

## ENDOMETRİAL KANSER: 58 OLGUDA TANI VE TEDAVİ DENEYİMİ

Dr. Nurettin Aka, Dr. Lütfiye Ünlü Cıvık, Dr. Gültekin Köse, Dr. Ünal Türkay,  
Dr. Serdar Karayel, Dr. Öner Aksu

### ÖZET

**Amaç:** Opere edilen 58 endometrium kanseri olgusunun tanı ve tedavi açısından retrospektif değerlendirilmesidir.

**Materyal ve Metot:** Olguları Ocak 2001-Şubat 2006 arasında Kliniğimizde tanı ve tedavi olmuş 58 endometrium kanseri oluşturdular.

**Bulgular:** Olguların yaş ortalaması  $60.8 \pm 13.2$  (25-85 yaş) idi. Histopatolojik alt gruplara bakıldığında birinci sıklıkta 45 olgu ile endometrioid adenokarsinom (%77.7) görülürken sonra sırayla 5 olgu ile seröz papiller karsinom (%8.6), 7 olgu ile clear cell komponentli mikst adenokarsinom (%12), 1 olgu ile küçük hücreli seröz karsinom (%1.7) görülmekteydi. Cerrahi evrelemede olgular en sık 18 (%38.3) olgu ile Evre Ib olarak tesbit edilirken, grade'leri tarandığında en sık 36 (%60) olgu ile grade 2 izlenmekteydi. Hastaların tanı aşamasında transvaginal ultrasonografi ile ölçülen endometrial kalınlıkları ortalama  $15.9 \pm 4.95$  (5-36 mm) ve CA 125 değerleri  $92.6 \pm 258.9$  (4.4-1566 U) idi. Postoperatif dönemde 16 (%28.3) olguya adjuvan radyoterapi yapılırken, 6 (%13.3) olguya ise adjuvan kemoterapi uygulandı. Ortalama takip süresi  $15.6 \pm 5.2$  (1-43) ay olan olguların 5'i (%8.3) kaybedildi.

**Sonuçlar:** Endometrium Kanseri tanı konulduktan sonra uygulanan tedaviye, tümörün histopatolojik tipi, grade ve myometrial invazyon gibi faktörlere bağlı olarak prognoz değişkenlik gösterir.

**Anahtar Kelimeler:** Endometrium kanseri, histopatolojik tanı ve tedavi.

### ABSTRACT

**Objective:** The evaluation of 58 operated endometrial cancer patients by means of diagnosis and treatment.

**Material and method:** The cases were 58 endometrium cancer patients that were diagnosed and treated in our clinic between January 2001 and February 2006.

**Results:** The median age was  $60.8 \pm 13.2$  (25-85 years of age). Considered to due to histopathologic subgroups, the most common was endometrioid adenocarcinoma with 45 cases (%77.7) followed by 5 cases of serous papillary carcinoma (%8.6), 7 cases of mixed adenocarcinoma with clear cell component (%12) and 1 case of small cell carcinoma (%1.7). Surgical staging revealed the most common stage to be stage Ib1 (%38.3 of cases) and when patients screened for their grades, %60 (36) of cases found to be Grade II. The median endometrial thickness measured by transvaginal ultrasonography was 15.9 mm (5-36 mm). The estimated mean Ca 125 value was 92.6 U (4.4-1566). In the postoperative period, 17 (%28.3) of cases were treated with adjuvant radiotherapy and 8 (%13.3) of them were treated with adjuvant chemotherapy. The median follow up period was  $15.6 \pm 5.2$  (1-43) months. Five (%8.3) of cases were died in follow up period.

**Conclusion:** The prognosis of endometrium cancer patients vary due to the treatment, the histopathologic type, grade and the level of myometrial invasion.

