

Bölüm 25

SERVİKS KANSERİNDE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Esra KELES¹

GİRİŞ

Serviks kanseri az gelişmiş ülkelerde en sık görülen jinekolojik kanser olup, her yıl 444. 500 yeni vaka tespit edilmektedir. Erken evre serviks kanserinde primer tedavi seçeneği radikal histerektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonu iken lokal ileri ve metastatik hastalıkta kemoradyoterapidir. Minimal invaziv yaklaşımların açık cerrahiye oranla jinekolojide kullanımının yaygınlaşmaya başlaması ile serviks kanseri cerrahisinde de kullanımı giderek artmıştır. Serviks kanserinde hem erken evre hem lokal ileri evre hastalıkta yaygın kullanım alanı olan laparoskopik cerrahinin hastaların intraoperatif ve postoperatif uzun dönem onkolojik sonuçları açısından halen ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Robotik ve laparoskopik radikal histerektomi, laparotomiye göre hastaya daha az kan kaybı, kan transfüzyonu ve hastanede kalış süresi açısından fayda sağlayabilir. Retrospektif çalışmalar daha düşük veya benzer operasyon süreleri ve postoperatif komplikasyonlar göstermiştir (1-7). Her iki tekniğin sonuçları karşılaştırıldığında nüks ve sağkalım oranları değişmemektedir (1-3,8,9). Evre IB1 lenfatik invazyon (+) FIGO evre IA1 serviks kanseri hastalarını içeren laparoskopik/robotik yaklaşım ile laparotomiye karşılaştıran uluslararası, çok merkezli, prospektif randomize bir çalışmada (10), minimal invaziv cerrahi, açık cerrahiye kıyasla daha kötü nüks ve sağkalım

oranına sahipti (hastaliksız sağkalım 3 yıllık oranı, %91,2'ye karşı %97. 1; Genel sağ kalım 3 yıllık oran, %93. 8'e karşı %99. 0; herhangi bir nedenden ölüm için hazard oranı, 6. 00; %95 GA, 1. 77 ila 20. 30) (10). Tümörü <2 cm olan hastalarda nüks veya sağkalım açısından fark olmadığını vurgulamak önemlidir.

Bu bölümde serviks kanserinde minimal invaziv yaklaşım tartışılacaktır.

BASİT (EKSTRAFASYAL) HİSTEREKTOMİ

Tip I histerektomi, lenfovasküler alana invazyonu olmayan ve çocuk istemi olmayan evre IA1 tümörü olan hastalar için uygun bir tedavidir. Bu gibi durumlarda lenfadenektomi önerilmez. Lenfovasküler invazyonu varlığında, pelvik sentinel lenf nodu biyopsisi veya lenfandektomi ile tip II modifiye radikal histektomi uygundur.

RADİKAL TRAKELEKTOMİ

Radikal trakelektomi, evre IA2 ve IB1 hastalığı olan, uterusun korunmasını ve çocuk istemi olan kadınlarda cerrahi tedavi seçeneği olarak popülerlik kazanan bir işlemdir (Şekil 1). Bu prosedür vajinal, abdominal, laparoskopik veya robotik olarak yapılabilir ve genellikle pelviklenfadenektomi ve servikalskleraj yerleştirilmesi eşlik eder. Evre IA2 kanserli pozitif pelvik lenf nodu riski,

¹ Uzm. Dr., İstanbul Zeynep Kamil E.A.H, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, dresrakeles@hotmail.com

metik ve daha az yara komplikasyonları (örn., enfeksiyon, fitik oluşumu) sayılabilir.

Robotik ve laparoskopi, servikal kanseri olan seçilmiş hastalarda laparotomiye kıyasla avantajlara sahiptir.

ICG, Endometriyal, servikal kanser ve vulvar kanser için jinekolojik cerrahi sırasında sentinel lenf düğümlerini tespit edilmesinde kullanılmaktadır.

Serviks kanserinde bir SLN'yi tanımlamanın mantığı, özellikle adjuvan pelvik radyoterapi verildiğinde, lenfokist oluşumu ve alt ekstremitelenfödemiyle sonuçlanabilecek tam pelvik lenfadenektomilerden kaçınmaktır.

Da Vinci Cerrahi Sistemi kullanılarak robotik asiste laparoskopik tekniğin geliştirilmesi, yüksek tanımlı 3D görselleştirme, insan elinin karmaşık hareketlerini taklit ederek cerrahi doğruluğu artıran aletlere, titremeyi ortadan kaldırarak el becerisini artıran ve daha hızlı dikiş atılmasına olanak sağlamaktadır.

