayılım
 - Evre IVB Uzak metastaz

Serviks kanseri tarama programlarında

100.000'de 316 SIL

100.000'de 4.8 Mikroinvaziv kanser

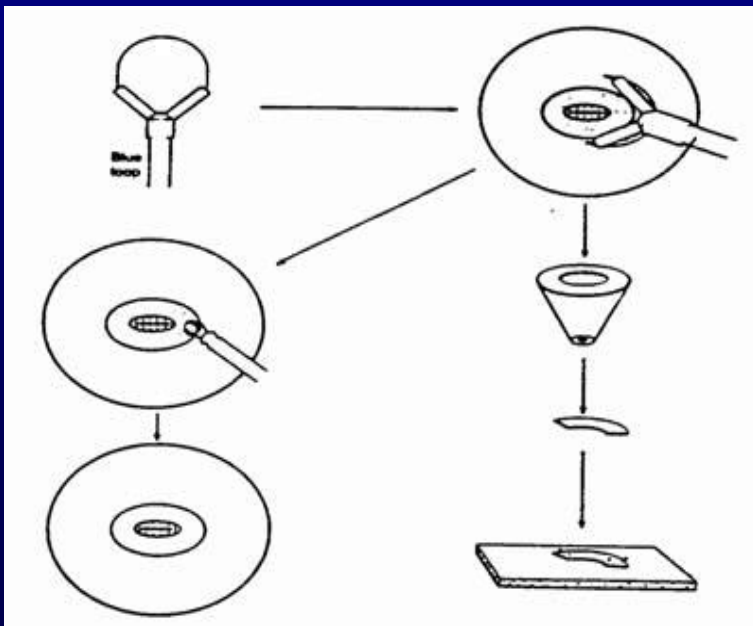
Benedet Obstet Gynecol, 1985

Tanı

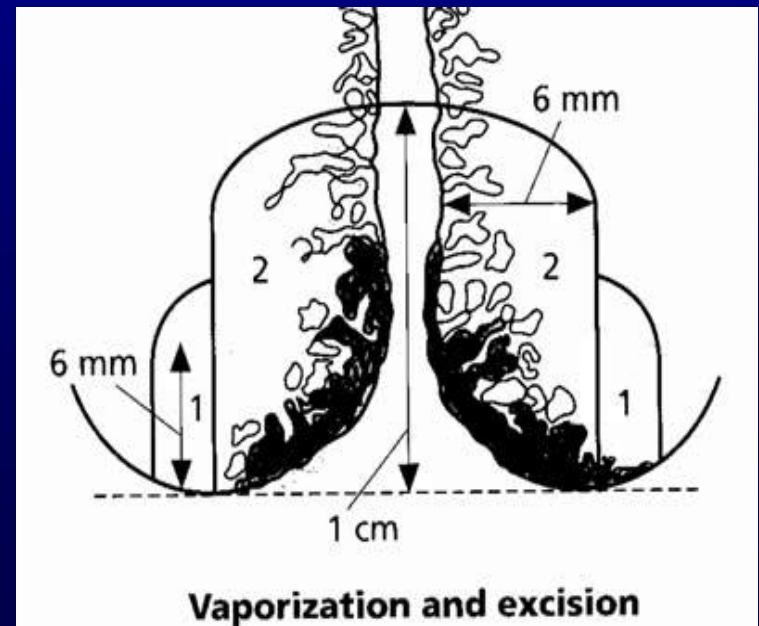
Semptomatik ➡ biopsi

Asemptomatik ➡ anormal sitoloji ➡ kolposkopi-biopsi

leep



kon



Servikal kanserin histolojik tanısından sonra

Fizik Muayene:	Lenf nodlarının palpasyonu(Supraklaviküler, İnguinal) Vaginal muayene Rektovaginal muayene
Radyolojik inceleme:	PA akciğer grafisi Kemik grafileri İntravenöz pyelografi Baryumlu kolon pasaj grafileri
İnvazif İşlemler:	Kolposkopi (Biopsi) Servikal biyopsi, endoservikal küretaj ve servikal konizasyon Histeroskopi Sistoskopi Proktoskopi

Servikal kanserin histolojik tanısından sonra

Diğer işlemler:

(Klinik evrelemede kabul edilmeyen işlemler)

- Bilgisayarlı tomografi
- Manyetik rezonans görüntüleme
- Pozitron emisyon tomografisi
- Ultrasonografi
- Kemik sintigrafisi
- Lenfangiografi
- Laparoskopi

Evre I A Servikal
Mikroinvazif Kanserin Frekansı
%10-15

Ia1- invazyon < 3 mm,
horizontal yayılım < 7 mm

Ia2- invazyon 3-5 mm
horizontal yayılım < 7 mm

Evre Ia Servikal kanserde Pelvik Lenf nodu metastazı ve İnvazyon derinliğinin ilişkisi

< 1 mm		1.1-3.0 mm		3.1-5.0 mm	
n	%	n	%	n	%
247	0.4	255	0.4	275	7.3
(0-1.6)		(0-2.4)		(3.8-18.8)	

Averette(76), Creasman(94), Hasumi(80), Maiman(88), Sevin(92), Simon(86), Nagell(83)

Mikroinvazif Servikal Kanserin Tedavisi

Konizasyon + ECC

ECC (-) ve Cerrahi sınır (-)

< 3 mm invazyon
(-) LVSI

Fertilite Koruyucu Cerrahi
veya Histerektomi

< 3 mm invazyon
(+) LVSI

3-5 mm invazyon

Tip II histerektomi ve
lenfadenektomi

Mikroinvazif Servikal Kanserin Tedavisi

Konizasyon+ECC

ECC (+) veya Cerrahi Sınır (+)

Re-konizasyon

Type II histerektomi ve lenfadenektomi

Evre Ib ve IIa Tümörler

Ib1.....**Cerrahi** ve/veya radyo-kemoterapi

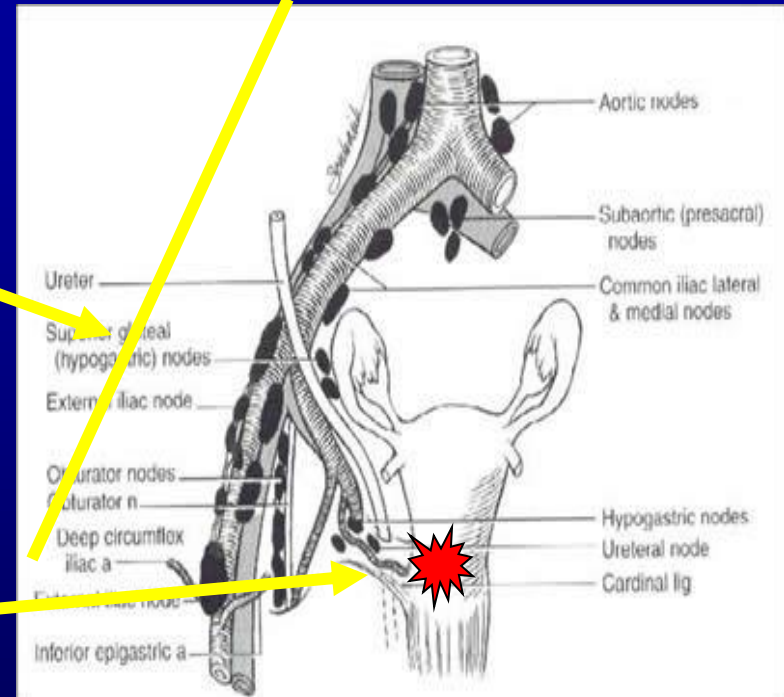
Ib2.....Cerrahi ve/veya **Radyo-kemoterapi**

IIa.....**Cerrahi** ve/veya radyo-kemoterapi

Servikal Kanserin tedavisinde prensipler..

Yayılma alanları

Primer tümör



Radikal histerektomi ve lenfadenektomi

Radikal Histerektomi(Tip II-III)

Evre Ia2, Ib ve IIa

Hemen tedavi

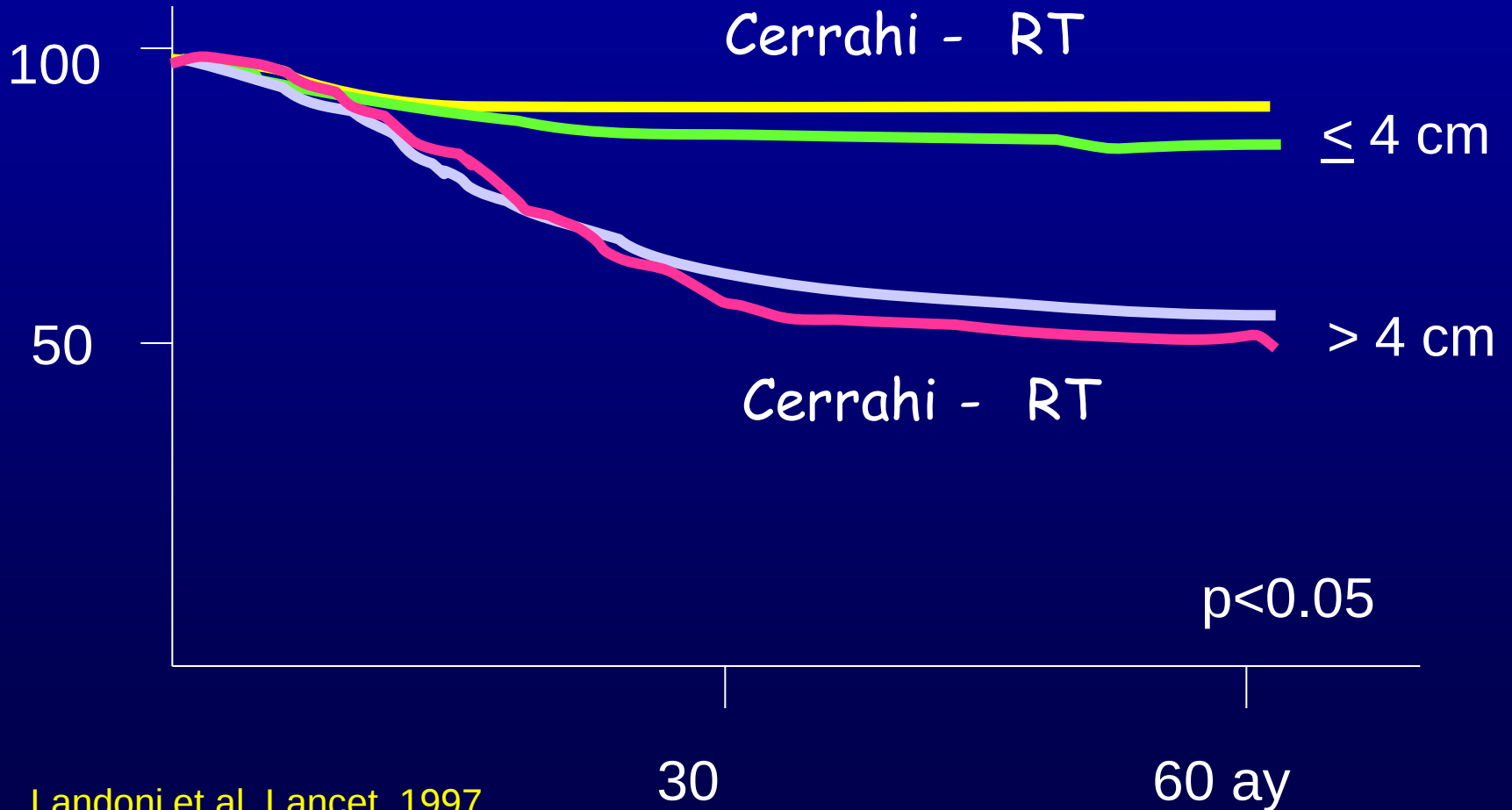
Evreleme

Overlerin korunması

Seksüel fonksiyonun korunması

Cerrahi ve radyoterapi sonuçları birbirine yakındır

Tümör çapı ve Ortalama Yaşam beklentisinin iki grup hastada karşılaştırılması



Cerrahi olarak tedavi edilen Evre IB - IIA Servikal Karsinomda Tümör çapının patolojik risk ile ilişkisi

Risk faktörleri	≤4 cm (n: 114)	>4 cm (n:55)	p
Cerrahi Evre >pT2a	19%	35%	S
Cerrahi sınır(+)	6%	22%	S
Lenf nodu (+)	25%	31%	NS
LVSI	57%	75%	S
Adjuvan RT	54%	84%	S

(-) LVSI

**< 3 mm
invazyon**

**3-5 mm
invazyon**

**Pelvik lenfatik metastaz
1/421 (%02)**

**Pelvik lenfatik metastaz
1/106 (%09)**

Stromal İnvazyon derinliği İle LVSI Arasındaki İlişki

İnvazyon (mm)	n	%
< 3	353	3 (0-8)
1-3	416	16 (9-29)
3.1-5	312	22 (12-43)

Mikroinvaziv Serviks Kanserinde Tedavi Sonrası Tümör Tekrarlanma Oranları*

< 3 mm invazyom

11 / 493

%1.2

3.1-5 mm invazyon

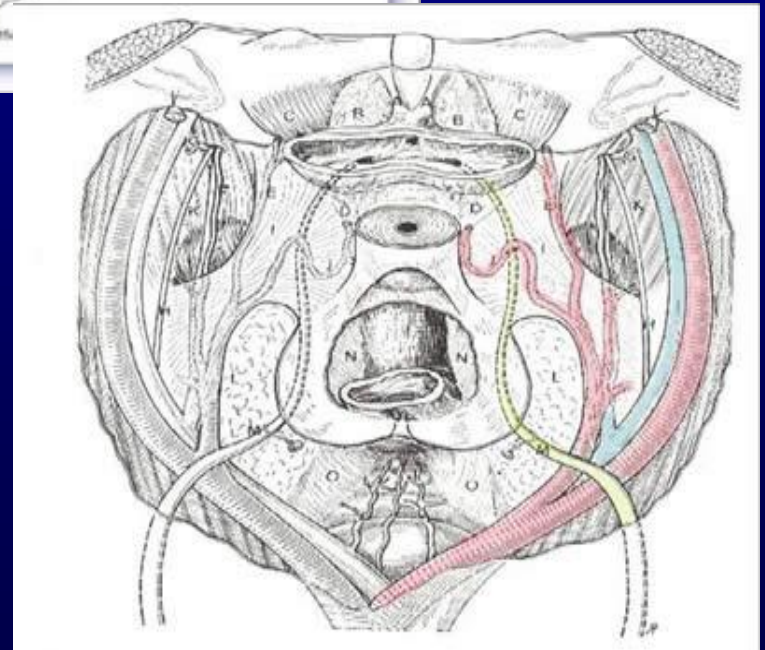
14 / 266

%5.3

* Tedavi şekli ?

Kurman, Blaustein Pathology, 1994

Diagram illustrating the anatomical structures of the female pelvis, specifically the space of Retzius and surrounding ligaments. The diagram shows the urinary bladder, vesicouterine ligament, radical hysterectomy Type III and Type II, paravaginal space, cardinal ligament, uterosacral ligament, and rectum. The space of Retzius is highlighted in pink.

