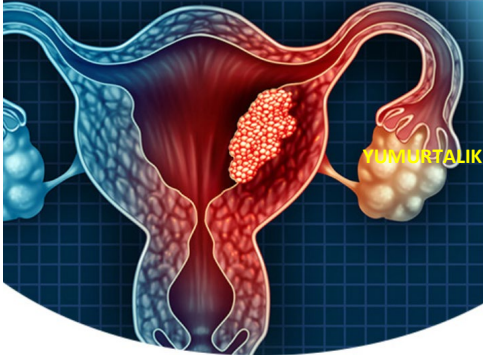
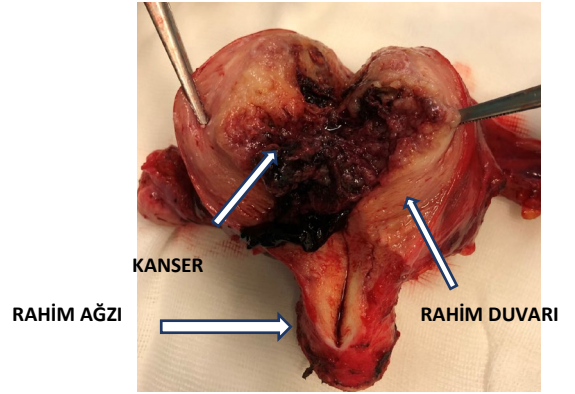


Rahim içi(Endometrium) Kanseri

Endometriyum kanseri endometriyumdan (rahmin her adet döneminde dökülen iç tabakası) kaynaklanır (Resim 1, Şekil 1). Endometriyum kanseri, kadın üreme sisteminde en sık görülen kanser tipidir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2018 yılında Türkiye’de 5463 kadının endometriyum kanseri tanısı aldığı ve 1051 kadının endometriyum kanserinden öldüğü rapor edilmiştir.



Şekil 1; Rahim içi kanseri



Resim 1; Rahim içi kanser

Rahim kas ve destekleyici bağ dokusundan (stroma) köken alan ve çok nadir olan kanserler rahim sarkomları olarak isimlendirilir.

Jinekolog onkoloğun rolü

Jinekolog onkologlar, jinekolojik kanser tedavisi için kapsamlı bir eğitim almışlardır. Bu nedenle, jinekolog onkologlar, rahim kanserli kadınların tanı konulmasından itibaren yaşamları boyunca tedavilerini ve hayatın son döneminde palyatif bakımını düzenlerler. Jinekolog onkologlar medikal onkolog, radyasyon onkoloğu, patolog, radyolog ve genetik danışmanlar ile birlikte bir ekip olarak çalışırlar. Ayrıca bu ekipte psikolog, hemşire, ve yardımcı sağlık personelinin de önemli bir yeri vardır.

Hastalar, Yakınları ve Kurtulanlar

Eğer doktorunuz siz de veya sevdiğiniz birinde rahim kanserinden şüpheleniyor veya rahim kanseri tanısı koymuşsa ne yapmanız gerektiğini, risk faktörlerini ve semptomları da kapsayan genel bilgileri sayfamızdan öğrenebilirsiniz.

Rahim (Endometriyum) Kanseri Nedir?

Rahim kanseri, Türkiye’de en sık görülen jinekolojik kanserdir. Kadın kanserleri sıralamasında ise dördüncü sıklıkta görülür. Rahim kanseri iki büyük guruba ayrılabilir: bunlar rahim iç mukozasından (endometriyum) kaynaklanan ve karsinom olarak adlandırılan kanserler ve sarkom olarak adlandırılan rahim kas ve bağ dokusundan köken almış kanserlerdir. Sarkomlar nadir tümörlerdir

Sarkomlar rahim iç mukozasından (endometriyumdan) köken alan kanserlere göre çok daha az görülürler. Aşağıda verilen bilgiler, kadınlarda daha sık görülen endometrium kanseri tipi içindir.

Rahim gebelik varlığında döllenen yumurtanın yerleşebileceği ve bebeğin gelişeceği yerdir. Kadınların menstrüel siklus somunda rahim mukozal tabakası kanama şeklinde dökülür.

Endometriyum kanserini tam olarak neyin tetiklediği bilinmemektedir. Fakat; yaş, obezite, bazı sistemik hastalıklar, hormonal bozukluklar ve genetik yatkınlık risk faktörleridir. Endometriyum kanseri taranması veya tamamen önlenmesi için günümüzde bilinen bir yöntem yoktur. Bir çok kadında hastalığın erken döneminde şikayetler olur. Endometrium kanserli hastalarda en sık görülen şikayet menopoz sonrası kanamadır. Doğurganlık çağındaki kadınlarda ise periyotlarında değişiklik olabileceği gibi, adet dışı anormal kanamaların olması da bu hastalığın bir habercisi olabilir. Sonuçta, rahim kanseri birçok olguda erken dönemde tespit ve tedavi edilir.

Risk Faktörleri

Bir kadının endometriyal kanser olup olmasını tahmin etmenin bilinen bir yolu yoktur. Bu hastalık için tarama yöntemi de yoktur. Yüksek risk olmadan endometriyum kanseri gelişebileceği gibi, yüksek risk sahibi olanlarda da gelişmeyebilir. Fakat aşağıdaki guruplarda yer alan kadınlarda endometriyum kanseri gelişme riski daha fazladır.

- 50 ile 70 yaş arası kadınlarda risk artmıştır. Endometriyum kanseri yaş ile birlikte artar. Endometriyal kanser tanısı konulan kadınların yarısından fazlası 55 yaşından büyük, %75'i menopozda ancak %5'i 40 yaş altındadır.
- Fazla kilolu veya obez kadınlar: Obez kadınların normal kilolu kadınlara göre endometriyal kanser geliştirme riski 2-4 kat daha fazladır. Bunun nedeni vücuttaki yağ dokusundan sentezlenen estrogen hormonunun vücutta olması gereken seviyenin üzerine çıkması ve etkin olan serbest formun görece artmasıdır.
- Estrojen hormon tedavisi alan kadınlar: Karşılanmamış östrojen tedavisi, estrogen hormonunun dengeliyicisi olan progesteronu içermeyen estrogen içeren haplar veya takviyeler alınması anlamına gelir. Bunlara ilaveten, meme kanseri hastalarında kullanılan tamoksifen, endometrial kanser riskini artırabilir. Pek çok çalışma tamoksifen kullanımının endometriyum kanseri riskini azda olsa arttırdığı yönündedir. Ancak tamoksifen meme kanseri tedavi ve yönetimindeki yararları düşünüldüğünde bu göze alınabilir bir risktir.
- Atipili hiperplazisi olan kadınlar: Atipik hiperplazi tedavi edilmezse kansere dönüşmesi veya eşzamanlı kanser bulunma riski olan rahim içi doku anormallığıdır.
- 12 yaşından önce menstrüel siklusu başlamış kadınlar: Estrojen menstrüel siklus için anahtar birleşendir. Bu nedenle, erken menüstrasyon kadınların hayatları boyunca daha yüksek estrogen seviyelerine maruz kalması anlamına gelir.
- 50 yaşından sonra menopoza girmiş kadınlar: Menopoz, overlerin fonksiyonlarının bitmesi sonucu adet görememe ve eşlik eden ateş basması terleme sinirlilik hali gibi yakınmaların olduğu kadın hayatının bir dönemidir. Eğer adet görme 50 yaşından sonra devam ederse, bu rahim zarının salgılanmaya devam eden östrojene daha uzun süre maruziyeti ve buna bağlı olarak endometrium kanseri riskinde artma anlamına gelir.
- İnfertilite öyküsü olan kadınlar; bu kadınların bir bölümünde uzun süre yumurtlama (ovulasyon) olmaması risk artışının temel nedenidir.
- Menstrüel siklusları düzensiz olan kadınlar veya ovulasyon düzensizliklerine yol açan metabolik bir hastalık olan polikistik over sendromu (PCOS) öyküsü
- Gebe kalmamış kadınlar
- Diyabetik (şeker hastası) kadınlar
- Hipertansiyonu olan kadınlar
- 50 yaşından önce kolon kanseri olan kadınlar

- Genetik yatkınlığı olan kadınlarda risk artar. Bu durum, kadının üç veya daha fazla aile üyesinde, (en az biri ebeveyni, kardeşi veya çocuğu olmak üzere), aşağıda sıralanan tanılardan birinin olmasını içerir.
 - Kolon kanseri
 - Hepatobiliyer sistem (karaciğer veya safra kesesi) kanseri
 - Over kanseri
 - Mide kanseri
 - İnce barsak kanseri
 - Beyin kanseri
 - Deri kanserinin bazı türleri

Aile Öyküsü

Anormal bir gen mevcut olmadıkça, aile öyküsünün bir kadında endometrium kanseri risk artışı için önemli olmadığı görüşü hakimdir. Kolon ve rahim kanserine karşı koruyan çeşitli genlerden birinde anormalliğe sahip olan kadınlar risk altındadır. Bu hastalık sıklıkla, kalıtsal non-polipozis kolorektal kanser veya Lynch II sendromu olarak bilinir. Aile geçmişiniz bu durum için endişe verici ise genetik mutasyon için tarama yapılması önerilir. Tarama kan testlerini içerir. Tarama testi için en doğru kişi kanser tanılı aile üyesidir. Doktorunuz eğer kalıtsal gen testinin sizin için doğru olduğunu düşünüyorsa bu durumu sizle tartışacaktır. Bazen bir genetik danışman testin önerilmesi kararında doktorunuzla beraber çalışacaktır.

Belirtiler

Menopoz sonrası dönemde vajinal kanama olarak tanımlanan “postmenopozal kanama” rahim kanserinin en sık belirtisidir. Postmenopozal dönemdeki kanama, damla şeklinde olabildiği gibi çok şiddetli de olabilir. Kanama miktarının azlığı ve çokluğunun bir önemi yoktur. Postmenopozal dönemde az veya çok olsun kanama her zaman önemlidir ve kişi en kısa zamanda doktora müracaat etmelidir. Kanama doğal menopoz sürecinin herhangi bir zamanında meydana gelebilir. Kısaca kanamanın zamanından veya miktarından bağımsız olarak, postmenopozal kanama hiçbir zaman normal bir olay gibi düşünülmemelidir. Menopoz öncesi dönemde, düzensiz veya yoğun menstürel kanama çoğunlukla kanser dışı nedenlerle açıklanmasına rağmen, endometrium kanserinin bir belirtisi olabilir. Endometrium kanserinin daha nadir bulguları vajinal akıntı, pelvik ağrı, karın şişkinliği ve sindirim sistemi bozuklukları şeklinde olabilir.

Jinekolog Onkoloğa Bařvurun

Siz veya doktorunuz sizin rahim kanseri olabileceğinden kuşku duyuyorsa, bu durumu bir jinekolog onkoloğa danışmak önemlidir.

İlk randevunuzda ne bilgi vermeniz gereklidir?

Jinekolog onkoloğunuz tedaviyi belirlemede hangi testleri uygulayabilir?

Uterus (endometriyum) kanseri için ne gibi stratejiler vardır?

Tedavi seçenekleri nelerdir?

Tedaviden sonra ne olacaktır?

İlk Randevunuzda Ne Bilgi Vermeniz Gereklidir?

Jinekolog onkoloğunuza ilk randevunuz için gittiğiniz zaman, moral desteği için, sorularınızı hatırlamanıza yardımcı olması ve not alabilmesi için eşinizi, bir arkadaşınızı veya akrabanızı yanınızda getirebilirsiniz.

Ayrıca Yanınızda Getirilmesi Gerekenler

- Jinekolojik ve doğum öykünüz
- Kanser olan aile bireylerin ne kanseri olduklarının listesini içeren aile sağlık öyküsü
- Ultrason, bilgisayarlı tomografi ve MR gibi ilk doktorunuzun yaptırdığı testler ve herhangi bir biyopsi sonucunuz.
- Eğer sahipseniz daha önce olduğunuz cerrahi operasyonların raporlarını içeren cerrahi öykünüz.
- Vitaminler ve diğeri diyet takviyelerini de içeren halen devam ettiğiniz ilaçların listesi
- Devam eden bakımınız için gittiğiniz tüm doktorların listesi
- Sağlık sigorta bilgileriniz
- Jinekolog onkoloğunuza sormak istediğiniz tüm soruların listesi.

Jinekolog Onkoloğunuz Tedaviyi Belirlemede Hangi Testleri Uygulayabilir?

Birçok endometriyum kanserine rahim mukozasından alınan biyopsi ile tanı konulur. Eğer biyopsi işlemi ilk doktorunuz tarafından yapılmadıysa, size uygulanacak ilk işlem rahim içinden parça almak olacaktır. Bu işlem farklı yöntemler ile olabilir. Örneğin pipelle denen

ince plastik bir kateter rahim ağzından rahime içine sokularak parça alınabilir. Bu yöntem çoğu zaman anestezi gerektirmez. Bu yöntemde bazen kramp şeklinde hafif ağrılar olabilir. Biyopsiden önce ağrı kesici ilaç almanız ile bu ağrı azalabilir. Fakat bazı kadınlar ofis şartlarında anestezi almadan yapılan bu biyopsi yöntemini kabul etmeyebilir. Bu durumda, hastane şartlarında anestezi (narkoz) veya sedasyon altında biyopsi yapılır. Bazen polip gibi tahim içi fokal patolojilerden şüphelenildiğinde rahimin içinin görülmesine olanak sağlayan ince bir kameradan oluşan sistem (histereskopi) yardımı ile biyopsi yapılabilir.

