

# Uterus Korpus Kanseri Olgularında 20 Yıllık Deneyimimiz\*

Dr. İnan İlker ARIKAN (1), Dr. Remzi ABALI (1), Dr. Tülay ULUS (1), Dr. Deniz CEMGİL ARIKAN (2),  
Doç. Dr. Serpil BOZKURT (3), Dr. Bülent KEÇİK (4)

## ÖZET

**Amaç:** Klinik olarak, genital kanserlerde erken tanı elde etmek için her zaman dikkatli olmaya ve genel yaklaşım, tanı, sağaltım, izleme sürecini olanaklar ölçüsünde en iyi bir biçimde yerine getirmeye çalışmaktayız. Bu çalışmayla endometriyal karsinom olgularında 20 yıllık cerrahi deneyimimizi sunuyoruz.

**Materyal ve Metod:** Ocak 1985-Ocak 2005 yılları arasında SSK İstanbul Eğitim Hastanesi II. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran ve takip ettiğimiz 113 endometriyal karsinomlu olgu retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 57 olarak bulunmuştur. Olguların 50'si 50-59 yaş, 37'si de 60-69 yaş arasında bulunmuştur. 64 hastaya radikal histerektomi, 48 hastaya total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooforektomi, 1 hastaya da vajinal histerektomi yapılmıştır. 82 hastada endometrioid adenokarsinom, 20 hastada seröz papiller karsinom, 3 hastada clear-cell karsinom, 2 hastada skuamöz, 2 hastada müsinöz, 1 hastada indifferansiye karsinom, 1 hastada mikst tip tespit edilmiştir, 1 hastada da ekstrasjenital bölgeden metastaz saptanmıştır. 9 hasta Evre-Ia G1, 2 hasta Evre-Ia G2, 1 hasta Evre-Ia G3, 19 hasta Evre-Ib G1, 9 hasta Evre-Ib G2, 4 hasta Evre-Ib G3, 5 hasta Evre-Ic G1, 2 hasta Evre-Ic G2 ve 2 hasta da Evre-Ic G3 olarak evrelenmiştir. Post-op 55 hastaya radyoterapi, 4 hastaya kemoterapi, 3 hastaya radyoterapi+kemoterapi verilmiştir. 5 hastaya pre-op radyoterapi verilmiştir. Beş yıllık sağkalım; E-I'de %66, E-II'de %58, E-III'de %32, E-IV'de %9 olarak tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Bugün kadın pelvisinin en sık görülen malign neoplazmı ve kadınlardaki 4. sık kanser olan ve erken evrelerde teşhis edilebilen uterus korpusunun kanserlerindeki son yıllardaki artış, kadın hastanın değerlendirilmesinde bu malign neoplazm açısından daha dikkatli anamnez almayı ve incelemeyi gerekli kılmaktadır. Biz de bu çalışmayla uterus korpus kanserlerine bir defa daha dikkat çekmek istedik.

## SUMMARY

### Our 20 Years Experiences in Uterine Corpus Cancers

**Aim:** We were always careful to diagnose the genital cancers of women in the early stages and we tried to do our best in the diagnosis, treatment and follow-up period by the opportunities that we have. With this study we are reporting our 20 years experience in endometrial carcinomas.

**Material and Method:** 113 cases with the diagnosis of endometrial carcinoma who have applied and followed-up at the SSK İstanbul Education Hospital, Second Obstetrics and Gynecology Clinic, between January 1985-January 2005, are evaluated retrospectively.

**Findings:** The average age of the patients were found as 57. 50 patients were between 50-59 and 37 patients were between 60-69 years old. Radical hysterectomy was performed in 64 patients, total abdominal hysterectomy in 48 patients, vaginal hysterectomy in 1 patient. The histologic diagnosis was; endometrioid adenocarcinoma in 82 patients, serous papillary carcinoma in 20 patients, clear cell carcinoma in 3 patients, squamous cell carcinoma in 2 patients, mucinous carcinoma in 2 patients, indifferent carcinoma in 1 patient, mixt type in 1 patient and extragenital metastasis from another part of body in 1 patient. 9 patients were diagnosed as Stage-Ia G1, 2 as Stage-Ia G2, 1 as Stage-Ia G3, 19 as Stage-Ib G1, 9 as Stage-Ib G2, 4 as Stage-Ib G3, 5 as Stage-Ic G1, 2 as Stage-Ic G2 and 2 as Stage-Ic G3. Adjuvant radiotherapy was given to 55 patients, chemotherapy to 4, radiotherapy+chemotherapy to 3 patients. Pre-op radiotherapy was given to 5 patients. 5 year survival was; %66 in Stage -I, %58 in Stage-II, %32 in Stage-III and %9 in Stage-IV