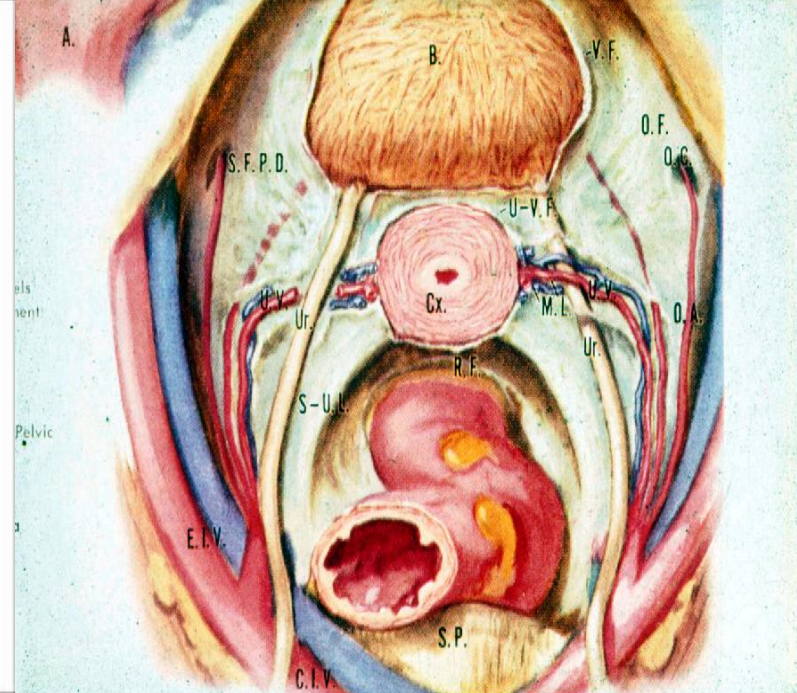
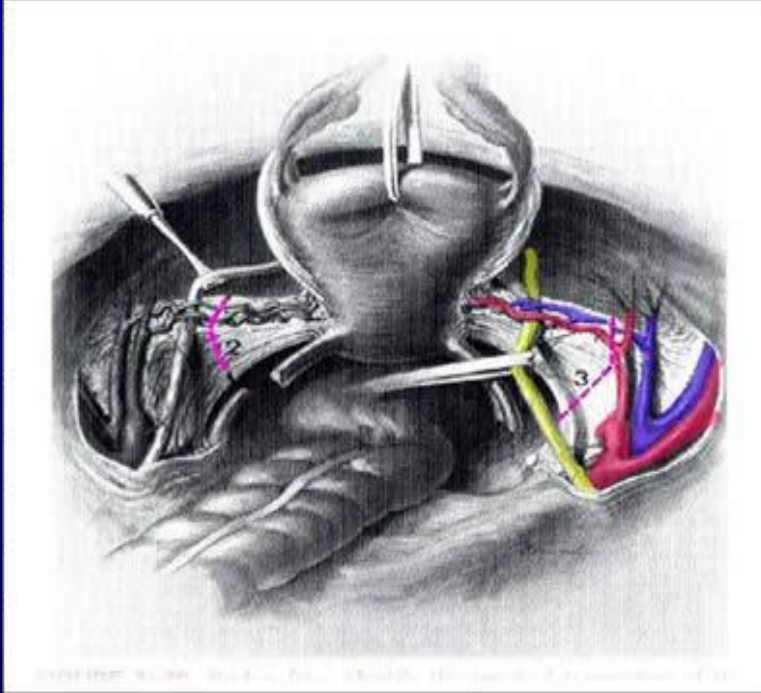


Type II histerektomide sınırlar

Uterin arter üreterin hemen medialinde bağlanır.

Distalde üreter serbestleştirilir.

Üreter hizasındaki parametrium çıkarılır.

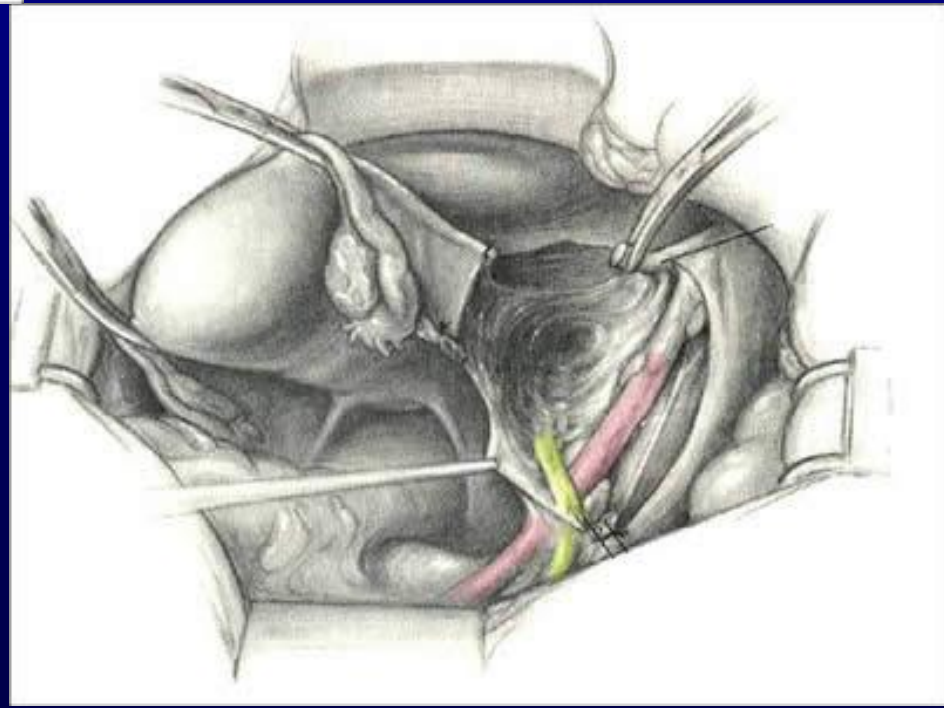


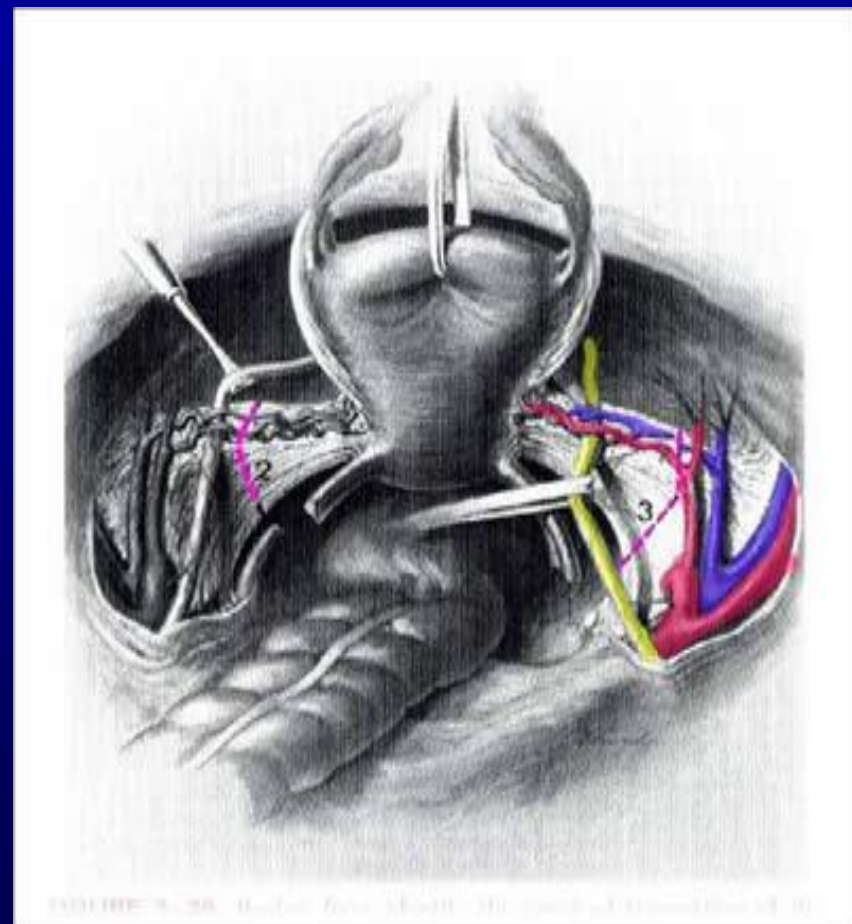
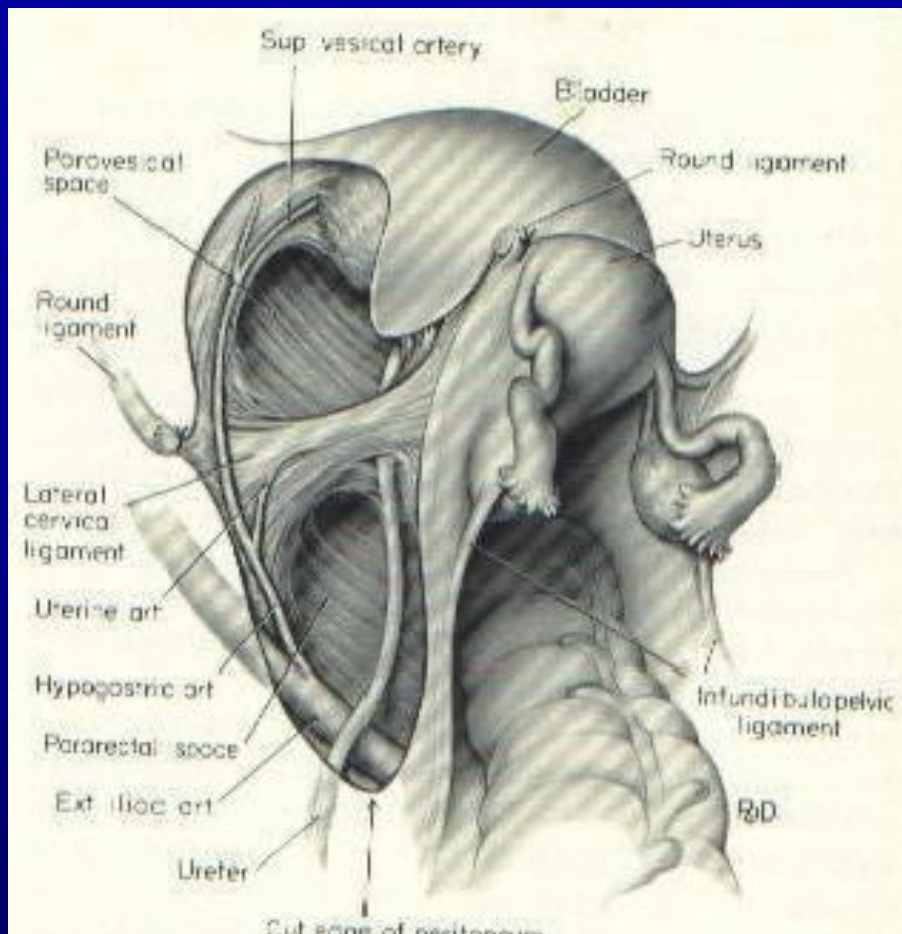
Type III histerektomide sınırlar

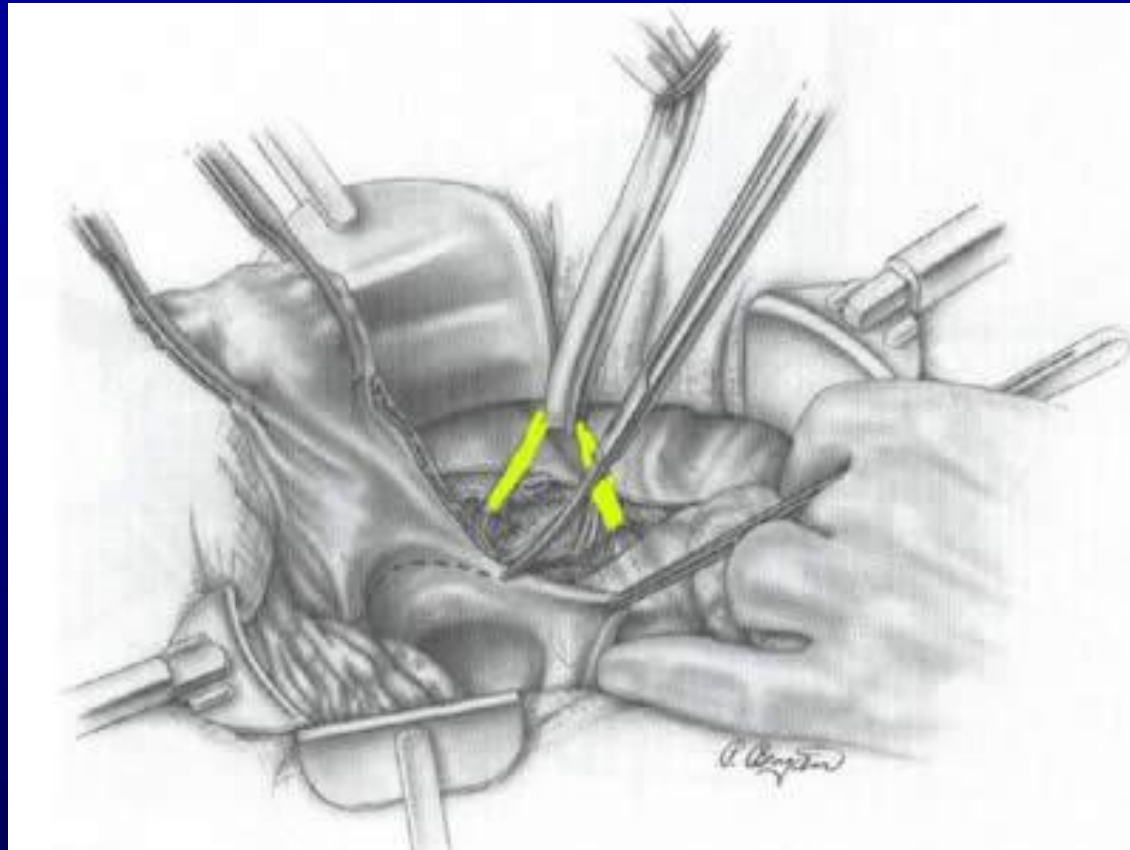
Uterin arter hipogastrik arterden çıktığı hizada bağlanır.

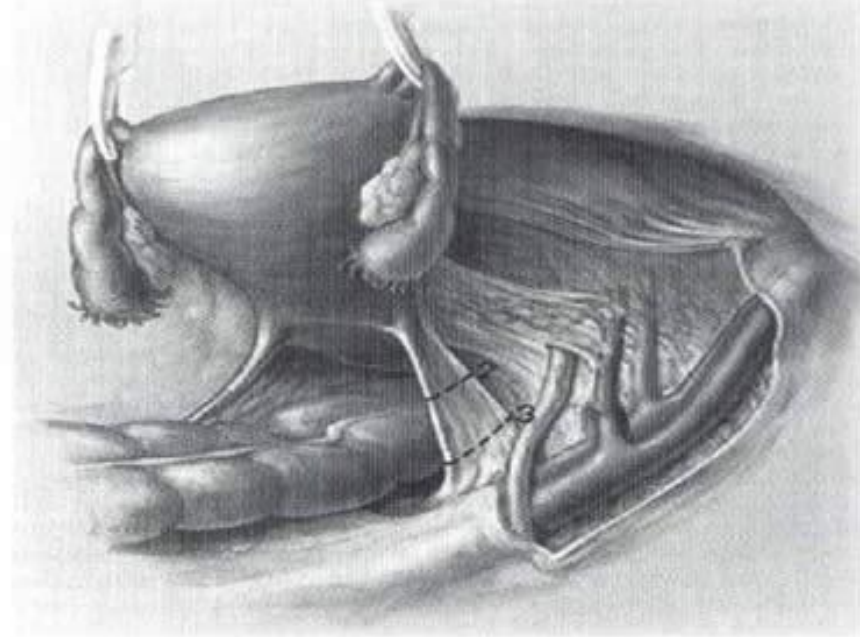
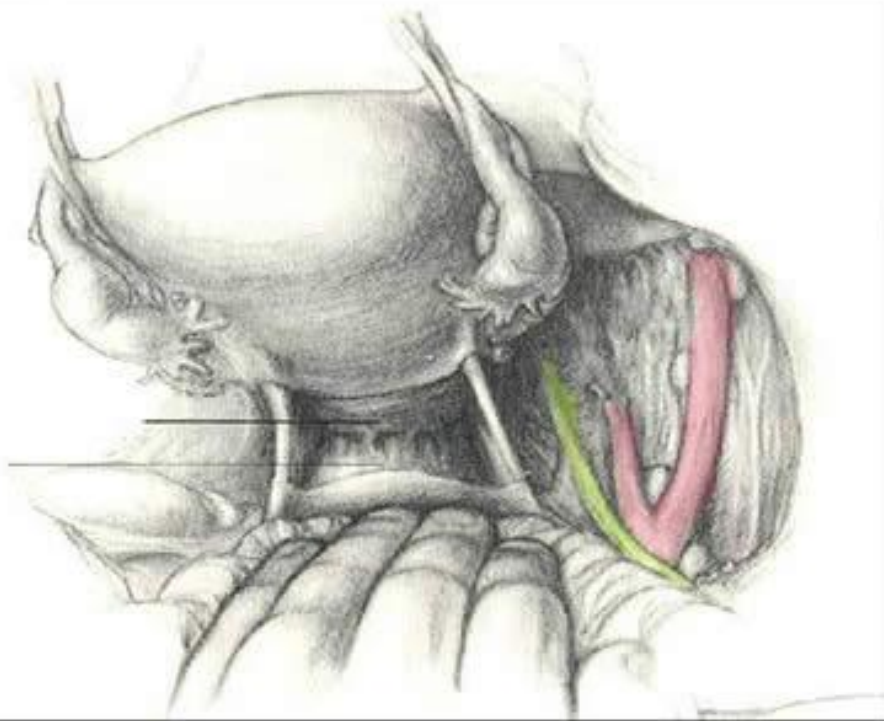
Üreter Mesane girimine kadar serbestleştirilir.

