

# Erken Evre Servikal Kanserde Abdominal Radikal Trakelektomi

## ABDOMINAL RADICAL TRACHELECTOMY IN THE TREATMENT OF EARLY INVASIVE CERVICAL CANCER

Dr. Ateş KARATEKE,<sup>a</sup> Dr. Ayşe GÜRBÜZ,<sup>a</sup> Dr. Canan KABACA,<sup>a</sup> Dr. Zeki ŞAHİNOĞLU<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

### Özet

İnvazif servikal kanser olgularında geleneksel tedavi radikal histerektomi ya da radyoterapidir. Erken yaşta izlenen servikal kanserlerinin artması fertilitate isteği olan olgularda daha konservatif yaklaşımı gündeme getirmiştir. Radikal trakelektomi bu operasyonlardan biridir. Bu olgu sunumunda, 19 yaşındaki berrak hücreli servikal kanserli olgumuzda uyguladığımız abdominal radikal trakelektomi tedavi seçeneğini literatür ışığında tartışmayı planladık.

**Anahtar Kelimeler:** Abdominal trakelektomi, servikal kanser

**Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2004, 14:328-331**

### Abstract

Traditional treatment modality in invasive carcinoma of cervix is radical hysterectomy or radiation therapy. The increase in cervical cancers in young women introduce more conservative approaches to allow preservation of infertility. Radical trachelectomy is one of these procedures. In this case report, we presented an abdominal radical trachelectomy procedure performed in a 19 years old woman with clear cell carcinoma and reviewed the indications, contraindications, prognosis of the procedure.

**Key Words:** Abdominal trachelectomy, carcinoma of cervix

İnvazif servikal kanserin tedavisi radikal histerektomi veya radyoterapidir. Her iki tedavi seçeneği de fertilitate potansiyelinin kaybı ile birlikte. Ancak servikal karsinomun bazı histolojik tiplerinin (villoglanduler papiller adenokarsinom, berrak hücreli karsinom gibi) genç yaşta görülmesi, buna ek olarak ilk cinsel ilişki yaşının düşmesi ve çok eşli ilişkilerin artması nedeniyle skuamöz kanserlerin de fertilitatesini henüz tamamlamamış daha genç yaşta kadınlar gözlenebilir. Ayrıca 25-34 yaş arası görülen invazif servikal kanser insidansının %77 artması,<sup>1</sup> yeni terapötik yaklaşım arayışlarını gündeme getirmiştir.

Mikroinvazif ve erken evre invazif kanserlerde lenf bezi negatifliği varsa 5 yıllık yaşam %90'ın

üzerindedir. Son yıllarda bu olgularda fertilitate isteği var ise, Dargent ve ark.<sup>2</sup> tarafından tarif edilen radikal trakelektomi ve pelvik lenfadenektomi bir alternatif olmaya başlamıştır. Dargent tarafından tarif edilen radikal trakelektomi, vaginal yoldan yapılmakta idi ve beraberinde deneyim ve teknik beceri gerektiren laparoskopik lenfadenektomi uygulanmakta idi. Daha sonra bu girişim bazı yazarlar tarafından abdominal yaklaşımla uygulanmıştır.<sup>3-5</sup>

Bu olgu sunumunda, 19 yaşındaki berrak hücreli servikal kanserli olgumuzda uyguladığımız abdominal radikal trakelektomi tedavi seçeneğini literatür ışığında tartışmayı planladık.