**Result:** The increase in the frequency of cancer of the uterine corpus in the last years, which is the most seen neoplasm of woman pelvis and also fourth most frequent cancer in women today, is making this malign neoplasm an important factor in the follow-up of the woman patient. By this study we also tried to take attention to cancer of uterine corpus once more.

## GİRİŞ

Uterus korpusunun kanseri kadın pelvisinin ABD'de bugün en sık görülen malign neoplazmıdır ve kadınlarda kanser sıklığı açısından 4. sırada yer alır (1).

SB İstanbul Eğ. Hastanesi, 2. Kadın Hast. ve Doğ. Kliniği, Asis. Dr. (1)  
SB İstanbul Eğ. Hastanesi, 2. Kadın Hast. ve Doğ. Kliniği, Uzman Dr. (2)  
SB İstanbul Eğ. Hastanesi, 2. Kadın Hast. ve Doğ. Kliniği, Klinik Şefi. (3)  
SB İzmir Karşıyaka Dispanseri, Uzman Dr. (4)  
Mayıs 2004 Antalya'da IX. Jinekolojik Onkoloji Kongresi'nde sözlü sunum olarak sunulmuştur. (\*)

Endometriyal adenokarsinom reproduktif ve menopoza dönemlerde görülür. Uterus korpus adenokarsinomunun ortalama görülme yaşı 61'dir ve hastaların çoğu 50-59 yaş arasındadır (1). Yaklaşık olarak kadınların %5'inde 40 yaşından önce adenokarsinom gelişecek ve %20-25'inde de menopoza önce tanı konacaktır (2).

Artan sayıdaki veriler kombine kontraseptif kullanımının endometriyal kanser oluşumunu azalttığını göstermektedir. Bu koruma oral kontraseptiflerin en az 12 ay kullanılmasıyla ortaya çıkmakta ve oral kontraseptiflerin

kullanımından 10 yıl sonra kadar devam etmektedir (3).

Endometriyal kanser için birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Bunları üç kategoride toplayabiliriz: Normal anatomi veya fizyolojinin varyantları, belirgin anomali veya hastalık, dış karsinojenlere maruziyet. Obesite, nulliparite, geç menopoza normal anatomi veya fizyolojinin varyantları grubundadır. Tablo 1’de bu üç faktör muhtemel endometriyal kanser geliştirme risklerine göre değerlendirilmiştir (4).

**Tablo 1:** Endometriyal kanserde risk faktörleri

|   |     |
|---|-----|
| <b>Obesite</b>                                  |     |
| 10-25 kg fazla kiloda                           | 3x  |
| >25 kg fazla kiloda                             | 10x |
| <b>Nulliparite</b>                              |     |
| Tek çocuklu ile karşılaştırılınca               | 2x  |
| 5 veya daha fazla çocuklu ile karşılaştırılınca | 2x  |
| <b>Geç menopoza</b>                             |     |
| >52 yaşta menopoza                              | 3x  |

Endometriyal kanserli hastalardaki obesite tipi incelenmiş ve araştırmacılar üst vücut yağ lokalizasyonunun endometriyal kanser için anlamlı bir risk faktörü olduğu kararına varmışlardır. Vücut yağı miktarı, dolaşan progesteron ve seks-hormon bağlayıcı globulinde (SHBG) düşüşle ilişkilendirilmiştir. SHBG miktarı artan üst vücut yağ lokalizasyonu ile progresif olarak azalmaktadır. SHBG düştükçe, proteine bağlanmamış östradiol düzeyi artmaktadır (5).

