



## EVRE I İNVAZİV SERVİKS KARSİNOMLARI: SSK EGE DOĞUMEVİ VE KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM HASTANESİ DENEYİMİ

### STAGE I INVASIVE CERVIX CARCINOMA: S.S.K. EGE MATERNITY HOSPITAL EXPERIENCE

Merih HANHAN<sup>1</sup> Enver VARDAR<sup>2</sup> Refik KELEŞ<sup>1</sup> Ayşe ÖZBAKKALOĞLU<sup>1</sup> Murat İNAL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.S.K. Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, İzmir

<sup>2</sup>S.S.K. Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Patoloji Lab., izmir

Anahtar Sözcükler: serviks neoplazmları, servikal kanser

Key Words: cervix neoplasms, cervical cancer.

#### ÖZET

*Evre I serviks kanseri nedeniyle tedavi edilen olgularda rekürrens riskini arttıran faktörlerin incelenmesi ve yaşam şansının belirlenmesi. S.S.K. Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi Onkoloji Departmanı. 1986-1996 yılları arasında serviks karsinomu tanısı alan 443 olgudan FIGO sınıflamasına göre evre I grubunda 117 olgu (% 26.4) tedavi edildi. Risk faktörü taşıyan 77 (% 66) olguya radyoterapi uygulandı. Uygulanan tedavi modaliteleri, histolojik tip, lenf nodu tutulumu, invazyon bulguları ve rekürrensler dökümanete edildi. 103 olguda (%88.4) epidermoid karsinom, 13 olguda (%10.7) adenokarsinom ve 1 olguda (%0.9) sarkom saptandı. 14 olgu evre Ia1, 9 olgu evre Ia2 ve 94 olgu evre Ib olarak değerlendirildi. Invazyon derinliği arttıkça rekürrens ve lenf nodu tutulumunun arttığı gözlemlendi. Seride 5 yıllık yaşam şansı %88.56 olarak hesaplandı.*

#### SUMMARY

*To assess the risk factors that increase the recurrence rate in the cases treated for stage I cervical cancer. Department of Gynecologic Oncology, SSK Ege Maternity Teaching Hospital. 117 FIGO stage I cervix carcinoma cases were treated between 1986 and 1996 in our clinic. 64.9% (76 /117) of the patients primarily underwent radical hysterectomy and pelvic-paraaortic lymphadenectomy, while radiotherapy was performed to 66% (77/117) cases as primary adjuvant treatment modality. Treatment modalities, histologic type, lymph node involvement, invasion findings, and recurrences were documented. Epidermoid carcinoma was found in 103 patients (88.4 %), adenocarcinoma in 13 (10.7 %) and sarcoma in one (0.9%). Fourteen cases were stage Ia1, eight were stage Ia2 and 94 were stage Ib. Lymph node involvement was observed in 41% of the cases having parametrial involvement. Genitourinary fistula was the most encountered morbidity with the rate of 3.9 %. It is recognised that recurrence and lymph node involvement rates increase when the depth invasion increases. 5-year survival rate was found as 88.56 % in our series.*

#### GİRİŞ

Her yıl dünyada yaklaşık 465.000 kadın serviks kanserine yakalanmakta ve 200.000'in üzerinde kadın bu hastalıktan ölmektedir (1). Serviks kanseri ülkemizde en sık görülen kadın genital kanseridir (2). Görülme yaşı 20-80 yaş gibi  
Yazışma adresi: Merih Hanhan, S.S.K. Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, izmir  
Makalenin geliş tarihi: 14. 12. 1999; kabul tarihi: 11. 04. 2000

geniş bir yelpazeye yayılmakla birlikte en sık 50-59 yaşları arasında görülmektedir (2).

Evre I subgruplarında sınırlı cerrahi uygulanırken, invazyonun 5 mm'yi aştığı olgularda radikal histerektomi, pevik paraaortik lenfadenektomi veya radyoterapi iki ayrı seçenektir. Ancak günümüzde evre Ia1 subgrupunda

yer alan olgularda da lenfadenektomi uygulanabilmektedir (3). Primer cerrahi tercih edilen olgularda postoperatif dönemde risk faktörlerinin varlığına bağlı olarak adjuvan radyoterapi uygulanır (4).

