

## OLGU SUNUMU

## Erken Evre Endometrium Kanserinde Eksik Cerrahi Sonrası Laparoskopik Pelvik Lenf Nodu Diseksiyonu: Olgu Sunumu

### *Laparoscopic Pelvic Lymph Node Dissection in Early-Stage Endometrium Cancer After Incomplete Surgery: A Case Report*

Petek BALKANLI-KAPLAN, Fatih GÜÇER

Erken evre endometrium kanserinde geleneksel laparotomik cerrahi evrelemenin yerine laparoskopik yaklaşım, güvenli ve etkin bir seçenek olarak sunulmaya başlanmıştır. Bu yazıda, erken evre endometrium kanseri nedeniyle başka bir merkezde eksik cerrahi uygulanan, daha sonra merkezimizde laparoskopik pelvik lenfadenektomi yapılan 39 yaşındaki bir hasta sunuldu. Laparoskopik lenfadenektomi, lenf nodu diseksiyonu gerektiren jinekolojik maligniteler için teknik olarak geçerli ve güvenli bir yöntem olarak görünmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Adenokarsinom/patoloji/cerrahi; endometrial neoplaziler/patoloji/cerrahi; lenf nodu eksizyonu; over neoplazileri/cerrahi; cerrahi, laparoskopik.

Laparoscopic surgery has been suggested as a safe and effective alternative to laparotomy for the treatment of early stage endometrial cancer. In this study, we presented a 39-year-old patient who underwent pelvic lymphadenectomy through laparoscopy at our center following incomplete surgery at another center for early stage endometrium cancer. Laparoscopic lymphadenectomy seems to be a safe and reliable method for gynecologic malignancies that require lymph node dissection.

**Key Words:** Adenocarcinoma/pathology/surgery; endometrial neoplasms/pathology/surgery; lymph node excision; ovarian neoplasms/surgery; surgery, laparoscopic.

*Trakya Üniv Tıp Fak Derg 2005;22(2):106-109*

Kadınlarda diğer kanserler arasında endometrium kanseri %6 sıklıkla, meme, akciğer ve gastrointestinal kanserlerden sonra dördüncü sırada gelmektedir. Cerrahi evreleme, endometrium kanserinde standart yaklaşımdır. Cerrahi evreleme yaklaşımı, total abdominal histerektomi, iki taraflı salpingooforektomi, seçici pelvik ve paraaortik lenfadenektomi ile pelvik yıkama işlemlerini kapsamaktadır. Günümüzde dünyanın birçok merkezinde endometrium kanseri cerra-

hisi laparotomi ile yapılmaktadır. Fakat, erken evre endometrium kanserinde artık laparoskopik yaklaşım alternatif olarak önerilmektedir.<sup>[1]</sup>

Laparotomiye göre laparoskopide daha az morbidite, daha az hastanede kalış süresi ve günlük aktiviteye daha çabuk dönüşün olduğu bildirilmiştir.<sup>[2]</sup> Evre I endometrium kanserinde laparoskopik yaklaşım ilk olarak Childers ve Surwit<sup>[3]</sup> tarafından 1992 yılında iki olgu üzerin-

\*I. Jinekolojik Kongresi'nde video bildiri olarak sunulmuştur (18-21 Mart 2004, Ankara).

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı (Balkanlı-Kaplan, Yrd. Doç. Dr.; Güçer, Doç. Dr.).

İletişim adresi: Dr. Fatih Güçer. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, 22030 Edirne.

Tel: 0284 - 235 76 41 / 4305 Faks: 0262 - 654 00 55 e-posta: fgucer@yahoo.com

de tanımlandıktan sonra erken evre endometrium kanserinde sıklıkta uygulanmaya başlamıştır.