Diabetes mellitus ve hipertansiyon da sıklıkla endometriyal kanserle ilişkilidir. Kaplan ve Cole yaş, vücut ağırlığı ve sosyoekonomik statüye göre kontrol edildikten sonra diyabet hikayesinin 2.8’lik bir relatif riskle ilişkili olduğunu rapor etmişlerdir. Endometriyal kanserli hastaların 525’inde hipertansiyon ve aterosklerotik kalp hastalığı olmasına rağmen, yüksek tansiyon yaşlı ve obes hastalarda sık olup tek başına anlamlı bir faktör gibi gözükmemektedir (6).

Karşılanmamış östrojen ve endometriyal kanser arasındaki ilişki yeterince belgelenmiştir (4,5,7). Progesteron eklenmesi koruyucu gözükmektedir. Karşılanmamış östrojenin riski olmakla beraber östrojen alan ve endometriyal kanser gelişen kadınlar iyi prognostik faktörlere sahip görünmektedir. Hastalığın evresi ve histolojik grade östrojen kullananlarda daha düşük gibi görünmektedir. Evre ve grade’e göre düzeltilmiş bile östrojen kullananlarda myometriyal invazyon kullanmayanlara göre daha azdır. Berrak hücreli karsinom ve adenokarsinom gibi kötü prognostik tipler de östrojen kul-

lanalarda daha az sıklıkta görülmektedir. Sonuç olarak östrojene bağlı endometriyal kanserlerde sağ kalım oranı östrojenden bağımsız olanlara kıyasla daha iyidir.

Tamoksifen kullanımı meme kanseri olan kadınlarda giderek artmaktadır (8). Tamoksifen antiöstrojen olarak etkisi olmakla beraber östrojenik özellikleri olduğu bilinmektedir ve esasen zayıf bir östrojendir. Tamoksifen alan kadınlarda endometriyal kanser vakaları tanımlanmıştır, ancak bu ilişkinin tamoksifen alan kadınları adenokarsinom için artmış risk altına sokup sokmadığı henüz belirlenmemiştir. Son 10 yılda tamoksifen kullanan meme kanserli hastalarda dünya çapında yaklaşık 400 endometriyal kanser vakası bildirilmiştir.

Tüm popülasyonda adenokarsinom ve öncülerinin taranmasının maliyeti çok yüksektir (9). Asemptomatik yüksek riskli hastalarda periyodik tarama yapılabilir. Uterus kanaması olan tüm post-menopozal hastaların, sadece %20’sinde genital malign neoplazm beklenmesine rağmen, bunların tümü endometriyal kanser yönünden incelenmelidir. Menopoz sonrası hastanın yaşı arttıkça uterus kanamasının endometriyal kansere bağlı olma ihtimali de progresif olarak artar. Kadın 70 yaşın üstündeyse vajinal kanama olduğunda kanser olma olasılığı %50, nulliparsa ve diyabeti varsa %87’dir.

Öteden beri fraksiyonel dilatasyon ve küretaj (D&C) endometriyal kanseri ekarte etmedeki nihai tanısal prosedür olarak kabul edilmektedir. İlk kez, 1920’de Kelly tanısal değerlendirme için yeterli endometriyal doku elde etmek amacıyla ayaktan küretaja denk gelen pipelle endometriyal biyopsi yöntemini savundu. Son yıllarda pipelle endometriyal biyopsi yöntemi yeniden popüler olmaya başlamıştır. Birçok çalışmada endometriyal biyopsinin endometriyal kanseri ortaya çıkarmadaki doğruluğunun yaklaşık %90 olduğu bildirilmiştir (10). Pipelle patolojik inceleme için yetersiz doku elde edilen veya hiç doku elde edilemeyen semptomatik hastada D&C düşünülmelidir.

Bugün histeroskopi endometriyal kanser tanısında ve hastalığın yaygınlığını belirlemede adjuvan yöntem olarak önerilmektedir. Histeroskopiyle D&C ile kaçırılabilir fokal alanlardan biyopsi alınabilmekte ve endoservikal kanal incelenebilmektedir. Ultrasonografi (US), özellikle düzensiz kanaması olan postmenopozal kadınlarda tanısal araç olarak önerilmiştir (11). Transvajinal US’da görülen endometriyal çizginin endometriyal kalınlığı yansıttığı düşünülmektedir. Birçok çalışma ince bir endometriyal çizgi bulunduğunda, atrofik endometrium olacağından, histolojik incelemenin gerekli olmadığını öne sürmektedir. Bazı yazarlar 5 mm’lik bir eşik (cutoff) değeri kullanıldığında hiç yalancı-negatif bulgu olmadığını belirtmektedirler. Ne var ki endometriyal kalınlık 5 mm altındayken de endometriyal kanser tanımlan-