Üreter lateralindeki parametrium da çıkarılır.









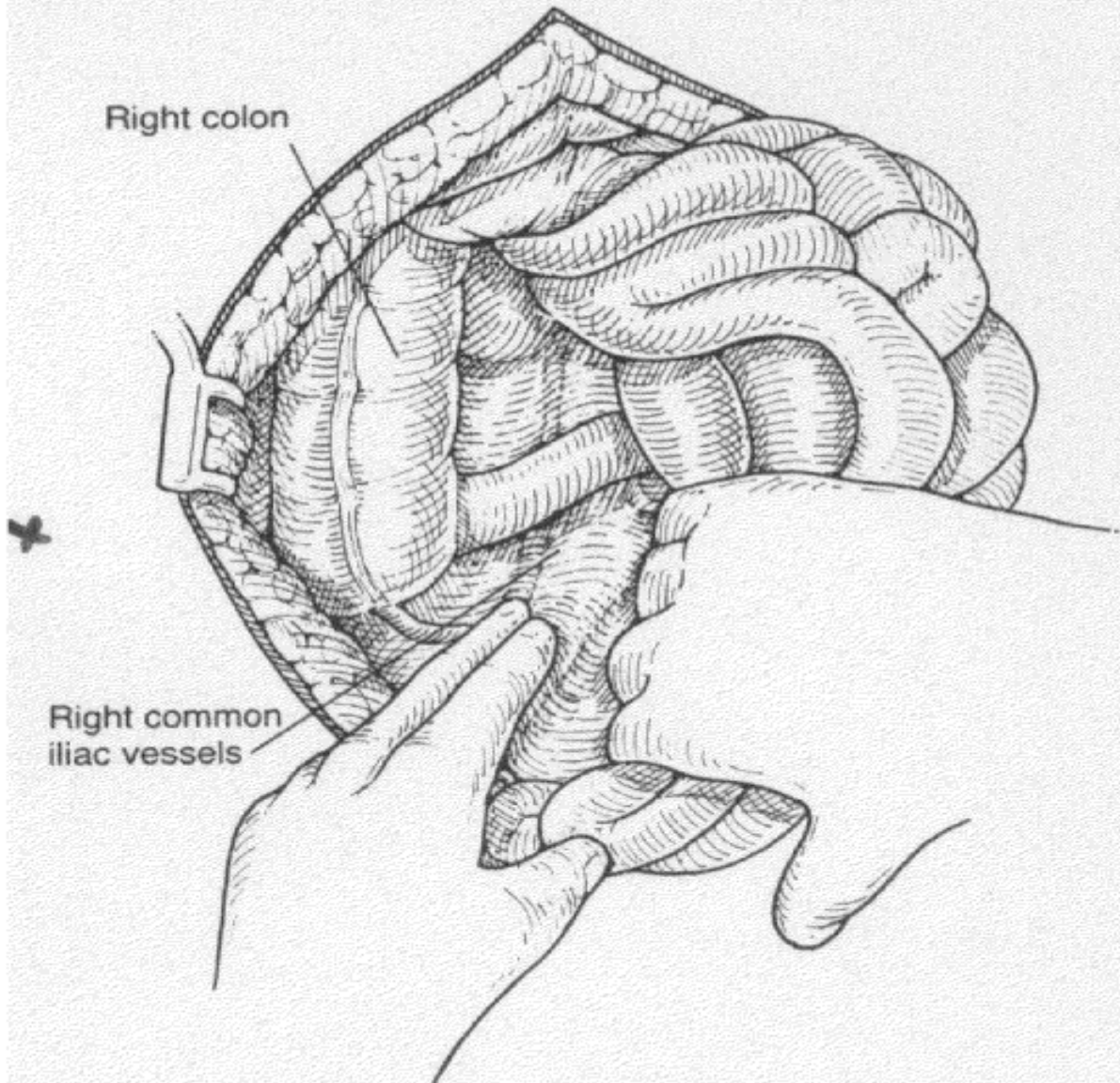
Servikal kanserde lenfadenektomi

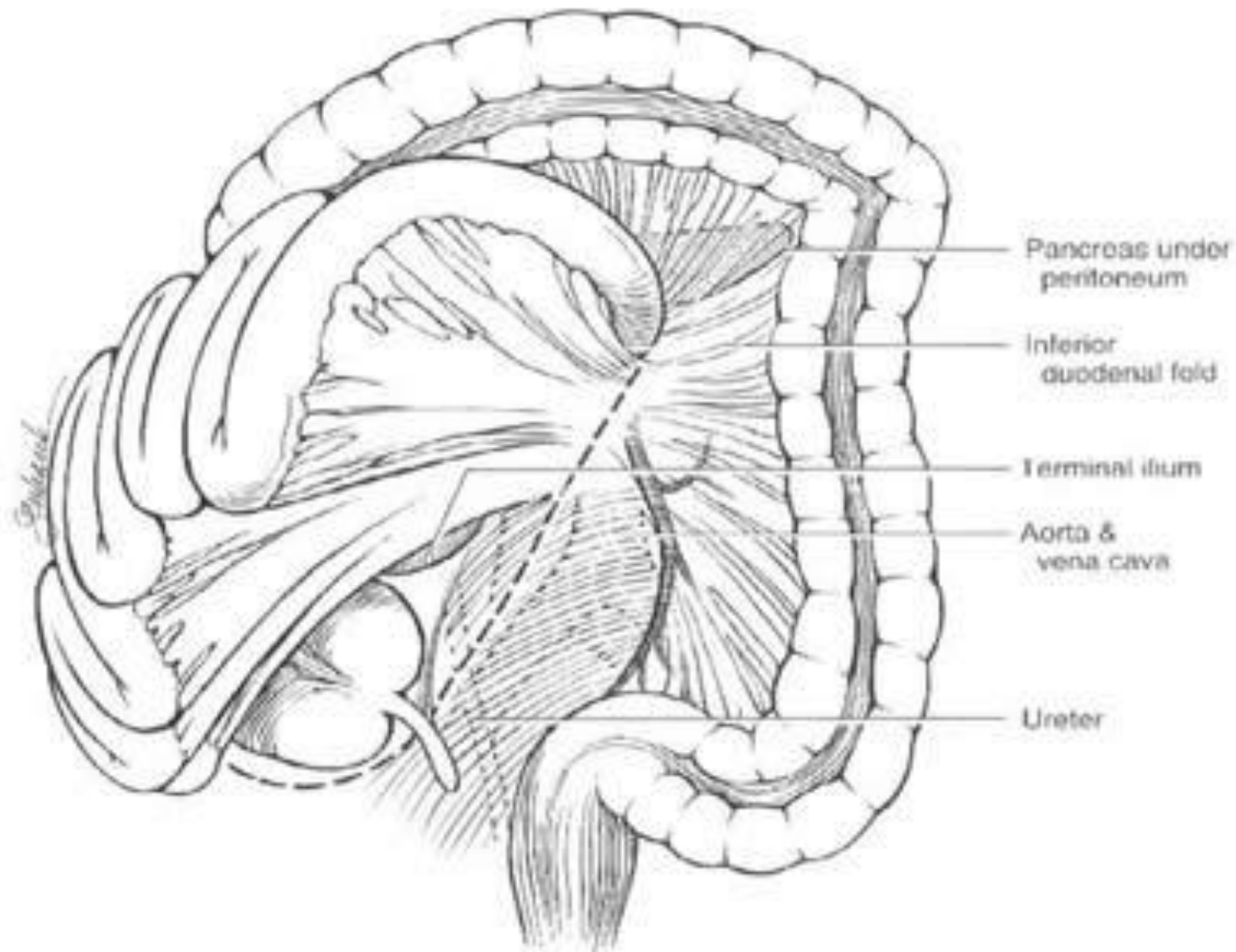
Pelvik

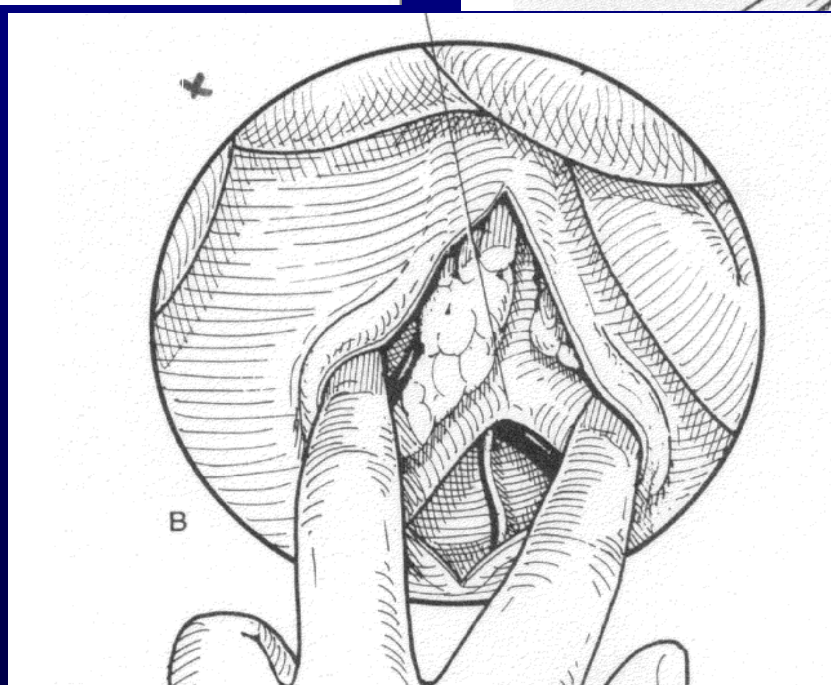
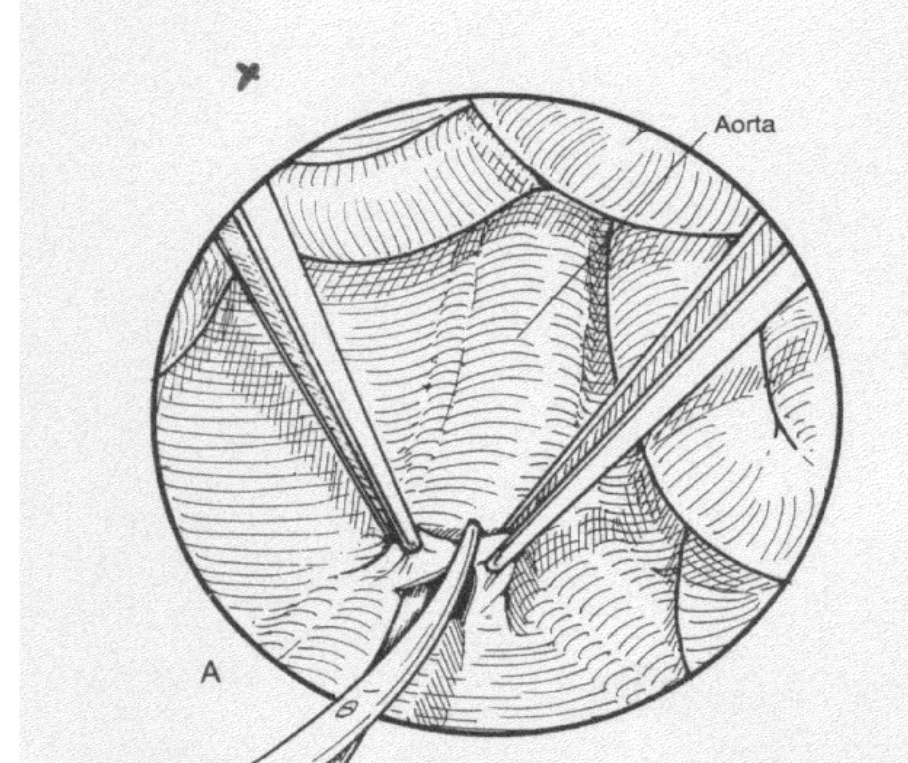
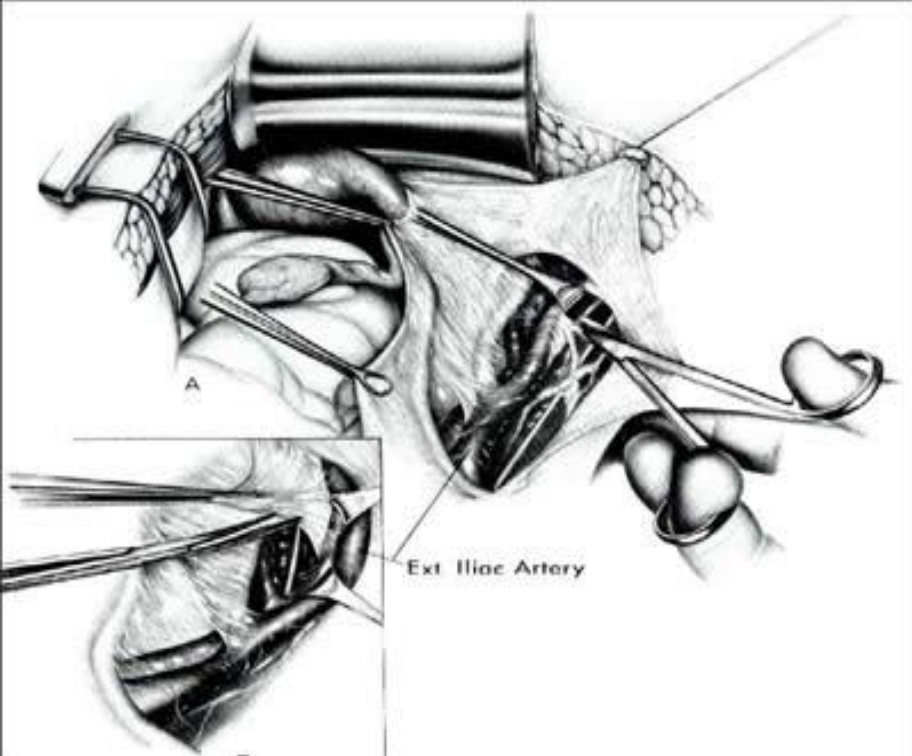
Aortik