İnvaziv serviks kanserlerinde tedavi sonrası rekürrens oranları %29-36 arasında değişmektedir (5). Olgularda klinik evre, lenf nodu tutulumu, histolojik tip ve derece, yaş, tümörün en büyük boyutu, invazyon derinliği, lenfovasküler boşluklarda tümör trombları, parametrial yayılım ve immun yanıt, rekürrens ve yaşam şansını etkileyen faktörlerdir. Genel olarak erken evre serviks kanserlerinde beş yıllık yaşam şansı %75- % 95 arasında verilmektedir (6).

Genelde tüm maliğn tümörü olan olgularda, özede ise serviks malignitesi olan olgularda tedavi modalitelerinin etkinliğinin belirlenebilmesi, olgulara ilişkin histolojik tip, uygulanan tedavi ve sağkalıma ait bilgilerin paylaşılması ile gerçekleşecektir. Ülkemizde sosyoekonomik açıdan göreceli olarak farklı bir kesime hizmet veren hastane-mizde, erken evre serviks malignitesi olan olgularda elde ettiğimiz verileri paylaşmak istedik.

## GEREÇ VE YÖNTEM

SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesinde Kasım 1986-Kasım 1996 yılları arasında evre I invaziv serviks karsinomu nedeniyle tedavi gören 117 olgunun tedavi yöntemleri, rekürrensleri ve yaşam şansları incelendi. Olguların tümünde tanıya servikal smear, biopsi, kolposkopik gözlem ve fraksiyone küretaj ile varılarak klinik evreleme için anestezi altında rektovaginal pelvik muayene yapıldı. Radikal cerrahi uygulanacak her olguda tüm batin tomografisi, IVP ve akciğer grafisi çekildi. Primer tedavi olarak yaş, obesite, iri tümör (>4 cm) ve medikal uygunsuzluk nedeniyle radyoterapi planlanan olgular ile cerrahi uygulanan olgular yaşam şansı belirteçleri yönüyle gözden geçirildi, iri tümör grubunda sadece 1 olguya genç yaş nedeniyle preoperatif radyoterapi sonrası tümör küçülmesini takiben radikal cerrahi uygulandı. Hastaların radyoterapi uygulamaları SSK Okmeydanı Eğitim Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi ana bilim dalında gerçekleştirildi. Olgulara günlük 180 cGy olmak üzere 30 günde, yaklaşık olarak, toplam 5400 cGy external radyoterapi uygulandı; gereken olgulara 850-925 cGy arası internal radyoterapi eklendi.

Tüm olgulara uygulanan cerrahi ve radyoterapi ilişkin modaliteler Tablo 1'dedir. Ondört olguluk evre la1 grubunda radikal histerektomi, pelvik paraaortik lenfadenektomi, tip I histerektomi ve soğuk konizasyon gibi tedavi modalitelerine ilişkin oranlar Tablo 2'dedir. Bu grupta lenfovasküler alan tutulumu nedeniyle 2 olguya (%14. 3)

adjuvan radyoterapi eklendi. Dokuz olguluk evre la2 grubunda uygulanan tedavi modalitelerine ilişkin oranlar da Tablo 2'de yer almaktadır. Bu grupta lenfovasküler alan tutulumu nedeniyle 4 olgu ve pelvik lenf nodu tutulumu nedeniyle de 1 olgu olmak üzere toplam 5/9 olguya (% 55.6) adjuvan radyoterapi eklendi. 94 olguluk evre Ib grubunda primer tedavide; uygulanan radikal radyoterapi ve radikal histerektomi, pelvik paraaortik lenfadenektomi oranları Tablo 3'te olup, bir olguda preoperatif radyoterapi,radikal histerektomi, pelvik paraaortik lenfadenektomi (genç yaş, iri tümör nedeniyle) uygulandı. Evre Ib grubunda primer tedavi yöntemi olarak cerrahi işlem uygulanan 78 olgunun 70'ine (%89.7) adjuvan radyoterapi eklendi. (Tablo 3)

Sunulan seride nümerik değerlerde Student t testi, nonnümerik değerlerde ise X2 testi uygulandı. Bu testler ve survey hesaplamaları Systat 7.0 istatistik programı kullanılarak hesaplandı.