lanmıştır(9,11). Bugüne kadar endometriyal örnekleme- nin gerekmediği bir eşik değer konusunda genel bir anlaşma sağlanamamıştır. Diğer yandan;sonohisteroğrafi,artmış endometriyal kalınlıkta,endometriyal polip veya submüköz fibroid gibi patolojilerin ayırıcı tanısında ucuz ve kullanışlı bir tanı yöntemidir.

Endometriyal malign hastalık ,doku tanısıyla kesinleştirildikten sonra hasta tedavi öncesi detaylı bir diagnostik incelemeden geçmelidir. 1988'den önce endometriyal kanser klinik olarak evrelendirilirdi. Esas evreyle klinik evredeki önemli dercedeki uyumsuzluktan dolayı FIGO artık cerrahi-patolojik bir evreleme klasifikasyonunu benimsemiştir. Endometriyal kanserli hastaların yaklaşık %75'i Evre I hastalıkla başurmaktadır(12).

Endometrium kanserli kadınlar için önemli ölçüde prediktif değeri olduğu gözükten bir çok faktör tanımlanmıştır(Tablo 2)(13).

**Tablo 2:** Endometriyal adenokarsinomda prognostik faktörler.

|                               |
|-------------------------------|
| Histolojik tip(patoloji)      |
| Histolojik differansiyasyon   |
| Hastalık evresi               |
| Myometriyal invazyon          |
| Peritoneal sitolojik inceleme |
| Lenf nodu metastazı           |
| Adneksiyel metastaz           |

Literatürdeki nerdeyse tüm raporlar tümör differansiyonu(grade) ve invazyon derinliğinin prognozda önemli olduğu konusunda hemfikirdir(13).

Korpus kanserinin düzgün tanı ve tedavisi için uterusun patolojik tarafından dikkatlice incelenmesi önemlidir. Endometrium kanserini,endometriyal polipte olduğu gibi,fokal sınırlı bir lezyon olarak başlayabilir. Birkaç değişik alanda,bazen tüm endometriyal yüzeyi ilgilendirecek şekilde diffüz de olabilir. En sık görülen histolojik tip olan adenokarsinoma genelde predispozan bir lezyon (atipik endometriyal hiperplazi) öncülük eder(14). Sadece sellüler atipili hiperplazilerin adenokarsinom prekür-

**Tablo 3:** Endometriyal kanser alt tipleri.

|                 |       |
|-----------------|-------|
| Endometrioid    | %87,4 |
| Adenoskuamoz    | %4,4  |
| Müsinöz         | %0,6  |
| Papiller seröz  | %2,9  |
| Berrak hücreli  | %2,2  |
| Skuamoz hücreli | %0,2  |
| Diğer           | %2,3  |

sörü olduğu kabul edilmektedir. Tümör volümü arttıkça endometrium veya myometriuma yayılım olmaktadır. Bu süreç devam ettikçe uzak organlara yayılım gerçekleşebilir.

Adenokarsinom en sık görülen endometrium orijinli histolojik tiptir(15).

Endometriyal kanserin differansiyasyon derecesi uzun zamandır prognozun en sensitif göstergelerinden biri olarak kabul edilmiştir.

Malign neoplazili hastaların tedavi öncesi evrelendirilmesi tümörün boyutu ve yaygınlığını belirleyerek prognostik değerlendirmeye olanak vermektedir. Myometriyal invazyonun dercesi tümör virulansının tutarlı bir göstergesidir. FIGO'nun yıllık raporunda (1990-1992) myometriyal penetrasyon arttıkça sağkalım hızının azaldığı bildirilmektedir.