**Olgu:** Gravida 0, Parite 0, 19 yaşında 1 ay önce evlenenen kadın hasta, koitus sırasında kanama şikayeti ile Zeynep Kamil Hastanesi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın yapılan pelvik muayenesinde vulva, ve vajina doğaldı. Servikte saat 12 hizasında yüzeysel kabartılı, kanamalı 8x10 mm'lik lezyon mevcuttu. Uterus

Geliş Tarihi/Received: 10.02.2004 Kabul Tarihi/Accepted: 01.06.2004

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Dr. Ayşe GÜRBÜZ  
Selamiçeşme, Bağdat Cad.  
Mustafa Mazhar Bey Sok. No:179/2  
Fahriye Apt. K:2. D:7 81030, Kadıköy, İSTANBUL  
canankabaca@yahoo.com

Copyright © 2004 by Türkiye Klinikleri

normal cesamette, her iki parametrium ve adneksler serbest idi. Yapılan ultrasonografik incelemede uterus 79x43x34mm, sağ over 24x25mm, sol over 30x32mm, endometrial kalınlık 11 mm idi. Lezyon üzerinden yapılan servikal biopsi sonucu berrak hücreli karsinom olarak geldi. Endoservikal kürtajda malignite düşündürülen bulgu yoktu. Etiyolojide dietilstil-besterol kullanımına bağlı olmuş vajinal adenozis zemininde gelişmiş sekonder berrak hücreli karsinomu ekarte etmek amacı ile yapılan vajinal ve servikal kolposkopik incelemede patolojik kolposkopi görüntüsü izlenmedi. Çekilen batın manyetik rezonans görüntüleme normal sınırlarda idi, pelvik ve para-aortik lenfadenopati saptanmamıştı. İntravenöz pyelografide özellik yoktu. Tam kan sayımı ve rutin biyokimya bulguları normal idi. Tümör belirtileri, CA 12-5:10.6 U/ml, AFP:1.3 mg/ml, HCG<1 mIU/ml idi. Hastanın öz ve soygeçmişinde özellik yoktu. Bu bulgular ile hasta klinik Evre1b1 olarak değerlendirildi ve operasyona karar verildi.

Hastanın fertilitate isteği olması nedeniyle hasta ve ailesine tedavi yöntemleri anlatılarak, bu evrede tamı koyulan serviks kanserinde standart cerrahi tedavinin radikal histerektomi, pelvik ve para-aortik lenfadenektominin olduğu ancak fertilitatesini korumak isteyen olgularda radikal trakelektomi, pelvik ve para-aortik lenfadenektominin bir alternatif olabileceği belirtildi. Hastanın onayının alınması üzerine radikal trakelektomi planlandı.

### Operasyon

Genel anestezi altında göbek üstü ve altı median insizyon ile batına girildi. Batın sıvısı örnekleme için yapılan eksplorasyonda uterus orta hatta, normal cesamette, her iki adneks normal boyut ve görünümde idi. Pelvik ve para-aortik lenf nodu diseksiyonu yapıldı ve frozen section'da incelendi. Frozen section sonucunun negatif gelmesi üzerine operasyona Rodriguez ve ark.<sup>4</sup> tarif ettiği orjinal operasyona benzer şekilde devam edildi. Her iki ligamentum rotundum kesildi, tutuldu, bağlandı. Ligamentum rotundumun kesildiği alandan ligamentum latum ön ve arka yaprağı arasından paravezikal boşluğa girildi. Her iki arteria

uterina, arteria hipogastrica'dan çıktığı noktadan tutuldu, kesildi, bağlandı. Her iki ureter mesane giriş noktasına kadar serbestleştirildi. Rektovajinal alana girildi. Her iki ligamentum sacrouterina'lar sakruma yakın tutuldu, kesildi, bağlandı. Her iki ligamentum cardinale'ler normal radikal histerektomideki gibi lateralden tutuldu, kesildi, bağlandı. Vajina 1/3 üst kısımlarını da içine alacak şekilde klampier koyularak önce pies distali çıkarıldı sonra serviks isthmus bölgesinden kesilerek, pies (4x4x5.5 cm ölçülerinde paraservikal dokusu ve 2.5 cm uzunluğunda proksimal vajeni ile birlikte çıkartılmış serviks) frozen section'a gönderildi. Cerrahi sınırlarda tümör izlenmedi. İsthmus bölgesine mersilen sütürle abdominal serklaj uygulandı. Vajen kafı ile uterus isthmusu kontinü No:0 vikril sütürle birleştirilerek bütünlük sağlandı. İntraoperatif kan kaybı 300 cc ve operasyon süresi 150 dakika idi. Hastanın postoperatif dönemde hastanede kalışı 5 gün idi. Postoperatif komplikasyon izlenmedi.

Spesimenin histopatolojik incelemesinde, servikste 12x11x18mm boyutlarında, derinliği 1.1cm olan, en derin yerinde cerrahi sınıra uzaklığı 1.2cm olan tümör saptanmıştır. Tümör, mikroskopik incelemede berrak hücreli karsinom olarak değerlendirilmiş olup en derin yerinde vajen stromasına 0.1cm invazyon göstermektedir. Tümör serviksın tüm kadranlarında mevcuttu ve multisentrik idi. Tümör bazı alanlarında mikroinvazif karakterde idi. Bütün cerrahi sınırlar temiz idi. Lenfovasküler tutulum mevcuttu. Vajenin histopatolojik incelemesinde kronik inflamasyon ve mikroskopik invazyon saptandı. Yedi adet paraaortik, 3 adet sol internal ve eksternal iliak, 6 adet sağ internal ve eksternal iliak, 2 adet sağ obturator, 1 adet sol obturator olmak üzere toplam 19 adet reaktif lenfoid hiperplazi gösteren lenf düğümü saptandı. Periton yıkama sıvısında az sayıda benign mezotel hücresi görüldü, atipik hücre saptanmadı.

Hastanın postoperatif 9. aydaki kontrollerinde Pap smear sonucu normaldi ve nükse ait bulgu izlenmedi. Postoperatif 9. aydaki kontrol transvajinal ultrasonografisi Şekil 1'de gösterilmiştir.



**Şekil 1.** Postoperatif 9. ayda yapılan transvajinal ultrasonografi. Uterus collum bölgesi izlenmemektedir. İsthmus bölgesine uygulanan mersilen sütürle abdominal serklaj (işaretili bölge) hiperekojen olarak gözükmemektedir.

### Tartışma

Radikal trakelektomi Dargent ve ark.<sup>2</sup> tarafından geleneksel radikal histerektomiye alternatif olarak tarif edilmiş ve fertilitasını korumak isteyen evre Ia ile 2a arasındaki genç hastalarda klasik tedaviye bir alternatif olmaya başlamıştır. Bu teknikte vajinal yoldan uterin serviks ve parametriumu ve vajen üst 1/3 ünü aynı anda çıkarmak ve uterin korpus ve serviksın üst tarafını korumak mümkün olmuştur. Dargent kendi tarif ettiği operasyonda laparoskopik pelvik lenf nodu diseksiyonu uygulamıştı. Bu operasyon türünün tümör nüksü ve preterm doğum gibi iki önemli riski olduğu düşünülmektedir.

Roy ve ark.<sup>6</sup> vajinal radikal trakelektomi, laparoskopik pelvik ve para-aortik lenfadenektomi uyguladıkları 30 hastanın 20'sini evre 1b, 1'ini evre 1a1, 7'sini evre 1a2, 2'sini evre 2a olarak rapor etmişlerdir. Bir hasta, 18 ay sonra gelişen parametrial nüks nedeniyle kaybedilmiştir. Bu olgu evre 2a olup, tümör 3x2.5cm çapında ve az diferansiye özellikte idi. Mathevet ve ark.<sup>7</sup> radikal trakelektomi uyguladıkları evre 1b2'nin altındaki 95 olguluk serilerinde 4 (%4.2) nüks izlemişler ve bu nüks izlenen olgularda tümör çapını tümünde 2cm üzerinde rapor ederek 3'ünde ek olarak lenfovasküler aralık tutulumu tespit etmişlerdi. Burnett ve ark.<sup>8</sup> radikal vajinal trakelektomi ve

lenfadenektomi yaptıkları ve ortalama takip süresi 31.5 ay olan 30 hastada ve Shepherd ve ark.<sup>9</sup> aynı operasyonu uyguladığı 30 hastada hiç nüks rapor etmemişlerdir.

