

Olgu Sunumu: Nüks Serviks Kanserlerinde Brakiterapi Uygulaması

Halil KÜÇÜCÜK,¹ Melahat GARİPAĞAOĞLU²

¹Acıbadem Atakent Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniği, İstanbul

²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Acıbadem Atakent Hastanesi, İstanbul

Vaka Özellikleri

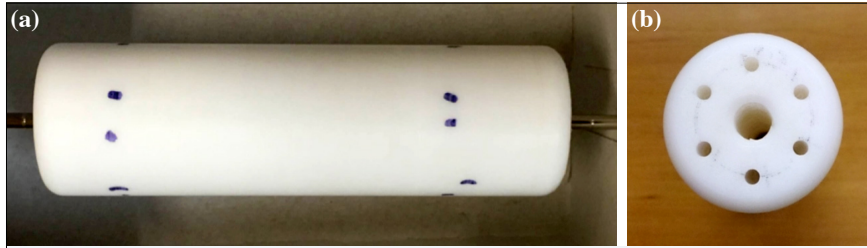
Ağustos 2014'te kliniğimize başvuran, özgeçmişinde başka bir malign hastalık veya ko-morbid hastalık olmayan 31 yaşındaki nüks serviks kanserli hasta değerlendirildi. Yaklaşık 6 aydır devam eden vaginal kanama, postkoital kanama yakınmaları vardı. Jinekolojik muayene bulguları: serviks anatomisi bozulmuş, servikste os ağzı lokalizasyonunda sağda saat 6-9 hizasında 1 cm den küçük kitle ve bu lezyondan bağımsız olarak vajende 1/3 alt kısımda, sağ yan duvarda, uretraya yakın lokalizasyonda yaklaşık 2-3 cm çapında kanamalı kitle vardı. Bilateral parametriumlar açıldı. Özgeçmişinde Ocak 2012'de doğum sırasında fizik muayenede, erken evrede yassı hücreli serviks kanseri saptanarak konizasyon operasyonu yapıldığı, daha sonra izlemde Mayıs 2014'te vaginada sağ yan duvarda insitu skuamöz hücreli karsinoma saptanmış ve re-opere edilmiş olduğu ve adjuvan tedavi verilmediği öğrenildi. Batın manyetik rezonans (MR) incelemesinde vaginada uretra- anus arası yerleşimli 25x18x28 mm çapında kontrastlanan kitle, endoservikal 15 mm kontrastlanan alan, bilateral parailiak, inguinal, pelvik lenf nodları rapor edildi. Pozitron Emisyon Tomografisinde vajen sağ duvarında artmış FDG tutulumu, sağ obturator alanda 5 mm kadar lenf nodu saptandı. Hasta inoperabl bulundu ve küratif amaçla kemo-radyoterapi planlandı.

Tedavi

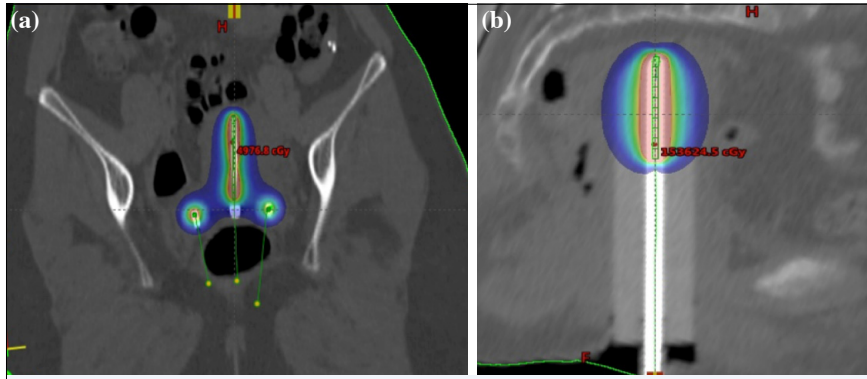
Hastanın yaşı nedeniyle radyasyona sekonder over fonksiyonları bozulacağından endokrin koruma amaçlı overler cerrahi operasyonla radyoterapi alanından uzaklaştırıldı. Serviks -vagina kanseri tanısıyla küratif amaçla radyoterapi ve eş zamanlı kemoterapi planlandı.