## BULGULAR

Ortalama yaş 46.9 (15-75) iken, evre la1 grubunda ortalama yaşı 42.4 (n:14), evre la2 grubunda ise 44.4 (n. 9) ve evre Ib için 47.8 (n:94) olarak hesaplandı. Histolojik türlere göre dağılım incelendiğinde, 117 hastanın %88.4'ünde (103 olgu) epidermoid karsinom, %10.7'sinde (13 olgu) adenokarsinom ve %0.9'unda (1 olgu) sarkom mevcut idi. Lenfovasküler alan tutulumu nedeniyle adjuvan radyoterapi eklenen 2/14 olgu (%14.3) da dahil olmak üzere tüm evre la1 olguları ortalama 40.8 ay (2-96 ay) izlendi.

Cerrahi prosedürleri takiben 4 olguda lenfovasküler alan tutulumu, 1 olguda pelvik lenf nodu tutulumu olması nedeniyle toplam 5 olguya (%55.6) adjuvan radyoterapi eklendi. Evre la2'deki 7 olgu ortalama 50.4 ay (5-131 ay) hastaliksız izlenirken, pelvik lenf nod tutulumlu 1 olgu ile tip I histerektomi uygulanan 1 olgu tedavinin sırasıyla 49. ve 69. aylarında hastaliksız olarak izlemekten kayboldular.

Sunulan seride 30 yaşın altındaki 4 olguda, evreler la1 (1 olgu), la2 (1 olgu), Ib (2 olgu) şeklinde dağılıyordu. Tümörlerin tipleri ise 3 olguda epidermoid karsinom, 1 olguda rabdomyosarkom şeklindeydi. Radikal cerrahi tedavinin uygulandığı 76 olguluk grupta olgu başına ortalama 9.3 paraaortik grup ve 37.9 adet pelvik gruba ait lenf nodu ayıklanmıştır. Bu cerrahi uygulamalar sırasında 8 olguda (%10.5) komplikasyon gelişmiştir. Komplikasyonlar en sık üreterlere yönelik olup primer sütür uygulanan 6 olgudan 3'ünde fistül gelişmiştir (Tablo 4).

Tüm seride (n:117) radikal cerrahinin primer tedavi olarak uygulandığı 76 olgunun prognostik risk faktörlerinin subgruplara göre dağılımı, lenf nodu tutulumları,

rekürrens, metastaz ve ölüm oranları Tablo 5 ve 6'da gösterilmiştir.

Pelvik lenf nodu metastazı saptanması sonucu adjuvan radyoterapi verilen 14 (%18.4) olgudan 8 olgu ortalama 36 ay (5-85 ay) hastaliksız olarak izlendi; 6 olgu takiplerinin 18-49. ayları arasında hastaliksız olarak izlemden kayboldular. Tüm seride izlemden kaybolan 14 olgu hariç bırakıldığında kalan 103 olgudan 6'sında (% 6.25) ortaya çıkan rekürrenslerin %50'si tedavinin ilk 2 yılı içinde sadece evre Ib olgularında saptanırken, ortalama rekürrens yaşı 49.6 (44-62) olarak bulunmuştur. Rekürrens gösteren 3 olgu tip I histerektomi, bilateral salpingooferektomi+adjuvan radyoterapi, 2 olgu radikal histerektomi, bilateral salpingooferektomi, pelvik paraaortik lenfadenektomi + adjuvan radyoterapi ve 1 olgu sadece radikal histerektomi, bilateral salpingooferektomi, pelvik paraaortik lenfadenektomi ile primer tedavi görmüşken, nükslerin tedavisinde kemoterapi uygulanan tip I histerektomili 3 olgu ile radikal histerektomi adjuvan radyoterapi uygulanan 1 olguda, tedavilerinin sırasıyla 21., 34., 103. ve 23. aylarında exitus meydana gelmiştir. Primer tedavide radikal cerrahi sonrası adjuvan radyoterapi eklenen 1 olgu ile adjuvan radyoterapi eklenmeyen 1 olgu olmak üzere toplam 2 olguya rekürrens tedavisi olarak radyoterapi uygulandı. Bu 2 olgu halen sırası ile 48. ve 140. aylarda izlenmektedirler.

