

# ENDOMETRİUMLA SINIRLI YA DA MYOMETRİUMUN YARISINA KADAR İNVAZYONU OLAN ENDOMETRİOİD TİP ENDOMETRİAL ADENOKARSİNOM: OPERASYON TİPİNİN SAĞKALIM ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. M. Faruk KÖSE\*, Dr. Burcu AYKAN\*, Dr. Gökhan TULUNAY\*, Dr. Nurettin BORAN\*,  
Dr. Fulya KAYIKÇIOĞLU\*, Dr. Ahmet ÖZFUTTU\*

## ÖZET

**Amaç:** Endometriümla sınırlı ya da myometriümla yarısına kadar invazyonu olan endometrioid tip grade 1 endometrial adenokarsinom vakalarında lenf nodu örnekleme oranları üzerindeki etkisini araştırmak.

**Materyal ve Metod:** 1993-1998 yılları arasında endometrioid tip grade 1 endometrial adenokarsinom tanısı ile opere edilen tüm hastaların medikal kayıtları incelendi. Frozen section patoloji sonucuna göre Total Abdominal Histerektomi (TAH) + Bilateral Salpingo-ooforektomi (BSO) + Omental Biopsi (OB) + Peritoneal Sitolojik Örnekleme (PCS) (Grup A) ya da TAH + BSO + OB + PCS + Lenf Nodu Örnekleme (LNS) (Grup B) yapılan endometriümla sınırlı ya da myometriümla yarısına kadar invazyonu olan endometrioid tip grade 1 endometrial adenokarsinom olgusu çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşı, menopozal durumları, tümör karakteristikleri ve rekürrensler not edildi.

**Bulgular:** Seksenbir olgu çalışmaya dahil edildi. Grup A'da 62 hasta, Grup B'de 19 hasta vardı. Her iki grup ortalama yaş, gravida, vücut kütle indeksi (BMI) ve menopozal durum açısından benzerdi. Her grupta bir rekürrens meydana geldi. Tümör Grup A'da jejunumda, Grup B'de vajinal güdükte nüksetti. Rekürrens oranları istatistiksel olarak farklı değildi. Grup A'da hiç ölüm olmazken, Grup B'de 5 ölüm oldu ancak bunların hiçbiri kansere bağlı ölümler değildi. Beş- ve 10-yıllık toplam sağkalım oranları Grup A'da Grup B'ye göre anlamlı olarak yüksekti ( $p<0.05$ ) ancak 5- ve 10-yıllık hastaliksiz sağkalım oranları benzerdi.

**Sonuç:** Histerektomi + Lenf nodu örnekleme yapılan hastalarla sadece histerektomi yapılan hastaların toplam sağkalım oranı aynı idi. Endometrial adenokarsinomda lenf nodu örnekleme evrelendirme doğru yapılabilmesini sağladığı için değerlidir ancak frozen section patoloji sonucuna göre endometriümla sınırlı ya da myometriümla yarısına kadar invazyonu olan endometrioid tip grade 1 endometrial adenokarsinom olgularında toplam sağkalım ve rekürrens oranlarına etkisi yok gibi gözükmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Erken evre endometrial adenokarsinom, Lenf nodu örnekleme, Sağkalım.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the impact of lymph node sampling on survival rates in endometrioid type grade 1 endometrial adenocarcinoma confined to the endometrium or with less than inner half myometrial invasion.

**Materials and Method:** Medical reports of all patients treated for endometrioid type grade 1 endometrial adenocarcinoma between 1993-1998 at the Department of Gynecologic Oncology were reviewed. Patients who had endometrioid type endometrial adenocarcinoma confined to the endometrium or with less than inner half myometrial invasion as determined by frozen section and underwent Total Abdominal Hysterectomy (TAH) + Bilateral Salpingo-oophorectomy (BSO) + Omental Biopsy (OB) + Peritoneal Cytologic Sampling (PCS) (Group A) or TAH + BSO + Lymph Node Sampling (LNS) + OB + PCS (Group B) were included in the study. Patients' age, menopausal status, tumor characteristics and recurrences were noted.