Right colon

Right common
iliac vessels







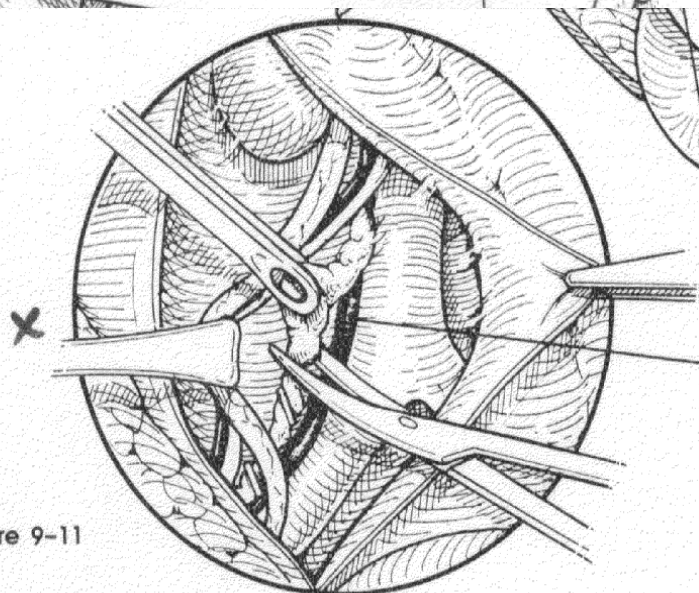
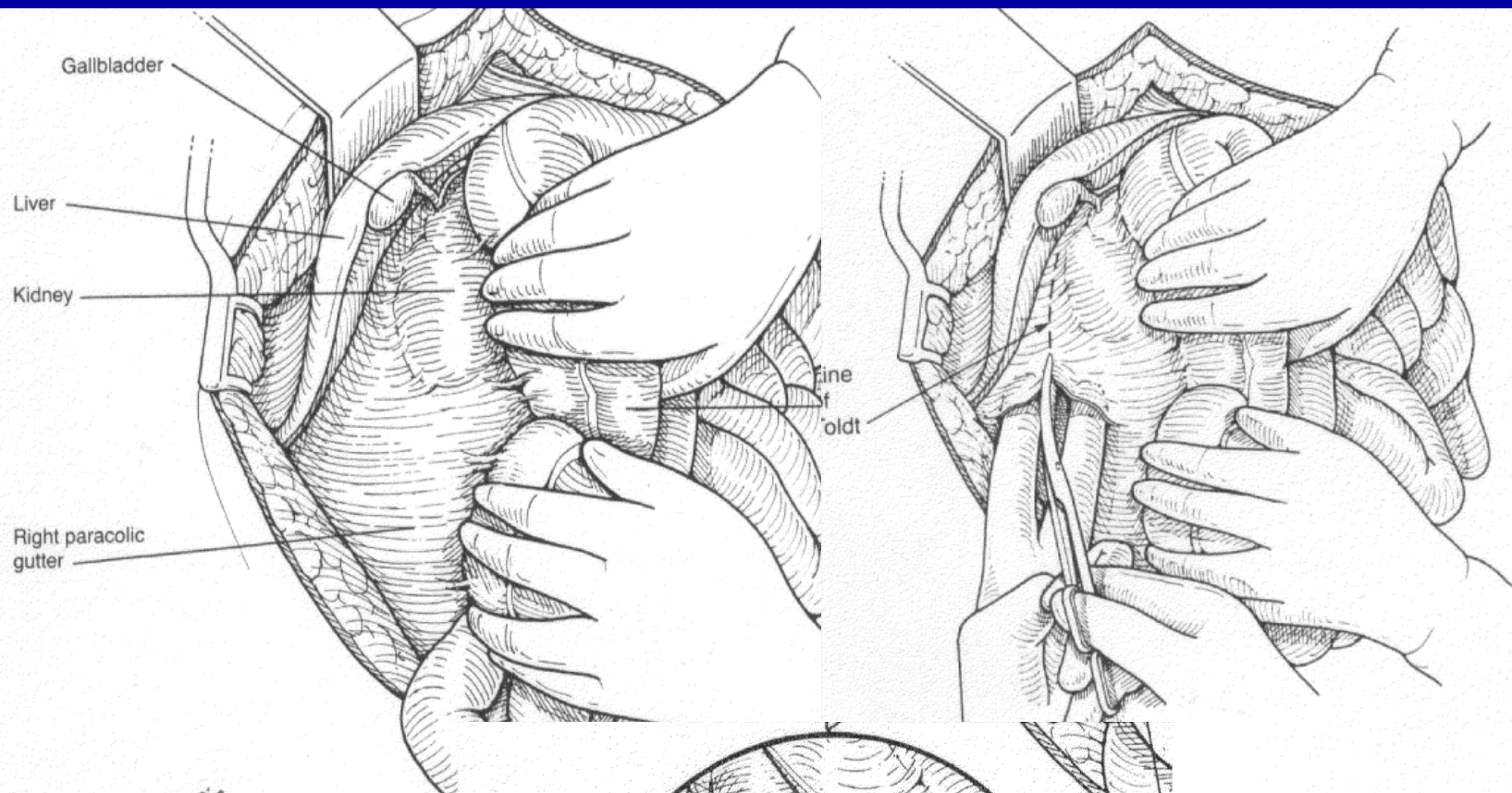
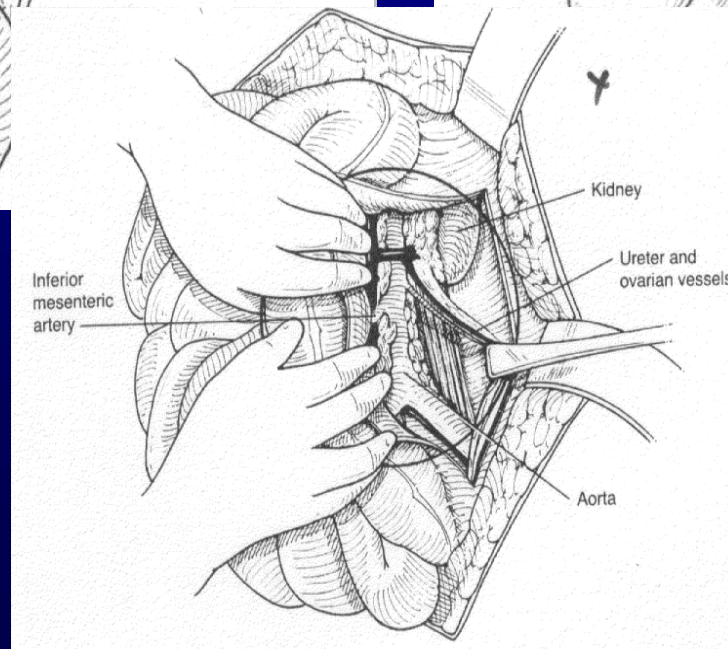
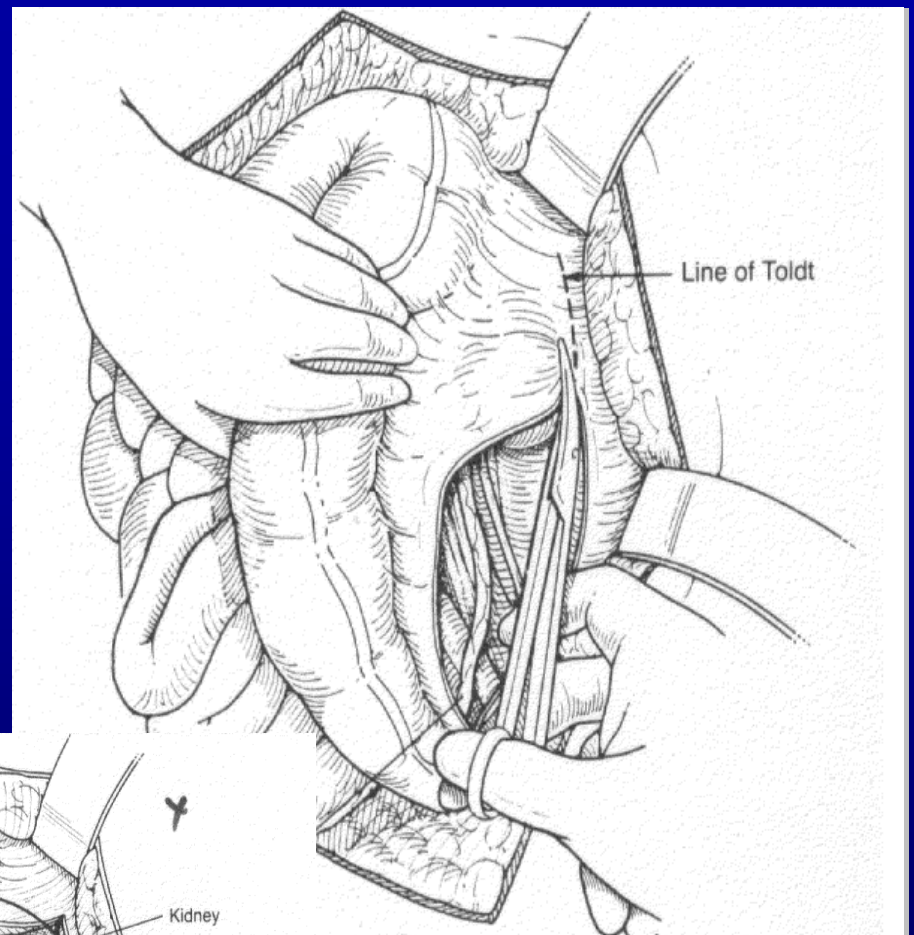
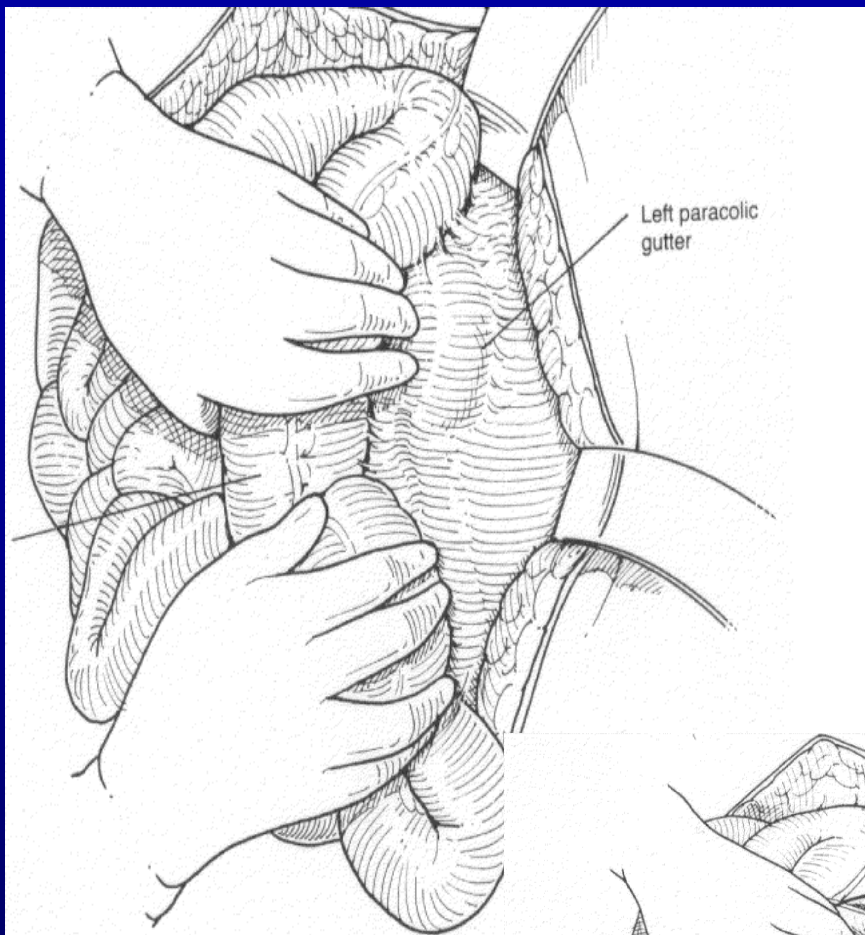
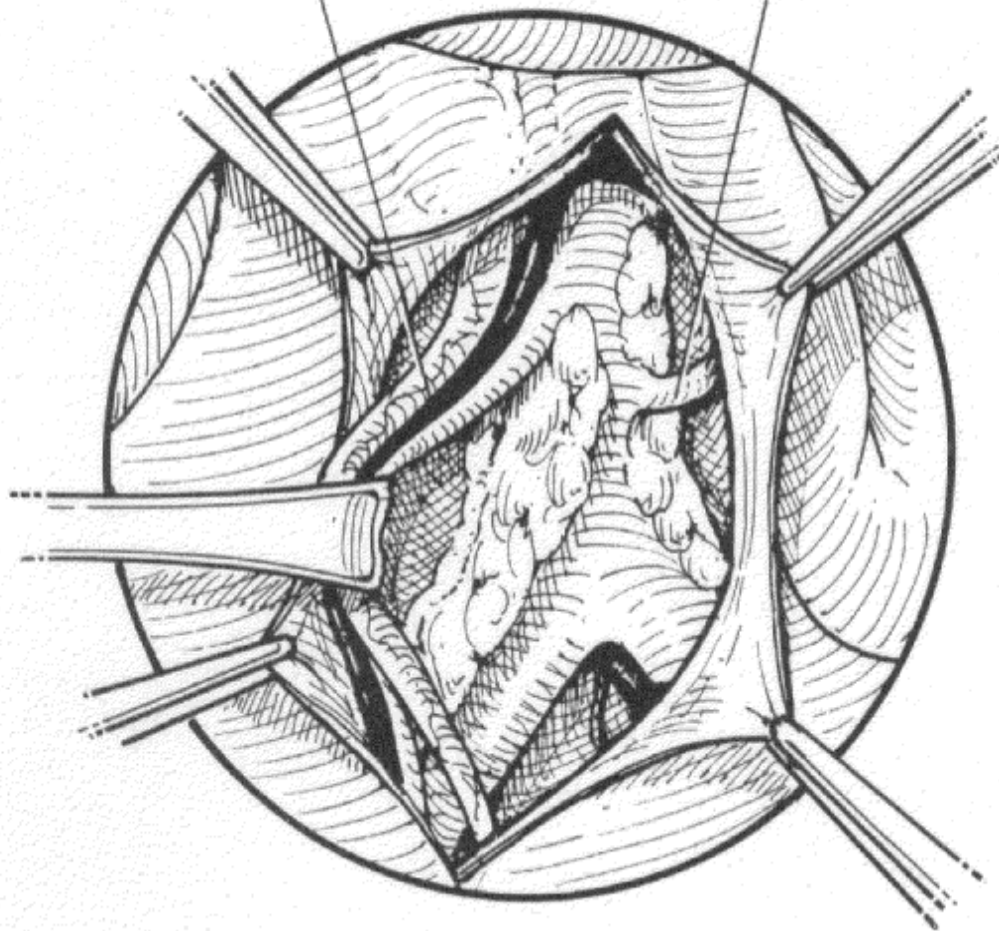