Peritoneal sıvı veya yıkantılarının sitolojik değerlendirilmesi pelvis malign neoplazmlarında önemli bir prognostik ve evrelemeye yardımcı faktör olarak bildirilmiştir(16). Bütün çalışmalar malign sitolojik örneklerle ekstrasuterin hastalık arasında yüksek korelasyon bildirmektedir. Çok değişkenli analizlerde periton sıvısında malign hücrelerin varlığının,hastalık uterusu sınırlı olsa bile,önemli bir olumsuz prognostik kriter olduğu görülmektedir(9,12,16).

Eskiden beri total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi endometriyal kanser tedavisinin esasını oluşturmuştur. Dolayısıyla uzun süre önemli dercedeki lenf nodu metastazı insidansı ihmal edilmiştir. Klinik Evre I endometrium kanserli oldukça büyük hasta grubu bulduran bir çalışmada,hastaların yaklaşık %10'unun pelvik lenf nodu alanına metastaz saptanmıştır. Bu oran Evre II endometrium kanserli hastalar incelendiğinde %36,5 bulunmuştur(17).

Endometriyal kanserin adnekslere sıklıkla metastaz yaptığı iyi bilinmektedir. Klinik Evre I endometriyal adenokarsinomlu hastaların yaklaşık %10'unun operasyon sırasında overlere gizli metastazı bulunduğu bildirilmiştir(12).

Tedaviyi planlarken potansiyel yayılım paternleri göz önüne alınmalıdır,fakat yayılımın tahmin edilebilirliği en iyi,prognostik faktörlerin değerlendirilmesiyle mümkündür. Radyoterapinin primer olarak kötü prognostik faktörlere sahip veya inoperabl kabul edilen endometrium adenokarsinomu olan hastalara verilmesi önerilmektedir. Dolayısıyla bu faktörleri belirledikten sonra radyoterapinin cerrahiden sonra selektif olarak verilmesi akılcı görünmektedir.

Yapılacak cerrahi işlem minimum şekliyle sitolojik değerlendirme için batın sıvısı örnekleme,abdomen ve pelvisin eksplorasyonu,metastaz düşündüren lezyonların biyopsisi ya da eksizyonu,ekstrafasyal histerektomi,bila-

teral salpingo-ooforektomiyi içermelidir (18). Üst vajenin çıkarılması kaf rekürrensini azaltıyor gibi gözükmektedir (9,12).

Grade 1 tümörlü hastalarda derin myometriyal invazyon olmadıkça; total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi ve peritoneal sitolojik inceleme ile sınırlanabileceği kabul edilmektedir. Deneyimli bir onkolog genellikle invazyon derinliğini gros incelemeyle ameliyathanede saptayabilir. Frozen kesitin invazyon derinliğini belirlemedeki güvenirliliği yüksektir. Grade 2 ve 3 hastalıkta önemli derecede lenf nodu metastazı olduğundan, bu olgularda yukarıda tariflenen cerrahiye pelvik ve periaortik lenf nodu disseksiyonunun eklenmesi önerilir (19). Grade 2 hastalık için lenfadenektomi tartışmalıdır. Bu grup hastada lenfadenektominin tam rolünü belirlemek için daha fazla veriye ihtiyaç vardır.

## MATERYAL ve METOD

Ocak 1985-Ocak 2005 yılları arasında SSK İstanbul Eğitim Hastanesi II. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran veya refere edilen ve takip ettiğimiz 113 endometriyal karsinomlu olgu; hasta yaşı, tümörün histolojik tipi ve evresi göz önüne alınarak retrospektif olarak değerlendirildi.

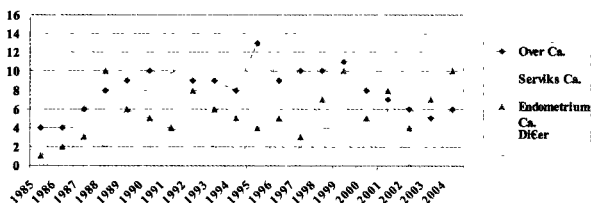
## BULGULAR

Bu süre zarfında kliniğimizde toplam 448 jinekolojik kanser tespit edilmiş olup overin malign neoplazmları şu ana dek birinci sırayı almıştır (Tablo 3) ve olguların yıllara göre dağılımı Tablo 4'de gösterilmiştir.