**Key Words:** Endometrium cancer, histopathologic grade, treatment, prognoz.

### GİRİŞ

Endometrium kanseri kadın genital organlarının en sık ve akciğer, meme, barsak kanserlerinin ardından kadınlarda dördüncü en sık rastlanan kanser olup, kanser ölümlerinin ise yedinci en sık sebebidir (1). Her yıl dünyada 142000 kadına endometrium

kanseri tanısı konulmakta ve tahmini olarak 42000 kadın endometrium kanserinden ölmektedir. Postmenapozal dönemdeki kadınların hastalığıdır ve en yüksek insidans 60'lı yaşlara denk gelmektedir. Endometrium kanseri, normal, hiperplazik veya atrofik endometriumda oluşabilir. Hormon replasman tedavileri, anovuluar sikluslar ve östrojen salgılayan tü-

Geliş tarihi: 26/01/2007

Kabul tarihi: 02/06/2008

Haydarpaşa Numune Eğitim ve araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İSTANBUL

İletişim: Dr. Nurettin AKA

Feneryolu Mahallesi Hüseyinpaşa Sokak No: 32/7 A Blok Kaptan Apartmanı Kadıköy/İSTANBUL

E-posta: nurettinaka@hotmail.com

mörler gibi karşılanmamış östrojeneler kanser riskini arttırlar. Ayrıca obezite, diyet, erken menarş ve geç menapoz yaşı, nulliparite, hipertansiyon, diabetes mellitus, tamoksifen kullanımı, pelvik radyoterapi, karaciğer ve safra kesesi hastalıkları ve aile anamnezi önemli risk faktörleri arasında sayılabilir (2). Bu tümörler erken dönemde kanama başta olmak üzere pek çok semptomla yol açtığından erken tanısı mümkündür. Tanı yöntemi olarak transvaginal ultrasonografi (TVUSG), tümör belirteçleri ve fraksiyone küretajın büyük önemi vardır (3,4). Erken evrelerde radikal cerrahi olmaksızın tedavi edilebilmelerine rağmen tümörün histopatolojik tipi, evresi ve bazı prognostik faktörler göz önüne alınarak operasyon sonrası radyoterapi, kemoterapi ve hormon tedavisi gibi adjuvan tedavi yöntemleri hakkında çalışmalar devam etmektedir. Biz de bu çalışmada kliniğimizde opere edilen 58 endometrium kanseri olgusunu kullanılan tanı ve tedavi yöntemlerini, takip sürelerini, postoperatif bulgularla karşılaştırıp tanı yöntemlerinin güvenilirliğini inceleyerek literatür bilgileri eşliğinde tartıştık.

## MATERYAL VE METOD

Ocak 2001-Şubat 2006 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde tanı ve tedavi olarak takip edilmiş 58 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Endometrium kalınlığının değerlendirmesinde Hitachi eub 515A marka 6.5 MHz frekanslık vaginal prob kullanıldı. Fraksiyone küretaj materyalleri Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniğinde değerlendirildi. Olguların yaşları, gravida, pariteleri, infertilite hikayeleri, özgeçmişlerindeki hipertansiyon ve diabetes özellikleri, endometrium kalınlıkları, tümör belirteçleri, operasyon tipleri, histopatolojik tanıları, evre ve gradeleri, postoperatif dönemde adjuvan tedavi alıp almadıkları, almış iseler çeşidi (radyoterapi ya da kemoterapi), takip özellikleri ve ölüm oranları kaydedildi. Ortalama değerlerin farkının anlamlılığının karşılaştırılmasında parametrik olarak student t test ve nonparametrik olarak Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi ve Fisher's Exact Ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel olarak hesaplanan p değeri 0.05 değerinin altında anlamlı kabul edildi.

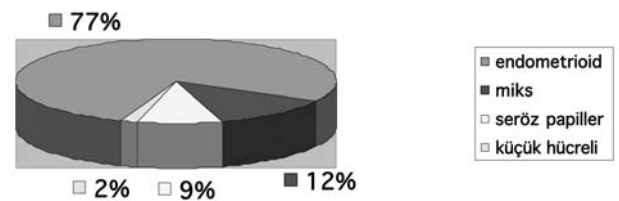
## SONUÇLAR

Opere edilen 58 endometrium kanseri olgularının histopatolojik tanılarının dağılımına bakıldığında en sık görülen alt grubun 45 olgu (%77.7) ile endometrioid tip adenokarsinom olduğu görüldü. Olguların histopatolojik tanılarına göre dağılımı Resim 1'de gösterildi

Olguların genel yaş ortalaması  $60.8 \pm 13.2$  (25-85) idi. Histopatolojilerine göre yaş dağılımı Tablo 1'de gösterilmektedir. Endometrioid tip adenokarsinom ve seröz papiller tip tümör olguları arasındaki yaş farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0.023$ ). Olgular risk faktörleri olarak bilinen hipertansiyon ve diabetes açısından sorgulandıklarında 11 olgunun (%18.3) hipertansiyon ve 11 olgunun (%18.3) diabetes tanısı ile takip edilip tedavi aldıkları saptandı. Olguların hipertansif olmasının tümörün erken (I-II) ya da geç (II-I-IV) evre olması ( $p=0.631$ ) ile grade'inin düşük (I-II) ya da yüksek (III) olmasını ( $p=1.000$ ) etkilemediği tesbit edildi. Yine olguların diabetes hastası olmasının tümörün evresini ( $p=1.000$ ) ve grade'ini ( $p=1.000$ ) etkilemediği bulundu.

