

JİNEKOLOJİK KANSERLERDE “KÖTÜ KLİNİK UYGULAMALAR”

Dr. M. Hakan Yetimalar, Dr. Atilla A. Köksal

SERVİKAL MALİGNİTELER

Vaka 1

XX., 57 yaşında, Ev Hanımı, Dul

Yakınma: Vaginal kanama, sol yan ağrısı, halsizlik, çabuk yorulma

Öykü: 8 yıldır menopozda olan hastanın 11 aydır her gün yaklaşık 1 pet/gün miktarında ‘taze’ diye nitelendiği vaginal kanaması oluyormuş, son 3 aydır solda kasığa vuran bel ağrısı eklenmiş ve ağrı giderek şiddetlenmiş. 3 ay para biriktirerek “ücretli özel muayene” için başvurduğu Prof. Dr. muayenesini genç bir asistana yaptırmış. “Menopozda Kanama” tanısı ile ağrısız bir “outpatient” yöntemi olan “Pipelle” ile endometrial biopsi yapılmış olmasına rağmen hasta bu işlem esnasında ciddi ağrı duymuş çünkü “alet rahimine çok zor girmiş”.

Patoloji raporu “Endometriumda Menopozal Atrofi” olarak bildirilmiş. Bunun üzerine kendisine Livial tb 1x1 ve Calcium-Sandoz eff tb 1x1 başlanılmış ve kanamalarının 1 ay içinde geçeceği söylenmiş. Bu sürenin sonunda kanama şiddeti artan hasta yeniden başvurduğunda reçetesine “Methergin drj 3x1” eklenmiş. Buna rağmen kanamaları şiddetlenen ve yakınmalarına **kasığa vuran bel ağrısı** eklenen hasta

tekrar kontrole gittiğinde tedavisine Transamine cap. 3x1 eklenmiş. Bu süre zarfında hastaya herhangi bir smear, hemogram veya başka bir tetkik yapılmamış. Tıbbi tedavilerini toplam 4-5 ay sürdüren hasta yakınmalarının artarak devam etmesi üzerine özel bir muayenehaneye giderek muayene olmuş.

Muayene Bulguları

Perine-Vulva-Vagina: Haricen normal, kanla bulaşık, vagina forniksleri silinmiş

Uterus: Corpus N-N den ufak cesamette

Collum: Belirgin hipertrofik, sert, pürtüklü

Adnex: Ele gelmiyor

Parametrium: Sol belirgin olmak üzere bilateral atake

Spekulum: Vaginal forniksler tamamen oblitere, serviksten köken alan koyu kırmızı renkte, kanamalı, ülser ve nekrotik görünümde tümoral kitle, krater manzarası

Smear: Silme malign hücre Cervix Biopsi: İnvazyon gösteren büyük hücreli, non-keratinize epidermoid karsinom

Tanı: Cervix Ca, Stage II b Önerdiğimiz Tedavi: Radyoterapi

Geliş tarihi: 18/06/2008

Kabul tarihi: 06/08/2008

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İZMİR

İletişim: Dr. M. Hakan Yetimalar

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İZMİR

Vaka 2

XX, 47 yaşında, Ev Hanımı, Bağ-Kur karnesi mevcut

Yakınma: Cinsel ilişkide ağrı olması ve ilişkiden sonra kan gelmesi, iki taraflı bel kasık ağrısı, halsizlik

Öykü: Yukarıdaki yakınmalarla başvurduğu dört ayı resmi hastanenin polikliniklerinde çeşitli enfeksiyon reçeteleri önerilmiş. **Hiçbirinde smear istenilmemiş.** Son gittiği bir eğitim hastanesinde yaptırılan smear şüpheli malign olarak bildirilmiş ve hastaya biopsi önerilmiş. Kendi tercihi ile başvurduğu bir Kadın-Doğum Uzmanı anestezi altında muayene ve serviks biopsisi yapmış. Sonuç Kronik Servisitisi ve Servikal Erozyon olarak bildirilmiş ve ilaç tedavisi önerilmiş. Hasta başka bir hekime başvurmuş.

