

ERKEN EVRE SERVİKS KANSERİ

Dr. H. Mesut Özsoy

ÖZET

Uterusa sınırlı servikal kanser erken evre hastalık olarak tanımlanmaktadır ve Uluslararası obstetrik ve jinekoloji federasyonunca (FIGO) evre IA ve IB1 hastalığı işaret etmektedir. Servikal kanser evrelemesi cerrahi olarak değil klinik olarak yapılmaktadır. Servikal kanser evrelemesi için tümör boyutunun ve vajinal veya parametrial tutulumun değerlendirildiği rektovajinal muayeneyi içeren tam bir pelvik muayeneyi gerektirir. Evre en önemli prognostic faktördür. Pelvik veya paraaortik lenf nodlarına yayılım olan kadınlarda sonuçlar daha kötüdür. Bu kadınlar için tedavi seçenekleri tam bir cerrahi (modifiye radikal histerektomi), fertilitte koruyucu cerrahi veya primer radyoterapiyi (RT, kemoterapiyle birlikte veya değil) içermektedir. Tedavi seçimi tümöre ve hastaya özgü etkenlere bağlıdır.

Anahtar Kelimeler: Serviks; Kanser; Evre; Yönetim.

ABSTRACT

Cervical cancer that is limited to the uterus is defined as early stage disease and it refers to International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) stage IA or IB1 disease. Cervical cancer staging is performed clinically, not surgically. A thorough pelvic examination including rectovaginal examination with assessment of tumor size and vaginal or parametrial involvement is required for staging cervical cancer. Stage is the most important prognostic factor. Outcomes are worse for women with involved pelvic or para-aortic nodes. Treatment options for these women include definitive surgery (modified radical hysterectomy), fertility sparing surgery, or primary radiation therapy (RT, with or without chemotherapy). The choice of therapy depends on tumor and patient defined factors.

Key Words: Cervix, Cancer; Stage; Management.

Geliş tarihi: 13/03/2012

Kabul tarihi: 14/04/2012

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Zübeyde Hanım Hastanesi, İZMİR

İletişim: Dr. H. Mesut Özsoy

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Zübeyde Hanım Hastanesi, İZMİR

E-Posta: ozsoymesut@hotmail.com

Gelişmekte olan ülkelerde %80 görülme oranıyla ölüm nedenleri arasında en sık görülen kanser türüdür. Gelişmiş ülkelerde düzenli pap smear testleriyle görüntüleme, hastalığın insidansını belirgin olarak azaltmıştır ve birçok vaka düzenli smear testi olmayan kadınlardan oluşmaktadır.

Serviks kanseri insidansı Afrika ve Güney Amerika'da oldukça yüksektir. Amerikada 2004 te beklenen 10520 yeni vaka ile ve 3900 ölüm ile kadınlarda görülen kanserlerde 11.nci sırada yer almaktadır. Türkiye 100.000'de 4,5 olan insidans hızı ile dünya geneline göre, serviks kanseri görülme sıklığı düşük olan ülkeler arasındadır. 2002 yılı verilerine göre Türkiye'de yıllık beklenen vaka sayısı 1364 ve ölüm sayısı 726'dır (2,3).

Serviks kanserinin insidans ve mortalitesi gelişmekte olan ülkelere kıyasla daha fazladır. Ayrıca gelişmiş ülkelere serviks kanseri insidansı en fazla 45- 69 yaş grubunda ve mortalite ise 70 ve üzeri yaş grubunda görülürken, gelişmekte olan ülkelere insidans ve mortalite 70 yaş ve üzeri yaş grubunda en fazla görülmektedir (2).

