

ENDOMETRİAL KANSER SAPTANAN OLGULARDA OPERASYON SONUÇLARININ VE BAZI PROGNOSTİK FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Evaluation of Results and Some Prognostic Factors in Patients with Endometrial Cancer

Gökhan AÇMAZ, Hüseyin AKSOY, Başak CINGİLLİOĞLU, Yusuf MADENDAĞ, Ülkü AKSOY, Sezin ÖZYURT, Gülsüm UYSAL

ÖZET

Amaç: Endometriyum kanseri dünyada kadınlar arasında dördüncü sırada görülmekte, jinekolojik kanserlerin ise yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. Amacımız kliniğimizdeki endometriyum kanserli olguların cerrahi tedavi sonuçları ve prognozlarını paylaşmaktır.

Gereç ve Yöntemler: 2010- 2013 yılları arasında endometrium kanseri tanısı alıp opere edilen 42 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelenip, hastaların klinik özellikleri, operasyon tipleri, histopatolojik özellikleri ve prognostik faktörleri ile ilgili sonuçlar değerlendirilmiştir. Serviks kanserinden ayırımı yapılamayan olgular veya tip 3 histerektomi yapılmak zorunda kalan olgular çalışmaya dahil edilmemiştir.

Bulgular: American Joint Committee on Cancer'in belirlediği sınıflama sistemine göre 29 hasta (% 69) evre 1, 5 hasta evre 2 (% 12), 4 hasta evre 3 (% 9) ve 4 hasta (% 10) evre 4 olarak bulunmuştur. Evre 1'de bulunan hastaların yaklaşık yarısında n=14 (% 48,2) tümör endometriumda sınırlı, myometrial invazyon < ½ veya grade 1 olarak rapor edilmiş ve total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi uygulanmıştır. Kalan hastalara TAH+BSO ilave olarak pelvik paraaortik lenf nodu diseksiyonu (PPLND), omentektomi ve appendektomi ilave edilmiştir. PPLND uygulanan 28 hastada ortalama olarak 41,14 lenf nodu çıkarılmıştır. Hastalardan 14'ünde (% 33,3) lenfovasküler stromal invazyon (LVSİ) bulunmuştur. TAH+BSO yapılan olguların birinde yara yeri enfeksiyonu ve evisserasyon; lenf nodu diseksiyonu eklenen hastaların üçünde yara yeri enfeksiyonu, birinde ateletaksi, birinde ureter yaralanması ve bir tanesinde pulmoner emboli gelişmiştir. Hastaların yaş dağılımı incelendiğinde erken evredeki hastaların yaşlarının daha düşük olduğu buna karşın evre ilerledikçe yaş dağılımının arttığı bulunmuştur.

Sonuç: Endometrial kanserli olgular, diğer jinekolojik kanserlere göre daha erken bulgu vermesi sebebiyle erken evrelerde yakalanabilmektedir. Hastaların evresi ve genel durumuna göre tedavi şekilleri değişmesine rağmen cerrahi standart bir tedavi olmuştur.

Anahtar kelimeler: Endometriyum kanseri; Prognoz; Cerrahi tedavi

ABSTRACT

Purpose: Endometrial cancer is the fourth leading cancer among women in the world and consists of nearly half of all gynecological cancers. Our aim was to report surgical results and prognosis of endometrial cancer diagnosed in our clinic.

Methods: Forty two endometrial cancer patients diagnosed and treated surgically between 2010 and 2013 were analyzed retrospectively. Clinical and surgical data of the patients, histopathological and prognostic parameters related to outcomes were evaluated. The patients undergone type 3 hysterectomy or the patients who couldn't be differentially diagnosed from cervical cancer were excluded.

Results: According to the American Joint Committee on Cancer classification, 29 patients (69%) were found to have in stage 1, 5 patients in stage 2 (12%), 4 patients in stage 3 (9%) and 4 patients (10%) in stage 4 respectively. Approximately half of the patients (n = 14) (48.2%) in stage 1 had endometrially limited tumor with myometrial invasion of <1/2, or grade 1 tumor and all were undergone TAH+BSO. The rest of patients in stage 1 were additionally undergone pelvic para-aortic lymph node dissection (PPLND), omentectomy and appendectomy. Mean number of removed lymph nodes 41.14. Stromal lymphovascular invasion (LVS) was found in 14 patients (33.3%). Wound infection and evisceration was developed in one patient. Three wound infection, one atelectasis, one ureter injury and one pulmonary embolism were developed in patients with PPLND. Age of patients in the earlier stages was lower. The age distribution of patients was found to increase with increase in the stage of the tumor.

