

CIN TEDAVİSİ TAKİP ve SONUÇLARI

Prof.Dr. İlkan DÜNDER

Destrüktif Yöntemler

- Elektrokoagülasyon
- Kriyoterapi
- Lazer vaporizasyon

Eksizyonel Yöntemler

- LEEP
- Soğuk konizasyon
- Lazer konizasyon
- Histerektomi

Destrüktif / Eksiyonel Tedavilerin Etkinliği

29 Çalıřma

5441 hasta

Surgery for cervical intraepithelial neoplasia (Review)

Martin-Hirsch PPL, Paraskevaidis E, Bryant A, Dickinson HO



THE COCHRANE
COLLABORATION®

Lazer Vaporizasyon / Kryoterapi

Tüm Grade'ler;

■ Rezidüel hastalık farkı yok

(double freeze)

■ Tedavi sonrası vazomotor semptomlar ve kokulu akıntı Laser vap.da daha az

■ Perioperatif ağrı ve kanama Laser vap.da daha fazla,

istatiksel anlamlı fark yok

Lazer Vaporizasyon / Lazer Konizasyon

- Rezidüel hastalık
- Primer ve Sekonder Kanama
- Takipte yetersiz kolposkopi

yönlerinden istatistiksel anlamlı fark yok

Lazer vaporizasyon / LEEP

- Primer ve Sekonder Kanama
- Perioperatif ağrı
- Rezidüel hastalık

yönlerinden istatistiksel anlamlı fark yok

Lazer kon / Soğuk kon.

- Rezidüel hastalık farkı yok (tüm gradelerde)
- Primer ve Sekonder kanama farkı yok
- Lazer konizasyonda materyallerin % 38'inde cerrahi sınırı değerlendirmek mümkün değil (termal hasar), *istatistiksel olarak anlamlı*
- Lazer konizasyonda yetersiz kolposkopi ve servikal stenoz oranları daha düşük, *istatistiksel olarak anlamlı*

Lazer kon / LEEP

- Lazer kon.da operasyon süresi daha uzun ve termal hasar derinliği daha fazla
- LEEP'te termal hasar cut modunda koagulasyona göre daha az
- Termal hasar, ağrı, servikal stenoz, yetersiz kolposkopi ve rezidü hastalık yönünden *istatiksel anlamlı fark yok*

Soğuk Kon / LEEP

- Rezidüel hastalık
- Kanama
- Servikal stenoz
- Yetersiz kolposkopi

yönlerinden istatistiksel anlamlı fark yok

LEEP / Kryoterapi

- Kryoterapide su kıvamında akıntı ve rezidüel hastalık daha ↑
- LEEP te sekonder kanama daha ↑

Sonuçlar

- CIN tedavisinde kullanılan tekniklerin birbirlerine önemli bir üstünlüğü yok. Ortalama başarı oranı % 90'lar civarında
- Kryoterapi low-grade lezyonların tedavisinde etkili bir metod, ancak high-grade lezyonlarda yeterli başarı elde edilememekte

Sonuçlar

- Özellikle high grade hastalıkta, kolposkopi eşliğinde yapılan biopsinin *'mikroinvaziv hastalığın tanısındaki etkinliği'* eksizyonel biopsilere göre daha düşük
- Kryoterapi *'kolay, ucuz ve morbiditesi düşük bir yöntem olarak'* kaynakların kısıtlı olduğu yerlerde low-grade lezyon tedavisinde etkili bir alternatif

Sonuçlar

- Lazer konizasyon LEEP e göre :
 - Daha pahalı ekipman
 - Daha fazla eğitim gerektirmekte
 - Daha ağırlı
 - Daha derin ve ciddi doku hasarı yapmakta
- Ektoservikal lezyonlarda LEEP daha üstün

Sonuçlar

LEEP

hem daha ucuz ve histolojik tanıya
olanak verdiği için daha üstün bir
yöntem

Sonuçlar

Glandüler lezyonlarda
soğuk konizasyon

LEEP ve lazer konizasyona göre daha üstün

- Daha geniş hastalıksız cerrahi sınır sağlamakta
- Termal hasar yok

CIN

Persistans / Rekürrens

Tedavi sonrası
persistans / rekürrens oranı % 5-17

CIN

Persistans / Rekürrens

Persistans riskini arttıran faktörler:

