

# ERKEN EVRE SERVİKS KANSERİNDE LAPAROSKOPİK PARAMETREKTOMİ İLE ASİSTE RADİKAL VAJİNAL TRAKELEKTOMİ

Dr. Fatih Güçer<sup>1</sup>, Dr. Nuri Ceydeli<sup>1</sup>, Dr. Ebru Işık<sup>2</sup>, Dr. Zeynep Yılmaz<sup>1</sup>, Dr. Özlem Yapıcıer<sup>3</sup>

## ÖZET

**Giriş:** Doğurganlığını korumak isteyen erken evre servikal kanserli genç bir hastaya yapılan laparoskopik pelvik lenf nodu diseksiyonu ve laparoskopik parametrektomi ile asiste edilen radikal vajinal trakelektomi olgusunun sunumu

**Olgu Sunumu:** 33 yaşında anormal servikal sitoloji nedeniyle konizasyon yapılmış olan nulligravid hasta kliniğimizde görüldü. Histopatolojik incelemede grade 3 servikal skuamöz hücreli karsinom mevcuttu. Hastanın doğurganlığını korumak istemesi nedeniyle, aydınlatılmış onamın alınmasını takiben, hastaya laparoskopik pelvik lenf nodu diseksiyonu ve laparoskopik parametrektomi ile asiste edilen radikal vajinal trakelektomi uygulandı. Hasta postoperatif 4. günde taburcu edildi. Oniki aylık takipte hastada rekürrens görülmedi.

**Sonuç:** Serviks kanserinde, fertilitate koruyucu cerrahi yaklaşımlar abdominal ya da vajinal yolla yapılabilir. Vajinal cerrahinin abdominal cerrahiye göre birçok avantajı vardır ancak jinekolojik onkologların daha az vajinal cerrahi yapmalarından dolayı, belirli bir öğrenme süreci ve bu cerrahi ile uğraşan birinin yanında eğitim gerektirir.

Erken evre servikal kanserde fertilitate koruyucu cerrahi laparoskopik asistans ile de yapılabilir. Türk tıp dizini ve Pubmed'de yaptığımız araştırma sonuçlarına göre, bu olgu laparoskopik parametrektomi ile asiste radikal vajinal trakelektomi yapılan ilk olgudur.

**Anahtar Kelimeler:** Erken Evre Serviks CA; Radikal Vajinal Trakelektomi; Laparoskopik.

## ABSTRACT

**Objective:** To present a young patient with an early stage cervical cancer and fertility desire who underwent vaginal radical trachelectomy assisted by laparoscopic parametrectomy and pelvic lymph node dissection.

**Case:** 33-years old nulligravida was seen at our department. She had a preceding conization due to the abnormal cervical cytology. Histopathologic examination of conization material showed poorly differentiated cervical squamous cell cancer. After detailed information, according to patient's desire for fertility sparing treatment, vaginal radical trachelectomy assisted by laparoscopic parametrectomy and pelvic lymph node dissection has been performed without complications. Patient has been discharged at the fourth post-operative day. In 16 months follow up no recurrence has occurred.

**Conclusion:** Regarding cervical cancer, in the last decade fertility sparing surgical approach has gained popularity, which can be performed by abdominal or vaginal route. Vaginal surgery has major advantages over the abdominal surgery but oncologists generally prefer abdominal surgery to vaginal surgery. It's sure that gynecologic oncologic vaginal surgery requires a learning curve and a training by an expert.

Fertility saving conservative surgery in patients with early stage cervical cancer can also be performed with laparoscopic assistance. To our best knowledge, this is the first case report which has been treated by vaginal radical trachelectomy assisted by laparoscopic parametrectomy and pelvic lymph node dissection.

**Key Words:** Early Stage Cervical Cancer; Radical Vaginal Trachelectomy; Laparoscopy.

Geliş tarihi: 08/09/2012

Kabul tarihi: 02/10/2012

<sup>1</sup>Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi, Kadın Sağlığı Kliniği, Gebze, Kocaeli

<sup>2</sup>Özel Universal Çamlıca Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

<sup>3</sup>Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi, Patoloji Kliniği, Gebze, Kocaeli

İletişim: Dr. Fatih Güçer

Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Cumhuriyet Mahallesi 2255 Sokak No:3 Gebze 41400 Kocaeli

Tel: 44 44 276

E-Posta: fatih.gucer@anadolusaglik.org

## Giriş

Dünya’da her yıl yaklaşık 500.000, Türkiye’de ise 1500 yeni servikal kanser vakası saptanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde servikal kanser tarama programları hastalığın insidansını belirgin olarak azaltmış olmakla birlikte, serviks kanseri tüm jinekolojik kanser ölümleri içinde, dünya çapında halen ilk sırada yer almaktadır.

