

Brakiterapi Vaka: Postoperatif Sekviks Kanseri

Bilge GÜRSEL

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Samsun

Hasta Özellikleri

N.M. 64 yaşında kadın. Evli, postmenapoze, vajinal yolla üç doğum yapmış. Komorbid hastalığı yok. Dış merkezde over kisti ön tanısı ile TAH+BSO yapılmış. Spesmenin patolojik incelemesinde; makroskopik olarak serviks 9–12 kadranları arasında 9x5x5 mm boyutlarında kirli beyaz renkte kitle izlenmiş. Mikroskopik olarak tümör derinliği 7 mm, horizontal uzunluğu 9 mm olarak ölçülmüş. En yakın olduğu yerde boyalı cerrahi sınıra 8 mm mesafede imiş. Tanı, yassı hücreli karsinom, nonkeratinize tip, orta derece diferensiyasyonlu, serviks, pT1b olarak gelmiş. Overdeki lezyon ise müsinöz kistadenofibrom olarak raporlanmış.

Evreleme ve Hasta Yönetimi

Hastanın patolojik tanısı ve evresinin teyidi yapıldı. Rapoda eksik olan lenfovasküler invazyon bilgisi negatif olarak, stromal invazyon derinliği ise >1/2 olarak raporlandı. Basit histerektomi materyalinde insidental olarak saptanan erken evre serviks kanserinin postoperatif adjuvan tedavi yönetimi için, CBC, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ve rezidü hastalığının kalıp kalmadığını öğrenmek gereklidir. Bu amaçla yapılan kan tetkikleri normal olan hastanın, çekilen PET- BT de ise herhangi bir kalıntı hastalığa veya uzak metastaza rastlanmadı.

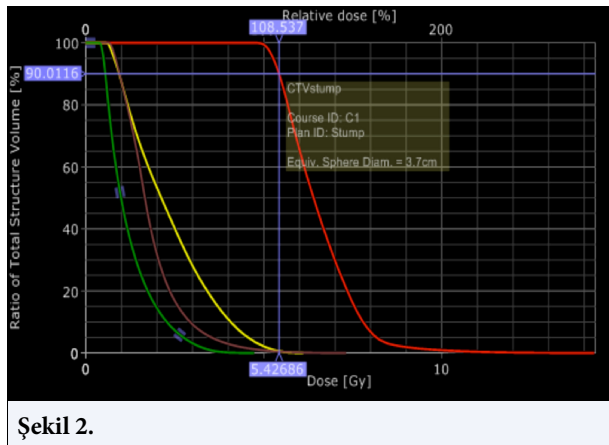
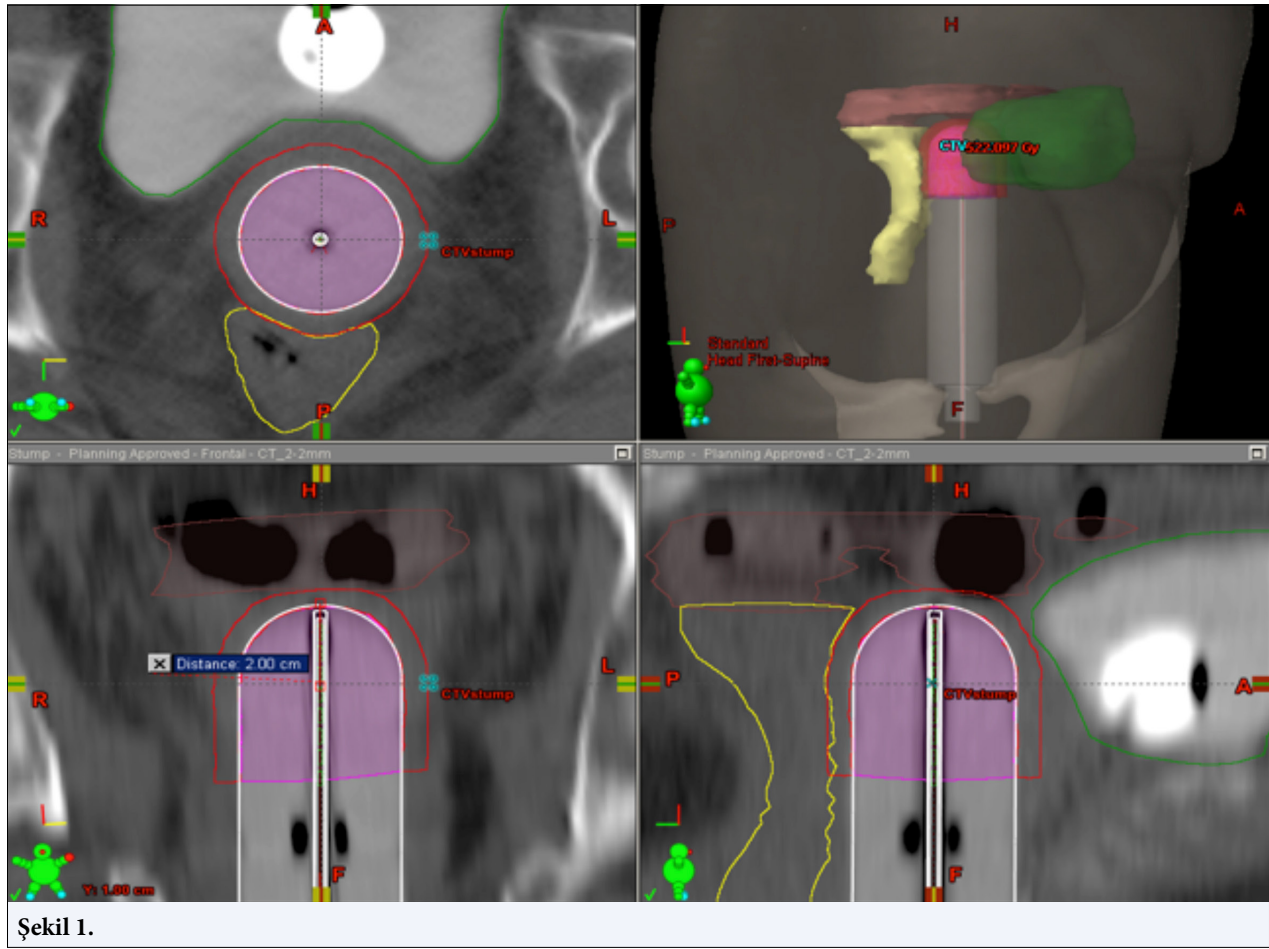
Bu evre hastalıkta ve basit histerektomi yapılmışsa, NCCN guidelinee pelvik eksternal radyoterapi + sisp-latin içeren kemoterapi + brakiterapi veya, paramet-