Radikal trakelektomi, bilateral parametrium ve üst vajina ile birlikte serviksin tamamının veya çoğunun çıkarılmasını içerir. Bu prosedür, fertilitite için rahmin korunmasına izin verir ve vajinal, abdominal veya minimal invaziv bir yaklaşımla yapılabilir. Evre Ia2 hastalığı olan hastalarda nodal metastaz riski %6. 3'tür, bu nedenle tedavi pelvik lenfadenektomiye içermelidir.

FIGO evre IB, 2 cm'den büyük tümörü olan hastalarda, kabul edilemez nüks oranları nedeniyle VRT önerilmez.

KAYNAKLAR

1. Shepherd JH, Spencer C, Herod J, et al. Radical vaginaltrachelectomy 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.
2. Marchiole P, Benchaib M, Buenerd A, et al. Oncological safety of laparoscopic-assisted vaginal radical trachelectomy (LARVT or Dargent's operation): a comparative study with laparoscopic-assisted vaginal radical hysterectomy (LARVH).
3. Canton-Romero JC, Anaya-Prado R, Rodriguez-Garcia HA, et al. Laparoscopic radical hysterectomy with the use of a modified uterine manipulator for the management of stage IB1 cervix cancer. *J Obstet Gynaecol* 30:49, 2010.
4. Chen Y, Xu H, Li Y, et al: The outcome of laparoscopic radical hysterectomy and lymphadenectomy for cervical cancer: a prospective analysis of 295 patients, *Ann Surg Oncol* 15:2847, 2008.
5. Faer AN, Escobar PF: Laparoscopic single-site surgery (LESS) in gynecologic oncology: technique and initial report, *Gynecol Oncol* 114:157, 2009.
6. Malzoni M, Tinelli R, Cosentino F, et al: Laparoscopic radical hysterectomy with lymphadenectomy in patients with early cervical cancer: our instruments and technique, *Surg Oncol* 18:289, 2009.
7. Ramirez PT, Slomovitz BM, Soliman PT, et al: Total laparoscopic radical hysterectomy and lymphadenectomy: the M. D. Anderson Cancer Center Experience, *Gynecol Oncol* 102:252, 2006.
8. Cantrell LA, Mendivil A, Gehrig PA, et al: Survival outcomes for women undergoing type III robotic radical hysterectomy for cervical cancer: a 3-year experience, *Gynecol Oncol* 117:260, 2010.
9. Estape R, Lambrou N, Diaz R, et al: A case-matched analysis of robotic radical hysterectomy with lymphadenectomy compared with laparoscopy and laparotomy, *Gynecol Oncol* 113:357, 2009.
10. Lowe MP, Chamberlain DH, Kamelle SA, et al: A multi-institutional experience with robotic-assisted radical hysterectomy for early-stage cervical cancer, *Gynecol Oncol* 113:191, 2009.
11. Maggioni A, Minig L, Zanagnolo V, et al: Robotic approach for cervical cancer: comparison with laparotomy—a case control study, *Gynecol Oncol* 115:60, 2009.
12. Sert B: Robotic port-site and pelvic recurrences after robot-assisted laparoscopic radical hysterectomy for a stage IB1 adenocarcinoma of the cervix with neg-