Muayene Bulguları

Perine-Vulva-Vagina: N

Uterus: N den iri cesamette, myomlu

Collum: Belirgin hipertrofik, sert, ülserle, vejetasyonlarla kaplı

Adnex: Ele gelmiyor

Parametrium: Çift taraflı kemik pelvise kadar atake

Spekulum: Serviks vaginanın yarısına dek uzanıyor, ön-arka forniksler silinmiş karnabahar şeklinde büyümüş, ülserle, kanamalı kitle

Serviks Biopsi: İnvazyon gösteren küçük hücreli epidermoid carcinom.

Tanı: Serviks Ca, Stage III b Tedavi: Radyoterapi için refere edildi.

Vaka 3

XX, 42 yaşında, Ev Hanımı, Emekli Sandığı

Yakınma: Adet dışında lekelenme, cinsel ilişkiden sonra ağrı ve kanama olması

Öykü: Eğitim hastanesi olmayan büyük bir hastanenin polikliniğinde yapılan smear: Class V olarak bildirilmiş. Bunun üzerine yapılan serviks biopsisinde büyük hücreli non- keratinize epidermoid ca. olarak tanı almış. Aynı hastanede hastaya “Wertheim Histerektomi” şeklinde isimlendirilen bir operasyon uygulanmış. Patoloji raporu eklenerek eğitim hastanesine radyoterapi için refere edilmiş. Çıkarılan ve patoloji laboratuvarına inceleme için gönderilen lenf nodu sa-

yısı: 1, spesimende herhangi bir parametrial doku örneği mevcut değil. MRI incelenmesinde ve muayenesinde belirgin parametrial tutulum mevcut.

Önerdiğimiz Tedavi: Radyoterapi

Vaka 4

XX, 66y, Ev Hanımı, ücretli

İzmirin ilçelerinden birisinde “lekelenme şeklinde vaginal kanama” yakınması ile gittiği Devlet Hastanesinde alınan smear Class V ve serviks biopsisinde “büyük hücreli keratinize epidermoid Ca.” olarak bildirilmiş. Hastaya tedavi (ameliyat) için Eğitim Hastanesine başvurması önerilmiş. Ancak hasta kendi isteğiyle tanınmış bir Kadın-Doğum Uzmanına başvurmuş ve özel bir hastanede opere olmuş. Uygulanan ameliyat: “**subtotal histerektomi**”

Tanı: Subtotal histerektomi geçirmiş Stage II b Serviks kanseri

Önerdiğimiz Tedavi: Radyoterapi

Vaka 5

XX, Reklam Yazarı, 38 y, Özel Sigortalı

Rutin jinekolojik kontrol için başvurduğu bir jinekolog özel muayenehanesinde smear yaptırmış. Bildirilen sonuç: “Pap II, matur epitelial metaplazi”. Jinekologun hasta tarafından bildirilen ifadesi:kanser olmanıza müsaade etmeyeceğim, ancak acilen opere etmemiz ve rahiminizi almamız gerekli”. Hasta bu ifade üzerine başka bir hekimin önerisini almak üzere eğitim hastanesine başvuruyor. Yapılan muayenesinde herhangi bir patolojik bulgu saptranmıyor. Tekrarlanan smear “Bethesda sistemine” göre “normal sınırlar içerisinde” olarak bildiriliyor. Hastaya herhangi bir tıbbi işlem önerilmiyor.

Serviks Kanserleri için Öneriler

1. Tüm kadınların yakınmaları olur ise hemen, yakınmaları yok ise senede bir jinekolojik muayene ve uygun aralıklar ile smear yaptırmaları sağlanmalıdır. Bu konuda medya ile yardımlaşılabilir.
2. Yaşına, yakınmasına ve gebe olup olmadığına bakılmaksızın tüm jinekoloji ve obstetri hastalarına smear yaptırılmalıdır. Uygun smear aralıkları hastanın smear sonucuna, yaşına, cinsel yaşam özelliklerine ve sosyal durumuna göre değişir.
3. Papanicolou sistemine göre Class I ve Bethesda sistemine göre yeterli örnekte “Normal Sınırlar

İçerisinde" şeklinde bir kontrol smear elde edilinceye kadar mevcut patoloji tedavi edilmelidir. Yani malign olmasa bile ilk smeardeki problemlerin iyileşip iyileşmediği a) hastanın yakınmaları, b) klinik muayene ve c) smear ile değerlendirilmelidir.