Conclusion: Endometrial cancers can be diagnosed in earlier stages Due to early clinic symptoms compared to other gynecological cancers. Although the treatment modalities can change in accordance with stage of tumor and patients' health status, surgery appears as the standard treatment modality.

Key words: Endometrial cancer; Prognoz; Operative therapy

Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Kayseri

Gökhan AÇMAZ, Uzm. Dr.
Hüseyin AKSOY, Uzm. Dr.
Başak CINGİLLİOĞLU, Uzm. Dr.
Yusuf MADENDAĞ, Uzm. Dr.
Ülkü AKSOY, Uzm. Dr.
Sezin ÖZYURT, Uzm. Dr.
Gülsüm UYSAL, Uzm. Dr.

İletişim:

Uzm. Dr. Gökhan AÇMAZ
Kayseri Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve
Doğum Kliniği, Sanayi Mah. Atatürk
Bulvarı Hastane Cad. No:78 38010
Kocasinan/Kayseri
Tel: 0 352 336 88 84
e-mail:
kayserieah@saglik.gov.tr

Geliş tarihi/Received: 04.03.2014
Kabul tarihi/Accepted: 04.11.2014

Bozok Tıp Derg 2015;5(1):18-24
Bozok Med J 2015;5(1):18-24

GİRİŞ

Dünyada kadınlarda en sık akciğer, ikinci sıklıkta meme, üçüncü sıklıkta bağırsak ve dördüncü sırada endometrium kanseri görülmektedir. Refah düzeyi yüksek toplumlarda istatistikler göstermektedir ki tüm jinekolojik kanserlerin yaklaşık yarısını endometrium kanseri oluşturmaktadır (1). Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalarda; jinekolojik kanserler için bölgesel farklılıklar göstermekle birlikte, en sık serviks, ikinci sıklıkta ise endometrium kanseri görüldüğü ileri sürülmüştür (2). Demografik veriler, tüm kadınların %1-3'ünün hayatlarının bir döneminde bu hastalıkla karşılaşacaklarını göstermektedir. Bu hastaların yaklaşık % 20'si bilinen tedavi yöntemleri uygulandığı halde 5 yıl içinde hastalığa bağlı olarak kaybedilmektedir. Hastalığın oluşumunda ve ilerlemesinde hormonların, özellikle karşılanmamış östrojenin etkisi çok iyi bilinmektedir (3).

Prognoz, nüks ve sağ kalımın asıl belirleyicisinin tümörün cerrahi evresi olduğu mutlakdır. Bunun dışında histolojik tip, myometrial invazyon, yayılım, grade, hastanın yaşı, genetik yapı, eş zamanlı bulunan tümörler ve ek patolojilerin hastada saptanması prognozu etkileyebilir. Endometrial kanserler genellikle ileri yaşlarda görülmektedir ancak her yaşta görülebilirler. En sık olarak 60 ile 70 yaş arasında pik yapmaktadır. Hastalar için ortalama yaş 60 olarak bildirilmiştir. Hastaların büyük çoğunluğu tümör saptandığı anda 50 yaşın üzerindedir (%75) (4). Tümörün histolojik tipi, histolojik grade'i, myometrial invazyon düzeyi, servikal yayılımı, lenf nodu tutulumu, batına veya adnekslere yayılımı, boyutu, lenfovasküler saha invazyonu ve hastanın yaşı prognostik değişkenler olarak belirlenmiştir. Biz de kliniğimizde endometrium kanseri tanısı alarak 2010-2013 yılları arasında opere edilen hastaların dosyalarını retrospektif olarak inceleyerek hastaların bazı klinik özelliklerini, endometriyum karsinomu ile ilgili operasyon tipleri, histopatolojik özellikleri ve prognostik faktörleri incelemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında Ocak 2011- Ocak 2013 tarihleri arasında endometrium kanseri tanısı ile opere