Evre Ib grubunda saptanan 4 (%3.4) uzak metastaz, adjuvan radyoterapi eklenen radikal histerektomili olguların izlemlerinin ilk 3 yılında gelişti. Bu olguların tümünde, tümör tipi büyük hücreli nonkeratinize olup, 2'sinde tümör >4cm, 3'ünde dış stromal invazyon ile tüm olgularda lenfovasküler tümör trombları vardı. Exitus tüm olgularda ilk 6 ay içinde meydana geldi. Metastazlar sonucu gelişen kayıplar dışında oluşan 3 exitus sağlıklı izlem nedeniyle açıklanamadı. Toplam exitus 7/117 (% 5.9) olarak belirlendi. Çalışma dönemi boyunca takipten kaybolan 14 olgu ortalama 49 ay süreyle (11-122 ay) hastaliksız olarak izlenmiştir. Halen izlemleri süren hastaliksız 94 olgu ile rekürrenslili 2 olgu (toplam 96 olgu, % 88.1) ortalama 42.1 ay (2-181 ay) süreyle takip edilmiş ve 5 yıllık yaşam şansı %88.56 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 1. Olgulara uygulanan cerrahi işlemler.

| Tedavi modalitesi    | Adj(-)   | Adj(RT)  | Toplam |       |
|----------------------|----------|----------|--------|-------|
|                      |          |          | Sayı   | <(>%) |
| Konizasyon           | 2        | 2        | 4      | 3.5   |
| Tip I histerektomi   | 6        | 11       | 17     | 14.5  |
| Tip I hist. pelv. LA | 2        | 1        | 3      | 2.6   |
| Radik. hist. PPLA    | 13       | 63       | 76     | 64.9  |
| Preop.RT-RadhistPPLA | 1        | -        | 1      | 0.9   |
| Radikal radyoterapi  | 16       | -        | 16     | 13.6  |
| Toplam (n: 117)      | 40 (%34) | 77 (%66) | 117    | 100   |

Tablo 2. Evre Ia olgulara uygulanan tedavi şekilleri.

| Tedavi modaliteleri<br>EvreIA(n:23) | Evre IA<(n: 14) |           | EvreIA <sub>2</sub> (n:9) |           |
|-------------------------------------|-----------------|-----------|---------------------------|-----------|
|                                     | Adj (-)         | Adj (RT)  | Adj (-)                   | Adj (RT)  |
| Konizasyon                          | 2               | 1*        | -                         | 1*        |
| Tipi histerektomi                   | 4               | -         | 1                         | 2*        |
| Tipi hist. pelv.LA                  | 1               | -         | -                         | -         |
| Radikal hist. PPLA                  | 5               | 1*        | 3                         | 2**       |
| Toplam olgu (%)                     | 12<br>85.7      | 2<br>14.3 | 4<br>44.4                 | 5<br>55.6 |

\*Lenfovasküler alan tutulumu

\*\*Bir olguda pelvik lenf tutulumu

Tablo 3. Evre Ib olgulara uygulanan tedavi şekilleri.

| EvreIb(n:94)              | Adj W      | Adj(RT)    | Toplam    |
|---------------------------|------------|------------|-----------|
| Rad. Hist. PPLA           | 5          | 60         | 65        |
| Rad. Radyoterapi          | 16         | -          | 16        |
| Tipi histerektomi         | 1          | 9          | 10        |
| Tipi hist. pelv. LA.      | 1          | 1          | 2         |
| Preop. RT-rad, Hist. PPLA | 1          | -          | 1         |
| Toplam olgu (%)           | 24<br>25.5 | 70<br>74.5 | 94<br>100 |

Tablo 4. Olgularda görülen komplikasyonlar ve tedavileri.

| Komplikasyon     | Sayı (%) | Tedavi       |
|------------------|----------|--------------|
| Üreter kesisi    | 6 (7.9)  | Primer sütür |
| Mesane kesisi    | 1 (1.3)  | Primer sütür |
| Ana damar kesisi | 1 (1.3)  | Primer sütür |

Tablo 5. Prognostik risk faktörlerinin dağılımı.

| Prognostik risk faktörleri | Ia1(n:6) | Ia2(n:5) | Ib(n:65) | Tüm olgular (76) |
|----------------------------|----------|----------|----------|------------------|
| Tümör>29 mm                | -        | -        | 20       | 20 (%26.3)       |
| 1/2 dış stromal invazyon   | -        | -        | 36       | 36 (%47.3)       |
| Tam stromal invazyonu      | -        | -        | 18       | 18 (%23.6)       |
| Paraservikal tutulum       | -        | -        | 12       | 12 (%15.7)       |
| LVA trombları              | 2        | 4        | 30       | 36 (%47.3)       |
| Pelvik LAP (+)             | -        | 1        | 13       | 14 (%18.4)       |
| Rekürrens                  | -        | -        | 6        | 6 (%7.8)         |
| Mortalite                  | -        | -        | 7        | 7 (%9.2)         |

Tablo 6. LAP, rekürrens ve uzak metastazı olan olgularda risk faktörlerinin dağılımı.

| Risk faktörleri (n:76) | LAP (+)(n:14) | Rekürrens (n:6) | Metastaz (n:4) |
|------------------------|---------------|-----------------|----------------|
| Tm > 40 mm (20)        | 10 (%50)      | -               | 2 (%10)        |
| 1/2 dış str. inv. (36) | 6(%16)        | 3 (% 8.3)       | 2 (% 5.5)      |
| Tam str. İnvazyon (18) | 8 (%44)       | 2(%11.1)        | 1 (% 5.5)      |
| Paraserv. tutulum (12) | 5(%41)        | 1 (% 8.3)       | -              |
| İsthmik tutulum (17)   | 7(%41)        | 2 (%11)         | -              |
| LVA trombları (36)     | 3 (% 8.3)     | 3(%7.1)         | 4 (%11.1)      |

Tablo 7. Olgularda tümör tipi ve rekürrens oranlar

| Tümör Tipi                  | Sayı | Rekürrens(%) |
|-----------------------------|------|--------------|
| Büyük hücreli Keratinize    | 19   | 1 (% 5. 2)   |
| Büyük hücreli Nonkeratinize | 75   | 3 (% 4. 0)   |
| Küçük hüç. Keratinize       | 3    | 1 (%33. 3)   |
| Adenokarsinomlar            | 13   | 1 (% 7. 6)   |

## TARTIŞMA

Sunulan seride FIGO (1988) evrelemesine göre olgularda % 19.7 evre Ia, % 80.3 evre Ib ve histopatoloji %88.4 epidermoid, %10.7 adenokarsinom, %0.09 rabdomyosarkom şeklindeydi. Tümör tipi ile rekürrens ilişkisi araştırıldığında; Burke ve ark. evre I serviks karsinomu serilerinde, radikal histerektomi sonrası rekürrens insidensini epidermoid karsinomda %9.2, adenokarsinomda %17.4 olarak bildirmiştir (7). Serimizde küçük hücreli keratinize tipde diğer alttiplere göre daha fazla oranda, rekürrens görüldüğü saptandı. Majör tipler gözönüne alındığında rekürrens oranları epidermoid karsinomda %5.6, adenokarsinomda ise %7.6 olarak bulundu.  $\chi^2$  kare testinde majör tümör tipleri ile rekürrens arasında, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo VII). Evre Ia'ın tedavisi olabildiğince konservatiftir. Tanı koydurucu konizasyon, intraepitelyal lezyonların tamamı da çıkartılmışsa, aynı zamanda bir tedavi yöntemidir. Evre Ia1 tedavilerinde radikal histerektomi, pelvik paraaortik lenfadenektomi %42.8 (n:6), tip I histerektomi %35.8 (n:5, 1 olgu pelvik lenfadenektomili), konizasyon %21.4 (n:3) oranlarında uygulanmıştır. Evre Ia2'deki mikrokarsinomun tedavisinde daima bir nüks riski vardır (8). Lenf nodu tutulum olasılığı 3mm'nin altında invazyon derinliği olanlarda %0.2 iken, 3-5 mm arasında derinlik gösterenlerde %6.8'e çıkmaktadır (9). Bu verilere göre konservatif tedaviler, 3 mm altındaki invazyon derinliği olan olgularda tercih edilmelidir (4). Evre Ia2 olgularda radikal histerektomi, pelvik paraaortik lenfadenektomi 5 (%55.5), tip I histerektomi 3 (%33.3) ve konizasyon ise 1 (%11.2) olguya uygulanmıştır. Evre Ia grubunda lenfovasküler alan tutulumu nedeniyle 6/7 olguya ve pelvik lenf nodu tutulumu nedeniyle de 1/7 olguya olmak üzere toplam 7/23 olguya (% 30.4) adjuvan radyoterapi eklendi, bu olgularda rekürrens gözlenmedi.

Kaynaklarda parametrial tutulum, evre Ib için %16.1 oranında bildirilirken, sunulan seride de %15.7 olarak bulunmuştur (10). Parametrial tutulum saptanan olgularımızda rekürrens %8.3, lenf nodu tutulumu %41 olarak saptanmıştır. Literatürde evre Ib'de paraaortik lenf nodu tutulumu % 6.6 (% 2-% 7), pelvik lenf nodu tutulumu ise %15-%19 arasında bildirilmiştir (10). Sunulan, seride radikal cerrahi uygulanan grupta paraaortik alan tutulumu saptanmazken, pelvik lenf nodu tutulumu %18.4 idi (Tablo VI). Seride stromal invazyon derinliği ile pelvik nod

metastazı gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ( $p=0.039$ ).

Primer tedavi yöntemi olarak cerrahi işlem uygulanan Ib grubunda adjuvan radyoterapi eklenen olgular (70/78 olgu- % 89.7) retrospektif gözden geçirildiğinde yaklaşık 28 olguya (% 35.8) postoperatif eklenen adjuvan radyoterapi overtreatment olarak değerlendirildi.

Sunulan seride evre Ia'da saptanmayan rekürrens oranı evre Ib için % 6.25 olarak bulunmuştur. Rekürrens olgularının %83'ünde 1/2 dış stromal invazyon ile %50'sinde lenfovasküler alanda tümör trombları saptandı. Rekürrens olgularına önceden uygulanan tedavi yöntemleri araştırıldığında; radikal histerektomi, pelvik paraaortik lenfadenektomi+adjuvan radyoterapi uygulanan olgularda %3.2, sadece radikal histerektomi, pelvik paraaortik lenfadenektomi uygulanan olgularda %7.6, tip I histerektomi+adjuvan radyoterapi uygulanan olgularda ise %27.2 olarak saptanan oranlar anlamlı bulundu. Primer tedavi modalitesi radikal radyoterapi olan olgularda rekürrens gözlenmedi. Kaynaklar ile karşılaştırıldığında düşük bulunan rekürrens oranının %11.9 oranındaki takipsiz olgulara bağlı olabileceği düşünüldü. Radikal cerrahi uygulanan olguların %26.3'ünde (20/76) tümör çapı 4 cm'den büyük olup, bunların %50'sinde pelvik lenf nodu metastazı, %10'unda uzak metastaz (akciğer) gözlendi. Kaynaklarda iri tümörlerde pelvik lenf nod tutulumu oranı %38 olarak bildirilmektedir (11).

Uzak metastazı olan 4 olgunun (%3.4) hepsinde parametrium lenf yatağında tümör trombları mevcut idi. Diğer bir deyişle, lenfovasküler tutulum saptanarak radikal cerrahiye ek olarak adjuvan radyoterapi uygulanan olguların %11.1'inde uzak metastaz gözlenmiştir. Yaşayan serviks kanserli hastalarda akciğer metastazı % 1.2-% 4 oranında görülürken, otopsi uygulanan serviks karsinomu olgularında bildirilen akciğer metastaz oranları daha yüksektir (12).

Olgularımızda en sık rastladığımız morbidite % 3.9 oranı (3 olgu) ile genitoüriner fistül gelişimi idi. Fistül gelişen olgulardan ikisi postoperatif dönemde adjuvan radyoterapi eklenen olgulardı. Lee ve ark.'nın serisinde fistül oranı %2.4 olarak bildirilmiştir (13). Operatif mortalite gelişmeyen serimizde tüm evre I olguları için beş yıllık sağ kalım oranı % 88.56 olarak saptanmıştır.

## SONUÇ

Evre Ib serviks karsinomunda, modern cerrahinin giderek azalan operatif morbidite ve mortalite oranları, cerrahi uygulamaların daha yaygın kullanımına olanak sağlamaktadır. Mikroinvaziv serviks karsinomunda organ koruyucu cerrahi girişimler, invaziv karsinomda ise radikal

histerektomi-lenfadenektomi özellikle genç kadınlarda tercih edilmelidir. Invazyon derinliği arttıkça lenf nodu tutulumunun daha sık saptandığı çalışmamızda, lokal

olarak ilerlemiş hastalıkta radikal radyoterapinin, yüksek riskli hastalarda ise postoperatif adjuvan radyoterapinin lokal nüks ve uzak metastazları azalttığı düşünülmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Armstrong BK, Munoz N, Bosch FX: Epidemiology of cancer of the cervix. In Coppleson M (ed), Gynecologic Oncology, 2<sup>nd</sup> Edition, Volume 1 Churchill bringstone, Edinburg London 1992;11.
2. Aydın K, Bozkurt S, Erkin E, Atasü T: Kadın Genital Kanseri İnsidansı. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 1987; 1:33.
3. Ayhan A, Tuncer ZS, Koseoglu F, Yüce K, Kucukali T: Microinvasive carcinoma of the cervix: an analysis of 31 patients. Eur J Gynaecol Oncol 1997;18(2):127-129
4. Güner H, Serviks Kanseri, Jinekolojik Onkoloji 1994.
5. Ceardin E, Schmidt RW, Robrets JA. Prognostic factors and relapse patterns in early stage cervical carcinoma after brachitherapy and radikal hysterectomy. Gynecol. Oncol 1994;53 (3):317-319.
6. Disaia PJ, Creasman WT, Clinical Gynecologic Oncology. The C. V. Mosby Co. 1984;chapter 3.
7. Burke TW, Haskins WJ, Heller PB, Bibram C, Wanser EB. Clinical patterns of tumor recurrence after hysterectomy in stage IB cervical carcinoma. Obstet. Gynecol. 1987;69: 382.
8. Wright TC, Kurman RJ, Ferenczy A: Precancerous Lesions of the cervix. In Kurman RJ (ed): Blaustein's pathology of the female genital tract. 4. Ed. Springer Verlag, New York, 229, 19
9. Piver MS, Rose Freedman MF: Changes in FIGO staging. Am. J Obstet Gynecol 1988:158:678.
10. Burghardt E, Girardi F: Local spread. In Burghardt E (ed), Surgical Gynecologic Oncology, Georg Thieme Verlag 1993;203-212.
11. Schmidt MH, Kühnle H: Paeneoplasien und Neoplasien der Cervix Uteri. Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Band 11, Urban und Schwarzenberg, München, 1991 ;3:129.
12. Gilly G, Gilly L: Lungen und Knochenmetastasen bei malignen Uterustumoren Geburtshu Frauenheilk 1969;29:505.
13. Lee Y, Wang KL, Lin MH, Liu CH: Radical hysterectomy with pelvic lymph node dissection for treatment of cervical cancer; A clinical review of 954 cases. Gynecol Oncology 1989; 32:135-142.