**Results:** Eighty-one patients were included in the study. There were 62 patients in Group A and 19 patients in Group B. Both groups were similar in terms of mean age, gravida, BMI and menopausal status. There was one recurrence in each group. The tumor recurred in jejunum in Group A and in the vaginal stump in Group B. Recurrence rates were not statistically different. None of the patients died in Group A, while 5 patients died in Group B, although this difference was statistically significant, the five patients in Group B had died disease-free. Five- and 10-year overall survival rates were significantly higher in Group A when compared with Group B ( $p<0.05$ ) but 5- and 10-year disease-free survival rates were similar in both groups.

**Conclusion:** The survival rate for patients who underwent hysterectomy + lymph node sampling was similar to that of patients who underwent only hysterectomy. Lymph node sampling in endometrial adenocarcinoma is worthwhile as it allows staging to be performed properly, nevertheless it seems to have no effect on overall and disease-free survival rates and recurrence rates when the disease is grade 1 and confined to the endometrium or there is less than inner myometrial invasion as determined by frozen section.

**Keywords:** Early stage endometrial adenocarcinoma, Lymph node sampling, Survival.

Geliş tarihi: 23/10/2005

Kabul tarihi: 08/11/2005

\*Sağlık Bakanlığı Ankara Etik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

İletişim: Dr. Faruk KÖSE,

Sağlık Bakanlığı Ankara Etik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Tel: (0 312) 467 83 83

Faks: (0 312) 467 88 00

E-posta: mfkose@celik.net.tr

## GİRİŞ

Endometrial adenokarsinom kadın genital sisteminin en sık görülen jinekolojik kanseridir. Endometrial kanser tanısı alan kadınların %75'inden fazlası erken evrededir, bu nedenle çoğu hastanın prognozu çok iyi olacaktır (1). FIGO Evre I endometrial kanserin primer tedavisi cerrahidir ancak lenf nodlarının çıkarılmasının uzun dönem sonuçlar üzerindeki etkisi halen tartışmalıdır.

## MATERYAL ve METOD

1993-1998 yılları arasında T.C.S.B. Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Kliniği'nde frozen section patoloji sonucuna göre endometriomla sınırlı ya da myometriyumun yarısına kadar invazyonu olan ve Total Abdominal Histerektomi (TAH) + Bilateral Salpingo-ooforektomi (BSO) + Omental Biopsi (OB) + Peritoneal Sitolojik Örneklem (PCS) (Grup A) ya da TAH + BSO + OB + PCS + Lenf Nodu Örneklemesi (LNS) (Grup B) yapılan endometrioid tip grade 1 endometrial adenokarsinom olguları incelendi. Kriterlere uyan 81 hasta çalışmaya dahil edildi. Endometrioid tip endometrial adenokarsinom tanısı operasyon öncesi yapılan endometrial biopsiler ile koyuldu. Histopatolojik tanı sonrasında, hastalara TAH + BSO + OB + PCS ya da TAH + BSO + OB + PCS + LNS yapıldı.

### Takip

Periyodik takiplerde fizik muayene, akciğer grafisi, vajinal smear, abdominopelvik ultrasonografi, tam kan sayımı, serum biokimyası ve ilk iki yıl 3 ayda bir, sonraki iki yıl 6 ayda bir ve sonrasında yıllık Ca-125 ölçümleri yapıldı. Gerekli görüldüğünde torakal ya da abdomino-pelvik tomografi çekildi.

## Operatif Prosedür

Genel anestezi altında umbilikus altı ve üstü orta hat insizyon ile batına girilerek peritoneal yıkama sıvısından sitolojik inceleme için örnek alındıktan sonra üst abdomen ve pelvis peritoneal implantlar, kitleler ya da eşlik eden bir organ patolojisi açısından explore edildi. Standart extrafasial histerektomi yapıldı. Lenf nodu örneklemesi pelvik ve para-aortik bölgedeki lenf nodlarının bir kısmının çıkarılması şeklinde gerçekleştirildi. Hemostazı takiben abdominal insizyon anatomik planda kapatıldı.

### İstatistiksel Metot

Sağkalım analizleri (Kaplan-Meier testi) ve diğer anlamlılık testleri (Ki-kare veya Fisher's exact test) SPSS 10.0 versiyonu kullanılarak yapıldı.