edilen ve ameliyat sonrası takipleri yapılan 42 olgu çalışmaya alınacaktır. Bu olguların hepsine ilk tedavi olarak cerrahi girişim uygulanmıştır. Bu hastalar için ayrı dosya sistemi oluşturularak takibe alınmıştır. Hastalara ait takip bilgileri, muayene bulguları, istenen tahlillerin tümü ve operasyona ilişkin bilgiler rutin olarak hastanemizde kullanılan yazılım sistemleri ve oluşturulan dosyalardan elde edilmiştir. Çalışma retrospektif olarak hazırlanmış olup Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulundan onay alınmıştır.

Patolojik İnceleme:

Hastaların patolojik tanıları septik kliniğimizde genel veya lokal anesteziyi takiben yapılan fraksiyone kürtaj ile konulmuştur. Tüm örneklemeler servikal dilatasyonu takiben keskin küret veya servikal atrofisi olan olgularda, pipelle biopsiyi takiben alınan materyalin patolojik açıdan incelenmesi ile konuldu. Serviks kanserinden ayırımı yapılamayan olgular veya tip 3 histerektomi yapılmak zorunda kalınan olgular çalışmaya dahil edilmemiştir. Cerrahi girişim ile elde edilen materyaller Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı'nda incelendi. Olgulara ait patoloji arşivindeki hematoksileneozin boyalı lamalar mikroskopik olarak yeniden bakılarak, her olgu histolojik tip, grade, myometrial invazyon derinliği, lenfovasküler invazyon, lenf bezi tümör metastazı, periton sitolojisinde atipik hücre varlığı açısından değerlendirildi. Histolojik grade Teme paterne göre yapıldı (5). Olguların evrelemesi, 2010 yılında American Joint Committee on Cancer (AJCC) belirlediği cerrahi evreleme esas alınarak oluşturulmuştur (6). Bu sisteme göre myometrial invazyon, servikal tutulum, grade, sitoloji, servikal ve vajinal yayılım, adnexlere yayılım, serozaya yayılım, lenf nodlarının ve uzak organ metastazlarının patolojik ve klinik sonuçlarının kombinasyonu ile değerlendirildi.

Gönüllüler ve Operasyon Protokolü

Tüm operasyonlar aynı hekimler (GA, YM ve BC) tarafından yapıldı. Bütün hastalar cerrahiden üç gün önce servise yatırıldı. Hastalara operasyon öncesi rutin olarak tam kan sayımı, koagülasyon testleri, gaytada gizli kan, Bilgisayarlı tomografi, hepatit belirteçleri, biyokimyasal inceleme, tam idrar tahlili yapıldı ve elektrokardiyografi, posterior-anterior (PA) akciğer grafisi çekildi.

Tüm yapılan işlemler kayıt altına alınarak anestezi kliniği ile preoperatif konsulte edildi. Tüm hastalara operasyondan önceki üç günlük süre içinde lavman ve diyet kısıtlaması ile bağırsak temizliği uygulandı. Hastalara anestezi indüksiyonu ile eşzamanlı olarak profilaktik antibiyotik (2 g IV sefazolin) yapıldı. Penisilin alerjisi bulunan bir hastada profilaktik antibiyotik olarak klindamisin kullanıldı. Antitrombotik profilaksi Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Cemiyeti (American College of Obstetrics and Gynecology, ACOG) ve Amerikan Göğüs Hastalıkları Cemiyeti (American College of Chest Physicians, ACCP) önerileri dikkate alınarak hastalarda mümkün olduğunca erken mobilizasyon, tüm hastalarda operasyondan 2 saat önce ve operasyon sonrası 4 haftaya kadar enoksaparin (CLEXANE Sanofi Aventis Anti XA) ve gradual kompresyon çorapları uygulandı (7,8).