**Tablo 4:** Son 19 yıl içinde kliniğimizde saptanan jinekolojik kanserlerin dağılımı

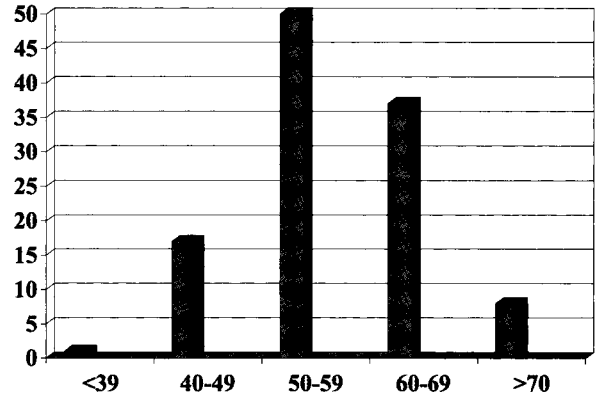
|                  |     |
|------------------|-----|
| 1-Over Ca        | 162 |
| 2-Serviks Ca     | 125 |
| 3-Endometrium Ca | 113 |
| 4-Diğer          | 48  |

**Tablo 5.** Olguların yıllara göre dağılımı

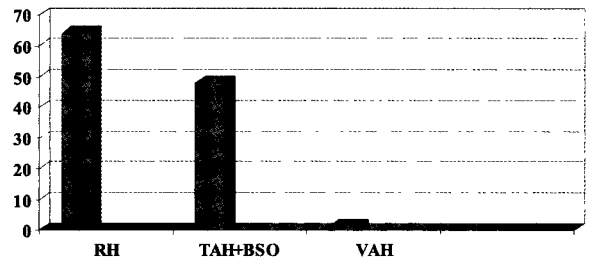


Endometriyum kanserli hastaların yaşa göre dağılımı Tablo 6'daki gibidir.

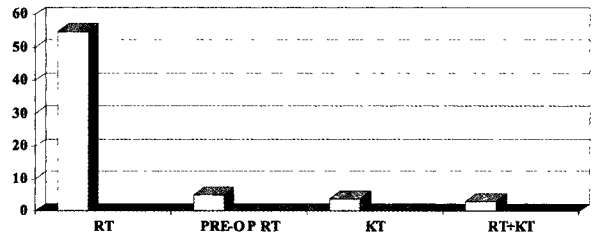
**Tablo 6:** Endometriyum kanserli hastaların yaşa göre dağılımı (Serimizde hastaların yaş ortalaması 57 olarak bulunmuştur.)



**Tablo 7:** Yapılan operasyon

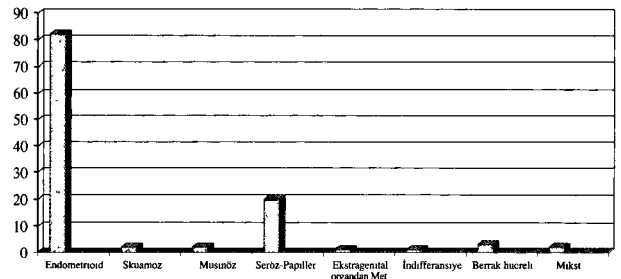


**Tablo 8:** Post-op adjuvan tedavi.

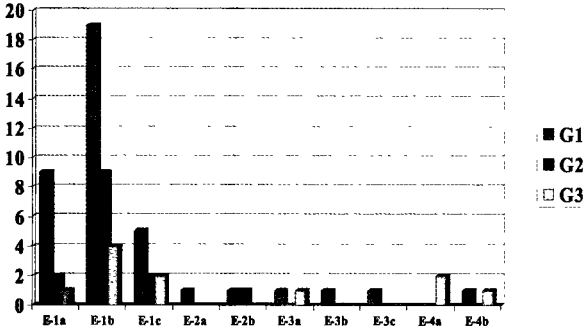


Endometriod adenokarsinom en sık tespit edilen histolojik tiptir (Tablo 9)

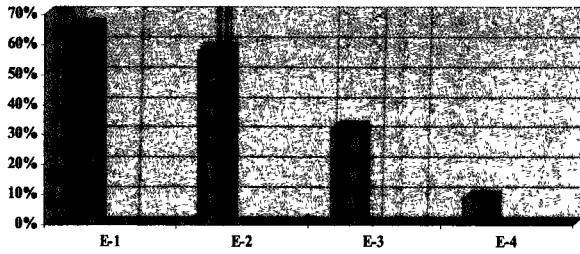
**Tablo 9:** Olguların histolojik sınıflaması