Figure 9-11

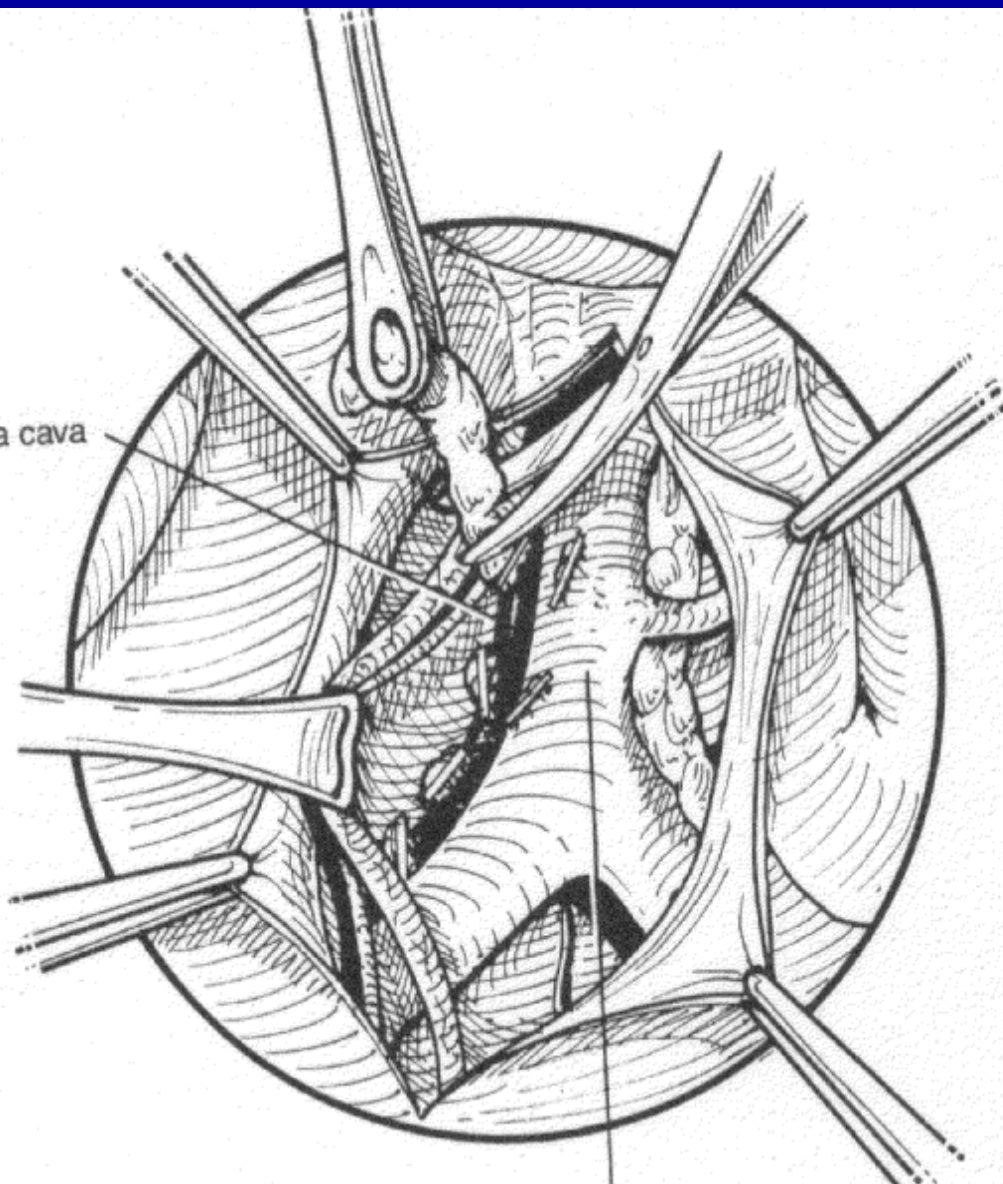


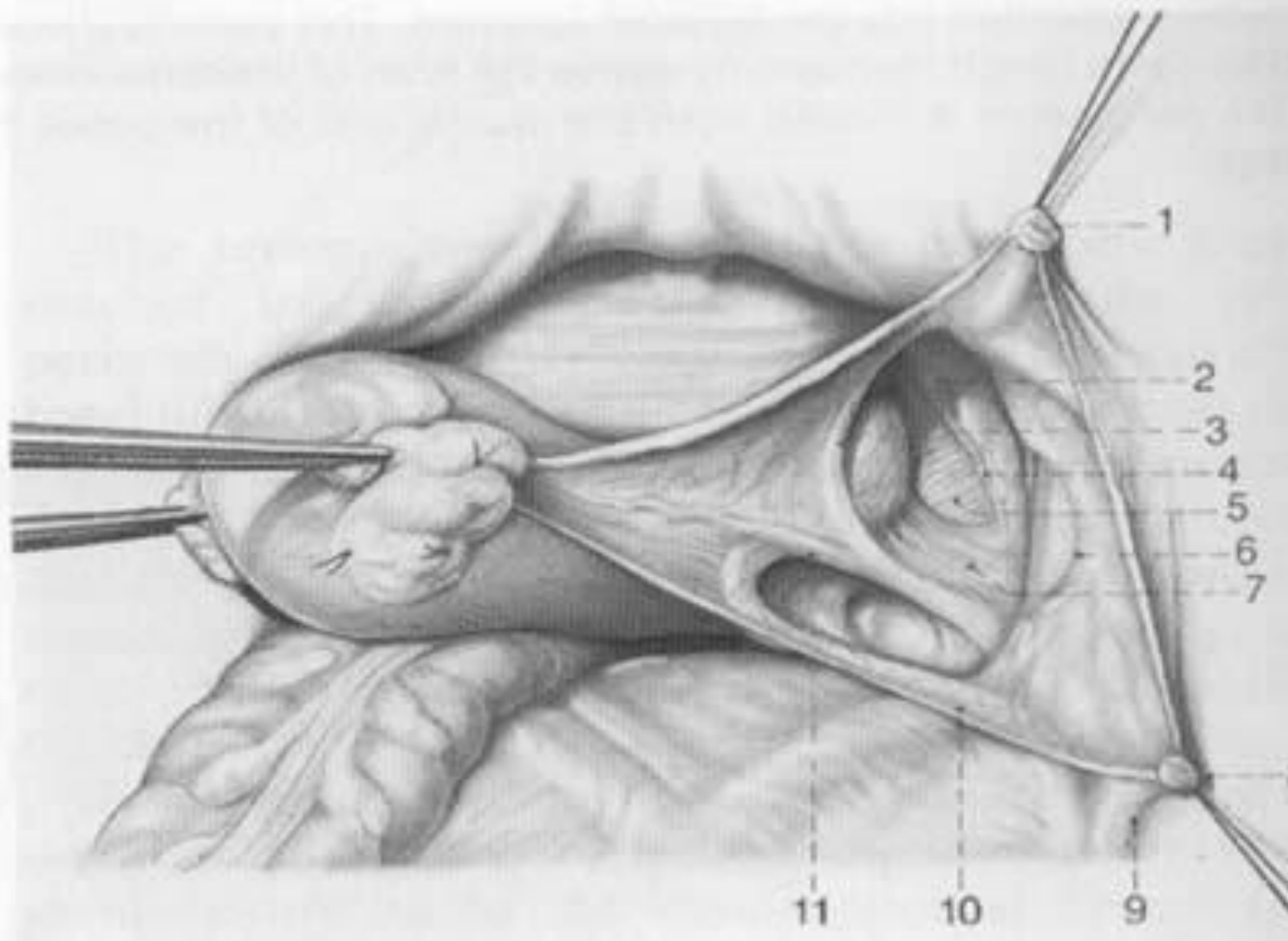
Ureter and
ovarian vessels

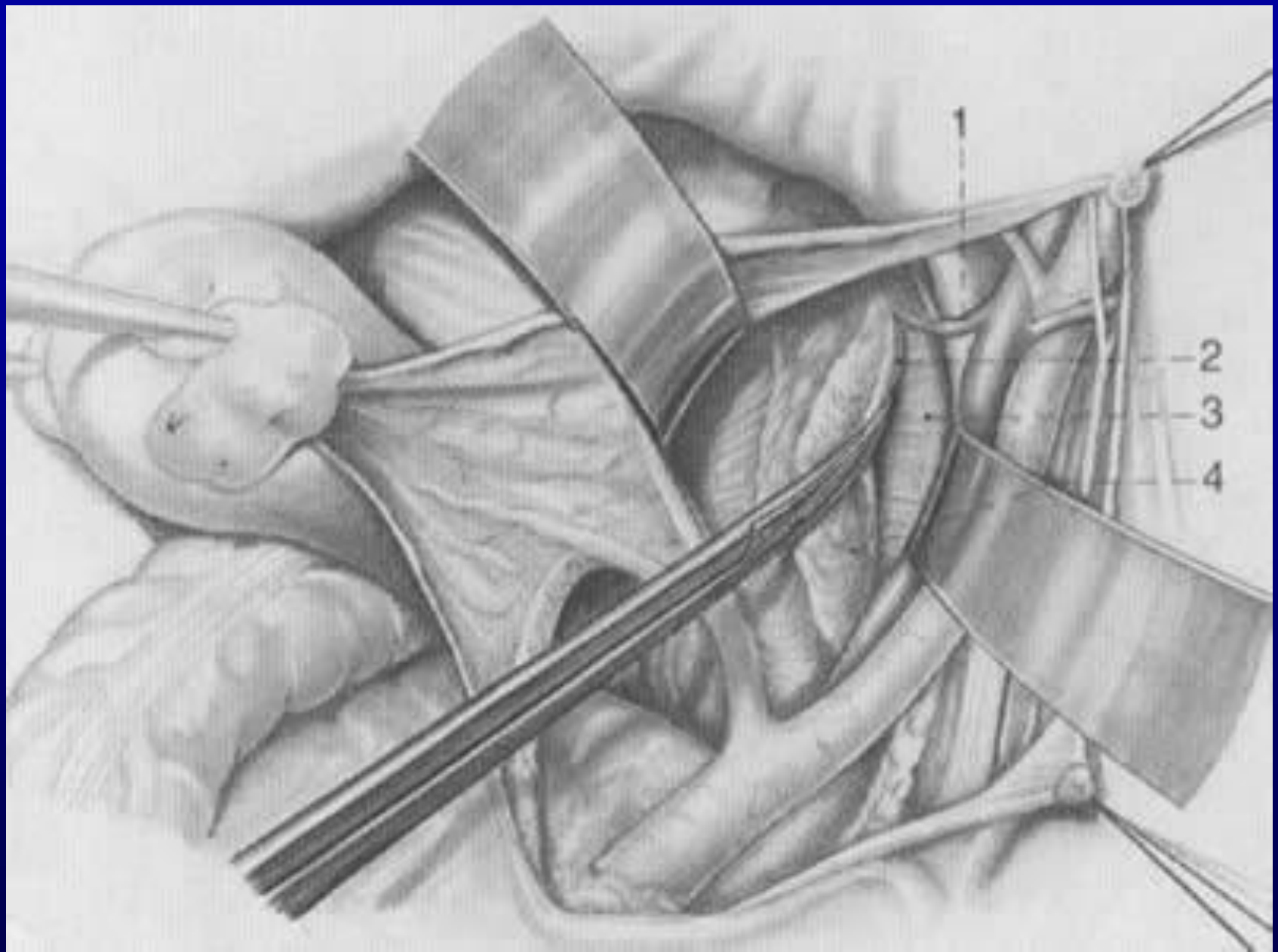
Inferior
mesenteric
artery

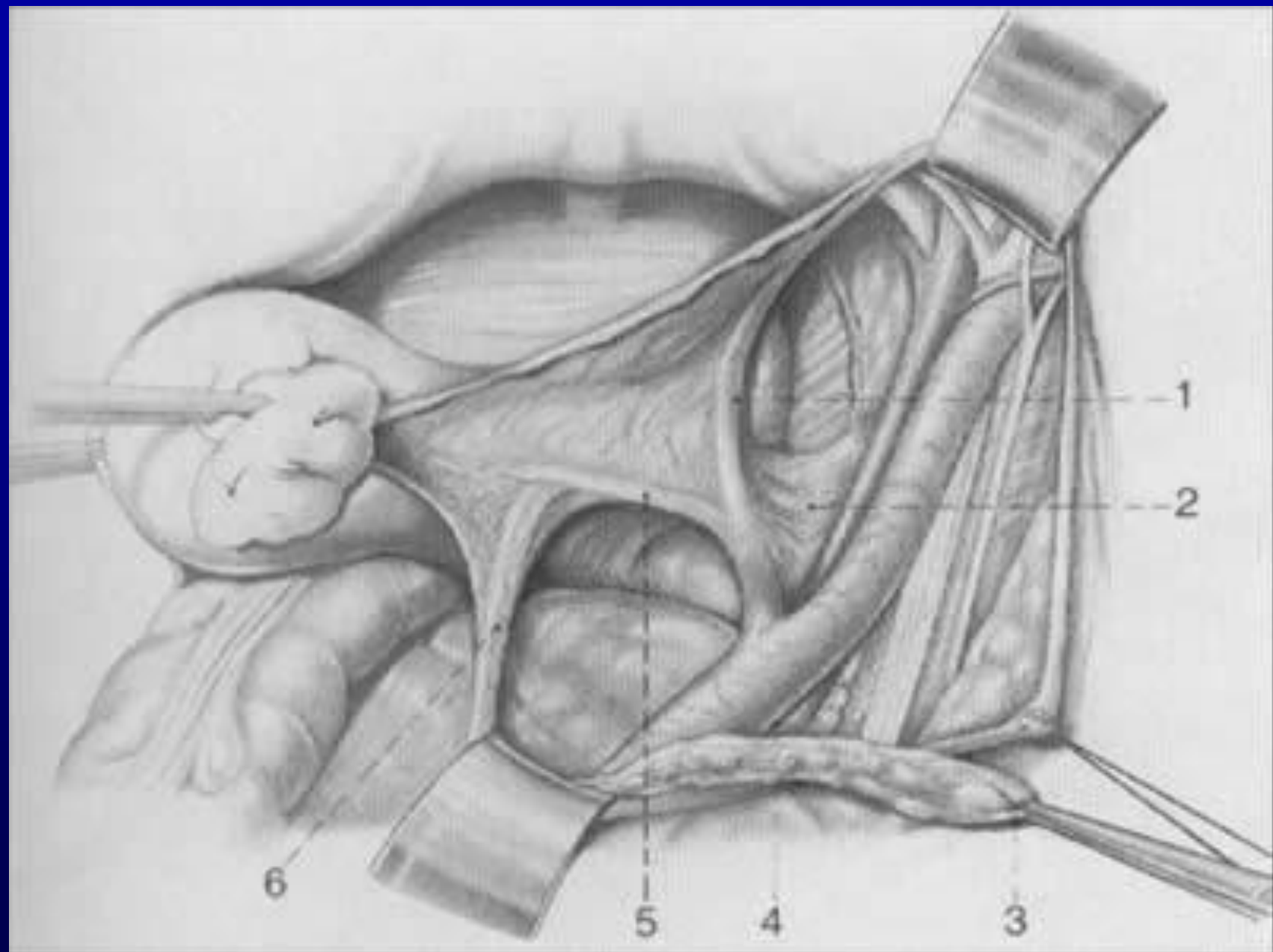


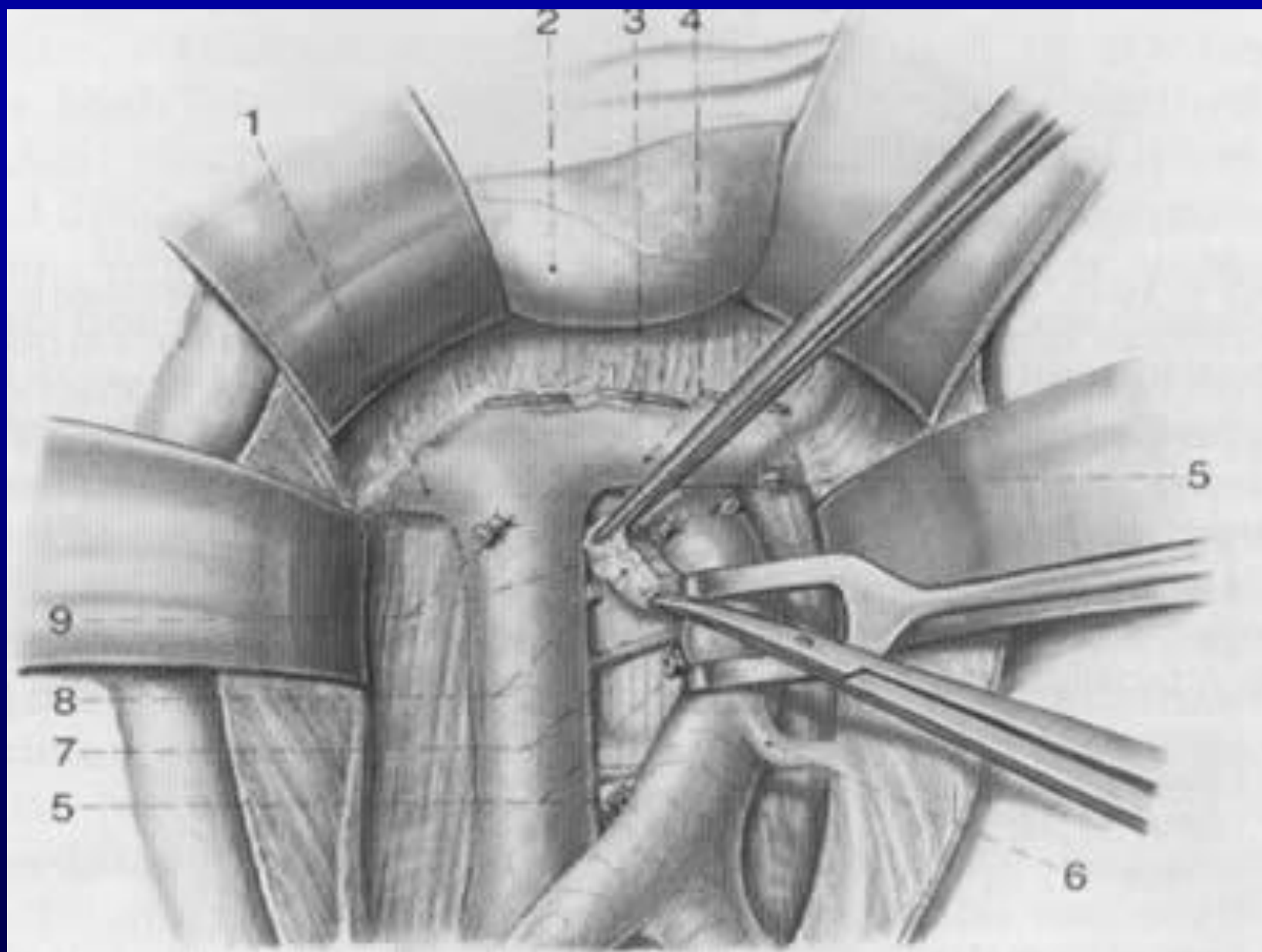
Vena cava

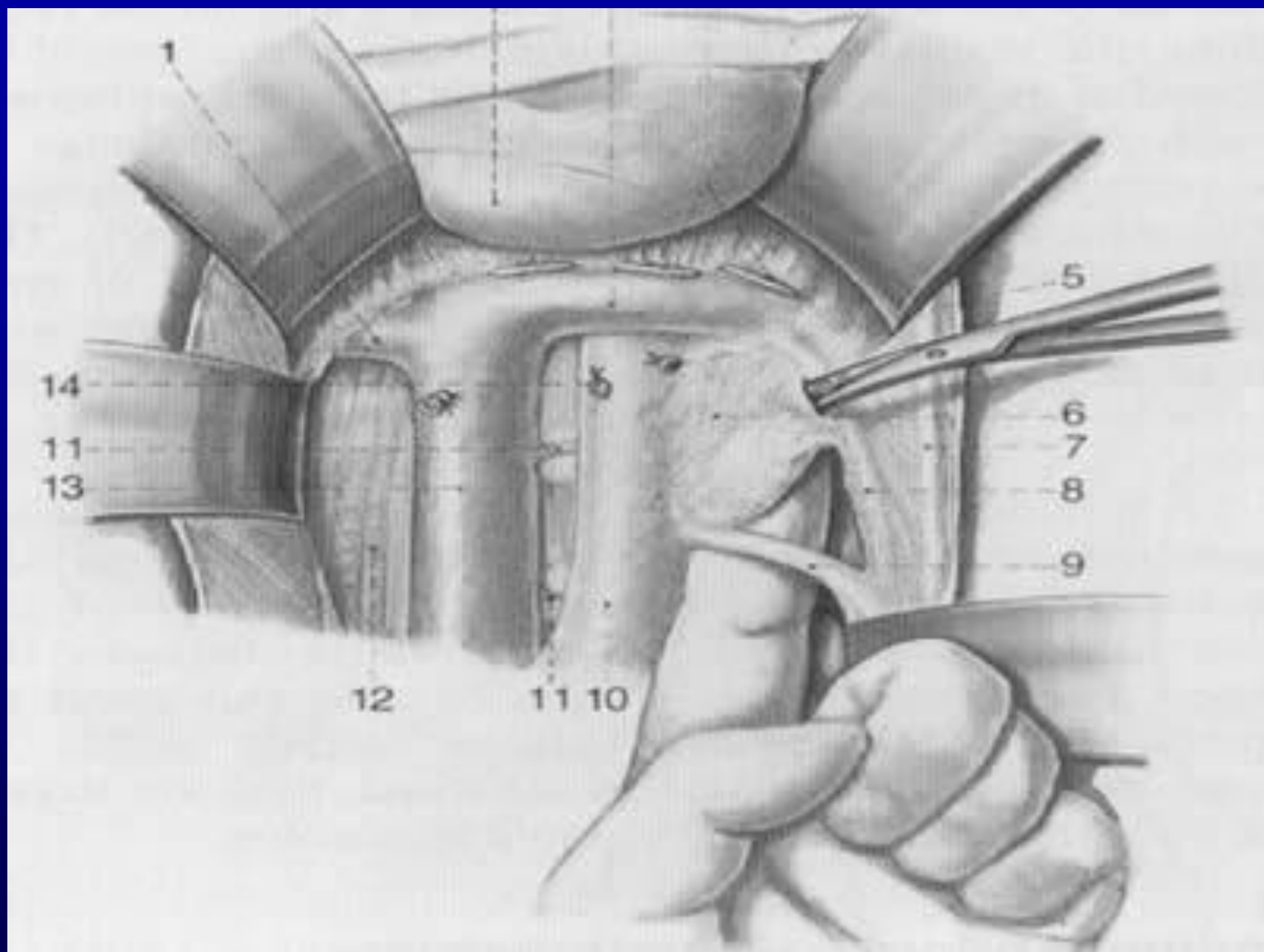


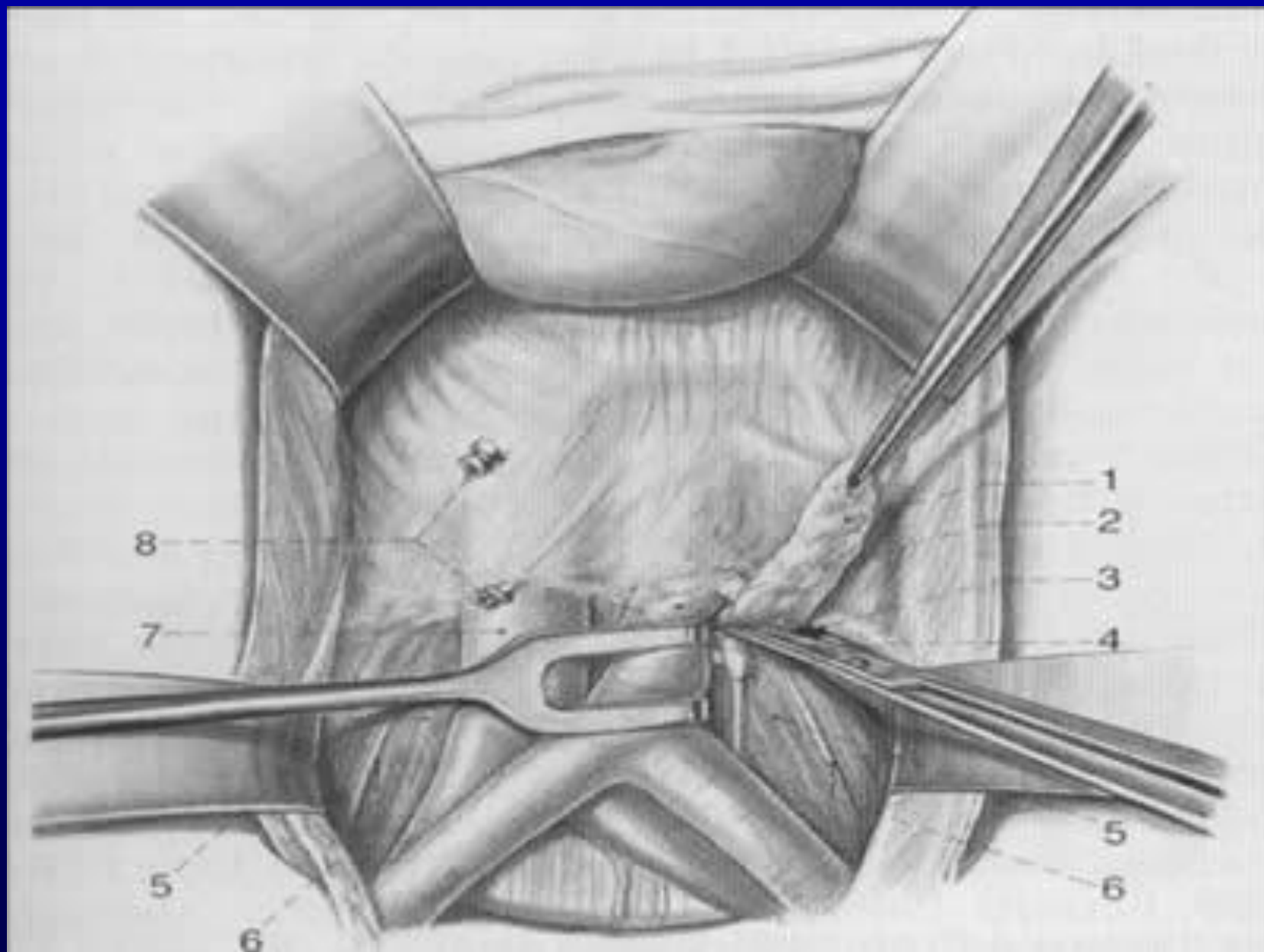


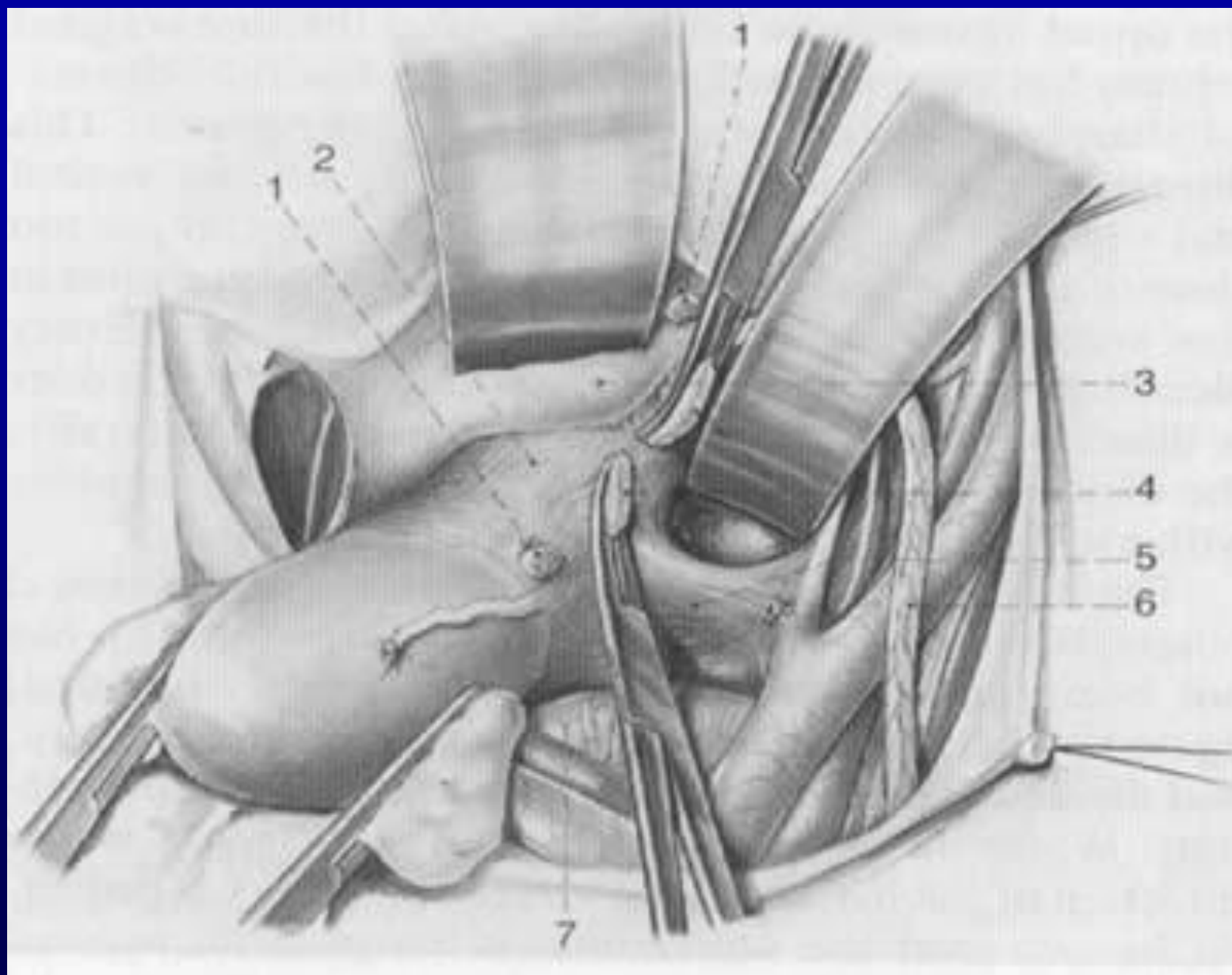


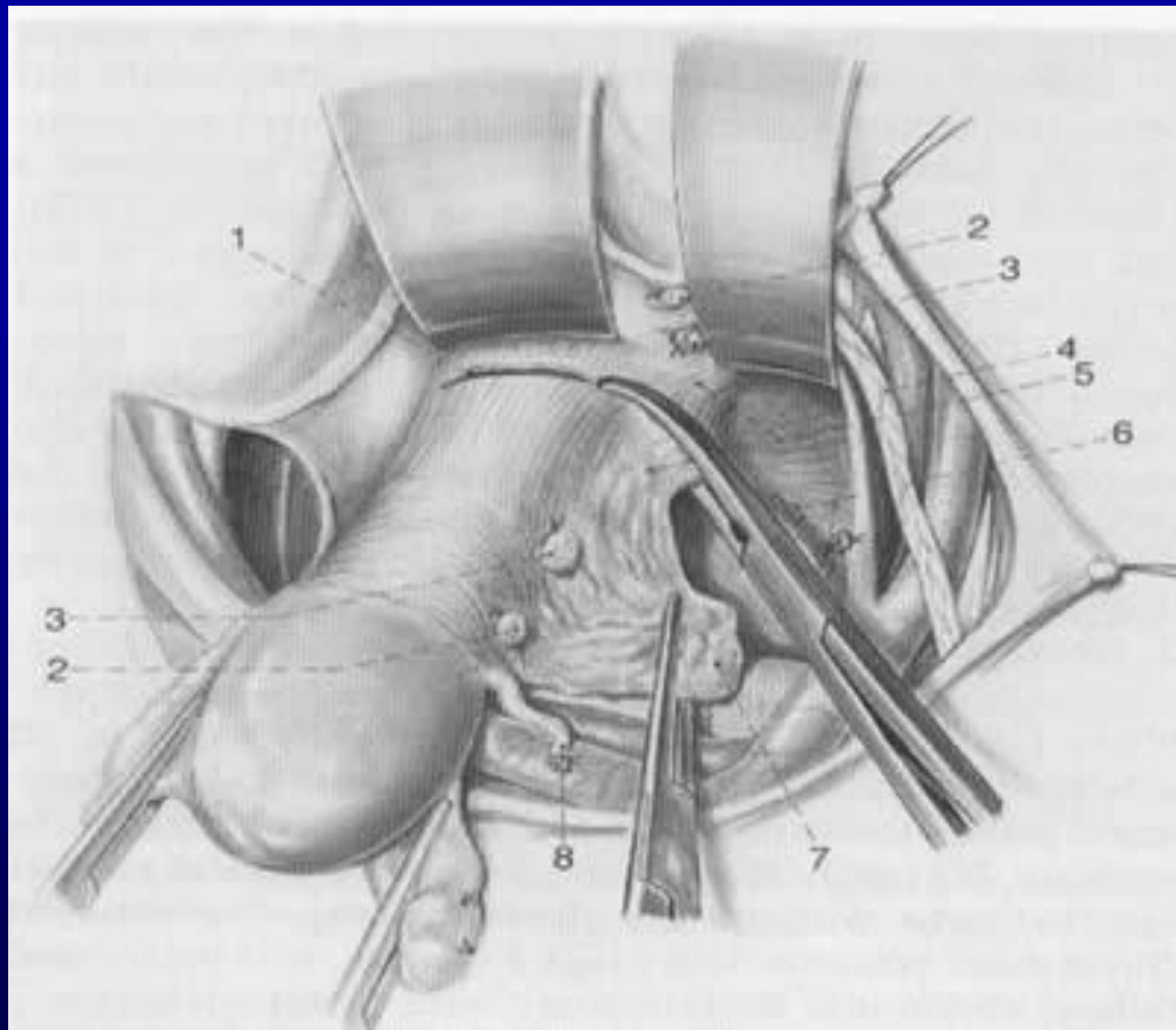


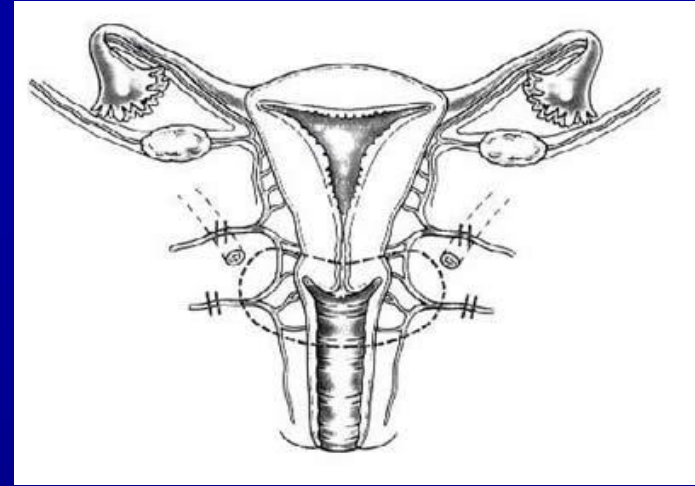
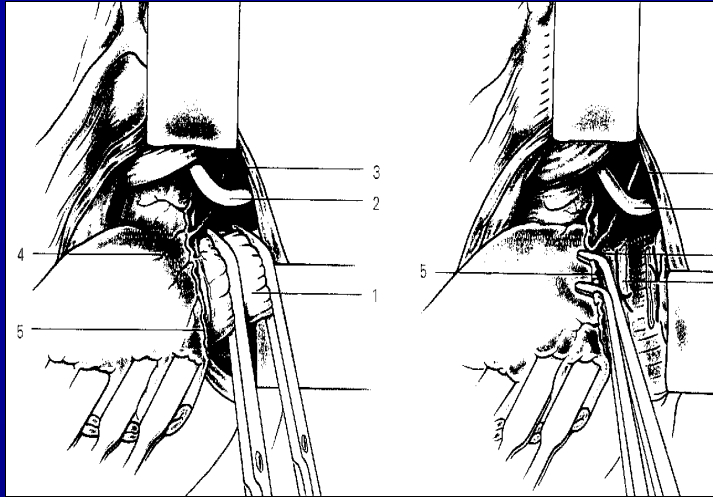












Trakelektomi Sonuçları n:130

Ia1	17
Ia2	36
Ib1	74
IIa	3
Skuamöz	93
Adeno ca	37