Benardini ve ark.<sup>10</sup> yaptığı çalışmada gebelik planlayan 39 hastadan 18'i ortalama 11 ayda gebe kalmıştır. Dört hastada iki kez olmak üzere toplam 22 gebelik oluşmuştur. Onsekiz hastada gebelik viable döneme ulaşmış ve 12 kadında, gebelik terme ulaşmıştı. Preterm doğumun nedeni erken membran rüptürü idi. Roy ve ark.,<sup>6</sup> vajinal radikal trakelektomi, laparoskopik pelvik ve para-aortik lenfadenektomi uyguladıkları 30 hastanın 6'sında gebelik rapor etmişlerdir. Mathevet ve arkadaşlarının<sup>7</sup> serisinde gebelik isteği olan 42 olgudan 33'ü gebe kalmıştır ve 34 canlı çocuk, %19'luk geç düşük oranı rapor edilmiştir. Burnett ve arkadaşlarının<sup>8</sup> 30 vakalık serisinde elde edilen 3 gebelikten 2'si preterm, 1'i term doğum ile sonuçlanmıştır. Shepherd ve ark.,<sup>9</sup> 30 hastaya radikal trakelektomi uygulamış, gebelik isteği olan 13 hastanın 8'inde toplam 14 gebelik ve 9 canlı doğum oluşmuştur. Preterm doğum yapan 7 hastanın 6'sında erken membran rüptürü oluşmuştur.

Preterm doğum riski bu olgularda normal populasyona göre daha fazla izlenmekte olup, Dargent ve ark.<sup>2</sup> erken dönem yayınlarında 2 olguda geç dönemde abortus ve preterm doğum izlemeleri üzerine bizim de bu olgumuzda uyguladığımız gibi daha sonra kalıcı serklaj uygulamasına geçmişler ve bu dönemden sonra tüm olgular 34. gestasyonel haftada veya daha geç doğmuşlardır. Ancak bu uygulamanın önemli handikapı sezaryanın bu olgularda gerekli olmasıdır.

Tüm bu olgularda yaklaşım vaginal idi ve pelvik lenfadenektomi de laparoskopik uygulanmakta idi. Bizim olgumuz da yaklaşım, Smith ve ark.,<sup>3</sup> Rodriguez ve ark.<sup>4</sup> ile Palfalvi ve arkadaşlarının<sup>5</sup> rapor ettiği gibi abdominal yoldan idi. Laparoskopik cerrahide yapışıklıkların az olması ve kısa nekahat süresi gibi teorik avantajlar olmasına rağmen, laparoskopik lenfadenektomi bu konuda gelişmiş teknik ekipman ve tecrübe gerektiren bir yaklaşımdır. Smith ve arkadaşlarının<sup>3</sup> uyguladıkları abdominal trakelektomide a. uterina'lar reanastomoz edilmiştir. Bizim olgumuzda

a.uterina'lar bilateral bağlanmasına rağmen uterovaginal anastomozda beslenme sorunu çıkmamıştır. Rodriguez ve Palfalvi kendi serilerinde birer gebelik ve canlı doğum olduğunu belirtmişlerdir.<sup>4,5</sup>

Bu bulgular ışığında henüz veriler kısıtlı olsa da fertilitisini korumak isteyen erken evre serviks karsinomu olgularında, radikal trakelektomi uygulaması gerek sağkalım gerekse de gebeliğin oluşması ve viabl gestasyonel yaşa ulaşması açısından başarılı bir yöntem olarak gözükmektedir. Literatürde bildirilen yaklaşık 150 trakelektomi vakasının, uzun süreli takip sonuçları sayısının henüz yetersiz olması, bu operasyonun erken evre invazif karsinomda standart tedavi yöntemi olarak önerilmesini engellemektedir. Ancak vaka sayıları çok olan yazarların endikasyonlar konusunda önerdikleri ortak noktalar şunlardır: 1) Fertilitiyi koruma isteği, 2) Evre 1a2 ve 1b (FIGO) tümör, 3) 2 cm altında büyüklüğe sahip lezyonlar, 4) Kolposkopide sınırlı endoservikal tutulum tespit edilmesi, 5) Pelvik lenf nodu metastazına ait bulgu olmaması.

