

SERVİKS ADENOKANSERİ ÖN TANISI ALAN HASTADA NİHAİ PATOLOJİDE ENDOMETRİAL KANSER TANISI: OLGU SUNUMU

Hüseyin ALTAŞ¹
Mehmet ÜNSAL²

|GİRİŞ

Endometrium kanseri, özellikle gelişmiş ülkelerde en sık rastlanan jinekolojik malignite olup insidansı giderek artmaktadır (1). Endometrium kanseri kadınlarda en sık görülen altıncı kanser olarak raporlanmıştır (2). Vakaların büyük bölümü postmenopozal dönemde ortaya çıkar; en sık tanı konulan yaş aralığı 55-65 yaş aralığıdır (3). Olguların yaklaşık üçte ikisi erken evrede (uterus ile sınırlı) saptanmakta olup; bu hastalarda 5 yıllık genel sağkalım %80'in üzerindedir (4). Ancak ileri evre hastalıkta sağkalım belirgin derecede düşmekte, 5 yıllık sağkalım %20'nin altında kalmaktadır (5). Bu veriler, endometrium kanserinde evrenin en önemli prognostik faktör olduğunu açıkça göstermektedir.

Endometrium kanserlerinin histolojik alt tipleri ve tümör derecesi (grade) de prognozu ve tedavi planını belirleyen kritik faktörlerdir. En sık görülen histolojik alt tip endometrioid adenokarsinom olup, genellikle düşük derece (Grade 1-2) tümörlerle seyreden ve östrojen maruziyetiyle ilişkilendirilen Tip I tümörler bu gruba girer (6). Tip I tümörler nispeten yavaş seyirli ve iyi prognozlidir. Tip II

¹ Uzm. Dr., Ankara Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği, huso.altas@gmail.com, ORCID iD: 0009-0003-3493-9411

² Uzm. Dr., Ankara Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Kliniği, munsal174@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-9920-6804



viks kanserinde ise evreleme öncelikle preoperatif fizik muayene ve radyolojik görüntüleme sonuçlarına göre belirlenmekte olup erken evre hastalıkta cerrahi endikasyonları endometrial kanserden farklılık göstermektedir (17). Erken evrelerde (IA1-IB1) cerrahi tedavi tercih edilir; uygun hastalarda fertilitate koruyucu cerrahiler uygulanabilir. Tümör çapı >2 cm olan IB2 ve üzeri evrelerde ise genellikle cerrahiden kaçınılır. Evre IIB ve ileri hastalıkta cerrahi önerilmemekte olup; standart yaklaşım kemoterapi eşliğinde radyoterapidir. Güncel kılavuzlar, cerrahinin sadece erken evre ve seçilmiş olgularla sınırlı tutulmasını önermektedir (18). Bu sebeple servikal malign patolojilerin tümöral orijinlerinin belirlenmesi kritik önem taşımaktadır.

SONUÇ

Servikal stromal tutulumu olan endometrium kanseri olguları, klinik ve radyolojik olarak serviks kanseriyle benzer bulgular sergileyebilir ve bu durum ayırıcı tanıda güçlük yaratabilir. Bu nedenle preoperatif değerlendirmede biyopsi sonuçlarının ve görüntüleme yöntemlerinin dikkatli yorumlanması kritik öneme sahiptir. Ayırıcı tanı, cerrahi yaklaşımı ve adjuvan tedavi planını doğrudan etkileyebileceğinden, servikal yayılım gösteren endometrial maligniteleri serviks kaynaklı primer malignitelerden ayırt edilerek kişiselleştirilmiş tedavi stratejileri oluşturulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Salehiniya, H., L. Allahqoli, and Z. Momenimovahed, *Risk Factors for Endometrial Cancer in the World: A Narrative Review of the Recent Literature*. Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology, 2024. **51**(7): p. 169.
2. Morice, P., et al., *Endometrial cancer*. the Lancet, 2016. **387**(10023): p. 1094-1108.
3. Liu, L., et al., *Differential trends in rising endometrial cancer incidence by age, race, and ethnicity*. JNCI Cancer Spectrum, 2023. **7**(1): p. pkad001.
4. Vetter, M.H., K. Bixel, and A.S. Felix, *Management of stage II endometrial cancer and subsequent oncologic outcomes: a National Cancer Database study*. Journal of Gynecologic Oncology, 2020. **31**(6): p. e84.
5. Shuai, X., et al., *Type and approach of hysterectomy and oncological survival of women with stage II cancer of endometrium: a large retrospective cohort study*. Frontiers in Oncology, 2024. **14**: p. 1404831.
6. Randall, M.E., et al., *Phase III trial: adjuvant pelvic radiation therapy versus vaginal brachytherapy plus paclitaxel/carboplatin in high-intermediate and high-risk early-stage endometrial cancer*. Journal of Clinical Oncology, 2019. **37**(21): p. 1810-1818.



7. De Boer, S.M., et al., *Adjuvant chemoradiotherapy versus radiotherapy alone for women with high-risk endometrial cancer (PORTEC-3): final results of an international, open-label, multi-centre, randomised, phase 3 trial*. The lancet oncology, 2018. 19(3): p. 295-309.
8. Concin, N., et al., *ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma*. International Journal of Gynecological Cancer, 2021. 31(1): p. 12-39.
9. Barakat, R.R., et al., *Pelvic exenteration for recurrent endometrial cancer*. Gynecologic oncology, 1999. 75(1): p. 99-102.
10. Creutzberg, C.L., et al., *Clinical research in endometrial cancer: consensus recommendations from the Gynecologic Cancer InterGroup*. The Lancet Oncology, 2024. 25(9): p. e420-e431.
11. Kalir, T., *Molecular Characterization of Endometrial Cancers and Therapeutic Implications*. 2025.
12. Nero, C., et al., *POLE mutations in endometrial carcinoma: Clinical and genomic landscape from a large prospective single-center cohort*. Cancer, 2025. 131(3): p. e35731.
13. Corr, B., et al., *Endometrial cancer: molecular classification and future treatments*. BMJ medicine, 2022. 1(1): p. e000152.
14. Vicky, M., et al., *Endometrial cancer (primer)*. Nature Reviews: Disease Primers, 2021. 7(1).
15. Abu-Rustum, N., et al., *Uterine neoplasms, version 1.2023, NCCN clinical practice guidelines in oncology*. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 2023. 21(2): p. 181-209.
16. Colombo, N., et al., *ESMO-ESGO-ESTRO consensus conference on endometrial cancer: diagnosis, treatment and follow-up*. International Journal of Gynecological Cancer, 2016. 26(1): p. 2-30.
17. Fischerova, D., et al., *The role of imaging in cervical cancer staging: ESGO/ESTRO/ESP guidelines (Update 2023)*. Cancers, 2024. 16(4): p. 775.
18. Chou, B., et al., *Management of stage I and II cervical cancer: a review*. International Journal of Gynecological Cancer, 2022. 32(3): p. 216-224.