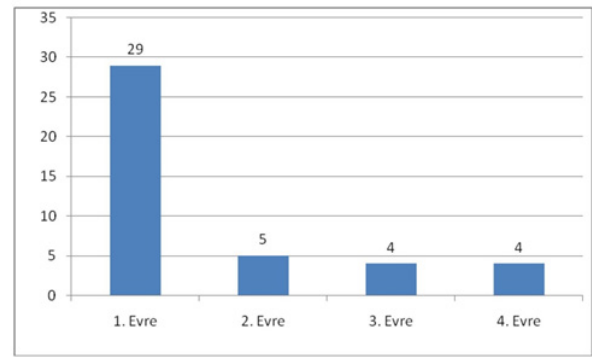
İstatistiksel yöntem:

Bulguların değerlendirilmesinde Windows 2003 Excel (Chicago, Illinois, USA) programı kullanılmıştır. Çalışmada sunulan kanserli hastalara ait frekans ve yüzdesel dağılımlar, kanser evrelerine göre hastaların ortalama yaşları ve yine kanserli hastaların kendilerine uygulanan operasyon türüne göre dağılımını gösterir grafikler deskriptif nitelikte olup Windows 2003 Excel programı kullanılarak elde edilmiştir.

BULGULAR

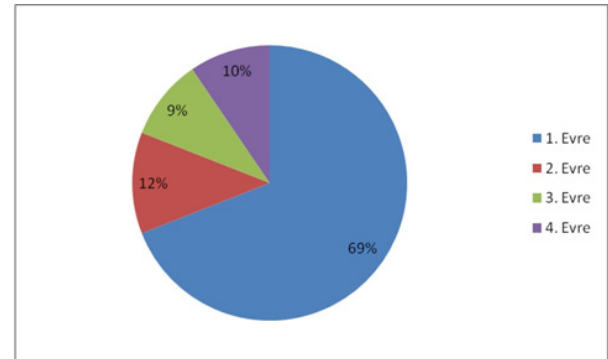
Endometrium kanseri raporu olan hastalara yapılan histerektomi ve bilateral salpingoofektomi operasyonun takiben çıkarılan piyes Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Anabilim Dalında gönderilerek frozen inceleme istenmiştir. Daha sonra Patolojik rapor esas alınarak hastalara uygulanacak cerrahinin tipi belirlenmiştir. Ek risk faktörlerinden bir veya daha fazlasını taşıyan hastalar, grade 2 ve üzerinde raporlanan hastalar ve Evre Ib üzeri cerrahi evreye sahip olduğuna karar verilen hastalarda, hastanın klinik durumu da gözeticilerle lenf nodu diseksiyonu uygulanmıştır. Eğer intraoperatif olarak makroskopik patoloji saptanmışsa hastaya sitoredüktif cerrahi teknikleri uygulanmıştır. Opere edilen olgular incelendiğinde olguların yaklaşık olarak % 70'i (n=29) evre 1 de saptanmıştır. American Joint Committee on

Cancer'in belirlediği sınıflama sistemi esas alındığında evre 1'de bulunan hastaların yaklaşık olarak yarısı n=14 (% 48,2) tümör endometriyumda sınırlı, myometrial invazyon < ½ veya grade 1 rapor edilmiş ve bu hastalara evre 1 A kabul edilerek sadece TAH+BSO uygulanmıştır. Evre 1 olarak raporlanan kalan 15 (% 51,8) hastada myometrial invazyon > ½, grade 2 veya 3 olarak rapor edilmiştir. Kalan hastalardan 5'i evre 2, 4'ü evre 3 ve 4 olgu da evre 4 olarak bulunmuştur. Hastaların evrelere göre dağılımı şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Endometrium Kanseri Bulunan Hastaların Evrelere Göre Dağılımı

Endometrium kanseri bulunan hastaların American Joint Committee on Cancer'in belirlediği sınıflama sistemine göre yüzdesel dağılımı şekil 2'de sunulmuştur.



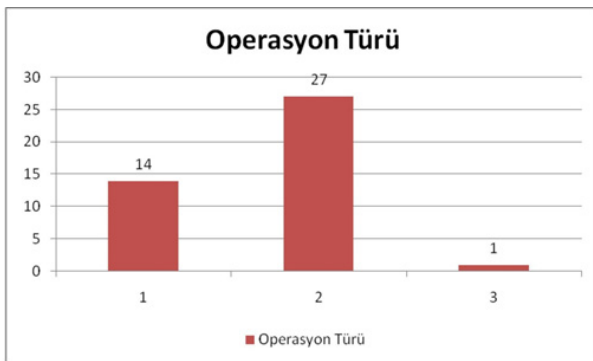
Şekil 2. Endometrial Kanseri Hastaların Evrelere Göre Yüzdesel Dağılımı