Serviks kanserinde öncü lezyonların invaziv kansere ilerleme süresi yaklaşık 10-20 yılı bulmaktadır. Prekanseroz lezyonlar servikal intraepitelyal karsinoma (CIN) olarak adlandırılmaktadır. Anormal lezyonların gelişmesi; epitelin alt 1/3'ünde sınırlı ise CIN I, alt 2/3'ünde ise CIN II, epitelin tamamına yakını tutulmuş ise CIN III ve tamamını içeriyorsa karsinoma insitu olarak adlandırılır. Bütün lezyonlarda bazal membran sağlamdır. Fakat CIN'lerde invazyon potansiyeli her aşamada vardır (1, 4).

Serviks kanserinde diğer jinekolojik kanserlerden farklı olarak halen klinik evreleme yapılmaktadır. Bimanuel muayene ile hastanın değerlendirilmesi yapılmalıdır. İnvazif kanserin tanısı görülen lezyondan alınan punch biyopsiyle konur. Yassı hücreli (sguamöz) karsinom en sık görülen tiptir. Bunun dışında adenokarsinom, küçük hücreli karsinom, adenoskuamöz karsinom, villoglandular karsinom nadir olarak da sarkom, malign melanom ve metastatik kanser görülebilir.

Erken evre serviks kanserinde prognostik faktörlerden ikisi invazyon derinliği ile lenfovasküler yüzey tutulumudur. Bunlar hastalığın yayılımını belirleyen lenf nodu tutulumu ile ilişkilidir.

Yayıma yolları, direkt (serviks stroması, endometrium, vagina, parametrium), lenf yolu, kan yolu ve intraperitoneal implantasyondur.

Serviks kanseri step by step gider. Önce pelvik lenf

nod tutulumu, sonra paraaortik lenf nod tutulumu olur. Bu tutulum evre artışı ile ilişkilidir.

Figö Servikal Kanserlerin Evrelenmesi (6)

Evre I

Tumor kesinlikle servikste sınırlıdır. Uterus korpusuna yayılım dikkate alınmamalıdır.

Evre IA1 ve IA2 tanısı tercihen konizasyonla çıkarılan, tüm lezyonu kapsayan dokunun mikroskopik incelemesiyle konur.

Evre IA: Tumor sadece mikroskopik olarak görülebilir.

Evre IA1: Stromal invazyon 3 mm den küçük ve tumor 7 mm den geniş değildir.

Evre IA2: Stromal invazyon 3 - 5 mm arasında ve tumor 7 mm den geniş değildir.

Evre IB: Servikse sınırlı klinik lezyonlar veya Evre IA'dan büyük preklinik lezyonlar.

Bütün gros lezyonlar yüzeysel invazyon olsa dahi Evre IB kanserlerdir.

Evre IB1: 4 cm den küçük klinik lezyonlar

Evre IB2: 4 cm den büyük klinik lezyonlar

Evre II

Tumor serviksi aşmış, fakat pelvis duvarına ulaşmamıştır. Vajen tutulumu olabilir ancak alt 1/3'e ulaşmamıştır.

Evre IIA: Belirgin parametrial infiltrasyon yok. Vajenin üst 2/3'üne kadar tutulum vardır

Evre IIB: Belirgin parametrial infiltrasyon vardır, ancak pelvis yan duvarına ulaşmamıştır.

Evre III

Tumor pelvik duvara kadar ulaşmıştır. Rektal muayenede tumorle pelvis duvarı arasında serbest aralık yoktur. Tumor vajen alt 1/3 unu infiltrate etmiştir. Hastalarda hidronefroz ve/veya nonfonksiyone bobrek bulguları vardır.

Evre IIIA: Pelvis duvarına ulaşmamıştır, fakat vajen alt 1/3'u infiltratedir.

Evre IIIB: Tumor pelvis duvarına ulaşmış veya hidronefroz veya nonfonksiyone bobrek vardır.

Evre IV: Tumor gerçek pelvisi aşmış veya klinik olarak mesane ve/veya rektum mukozası tutulumu vardır.