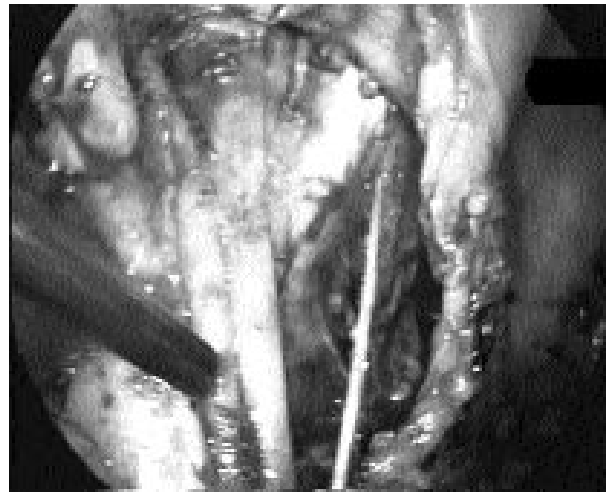
Bu çalışmada, eksik cerrahi girişim uygulanmış olan erken evre endometrium kanserli olguya, laparoskopik pelvik lenf nodu diseksiyonu uygulaması sunuldu.

## OLGU SUNUMU

Yaklaşık bir yıldır adet miktarlarının çok artması ve kanamalarının sıklaşması nedeniyle doktora başvuran 39 yaşındaki kadın hastaya, hekim tarafından uygulanan probe kürtaj sonrası patoloji sonucu "inaktif endometrium ve eşlik eden papiller uzantılar yapmış atipik glandlarla döşeli alanlar" olarak rapor edilmiştir. Total abdominal histerektomi ve iki taraflı salpingooforektomi uygulanan hastanın ameliyat piyesinin patoloji sonucu; "myometriumun yarısını invaze etmiş, endoservikal ve vasküler invazyon yapmayan, histolojik grade I, nükleer grade I, endometroid tip adenokarsinom" olarak belirtilmiş ve tümörün boyutları 2x1x1 cm olarak ölçülmüştür. Adnekslere ait bir patoloji veya metastaz saptanmamıştır. Bunun üzerine başka bir hastaneye sevk edilen hastaya çekilen abdominopelvik manyetik rezonans (MR) incelemesinde; karaciğer, adrenal, genitouriner sistem, pankreas kontür ve büyüklükleri normal, vajinal kaf simetrik ve düzgün, paraaortik bölgede ise patolojik büyüklükte lenfadenomegaliye rastlanmadığı belirtilmiştir. Patoloji ve MR raporu sonuçlarına göre pelvik radyoterapi planlanan hasta, bu tedavinin başlamasından önce Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne sevk edilmiştir. Hastada bakılan Ca 12-5 seviyesi 21 U/ml (normal: 0-25 U/ml) olarak saptandı. Posteroanterior akciğer grafisinde bir patoloji mevcut değildi. Myometrial invazyonun myometriumun yarısını bulması ve primer tümör çapının 2 cm üzerinde olmasının lenfadenektomi gerektireceği bilgisinden<sup>[4,5]</sup> yola çıkılarak hastaya lenfadenektomi yapılmasına karar verildi. Yeni bir cerrahi travma geçirmiş hastaya, ameliyat sonrası morbiditesinin daha az olacağı da düşünülerek lenfadenektominin laparoskopik olarak yapılmasına karar verildi.

## Pelvik lenfadenektomi

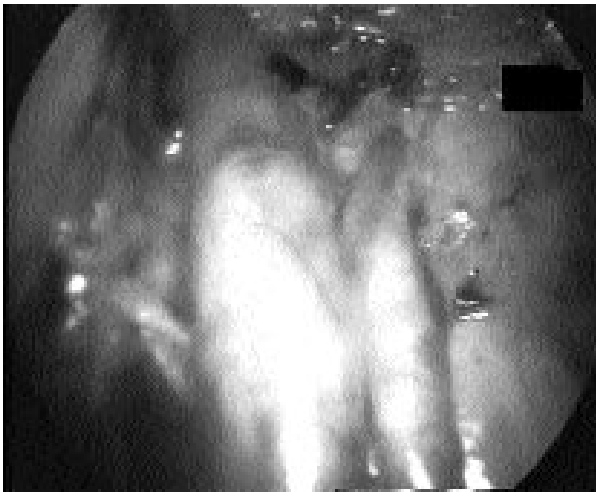
Yaklaşım için dört adet transperitoneal trokar kullanıldı. İlk trokar insizyonu umbilikal bölgeden "açık teknik" ile gerçekleştirildi. İntraabdominal basınç 14 mmHg altında tutulacak şekilde karbon dioksit pnömoperitoneumu sağlandı. Sıfır derece optikle 12 mm'lik umbilikal trokardan girilerek peritoneal kavite inspekte edildikten sonra iki adet 5 mm'lik trokar ligamentum umbilikalilerin ve arteria epigastrika inferior'ların lateralinden ve bir adet 11 mm'lik trokar suprapubik bölgeden direkt görüş altında batına yerleştirildi. İnspeksiyonda vajinal kaf peritonizasyon yapılarak gömülmüş olarak görüldü. Peritoneal sitoloji alındıktan sonra, minimal bağırsak yapışıklıkları künt diseksiyon ile ayrıldı. Ligamentum rotumdum kalıntısı traksiyona alınarak komşuluğundaki periton gerilmesi sağlandı. Daha sonra ligamentum rotumdumun hemen altından retroperitoneal alan açıldı ve eksternal iliak damarlar ve üreter ortaya çıkarıldı. Umbilikal ligaman takip edilerek paravezikal ve obtrator boşluklar açılarak obtrator sinir ortaya çıkarıldı (Şekil 1). Daha sonra peritoneal insizyon psoas kası medialinden infundibulopelvik ligamana paralel olacak şekilde kaudal yönde genişletildi. Nodal dokular, monopolar makas ve künt diseksiyonla, sistematik olarak eksternal iliak, obtrator, internal iliak ve alt common iliak grup sırasıyla çıkarılarak 11 mm'lik suprapubik



Şekil 1. Paravezikal ve obtrator boşluklar açıldıktan sonra obtrator sinir ortaya çıkmaktadır. Lateralde iliak eksternal damar paketi görülmektedir.

trokar yerinden batın dışına alındı. Daha sonra common iliak nodların üreter çaprazının üstünde kalan bölümüne ulaşabilmek için, üreterin altında kalan peritondan bir pencere açıldı ve bu pencere kraniyal ve kaudal yönde genişletildi. Üreter bu pencere üzerinden bir dissektör yardımıyla lateralize edilerek common iliak nodların üst bölümüne ulaşıldı ve bu lenf nodları da yukarıda belirtilen teknikle çıkarıldı. Yerine göre endoklipler kullanıldı. Aynı işlemler karşı taraf için de tekrarlandı. Ameliyat bitiminde, kaudal yönde derin sirkümfleks vene, kraniyal yönde aort bifürkasyonuna kadar tüm lenf nodları ve damar adventisia tabakaları çıkarılmıştı (Şekil 2). Çıkan lenf paketlerinin frozen incelemesinde hiçbirinin pozitif olmaması üzerine sadece para-aortik lenf pozitifliği oranının endometrium kanserinde %2 gibi düşük bir olasılıkta olduğu bilgisi<sup>[6]</sup> gözönüne alınarak paraaortik lenf diseksiyonu yapılmadı. Batın ve trokar delikleri yıkandıktan sonra trokar delikleri ayrıca kateterize edildi. Ameliyat sonunda 11 ve 12 mm'lik trokar delikleri, periton ve fasia beraber ve daha sonra cilt sırasıyla kapatıldı, 5 mm'lik deliklere sadece cilt sütürü kondu.

Daha sonra altı kür brakiterapinin başlayacağı güne randevu verilerek hasta, ameliyat sonrası üçüncü günde taburcu edildi. Nihai patoloji raporu sonucunda, çıkarılmış olan 43 adet pelvik lenf nodunun ve peritoneal yıkama sıvısının



Şekil 2. Tüm pelvik lenf diseksiyonunun tamamlanmasından sonra iliak damar paketi ve derin sirkümfleks ven görülmektedir.

negatif gelmesi üzerine hasta, evre Ic grade I endometrium kanseri olarak evrelendi.