< 2 cm	110
> 2 cm	10

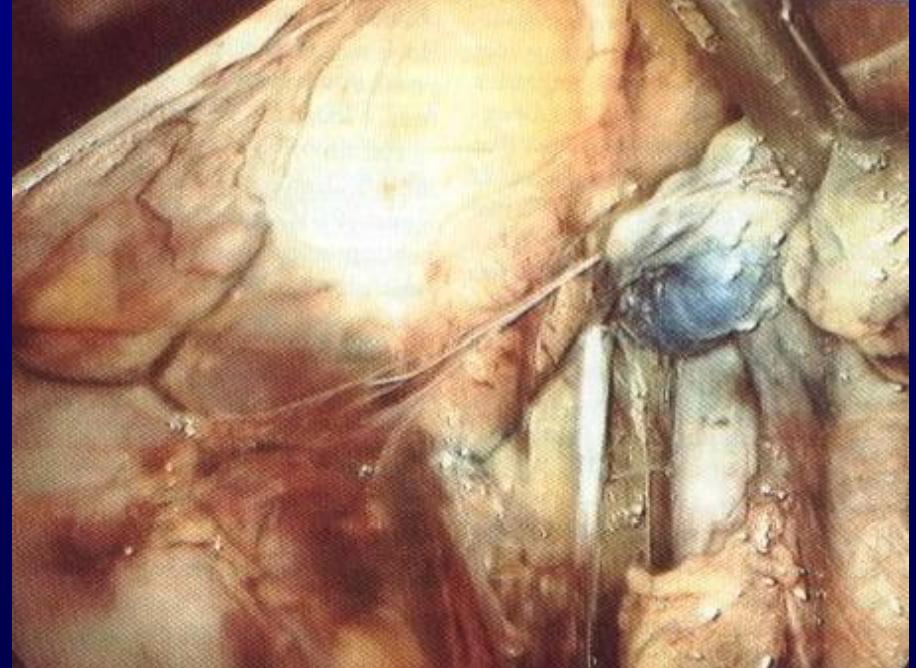
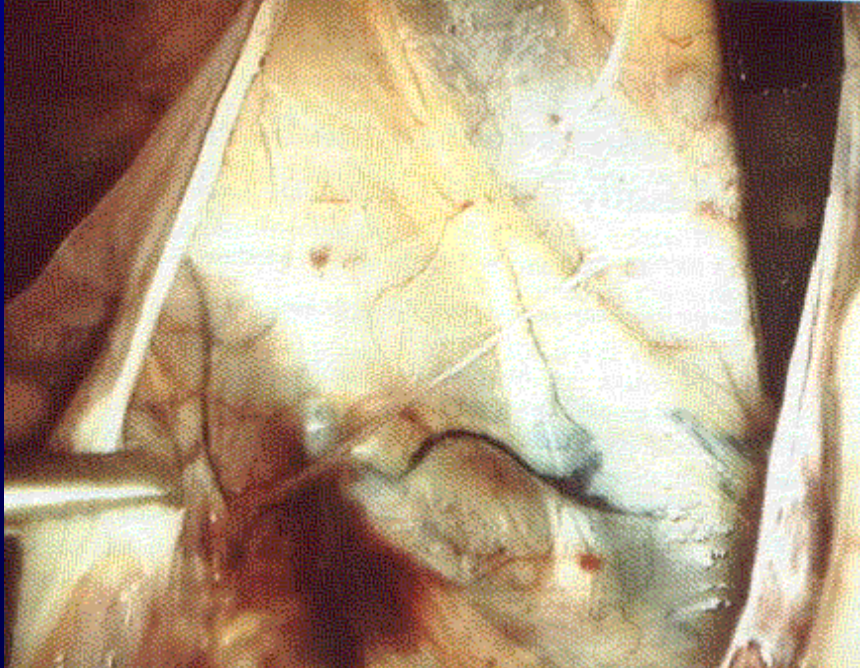
Perop komplikasyon	% 9
Postop "	%10
Pozitif nod	%2.4
Ortalama takip	27 ay
Tümör rekürrensi	%3.1
Gebelik	54

Erken Evre Servikal Kanserde Sentinel Lenf Nodu

Eğer mavi boyalı lenf nodu negatif ise diğer lenf nodlarının tutulmadığından emin olunabilir mi ?

Sentinel nodun belirlenmesi bize zaman kazandırır mı?

Sentinel nodun belirlenmesi lokal cerrahi tedavinin ağırlığını azaltır.



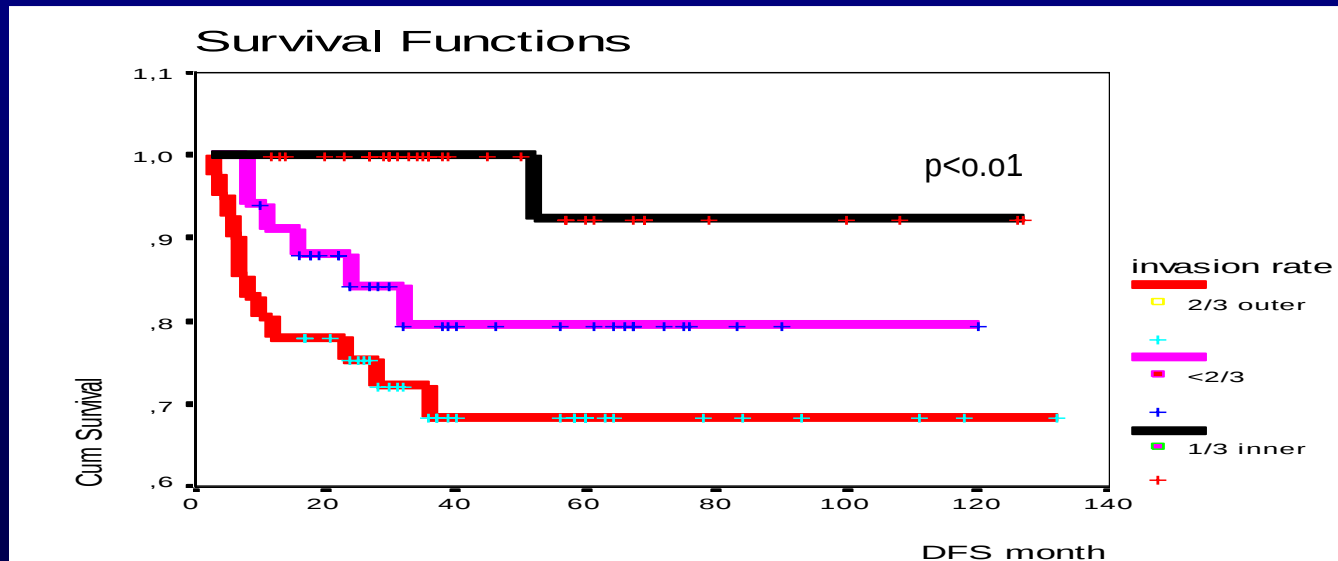
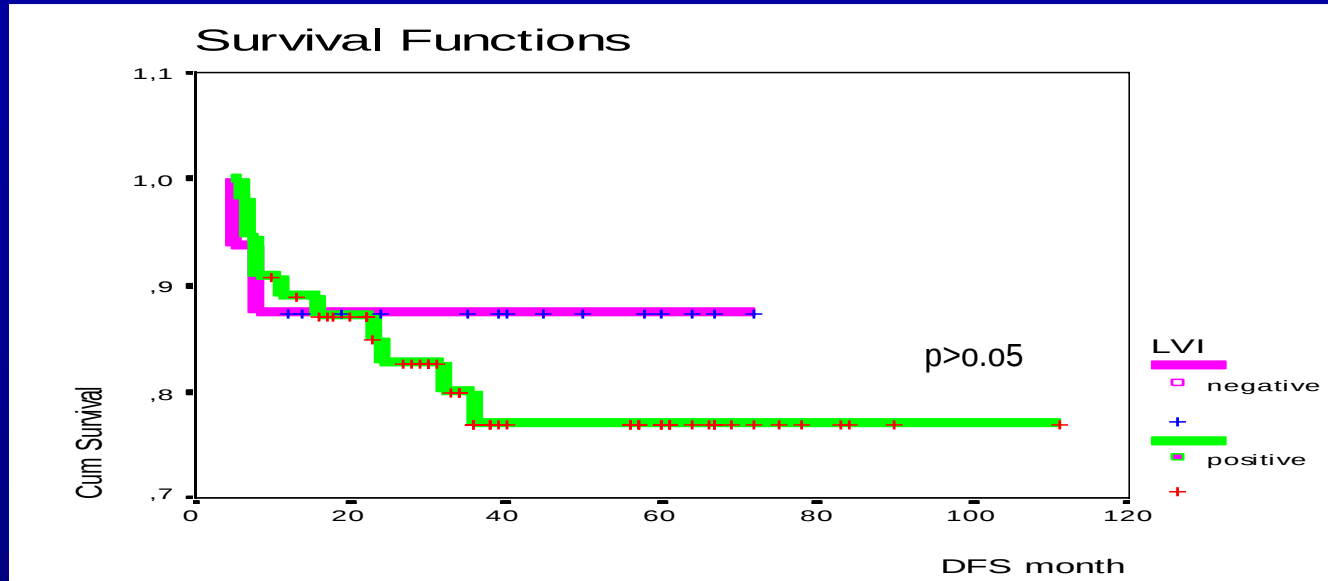
Tümör Karakteristikleri

	n
Histoloji	
Skvamöz karsinom	125 (85%)