Evre IVA: Tumorun komşu pelvik organlara yayılımı

Evre IVB : Uzak organlara yayılım

Evre Ia'da lezyon mikroskopik olduğu için tanı mutlaka konizasyon ile konulmalıdır (Mikroinvazyon). Bu olgularda mutlaka endoservikal küretaj yapılmalıdır. Daha ileri evrelerde konizasyona gerek yoktur.

Serviks kanseri için birçok risk faktörü vardır. Bu risk faktörlerinin başlıcaları şunlardır:

- Çok eşli olma, eşinin çok eşli olması
- Erken yaşta cinsel aktiviteye başlama (<16 yaş)
- Sigara içme
- CYBH öyküsü (HPV (kondilom) öyküsü, HIV, HSV-2)
- Daha önce tarama yapılmaması
- Vitamin C, A, beta karoten ve folat eksikliği
- Düşük sosyoekonomik düzey, siyah ırk, kötü hijyen (2, 6)

Serviks kanserinin %85-90'ı yassı epitel karsinomu ve %10-15'i adenokarsinom şeklindedir. Serviks kanserli hastalarda en sık semptom vajinal kanamadır.

Çoğunlukla postkoital kanama şeklindedir, ancak postmenopozal veya düzensiz kanamalar şeklinde de olabilir. ilerlemiş vakalarda kötü kokulu vajinal akıntı, bele veya bacağına vuran ağrı, anemi, kilo kaybı, obstrüktif üropati, alt ekstremitede ödem görülebilir (2,6).

Serviks kanserinin tedavisinde lokal eksizyon, elektrokoterizasyon, kriyocerrahi, laser cerrahisi, soğuk koagülasyon, konizasyon, histerektomi, diğer cerrahi yöntemler ve radyoterapi gibi seçenekler bulunmaktadır. Hastalığın evresine ve vakanın bazı özelliklerine göre uygun tedaviler uygulanmaktadır (1).

Erken evredeki servikal kanser vakalarında, prognoz çok iyidir. Evre 0 lezyonları (CIN'ler, karsinoma insitu) için %100 iyileşme beklenebilir. iyileşme oranları, evre IB'de %85, evre IIA'da %70-%75, evre IIB'de %60-%65, evre IIIB'de %25-%40 ve evre IVB'de %5-%10'dur. Lezyon ne kadar erken tanınıp tedavi edilirse prognoz o kadar iyidir (1).

Belirtileri

Servikal kanserde en sık görülen belirti, postkoital kanama ve düzensiz kanamalarıdır. Kanama zaman zaman aşırı olabilir de genellikle az miktarda lekelenme şeklindedir. Cinsel birleşme sonrası daha bariz hale gelebilir. İlerlemiş hastalıkta, kötü kokulu va-

nal akıntı, idrarda veya rektal kanama görülebilir.

Tanı Yöntemleri

Smear sonucu şüpheli gelen olgularda kolposkopik inceleme yapılmalıdır. Serviksin optik olarak büyütülerek görüntülenmesi tekniği olan kolposkopik incelemede pozitif bulgu saptanırsa, kolposkopi altında biyopsi yapılmalıdır.

Biyopsinin patolojik incelemesinde yüzey hücrelerinde sınırlı bozukluk saptanırsa serviks konizasyon operasyonu ile çıkartılmalıdır. Konizasyon hem teşhis yöntemidir hem de tedavi için yeterli olabilir.

Biyopsi ile serviks kanseri tespit edilmişse, tedavi seçeneklerini belirleyebilmek için hastalığın boyutlarının tespiti gerekir. Tümörün boyutu, yayılımı, önde mesane, arkada ise intestinum ilişkisinin değerlendirilmesi için vajinal ve rektal muayene MR ve PET CT yapılabilir. Ultrasonografi ile serviks kanserinin durumu net olarak değerlendirilemez

Önlemek için Neler Yapılabilir

Tarama Testleri

Servikse HPV enfeksiyonunun yerleşmesi ile serviks kanseri oluşumu arasında 10 yıla yakın bir süre olabilir. Bu süre içinde kansere dönüşme potansiyeline sahip dokuların tespiti ve temizlenmesiyle kanser gelişimini engellemek mümkün olabilir.