Demografik parametrelerden biri olarak olguların gravida ve pariteleri dökümente edildi. Tüm endometrium kanseri olgularında ortalama gravida  $4.9 \pm 3.5$  (0-18) ve parite  $3.5 \pm 2.7$  (0-13) idi. İnfertilite 3 (%5) hastada mevcuttu. Olguların tüm demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

En önemli tanı yöntemi olarak kullanılan fraksiyone küretaj 56 olguya uygulandı ve materyallerin histopatolojik sonuçları incelendi. Olguların 47'sinde (%84.1) karsinom gelirken, 7 olguda (%12.5) atipili kompleks hiperplazi, 1 olguda (%1.7) atipisiz kompleks hiperplazi, 1 olguda (%1.7) endometrial polip



Resim 1—Endometrium tümörlerinin histopatolojik tiplerine göre dağılımı.

**Tablo 1**—Endometrium Kanseri Olgularının Demografik Özellikleri

	Toplam (n = 58)	Endometrial Tümör (n = 45)	Seröz Papiller Tümör (n = 5)	Clear Cell AdenoCa (n = 7)	Küçük Hücreli Seröz Ca (n = 1)
Yaş	60.8 ± 13.2	60.6 ± 12.4	73.0 ± 5.8	62.3 ± 7.5	71
Gravida	4.9 ± 3.5	5.2 ± 3.3	3.5 ± 4.7	5.5 ± 2.1	14
Parite	3.5 ± 2.7	3.8 ± 2.8	2 ± 2.8	5 ± 1.4	6
Hipertansiyon	11 (%18.3)	9 (%19.5)	0	2 (%66.6)	0
Diabet	11 (%18.3)	8 (%17.3)	1 (%20)	1 (%33.3)	0
İnfertilite	3 (%5)	1 (%2.1)	1 (%20)	0	0

tesbit edildi. Yanlış negatif olan bu 9 olgunun postoperatif tanuları endometrioid adenokarsinom olarak bildirildi.

Olguların tamamında TVUSG ile endometrial line ölçüldü ve ortalama  $15.9 \pm 4.9$  (5-36) mm bulundu. Endometrioid adenokarsinomlarda endometrial line  $12.3 \pm 5.1$  (5-22) ölçülürken diğer alt gruplarda  $35.3 \pm 0.6$  (35-36) ölçüldü ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0.006$ ).

Olgulara tümör belirteci olarak CA 125 seviyeleri preoperatif ölçüldü. 58 olguda CA 125 seviyesi ortalama  $92.6 \pm 258.9$  (4.4-1566) U idi. Endometrioid tip adenokarsinomların CA 125 değerleri  $89.8 \pm 291.3$  (4.4-1566) iken bu değer seröz papiller karsinomlarda  $111.2 \pm 129.7$  (19.5-203) ve diğer tümörlerde  $99.1 \pm 123.0$  (6.8-358) tesbit edildi. Endometrioid adenokarsinomların CA 125 değeri, seröz papiller tümör ve diğer tümörlerle karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p=0.435$ ).

Opere edilen olguların 48'inde (%82.8) total abdominal histerektomi+ bilateral salpingooforektomi ile beraber batın yıkama sıvısı örnekleme+ diafragma sürüntüsü+ omentektomi+ apendektomi+ pelvik lenf nodu disseksiyonunu kapsayan evreleme cerrahisi, 9 olguda (%15.5) sadece total abdominal histerektomi + bilateral salpingooforektomi, bir olguda (%1.7) vaginal histerektomi uygulandı. Lenfadenektomi yapılan 48 olguda selektif lenfadenektomi (örnekleme) tercih edildi ve beş olguda pozitif saptandı. Çıkarılan lenf nodu sayısı ortalama  $8.8 \pm 7.3$  (0-32) idi.