Over ve endometrium kanserlerinden farklı olarak, servikal kanser daha genç yaşların hastalığıdır (1). Türkiye’ye ait bir veri bulunmamakla birlikte, Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere’de, serviks kanserli hastaların sırasıyla %43 ve %45’i 45 yaşın altındaki vakalardır (2).

Serviks kanserinin tedavisi açısından bakıldığında, kadınların doğurganlık yaşlarındaki yıllar içindeki değişim önem kazanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde 10 yıl arayla yapılan 2 epidemiyolojik çalışmada, 35-39 yaş arası doğumlarda %31, 40-45 yaş arası doğumlarda %51 artış izlenmiştir (2). Aynı zamanda 35-39 yaş arası ilk doğumunu yapan kadınların oranında %28’lik artış dikkat çekicidir (2).

Serviks kanserinin klasik tedavisinde, erken evrelerde radikal histerektomi veya radyoterapiye eş zamanlı kemoterapi uygulanmaktadır. Bu yöntemler ile üreme yeteneği geri dönüşümsüz olarak kaybolmaktadır. Doğurganlığın ileri yaşlara ertelenmesiyle birlikte, gerek yurt dışında gerek ülkemizde kanser tedavisi uygulanan merkezlerde, evre I ve evre IIa hastalıkta radikal trakelektomi gibi fertilitate koruyucu yaklaşımlar (radikal vajinal trakelektomi, radikal abdominal trakelektomi gibi) gündeme gelmiştir. Ancak bugüne kadar laparoskopik parametrektomi ile asiste edilmiş olan radikal vajinal trakelektomi rapor edilmemiştir.

Bu makalede, evre IB1 serviks kanseri tanısı almış olan ve fertilitate koruyucu cerrahi isteği olan bir hastada, ilk defa kendi kliniğimizde gerçekleştirilmiş olan laparoskopik parametrektomi ile asiste radikal vajinal trakelektomi olgusu sunulmaktadır.

## OLGU SUNUMU

32 yaşında G0P0 hasta, Bulgaristan’da servikal kanser teşhis edilmiş olması nedeniyle hastanemize başvurdu. Hastanın öyküsü incelendiğinde, vajinal kanama şikayeti ile başvurduğu klinikte önce servikal biyopsi alındığı, daha sonrasında konizasyon yapıldığı görüldü. Konizasyon materyalinin histopatolojik incelemesinde kötü diferansiye servikal skuamöz

hücreli karsinom saptandığı anlaşıldı. Hastanemizin patoloji bölümünde konizasyon preparatlarının yeniden yapılan değerlendirilmesinde, histopatolojik tanı doğrulandı. Hastanın yapılan PET/CT incelemesinde ve alt batin manyetik rezonans görüntülemesinde herhangi bir yerde malign doku düşündürülen metabolik aktivite veya rezidüel tümör izlenmedi.

Hastaya tedavi şekli olarak radikal histerektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonu önerildiğinde, hasta şiddetle konservatif tedavi için başvurduğunu ve radikal bir ameliyatı kabul etmediğini ifade etti. Hastanın bu isteğinden dolayı, tüm riskler ve yöntemlerin başarısızlık oranları anlatılıp, aydınlatılmış onam alınarak hastaya laparoskopik asistans ile radikal vajinal trakelektomi ve pelvik lenfadenektomi planlandı.

Operasyona laparoskopik olarak başlandı ve pelvik lenfadenektomi yapıldı, lenf nodları frozen inceleme için patolojiye gönderildi (Tablo 1). Bu sırada mesane vajenden diseke edildi ve anterior parametrium disseke edilip ureterler mesaneye giriş noktalarına kadar serbestleştirildi. Takiben rektum vajenden alt 1/3’lük kısma kadar ayrıldı. Frozen inceleme sonucunda lenf nodlarının negatif olduğunun tespit edilmesi üzerine, operasyonun vajinal kısmına geçildi. Allis klempeleri ile vajen mukozası üst 1/3 vajende tutularak vajen manşeti oluşturuldu ve vajen yaprakları, muhtemel rezidü tümör dokusunun peritoneal