## BULGULAR

Frozen section patoloji sonucuna göre TAH + BSO + OB + PCS (Grup A) ya da TAH + BSO + OB + PCS +LNS (Grup B) yapılan endometriomla sınırlı ya da myometriyumun yarısına kadar invazyonu olan 81 endometrioid tip grade 1 endometrial adenokarsinom olgusu çalışmaya dahil edildi.

Grup A'da 62, Grup B'de 19 hasta vardı. Grup B'deki hastaların yaş ortalaması Grup A'dakinden anlamlı olarak fazla bulundu (sırasıyla  $56.0 \pm 9.6$  vs  $52.3 \pm 8.5$ ,  $p=0.043$ ). Grup A ve B arasında ortalama gravida ve BMI açısından anlamlı fark gözlenmedi (sırasıyla  $4.7 \pm 2.3$  vs  $4.9 \pm 2.9$  ve  $33.6 \pm 5.0$  vs  $31.8 \pm 4.2$ , sırasıyla  $p=0.925$  ve  $p=0.24$ ). Her iki gruptaki hastaların menopozal durumları da benzerdi ( $p=0.505$ ) (Tablo 1).

**Tablo 1.** Demografik özelliklerin karşılaştırılması.

	Grup A (n=62)	Grup B (n=19)	p
Tanı yaşı (yıl)	52.3 + 8.5	56.0 + 9.6	0.043*
Gravida	4.7 + 2.3	4.9 + 2.9	0.925
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	33.6 + 5.0	31.8 + 4.2	0.240
Menopozal durum	Premenopozal	17 (27.8%)	4 (18.9%)
	Perimenopozal	13 (20.8%)	2 (10.8%)
	Postmenopozal	32 (51.4%)	13 (70.3%)

\* İstatistiksel olarak anlamlı,  $p<0.05$

**Tablo 2.** Tümör karakteristiklerinin karşılaştırılması.

	Grup A (n=62)	Grup B (n=19)	p	
Myometrial invazyon	Endometriümla sınırlı	21 (33.9%)	3 (15.8%)	0.108
	Myometriumun yarısına kadar invaze	41 (66.1%)	16 (84.2%)	
Skvamöz diferansiasyon	Var	7 (11.3%)	2 (10.5%)	0.927
	Yok	55 (88.7%)	17 (89.5%)	

\* İstatistiksel olarak anlamlı, p<0.05

Tüm vakalarda frozen section patoloji sonuçları ile postoperatif patoloji sonuçları arasında uyumsuzluk yoktu. Tümör Grup A'da 21 hastada, Grup B'de 3 hastada endometriümla sınırlı iken (33.9% vs. 15.8%), Grup A'da 41 hastada, Grup B'de 16 hastada myometriumun yarısına kadar tümör invazyonu vardı (66.1% vs. 84.2%) (p=0.108). Her iki grupta tümörde skuamöz diferansiasyonu olan hasta sayıları benzerdi (11.3% vs. 10.5%, p=0.927) (Tablo 2). Grup B'de örneklenen lenf nodu sayısı ortalama 8.1 idi (aralık 7-9 nod).

Her iki grupta da birer rekürrens saptandı (Grup A için 1.6% ve Grup B için 5.3%), ancak bu fark istatis-

tiksel olarak anlamlı değildi (p=0.416). Grup A'da hiç ölüm gözlenmezken Grup B'de ölen hasta sayısı 5 idi (26.3%) (p=0.00), ancak bu ölümlerin hiçbiri kansere bağlı değildi (Tablo 3). Rekürrens saptanan hastaların karakteristikleri Tablo 4'te yer almaktadır.