Hedefler

PTV1: Vaginadaki tumor, PTV2: Servikste yer alan tümör, PTV3: Pelvik ve inguinal lenf nodları. Vimat IMRT tekniğiyle, 4 ark kullanılarak, eş zamanlı konkomitant boost tekniğiyle, 28 fraksiyonda PTV1: 6000 cGy, PTV2: 5600 cGy ve PTV3: 5000 cGy olacak şekilde ECLIPS tedavi planlama sisteminde planlama yapıldı. Eksternal Radyoterapi 6MV x ışınları kullanılarak True-Beam STX (Varian) cihazında uygulandı. Eksternal radyoterapiyle eş zamanlı olarak 40 mg/m²/hafta Cisplatin uygulandı. Eksternal radyoterapi sonrası klinik muayenede servikste makroskobik tümör palpe edilmedi, vajendeki tümör yüzeyde palpe ediliyordu. Tekrarlanan MR'da servikste rezidüel tümör saptanmadı, vajendeki tümörün derinliğinde ve kapladığı alanda %50'den fazla küçülme gözlemlendi. Brakiterapi planlama ECLIPS tedavi planlama sisteminde



Şekil 1. (a, b) Tandem ile entegre kullanılan aynı anda hem serviks, parametrium hemde vajeni ışınlamayı çok kanallı aplikatör.



Şekil 2. (a, b) Elde edilen brakiterapi doz dağılımı.

planlama sisteminde yapıldı. Brakiterapi yüksek doz oranlı Iridyum kaynağı içeren Varisourse cihazıyla uygulandı. Planlamada MR ve Bilgisayarlı Tomografi görüntüleri (Hedef ve OAR tanımı için MR görüntüleri ve aplikatör tanımı için BT) kullanıldı. Brakiterapide Hedefler: Tüm vajen yüzeyinden 0.5 cm derinlik ve serviks BT1 ve vajen alt 1/3 sağ yandaki rezidüel tümör BT2 olarak seçildi. Brakiterapi uygulamalarında, uterusu yerleştirilen tandem ile entegre kullanılmaya imkan veren, aynı anda hem serviks, parametrium hemde vajeni ışınlamayı sağlayan, vajende yer alan rezidüel tümöre daha yüksek doz uygulanmasını sağlayan özel bir aplikatör kullanıldı (Şekil 1a, b). Dört fraksiyonda BT1 300 cGy ve BT2 400 cGy olacak şekilde sırasıyla 1200 cGy ve 1600 cGy brakiterapi uygulandı (Şekil 2a, b). Eksternal ve brakiterapi toplam doz: vajinadaki tümöre $6000 + 1600 = 7600$ cGy, serviksteki tümöre 5600 cGy + 1200 cGy = 6800 cGy ve tüm vajen: 5000 cGy + 1200 cGy = 6200 cGy.

İzlemde tümör tamamen regresyona uğradı. Hasta tedaviden sonra 29. ayda remisyonda olarak izlenmektedir. Ancak hastada vagina darlığı gelişti. Tedaviden sonra 6. ayda darlık klinik olarak belirgin hale geldi.

Halen sadece tek parmakla ve analjezik uygulanarak jinekolojik muayene yapılabilmekte.

Tartışma

Inoperabl serviks kanserinde tedavi başarısı uygulanan radyoterapi dozu ve brakiterapi boost uygulanması ile doğru orantılıdır. Ancak bu hastada olduğu gibi hem serviks hemde vajen yerleşimli tümörlerde brakiterapi uygulanması hedeflerde yeterli doz sağlanması açısından zorluklar içerir. Genellikle bu amaçla tandem ve tek kanallı vajinal silindir benzeri aplikatörler kullanılır. Ancak bu aplikatörler ile tüm vajen duvarları eşit olarak ışınlanır. Hedefe verilen doz tüm vajene verilmek zorunda kalınır. Bu da önemli morbiditeye neden olur. Özellikle rektum vajene yakın seyrettiğinden, rektum tolerans dozu aşılmadan, tümörde yeterli doza ulaşılması güçtür. Tedavi başarısı olumsuz etkilenir. Bu vakada kullanılan aplikatör çok kanallı olduğundan tümörün yerleştiği duvarda yeterli doz sağlandı. Tedavi sonunda rektal ve uretra komplikasyonu gelişmedi ancak tüm vajen duvarları ışımlandığından gelişen vajen darlığı hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkiledi.