

# FIGO EVRE IC ENDOMETRİYUM KANSERİNDE CERRAHİ VE RADYOTERAPİ SONRASI GÖZLENEN DREN YERİ METASTAZI: OLGU SUNUMU

Hakan OZAN\*, Murat ÖZDİL\*, Eser Şefik ÖZYÜREK\*, Kemal ÖZERKAN\*, Beray KIRAN\*, Sibel AKER\*\*

\* Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

\*\* Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

*Endometriyum kanseri en sık görülen genital sistem kanseridir. Prognozu, erken tanı ve tedavi ile diğer jinekolojik malignitelere oranla daha iyidir. Yazımızda, erken evre endometriyum kanserinde (Evre IC) cerrahi ve radyoterapi sonrası dren yerinde metastaz gelişen bir olgu sunuldu.*

*63 yaşında, endometriyum kanseri (endometrioid adenokarsinom) nedeniyle opere edilen ve cerrahi evresi FIGO Evre IC (Grade I) olan hasta postoperatif dönemde brakiterapi programına alındı. Tedavi bitiminden sonra rutin 3 aylık kontrollere gelen hasta 15. ayda sağ alt kadranda dren giriş yerinin lokalizasyonunda kitle şikayeti ile başvurdu. Buradan yayılan biyopsinin histopatolojisi metastatik endometrioid adenokarsinom olarak sonuçlandı. Hastaya radyoterapi, takiben kemoterapi programı uygulandı. Kemoterapi sonrası cerrahi rezeksiyon planlandı.*

*Jinekolojik kanserlerde bu tür metastazlar sıklıkla ileri evre over ve periton kanserlerinde özellikle trokar veya parasentez giriş yerlerinde gözlenmektedir. Ancak sunduğumuz bu olgu, bu tür metastazların erken evre diğer malignitelere dahi görülebileceği ve hastanın rutin kontrollerinde bunlara dikkat etmemiz gerektiğini göstermektedir.*

**Anahtar kelimeler:** dren yeri metastazi, endometriyum kanseri

**Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi**, 2008; Cilt: 5 Sayı: 1 Sayfa: 69- 73

## SUMMARY

### Drain-Site Metastasis Observed Following Surgery and Radiotherapy of an Endometrial Carcinoma FIGO Stage IC Patient: Case Report

*Endometrial carcinoma is the most prevalent malignancy of the genital tract. With early diagnosis and treatment, its prognosis is more favorable than other gynecological malignancies. The objective of this case study is to present a very rare condition of a drain site metastasis following the treatment of a low stage endometrial carcinoma.*

*A 63 year old woman was operated for endometrial carcinoma (histological subtype: Endometrioid) FIGO Stage IC (Grade I) and treated with the brachytherapy protocol, postoperatively. During the routine postoperative follow-up exams every three months, she presented with a mass in the right lower abdominal quadrant located at the drain site in the 15th postoperative month. Biopsy sampling of this mass revealed metastatic endometrioid adenocarcinoma. Radiotherapy followed by chemotherapy and eventually surgery was planned for the resection of the regressed mass.*

*Similar metastatic lesions in gynecological cancers are mostly restricted to high stage ovarian and peritoneal malignancy conditions, and are usually located at trochar port sites and paracentesis puncture points. Nevertheless, this case shows that other early stage malignancies may as well metastasize in a similar fashion and should not be overlooked in the follow-up examinations.*

**Key words:** drain site metastasize, endometrial carcinoma

**Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol)**, 2008; Vol: 5 Issue: 1 Pages: 69- 73

---

**Yazışma adresi:** Uzm. Dr. Murat Özdil. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, 16059, Görükle Kampüsü, 16059 Bursa  
Tel.: (0224) 442 84 00 - 10 55  
e-posta: muratozdil16@yahoo.com.tr

Alındığı tarih: 09.04.2007, revizyon sonrası alınma: 25.07.2007, kabul tarihi: 02.08.2007

## GİRİŞ

Endometriyum kanseri en sık görülen genital kanser tipi olup, Amerika Birleşik Devletleri'nde 2005 yılında 40.000'den fazla vaka bulunduğu tahmin edilmektedir (1). Ülkemizde güvenilir bir veri olmamakla birlikte yapılan bir çalışmada jinekolojik kanserler içinde endometriyum kanserinin oranı %42-55 oran ile en sık görülen kanser tipi olduğu saptanmıştır(2). Endometriyum kanserinin ortalama görülme yaşı 60'tır ve %75'i 50 yaş üzerinde, postmenopozal dönemde görülür. Bu kanser, kadınlarda erken tanı ve tedavi ile yüz güldürücü sonuçların alındığı bir neoplazidir. Diğer jinekolojik kanserlerden farklı olarak Endometriyum kanserinin erken tanınmasının en önemli sebebi sıklıkla anormal vajinal kanama gibi bir erken semptom vermesidir(3). Günümüzde gelişmiş tanı yöntemleri sayesinde; endometriyum kanseri tanı aldığında %72 oranında cerrahi evre I, %12 oranında evre II, %13 oranında evre III ve %3 oranında evre IV'e kadar ilerlemiş olmaktadır. Endometriyum kanserlerinin %95'inden fazlası epitelyal orjinlidir, bunlardan %80'ini endometrioid tip oluşturur(4-7).

Endometriyum kanserinin günümüzdeki standart tedavisi total abdominal histerektomi+bilateral salpingooferektomi +bilateral pelvik–paraaortik lenfadenektomi ve peritoneal sitoloji örneklemesidir. Histolojik tip seröz papiller karsinom olduğunda operasyona omentektomi de eklenmelidir. Lenfadenektomi uygulanan olgularda postoperatif dönemde hem lenf sıvısı drenajını sağlamak hem de kanama takibi yapmak amacıyla duruma göre bir veya iki adet kapalı drenaj sistemi yerleştirilir. 1988'de FIGO tarafından Endometriyum kanseri evrelemesinde klinik evreleme yerine cerrahi evreleme yapılması önerilmiştir. Cerrahi evrelemede temel alınan başlıca parametreler tümörün histolojik grade'i, batın yıkama sıvısının atipik hücre içerip içermemesi, uterusun serozasında, adnekslerde tümör olup olmadığı, servikal yayılım varlığı, myometriyal invazyon derinliği, lenf nodlarında tutulum olup olmaması, pelvis ve abdomende gross olarak izlenen tümör kitlesi varlığı sayılabilir(8).

Son 20 yıla kadar bu onkolojik operasyonlar laparotomi ile uygulanırken laparoskopik cerrahinin gelişmesi ile jinekolojik kanserlerde bu teknik sıkça kullanılmaya başlanmıştır. Bu yöntem ile trokar yeri metastazı gibi uzun dönemde görülen yeni komplikasyonlar görülmeye başlamıştır. Literatürde bu tür trokar ve

insizyon metastazlarının oranı %1-2 olarak verilmekte olup, bu metastazlar sıklıkla intraperitoneal yayılımın ön planda olduğu over kanserlerinde görülmektedir(9,10). Laparotomi ile total abdominal histerektomi+bilateral salpingooferektomi+bilateral pelvik ve paraaortik lenfadenektomi uygulanan ve takiben brakiterapi alan bir FIGO Evre IC Endometriyum kanseri olgusunda, tedavi bitiminden 15 ay sonra saptadığımız bir dren yeri metastazını sunmayı amaçladık.

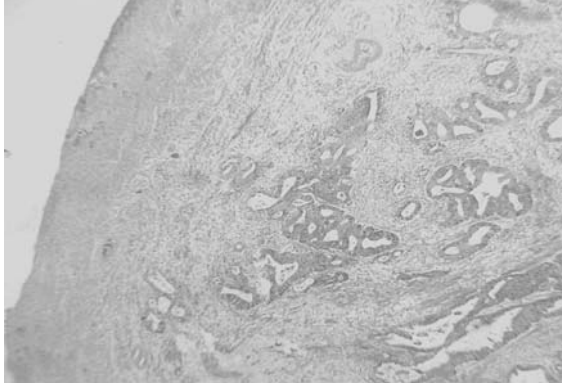
## OLGU SUNUMU

63 yaşında, gravida 3, para 3 ve 12 yıldır menopozda olan, herhangi bir hormon tedavisi almamış olgunun postmenopozal vajinal kanaması olması üzerine yapılan transvajinal ultrasonografik değerlendirmesinde; endometriyum çift yaprak kalınlığı 18 mm kalınlıkta ve düzensiz olarak görüldü. Bunun üzerine yapılan dilatasyon&küretaj "endometrioid adenokarsinom, FIGO Grade I" olarak sonuçlandı. Tümör markerları normal olarak gelen olgunun metastaz araştırılması açısından yapılan göğüs X-ray röntgenogramı ve abdominopelvik bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde herhangi bir özellik saptanmadı. Sistemik hastalık olarak hipertansiyon dışında bir hastalığı bulunmayan olgunun VKİ (vücut kitle indeksi)'i 27,2 kg/m<sup>2</sup> idi.

Olguya median insizyon ile laparotomi uygulandı. Operasyon sırasındaki eksplorasyonda uterus ve overler atrofik görünümde olup, diğer batın içi organların incelenmesinde tümoral oluşuma rastlanılmadı. Peritoneal yıkama sıvısı alınıp, olası tubal pasajı engellemek için tubal klemp uygulandıktan sonra total abdominal histerektomi+bilateral salpingooferektomi +bilateral pelvik ve paraaortik lenfadenektomi operasyonu uygulandı. Yaklaşık 4 saat süren operasyon sonunda postoperatif dönemde lenf sıvısının drenajını ve kanama takibini sağlamak için sağ alt kadrandan Douglas boşluğuna, bir adet Jackson-Pradd dren yerleştirildi. Postoperatif dönemde 7. günde günlük drenajın 50 ml'den az olması üzerine dren çekildi ve herhangi bir komplikasyon gelişmeyen olgu taburcu edildi.

Alınan materyallerin patolojik incelemesi sonucunda tümör histolojisi endometrioid adenokarsinom (FIGO Grade I) olup myometriyumun %50'den fazlasını infiltre etmiş, serozal yüzeye 1 mm kalana dek yaklaşmıştı (Resim 1). Lenfatik invazyon gözlenmiş olup, perinöral invazyon saptanmadı. Serviksin, alt

uterin segmentin ve adnekslerin mikroskopik incelemesinde, ayrıca peritoneal yıkama sıvısının sitolojik incelemesinde tümöral hücreye rastlanılmadı. Lenf nodlarının incelenmesinde (24 adet paraaortik, 11 adet sağ pelvik ve 17 adet sol pelvik lenf nodu) tümöral invazyon saptanmadı. Yapılan immunohistokimyasal boyamada östrojen ve progesteron reseptörleri pozitif olarak boyandı. Olgu FIGO sınıflamasına göre “Evre IC” olarak kabul edildi.



**Resim 1:** Endometrioid adenokarsinomu; myometriyum invazyonu> %50 (H&E, x 100).

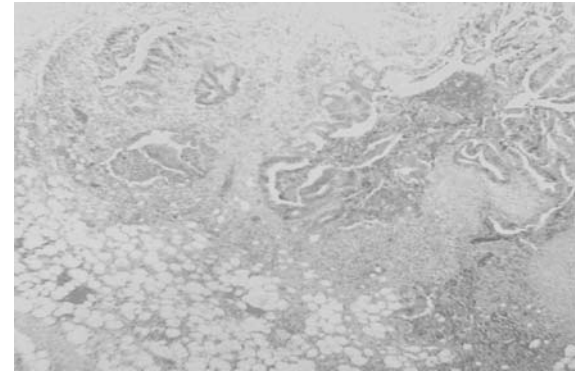
Olguya postoperatif 14 günlük dönemde brakiterapi uygulandı (Total doz 21 Gray). Brakiterapi programı sırasında meydana gelen sağ bacakta derin ven trombozu için düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi ile semptomları gerileyen olgu rutin 3 aylık takibe alındı.

Olguya operasyondan 15 ay sonraya kadar yapılan fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile yapılan incelemede BT ile nüks veya metastaz lehine bulgu saptanmadı. Postoperatif 15. ayda olgu sağ alt kadranda, operasyon sırasında yerleştirilen dren yerine uyan lokalizasyonda ele gelen kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Dren yeri metastaz şüphesi olan olguya yapılan tetkiklerde tümör markerlarından CA 125’de yükselme (49 U/ml) tespit edildi. Abdominopelvik BT’inde, mesane sol lateralde 12x9 cm boyutlarında kistik oluşum tespit edildi. Sağ alt kadranda cilt altı düzeyinde ve karın ön duvarı kas yapılarını içine alan cilt ve cilt altı yağ dokusuna doğru uzanım gösteren yaklaşık 6x5 cm çapında solid karakterde kitlesel oluşum izlendi (Resim 2). Yine sağ inguinal bölgede yaklaşık 1 cm boyutunda 3-4 adet lenf nodu dikkati çekti. Bu bulgular dışında üst abdomen ve toraks incelemesinde metastaz odağı saptanmadı. Cilt altı dokusuna kadar invaze olan bu lezyondan lokal anestezi altında biyopsi uygulandı ve patolojik inceleme sonucu,

metastatik endometrioid adenokarsinom olarak rapor edildi (Resim 3).



**Resim 2:** Pelvik CT’de mesane (M), lenfösel (L) ve abdominal duvardaki tümör (T) görünümü.



**Resim 3:** Metastatik endometrioid adenokarsinom. Cilt dokusundaki konnektif yağ dokusu ve endometrial glandlar görülmektedir (H&E, x 100).

Dren yeri metastazı alan olguya öncelikle cerrahi planlandı. Ancak invazyonun geniş olmasından dolayı öncelikle tümör küçültücü tedavi düşünüldü. Bu yüzden 45 günlük dönemde eksternal radyoterapi aldı (Total doz 5400 Gray). Eksternal radyoterapi sonrası yapılan pelvik MRI (Manyetik Rezonans Görüntüleme) incelemesinde kitlenin boyutunda regresyon saptanmadı ve mesane sol lateralde vajen forniksine dek inen 12x12x7 cm’lik düzgün konturlu sıvı koleksiyonu izlendi. Bunu izleyen dönemde, olgu Karboplatin AUC-6+ Paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> programına alındı. Toplam 6 kür kemoterapi sonrası olgu abdominopelvik MRI ile tekrar değerlendirildi ve solid kitlenin 4x3 cm boyutlarında, kistik kitlenin ise 10x8x6 cm boyutlarında olduğu görüldü. Kemoterapi ile kısmi bir regresyon gösteren olgunun tümöral kitlesine cerrahi rezeksiyon planlandı.

## TARTIŞMA

Sunduğumuz bu olgu laparoskopi uygulanan jinekolojik kanserlerdeki trokar giriş yeri metastazı ve laparotomi sonrası insizyonel metastazlar ile benzerlik göstermekte olup erken evre endometriyum kanseri (FIGO Evre IC) olması, laparotomi uygulanıp dren yerinde metastaz saptanması ve literatürde buna benzer bir olgu sunumu olmaması ile önem taşımaktadır. Biz, trokar giriş yeri metastazları ile benzerlik gösterdiğinden dolayı daha çok literatürdeki bu vakalardan örnek verdik.

Son yıllarda laparoskopik yöntemlerin gelişmesine rağmen günümüzde endometriyum kanseri cerrahisinde en sık kullanılan yöntem laparotomidir. Endometriyum kanserinde laparotomi sonrası görülen insizyonel metastazlar son derece nadirdir. Literatürde bugüne kadar 8 olguda tanımlanan bu durum tümör hücrelerinin abdominal duvara ekilmesi veya direkt metastaz sonucu olduğu düşünülmektedir. Ortalama rekürrens süresi 12 ay olup, literatürde tanımlanmış en uzun süre primer cerrahiden 14 yıl sonra saptanan abdominal insizyonel metastaz olgusudur<sup>(11-13)</sup>.

Laparoskopi uygulanan jinekolojik kanserlerde trokar sahası tümör rekürrensleri çok sık olmamakla birlikte geç dönem komplikasyonları arasında sayılmaktadır. Şu ana kadar literatürde bildirilen vakalar sıklıkla ileri evre over kanserlerinde ortaya çıkmıştır. Laparoskopi uygulanan jinekolojik kanserlerde trokar yeri metastazlarının patofizyolojik nedenleri arasında lenf nodlarının portlardan çıkarılması ve transtubal tümör hücrelerinin batın içine yayılması sorumlu tutulmaktadır. Sonuç olarak bu metastazları iki ana gruba ayırmak mümkündür; birinci grup izole, tümör evresinden bağımsız olan rekürrensler; ikinci grup ise ileri evre, yaygın hastalığa sekonder olarak ortaya çıkan rekürrenslerdir<sup>(9,10,14,15)</sup>. Laparoskopik cerrahi ile tedavi edilen 122 endometriyum kanseri olgusunun değerlendirildiği bir çalışmada 44 aylık gözlem sonucunda trokar yeri metastaz oranı %1.6 olarak bulunmuştur. Trokar yeri metastazı saptanan iki olgunun da cerrahi evrelemesi FIGO evre IIB olarak saptanmıştır<sup>(16)</sup>. Wang ve ark. endometriyum kanseri nedeniyle LAVH (Laparoskopi Asiste Vajinal Histerektomi) + Laparoskopik lenfadenektomi yaptığı ve pelvik-paraaortik lenf nodu metastazı saptanan (FIGO Evre III C) bir olguda postoperatif 6. ayda umblikustaki trokar giriş yerinde ve epizyotomi skarında metastaz saptamışlardır<sup>(17)</sup>. Bu tür trokar giriş yeri metastazları

daha çok asit sıvısı olan over kanserlerinde olmakla beraber nadir de olsa endometriyum ve serviks kanserlerinde de rapor edilmiştir<sup>(18)</sup>. Yine gözlemsel nitelik taşıyan bir sonuç da küçük insizyonlarda büyük insizyonlara oranla tümör nükslerinin daha sık oluşudur. Bunu doğrulayan en önemli bir bulgu, sitolojik açıdan pozitif büyük tümör kitlesi olan malign over tümörlerinde klasik orta hat insizyonlarda tümör gelişmez iken parasentez yapılan noktada tümör metastazı saptanmasıdır.

Bizim olgumuzdaki olası patofizyolojik mekanizmalara bakacak olursak; operasyon öncesi dilatasyon&küretaj veya operasyon anındaki uterus manipülasyonu sırasında transtubal tümör hücre migrasyonu ve intraabdominal yayılması söz konusu olabilir. Ancak peritoneal yıkama sıvısının negatif olması ve operasyon sırasında histerektomiye başlamadan önce bilateral tubal klemp uygulanması bu hipotezi desteklememektedir. Lenfadenektomi yapılan sahada rezidüel tümör hücresinin kalması ve dren çekilirken tümörün batın ön duvarına ekilmesi, sonrasında progresyon göstermesi daha olası bir mekanizmadır.

Bunun gibi lenfadenektomi uygulanacak jinekolojik malignitelere operasyon sonunda batın içinin bol sıvı ile irrigasyon ve aspirasyonu cerrahi sahadaki rezidüel tümör hücrelerinin temizlenmesi için faydalı olabilir. Ancak bunun ispatı için uzun süreli takip gerektiren prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır. Bütün bu bilgiler ışığında, kanser cerrahisi ve cerrahi sonrası takibi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Rekürrens ve metastazların sık görüldüğü ilk 2 yılda genel fizik ve pelvik muayenenin dışında pap-smear incelemesi, akciğer grafisi, abdominopelvik görüntüleme yöntemi ile değerlendirme ve CA 125 gibi belirteçler belli zaman aralıklarında yapılmalıdır. Ancak bu yöntemlerin rekürrens tanısı koymadaki güvenilirliklerinin düşük olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Örneğin, fizik muayene ile %5-30, pap-smear testi ile %0-4, abdominopelvik tomografi ile %5-25 ve CA125 ile %15 oranında rekürrens tanısı koyulabilmektedir<sup>(19)</sup>. Bizim olgumuzda ise rekürrens bölgesi fizik muayene ile saptanmış olup histolojik örnekleme ile tanı kesinleştikten sonra tümörün yaygınlığını saptamak için yukarıda bahsettiğimiz tetkikler yapılmıştır. Jinekolojik onkoloji operasyonlarında cerrahi morbidite ve mortalite, benign nedenler ile yapılan jinekolojik operasyonlara göre daha yüksektir. Sonuç olarak, tüm jinekolojik kanserlerde özellikle intraabdominal yayılım riski yüksek olan over-periton kanserlerinde postoperatif

dönemde olgunun her rutin muayenesinde insizyon skarını, dren yerini, laparoskopi uygulandı ise trokar giriş yerlerini dikkatli bir şekilde muayene etmek olası metastazın erken saptanması ve tedavisi açısından önem taşımaktadır.