Biyopsi işlemi sırasında uterus içinden alınan doku, mikroskop altında incelenmek için patoloji laboratuvarına gönderilir. Patolog kanserin olup olmadığını, varsa biyolojik davranış için önemli olan histolojik tipini belirtecektir.

Bazen endometriyum kanserinden anormal ultrason veya MR bulguları ile şüphelenilebilir. Fakat tanıyı doğrulamak için biyopsi yapılması mutlaka gereklidir. Ultrason, MR veya BT ve akciğer grafisi çoğu zaman yapılır. PET taraması ancak bazı özel durumlarda istenebilir, rutin değildir.

Rahim Kanser Evreleri

Evre kabaca hastalığın yaygınlığını gösterir. Evreleme kanserlerin yaygınlığını sınıflara ayırarak hastalığın prognozunu (geleceğini) ve cerrahi sonrası ek tedavi gerekip gerekmediğini ortaya koymak amacıyla yapılan bir uygulamadır.

Endometriyum kanseri evrelemesi şu şekildedir:

Evre I: kanser rahim içerisinde sınırlıdır

Evre II: Kanser rahim ağzına (serviks) yayılmıştır

Evre III: Kanser tüplere, yumurtalıklara, vajene veya pelvik-paraortik lenf nodlarına yayılmıştır.

Evre IV: Kanser mesane (idrar torbası) veya kolon (kalın barsak) içine veya üst karın bölgesine, akciğere veya kasık lenf nodlarına yayılmıştır.

Tedavi Seçenekleri Nelerdir?

Endometriyum kanserinde temel tedavi cerrahidir. Bunun yanında gerekli durumlarda kemoterapi, radyoterapi, hormonal tedavi veya bunların kombinasyonlarını uygulanabilir. Tedaviyi belirlerken tümörün histolojik tipi hastanın yaşı, genel performansı, ek tıbbi hastalıklarının varlığı, çocuğu olup olmaması gibi faktörler dikkate alınır. Endometrium

kanserinin tedavi ve yönetimi gerektiğinde farklı disiplinlerden görüş almak kaydıyla jinekolog onkolog tarafından düzenlenmelidir.

Cerrahi

Endometriyum (rahim içi) kanserinin ilk ve en önemli tedavisi cerrahidir. Cerrahi ile rahim ve yumurtalıklar çıkartılır. Aynı zamanda sıklıkla pelvik (karın alt bölgesi) ve paraortik (karnın üst bölgesi) lenf bezleri de alınır. Bu şekilde hem hastalıklı rahim hem de hastalığın yayılması olası bölgeler çıkartılmış olur. Hastalığın yaygınlığı (evresi) bu ameliyat ve patoloji raporu çıktıktan sonra belirlenir. Belirlenen evreye göre ameliyat sonrası ek tedaviye (adjuvan) gerek olup olmadığına karar verilir. Ek tedavi sıklıkla radyoterapi, bazen kemoterapi veya her ikisi birlikte dir.

Cerrahi işlem geleneksel açık yöntemler ile gerçekleştirilebilse de, özellikle son yıllarda laparoskopik veya robotik yöntemler kullanılarak (minimal invazif cerrahi yöntemi) yapılabilir.

Minimal İnvazif Cerrahi

Minimal invazif cerrahideki gelişmeler, jinekolog onkologların bu operasyonları geniş vertikal (dikine) insizyon yerine 3-4 küçük insizyondan (giriş deliklerinden) yapabilmesine olanak sağlamıştır (Resim 2,3,4, Resim 4, Şekil 2).