Adenokarsinom	20 (14%)
Sarkom	2 (1%)
Pelvik lenf nodları	
Pozitif	26 (19%)
Negatif	111 (81%)
Aortik lenf nodları	
Pozitif	2 (3%)
Negatif	51 (97%)
LVSI (Ib-IIa tümör)	
Pozitif	91 (69%)
Negatif	41 (31%)

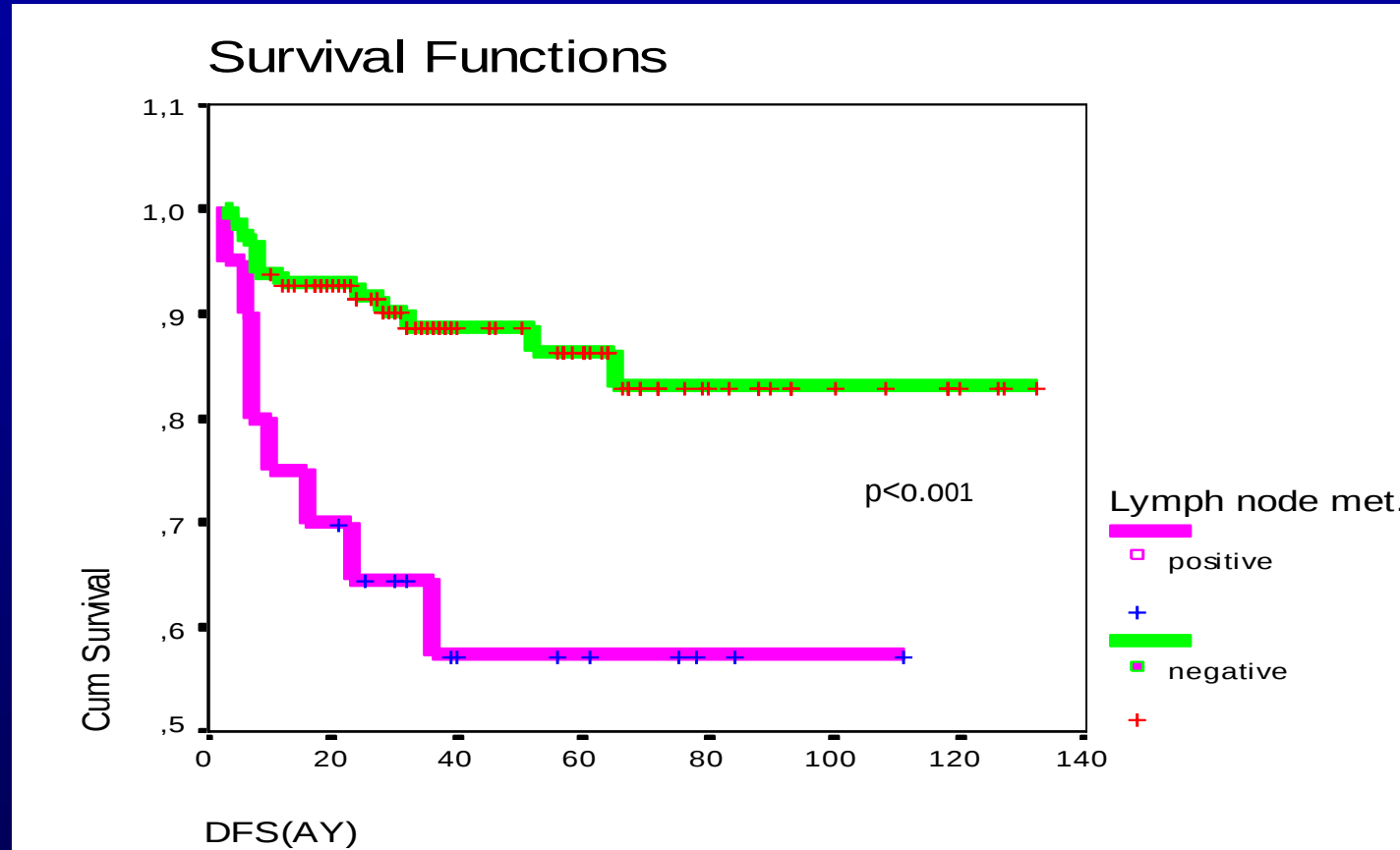
Hasta Karakteristikleri n: 147

Ortalama Yaş (Yıl)	(n)	46 (17-70)
Premen		91 (62%)
Postmen		56 (48%)
Evre		
Ia		15 (10%)
Ib		122 (83%)
IIa		10 (7%)
Tümör yaygınlığı (Ib tümörler)		
≤ 4 cm		98
> 4 cm		24
Ameliyat		
Tip I histerektomi		10
Tip II "		14
Tip III "		123
Lenfadenektomi		
Pelvik		137
Paraaortik		61
Ortalama çıkarılan pelvik lenf nodu		24 (8-52)
" " aortik lenf nodu		7 (2-18)