- Lezyon boyutu (serviks yüzeyinin 2/3 ünden fazla olması)
- Endoservikal glandüler tutulum
- Pozitif cerrahi margin
- HPV DNA pozitivitesinin devam etmesi ?
(Özellikle HPV 16 nın 6 ay ve daha fazla pozitif kalması)

CIN Persistans / Rekürrens

Margin Pozitifliği;

En önemli risk faktörü

Tedavi sonrası CIN varlığı için RR 6.09

- Margin (+) ise % 18
- Margin (-) ise % 3

Takibi Belirleyen Parametreler

- Yaş
- HPV tipi ve durumu
- Lezyonun derecesi
- Gebelik durumu

CIN 2,3

Eksizyon / Ablasyon

HPV / Sitoloji (Co-test)

Herhangi biri pozitif ise:

Kolposkopi ve Endoservikal örnekleme

Margin Pozitif Olgular

- Takip - Tekrar Tedavi seçenekleri hasta ile konuşulmalı
- 4-6 ay sonra sitoloji / ECC ile takip

Margin Pozitif Olgular

- Hemen re-eksizyonel tedavi
 - Özellikle margin pozitif CIN 3 olguları

Hasta re-eksizyon risklerini tercih ediyorsa
- Re-eksizyonu kabul etmemiş olgular
6 ay sonra (+) sitoloji  -eksizyon

CIN 2,3 Takip

HPV ve Sitoloji

- 6. ay her 2 test negatif :

Persistans veya rekürrens % 4.6

- 24. ay her 2 test negatif :

Persistans veya rekürrens % 1.8

CIN 2,3

HPV ve Sitoloji

■ Her 2 test 6 ay içinde pozitif ise :

– Persistens / Rekürrens % 45-

tekrar değerlendirme ve takip

CIN 2,3 veya AIS

Uzun Süreli Takip

- En az 20 yıl takip
- Histerektomi sonrası takip
 - VAIN çok ender
 - 20 yıl vaginal sitoloji önerilmekte ?

Tedavide Gecikme

■ CIN 2,3 tanısından sonra

6-12 ay gecikme varsa;

Tekrar değerlendirmeden tedaviyi uygula

12 aydan fazla gecikme varsa;

Sitoloji, kolposkopi, ECC ve biopsi ile tekrar değerlendir

Gebelikte CIN Takibi

- CIN 2-3 tanısı varsa 3 ayda bir sitoloji ve kolposkopi
- İnvazyon şüphesi dışında biopsi, eksizyon gerekmiyor
- ECC kontrendike
- Postpartum kontrol 6. haftada

Sonuçlar

- Tedavi sonrası invaziv kanser riski % 95 azalır
- En sık rekürrensler ilk 2 yılda
- 20 yıl sonra bile rekürrense rastlanmıştır
- Cerrahi sınır pozitif ise rezidü hastalık riski 6 kat fazla

Tedavi Sonrası Monitorizasyon

CIN 2-3 sonrası 12-24 ayda sitoloji ve HPV
ile takip

HPV AŞISI

LEEP sonrası rekürrensin azaltılmasında etkili

(% 2.5 vs % 8.5)

İnvaziv Serviks Kanser Riski

Abnormal smear testi olmayan kadınlara göre

**CIN tedavisi olmuş kadınlarda invaziv kanser riski
5 kat fazla**

Tedavi sonrası kanser gelişmesinin
en önemli nedeni

«hastanın takipten çıkması»

SERVİKAL - VAGİNAL SİTOLOJİ RAPORU

Hasta : [REDACTED] MAN

Doktor : [REDACTED]

Hastane: [REDACTED]

Yaş/C : 38-(K)

Geliş : 08-11-2017 16:15

Cevap : 14-11-2017 10:14

TCK.No : 427*****072

H.NO : 72532546

P.NO : 231752269

SİTOLOJİ TEKNİKERİ : [REDACTED]

ÖRNEK TİPİ :

Sıvı bazlı sitoloji (Thin-Prep). Primer Tarama:TP INTEGRATED IMAGER.

KAYNAK :

Serviks / vagina.

ÖRNEK YETERLİLİĞİ:

Değerlendirme için yeterli, endoservikal ve/veya transformasyon zon komponenti var.