Cerrahi evrelemede en sık 18 olgu (%38.3) ile Evre 1b tesbit edilirken, ikinci sıklıkta 12 olgu (%23.3) ile Evre 1c yer alıyordu. Mesane, rektum ya da uzak metastazı (Evre IV) olan olgumuz yoktu. Olguların cer-

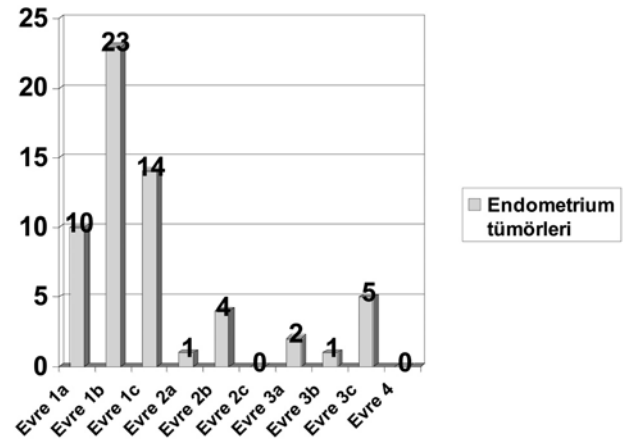
rahi evrelerine göre dağılımı Şekil 2'de gösterilmiştir.

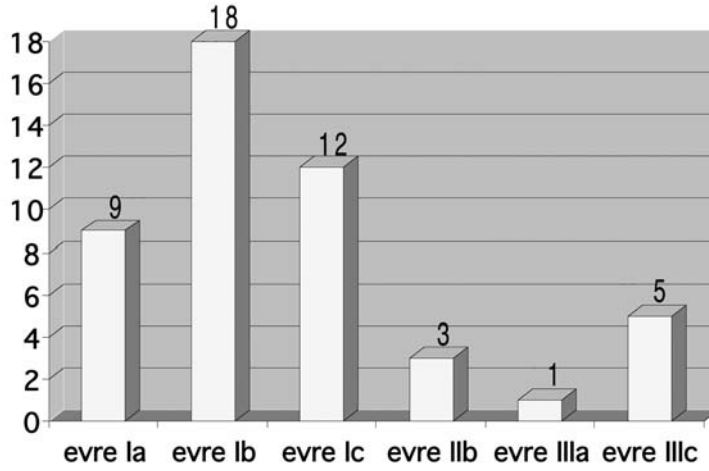
Olguların grade'leri tarandığında en sık 36 (%60) olgu ile grade 2 izlenirken, bunu 12 olgu ile grade 2 ve 10 olgu ile grade 3'ün izlediği saptandı. Olguların grade'lerine göre dağılımları Resim 3'de verilmiştir.

Postoperatif patolojik incelemede 4 olguda (%6.7) tümör sadece endometriumda sınırlı bulunurken, 31 olguda (%53.3) tümör invazyonu myometriumun  $1/2$ 'sinden az ve 23 olguda (%40) invazyon derinliği myometriumun  $1/2$ 'sinden fazla saptandı. Lenf nodu pozitifliği 5 olguda (%6.6), pozitif peritoneal sitoloji 6 olguda (%10) saptandı.

*Olguların preoperatif tanı yöntemleri cerrahi evrelerine göre değerlendirildiğinde:*

CA125 değeri ortalaması erken evre (Evre I-II) hastalarda  $34.3 \pm 35$  (4.4-122.4) ve ileri evre (Evre III-IV) hastalarda  $350.9 \pm 546.5$  (19.5-1566) idi. CA 125 değerleri farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu

**Resim 2**—Olguların cerrahi evrelerine göre dağılımı.



Resim 3—Olguların grade'lerine göre dağılımı.

( $p=0.002$ ). Grade'ler göz önüne alındığında düşük grade'li (Grade I-II) olgularda CA 125 değeri  $87.6 \pm 286.4$  (4.4-1566) iken yüksek grade'li (Grade III) olgularda bu değer  $109.1 \pm 111.7$  (6.8-358) idi. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p=0.110$ ). Postoperatif dönemde saptanan myometrial invazyon derinliği ve preoperatif CA 125 değerlerine bakıldığında myometrial invazyonun  $1/2$ 'den az olan olguların preoperatif CA 125 değerleri ortalaması  $21.1 \pm 16.1$  (4.4-74.7) iken myometrial invazyonu  $1/2$ 'den fazla olan olgularda bu değer  $196.9 \pm 389.3$  (13.4-1566) ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0.001$ ).