4. Smearde enfeksiyona bağlı hücre değişiklikleri veya ASCUS şeklinde sonuçların bildirilmesi halinde uygun tedavi sonrası smear tekrarlanmalıdır ve ancak "normal" sonuçların alınmasından sonra hasta olağan takibe alınmalıdır. Malign olmasa bile ortada bir patoloji olduğu unutulmamalı ve tamamen normal smear sonuçları alınmaya kadar hasta tedavi edilmelidir.
5. Smearde enfeksiyonsuz Class III veya Bethesda'da LGSIL ve üzeri sonuçlar bildirilmesi halinde hasta deneyimli bir merkez e refere edilmelidir.
6. Smearde "Koilositoz" HPV enfeksiyonunu düşündürür. HPV malign transformasyona yol açabilme potansiyeli taşımaktadır. HPV şüphesi taşıyan olgularda sürekli uygun takibin önemi unutulmamalı ve hastalarda anksiyeteye yol açmadan takip önerilmelidir.
7. Smearde malignite veya pre-malignite yönünden şüphe uyandıran sonuçların alınması halinde tercih bu konuda tecrübesi olan bir ekip tarafından kolposkopi altında biopsi alınmalıdır.
8. Servikal kanserin saptanmasına kadar hasta bir jinekolog tarafından yönlendirilip takip ve tedavi edilebilir. Ancak mezuniyet sonrası eğitim sürekli olmalı ve özel onkoloji eğilimi olmayan uzman ve pratisyen hekimlerin'de konu ile ilgili gelişmeleri takip etmeleri sağlanmalıdır. Özellikle kullanılan terminoloji ve herhangi bir tanının hangi klinik sonuçlara ulaşabileceği her hekim tarafından bilinmeli. Gereğinden az yapılan tedavinin (Undertreatment), olduğu kadar gereğinden çok yapılan tedavinin'de (Overtreatment) zararlı olduğu unutulmamalıdır.
9. Serviks kanserinin saptanmasından sonraki tedavi onkoloji deneyimi olan ekiplere bırakılmalıdır.

VULVA KANSERLERİ

Vaka 6

XX, 67 yaşında, Dul, Emekli Sandığı

Yaklaşık 10 yıldır menopozda bulunan hasta 8 yıldır genital kaşıntıdan yakınmaktadır. Bu sebeple top-

lam 14 kez doktor muayenesinden geçtiğini ifade ediyor. Bu muayenelerin 9 tanesi İzmirin büyük ilçelerinden bir tanesinin Devlet hastanesinde 4 tanesi özel muayenehanelerde ve bir tanesi de bir üniversite hastanesinin jinekoloji polikliniğinde gerçekleşmiş. (Hasta kendisine önerilen tüm tedavileri yerine getirmiş ve verilen tüm reçeteleri saklamış.) Söz konusu reçetelerin 9 tanesinde lokal ve sistemik antimikotik ajanlar tek başına yazılmış iken 5 tanesinde benzer ilaçlar geniş spektrumlu antibiyotikler ile kombine edilmişlerdi. Son 3 yıldır yakınmalarına dış cinsel bölgede zaman zaman kanayan bir yara eklenmiş ve yara mevcut iken de 4 defa muayene olmuş. Kendi ifadesine göre " hep aynı yakınmalarla evlatlarını ve doktorlarını rahatsız etmekten artık utanan " hasta tıbbi tedaviden herhangi bir olumlu sonuç alamamasının da getirdiği bir ruh hali ile doktorlara gitmekten vazgeçmiş. Yaklaşık 1 sene kendini geleneksel otlar ile hazırladığı pansumanlar ve oturma banyoları ile rahatlatmaya çalışmış. Bu süre içerisinde yarası çok büyümüş ve yakınmaları kaşıntıdan ağrıya dönüşmüş. Yakınmalarına kanama'da eklenince ve sandalyede oturamaz hale gelince bir defa daha doktora gitmiş.