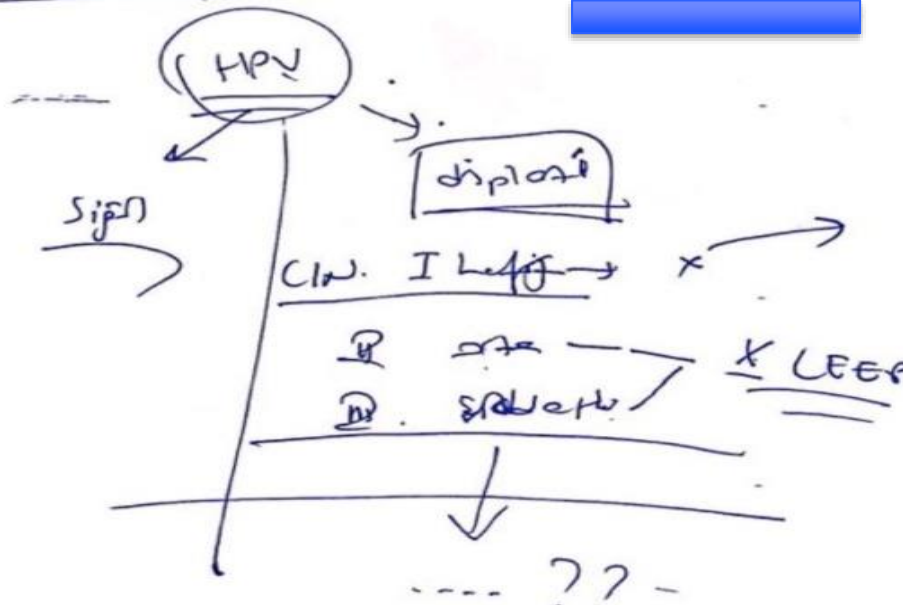
YORUM/SONUÇ:

Düşük dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon (LSIL), hafif displazi (CIN I) ile uyumlu bulgular.

HSIL (CIN II-III) ekarte edilemez.

NOT:

yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyonun (HSIL) ekarte edilmesi için kolposkopi, biyopsi ve ECC önerilebilir.



PATOLOJİ RAPORU

Hasta : [REDACTED] MAN
Doktor : Prof. Dr. İlkan Dündar
Hastane: Acıbadem Hst. Taksim

Yaş/C : 38-(K) TCK.No : 427*****072
Geliş : 25-11-2017 07:41 H.NO : 72532546
Cevap : 28-11-2017 13:31 P.NO : 7117B1400

KLİNİK ÖN TANILAR :
SERVİKS CA

MAKROSKOPİK BULGULAR :

1) UTERUS: 92 GRAM AĞIRLIĞINDA 8x6,5x4 CM ÖLÇÜLERİNDE HİSTEREKTOMİ SPESMENİ. SERVİKS 3x3 CM ÖLÇÜLERİNDE 3 CM UZUNLUKTADIR. SERVİKS ETRAFINDA PARAMETRİUM DOKUSU MEVCUTTUR. KAVİTE 6 CM UZUNLUKTA OLUP ENDOMETRİUM 0,2 CM VE MYOMETRİUM 1,5 CM KALINLIKTADIR. MYOMETRİUMDA 0,3 CM ÇAPINDA SUBSERÖZ YERLEŞİMLİ 1 ADET MYOM İZLENDİ.

SAĞ TUBA; 7 CM UZUNLUKTA, 0,6-1 CM ÇAPINDADIR.

SOL TUBA; 6,5 CM UZUNLUKTA, 0,5-0,7 CM ÇAPINDADIR. BK21K

BLOK KODLARI;

* A-C: SOL PARAMETRİUM, D-N: SERVİKS (H: SAAT 12-6 HİZASI),

M-O: SAĞ PARAMETRİUM, P: İSTMUS, R,S: ENDOMETRİUM, T: MYOM, U: SAĞ TUBA,
V: SOL TUBA

2) TOPLUCA 7x6x4 CM ÖLÇÜLERİNDE YAĞLI DOKULAR. KESİTLERİNDE EN BÜYÜĞÜ 3 CM ÇAPINDA EN KÜÇÜĞÜ 0,2 CM ÇAPINDA 16 ADET LENF NODU BENZERİ NODÜLER YAPI DİSSEKE EDİLDİ. T1SK