### KAYNAKLAR

1. Jemal A, Murray T, Ward E, Samuels A, Tiwari RC, Ghafoor A, Feuer EJ, Thun MJ. Cancer statistics, 2005. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 10- 30.
2. Gol M, Saygılı U, Saatli B, Uslu T, Erten O. Should advanced age alone be considered a contraindication to systemic lymphadenectomy in gynecologic oncologic patients? A university hospital experience in Turkey. *Int J Gynecol Cancer* 2004; 14: 508-14.
3. Smith M, McCartney AJ. Occult, high-risk endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 1985; 22: 154- 61.
4. Creasman WT, Odicino F, Maisonneuve P, Beller U, Benedet JL, Heintz AP, Ngan HY, Pecorelli S. Carcinoma of the corpus uteri. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 83 (Suppl 1): 79- 118.
5. MacMahon B. Risk factors for endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 1974; 2: 122- 9.
6. Parazzini F, La Vecchia C, Boccione L, Franceschi S. The epidemiology of endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 1991; 41: 1- 16.
7. Brinton LA, Berman ML, Mortel R, Twigg LW, Barrett RJ, Wilbanks GD, Lannom L, Hoover RN. Reproductive, menstrual and medical risk factors for endometrial cancer; results from a case control study. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 1317-25.
8. FIGO. Annual report on the results of treatment in gynecologic cancer. *Int J Gynecol Obstet* 1989; 28: 189- 93.
9. Ramirez PT, Wolf JK, Levenback C. Laparoscopic port-site metastases: etiology and prevention. *Gynecol Oncol* 2003; 91: 179- 89.
10. Childers JM, Brzechffa PR, Hatch KD, Surwit EA. Laparoscopically-assisted surgical staging (LASS) of endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 1993; 51: 33- 8.
11. Morrow CP, Bundy BN, Kurman RJ, Creasman WT, Heller P, Homesley HD, Graham JE. Relationship between surgical-pathological risk factors and outcome in clinical stage I and II carcinoma of the endometrium: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 1991; 40: 55- 65.
12. Macias V, Baiotto B, Pardo J, Munoz F, Gabriele P. Laparotomy wound recurrence of endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 2003; 91: 429- 34.
13. Lorenz U, Gassel AM, Thiede A, Gassel HJ. Endometrial carcinoma recurrence in an abdominal scar 14 years after total hysterectomy. *Gynecol Oncol* 2004; 95: 393- 5.
14. Kadar N. Port-site metastasis following laparoscopic operations for gynaecological malignancies. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 1308- 13.
15. Nagarsheth NP, Rahaman J, Cohen CJ, Gretz H, Nezhat F. The incidence of port-site metastasis in gynecologic cancers. *JLS* 2004; 8: 133- 9.
16. Sanjuán A, Hernández S, Pahisa J, Ayuso JR, Torné A, Martínez Román S, Lejárcegui JA, Ordi J, Vanrell JA. Port-site metastasis after laparoscopic surgery for endometrial carcinoma: two case reports. *Gynecol Oncol* 2005; 96: 539- 42.
17. Wang PH, Yen MS, Yuan CC, Chao KC, Ng HT, Lee WL, Chao HT. Port-site metastasis after laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy for endometrial cancer: Possible mechanism and prevention. *Gynecol Oncol* 1997; 66: 51- 5.
18. Kohlberger PD, Edwards L, Collins C, Milross C, Hacker NF. Laparoscopic port-site recurrence following surgery for a stage IB squamous cell carcinoma of the cervix with negative lymph nodes. *Gynecol Oncol* 2000; 79: 324- 6.
19. Fung-Kee-Fung M, Dodge J, Elit L, Lukka H, Chambers A, Oliver T; Cancer Care Ontario Program in Evidence-based Care Gynecology Cancer Disease Site Group. Follow-up after primary therapy for endometrial cancer: a systematic review. *Gynecol Oncol* 2006; 101: 520- 9.