LVSI ve İnvazyon Derinliğinin, Hastalıksız Yaşam Süresine etkisi

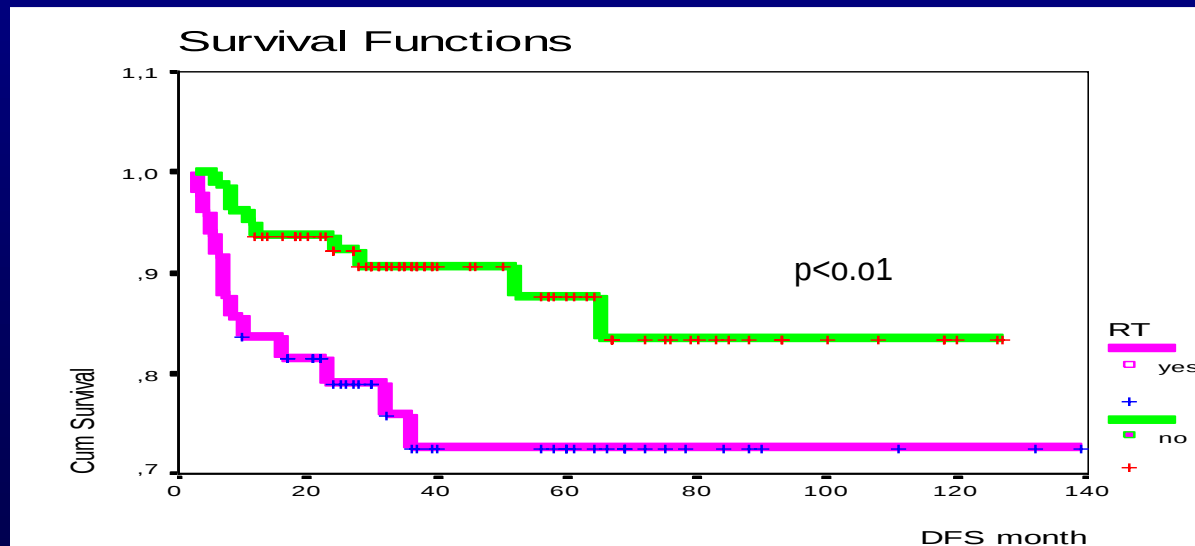
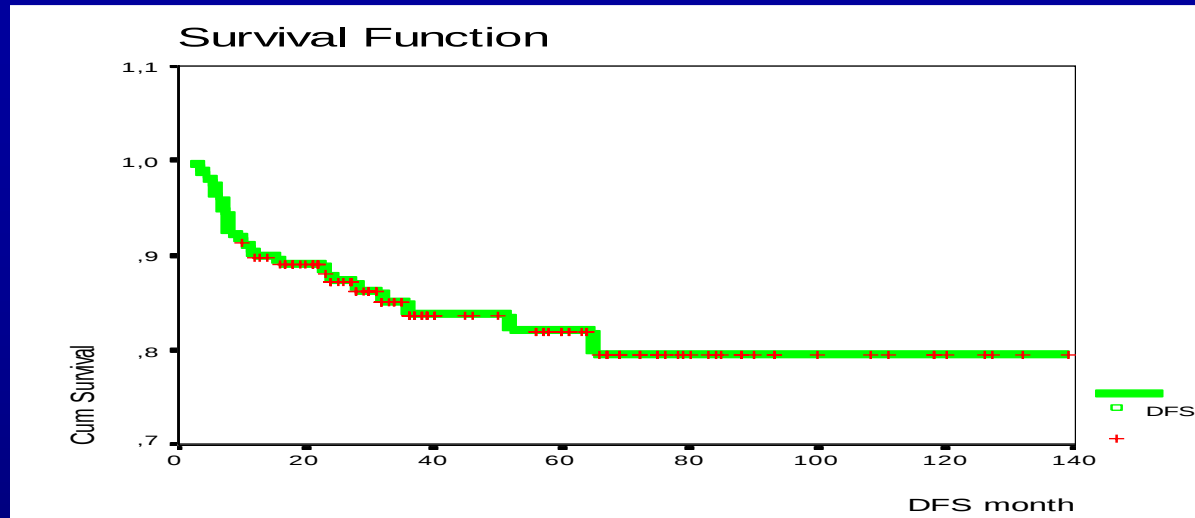


Lanfatik Durum ve Ortalama Hastalıksız yaşam süresi

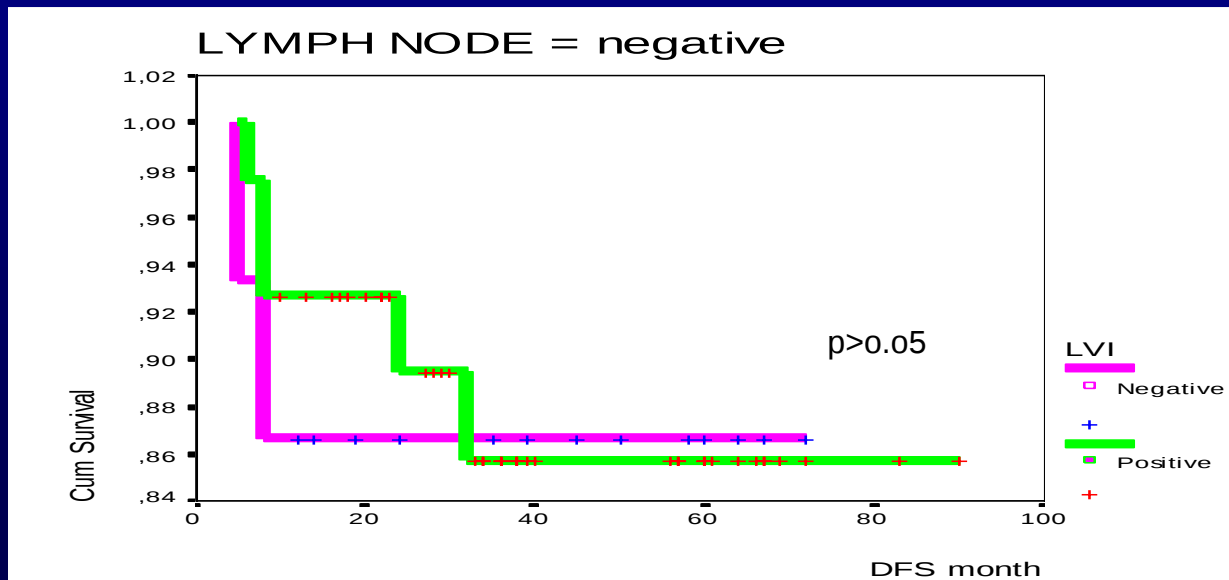
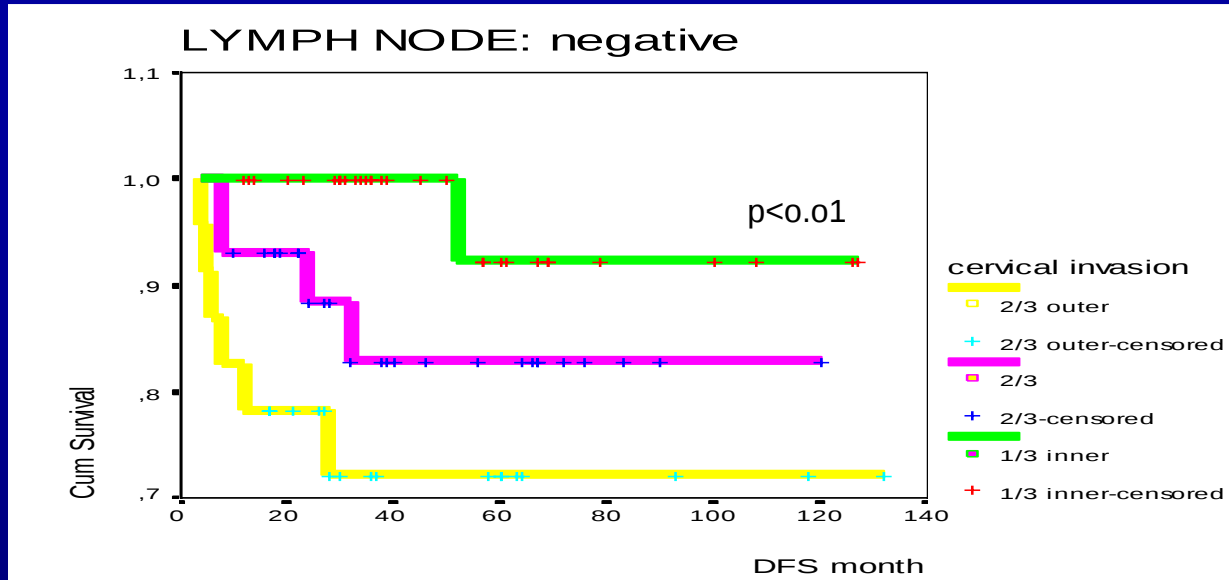


Cerrahpaşa Jin Onk, 2002

Toplam Hastalıksız Yaşam Süresi ve Adjuvan Radyoterapinin etkisi



Lenf Nodu Negatif Hastalarda İnvazyon Derinliği ve LVSI'nin Hastalıksız Yaşam üzerine etkisi



Radikal Histerektomi Komplikasyonları

n: 147

Peroperatif komp.

Bağırsak yaralanması	0.6%
Mesane yaralanması	3%
Damar yaralanması	0.6%
Üreter yaralanması	2%
Üreter bağlanması	0.6%

Postoperatif komp.

Vesikovajinal fistül	1.3%
Üreterovajinal fistül	1.3%
Mesane disfonksiyonu	2%
Lemfokist	3%
Üreter bağlanması	0.6%

Servikal kanserde Radikal Histerektomiye takiben hastalığın seyrini etkileyen patolojik faktörler

Pelvik lenfatik durum

Tümör büyüklüğü

İnvazyon derinliği

LVSI

Cerrahi sınıra yakınlık

Pozitif cerrahi sınır

Servikal kanserin cerrahi tedavisinde tartışmalı konular

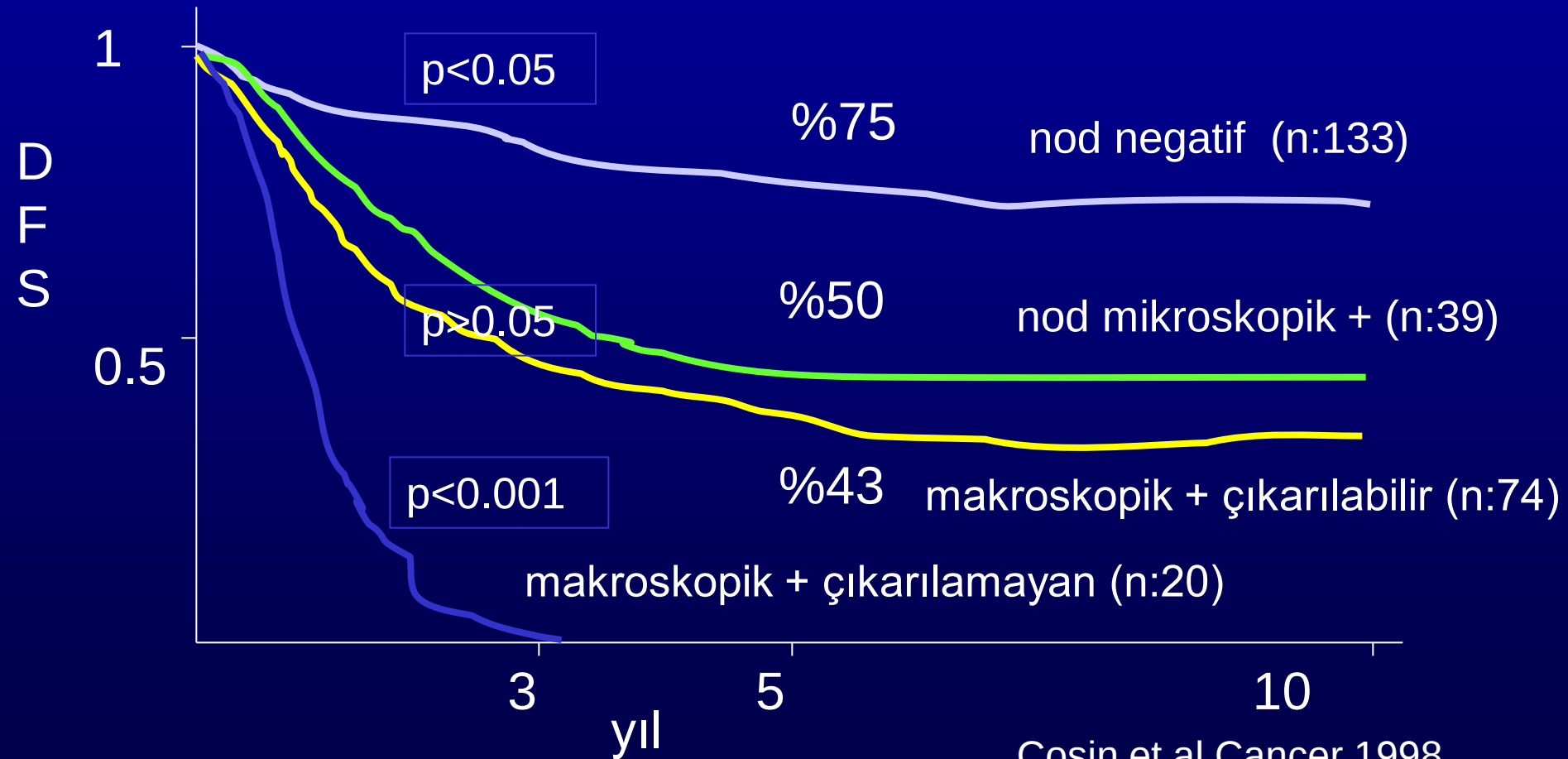
Yapışık lenf nodlarının çıkarılması ?

Radikal cerrahi oranının azaltılması ?

Servikal kanserde fertilite koruyucu cerrahi ?

Sentinel lenf nodu araştırılması

Evre I – IV Servikal Kanserde Lenf Nod durumu ve Hastalıksız Yaşam süreleri arasındaki ilişki



Servikal Kanserde Radikal Cerrahi

Primer tümörden pelvik lenf nodlarına yayılım embolik bir olaydır.

Distal parametriumda lenf nodu tutulumu hastaların sadece %1-3'ünde görülür.

Retrospektif çalışmalara göre ufak boyutlu olup standart TAH + RT ile tedavi edilen tümörlerde iyi prognoz saptanmıştır.

Servikal kanserin yayılımı her yöne eşit olarak gelişir.

Servikal kanserde radikal cerrahinin oranı azaltılabilir mi?

*Cerrahi ve Radyoterapi sonuçları
birbirine çok yakın çıkmıştır.*

Servikal Kanserin tedavi şekli hastanın
yaşına, cinsel yaşamına ve fertilité
durumuna göre deęişiklik gösterir.

*Eğer hasta genç ve cinsel olarak aktif
ise Cerrahi en iyi seçenektir.*