

Bölüm 1

2018 ULUSLARARASI KADIN DOĞUM HEKİMLERİ FEDERASYONU (FIGO) EVRELEMESİ İŞIĞINDA SERVİKS KANSERİNİN CERRAHİ TEDAVİSİ

Cihan COMBA¹

GİRİŞ

Rahim ağzı kanseri dünya etrafında kadınlar arasında en yaygın kanserler arasındadır. Meme, kolorektal ve akciğer kanserinden sonra dördüncü sıklıkta görülen kanser tipidir. 2012 yılında, 527600 yeni serviks kanseri vakası ve yıllık ölüm hızı 265.700 olarak hesaplamıştır. Rahim ağzı kanseri vakalarında yeni tanı ve ölümlerin yaklaşık% 80-90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde veya sosyoekonomik durumu düşük kadınlarda görülür.¹

EVRELEME

Günümüze kadar, FIGO evrelemesi, öncelikle FIGO'nun evrelemeyi değiştirmesine izin veren belirli prosedürlerin eklenmesi ile klinik muayeneye dayanmaktaydı. FIGO Jinekolojik Onkoloji Komitesi, 2018 yılında, mümkün olduğunda patolojik ve görüntüleme bulgularının aşamasını değiştirmek için yetkilendirildi. Revize edilmiş bu son sitem tablo 1 de gösterilmiştir (FIGO 22. Dünya Jinekolojik Onkoloji Kongresi' inde sunulmuştur).² Mikroinvaziv serviks kanserinin tanımı Evre IA serviks kanserini tanımlar. Mikroinvaziv serviks kanseri tanısı lezyonun tamamını içeren bir LEEP (loop elektrocerrahi eksizyon prosedürü), koni biyopsi, histerektomi ve trakelektomi spesmenlerinin incelenmesi ile konulabilir.

¹ M.D, Specialist of Gynecologic Oncology, University of Health Sciences, Bakirkoy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital, Istanbul, e-mail: combacihan@yahoo.com

yanlış bir güvenlik hissi verebilir. NACT cerrahisi en iyi araştırma ortamları veya radyoterapinin bulunmadığı alanlar için uygun bir seçenek olabilir. Bu özellikle çok büyük tümörleri veya adenokarsinomu olan hastalarda doğrudur, adenokarsinomun genellikle daha düşük yanıt oranlarına sahip olduğu gösterilmiştir.¹⁷

FIGO Evre IVA yada rekürrens

Nadiren, Evre IVA hastalığı olan hastalarda, pelvik yan duvar veya uzak metastaz tutulumu olmadan sadece merkezi bir hastalık olabilir. Bu gibi durumlarda veya böyle bir nüks durumunda, pelvik eksentrasyon kötü prognoz ve yüksek morbidite ile yapılabilir.¹⁸

KAYNAKÇA

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.
2. Bhatla N, Berek J, Cuello M, et al. New revised FIGO staging of cervical cancer (2018). Abstract S020.2. Presented at the FIGO XXII World Congress of Gynecology and Obstetrics. Rio de Janeiro, Brazil, October 14-19, 2018. Int J Gynecol Obstet 2018;143(Suppl.3):DOI:10.1002/ijgo.12584.
3. Lee SW, Kim YM, Son WS, et al. The efficacy of conservative management after conization in patients with stage IA1 microinvasive cervical carcinoma. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88:209-215.
4. Elliott P, Coppleson M, Russell P, et al. Early invasive (FIGO stage IA) carcinoma of the cervix: A clinico-pathologic study of 476 cases. Int J Gynecol Cancer. 2000;10:42-52.
5. Kato T, Takashima A, Kasamatsu T, et al.; Gynecologic Oncology Study Group of the Japan Clinical Oncology Group. Clinical tumor diameter and prognosis of patients with FIGO stage IB1 cervical cancer (JCOG0806-A). Gynecol Oncol. 2015;137:34-39.
6. Frumovitz M, Sun CC, Schmeler KM, et al. Parametrial involvement in radical hysterectomy specimens for women with early-stage cervical cancer. Obstet Gynecol. 2009;114:93-99.
7. Shepherd JH, Spencer C, Herod J, Ind TE. Radical vaginal trachelectomy as a fertility-sparing procedure in women with early-stage cervical cancer-cumulative pregnancy rate in a series of 123 women. BJOG. 2006;113:719-724.
8. Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R, Lopez A, Vieira M, Ribeiro R, Buda A, Yan X, Shuzhong Y, Chetty N, Isla D, Tamura M, Zhu T, Robledo KP, GebSKI V, Asher R, Behan V, Nicklin JL, Coleman RL, Obermair A. Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer. N Engl J Med. 2018 Nov 15;379(20):1895-1904. doi: 10.1056/NEJMoa1806395. Epub 2018 Oct 31.
9. Roh JW, Lee DO, Suh DH, et al. Efficacy and oncologic safety of nerve-sparing radical hysterectomy for cervical cancer: A randomized controlled trial. J Gynecol Oncol. 2015;26:90-99.
10. Abu-Rustum NR, Sonoda Y, Black D, et al. Fertility-sparing Radical abdominal trachelectomy for cervical carcinoma: Technique and review of the literature. Gynecol Oncol. 2006;103:807-813.
11. Neerja Bhatla, Daisuke Aoki, Daya Nand Sharma, Rengaswamy Sankaranarayanan Cancer of the cervix uteri Int J Gynecol Obstet 2018; 143 (Suppl. 2): 22-36
12. Gortzak-Uzan L, Jimenez W, Nofech-Mozes S, et al. Sentinel lymph node biopsy vs. pelvic lymphadenectomy in early stage cervical cancer: Is it time to change the gold standard? Gynecol Oncol. 2010;116:28-32.

13. NCCN (National Comprehensive Cancer Network) Guidelines version 4.2019 Cervical Cancer Principles of evaluation and surgical staging.
14. Sedlis A, Bundy BN, Rotman MZ, Lentz SS, Muderspach LI, Zaino RJ. A randomized trial of pelvic radiation therapy versus no further therapy in selected patients with stage IB carcinoma of the cervix after radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy: A Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecol Oncol.* 1999;73:177-183.
15. Rose PG, Ali S, Watkins E, et al.; Gynecologic Oncology Group. Long-term follow-up of a randomized trial comparing concurrent single agent cisplatin, cisplatin-based combination chemotherapy, or hydroxyurea during pelvic irradiation for locally advanced cervical cancer: A Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol.* 2007;25:2804-2810.
16. Mossa B, Mossa S, Corosu L, Marziani R. Follow-up in a long-term randomized trial with neoadjuvant chemotherapy for squamous cell cervical carcinoma. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2010;31:497-503.
17. Dastidar GA, Gupta P, Basu B, Shah JK, Seal SL. Is neo-adjuvant chemotherapy a better option for management of cervical cancer patients of rural India? *Indian J Cancer.* 2016;53-1:56-59.
18. Benn T, Brooks RA, Zhang Q, et al. Pelvic exenteration in gynecologic oncology: A single institution study over 20 years. *Gynecol Oncol.* 2011;122:14-18.