

Endometrium Kanseri ve Dermoid Kisti Olan Morbid Obez Olguda Vajinal Cerrahi Tedavi Yaklaşımı

Vaginal Operation for Treatment of Endometrial Cancer and Dermoid Cyst in A Morbid Obese Patient: Case Report

Dr. Tevfik GÜVENAL,^a
Dr. Mehmet Ali KILÇIK,^a
Dr. Gonca İMİR,^a
Dr. Alparslan PIÇAK,^a
Dr. Zeki ÖZSOY,^a
Dr. Ahmet MUTLU^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi,
SİVAS

Geliş Tarihi/Received: 13.11.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 05.02.2008

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Tevfik GÜVENAL
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
SİVAS

ÖZET Endometrium kanseri, gelişmiş ülkelerde en sık görülen kadın genital sistem kanseridir. Olguların büyük çoğunluğu erken evrede bulunmakta ve tümörün yaygınlığı abdominal yol ile yapılan cerrahi evreleme ile değerlendirilmektedir. Vajinal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi endometrium kanserli olguya standart bir yaklaşım olmamakla birlikte özellikle morbid obez, medikal sorunları olan, çok yüksek operasyon riski gösteren, ileri derecede morbidite riski taşıyan endometrium kanserli olgularda tercih edilebilir. Bu olgu sunumunda, 63 yaşında ve endometrium kanseri ile dermoid kisti olan, morbid obez bir hastaya vajinal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi uygulaması rapor edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Morbid obezite; endometriyal neoplaziler; dermoid kist; vajinal histerektomi

ABSTRACT Endometrium cancer is the most common gynecologic cancer in the developed countries. Most of the cases are diagnosed in the early stages and the surgical staging is performed by abdominal approach. Vaginal hysterectomy and bilateral salpingooferectomy are not standard treatment protocols for the patients with endometrium cancer, however, it might be chosen for the patients complicated with morbid obesity, medical problems and high risk for the operation. In this case report, we presented vaginal hysterectomy and bilateral salpingooferectomy operation for the treatment of a morbid obese patient with endometrial cancer and dermoid cyst who is 63 years old and is discussed in light of the pertinent literature.

Key Words: Obesity, morbid; endometrial neoplasms; dermoid cyst; hysterectomy, vaginal

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2008, 18:213-216

Endometrium kanseri gelişmiş ülkelerde en çok görülen kadın genital sistem kanserlerindedir. Kadınlar arasında akciğer, meme ve barsak kanserlerinden sonra dördüncü sırada yer almaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde her yıl 33.000 olguya endometrium kanseri tanısı konmakta olup bu olguların 4.000'den fazlasının bu kanserden öldüğü bildirilmektedir.^{1,2} Yüksek insidansına karşılık, ölüme neden olan kanserler arasında alt sıralarda yer almaktadır.

Endometrium kanseri tanısı alan olgularda klasik yaklaşım abdominal yol ile yapılan evreleme cerrahisidir. Ancak klinik olarak erken evre olduğu düşünülen endometrium kanserlerinde abdominal ya da vajinal yol ile yapılan histerektomi ve bilateral salpingooferektominin sağkalım üzerinde

farklılık yaratmadığı belirtilmektedir.¹⁻³ Endometrium kanserli yaşlı olgularda vajinal cerrahinin sağkalım oranlarını etkilemeden abdominal cerrahiye göre komplikasyonlarının az olduğu belirtilmektedir.³ Morbid obez olan olgularda abdominal yol ile yapılan cerrahilerde yara enfeksiyonu, evantrasyon, atelektazi, pnömoni gibi komplikasyonlar daha sık görülmekte ve bunun sonucu olarak hastanede kalış süresi uzamakta ve maliyetler artmaktadır.^{4,5} Bu nedenlerden dolayı bu olguda erken evre endometrium kanseri ve pelvik kitlesinin dermoid kist olduğu düşünülerek vajinal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi uygulanmıştır.

OLGU SUNUMU

Altmış üç yaşında, G11P9, 15 yıldır menopozda olan olgu endometrium kanseri ve sol adneksiyel bölgede dermoid kist ile uyumlu kitle ön tanısıyla kliniğimize refere edildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde morbid obez (vücut kitle indeksi: 52.2 kg/m²) ve sağ inguinal bölgede cerrahi skar olduğu saptandı (Resim 1).

