

Evre I Serviks Kanseri Olan Genç Bir Hastada Laparoskopik Radikal Histerektomi (tip III), Pelvik ve Para-aortik Lenfadenektomi ve Bilateral Ovarial Transpozisyon

Laparoscopic Radical Hysterectomy (type III) with Pelvic and Para-aortic Lymphadenectomy and Bilateral Ovarian Transposition in a Young Patient with Stage I Cervical Cancer

Osman Balcı

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

Özet

Erken evre serviks kanserleri evre I ile evre IIA arasında içermektedir ve tedavisinde radikal histerektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonu uygulanmaktadır. Operasyonun laparotomi ile yapılabilmesinin yanında laparoskopik teknolojinin gelişmesiyle birlikte tedavide laparoskopik radikal histerektomi ve laparoskopik lenf nodu diseksiyonu gündeme gelmeye başlamıştır. Laparoskopik yaklaşımın daha az analjezik ihtiyacı, minimal post-operatif rahatsızlık, daha kısa hastanede kalış süresi ve daha hızlı normal günlük aktivitelere dönme gibi avantajlar bulunmaktadır. Bu makalede 30 yaşında erken evre serviks kanseri tanısı alan ve bu nedenle laparoskopik radikal histerektomi (tip III), laparoskopik bilateral pelvik paraaortik lenf nodu diseksiyonu ve ayrıca radyoterapi alma ihtimaline karşılık overleri radyoterapi alanından uzaklaştırmak için laparoskopik bilateral ovarial transpozisyon uygulanan bir olgu sunulmaktadır. Bu operasyon her merkezde yapılamamakla birlikte ileri tecrübe gerektirmektedir.

Anahtar kelimeler: Serviks kanseri, İcerra, radikal histerektomi.

Abstract

Early stage cervical cancers involve stage I and stage IIA. The treatment is radical hysterectomy and pelvic lymph node dissection. Besides the operation can be performed by laparotomy, with the development of laparoscopic technology, the treatment has been started with laparoscopic radical hysterectomy and laparoscopic lymph node dissection. The advantages of laparoscopic approach are less analgesic requirement, minimal postoperative discomfort, shorter hospital stay and faster return to normal daily activities. In this article, a patient was presented having early stage cervical cancer at 30 years old; therefore, applied laparoscopic radical hysterectomy (type III), laparoscopic bilateral pelvic para-aortic lymph node dissection. Also, despite possibility receive radiotherapy, laparoscopic bilateral ovarian transposition was applied due to remove ovaries from radiation area. This operation can not be performed at any center, because it requires advanced experience.

Key words: Cervical cancer, laparoscopic surgery, radical hysterectomy.

GİRİŞ

Serviks kanseri jinekolojik kanserler arasında 2. sırada yer alırken, dünyada her yıl yaklaşık 500.000 yeni olgu görülmektedir (1). Serviks kanserleri FIGO (The International Federation of Gynecology and Obstetrics) sınıflamasına göre evre I-IV arasında sınıflandırılmakta olup, erken evre serviks kanserleri evre I-IIA arasında içermektedir.

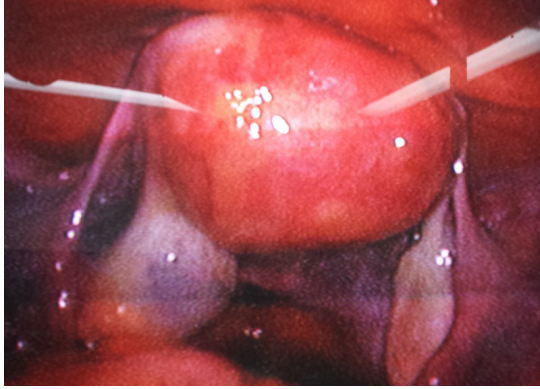
Erken evre serviks kanserlerinin tedavisinde radikal histerektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonu uygulanmaktadır. Jinekolojide laparoskopik teknolojinin gelişmesiyle birlikte erken evre servikal kanser tedavisinde laparoskopik radikal histerektomi ve laparoskopik lenf nodu diseksiyonu yeni bir metot olarak gündeme gelmeye başlamıştır (2).