Preoperatif dönemdeki TV USG ile ölçülen endometrial kalınlık düşük grade'li olgularda  $13.7 \pm 7.1$  (5-35) olarak bulunurken yüksek grade'li olguların endometrial kalınlıkları  $33.3 \pm 3.7$  (29-36) idi ve bu iki grup karşılaştırıldığında endometrial kalınlıklar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0.025$ ) Diğer bir parametre olarak myometrium invazyonu postoperatif olarak  $1/2$ 'den az olan vakaların preoperatif ölçülen endometrial kalınlıkları  $13.9 \pm 7.1$  (6-35) iken, myometrium invazyonu  $1/2$ 'den fazla olan vakalarda bu değer  $24.8 \pm 12.9$  (5-36) idi ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. ( $p=0.136$ ) Yaş, CA 125 ve endometrial kalınlık değerlerinin prognostik faktörler olan grade ve myometrium invazyon derinliği ile ilişkisi Tablo 2'de gösterilmiştir.

Myometrium invazyon derinliği, histolojik grade ve pelvik lenf nodu pozitifliği arasındaki ilişki incelendiğinde lenf nodu pozitifliği olan %6.6 hasta diliminin tamamının grade III ve myometrium invazyonu  $1/2$ 'den fazla olduğu görülmektedir.

Postoperatif dönemde ek tedavi almayan hasta sayısı 36 (%58.4) iken. Radyoterapi alan hasta sayısı 16 (%28.3), kemoterapi alan hasta sayısı 6 (%13.3) ve hem kemoterapi hemde radyoterapi alan hasta 1 tane idi. İleri evre endometrioid tip adenokarsinomu olan bir olguda hem radyoterapi, hemde seröz papiller tümörü olan beş ve küçük hücreli seröz karsinomu olan bir olguyla birlikte 6 kür carboplatin + paklitaksel'den oluşan kemoterapi protokolü uygulandı.

Kliniğimizde opere edilen 58 olgudan 42 (%70) tanesinin takipleri kliniğimizde halen devam ederken, 16 olgu kontrollerine gelmemişlerdir. Olguların takip süreleri 1-43 ay arasında olup, ortalama  $15.6 \pm 5.2$  aydır. Takipler süresince ex olan 4 olgudan üç tanesi seröz papiller ve bir olgu da ileri evre endometrioid adenokarsinom idi. Bunlardan iki seröz papiller karsinomlu olgularda adjuvan kemoterapi ile ileri evre endometrioid adenokarsinom tanılı olguda adjuvan radyoterapi ve kemoterapi uygulanmıştı ve ortalama postoperatif yaşam süreleri  $16.9 \pm 10.2$  (4-43) ay olarak saptandı.

## TARTIŞMA

Endometrium kanserleri, tanısının erken konması ve uygun tedavi edilmeleri halinde prognozları ol-

**Tablo 2—Yaş, CA 125, TVUSG'de Ölçülen Endometrial Kalınlığın Grade ve Myometrial İnvazyonla İlişkisi**

	Grade			Myometrial İnvazyon		
	Grade 1,2	Grade 3	P=	1/2'den az	1/2'den fazla	P=
Yaş (Yıl)	61.1±11.9	59.8±17.6	0.774	59.1±12.3	64.5±12.1	0.10
CA 125 (IU/ml)	87.6±286.4	109.1±111.7	0.110	21.1±16.1	196.9±389.3	0.01
Endometrial Kalınlık (mm)	13.7±7.1	33.3±3.7	0.025	13.9±7.1	24.8±12.9	0.13

dukça iyi seyretmektedir. Tanı yöntemleri ve özellikle postoperatif dönemde değişen evrelere göre kullanılacak adjuvan tedaviler konusunda araştırmalar devam etmektedir. Çalışmamızı oluşturan 58 olguluk Endometrium kanser serimizin, düşük örnek sayısına rağmen epidemiyolojik risk faktörleri, tanı yöntemlerinden CA 125, TVUSG ve endometrial örneklemenin kullanımı ve sonuçlarının, postoperatif bulgularla karşılaştırılması, tedavide cerrahi, radyoterapi ve kemoterapinin yeri konusunda fikir vereceğini düşünüyoruz.