Bu sınıflama sistemine göre 29 hasta (% 69) evre 1, 5 hasta evre 2 (% 12), 4 hasta evre 3 (% 9) ve 4 hasta (% 10) evre 4 olarak bulunmuştur. Bu hastalardan 14'ünde (% 33,3) lenfovasküler stromal invazyon (LVSI) bulunmuştur. Hastaların 22'si (%52,38) grade 1, 16'sı (% 38,09) grade 2 ve 4'ü (% 9,52) grade 3 olarak rapor edilmiştir. Hastaların 4'ünde (% 9,5) batın içi yıkama sıvısından alınan örneklerde malign hücrelere rastlanmıştır. Hastaların yaş dağılımı incelendiğinde erken evrede bulunan hastaların yaşlarının daha düşük olduğu buna karşın evre ilerledikçe yaş dağılımının tedrici olarak arttığı bulunmuştur (Tablo 1).

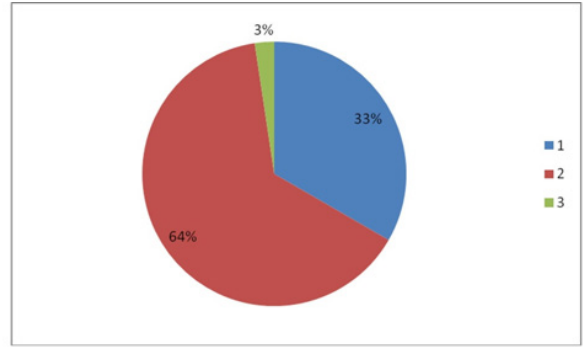
Tablo 1. Kanser Evrelerine Göre Hastaların Ortalama Yaşları

1.EVRE	2.EVRE	3.EVRE	4.EVRE
51,03	57,40	58,75	52,25

Evre gözetmeksizin tüm hastaların 14'üne (% 34,1) frozen raporu endometriumda sınırlı veya < ½ myometrial invazyon, grade 1 ve endometrial adenokarsinom olarak rapor edilmiş olup, bu hastalara sadece Total Abdominal Histerektomi (TAH) + Bilateral Salpingooferektomi (BSO) uygulanmıştır. Kalan hastalara TAH+BSO ilave olarak pelvik paraaortik lenf nodu diseksiyonu (PPLND) ve appendektomi ilave edilmiştir. Sadece bir olguda daha önce appendektomi geçirmiş olması nedeni ile appendektomi ilave edilmemiştir. PPLND uygulanan 28 hastada ortalama olarak 41,14 lenf nodu çıkarılmıştır. Bu hastalardan en az 32 en fazla 96 lenf nodu çıkarılmıştır (Şekil 3,4).



Şekil 3. Hastaların Uygulanan Operasyona Göre Frekans Dağılımı



Şekil 4. Hastaların Uygulanan Operasyona Göre Yüzdeleri Dağılımı

Hastaların geçirdiği operasyonlar ayrı ayrı incelenecek olursa sadece TAH+BSO yapılan olguların birinde yara yeri enfeksiyonu ve sonrasında evisserasyon gelişmiştir. Buna karşın lenf nodu diseksiyonu eklenen hastaların üçünde yara yeri enfeksiyonu, bir hastada ateletaksi, birinde üreter yaralanması ve bir tanesinde uygulanan enoksiparin profilaksisine rağmen pulmoner emboli gelişmiştir. Bu hasta göğüs hastalıkları ile konsulte edilmiş ve düşük moleküler ağırlıklı heparin ile tedavi dozuna geçilerek problem aşılmıştır. Operasyonların tümü ele alındığında 7 hastada yara yeri enfeksiyonu, pulmoner emboli, üreter injury ve ateletaksi gelişmiş olup sıklığı % 16,66 olarak belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Endometrial kanser jinekolojik kanserlerin arasında en sık rastlanır ve kanser ölümlerinin 7. en sık sebebidir (1). Endometrium kanseri genelde postmenapozal kadınlarda görülen ve yaş arttıkça seyri kötüleşen bir hastalıktır. Hastaların %25'i premenapozal, sadece %5'i 40 öncesinde ve %70'i postmenapozal dönemde görülür. Ortalama görülme yaşı 60'dır (1,9). Bizim çalışmamızda da hastalar peri ve postmenapozal dönemde olup, yaş ortalaması 54,8 olarak hesaplandı. Evre 3'te tespit edilen hastalarda ise yaş ortalaması daha yüksekti. (ortalama: 58,75). Endometrial kanser saptanan olgularda cerrahi %92-96 vakada ilk tedavi seçeneğini oluşturmaktadır (10). Endometrium kanser saptanan hastaların %75'inde tümör, ilk tanı esnasında uterusu sınırlı olarak saptanmaktadır (11).

Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak evre 1 % 69 oranında, evre 2 % 12, evre 3 % 9 ve evre 4 %10 oranında izlendi. Bu hastalardan % 33,3 lenfovasküler stromal invazyon (LVSI) bulunmuştur. Ülkemizde yapılan Kars ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada hastaların %82'sinin Evre 1, %8'inin Evre 2, %8'inin Evre 3 ve %2'sinin Evre 4 olduğu gözlemlendi (12). Standart cerrahi yaklaşım evreleme cerrahisi olup, peritoneal sitoloji, total histerektomi, bilateral salpingooferektomi ve retroperitoneal lenfadenektomiyi içerir. Cerrahi patolojik evrelemeye göre Kösebay ve ark. beş yıllık sağkalım oranını evre I'de %89, evre II de %66, evre IIIde %70 ve evre IV'de 0 bulmuşlardır (13).

Günümüzde lenfadenektomi endikasyonu ve sınırları tartışılmaktadır. Lenfadenektomi yapılan hastalarda pelvik lenf nodu tutulum oranı %5-18 arasında değişmektedir (14). Creasman'ın klasik çalışmasında endometrium kanserinde histolojik olarak grade 1 hastalarda myometrial invazyon olmadığında pelvik paraaortik lenf nodu tutulumu gözlenmemiştir, yine grade 1 olan fakat iç 1/2 myometrial invazyon görülen vakalarda %3 oranında pelvik lenf nodu tutulumu, %1 oranında ise paraaortik lenf nodu tutulumu gözlenmiştir (15).

Son dönemde jinekolog onkologlar lenf nodu diseksiyonu konusunda fikir ayrılığına düşmektedir. Bütün hastalara lenf nodu diseksiyonu yapılması gerektiğini savunanlar olduğu gibi erken evrelerde sadece histerektominin yeterli olduğunu ileri evrelerde ise lenf nodu diseksiyonu eklenmesi gerektiğini savunanlar da vardır (16-18). Chan ve arkadaşlarının yaptığı çalışma çok geniş bir seriyi içermektedir. Bu çalışmada 12333 hastaya evreleme cerrahisi yapılırken, 27063 hastaya lenfadenektomi yapılmamıştır. Nihai patolojisi evre 1 ve grade1, 2 olan hastalarda iki grupta sağ kalım oranları arasında fark yokken, evre 1'den ileri hastalıkta ya da evreden bağımsız grade 3 olgularda sağ kalım evreleme yapılan hastalarda daha uzun olmaktadır (19). Ayhan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada preoperatif kanser tanısı olmayan ve histerektomi sonrası nihai patolojide kanser tanısı alan hastalar (inkomplet cerrahi) iki grupta incelenmiştir. Lenfadenektomi yapılan ve yapılmayan grup arasında rekürrens, sağ kalım, hastalısız sağ kalım açısından fark gözlenmemiştir, hasta grubunun büyük