Bu makalede erken evre serviks kanseri nedeni ile laparoskopik radikal histerektomi (tip III), laparoskopik bilateral pelvik paraaortik lenf nodu diseksiyonu ve laparoskopik bilateral ovarial transpozisyon uygulanan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU

Otuz yaşında gravidası ve paritesi 2 olan hasta post koital kanama nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan jinekolojik muayenesinde serviks posteriorunda yaklaşık 1.5x1.5 cm ebatlarında polipoid lezyon izlendi. Bimanuel muayenede serviks mobil parametriumlar serbest idi. Yapılan ultrasonografi (USG) bulguları normaldi. Vajinal smear alındı ve serviks biyopsisi yapıldı. Vajinal smear sonucu normal, serviks biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinoma insitu şeklinde geldi. Hastaya konizasyon yapıldı ve patoloji sonucu; skuamöz hücreli karsinom olarak geldi. Hastanın kontrastlı pelvik manyetik rezonans (MR) incelemesinde özellik saptanmadı. Yapılan pozitron emisyon tomografi (PET/CT) sonucu serviks lojunda fokal artmış tutulum olarak geldi. Hastaya durumu hakkında bilgi verilerek tedavi seçenekleri (radikal trakektomi dahil) ve operasyon şekli tartışıldı. Hastanın radikal histerektomi istemesi üzerine hazırlıklar tamamlanarak hastaya

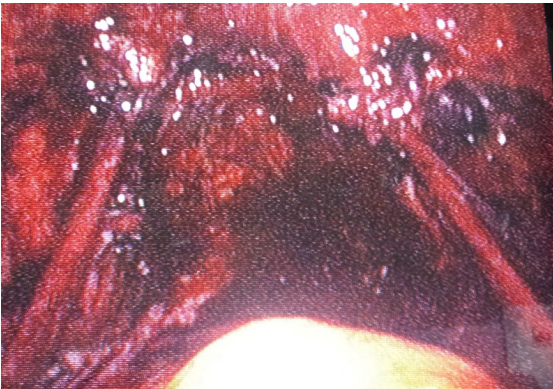
Şekil 1. Laparoskopik olarak uterus ve overlerin operasyon öncesi görüntüsü



laparoskopik radikal histerektomi (tip III), laparoskopik bilateral pelvik ve para-aortik lenf nodu diseksiyonu ve laparoskopik bilateral ovarial transpozisyon yapıldı.

Operasyon litotomi pozisyonunda dört port, 10 mm teleskop, gelişmiş bipolar enerji modaliteleri ve uterin manipulator kullanılarak yapıldı. İlk olarak 10 mm trokar subumbilikal 1 cm'lik kesiden direk olarak yerleştirildi. Abdominal kaviteye 3-4 litre CO₂ insuflasyonunu takiben laparoskop yerleştirildi. Batının sağ ve sol avasküler alt kadrantlarına ve suprapubik bölgeye 5 mm trokarlar yerleştirildi. Önce radikal histerektomi yapıldı. Her iki tarafta retroperitoneal aralığa girildi. Üreterler mesane girişine kadar dissekte edildi ve veziko vajinal plika kesilerek mesane diseksiyonu sağlandı (Şekil 1 ve 2). Arteria uterinalar hipogastrik arterden köken aldığı yerden koterize edilerek kesildi. Ligamentum rotundumlar pelvik yan duvara yakın olarak kesildi. Her iki ligamentum proprium bipolar koter ile kesildi. Rekto vajinal plika açılarak her iki sakrouterin ligament pelvik duvara yakın bipolar endokoter yardımı ile kesildi. Üreterler laterale alınarak her iki taraf ligamentum kardinale pelvik duvara yakın bipolar endokoter ile kesildi. Vajen 1/3 üst kısmını da içerecek şekilde vajen dokusu endokoter ve makas ile çepeçevre kesilerek vajen 1/3 üst kısmı, uterus ve tubalar vajenden dışarı alındı (Şekil 3 ve 4). Vajinal kaf 0 no vikrille separe olarak kapatıldı. Laparoskopik olarak bilateral retroperitoneal alanda pelvik ve paraaortik lenf nodu diseksiyonu

Şekil 2. Üreterlerin ve mesanenin diseksiyon sonrası görünümü



Şekil 3. Uterusun vajenin üst kısmıyla ve parametriumla birlikte çıkarıldıktan sonraki görüntüsü