**Tablo 1—Laparoskopik Parametrektomi ile Asiste Radikal Vajinal Trakelektomi Operasyonu Basamakları**

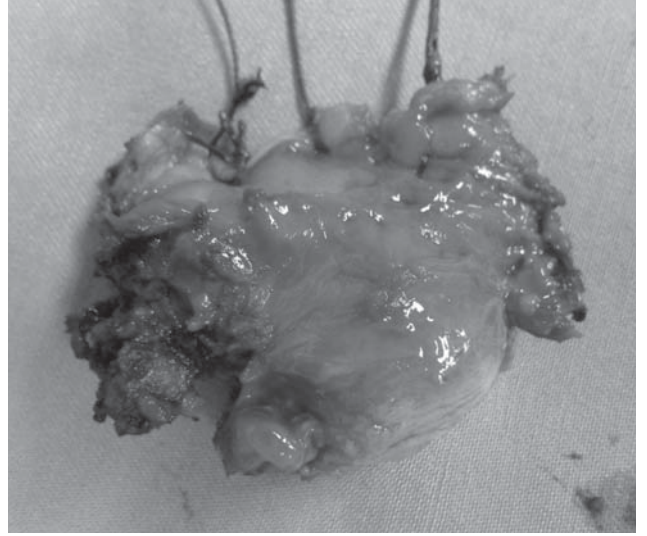
1. Laparoskopik faz
  - Pelvik lenf adenektomi ve frozen
  - Mesane ve ureterlerin tam diseksiyonu
  - Rektumun diseksiyonu
2. Vajinal faz
  - Vajen manşetinin oluşturulması ve vajen yapraklarının üstü üste gelecek şekilde sutürlenmesi (tümör dokusunun peritoneal kavite ilişkisinin önlenmesi amaçlı)
  - Ön ve arka’da peritoneal kaviteye ulaşım
  - Lig. sakrouterinum post. divizyonunun ayrılması
3. Laparoskopik faz
  - Lateral parametrium, parakolpium’un ve posterior parametrium rezeksiyonu
4. Vajinal Faz
  - Üzerinde parametriumlar ve vajen manşeti olan serviks uterusunun rezeksiyonu
  - Frozen inceleme
  - Kalıcı serklaj
  - Isthmus uterusunun vajene dikilmesi

kaviteyle ilişkisinin önlenmesi amaçlı olarak, üst üste gelecek şekilde sütürlendi. Ön ve arkada peritoneal kaviteye ulaşım sağlandıktan sonra, Ligamentum Sakrouterinum'un posterior divizyonu ayrıldı. Daha sonra tekrar laparoskopiyeye geçildi ve lateral parametrium, parakolpium ve posterior parametrium rezeke edildi. Takiben uterusun tüm bağlarının serbestleştirildiğinin görülmesi üzerine, ameliyatta ikinci kez vajinal kısma geçildi ve üzerinde parametriumlar ve vajen manşeti olan serviks uterusun rezeksiyonu yapıldı ve frozen incelemeye gönderildi (Tablo 1). Yapılan frozen incelemede porsiyon uterusun rezidü tümör olmadığı, cerrahi sınırların tamamen temiz olduğunun patoloji tarafından bildirilmesi üzerine, vajen mukozası isthmus uteri üzerine no1 vicryl sütürlerle adapte edildi. Bu işlem esnasında özellikle bir adet 6 numara hegar bujisi isthmus uterusun içerisinde tutuldu ve eksternal os'un açık kalması sağlanmış oldu. İşlemin sonunda vajen mukozası tamamen kapatılmadan evvel 1 numara prolenle profilaktik serklij uygulandı. Uterusa da bir adet 6 numara pediatrik idrar sondası yerleştirilerek, kalıcı olarak bu sondanın bir hafta tutulması planlandı. Takiben tekrar laparoskopi yapıldı, uterusun ve her iki adneksin kanlanmasının normal olduğu, herhangi postoperatif bir kanamanın olmadığı görüldü. Hasta postoperatif dördüncü günde taburcu edildi, uterusun sonda postoperatif 12. günde çekildi. Patolojik değerlendirme için gönderilen 1,5 cm uzunluğunda serviks, 1,7 cm uzunluğunda vajina ve bir tarafta 1,7 cm, diğer tarafta 1,2 cm lateral parametrium içeren trakelektomi spesimeninde ve 43 adet lenf nodunda tümör saptanmadı (Şekil 1). 12 aylık takipte hastada rekürrens görülmedi.

