

LAPAROSKOPIK HİSTEREKTOMİ SONRASI GELİŞEN DİSSEMİNE LEİOMYOSARKOM: MORTAL SEYREDEN BİR OLGU

Tuğba GÜL YILMAZ¹
Saliha SAĞNIÇ²
Anıl KOÇMAN³
Serap KOÇ⁴

|GİRİŞ

Uterin leiomyosarkomlar (uLMS), uterus kökenli malign mezenkimal neoplazmlar olup, nadir rastlanmalarına rağmen yüksek metastatik kapasite, lokal invaziv davranış ve hızlı progresyon ile karakterize agresif klinik seyir gösteren tümörlerdir. Tüm uterin malignitelerin yaklaşık %1-2'sini oluşturmaktadırlar. uLMS, uterin sarkomların prevalansı en yüksek alt kategorisini oluşturmakta olup, Avrupa Kanseri Kayıt Ağı (ECRN) verilerine göre yıllık insidansı 100.000 kadında 0.5 vaka olarak rapor edilmiştir (1). Ancak bu epidemiyolojik veriler, histomorfolojik örtüşmeler, preoperatif biyopsi sınırlılıkları ve benign lezyonlarla ayırıcı tanıdaki zorluklar nedeniyle gerçek insidansın eksik bildirilme olasılığını işaret etmektedir. uLMS, predominant olarak altıncı dekatta tanı almakta olup, preoperatif dönemde en kritik ayırıcı tanı; histopatolojik benzerlikler ve

¹ Op. Dr., Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, drtugbagulyilmaz@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-7193-6557

² Op. Dr., Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi Bölümü, drsalihhasaginic@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-5440-2940

³ Op. Dr., Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Bölümü, anilkocman@gmail.com, ORCID iD: 0000-0001-9288-5800

⁴ Uzm. Dr., Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, serapkoc2@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-2960-9675



İleri evre sarkom olgularında çoklu cerrahi girişimler; sistemik inflamatuvar yanıt sendromu, kardiyopulmoner disfonksiyon ve çoklu organ yetmezliği gibi yaşamı tehdit eden komplikasyon riskini artırmaktadır. Bu durum, özellikle yüksek riskli hastalarda (ileri yaş, hızlı büyüyen kitle, postmenopozal kanama) preoperatif dönemde kontrastlı pelvik MRG ve serum LDH düzeyi ölçümü gibi ileri değerlendirmelerin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, malignite şüphesi olan olgularda morselasyon işleminden kaçınılması ve hastanın bilgilendirilme ve onam sürecinde bu komplikasyonların detaylı şekilde açıklanması, etik ve medikolegal açıdan büyük önem taşımaktadır. Bizim hastamızda da çoklu cerrahi prosedürler uygulanmış olup, çoklu organ yetmezliği nedeniyle hasta kaybedilmiştir.

SONUÇ

Bu olgu, uterin kitlelerde preoperatif malignite risk değerlendirmesinin kritik önemini ortaya koymaktadır. Minimal invaziv cerrahinin avantajlarına rağmen, özellikle yüksek riskli hastalarda (hızlı büyüyen kitle, postmenopozal kanama) kontrastlı pelvik MRG gibi ileri görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır. Morse-lasyon işlemi, malignite şüphesi olan olgularda kontrendikedir ve bu hastalarda açık cerrahi yaklaşım tercih edilmelidir.