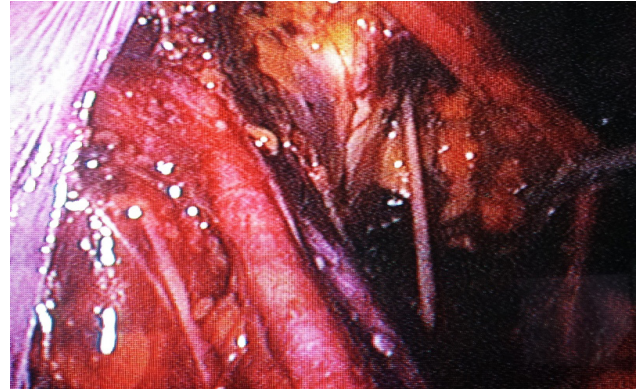
yapılarak endobag yardımıyla batın dışına alındı (Şekil 5). Bilateral overler promontorium seviyesinde batın yan duvarına 0 no prolent ile endoporteqe yardımı ile sütüre edilerek bilateral ovarial transpozisyon yapıldı (Şekil 6). İşlem sonrası diagnostik sistoskopi yapıldı. Mesane ve bilateral üreter orifisleri doğal olarak izlendi. Bilateral üreter orifislerinde jet idrar akımı izlendi. Operasyon toplam 210 dk sürdü. Perioperatif ve postoperatif problemi olmayan hasta postoperatif 3. günde taburcu edildi. Post operatif 1. haftada kontrole gelen hasta günlük aktivitelerine tamamen kavuşmuş idi. Hastanın patoloji sonucu 0.4 cm genişliğinde yüksek dereceli skuamöz intraepitelial lezyon (HSIL-CIN III) olarak geldi, lenf nodu tutulumu yoktu. İnvaziv tümör alanı, lenfovasküler ve perinöral invazyon mevcut değildi. Hasta onkoloji konseyi kararı ile ek tedavisiz takibe alındı. Hasta yaklaşık 1 yıldır sorunsuz olarak takip edilmektedir.

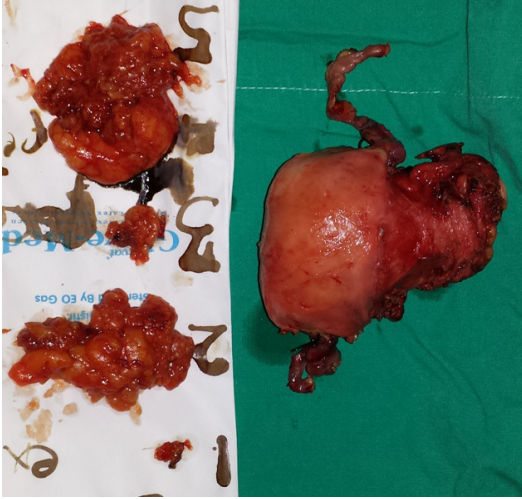
TARTIŞMA

Erken evre serviks kanserlerinde geleneksel tedavi yöntemi radikal histerektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonudur. Bu işlem genellikle laparotomi uygulanarak yapılsa da, son yıllarda laparoskopik cerrahide olan gelişmeler sonucu total laparoskopik veya laparoskopik asiste radikal vajinal histerektomiler yapılmaya başlamıştır. Genç, radyoterapi alması muhtemel hastaların overleri, intraoperatif radyoterapi sahasından uzağa transpoze edilebilmektedir (3).

Total laparoskopik radikal histerektomi ilk olarak Canis ve ark.

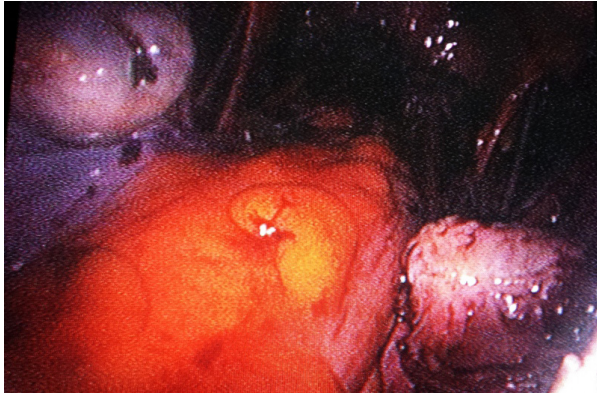
Şekil 4. Sol pelvik lenf nodu diseksiyonu sonrası damarların ve obturator sinirin görüntüsü