### TARTIŞMA

Endometrial kanser kadın genital sisteminin en sık görülen jinekolojik kanseridir. Standart tedavide total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi, peritoneal sitoloji ve lenfatiklerin değerlendirilmesi yer alır. Pelvik ve paraaortik lenf nodlarının ger-

**Tablo 3.** Rekürrens ve ölüm oranlarının karşılaştırılması.

	Grup A (n=62)	Grup B (n=19)	p	
Rekürrens	Var	1 (1.6%)	1 (5.3%)	0.416
	Yok	61 (98.4%)	18 (94.7%)	
Ölüm	Var	0 (0%)	5 (26.3%)**	0.000*
	Yok	62 (100%)	14 (73.7%)	

\* İstatistiksel olarak anlamlı, p<0.05

**Tablo 4.** Rekürrens ve ölüm oranlarının karşılaştırılması.

Hasta	Yaş	Cerrahi tipi	Myometrial invazyon	Grade	Rekürrense kadar geçen süre (ay)	Rekürrens yeri	Rekürrens tedavisi	Prognoz
BB	42	TAH + BSO + OB + PCS	Yarıdan az	1	40	Jejunum	Cerrahi	İkinci operasyondan 12 ay sonra öldü
AP	60	TAH + BSO + OB + PCS + LNS	Yarıdan az	1	52	Vaginal güdük	Cerrahi + Radyoterapi	İkinci operasyondan 10 ay sonra öldü

çek durumlarının belirlenmesi için yapılan lenf nodu diseksiyonu ya da cerrahi evrelemenin sınırı halen tartışılmaktadır.

Endometrial kanser cerrahi olarak evrelenmiş jinekolojik kanserlerde nodal metastaz insidansı %10'dur (2-4). Lenf nodlarının değerlendirilmesi bu nedenle mantıklı olsa da bu prosedürün sınırı tartışmalıdır. Kilgore ve ark (5), retrospektif bir çalışmada, sınırlı lenf nodu örnekleme yapılan ya da hiç yapılmayan hastalara göre multipl bölgelerden lenf nodu diseksiyonu yapılmış hastaların daha iyi sağkalım oranlarına sahip olduklarını göstermişlerdir. Webb ve ark (6) paraaortik metastazları olan hastalarda lenf nodu örnekleme yapılanlara göre paraaortik lenfadenektomi yapılan grupta toplam sağkalım oranının daha iyi olduğunu gözlemişlerdir. Mohan ve ark (7) çalışmalarında 15 yıllık toplam sağkalım oranını %98 ve rekürrens oranını da %4 bulmaları nedeniyle evre I endometrial adenokarsinom olgularında terapötik pelvik lenfadenektominin faydalı olduğunu savunmuşlardır. Bu yazarlar komplet cerrahi evrelemeyi sağkalım oranlarını iyileştirdiği, tedavinin planlanmasını sağladığı ve prognoz açısından fikir verdiği için savunmaktadırlar. Altaras ve ark (8) sitokeratin-20 (CK-20) ekspresyonunun endometrial kanserli hastaların lenf nodlarındaki çok az miktardaki endometrial kanser hücrelerini saptamada hassas bir belirteç olabileceğini göstermişlerdir. Çalışmalarında hematoksilen-eozin boyama ile "negatif lenf nodu tutulumu" olarak değerlendirilen lenf nodlarında CK-20 ekspresyonu saptamışlardır.

Diğer taraftan, cerrahi evrelemenin sadece prognoz açısından bilgi verdiğini ancak sağkalım açısından faydası olmadığını savunan yayınlar da mevcuttur (9-13). Petereit, (14) endometrial kanserde cerrahi evreleme ile ilgili yazısında, seçilmemiş hastalarda cerrahi evrelemenin morbiditesinin okkült bir hastalık bulma olasılığından daha fazla olduğu ve cerrahi evrelemenin sadece okkült hastalık bulunma olasılığı yeterince yüksek hastalara uygulanması gerektiği sonucuna varmış, bunun yanı sıra invazyon derinliğinin ve tümör grade'inin intraoperatif değerlendirmesinin agresif lenfadenektomilerde gözlenen gereksiz komplikasyonları azaltabileceğini öne sürmüştür. Larson ve ark (15) randomize çalışmalarla etkinliği ve güve-

nilirliği ispatlanmadıkça düşük riskli hastalarda rutin pelvik ve paraaortik lenfadenektomi yapılmasını önermemişlerdir, çünkü bu grup hastalarda 3 yılda lenf nodu metastazı geliştirme oranı sadece 1.6 dır.