Demografik özelliklerden yaş göz önüne alındığında endometrium kanserlerinin %75'i 50 yaşın üzerinde ve ortalama 60 yaş civarında görüldüğü bilinmektedir (1,2). Bizim çalışmamızı oluşturan olgularımızın yaş ortalaması 60.8 olarak saptandı ve literatürle uyumlu olduğu görüldü.

Endometrial kanserlerinin büyük bir bölümünün nedeni dengelenmemiş östrojen uyarımıdır. Doğum yapmış kadınlara göre nulliparlarda risk iki kat artar. Ayrıca infertilite ve anovuluar sikluslar da riski arttıran diğer faktörlerdir. (2-4). Bir çalışmada 30 yaş altı olguların tamamına yakınının infertil olduğu bildirilmiştir (5). Bizim olgularımızdaki infertilite oranı %5 olarak tesbit edildi.

Metabolik problemler göz önüne alındığında hipertansiyon, diabet, obezite ve koroner arter hastalığının endometrium kanseri riskini arttırdığı bilinmektedir (6-7). Çalışmamızı oluşturan olgularda saptanan %18.3'lük hipertansiyon ve %18.3'lük diabet oranının normal popülasyonun üstünde olması bu gerçeğe işaret eder.

Endometrium kanserinde preoperatif tanı yöntemleri olarak tümör belirteci, TVUSG ve endometrial örneklemenin yeri tartışılmazdır. Tümör belirteci olarak kullanılan CA 125 seviyesinin yüksekliği yapı-

lan çalışmalarda yüksek metastatik potansiyel, artmış pelvik lenf nodu pozitifliği riski ile korele bulunurken survi için bağımsız risk faktörü olarak bildirilmektedir (8-10). Bizim lenf nodu metastazı olan olgularımızın CA 125 değeri  $175.8 \pm 110.7$  idi ve bu değer lenf nodu negatif olan olguların CA 125 değerlerine göre anlamlı yüksek olduğu görüldü ( $p=0.001$ ). Ayrıca myometrial invazyon derinliği fazla olan olgularda CA 125 seviyelerinin anlamlı derecede yüksek olması, bazı çalışmaların tersine CA 125 seviyesinin preoperatif sadece lenf nodu metastazının değil, myometrial invazyonun tahmini için de kullanılabilceğini göstermektedir (11).

Yapılan çalışmalar TVUSG'nin endometrial kanser taramasında güvenilir bir metod olarak kullanılabilceğini ancak şüpheli patolojik değişikliklerde endometrial örnekleme ile beraber kullanılmasının sensitiviteyi arttıracığını göstermektedir (12). Bu anlamda TVUSG kullanımı küretaj gerekecek vakaların seçiminde ön tetkik olarak önemli rol oynar (13). Olgularımızın tamamında TVUSG ile endometrial line ölçüldü ve endometrioid adenokarsinomlarla diğer alt gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p=0.006$ ), TVUSG'de ölçülen endometrial kalınlık ile tümörün grade'i arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ( $p=0.025$ ) (14-16).

Endometrial örneklemenin kanser tanısı koymadaki tanısallık doğruluğu literatürlerde % 90-98 olarak bildirilmiştir (17). Bizim çalışmamızda ise bu oran %84 olarak bulunmuştur. Şüpheli olgularda yapılan endometrial örneklemenin pozitif çıkması hastalık ihtimalini arttırırken negatif sonuç hastalık ihtimalini yok etmez (18). Bizim 9 olgumuzda olduğu gibi negatif sonuçta da semptomlar sürerse ileri araştırma yapılmalıdır. Endometrial örneklemede atipili endometrial hiperplazi tanısı özel bir önem arzeder. Bu olgular

da bizim 7 olgumuzda olduğu gibi kanser ihtimalinin göz önüne alınarak, yapılacak histerektomi ile erken evrede tedavi edilebilecek kanser olgularının gözden kaçmamasını sağlar (19-21).