Şekil 5. Çıkarılan uterus ve lenf nodlarının görüntüsü

(4) ile Nezhat ve ark. (5) tarafından tanımlanmıştır. Bu tekniğin uygulanabilirliğini ve güvenliğini gösteren klinik tecrübelerin ele alındığı makaleler mevcuttur (1,6). Ancak uzun dönem izlemde servikal kanserde laparoskopik cerrahinin surveyi üzerine olan sadece birkaç çalışma bulunmaktadır (2). Total laparoskopik veya laparoskopik asiste radikal vajinal histerektomi ile olan laparoskopik lenf nodu disseksiyonunun laparotomiye olan üstünlükleri; kan kaybının daha az olması, üstün kozmetik sonuçlarının olması, hızlı iyileşme süresinin olması ve hastanede kalış süresinin kısa olmasıdır. Ancak Li ve ark. laparoskopik ve laparotomiye karşılaştırdıkları çalışmalarında hastanede kalış süresi, kaybedilen kan miktarı, toplanan lenf nodu sayısı bakımından laparoskopik ve laparotomi arasında anlamlı bir farklılık bulamamışlardır (7). Spirtos ve ark. ortalama hastanede kalış süresini 2.9 gün, Nehzat ve ark. 3,2 gün, Kim ve ark. 12 gün, Pomel ve ark. 7,5 gün olarak belirtmişlerdir (2,5,6,8). Bizim hastamızda genç ve radyoterapi alması muhtemel olduğu için overleri radyoterapi sahasından uzağa transpoze edildi. Hastamızın hastanede kalış süresi 3 gündü ve postoperatif 1. haftada günlük aktivitelerine tamamen kavuşmuş idi.

Yapılan çalışmalarda laparoskopik radikal histerektomi ve pelvik

Şekil 6. Prmontorium seviyesine transpoze edilmiş her iki overin görüntüsü.

lenf nodu disseksiyonu süresi abdominal vakalara göre daha uzun sürmektedir (7,9). Bu durum, laparoskopik ile olan tecrübelerin az olmasına bağlanmıştır ve araştırmacılar son vakalarda operasyon süresinde kısalma olduğunu belirtmişlerdir. Yaptıkları çalışmalarda, Spirtos ve ark. operasyon süresini 205 dk. olarak belirtirken, Nehzat ve ark. 253 dk., Kim ve ark. 363 dk., Pomel ve ark. 258 dk., olarak bildirmişlerdir (2,5,6,8). Bizim operasyon süremiz ise 210 dk. idi.

Laparoskopi esnasında kaybedilen kan miktarı Spirtos ve ark. tarafından ortalama 225 ml, Nehzat ve ark. 300 ml, Kim ve ark. 619 ml, Pomel ve ark. tarafından ortalama 200 ml, olarak bildirilmiştir (2,5,6,8). Frumovitz ve ark. laparoskopik radikal histerektomi ve lenf nodu disseksiyonlarında laparotomiye göre kaybedilen kan miktarının daha az olduğunu bildirmiştir (9). Bizim hastamızda kan kaybı miktarı 350 ml civarında idi.

Laparoskopi ile toplanan lenf nodu sayıları yapılan çalışmalarda genellikle benzer sayılarda olup Spirtos ve ark. toplanan ortalama lenf nodu sayısını 23.8, Nehzat ve ark. 18.3, Kim ve ark. 22, Pomel ve ark. 13.2 adet olarak bildirmişlerdir (2,5,6,8). Bizim vakamızda 16 lenf nodu toplanmış olup çalışmalarla uyumludur.

Jinekolojik malignitelerde bildirilen port site metastazlarının çoğunda yaygın intraperitoneal hastalık bulunmaktadır. Ancak evre 1B serviks kanserlerinde bildirilen trokar site metastazlı olguların hiçbirinde ekstraservikal hastalık bulunmamaktadır (10). Port site metastazlarını önlemek için laparotomi uygulanabilir veya pozitif lenf nodları parçalanmadan endobag içinde veya vajinal yoldan çıkarılabilir (11). Çoğu araştırmacı port site metastazlarını ve intraperitoneal yayılımı önlemek için büyük nodal hastalığı olan veya external iliak lenf nodu tutulumu olan hastalara laparotomi önermektedir (9). Bizde diseke ettiğimiz lenf nodlarını endobag yardımıyla batın dışına aldık.