## TARTIŞMA

Klinik olarak evre I ve II endometrium kanserli hastaların lenf nodu metastazı görülme sıklığı yaklaşık %10 kadardır.<sup>[6]</sup> Hastalığın uterus korpusuna sınırlı, histolojik grade'inin I veya II, histolojik subtipinin endometroid ve myometrial invazyonunun <%50 olması, endometrium kanserinde düşük riskli hasta grubunu tanımlamaktadır.<sup>[4]</sup> Düşük riskli hasta grubunda dahi pozitif lenf nodunun olması ihtimali %4-5 civarındadır<sup>[6]</sup> ve bu oran araştırmacılar tarafından önemsenmekte ve lenf nodu incelemesinin gerekliliği vurgulanmaktadır.

Tümörün tipi, myometrial invazyonun derecesi ve tümörün grade'i endometrium kanserinde iyi tanımlanmış prognostik faktörlerdir ve uterus dışına yayılımın olabileceği ihtimalini düşündürür.<sup>[6]</sup> Ayrıca, endometrium kanserinin tüm evrelerinde, primer tümörün çapı lenf nodu invazyonu<sup>[4,5]</sup> için bağımsız bir belirteç olarak tanımlanmıştır. Mariani ve ark.,<sup>[4]</sup> düşük risk grubu olarak tanımlanan ve primer tümör çapı 2 cm altında olan hastalarda, sadece histerektomi ile optimal tedavinin sağlanabileceğini bildirmekte fakat primer tümör çapı 2 cm üzerinde olan tüm olgularda lenfadenektomi yapılmasını önermektedirler. Biz de olgumuzda, primer tümör çapının 2 cm üstünde olması, myometrial invazyon derinliğinin yarısı bulması nedeniyle pelvik lenfadenektomi yapılması gerektiğine karar verdik.

Laparoskopik yaklaşımın morbiditesinin daha az olması, hastanede kalış süresini kısaltmakta, hastanın günlük aktivitelere daha çabuk dönebilmesini ve bağırsak fonksiyonlarının daha erken yerine gelmesini sağlamaktadır. Laparoskopi esnasında bağırsak manipülasyonlarının minimal olması ve abdominal duvar insizyonunun olmamasından dolayı ameliyat sonrası ağrı ve opioid kullanımı da azalmaktadır.

Onkoloji alanındaki laparoskopik cerrahi, daha seçici endikasyonlarda uygulanmaktadır. Erken evre endometrium kanserinde laparoskopik yaklaşımı ilk tanımlayan Childers ve Surwit,<sup>[3]</sup> erken evre endometrium kanserinde geleneksel cer-

rahi tedaviye alternatif olarak laparoskopik cerrahi evrelemeyi önermişlerdir. Ayrıca Childers ve ark.,<sup>[7]</sup> eksik evrelenmiş erken evre endometrium kanserinde laparoskopik evrelemenin güvenli, etkili ve hastanede kısa kalış süresi ile daha kabul edilebilir bir yaklaşım olduğunu bildirmişlerdir. Biz de evrelemesi eksik yapılmış ve bir cerrahi travmadan yeni çıkmış olan olgumuzda, evrelemeyi tamamlamak amacıyla lenfadenektomi için laparoskopik tedavi yöntemini tercih ettik.