Tedavide her evrede en önemli faktör cerrahidir. Cerrahi sırasında total abdominal hysterektomi+ bilateral salpingooferektomi, pelvik lenf adenektomi, omentumdan biyopsi ya da çıkartılması, peritoneal sitoloji ve gerekirse multipl biyopsiler yapılmalıdır. İleri evrelerde sitoreduktif cerrahi gereklidir. Erken evrede aynı işlemler laparoskopik olarak da yapılabilir (22). Lenfadenektominin myometrial invazyon ve grade'e göre yapılması yaygın bir kanı iken pek çok çalışmada da lenf nodu pozitifliği önemli bir prognostik faktör olduğundan doğru evreleme ve doğru prognoz tayini için komplet lenf adenektominin tüm vakalarda yapılması ve örneklemeye tercih edilmesi gerektiği belirtilmektedir (23-25). Biz de 48 olguda total abdominal hysterektomi+ bilateral salpingooferektomi+ evreleme cerrahisi uyguladık. Diğer 10 olguda evreleme cerrahisi yapılmamasının en sık iki nedeni preoperatif endometrial örneklemeye sonuçlarının hiperplazi ya da normal gelmesi (%54.5) ve ileri yaş ile genel durum bozukluğudur (%27.2). Mümkün olan tüm olgularda lenfadenektomi yapılmasını savunurken, 39 Evre I olgusunun 31 tanesine lenfadenektomi yapılmasını, özellikle de bu olgulardan 26 tanesinin grade'inin grade 1 veya 2 olduğu göz önüne alındığında overtreatment olarak değerlendirebiliriz (%55.3). Aynı şekilde ileri evre dört olguya normal endometrial örneklemeye, yaş ve genel durum bozukluğundan dolayı evreleme cerrahisinin yapılmamış olması da undertreatment olarak değerlendirilebilir. Sonuçta tüm endometrium kanseri vakalarına grade ve myometrial invazyon derecesine bakılmaksızın lenf adenektomi, omentektomi ve appendektomi yapılmasının overtreatment oranını yükselttiği görülmektedir.

Literatürde postoperatif dönemde rekürrens riski yüksek olan hastalara pelvik radyasyon önerilir. Evre I veya II olgularda adjuvan radyoterapinin lokal rekürrensi azalttığı gösterilmiş olmakla birlikte surviyi arttırdığı gösterilememiştir (24,26). Bizim çalışmamızda adjuvan tedavi olarak 16 olguya (%28.3) radyoterapi, 5 seröz papiller karsinom ve 1 küçük hücreli seröz karsinom olgularında kemoterapi uygulandı.

Olgularımızda grade'in myometrial invazyon ve lenf nodu tutulumu ile (Tablo 3) ilişkili olduğunu saptadık. Vaka sayımızın azlığı ve ortalama takip süremizin 15.6±5.2 ay olması, 5 yıllık survi vermek için yeterli değildir. Ancak endometrium kanserlerinde tümörün histopatolojik çeşidi, grade'i ve myometrial invazyon derinliğinin prognoz üzerinde önemli faktörler olduğu söylenebilir.

## KAYNAKLAR

1. Amont F, Moermon P, Neven P, Timmerman P, Von Limbergen E, Verhoge I. Endometrial Cancer. *Lancet* 2005; 366(9484):491-505.
2. Soliman PT, Oh JC, Schmeler KM, Sun CC, Slomowitz Bm, Gershenson DM, Burke TW, Lu KH. Risk factors for young premenopausal women with endometrial cancer. *Obstet Gynecol*, 2005;105(3):575-80.
3. Xu WH, Xiang YB, Ruan ZX: Menstrual and reproductive factors and endometrial cancer risk: Results from a population-based case-control study in urban Shanghai. *Int J Cancer*. 2004;10;108(4):613-9.
4. Hinkula M, Pukkula E, Kyyronen P: Grand multiparity and incidence of endometrial cancer: a population-based study in Finland. *Int J Cancer*. 2002;20;98(6):912-5.
5. Bakhidze EV, Chepik OF, Maksimov SI: Frequency of infertility in endometrial cancer. *Vopr Onkol*. 2002;48(2): 251-4.
6. Furberg AS, Thune I: Metabolic abnormalities (hypertension, hyperglycemia and overweight), lifestyle (high energy intake and physical inactivity) and endometrial cancer risk in a Norwegian cohort. *Int J Cancer*. 2003;10;104 (6): 669-76.
7. Silvera SA, Rohon TE, Jain M, Terry PD, Hawe GR, Miller AB: Glycaemic index, glycoemic load and risk of endometrial cancer a prospective cohort study. *Public Health Nutr*. 2005;8(7):912-9.
8. Yamazawa K, Hirashiki K, Usui H, Mitsuhashi A, Matsui H, Sekiya S. Discordance between serum level and tissue immunohistochemical staining of CA 125 in endometrioid adenocarcinoma of the uterine corpus. *Int J Gynecol pathol*. 2005;24(3):254-9.
9. Kukura V, Zovko G, Ciglar S: Serum CA 125 tumor marker in endometrial adenocarcinoma. *Eur J Gynaecol Oncol* 2003;24(2):151-3.
10. Todo Y, Sakuragi N, Nishida R: Combined use of magnetic resonance imaging, CA 125 assay, histologic type, and histologic grade in the prediction of lymph node metastasis in endometrial adenocarcinoma. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188(5):1265-72.
11. Santala M, Talvensaari-Mattila A: Peritoneal cytology and preoperative serum CA 125 level are important prognostic indicators of overall survival in advanced endometrial cancer. *Anticancer Res*. 2003;2(3C):3097-103.