Tablo 10: Olguların evrelere göre dağılımı



Tablo 11: 5 yıllık sağkalım



Olguların %72'sinde endometrioid adenokarsinom, %18'unda seröz-papiller, %3'ünde clear cell, %2'sinde skuamöz, %2'sinde müsinöz, %1'inde indifferensiyel karsinom, %1'inde mikst tip, %1'inde de ekstrasjenital metastaz tespit edilmiştir.

Olguların %19'i Evre-1a, %50'si Evre-1b, %14'ü Evre-1c, %1,5'si Evre-2a, %3'ü Evre-2b, %3'ü Evre-3a, %1,5'i Evre-3b, %1,5'si Evre-3c, %3'ü Evre-4a, %3'ü Evre-4b olarak tespit edilmiştir (Tablo 10).

## TARTIŞMA

Literatürde kadın pelvisinin en sık görülen malign neoplazmi olan uterus korpusunun kanseri bizim serimizde üçüncü sıklıkta bulunmaktadır (Tablo 4, Tablo 5). Tablo 5'de görüldüğü gibi;serviks kanserlerinde PAP Smear ve kolposkopi gibi erken tanı yöntemlerinin yaygınlaşmasıyla, özellikle doksanlı yıllardaki, insidanstaki dramatik düşüş göze çarpmaktadır. Yine Tablo 4'de görüleceği üzere, endometrium kanserleri son iki yılda birinci sıraya yerleşmiştir.

Tüm popülasyonda adenokarsinom ve öncülerinin tanınmasının maliyeti çok yüksektir. Biz klinik olarak 35 yaşın üzerindeki her menoraji veya metroraji durumunda, ayrıca klinik olarak malignite kuşkusu olsun olmasın, tüm post-menopozal kanamalarda, endometrial kan-

seri ekarte etmedeki nihai tanısal prosedür olan fraksiyonel dilatasyon ve küretaj yapmaktayız.

Çalışmamızda olguların cerrahi evrelemesi yapılrken sadece radikal histerektomi (genişletilmiş total abdominal histerektomi+bilateral salpingooforektomi+bilateral pelvik lenfadenektomi) yapılan 64 hasta dahil edilmiş ve FiGO'nun 1988 evreleme sistemine göre evrelendirilmiştir. Son yıllarda uterus karsinomunun, özellikle evre I hastalığın, tedavisi önemli derecede gelişmiştir. Cerrahi evrelemenin yaygın olarak kabul edilmesiyle, radikal histerektomi yaptığımız bu 64 hasta, son yıllarda yaptığımız vakaları oluşturmaktadır.

Literatürde; uterus korpusu adenokarsinomunun görülme yaşı 61'dir ve hastaların çoğu 50-59 yaş arasındadır, endometrioid adenokarsinom %87 ile en sık görülen histolojik tiptir, hastaların %73'ü Evre I de tespit edilmiştir ve 5 yıllık sağ kalım Evre I hastalarda %85 civarındadır (9). Yine bizim serimizdeki sonuçlar literatürle uyumlu olup; olguların yaş ortalaması 57'dir ve 50 hasta ile 50-59 yaş grubu en çok hastayı bulundurmaktadır, endometrioid adenokarsinom %72 ile en sık tespit edilen histolojik tip olup hastaların %81'i Evre I'de yer almaktadır, 5 yıllık sağ kalım Evre I hastalarda %67 olarak bulunmuştur. Serimizde dikkat çeken bir farklılık; literatürde %3 civarında olan seröz papiller tipin bizim serimizde %18 olarak bulunmasıdır (20). Seröz papiller tipin diğer histolojik tiplere göre daha agresif seyirli olması, serimizdeki olguların 5 yıllık sağkalım oranlarının literatüre göre biraz daha düşük oluşunu izah edebilir.