Petereit (14) myometrial invazyon derinliğinin intraoperatif değerlendirilmesinin yüksek oranda doğru olarak saptanması nedeniyle, (16,17) bunun daha ileri cerrahi evreleme açısından yol göstereceğini ve düşük riskli hastalarda gereksiz evreleme yapılmayacağını savunmuştur. Bazı yazarlar da düşük riskli hastalarda paraaortik lenf nodu diseksiyonunun değerinin az olduğunu, hatta bir komplikasyona yol açma olasılığının nodal metastaz saptama olasılığından daha yüksek olabileceğini belirtmişlerdir (7,11,18). Morrow ve ark (19) lenf nodu metastazları, adneksal yayılım, servikal tutulum, derin myometrial invazyon ve grade 3 tümörler gibi tanınmış yüksek risk pelvik özelliklerin para aortik metastazlar ile olan ilgisini ortaya koymuş ve bu grup hastalar için paraaortik lenf nodlarının durumlarının bilinmesinin çok önemli olduğunu çünkü okkült paraaortik hastalığın extended-field radyoterapi ile tedavi edilebileceğini savunmuşlardır.

Bu çalışmada, histerektomi grubu ve lenfadenektomi grubunda 5- ve 10-yıllık toplam sağkalım oranları %100 idi. Tümör, histerektomi grubunda jejunumda, lenfadenektomi grubunda ise vajinal güdükte nüksetti. Her iki hastada da myometrial invazyon yarıdan azdı ve tümör grade'i 1 idi. Mikrometastazları saptamak amacıyla ultraevreleme (ultrastaging) yapılmadı ancak 5 ve 10 yıllık sürelerde rekürrens oranının düşük olması lenf nodlarında mikrometastazların olmadığına dair indirekt bir kanıt olarak kabul edildi. Bu çalışmanın sonuçları frozen section sonucuna göre endometrioid tip grade 1 endometrial adenokanser tanısı alan bu düşük risk grubundaki hastalar için lenf nodu örnekleme yapmanın toplam sağkalım oranları ve rekürrens oranları üzerinde etkisinin olmadığını göstermektedir. Bu bulgular, bu altgrup endometrial kanser hastalarında myometrial invazyon derinliğinin ve tümör grade'inin intraoperatif değerlendirilmesine dayanılarak sadece histerektomi yapmanın yeterli olacağına işaret ederek Larson (15) ve Petereit (14)'i desteklemektedir.