12. Sawicki W, Spiewankiewicz B, Stelmachow J: The value of ultrasonography in preoperative assesment of selected prognostic factors in endometrial cancer. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2003;24(3-4):293-8.
13. Gull B, Karlsson B, Milsom: Can ultrasound replace dilatation and curettage A longitudinal evaluation of postmenopausal bleeding and transvaginal sonographic measurement of the endometrium as predictors of endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188 (2) 401-8.
14. Ruangvutilert P, Sutantawibul A, Sunsaneevithayakul P, Boriboonhirunsarn D, Chuenchom T. Accuracy of transvaginal ultrasound for the evaluation of myometrial invasion in endometrial carcinoma. *J Med Assoc Thai.* 2004;87(1):47-52.
15. Peng P, Shen K, Lang J: Evaluation of myometrial invasion in endometrial carcinoma. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2002;37(11):679-82.
16. Kose G, Aka N, Api M: Preoperative assessment of myometrial invasion and cervical involvement of endometrial cancer by transvaginal ultrasonography. *Gynecol Obstet Invest.* 2003;56(2):70-6.
17. Dijkhuizen FP, Mol BWJ, Brolmann Ham et al: The accuracy of endometrial sampling in the diagnosis of patients with endometrial carcinoma and hyperplasia: a metaanalysis. *Cancer* 2000;89:1765-72.
18. Trimble CL, Kauderer J, Zaino R, Silverberg S, Lim PC, Burke JJ 2nd, Alberts D, Curtin J. Concurrent endometrial carcinoma in women with a biopsy diagnosis of atypical endometrial hyperplasia: a Gynecologic Oncology Group study. *Cancer* 2006;106(4):812-9.
19. Valenzuela P, Sanz JM, Keller J: Atypical endometrial hyperplasia: grounds for possible misdiagnosis of endometrial adenocarcinoma. *Gynecol Obstet Invest.* 2003;56 (3):163-7.
20. Kimura T, Kaiura S, Komoto T: Clinical over- and underestimation in patients who underwent hysterectomy for atypical endometrial hyperplasia diagnosed in endometrial biopsy: the predictive value of clinical parameters and diagnostic imaging. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003;10;108 (2)213-6.
21. Keys HM, Roberts JA, Brunetto VL, Zaino RJ, et al: A phase III trial of surgery with or without adjunctive external pelvic radiation therapy in intermediate risk endometrial adenocarcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 2004;92(3):744-51.
22. Yenen MC, Dilek S, Dede M: Pelvic-paraaortic lymphadenectomy in clinical Stage I endometrial adenocarcinoma: a multicenter study. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2003;24 (3-4):327-9.
23. Saygili U, Kavaz S, Altinyurt S: Omentectomy, peritoneal biopsy and appendectomy in patient with clinical stage I endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer.* 2001;11(6):471-4.
24. Lapinska-Szumczyk S, Emerich J: Clinical value of pelvic lymphadenectomy in surgical treatment of endometrial cancer. *Ginekol Pol.* 2002;73(11):976-9.
25. Hanf V, Gunthert AR, Emons G: Endometrial cancer. *Onkologie.* 2003 Oct;26 (5): 429-36.
26. Labastida R, Dexeus S, Fabregas R: Endometrial cancer: factors affecting survival. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2003;24 (5): 381-3.