Jinekolojik malignitelerde laparoskopik nodal diseksiyonlar, diğer radikal cerrahi yaklaşımlarda olduğu gibi bir takım ameliyat anında ve erken ameliyat sonrası komplikasyonlarla birlikte. Yapışıklıklar ve yetersiz görüntüleme ile prosedürün laparotomiye dönüş ihtimali yaklaşık %8, ani gelişen büyük damar veya üreter yaralanmaları gibi kısa dönem komplikasyonları da %7 oranındadır.<sup>[8]</sup> Malignite cerrahisinde laparoskopik yaklaşımda endişe uyandıran tek durum trokar-yeri metastaz olasılığıdır. Oluşumuyla ilgili değişik mekanizmalar ortaya atılmıştır bunlar; direkt yara kontaminasyonu ve implantasyon, pnömoperitoneumun etkisi, insüfle olan gazların etkisiyle "çimlenme etkisi", tümör hücrelerinin aerosolizasyonu, lokal immün reaksiyonlar ve kullanılan cerrahi tekniklerdir. On iki yıl boyunca 1288 farklı jinekolojik kanserli hasta üzerindeki laparoskopik deneyimlerini yayınlayan Abu-Rustum ve ark.,<sup>[9]</sup> laparoskopiyeye bağlı subkutan tümör implantasyonunun oldukça nadir (%0.97) bir komplikasyon olduğunu belirtmektedir. Birçok çalışmada da trokar-yeri metastazlarının daha çok ileri evredeki, asit ve abdominal kavitede tümöral hücre mevcudiyeti olan hastalarda ortaya çıktığı belirtilmektedir.<sup>[9,10]</sup> laparoskopik cerrahi uygulanacak hastanın seçimi, uygun cerrahi teknik ve tümörün yayılım davranışının bilinmesi ile subkutanöz metastazlar %1 civarında tutulabilir ki, bu da açık cerrahide oluşabilecek insizyon yeri metastazları ile benzer bir orandadır.<sup>[9]</sup>

Laparoskopik lenfadenektomi, lenf nodu diseksiyonu gereken jinekolojik maligniteler için teknik açıdan geçerli ve güvenli bir yöntem ola-

rak görülmektedir. Laparoskopik lenfadenektomi, hastaya daha kısa sürede iyileşme ve hastanede kısa kalış süresi sağlamaktadır. Evrelenmesi eksik yapılmış, bir açık cerrahi sonrası bedensel ve ruhsal travmayı henüz üzerinden atamamış bir hasta için evrelemenin tamamlanması amacıyla laparoskopik cerrahinin uygulanması akıllıca bir yaklaşım olarak görünmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Scribner DR Jr, Walker JL, Johnson GA, McMeekin SD, Gold MA, Mannel RS. Surgical management of early-stage endometrial cancer in the elderly: is laparoscopy feasible? *Gynecol Oncol* 2001;83:563-8.
2. Spirtos NM, Schlaerth JB, Gross GM, Spirtos TW, Schlaerth AC, Ballon SC. Cost and quality-of-life analyses of surgery for early endometrial cancer: laparotomy versus laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1795-9; discussion 1799-800.
3. Childers JM, Surwit EA. Combined laparoscopic and vaginal surgery for the management of two cases of stage I endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 1992;45:46-51.
4. 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.
5. Schink JC, Rademaker AW, Miller DS, Lurain JR. Tumor size in endometrial cancer. *Cancer* 1991;67:2791-4.
6. Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN, Homesley HD, Graham JE, Heller PB. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. A Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer* 1987;60(8 Suppl):2035-41.
7. Childers JM, Spirtos NM, Brainard P, Surwit EA. Laparoscopic staging of the patient with incompletely staged early adenocarcinoma of the endometrium. *Obstet Gynecol* 1994;83:597-600.
8. Abu-Rustum NR, Chi DS, Sonoda Y, DiClemente MJ, Bekker G, Gemignani M, et al. Transperitoneal laparoscopic pelvic and para-aortic lymph node dissection using the argon-beam coagulator and monopolar instruments: an 8-year study and description of technique. *Gynecol Oncol* 2003;89:504-13.
9. Abu-Rustum NR, Rhee EH, Chi DS, Sonoda Y, Gemignani M, Barakat RR. Subcutaneous tumor implantation after laparoscopic procedures in women with malignant disease. *Obstet Gynecol* 2004;103:480-7.
10. Wang PH, Yuan CC, Lin G, Ng HT, Chao HT. Risk factors contributing to early occurrence of port site metastases of laparoscopic surgery for malignancy. *Gynecol Oncol* 1999;72:38-44.