- ativelymphnodes, *Int J MedRoboticsComputAssistSurg* 6(2) :132–135, 2010.
13. Persson J, Reynisson P, Borgfeldt C, et al. Robot assistedlaparoscopicradicalhysterectomyandpelviclymphadenectomywithshortandlongterm morbidity data. *GynecolOncol*2009;113:185–190.
 14. Magrina JF, Kho RM, Weaver AL, et al. Roboticradicalhysterectomy: Comparisonwithlaparoscopicandlaparotomy. *GynecolOncol*2008;109:86–91.
 15. Soliman PT, Frumovitz M, Sun CC, et al. Radicalhysterectomy: A comparison of surgicalapproachesafteradoption of roboticsurgery in gynecologiconcology. *GynecolOncol*2011;123:333–336.
 16. Boggess JF, Gehrig PA, Cantrell L, et al. A case-controlstudy of robot-assistedtype III radicalhysterectomywithpelviclymphnodedissection-comparedwithopenradicalhysterectomy. *Am J ObstetGynecol*2008;199:357. e351–e357.
 17. Estape R, Lambrou N, Diaz R, et al. A casematche-danalysis of roboticradicalhysterectomywithlymphadenectomycomparedwithlaparoscopyandlaparotomy. *GynecolOncol*2009;113:357–361.
 18. Maggioni A, Minig L, Zanagnolo V, et al. Roboticapproachforcervicalcancer: Comparisonwithlaparotomy: a casecontrolstudy. *GynecolOncol*2009;115:60–64.
 19. Nezhat FR, Datta MS, Liu C, et al. Roboticradicalhysterectomyversus total laparoscopicradicalhysterectomywithpelviclymphadenectomyfortreatmentofearlycervicalcancer. *JLS* 2008;12: 227–237.
 20. Burnett AF, O'Meara AT, Bahador A, et al. Extraperitoneallaparoscopiclymphnodestaging: The-University of Southern California experience. *GynecolOncol*1653 2004;95:189–192.
 21. Gil-Moreno A, Franco-Camps S, Diaz-Feijoo B, et al. Usefulness of extraperitoneallaparoscopicpara-aorticlymphadenectomyforlymphnoderecurrence in gynecologicmalignancy. *ActaObstetGynecolScand*2008;87:723–730
 22. Kehoe SM, Abu-Rustum NR. Transperitoneallaparoscopicpelvicandpara-aorticlymphadenectomy in gynecologiccancers. *CurrTreatOptionsOncol*2006;7:93–101.
 23. Marnitz S, Kohler C, Roth C, et al. Is there a benefit of pretreatmentlaparoscopictransperitoneal-surgicalstaging in patientswithadvancedcervicalcancer? *GynecolOncol*2005;99:536–544.
 24. Querleu D, Dargent D, Ansquer Y, et al. Extraperitonealendosurgicalaorticandcommoniliacdissection in thestaging of bulkyoradvancedcervicalcarcinomas. *Cancer*2000;88:1883–1891.
 25. Tillmanns T, Lowe MP. Safety, feasibility, andcosts of outpatientlaparoscopicextraperitonealaortic-nodaldissectionforlocallyadvancedcervicalcarcinoma. *GynecolOncol*2007;106:370–374.
 26. DeNardis SA, Holloway RW, Bigsby GE 4th, et al. Roboticallyassistedlaparoscopicchysterectomyversus total abdominalhysterectomyandlymphadenectomyforendometrialcancer. *GynecolOncol*2008;111:412–417.
 27. Fanning J, Fenton B, Purohit M. Roboticradicalhysterectomy. *Am J ObstetGynecol*2008;198:649. e641–e644.
 28. Kim YT, Kim SW, Hyung WJ, et al. Roboticradicalhysterectomywithpelviclymphadenectomy-forcervicalcarcinoma: A pilot study. *GynecolOncol*2008;108:312–316.
 29. Magrina JF, Long JB, Kho RM, et al. Robotictransperitonealinfrarenaorticlymphadenectomy: Techniqueandresults. *Int J GynecolCancer*2010;20:184–187.
 30. Coronado PJ, Fasero M, Magrina JF, et al. Comparison of perioperativeoutcomesandcostbetweenrobotic-assistedandconventionallaparoscopyfortransperitonealinfrarenal para-aorticlymphadenectomy (TIPAL). *J Minim InvasiveGynecol*2014;21:674–681.
 31. Magrina JF, Kho R, Montero RP, et al. Roboticextraperitonealaorticlymphadenectomy: Development of a technique. *GynecolOncol*2009;113:32–35.
 32. Vergote I, Pousele B, Van Gorp T, et al. Roboticretroperitonealower para-aorticlymphadenectomy in cervicalcarcinoma: First report on thetechniqueused in 5 patients. *ActaObstetGynecolScand*2008;87:783–787.
 33. Field JB, Benoit MF, Dinh TA, et al. Computer-enhancedroboticsurgery in gynecologiconcology. *SurgEndosc*2007;21:244–246.
 34. Lambaudie E, Narducci F, Leblanc E, et al. Robotically-assistedlaparoscopicanteriorpelvicexenterationforrecurrentcervicalcancer: Report of threefirstcases. *GynecolOncol*2010;116:582–583.
 35. Kreiker GL, Bertoldi A, Larcher JS, et al. Prospectiveevaluation of thelearningcurve of laparoscopic-assistedvaginalhysterectomy in a universityhospital. *J AmAssocGynecolLaparosc* 2004;11:229–235.