Muayene Bulguları

Perine-Vulva-Vagina: sol labia minora ve majorayı içine alan, sert, kanamalı, yer yer nekrotik ve ülseratif 8x6 cm çapında lezyon mevcut. Uretra ve anus normal

Uterus: N'den ufak cesamette

Adnex: ele gelmiyor

Spekulum: portio atrofik Lenf: bilateral inguinal sahalarda 2'şer adet 2x3 cm fiske LAP

İnzisyonel Vulva Biopsisi: İndifferansiye epidermoid Ca.

Uyguladığımız Tedavi: Radikal Vulvektomi + Radyoterapi

Not: Vulva maligniteleri ile ilgili hatalı uygulamaların yapıldığı hastalara ait örnekler rahatlıkla çoğaltılabilir. Halen elimizde 26 başka hastaya ait hekim tarafından geciktirilme bilgileri mevcuttur. Ancak bu hastalara ait öyküler yukarıda anlatılana büyük oranda benzerlikler göstermektedir. Yukarıda anlatılan en çok sayıda doktor kontrolünden geçmiş olması dolayısıyla en çarpıcı örnek olarak gözüktüğü için anlatıldı (HY).

Vulva Kanserleri için Öneriler

1. Vulva genital organların en rahat görülebilenidir. Ancak jinekologlar genelde vulvayı ayrıntısı ile gözlemektense hızlı bir bakış attıktan sonra hemen spekulum muayenesine geçmektedirler. Bunun bir sebebi’de vulva kanserlerinin göreceli olarak daha ender olması olabilir. Ancak yinede her jinekolojik muayenede vulva uygun ışık altında dikkatlice gözden geçirilmelidir.
2. Vulva sahasındaki kaşıntı en çok rastlanılan jinekolojik yakınmalardan birisidir ve her kaşıntısı olan hastaya biopsi önerilmesi abartı (overtreatment) olmakla beraber tedaviye dirençli vakalar makroskopik lezyon olsun veya olmasın daha yakından incelenmelidir.
3. İlk muayene esnasında olsun, önerilen bir tedavinin başarısızlığının ardından yapılan kontolde olsun herhangi bir makroskopik lezyon tercihan kolposkop ile incelenmelidir.
4. Kaşıntının tüm olası malign olmayan nedenleri (irritasyon, enfeksiyon, enfestasyon, diabetes mellitus, vestibülitis vb.) ekarte edilmesine rağmen yakınma sürüyor ise tercihan kolposkopi ile ve toluidin mavisinin yol göstericiliğinde vulvadan multipl biopsiler alınmalıdır.
5. Özellikle ileri yaştaki hastalarda başta olmak üzere vulvada meydana gelmiş olan makroskopik lezyonlardan inzisyonel veya ekzisyonel biopsiler alınmalıdır. Diskolorasyon ağırlıklı durumlarda olduğu gibi lezyonun tam olarak sınırlandırılmadığı vakalarda etkilenmiş görünen saha ile salim görünen cilt kenerlarının biopsiye dahil olmaları sağlanmalıdır.
6. Vulvar kanserinin saptanmasına kadar hasta bir jinekolog tarafından yönlendirilip takip ve tedavi edilebilir. Ancak mezuniyet sonrası eğitim sürekliliği olmalı ve özel onkoloji eğilimi olmayan uzman ve pratisyen hekimlerin’de konu ile ilgili gelişmeleri takip etmeleri sağlanmalıdır.
7. Vulva kanserinin saptanmasından sonraki tedavi onkoloji deneyimi olan ekiplere bırakılmalıdır.