## TARTIŞMA

Özellikle doğurganlığını korumak isteyen erken evre servikal kanserli genç kadınların tedavisinde, son 10 yıl içinde, radikal cerrahi yöntemler terk edilip, daha konservatif teknikler gündeme gelmiştir. Radikal trakelektomi bu hasta grubunda uygulanabilirliği, güvenilirliği ve radikal histerektomiyle karşılaştırıldığında benzer hastaliksız sağkalım oranlarıyla en sık uygulanan cerrahi yaklaşımdır.

Trakelektomi literatürde 4 şekilde uygulanmaktadır: radikal vajinal trakelektomi, radikal abdominal trakelektomi, radikal robotik asiste laparoskopik abdominal trakelektomi ve radikal laparoskopik abdominal trakelektomi. Radikal abdominal trakelektomide jinekolojik onkologların abdominal cerrahiye daha alışık olmalarından dolayı daha kolay yapılabilirliği



**Şekil 1**–Laparoskopik parametrektomi ile asiste radikal vajinal trakelektomi operasyon preparatı.

ve öğrenilebilirliği, çapı 2 cm'den büyük tümörlerde de parametriumların istenildiği seviyede ve uzunlukta rezeke edilebilirliğinden dolayı uygulanabilirliği, çocukluk çağında görülen berrak hücreli tümörlerde yapılabilirliği yöntemin avantajlarını oluştururken, abdominal cerrahi için kesi yapılması ve buna bağlı morbidite ve adezyon formasyonu yöntemin en önemli dezavantajlarıdır. Laparoskopik pelvik lenf adenektomi ile birlikte yapılan radikal vajinal trakelektomi ise prosedürün daha az invaziv olması ve bütünde daha az adezyon oluşumu özellikleriyle fertilitte isteği olan genç hasta grubunda daha tercih edilen bir cerrahi yöntemdir.

Radikal vajinal trakelektomi, Daniel Dargent tarafından ilk olarak 1994 yılında, uterin fundus ve adneksler korunurken serviksın amputasyonu, parametrium ve vajinal kafın eksizyonu olarak tanımlanmıştır. Bu yöntem, laparoskopik pelvik lenfadenektomi ile kombine olarak, erken evre serviks kanserinde en çok kabul gören ve uygulanan fertilitte koruyucu cerrahi yöntemdir (3). Erken evre serviks kanserinde 2008 yılına kadar 700'den fazla vaka bu yöntemle tedavi edilmiş ve bu hasta grubunda 250 gebelik ve 100 canlı doğum bildirilmiştir (3). Laparoskopik asiste radikal vajinal trakelektomide, ilk önce laparoskopik olarak pelvik lenfadenektomi yapılır. Eksternal iliak, internal iliak ve obturator bölgelerden pelvik nodlar alınır ve frozen incelemeye gönderilir. Bu uygulama bazı kliniklerde sentinal nod haritalaması şeklinde de yapılmaktadır. Lenf nodlarının negatif olması durumunda operasyonun vajinal fazına geçilir ve üst 1/3

vajenektomi, parametrektomi, serviks amputasyonu, son yıllarda önemi tartışmalı olmakla birlikte serklaj sütürü konulması ve uterovajinal anostomozdan oluşan vajinal trakelektomi uygulanır. Eğer pelvik lenf nodlarından herhangi birinde tümör saptanırsa, common iliak ve/veya paraaortik nodlar değerlendirilip uterus in situ bırakılarak, hasta radyoterapiye eş zamanlı kemoterapiye yönlendirilir.

Bu prosedürün başarısında hasta seçimi çok önemlidir. Tümör yayılımının belirlenmesinde manyetik rezonans görüntüleme serviks kanseri için reddedilemez bir role sahiptir. Servikse sınırlı küçük tümörlerin tedavisinde, doğurganlık açısından fundus ve adneksler korunurken, radikal histerektomidekine benzer şekilde parametrium ve vajinanın çıkartılması çok önemlidir. Radikal vajinal trakelektomi için önerülen kriterler son 10 yıldır hiçbir değişiklik göstermemiş olup, Tablo 2’de sunulmaktadır (4).

Radikal vajinal trakelektomi (RVT) ve radikal histerektomi (RH) ile ilgili cerrahi morbiditeyi karşılaştıran birçok çalışma vardır. Çalışmalarda RVT kan kaybı ve hastanede kalış süresi açısından RH’ye oranla daha az ya da eşit morbiditeye sahiptir (5-7).