LENF NODLARI;

* A,B: 1 ADET, C: 1 ADET, D: 1 ADET, E: 1 ADET, F: 1 ADET, G: 2 ADET,
H: 2 ADET, I: 4 ADET, J: 3 ADET, K-O: KALAN DOKU

* SİTOLOJİ: 4 cc. HACMİNDEKİ AÇIK KIRMIZI RENKLİ BULANIK SIVI, DÜZ SANTRİFÜJ CİHAZI KULLANILARAK KONSANTRE EDİLDİ. OLUŞAN SEDİMENTTEN, SİTOSANTRİFÜJ CİHAZI (SHANDON CYTOSPIN 4) KULLANILARAK 2 ADET CYTOSPIN PREPARAT HAZIRLANDI. BİRİ PAP (PAPANICOLAOU), DİĞERİ MGG (MAY-GRÜNWALD GIEMSA) BOYASI İLE BOYANDI. AYRICA ELDE EDİLEN SEDİMENTTEN, İKİ ADET DİREKT YAYMA PREPARAT HAZIRLANARAK BİRİ PAP, DİĞERİ MGG BOYASI İLE BOYANDI. SIVI İÇERİŞİNDEKİ PARTİKÜLLER, DOKU TAKİP İŞLEMİNE ALINIP, PARAFİNE GÖMÜLEREK HÜCRE BLOĞU HAZIRLANDI.

TANI :

BATIN YIKAMA SIVISI;

LENF NODU; PELVİK BÖLGE; SAĞ VE SOL; DİSSEKSİYON;

UTERUS; TUBALAR; ROBOTİK HİSTEREKTOMİ + BİLATERAL SALPENJEKTOMİ;

- SERVİKS:

TÜMÖR TİPİ:

SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM - BÜYÜK HÜCRELİ NON-KERATİNİZE TİP.

HİSTOLOJİK GRADE:

ORTA DERECEDE DİFERANSİYE.

TÜMÖR BOYUTLARI:

İNVAZYON DERİNLİĞİ: 1,5 cm

HORİZONTAL BOYUT : 2,5 cm

EŞLİK EDEN İN SİTU KARSİNOM: VAR.

LENFATİK İNVAZYON : YAYGIN OLARAK VAR.

VASKÜLER İNVAZYON : VAR - SOL PARAMETRİUMDA

PERİNÖRAL İNVAZYON: GÖRÜLMEDİ.

VAGİNAYA İNVAZYON : GÖRÜLMEDİ

UTERUS KORPUSUNA İNVAZYON: GÖRÜLMEDİ

PATOLOJİ RAPORU

Hasta : [REDACTED] MAN
Doktor : Prof. Dr. İlkan Dündar
Hastane: Acıbadem Hst. Taksim

Yaş/C : 38-(K)

Geliş : 25-11-2017 07:41

Cevap : 28-11-2017 13:31

TCK.No : 427*****072

H.NO : 72532546

P.NO : 7117B1400

PARAMETRİUMLAR: SOL PARAMETRİUMDA İNTRAVASKÜLER TÜMÖR TROMBÜSLERİ SAPTANDI.
CERRAHİ SINIRLAR:

DERİN SERVİKAL: İNTAKT

SAĞ VE SOL PARAMETRİAL: İNTAKT

ANTERİOR VE POSTERİOR VAGİNAL: İNTAKT

- ENDOMETRİUM : SEKRESYON DÖNEMİ BULGULARI
- MYOMETRİUM : LEİOMYOMA UTERİ
- TUBALAR : BELİRGİN PATOLOJİ SAPTANMADI
- SERÖZ YÜZEYLER: İNTAKT

- LENF NODLARI*:

* MİKROSKOPİK SEVİYEDE SAPTANAN LENF NODLARI TOPLAM SAYIYA EKLENMİŞTİR.

B İ R LENF NODUNDA M E T A S T A Z - METASTAZ ÇAPI 2 mm; EKSTRAKAPSÜLER İNVAZYON GÖRÜLMEDİ.

21 LENF NODUNDA REAKTİF DEĞİŞİKLİKLER (+1/22).

ICD-O : M8072/3-C53.8

Prof. Dr. Emine Handan Zeren