

## Jinekolojik Onkoloji Tedavilerinde Fertilitenin Korunması

Merve Ecem ALBAYRAK<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Değişen yaşam koşulları, gelişen teknoloji ve sağlık bakım hizmetlerindeki iyileşme ile beklenen yaşam süresi son 15 yılda 5-7 yaş arttı. Beklenen insan ömrünün artması, kadınlarda ortalama ilk gebelik yaşının ilerlemesine, ileri yaş fertilitenin artmasına neden oldu. Önceleri; jinekolojik kanserler yaygın olarak postmenapozal dönemde görülürken son yıllarda premenapozal dönemde görülme insidansları yükseldi. Tüm bu gelişmeler beraberinde jinekolojik kanserlerin tedavisinde fertilitenin koruyucu cerrahi yaklaşımları ortaya çıkarttı.

Halstead'ın 1890 yılında meme kanseri için tanımladığı, tümoral dokunun tamamının ve çevresindeki sağlam doku ile lenf nodlarının rezeksiyonu, onkolojik cerrahinin temel prensibini oluşturmuştur. Buradaki amaç tümörlü dokunun ve yayılabileceği muhtemel dokuların çıkarılması, geniş bir negatif cerrahi sınır elde etmektir. Böylece hastalığın ortadan kaldırılması veya en uzun sağ kalım süresi sağlanmaktadır.

Halstead'ın onkolojik cerrahiye getirdiği bu temel prensip yıllar içinde yapılan çalışmalar ve

kanıta dayalı verilerin artışı ile yenilenmiş, yeni yaklaşımlar eklenmiştir. Örneğin meme kanserinde uygulanan radikal mastektomi yerini basit mastektomiye hatta lumbektomiye bırakmıştır. Gelişen tıbbi olanaklarla ve yaşam kalitesinin artışıyla beraber hastalarda beklenen post operatif sağ kalım süresi uzamıştır. Bu durum hastaların tedavi sonrası kozmetik ve diğer fonksiyonel beklentilerini arttırmaktadır. Aynı şekilde jinekolojik kanserlerde de yaşanan değişim organ-fertilitenin koruyucu cerrahi yaklaşımları doğurmuştur.

Bu gelişmelere rağmen, jineko-onkoloji tedavilerinin ve diğer tüm onkolojik tedavilerin temel amacı unutulmamalıdır. Tedavi planlanırken sağ kalım süresini nasıl etkileyeceği, organ-fertilitenin koruyucu tedavilerin kâr zarar oranları dikkatle incelenmeli, hastaya detaylı olarak anlatılmalıdır. Klinisyen tedavi kararını hasta ile beraber tüm olasılıkları değerlendirerek almalıdır.

### SERVİKS KANSERİ

Serviks kanseri sıklığı kadın kanserleri içinde dünyada 4. Sırada yer almaktadır. Dünyada serviks kanseri insidansı 14/100000 olarak açıklan-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, mecem\_albayrak@yahoo.com.tr, ORCID iD: 0009-0006-3332-8530

**KAYNAKLAR**

1. Institute of Health Metrics and Evaluation, IHME
2. TÜİK
3. Textbook of Gynecological Oncology
4. WHO clasification of tumours editorial board.intraepitelial lesions of servix uteri. In: WHO Female Genital Tumours. 202. p . 351.
5. Tsrgo.org.com
6. Text book of gynecological oncology 2010
7. Esgo endometrium 2016
8. Üreme endokrinolojisi&infertilite &jinekolojik onkoloji cilt 2 syf 2051-2052
9. Siegel, R., et al., Cancer statistics, 2014. CA: a cancer journal for clinicians, 2014. 64 (1): 9-29.
10. Şencan, İ. and B. Keskinçılıç, Türkiye kanser istatistikleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017.
11. Ferlay, J., et al., GLOBOCAN 2012 v1. 0, cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase No:11. Lyon, France: International agency for research on cancer, 2013. 2016.
12. Plante M.Fertility preservation in the management of the gynecologic cancers.Curr Opin Oncol 2000,12:497-507
13. Demirkıran F, Beşe T, Arvas M, ve ark. Overin malign germ hücre tümörleri: 12 yıllık deneyim. Jinekoloji Onkoloji Dergisi 2001
14. Zanetta G, Bonazzi C, Cantu MG, et al. Survival and reproductive function after treatment of malignant germ cell ovarian tumors. J Clin Oncol 2001; 19: 1015-1020
15. Low JJ, Perrin LC, Crandon AJ, Hacker NF. Conservative surgery to preserve ovarian function in patients with malignant ovarian germ cell tumors. A review of 74 cases. Cancer 2000; 89: 391-398
16. Ayhan A, Taşkıran C, Bozdağ G, Altınbaş S, Altınbaş A, Yüce K. Endodermal sinüs tumor of the ovary; the Hacettepe University experience. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005; 123: 230-234