Aile öyküsünde kız kardeşinde de morbid obezite olduğu ve batin cerrahisi sonrası evantrasyon gelişmesi üzerine yaşamını yitirdiği öğrenildi. Pelvik muayenede dış genital organlarda ve serviksde



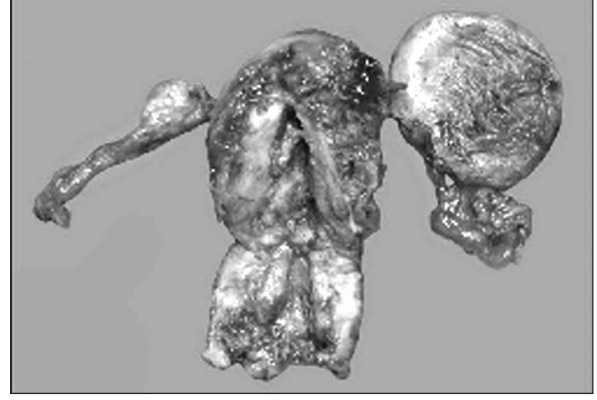
RESİM 1: Olgunun cerrahi öncesi batin görünümü.

patoloji saptanmadı. Uterus ve adneksial bölgeler obezite nedeniyle değerlendirilemedi. Ultrasonografik incelemede, uterus 85x65x57 mm boyutlarında, endometrium 35 mm kalınlıkta ve düzensiz, sol overde 8x7 cm boyutlarında kitle belirlendi. Komputertize tomografi ile uterus içinde lokalize bir tümör olduğu, pelvik ve paraaortik lenf nodlarında büyüme olmadığı, sol over kaynaklı dermoid kist ile uyumlu bir kitlesi olduğu saptandı. Myometrial invazyonun daha ayrıntılı olarak değerlendirilmesi için manyetik rezonans görüntüleme istendi, ancak morbid obezite nedeniyle teknik olarak mümkün olmadı. Hastada erken evre endometrium kanseri ve dermoid kist tanısı ile vajinal yaklaşım yoluyla histerektomi ve ooferektomi yapılması planlandı. Olgu genel anestezi altında, bacaklar kalçadan aşırı fleksiyonda ve rahat çalışma sağlayacak pozisyonda hazırlandı. Serviks tenakulum ile tutulduğunda traksiyon ile vajina ortasına kadar uzanmakta idi. Arka fornikte vajinal mukoza kesilerek posterior kolpotomi yapıp, içeriye Foley kateter yerleştirildi ve yaklaşık 50 ml serum fizyolojik verilir, yaklaşık 20 ml geri alınarak pelvik yıkama sıvısı alındı. Daha sonra önden mesane diseke edilerek ön periton açıldı. Sakrouterin ve kardinal ligamentler, uterin arterler karşılıklı olarak tutuldu, kesildi ve bağlandı. Yine ligamentum latumun bir kısmı tutuldu, kesildi ve bağlandı. Uterus arka duvarından tutularak takla atırıldı ve ligamentum ovarii proprium ile tuba uterinalar kesilerek uterus çıkarıldı. Sol overde yaklaşık 7 cm çapında düzgün, gri-beyaz renkte, yapışık olmayan sert kitle vardı. Kitleye 5 mm'lik kesi yapılarak dermoid kist ile uyumlu kist içeriği aspire edildi. Kist boyutları küçülünce dışarıya alındı ve salpingooferektomi yapıldı (Resim 2, 3).

Sol infundibulopelvik ligamanın güvenli olarak bağlanamaması nedeniyle postoperatif kanamayı önlemek amacıyla vajen kafına Foley kateter yerleştirilip balonu 50 ml şişirilerek traksiyon yapıldı ve vajen mukozası tek tek sütüre edilerek kapatıldı. Postoperatif 1.gün vajen kafındaki Foley kateter çekildi. Postoperatif dönem komplikasyon gelişmedi. Patoloji raporu endometriyal adenokarsinom, grade 2, servikal stromal tutulumun da olduğu Evre 2b endometrium kanseri şeklinde geldi.



RESİM 2: Dermoid kistin dışarı çıkarılması.



RESİM 3: Olguda uterus ve overlerin çıkarıldıktan sonraki görünümü.

Progesteron reseptör statüsü %90 pozitif idi. Hastaya postoperatif yüksek doz progesteron ve radyoterapi planlandı.