çoğunluğu erken evre 1 hastalardan oluşmaktadır (20). Bizim hastalarımızın hepsinde intraoperatif olarak frozen çalışması yapılarak, evre 1 olarak saptanan olguların %48,2'sinde (n=14) evre 1A (tümör endometriumda sınırlı, myometrial invazyon < ½) ve grade 1 saptanmıştır ve bu hastalarda lenf nodu diseksiyonu yapılmamıştır. Geri kalan hastalarımızda ise lenf nodu diseksiyonu yapılmıştır. Bir diğer tartışma konusu da çıkarılan lenf nodu adedinin önemli olması ve yeterli demek için sayının kaç olması gerektiğidir. Euscher ve arkadaşları, 2058 endometrial kanserli hastada yaptığı çalışmada çıkarılan pelvik lenf nodu sayısı ortalama olarak 11(sayı aralığı 1-38 arasında) ve paraaortik lenf nodu sayısı ortalama 6 (1-25 arasında) olduğu tespit ettiler. Çok miktarda lenf nodu çıkarılması ile metastatik lenf nodu sayısının artmadığı izlendi. Ayrıca laparatomik, laparoskopik ve robotik cerrahi uygulanan hastalar arasında çıkarılan lenf nodu sayısında istatistiksel fark izlenmedi (21). Lenf nodu diseksiyonu uygulanan hiçbir hastada çıkarılan lenf nodu sayısı 18'den daha az değildi.

Pelvik ve paraaortik çıkarılan toplam ortalama 41,14 lenf nodu çıkarılmıştır. Bu hastalardan en az 32 en fazla 96 lenf nodu çıkarılmıştır. Bu hastalardan en az 32 en fazla 96 lenf nodu çıkarılmıştır. Grade diğer bir prognostik faktör olan myometriyal invazyon ve lenf nodu tutulumu için de önemli bir belirleyicidir. Tümörün differansiyasyon derecesi azaldıkça derin myometriyal invazyon, servikal tutulum, lenf nodu tutulumu, lokal nüks ve uzak metastaz riski artmaktadır (13,22). Hastalarımızın % 52,38'i grade 1, %38,09'u grade 2 ve % 9,52'si grade 3 olarak rapor edildi. Endometrium kanseri tanısı alan ve TAH+BSO yapılan olguların birinde yara yeri enfeksiyonu ve sonrasında evisserasyon gelişmiştir. Buna karşın lenf nodu diseksiyonu eklenen hastaların üçünde yara yeri enfeksiyonu, bir hastada atelektazi, birinde üreter injury ve bir tanesinde uygulanan enoksiparin profilaksisine rağmen pulmoner emboli gelişmiştir. Bu hasta göğüs hastalıkları ile konsulte edilmiş ve düşük moleküler ağırlıklı heparin ile tedavi dozuna geçilerek problem aşılmıştır. Operasyonların tümü ele alındığında 7 hastada yara yeri enfeksiyonu, pulmoner emboli, üreter injury ve atelektazi gelişmiş olup sıklığı % 16,66 olarak belirlenmiştir.

Literatür incelendiğinde yurt dışında yapılan histerektomi sonrası total komplikasyon sıklığı Makinen ve ark. (23) 2434 olguluk laparoskopik histerektomi serisinde % 19, Harkki-Siren ve ark. (24) 5104 olguluk laparoskopik histerektomi serisinde % 2,5, Wattiez ve ark. (25) 1647 olguluk seride toplam komplikasyon oranlarını % 11.7 olarak bulmuşlardır. Buna karşın ülkemizde yapılan bir çalışmada toplam komplikasyon oranı % 8.1 olarak bildirilmiştir (26). Ancak literatürdeki bu oranlar benign nedenlerle yapılan histerektomiler için geçerli olup vakalar içerisinde pelvik paraaortik lenf nodu diseksiyonu, omentektomi, debulking ve appendektomi operasyonları bulunmamaktadır. Bizim oranlarımızın nispeten yüksek olmasının nedeni uzun yatış süreleri, hastaların eş zamanlı olarak kanser tanısının olması ayrıca uzun süreli yatış nedeni ile hastane enfeksiyonları na daha uzun maruziyetin olması ile alakalı olabilir.