RVT ve RH’yi karşılaştıran 2 ayrı çalışmada rekürrens, 5 yıllık rekürrenssiz sağkalım, ve toplam sağkalım oranları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır (6,7). RVT’nin onkolojik verileri RH ile karşılaştırıldığında kabul edilebilir düzeydedir.

RVT’ye ait spesifik problemler ise dismenore, displastik smear, düzensiz kanama, serklaj sütürü ile ilgili problemler, artmış vajinal akıntı, istmik stenoz ve amenore olarak sıralanabilir (5).

İnfertilite gebe kalmak isteyen hastaların %25-30’unda tanımlanmıştır (8). RVT’yi takiben oluşabilecek subfertilite için yapılabilecek açıklamalar arasında servikal stenoz, azalmış servikal mukus, cerrahi adezyon oluşumu ve subklinik salpenjit sayılabilir.

## SONUÇ

RVT düşük morbidite, rekürrens ve mortalite oranları ve yüz güldürücü reproduktif sonuçlarıyla, erken evre serviks kanserinde en etkili fertilitate koruyucu cerrahi modalitesidir. Jinekolojik onkologların daha az vajinal cerrahi yapmalarından dolayı, tecrübelerinin de daha kısıtlı olduğu bir cerrahi şeklidir. Bundan dolayı, belirli bir öğrenme süreci ve bu cerrahi ile uğraşan birinin yanında eğitim gerektirir. Ancak parametriumların bizim uyguladığımız yöntemde olduğu gibi laparoskopik yol ile rezeke edilmesi, ileri endoskopik cerrahi yapan jinekolojik onkologlar için işlemi kolaylaş-

**Tablo 2—Radikal Vajinal Trakelektomi için Hasta Seçim Kriterleri (4)**

- Doğurganlık isteği
- Invaziv servikal kanser tanısının kanıtlanmış tanısı
- Skuamöz hücreli karsinom, adenokarsinom veya adenoskuamöz karsinom varlığı (nöroendokrin karsinom gibi istenmeyen histolojilerin dışlanmış olması)
- Lenfovasküler alan invazyonu olan evre IA1, evre IA2, ya da evre IB1 tümör varlığı
- Tümör çapının 2 cm’den küçük olması
- Tümörün servikse sınırlı olması
- Pelvik lenf nodu metastazı ve/veya diğer uzak metastazlara ait bulgu olmaması

tacaktır. Bu olgu, Türk tıp dizini ve Pubmed’de yaptığımız araştırma sonuçlarına göre dünyada ve Türkiye’de laparoskopik pelvik lenf nodu disseksiyonu ve laparoskopik parametrektomi ile asiste edilmiş radikal vajinal trakelektomi yapılan ilk olgudur.

## KAYNAKLAR

1. Leitao MM, Chi DS. Fertility-Sparing Options for Patients with Gynecologic Malignancies. *The Oncologist* 2005;10:613-622.
2. Seli E, Tangir J. Fertility preservation options for female patients with malignancies. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005 Jun;17(3):299-308.
3. Milliken DA, Shephard JH. Fertility preserving surgery for carcinoma of the cervix. *Curr Opin Oncol* 2008; 20: 575-80.
4. Gien LT, Covens A, Fertility-sparing options for early stage cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2010; 117(2): 350-7.
5. Alexandre-Sefre F, Chee N, Spencer C, Menon U, Shepherd JH. Surgical morbidity associated with radical trachelectomy and radical hysterectomy. *Gynecol Oncol* 2006;101:450-4.
6. Beiner ME, Hauspy J, Rosen B, Murphy J, Laframboise S, Nofech-Mozes S, et al. Radical vaginal trachelectomy vs. radical hysterectomy for small early stage cervical cancer: a matched case-control study. *Gynecol Oncol* 2008;110:168-71.
7. Marchiole P, Benchaib M, Buenerd A, Lazlo E, Dargent D, Mathevet P. Oncological safety of laparoscopic-assisted vaginal radical trachelectomy (LARVT or Dargent’s operation): a comparative study with laparoscopic-assisted vaginal radical hysterectomy (LARVH). *Gynecol Oncol* 2007;106:132-41.
8. Beiner ME, Covens A. Surgery insight: radical vaginal trachelectomy as a method of fertility preservation for cervical cancer. *Nat Clin Pract Oncol* 2007;4:353-61.