OVER KANSERLERİ

Vaka 7

XX, 65 yaşında, Tıp Doçenti ve Diş Hekimi annesi, Emekli Sandığı

“Myoma Uteri” tanısı ile “TAH + BSO” operasyonu uygulanmış. Operasyon materyeline ait herhangi bir histopatolojik rapor verilmemiş. Ayrıca hasta ve yakınları materyelin patolojik incelemeye gönderilip gönderilmediğini dahi bilmiyorlar. 1992 yılının sonlarında karında şişlik yakınmaları ile bir üniversite hastanesinin **genel cerrahi** kliniğine yatırılıyor. Tetkikler batin ön duvarında 18x20 cm ebatlarında belirgin solid komponentleri bulunan kistik bir kitle tanımlıyor. Laparotomi ile kitle ekstirpasyonu yapılıyor. Histopatolojik tetkikler İzmir ve Ankara’daki iki farklı Tıp Fakültelerinde yapılıyor. Raporlardan ilki: “primer olarak over kaynaklı orta derecede differansiye seröz kistadenokarsinom” ve ikincisi ise: “peritoneal yüzeylerin seröz karsinomu” şeklinde bildiriliyor. Hastaya **medikal onkoloji bölümü** tarafından 6 kür PAC kemoterapisi uygulanıyor. Bu kürlerin bitiminde 1. 5 yıldan uzun bir süre tedavisiz izleniyor. Jinekolog bir dostlarının ısrarlı önerileri üzerine yakınma ve bulgu olmamasına rağmen “second look laparotomisi uygulanıyor ve” symphysis pubis üzerindeki periton sahasından yapılan biopside “malign seröz karsinom metastazı” saptanıyor. Bu esnada yapılan “Appendektomi + PPLND + Total Omentektomi ile diğer peritoneal yüzeylerden yapılan toplan 28 adet biopside malignite kriterine rastlanılmıyor. (Taxol + Carboplatin tedavisine rağmen adı geçen implant önce kemiği sonra bağırsak serozaları başta olmak üzere tüm batını infiltre ediyor. Toplam 18 operasyon ve 22 kür kemoterapiden sonra hasta kronik böbrek yetmezliği ve metastazlarının yarattığı kaşeksi ile Ocak 2003’de ex oluyor

Vaka 8

XX, 59 y, Emekli Memure, Emekli Sandığı

2002 yılının ocak ayında karında kitle tanısı ile bir eğitim hastanesinin genel cerrahi kliniğinde yapılan laparotomide bilateral ovarial kitle saptanmış ve bu kitleler ekstirpe edilmiş. Histopatolojik inceleme “orta derecede differansiye seröz kistadenokarsinom” olarak bildirilmiş. Bunun üzerine hasta medikal onkolojiye refere edilmiş; burada 6 kür Taxol + Carboplatin tedavisi uygulanıp takibe alınmış. Takip rutin abdominal muayeneler, rutin biokimya ve alt-üst batin ultrasonografileri şeklinde gerçekleşmiş. **Spesifik tümör markerleri aranmamış.** Ocak 2003 tarihinde

hasta karında şişlik ve ağrı yakınmaları ile başvurduğunda Kadın-Doğum konsültasyonu istenilmiş. Kadın-Doğum polikliniğinde yapılan muayenesinde tüm pelvisi dolduran, umbilicusu 3 parmak geçen sert, düzensiz yapıda ve fiske kitle yanı sıra karaciğerde multipl metastazlar ve 2000 ünitenin üzerinde CA-125 seviyesi saptandı. Hasta önerilen yatışı kabul etmedi. Şu andaki durumu bilinmemektedir.

Over Kanserleri için Öneriler:

Over kanserleri yaşamın her döneminde görülebilirler. Ameliyat öncesi devrede benign görünüm sergilemeler bile intra-operatuar veya daha kötüsü post-operatuar incelemelerde malign oldukları saptanabilir. Pre-operatuar değerlendirmeler %100 doğruluğa ulaşmamaktadır. Yine bazı hallerde ovarial kanserleri "akut batın" şeklinde ortaya çıkabilirler ve şartlar ayrıntılı ve doğru bir cerrahi için uygun olmayabilir. Benign kabul edilen bir ovarian kitlenin sonradan malign olduğunun anlaşılması eğer gereken tetkikler yapılmışsa ciddi bir hekim hatası olarak algılanmamalıdır. Ancak malignitenin kesin olarak saptanmasından ardından yapılacaklar iyi yönlendirilmelidir.