Bizim olgumuz klinik evre 1b1 olup cerrahi evre olarak da vajene mikroskopik invazyon nedeniyle 2a1 idi. Dargent ve ark.,<sup>11</sup> maksimum tümör çapının 2cm ve üstünde olmasının, infiltrasyon derinliğinin 1cm ve üstünde olmasının, hastanın 30 yaşından küçük olmasının ve lenfovasküler invazyonun olmasının anlamlı olan risk faktörleri olduğunu, buna rağmen skuamoz hariç diğer histolojik tipte kanser olmasının, parametrium ve vajinal kaf infiltrasyonunun olması gibi faktörlerin trakelektomi uygulanan hastaların prognozunda önemli olmadığını belirtmiştir. Sunduğumuz vaka da tümör büyüklüğü 2 cm altında olup en geniş yerinde 1.8 cm idi ve cerrahi tüm sınırlarda tümör yoktu. Bizim olgumuzda, kötü prognostik faktörler lenfovasküler tutulumun olması ve hasta yaşının 30 yaşından küçük olmasıdır. Olgumuzda postoperatif

9. ayda nüks izlenmemiştir. Serviks kanserinde yüksek riskli histolojik tiplerde radikal trakelektominin güvenilirliği tam olarak gösterilememiştir. Bu nedenle olgumuzda olduğu gibi bu olguların yakın olarak izlenmesinin gerekliliğini düşünüyoruz.

#### KAYNAKLAR

1. CRC. Cervical cancer screening. Factsheet 13.1, 1994.
2. Dargent D, Brun JL, Roy M, Methivet P, Remy I. La trachelectomie elargie (TE), une alternative a l'histerectomie radicale dans le traitement des cancers infiltrants developes sur la face externe du col uterin. Journal d'Obstetrique et Gynecologie 1994; 2: 285-92.
3. Smith JR, Boyle DCM, Corless DJ, et al. Abdominal radical trachelectomy: a new surgical technique for the conservative management of cervical carcinoma. Br J Obstet Gynaecol. 1997;104(10):1196-200.
4. Rodriguez M, Guimares O, Rose PG. Radical abdominal trachelectomy and pelvic lymphadenectomy with uterine conservation and subsequent pregnancy in the treatment of early invasive cervical cancer. Am J Obstet Gynecol 2001;185:370-4.
5. Palfalvi L, Ungar L, Boyle DC, Del Priore G, Smith JR. Announcement of healthy baby boy born following abdominal radical trachelectomy. Int J Gynecol Cancer 2003;13:250.
6. Roy M, Plante M. Radical vaginal trachelectomy for invasive cervical cancer. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000;29:279-81.
7. Mathevet P, Laszlo de Kaszon E, Dargent D. Fertility preservation in early cervical cancer. Gynecol Obstet Fertil 2003;31:706-12.
8. Burnett AF, Roman LD, O'Meara AT, Morrow CP. Radical vaginal trachelectomy and pelvic lymphadenectomy for preservation of fertility in early cervical carcinoma. Gynecol Oncol 2003;88:419-23.
9. Shepherd JH, Mould T, Oram DH. Radical trachelectomy in early stage carcinoma of the cervix: outcome as judged by recurrence and fertility rates. Br J Obstet Gynaecol 2001;108:882-5.
10. Bernardini M, Barrett J, Seaward G, Covens A. Pregnancy outcomes in patients after radical trachelectomy. Am J Obstet Gynecol 2003;189:1378-82.
11. Dargent D, Franzosi F, Ansquer Y, Martin X, Mathevet P, Adeline P. Extended trachelectomy relapse: plea for patient involvement in the medical decision. Bull Cancer 2002;89:1027-30.