SONUÇ

Endometrial kanserli olgular, diğer jinekolojik kanserlere göre daha erken bulgu vermesi sebebiyle erken evrelerde yakalanabilmektedir. Cerrahi standart bir tedavi şekli olup hastaların evresi ve genel durumuna göre tedavi şekilleri değişmektedir. Hasta sayısının daha fazla olduğu çalışmalar endometrium kanserine yaklaşımda daha belirleyici olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Greenlee RT, Murray T, Bolden S. Cancer statistic; 2000. CA Cancer J Clin. 2000;50(1):7-33.
2. Atasü T, Şahmay S. Jinekoloji (Kadın Hastalıkları). In: Atasü T, Şahmay S, eds. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 2001:299-314.
3. Bokhman JV. Two pathogenetic types of endometrial carcinoma. Gynecol Onco1. 1983;15(1):10-7.
4. Lurain JR, Rice BL, Rademaker AW. Prognostic factors associated with recurrence in clinical stage 1 adenocarcinoma of the endometrium. Obstet Gynecol. 1991;78(1):63-9.
5. Kurman RJ, Zaino RJ, Norris HJ. Endometrial carcinoma. In: Kurman RJ, ed. Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract. New York: Springer-Verlag. 1994:439-86.
6. Creasman W. Revised FIGO staging for carcinoma of the endometrium. Int J Gynaecol Obstet. 2009;105(2):109.
7. Guyatt GH, Akl EA, Crowther M. Executive summary: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(1):7-47.
8. Prevention of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. ACOG Practice Bulletin No. 84. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2007;110(2):429-40.
9. American Joint Committee on Cancer. Corpus Uteri. In Edge S, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A, (eds). AJCC Staging Manual, 7th. edition. New York. Springer. 2010. p. 403.
11. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Korpus Uterinin Premalign ve Malign Hastalıkları. In: Özgünen T, ed. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara. 2. Baskı. Güneş Kitabevi. 2004. p. 1179-205.
12. Kars B, Ünal Ö, Kalender HS. Endometrial Kanser Operasyon Sonuçlarının ve Bazı Prognostik Faktörlerin Değerlendirilmesi Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 2010;13(2):36-42.
13. Kösebay D, Beşe T, Erkün E. Endometrium kanserinde sağ kalım ve hastaliksız yaşam süresine etki eden prognostik faktörlerin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi. 1996;6(4):259-69.
14. Chi DS, Barakat RR, Palayekar MJ. The incidence of pelvic lymph node metastasis by FIGO staging for patients with adequately surgically staged endometrial adenocarcinoma of endometrioid histology. Int J Gynecol Cancer. 2008;18(2):269-73.
15. Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer: a Gynecologic Oncology Group study. Cancer 1987;60(8):2035-41.
16. Frumovitz M, Singh DK, Meyer L. Predictors of final histology in patients with endometrial cancer. Gynecol Oncol. 2004;95(3):463-8.
17. Mohan DS, Samuels MA, Selim MA. Long-term outcomes of therapeutic pelvic lymphadenectomy for stage I endometrial adenocarcinoma. Gynecol Oncol. 1998;70(2):165-71.
18. Doğan NU, Güngör T, Özgü E. Erken Evre Endometrium Kanserinde Lenfadenektominin Yeri. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 2008;3(1):53-8.
19. Chan JK, Wu H, Cheung MK. The outcomes of 27063 women with unstaged endometrioid uterine cancer. Gynecol Oncol. 2007;106(2):282-8.

20. Ayhan A, Kart C, Guven S. The role of reoperation in the management of endometrial carcinoma found in simple hysterectomy. *J Surg Oncol*. 2006;93(5):373-8.
21. Euscher ED, Bassett R, Malpica A. Lymph node counts in endometrial cancer: expectations versus reality. *Am J Surg Pathol*. 2011;35(6):913-8.
22. Kadar N, Malfetano JH, Homesley HD. Determinants of survival of surgically staged patients with endometrial carcinoma histologically confined to the uterus: Implications for therapy. *Obstet Gynecol*. 1992; 80(4):655-9.
23. Mäkinen J, Johansson J, Tomas C. Morbidity of 10110 hysterectomies by type of approach. *Hum Reprod*. 2001;16(7):1473-8.
24. Härkki-Siren P, Sjöberg J, Kurki T. Major complications of laparoscopy: a follow-up Finnish study. *Obstetrics and Gynecology*. 1999;94(1):94-8.
25. Wattiez A, Soriano D, Cohen SB. The learning curve of total laparoscopic hysterectomy: comparative analysis of 1647 cases. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2002;9(3):339-45.
26. Karacan T, Usta TA, Naki MM. Kliniğimizde Yapılan Yüz Kırk Yedi Total Laparoskopik Olgunun Analizi. *İKSST Dergisi*. 2014;6(1):6-13.