1. Operasyon planlanan her over kitlesinin pre-operatuar görünümü benign gözükse bile malign olabileceği unutulmamalıdır. Eğer olanak dahilinde ise tüm vakalar "frozen incelenmesi" ve kanser cerrahisinin eklenebileceği şartlarda yapılmalıdır. Bu ideal durumun ülkemiz şartlarında mevcut olmadığı aşikardır.
2. Eğer olanak dahilinde ise malignite saptanan tüm olgular jinekolojik onkoloji deneyimi olan kişilerce opere edilmelidir.
3. Tüm jinekolojik orijinli kitleler en azından jinekologlar tarafından yönlendirilmeli ve tedavi edilmelidir. Genel Cerrahi veya başka alanlarda uzman hekimlerce yönlendirilmeleri uygun değildir.
4. Özellikle over kanserlerinde "eksik" ameliyat yapılması hastanın tedavi şansını ve surveyini belirgin olarak azaltmaktadır. İlk operasyon tedavi için en iyi şanstır ve eksiksiz bir "sitoreduktif cerrahi" bu esnada hedeflenmelidir.
5. TAH+BSO eksik tedavidir. Lenf nodu örneklenmesi eksik tedavidir. Sistemik pelvik + paraaortik lenfadenektomi hedeflenmelidir. Appendektomi – omentektomi – yayılım saptanan organların re-

zeksiyonları sağlanmalıdır. Çoğunlukla ilk operasyon TAH+BSO şeklinde gerçekleştiriliyor. Bu durumda hasta ya a) upstaging laparotomi şeklinde ikinci bir operasyon travmasına maruz bırakılmak zorunda kalıyor ya da b) primer eksik tedavinin zararlarının göze alınması ve kemoterapinin bu eksiklikleri gidermesi ümit ediliyor.

6. Operasyon sadece jinekologlar (tercihan jinekolojik onkologlar) tarafından yönlendirilmeli. Ancak post-operatuar tedavinin planlanması ve yürütülmesi onkoloji konseyleri tarafından yapılmalıdır.

UTERUS KANSERLERİ

Vaka 9

XX, 27 yaşında, Ücretli

İzmirin bir ilçesinde "karın, kasık ve bel ağrısı, 1 yıldır adetlerinin 13-14 gün sürmesi ve miktarının çok olması" yakınmaları ile bir Jinekologun özel muayenehanesine başvurmuş. Muayene esnasında'da belirgin kanaması varmış. Yapılan muayenesinde uterusun yaklaşık 4 aylık gebelik cesametinde olduğu ve ayrıca sağ overinde 5-6 cm 'lik basit bir kisti bulunduğu tespit ve ifade edilmiş. Kanama şiddetinin çokluğu gerekçe alınarak acil şartlarda ameliyat önerilmiş. Hasta bunu kabul etmiş. Ertesi gün gerçekleştirilen operasyon: Subtotal Histerektomi (adnexler hariç).

Yapılan Histopatolojik İnceleme Sonucu: orta derece differansiye endometrioid adenokarsinom Eğitim hastanemize sevk edilen hasta re-opere edildi.

Vaka 9

XX, 30 y, Emekli Sandığı

İzmirde tanınmış bir Kadın-Doğum uzmanına başvuran hastanın uzun süren ve düzensizlik gösteren vaginal kanamaları oluyormuş. Tek bir doğum yapmış olan hasta ikinci çocuk konusunda kararsızmış. Hastaya doğrudan doğruya Probe Curettage uygulanmış.

Histopatolojik İnceleme: Basit atipisiz endometrial hiperplazi Bunun yakında kanser olabileceği anlamına geldiği söylenerek histerektomi yapılmış.

Histopatolojik İnceleme: post – kütatif endometrium, myometrium olağan yapıda.