### KAYNAKLAR

1. Gal D, Recio FO, Zamurovic D. The New International Federation of Gynecology and Obstetrics surgical staging and survival rates in early endometrial carcinoma. *Cancer* 1992;69:200-2.
2. Barakat R, Park R, Grigsby P, et al. Corpus: Epithelial tumors, in Hoskins W, Perez C, Young R (eds): Principles and Practice of Gynecologic Oncology. Philadelphia, PA, Lippincott-Raven, 1997.
3. Stehman F, Perez C, Kurman R, et al. Uterine cervix, in Hoskins W, Perez C, Young R (eds): Principles and Practice of Gynecologic Oncology. Philadelphia, PA, Lippincott-Raven, 1997.
4. Ozols R, Rubin S, Thomas G, et al. Epithelial ovarian cancer, in Hoskins W, Perez C, Young R (eds): Principles and Practice of Gynecologic Oncology. Philadelphia, PA, Lippincott-Raven, 1997.
5. Kilgore LC, Partridge EE, Alvarez RD, et al. Adenocarcinoma of the endometrium: Survival comparisons of patients with and without pelvic node sampling. *Gynecol Oncol* 56:29-33,1995.
6. Webb M, Mariani A, Galli L, et al. Potential therapeutic role of para-aortic lymphadenectomy in node positive endometrial cancer patients. *Gynecol Oncol* 72:447-448, 1999.
7. Mohan DS, Samuels MA, Selim MA, et al. Long-term outcomes of therapeutic lymphadenectomy for stage I endometrial adenocarcinoma. *Gynecol Oncol* 70:165-171,1998.
8. Altaras M, Bernheim J, Beyth Y, Cohen I, Fishman A, Klein A, Zemer R, Zimlichman S. Cytokeratin-20 expression (RT-PCR) in detection of micrometastases in pelvic lymph nodes of endometrial cancer patients. Society of Gynecologic Oncologists 2000 Meeting, Poster presentation.
9. Chuang L, Burk TW, Tornos C, et al. Staging laparotomy for endometrial carcinoma: Assessment of retroperitoneal lymph nodes. *Gynecol Oncol* 58:189-193,1995.
10. Piver MS, Hempling RE. A prospective trial of postoperative vaginal radium/cesium for grade 1-2 less than %50 myometrial invasion and pelvic radiation therapy for grade 3 or deep myometrial invasion in surgical stage I endometrial adenocarcinoma. *Cancer* 66:1133-1138,1990.
11. Carey MS, O'Connell GJ, Johanson CR, et al. Good outcome associated with standardized treatment protocol using selective postoperative radiation in patients with clinical stage I adenocarcinoma of the endometrium. *Gynecol Oncol* 57:138-144, 1995.
12. Kucera H, Vavra N, Weghaupt K. Benefit of external irradiation in pathologic Stage I endometrial carcinoma: A prospective clinical trial of 605 patients who received postoperative vaginal irradiation and additional pelvic irradiation in the presence of unfavorable prognostic factors. *Gynecol Oncol* 38:99-104, 1990.
13. Lurain JR, Rice BL, Rademaker AW, et al. Prognostic factors associated with recurrence in clinical stage I adenocarcinoma of the endometrium. *Obstet Gynecol* 78: 63-69, 1991.
14. Petereit DG. Complete surgical staging in endometrial cancer provides prognostic information only. *Seminars in Radiation Oncology* 10:8-14, 2000.
15. Larson DM, Broste SK, Krawisz BR. Surgery without radiotherapy for primary treatment of endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 91:355-359, 1998.
16. Doering DL, Barnhill DR, Weiser EB, et al. Intraoperative evaluation of depth of myometrial invasion in stage I endometrial adenocarcinoma. *Obstet Gynecol* 74:930-933, 1989.
17. Malviya VK, Deppe G, Malone JM, et al. Reliability of frozen section examination in identifying poor prognostic indicators in stage I endometrial adenocarcinoma. *Gynecol Oncol* 34:229-304, 1989.
18. Faight W, Krepart GV, Lotocki R, et al. Should selective paraaortic lymphadenectomy be part of surgical staging for endometrial cancer? *Gynecol Oncol* 55: 51-55, 1994.
19. Morrow C, Bundy B, Kurman R, et al. Relationship between surgical-pathological risk factors and outcome in clinical stage I and II carcinoma of the endometrium. A Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 40:55-65, 1991.

# ONUNCU ULUSAL JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ KONGRESİ

18-23 Nisan 2006  
Titanic Resort Hotel, Antalya



Jinonko

- Davet
- Komite
- Ana Konular
- Genel Bilgiler
- Kayıt ve Konaklama
- İletişim

## Sayın Meslektaşlarım,

Uluslararası katılımlı X. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi 18-23 Nisan 2006 tarihleri arasında Lara/Antalya' da yapılacaktır.

Kongremizde; jinekolojik kanserler, meme ve menopozla ilgili güncel bilgiler, sizlerin katkılarıyla misafir ve Türk konuşmacılarla tartışılacaktır. Kongremizde özellikle; moleküler patoloji, sitolojide yenilikler, önleme ve arama-tarama yöntemleri, görüntüleme yöntemleri, endoskopik cerrahi, tanı, tedavi ve takipte yenilikler ele alınacaktır. Ek olarak sitoloji ve patoloji, endoskopi ve onkoloji hemşireliği kursları düzenlenecektir.

Yeni kurulmuş olan Servikal Patolojiler ve Kolposkopi Derneğinin' de katkılarıyla kolposkopi kursu düzenlenecektir.

Bilimsel aktivitelerin yanında; güneşi, denizi, tarihi güzellikleri ve akşamları rüya gibi sosyal aktivitelerimizi sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyacağımızı ifade etmek isterim.

Tüm bu güzellikleri paylaşmak üzere X. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi' nde buluşmak dileğiyle, organizasyon komitesi adına saygılarımla sunarım.

**Prof.Dr. Ali Ayhan**  
Kongre Başkanı



Turkki

<http://www.jinonko2006.kongresi.info>