TARTIŞMA

Endometrium kanserine tanı konulduğunda olguların %75'inde kanser uterusu sınırlı olup uterus dışına taşmamıştır. Kanserinin uterusu korpusuna sınırlı, grade 1 veya 2, histolojik tipinin endometrioid ve myometrial invazyonunun <%50 olması, düşük riskli hasta grubunu tanımlamaktadır.² Endometrium kanserinde klasik tedavi total abdominal histerektomi ve salpingooferektomidir.⁴ Pelvik ve paraaortik lenfadenektominin terapötik yararı olup olmadığı halen tartışmalı bir konudur.⁶ Standart cerrahi yaklaşım ise "evreleme cerrahisi"dir. Evreleme cerrahisi peritonel sitoloji, total ekstrasfasial histerektomi, bilateral salpingooferektomi ve retroperitoneal lenfadenektomi içerir.⁷ Ancak lenf nodu tutulumu önemli bir prognostik faktör olduğundan ve bu tutulumu yüksek bir doğrulukla bize bildirecek bir tanı yöntemimiz bulunmadığından lenfadenektomi gerekli, hatta zorunlu bir işlem olarak gözükmektedir.^{8,9} Susini ve ark. ileri yaştaki kadınlarda endometrium kanserinin tedavisinde vajinal histerektomi ile abdominal histerektomi karşılaştırmışlar ve vajinal histerektominin yüksek kür

oranına sahip olduğunu (10 yıllık DFS %83'3'e karşı %84), operasyonun daha kısa sürdüğünü, daha az kan kaybı ile, daha az morbiditeye neden olduğunu ve hiç mortalite görülmediğini, oysa abdominal cerrahi grubunda %2,3 mortalite olduğunu bildirmişlerdir.³ Belirgin obezite ve medikal problemleri olan ve abdominal operasyonlar için yüksek risk taşıyan seçilmiş olgularda vajinal histerektomi yapılabileceği konusunda görüşler ve çalışmalar bulunmaktadır.^{4,10} Endometrium kanserinin cerrahi evrelemesi laparoskopik yardımcı vajinal histerektomi ile başarıyla uygulanmış ve sağkalım üzerine olumsuz bir etkisi olmamıştır.¹¹ Endometrium kanserli olguların %93'ünde başarı ile laparoskopinin uygulanmasına karşın obezitenin bu teknikte sınırlayıcı bir faktör olduğu kabul edilmektedir.⁴ Bu olguda klinik olarak erken evre endometrium kanseri düşünülmesi, morbid obezite ve aile öyküsünde kız kardeşinde batin cerrahisi sonrası evantrasyon ortaya çıkması nedeniyle vajinal yaklaşım tercih edilmiştir.

Sonuç olarak, vajinal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi endometrium kanserli olguya standart bir yaklaşım olmamakla birlikte özellikle morbid obez, medikal sorunları olan, çok yüksek operasyon riski taşıyan, ileri derecede morbiditeli endometrium kanser olgularında tercih edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Carriero C, Nappi L, Melilli GA, Di Gesu G, Cormio G, Di Vagno G, et al. Prognostic factors and selective use of vaginal hysterectomy in early stage endometrial carcinoma. *Eur J Gynaecol Oncol* 1999;20:408-11.
2. Mariani A, Webb MJ, Keeney GL, Haddock MG, Calori G, Podratz KC. Low-risk corpus cancer: is lymphadenectomy or radiotherapy necessary? *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1506-19.
3. Susini T, Massi G, Amunni G, Carriero C, Marchionni M, Taddei G, et al. Vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy for treatment of endometrial cancer in the elderly. *Gynecol Oncol* 2005;96:362-7.
4. Berek JS, Hacker FN. *Practical Gynecologic Oncology*, 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2000; p. 17.
5. Pitkin RM. Abdominal hysterectomy in obese women. *Surg Gynecol Obstet* 1976;142:532-6.
6. Lee KR, Vacek PM, Belinson JL. Traditional and nontraditional histopathologic predictors of recurrence in uterine endometroid adenocarcinoma. *Gynecol Oncol* 1994;54:10-18.
7. Andersson M, Storm HH, Mouridsen HT. Incidence of new primary cancers after adjuvant tamoxifen therapy and radiotherapy for early breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1991;83:1013-7.
8. Harouny VR, Sutton GP, Clark Sa, Geisler HE, Stehman FB, Ehrlich CE. The importance of peritoneal cytology in endometrial carcinoma. *Obstet Gynecol* 1988;72:394-398.
9. Turner DA, Gershenson DM, Atkinson N, Sneige N, Vharton AT. The prognostic significance of peritoneal cytology for stage I endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 1989;74: 775-80.
10. Chan JK, Lin YG, Monk BJ, Tewari K, Bloss JD, Berman ML. Vaginal hysterectomy as primary treatment of endometrial cancer in medically compromised women. *Obstet Gynecol* 2001;97:707-11.
11. .Ocelli B, Samouelian V, Narducci F, Leblanc E, Querleu D. The choice of approach in the surgical management of endometrial carcinoma: a retrospective serie of 155 cases. *Bull Cancer* 2003; 90:347-55.