Uterus Kanseri için Öneriler

1. Kanama miktarının veya süresinin veya sıklığının artışı ile ilgili yakınmaları olan ve muayenesinde organik patoloji saptanamayan genç hastalarda hemorajik diatez ekarte edildikten sonra "disfonksiyonel kanama " tanısı ile öncelikle uygun hormonal medikasyon yapılmalıdır.
2. Uygun hormon tedavisine yanıt alınamayan hastalarda Probe Curettage önerilmelidir.
3. İleri yaş gruplarında kanama miktarının veya süresinin veya sıklığının artışı ile ilgili yakınmaları ve menopozal olup kanaması olan hastalarda hemorajik diatez ekarte edildikten sonra ilk olarak Probe Curettage önerilmelidir.
4. Ciddi hayati aciliyet halleri hariç tüm operasyon planlanan hastalara endometrium örnekleme yapılmalıdır.
5. Menopozal devrede olup operasyon planlanan hastalara endometrial kalınlık iki tabakanın toplamı olarak ölçülmeli ve eğer bu değer 5 mm ve üzerinde ise endometrial örnekleme yapılmalıdır.
6. Disfonksiyonel kanamalar veya benign nedenlere bağlı genital kanamalar tüm jinekologlar tarafından takip ve tedavi edilebilir. Ancak endometrial malignitenin saptanmasından sonra hastanın jinekolojik onkoloji deneyimi olan hekimler tarafından takip ve tedavi edilmesi uygun olacaktır.

GENEL ÖNERİLER

1. Tüm büyük hastanelerde onkoloji konseyleri kurulmalı veya aktif hale getirilmelidir. Tüm vakalar tedavi öncesi ve sonrası bu konseyler tarafından görüşülmelidir. Bu uygulama tıbbi hata ve yasal sorun oranlarını azaltacaktır.
2. Tüm kanser vakaları ile ilgili eksiksiz veri tabanları oluşturulmalı ve saptanan tüm olgulara ait bulgular yitirilmeden buraya kaydedilmelidir. Bu uy-

gulamanın yürütülmesi onkoloji konseylerince yapılabilir.

3. Hastanelere ait veri tabanları tüm ülkeyi kapsayan merkezi bir kanser veri bankasına iletilmelidir. Merkezi kanser veri bankası belki Sağlık Bakanlığı bünyesinde oluşturulabilir.
4. Tüm bilgi birikimleri araştırma yapmak isteyen herkese açık ve ulaşılır olmalıdır.
5. Elde edilen tüm bilgiler periyodik olarak değerlendirilmeli; epidemiyolojik sonuçlar ortaya konulmalı ve yayınlanmalıdır. İnsidans artışlarının sebepleri araştırılmalı ve önlenmeye çalışılmalıdır. Herhangi bir hastalığın ve özellikle kanserin ortaya çıkmasını önlemek tedavi etmekten daha kolay, ekonomik, kalıcı ve insancıldır.
6. "Jinekolojik Onkoloji" çok özel şartlar içeren bir alan olmasına karşın ülkemizde yan dal ihtisası olması etkinleştirilememiştir. Bu durum uygulamada boşluk yaratıyor. Çağdaş ve etik uygulamalara özenilmelidir.
7. Onkoloji hastaları tıbbi hata varlığında ciddi ve onarılması sıkça olanaksız zararlar görebilmektedir. Mezuniyet sonrası eğitim yaygınlaştırılmalı.
8. Kötü klinik uygulamaları saptanan meslektaşlarımız ile ilgili yapılması gerekenler tartışılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. "Jinekolojik Onkoloji" (Editör: Ali Ayhan), "Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi" Hüsnü Kışınçı ve ark., Güneş Kitabevi, 1996.
2. "Gynecologic Cancer Surgery" C. Paul Morrow, John P. Curtin, Churchill Livingstone, 1996.
3. "Clinical Gynecologic Oncology, Fourth Edition", Philip J. Disaia, William T. Creasman, Mosby Year Book, 1993.
4. "Novak's Gynecology, Thirteenth Edition", Jonathan S. Berek, Lippincot Williams & Wilkins, 2002.