Resim 2. Karnın (vertikal diklemesine) kesilmiş açık ameliyat



Resim 3. Laparoskopide karına giriş yerleri



Resim 4. Robotik cerrahide trokar giriřleri



Resim 5. Robotik cerrahiden iki hafta sonraki görünüm

Standart laparoskopi veya robotik cerrahiyi içeren minimal invazif teknik ile tedavi edilen hastalar, daha çabuk iyileşebilir, cerrahi sonrasında daha az ağrı duyarlar ve bu hastalarda açık cerrahi yapılan hastalara göre daha az yara yeri komplikasyonu gelişir. Operasyon sonrasında daha az ağrı kesici ilaçlara ihtiyaç duyulur ve bu kişilerin günlük yaşama dönüş zamanları daha kısa sürede olur. Ayrıca açık ve kapalı yöntemlerin tedavi sonuçları birbirlerinden farklı değildir.

Radyasyon Tedavisi

Endometriyum knaserli hastalarda bazı koşullarda cerrahi sonrası radyoterapi uygulanır. Cerrahi bulgulara dayanarak, kanser tekrarlama olasılığı yüksek olan hastalarda radyasyon tedavisi bu oranı azaltmaya yardımcı olur. Radyoterapi genellikle kanserin rahim duvarını derin olarak tuttuğu ve rahim ağzına veya vajinaya ilerlediği veya lenf düğümlerine yayıldığı durumlarda uygulanır. Radyoterapi ayrıca kanserin cerrahi olarak ortadan kaldırılmayacağı veya cerrahi tedavinin çeşitli medikal nedenlerden dolayı güvenli olmayacağı durumlarda cerrahi tedavi yerine uygulanabilir.

Kemoterapi

Endometriyum kanseri için kemoterapi tipik olarak ileri evrede (evre III-IV) ve ya tekrarlanmış hastalıkta (ilk tedavi sonrası tekrar hastalığın oluşması) önerilir. Buna ek olarak

yeni tedavilerin araştırılması daha etkin ve iyi tolere edilen tedaviler bulmak için önemlidir. Bu tedavilerin çoğu sadece klinik çalışmalara alınan hastalarda kullanılabilir.

Hormonal Tedavi

Hormonal tedavi standart tedavi olarak düşünülmez, ancak gelecekte doğurganlık isteği güçlü olan muhtemelen rahime sınırlı kanseri olan bir hastada hekim tarafından önerilebilir.

Hormonal tedavi ile hastanın kanser tedavisi yanıtından emin olmak için rahim içinden aralıklı biyopsi yapılması gerekecektir. Bazen, hormon tedavisi tekrarlayan hastalığı olan hastalar için de kullanılır.

Tekrarlayan Hastalık Yönetimi

Tekrar eden endometriyum kanseri karmaşık bir durumdur ve her hastanın en iyi tedaviyi almasının belirlenmesinde değişik etkenler rol oynar. Bu etkenler şunlardır:

- Tekrarlayan tümörlerin sayısı ve yeri,
- Son kanser tedavisinden sonra geçen zaman
- Daha önce verilen tedavi tipleri (sadece cerrahi, radyasyon, kemoterapi veya her ikisi)
- Hastanın genel sağlık performansı

Tedavi Sonrası Ne Olacak?

Cerrahi sonrası iyileşme cerrahi işlemin boyutuna, uygulanan cerrahi yönteme ve oluşabilecek komplikasyonlara bağlı olarak 1-8 hafta sürer. Cerrahi işlem sırasında, yapıldıysa ön patolojik raporu cerrahınız sizinle paylaşabilir. Bu size kanserin ne kadar yayıldığı hakkında bilgi verecektir. Asıl patoloji sonucu, alınan biyopsi sayısına bağlı olarak bir ile iki haftada (bazen daha uzun) alınır. Bu rapor en doğru sonuçtur ve daha sonraki tedavi (radyoterapi veya kemoterapi) kararını vermek için kullanılır. Bazen, durumunuz cerrahların, radyasyon onkologlarının ve medikal onkologların bulunduğu bir konseyde sizin için en iyi tedavi planını tartışmak için sunulacaktır. Klinik çalışma için uygunluğunuz da tartışılır.

İlk tedaviyi tamamladığınızda ve kanser kaldığına dair bir kanıt olmadığında, kanserin tekrar oluşmadığından emin olmak için doktorunuza kontrollere gitmeye devam etmeniz gerekecektir. Ne kadar sıklıkta kontrole gideceğiniz kanserin evresine ve size hangi tedavi uygulandığına bağlıdır.

Kontroller genellikle ilk tedavi süreci tamamlandıktan 3 ay sonra başlar: İlk iki yılda üç ayda bir, iki ile beş yıl arası altı ayda bir ve beş yıldan sonra yılda bir olarak yapılır.