Laparoskopik radikal histerektomi ve pelvik lenf nodu disseksiyonu esnasında en sık mesane ve üreter yaralanmaları gözükmemektedir (2,4,7). Bunu damar yaralanmaları izlemektedir. Ayrıca tromboemboli, bağırsak yaralanmaları, mesane disfonksiyonu meydana gelebilir. Postop dönemde uriner retansiyon, kesi yeri enfeksiyonu, ateş, ileus, ureterovajinal fistül görülebilir. Spirtos ve ark. vakalarının %2.6'sını kanama kontrolü için reopere etmişlerdir ve hastalarının %1.3'ünde intraoperatif kan transfüzyon ihtiyacı olmuştur. %3.9 oranında sistotomi bildirmişlerdir (2). Pomel ve ark. sadece 1 hastalarına (%2) intraoperatif kan transfüzyonu yapmışlardır. Bir hastalarında sistotomi meydana gelmiştir ve laparoskopik olarak tamir edilmiştir (8). Ayhan ve ark. abdominal radikal histerektomi uyguladıkları 270 vakada damar yaralanma oranını %5.6, üriner injury oranını %3.3 olarak bildirmişlerdir (12). Çalışmalarda bildirilen intraoperatif gelişen komplikasyonlar büyük oranda laparoskopik olarak tamir edilmiştir (2,9). Bizim hastamızda herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir.

Sonuç olarak erken evre serviks kanserlerinin tedavisinde laparoskopik radikal histerektomi ve laparoskopik lenf nodu disseksiyonu laparotomiye alternatif olarak güvenli ve uygulanabilir bir yöntemdir. Bu operasyon her merkezde yapılamamakla birlikte ileri tecrübe gerektirmektedir. Uygulandığında hastalara daha düşük peri-operatif morbidite, daha az analjezik ihtiyacı, daha az post-operatif rahatsızlık, daha kısa hastanede kalış süresi ve daha hızlı normal günlük aktivitelerine geri dönüş gibi avantajlar sunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Jemal A, Thomas A, Murray T, Thun M. Cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2002; 52:23-4.
2. Spirtos NM, Eisenkop SM, Schlarth JB, Ballon SC. Laparoscopic radical hysterectomy (type III) with aortic and pelvic lymphadenectomy in patients

- with stage I cervical cancer: surgical morbidity and intermediate follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:340–8.
- 3- Gershenson DM. Fertility-sparing surgery for malignancies in women. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2005; 34:43-7.
 - 4- Canis M, Mage G, Wattiez A, Pouly JL, Manhes H, Bruhat MA. Does endoscopic surgery have a role in radical surgery of cancer of the cervix uteri? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1990; 19:921.
 - 5- Nezhat CR, Burrell MO, Nezhat FR, Benigno BB, Welander CE. Laparoscopic radical hysterectomy with paraaortic and pelvic node dissection. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:864–5.
 - 6- Kim DH, Moon JS. Laparoscopic radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for early, invasive cervical carcinoma. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1998; 5:411–7.
 - 7- Li G, Yan X, Shang H, Wang G, Chen L, Han Y. A comparison of laparoscopic radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy and laparotomy in the treatment of Ib-IIa cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2007; 105:176-80.
 - 8- Pomel C, Atallah D, Le Bouedec G, et al. Laparoscopic radical hysterectomy for invasive cervical cancer: 8-year experience of a pilot study. *Gynecol Oncol* 2003; 91:534-9.
 - 9- Frumovitz M, dos Reis R, Sun CC, et al. Comparison of total laparoscopic and abdominal radical for patients with early-stage cervical cancer. *Obstet Gynecol* 2007; 110: 96–102.
 - 10- Wang PH, Yuan CC, Chao KC, Yen MS, Ng HT, Chao HT. Squamous cell carcinoma of the cervix after laparoscopic surgery: a case report. *J Reprod Med* 1997;42: 801-4.
 - 11- Delgado G, Bundy BN, Fowler WC, et al. A prospective surgical pathological study of stage I squamous cell carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 1989;35:314-20.
 - 12- Ayhan A, Tuncer ZS, Yarali H. Complications of radical hysterectomy in women with early stage cervical cancer: clinical analysis of 270 cases. *Eur J Surg Oncol* 1991; 17:492–4.