Serviksteke değişiklikleri tespit edebilmek için Pap smear, kolposkopi ve HPV-DNA testi önemli araçlardır. Servikal smear (Pap test) erken teşhis için bu amaçla günümüzde en yaygın olarak kullanılan tarama yöntemidir. Daha önce hiç Papanicolau (Pap) smear yaptırmamış bir kadında yaşam boyu serviks kanserine yakalanma riski 1/100'dür. Tek bir negatif Pap smear serviks kanseri gelişim riskini % 45 oranında azaltmaktadır. Yaşam boyu alınmış 9 adet smear bu riski %99 oranında azaltır.

Aşılama

HPV virüsü ile henüz enfekte olmamış kişileri korumak amacı ile HPV tip 6-11-16-18 içeren koruyucu aşı bulunmaktadır. Aşılama 10-45 yaş aralığında yapılabilir. Ne kadar erken yaşta aşılama yapılırsa vücudun savunma sistemi o kadar iyi cevap verebilmektedir.

- Cinsel yolla geçiş gösteren hastalıklara karşı tedbir alma,
- Sigarayı bırakma

Serviks Kanserinde Tedavi Yöntemleri Nelerdir?

Serviks kanseri genellikle bölgesel olarak yayılan bir hastalıktır. Metastazlarını genellikle lenf yolları ile yapar. Kan damarı yolu ile organ metastazı çok daha az oranda görülür.

Genel olarak hastalığın uterusla sınırlı olduğu vakalar, cerrahi ile tedavi edilirler. Cerrahinin genişliğini, hastanın yaşı, çocuk isteği, tümörün büyüklüğü ve yayıldığı alan belirler. İhtiyaca göre, uterusun bırakılıp serviksin konizasyon ile çıkarılmasından başlayarak, uterusun yanlarındaki dokular (parametrium) ve vagenin 1/3 üst kısmıyla birlikte geniş olarak çıkarıldığı, pelvik ve paraaortik lenf bezlerinin alındığı ameliyatlara kadar kapsamı genişleyen cerrahi teknikler uygulanabilir.

Kanser uterus dışına çıkıp, uterusun yanlarına (parametrium) yayıldığında, cerrahi yerine radyoterapi ilk tedavi seçeneği olur. Servikte bulunan tümör hacmi büyüdükçe, hastaların tedavisinde kemo-radyoterapi ilk tedavi seçeneği olarak düşünülebilir.

Ameliyat yaptıktan sonra, patolojik inceleme sonucuna göre, cerrahi sınır pozitif olan veya lenf bezlerinde kanserli hücre yayılımı saptanan hastalara, kemo-radyoterapi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Uyanıkoğlu H, Servikal Kanser Taramasında Asetik Asit Sonrası İnceleme (VIA), Servikal Smearın Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, 2006.
2. Chapter 1: Background, Comprehensive Cervical Cancer Control a Guide to Essential Practice, World Health Organization, Geneva, 2006, p:13-24.
3. Eser SY, Türkiye'de Kanser insidansı, Editör: Tuncer AM, Türkiye'de Kanser Kontrolü, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007, Sayfa: 17-45.
4. Chapter 2: Anatomy of the Female Pelvis and Natural History of Cervical Cancer, Comprehensive Cervical Cancer Control a Guide to Essential Practice, World Health Organization, Geneva, 2006, p:25-42.
5. Krivak TC, McBroom JW, Elkas JC. Çeviri: Çoracı A, Servikal ve Vajinal Kanser, Editör: Berek JS, Çeviri Editörü: Erk A, Novak Jinekoloji, 13. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004, sayfa 1199-1244.
6. TNM Classification of malignant tumors. L. Sobin and Ch Wittekind (eds.), UICC International Union Against Cancer, Geneva, Switzerland, pp155-157; 6th ed. 2002.