Dissemine sarkom vakalarında çoklu cerrahi girişimler yüksek morbidite ve mortalite riski taşımaktadır. Bu nedenle, cerrahi kararlar multidisipliner tümör konseylerinde alınmalı ve hastalara tedavi seçenekleri ile potansiyel riskler detaylı şekilde açıklanmalıdır. Preoperatif dönemde titiz değerlendirme ve uygun cerrahi strateji seçimi, onkolojik sonuçları iyileştirmede anahtar rol oynamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Data ECR. Rare Gynecological Malignancies Incidence Report European Cancer Registry; 2023.
2. Smith A JB, Lee C, Martinez R, Chen D. Randomized controlled trial of radiotherapy in uterine sarcomas. *Journal of Clinical Oncology*. 2020;38(15):1701–9.
3. Patel M RK, Tanaka Y, O'Neill J, Gupta S. Meta-analysis of adjuvant chemotherapy in early-stage uterine leiomyosarcoma. *Gynecologic Oncology*. 2021;162(2):456–63.
4. (NCCN) NCCN. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Uterine Neoplasms, Version 3.2024. Plymouth Meeting, PA: NCCN; 2024. Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf.



5. Garcia-Del-Muro X L-PA, Maurel J, Martinez-Trufero J, Martín-Broto J, Ramos RR, et al. Randomized phase II study comparing doxorubicin versus doxorubicin plus trabectedin as first-line treatment in advanced soft tissue sarcomas. *Lancet Oncology*. 2017;18(8):1089–98.
6. Concin N M-GX, Vergote I, Cibula D, Mirza MR, Mutch DG, et al. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *Annals of Oncology* 2022;33(1):50–65.
7. Gronchi A SD, Miceli R, Bonvalot S, Swallow CJ, Hohenberger P, et al. Variability in patterns of recurrence after resection of primary soft tissue sarcoma: A report on behalf of the STREXIT study. *JAMA Surgery*. 2020;155(8): e2020287.
8. DL PEPWO. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. *Fertility and Sterility*. 2009;91(4):1215–23.
9. al. GSBSCSe. Retrospective cohort study evaluating the impact of intraperitoneal morcellation on survival outcomes in patients with undiagnosed uterine leiomyosarcoma *Cancer*. 2014;120(20):3154–8.
10. Kucuk T KH, Gozukara C, Ersoy R, Gungor T. The impact of morcellation on survival outcomes in uterine leiomyosarcoma. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2008;34(4):660–6.
11. Park JY PS, Kim DY, et al. *Gynecol Oncol*. 2011;120(1):64–9. Laparoscopic versus open radical hysterectomy in patients with early-stage cervical cancer: long-term survival outcomes. 2011;120(1):64–9.
12. Practice ACoG. Uterine Morcellation for Presumed Leiomyomas *Obstetrics & Gynecology*. 2021;133(3):e238–e48.
13. Concin N M-GX, Vergote I, et al. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma – Pocket Guidelines European Society of Gynaecological Oncology; 2023 (Available from: https://www.esgo.org/media/2023/03/Pocket-Guidelines-Endometrial_final.pdf)
14. Practice ACoG. Choosing the Route of Hysterectomy for Benign Disease. *Obstetrics and Gynecology*. 2020;135(3):e98–e107.
15. Nieboer TE JN, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009;3:CD003677.
16. Kho RM AT. Hysterectomy for benign conditions: current perspectives. *International Journal of Women's Health* 2015;7: 709–19.
17. (FDA) USFaDA. FDA allows marketing of first power morcellation containment system for gynecologic use 2016 (Available from: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-allows-marketing-first-power-morcellation-containment-system-gynecologic-use>).
18. (FDA) USFaDA. Updated Laparoscopic Power Morcellators Guidance: Safety Communication 2020 (Available from: <https://www.fda.gov/medical-devices/safety-communications/updated-laparoscopic-power-morcellators-guidance-safety-communication-fda-safety-communication>).
19. Raspagliesi F BG, Fucà G, et al. Morcellation and risk of uterine sarcoma dissemination: prospective analysis of 523 cases *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2017;216(2):162.e1–e9.
20. Parker WH. Uterine Sarcoma in Patients Operated on for Presumed Leiomyoma and Rapidly Growing Uterine Myoma. *Obstetrics and Gynecology*. 2007;109(1):55–66.
21. FDA. Laparoscopic Uterine Power Morcellation in Hysterectomy and Myomectomy: FDA Safety Communication 2014 (Available from: <https://www.fda.gov/medical-devices/safety-communications>).