Endometriyum karsinomundaki primer cerrahi işlem total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomidir (18). Son yıllarda yapılan çalışmalarda Evre I hastalıkta %10 pelvik lenf nodu, %6 paraaortik lenf nodu metastazı tespit edilmesi ve giderek önem kazanan 1988 FIGO cerrahi evrelemesi nedeniyle, kliniğimizde çıkarılan uterus açılarak gros olarak ve gerektiğinde de frozen section ile de incelenmekte ve yüksek risk faktörleri varsa (tümör histolojisi az differansiyel ya da berrak hücreli, yassı hücreli veya endometrioid tip, myometriyal invazyon > 1/2, isthmus-serviks yayılımı, tümör büyüklüğü > 2cm, ekstrasuterin hastalık) pelvik ve paraaortik lenf nodu disseksiyonu yapılmaktadır.

Günümüzde, korpus kanserli kadınların sayısındaki artış dikkat çekmekte ve hala etkin bir tarama yönteminin olmadığı bilinmektedir. Ancak hastanın dikkatli değerlendirilmesiyle erken evrede teşhis imkanı bulunan ve bu durumda radikal cerrahiye gerek olmadan tedavi edilebilen endometriyum kanserlerinin yönetimine biz de bu çalışmamızla katkı sağlamak istedik.

---

## KAYNAKLAR

- 1- **Macmohan B:** Overview of studies on endometrial cancer and other types of cancer in humans: Perspective of an epidemiologist. *Semin Oncol* 24:S1,1997.
  - 2- **Evans-Metcalf ER, Brooks SE, Reale FR, Baker SP:** Profiles of women 45 years of age and younger with endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 91:349,1998.
  - 3- **Centers for Disease Control Cancer and Steroid Hormone Study:** Oral contraceptive use and the risk of endometrial cancer. *Jama* 249:1600, 1983.
  - 4- **MacMahon B:** Risk factors for endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2: 122, 1974
  - 5- **Scaphira DV, Kumar NB, Lyman GH et al:** Upper-body fat distribution and endometrial cancer risk. *JAMA* 266:1808, 1991.
  - 6- **Kaplan DS, Cole P:** Epidemiology of cancer of the endometrium (*Gynecol Oncol* 92:18, 2004.)
  - 7- **Beresford SA, Weiss NS, Voigt LF, McKnight B:** Risk of endometrial cancer in relation to use of oestrogen combined with cyclic progestagen therapy in postmenopausal women. *Lancet* 349:458, 1997.
  - 8- **Barakat RR:** The effects of tamoxifen on the endometrium. *Oncology (Huntingt)* 9: 129, 1995
  - 9- **Creasman WT:** Endometrial cancer: Incidence, prognostic factors, diagnosis and treatment. *Semin Oncol* 24:S1, 1997.
  - 10- **Stoval TG, Photopoulos GJ, Poston WM et al:** Pipelle endometrial sampling in patients with known endometrial carcinoma. *Obstet Gynecol* 77:954, 1991.
  - 11- **Langer RD, Pierce JJ, O'Hanlan KA et al:** Transvaginal ultrasonography compared with endometrial biopsy for the detection of endometrial disease. *N Engl J Med* 337:1792, 1997.
  - 12- **Boronow RC et al:** Surgical staging in endometrial cancer: Clinical-pathologic findings of a prospective study. *Obstet Gynecol* 63:825, 1984.
  - 13- **Kodama S, Kase H, Tanaka K, Matsui K:** Multivariate analysis of prognostic factors in patients with endometrial cancer. *Int J Gynecol Obstet* 53:23, 1996.
  - 14- **Kaku T, Tsukamoto N, Hachisuga T et al:** Endometrial carcinoma associated with hyperplasia. *Gynecol Oncol* 60:22, 1996.
  - 15- **Disaia, Creasman:** Uterus Adenokarsinomu. *Klinik Jinekolojik Onkoloji içinde. Altıncı Baskı* s 137, 2003.
  - 16- **Grimshaw RN, Tupper WC, Frase RC et al:** Prognostic value of peritoneal cytology in endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 36:97, 1990
  - 17- **Podratz KC, Mariani A, Webb MJ:** Staging and therapeutic value of lymphadenectomy in endometrial cancer (Editorial), *Gynecol Oncol* 70:163,1998.
  - 18- **Leijon T, Rosenberg P, Boeryd B:** Total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy. A sufficient treatment for patients with low risk endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Oncol* 7:376,1997.
-