rektomi, üst vajinal bölge çıkarılması, pelvik lenf nod diseksiyonu + paraaortik diseksiyon önermektedir. Hastamız konseyde görüşülmüş ve eksternal radyoterapi sonrası brakiterapi programına alınması planlanmıştır.

Brakiterapi

Sosyal nedenlerle dış merkezde eksternal 45 Gy radyoterapisini tamamlayan hasta brakiterapi için için barsak hazırlığı yapılmış şekilde çağrıldı. Jinekolojik muayenede, cuff temiz ve düzgün, vajen 11 cm uzunluğunda ve genişlik olarak 2 parmak ile rahatça muayene edilebilecek durumda idi. Bu bulgular ile hastaya 3,5 cm genişliğinde 4 segmentli "S" silindirimizi yerleştirmek için uygun bulduk. Cuff apeks 1/3 kısmına brakiterapi ile boost yapmak için 0,5 cm derinlikte 4 cm lik bölgede yükleme yapmayı planladık. Tedavi aletimiz Gamamed Plus IX idi. Mesane 150 cc SF ile dolduruldu. Riskli organlar olarak, mesane, rektum ve sigmoid konturlandı. Aplikatör tanımlandı. Aplikatör yüzeyine 0.5 cm marjin verildi. İçinden aplikatör substrakte edilerek ilk 4 cm'lik segment CTV olarak tanımlandı (Şekil 1).

Hedefimiz bu CTV ye kalıntı hastalık olmaması, cerrahi sınır da pozitif olmaması nedeni ile 60 Gy civarında bir doz vermek olduğu için 3x5 Gy brakiterapi planlandı. Bu dozun 45 Gy eksternal sonrası EqD2'si ($\alpha/\beta=10$) 63 Gy e denk gelmektedir. Riskli organlar ve hedef volümümüz göz önüne alınarak dwell zamanları ile volümümüzü saran izodoz oluşturulduktan sonra



doz-volüm histogramları kontrol edildi (Şekil 2).

Hedef Volüm Stump CTV mizde EQD2 ($\alpha/\beta=10$) D90 65,2 Gy ve D100 yani hedefin tamamının aldığı minimum doz 61,5 Gy idi.

Riskli organlar için ise rektum ve sigmoid ve mesane için ICRU önerileri sınırları altında kaldığı teyit edildi. Sırasıyla EQ D2 (2 cc) ($\alpha/\beta=3$), 64,7 Gy, 59,7 Gy ve 56,7 Gy.

Radyasyon Onkologu ve fizik ekibi beraber tüm plan raporunu inceledikten ve aplikatörün pozisyonunu bir kere daha kontrol ettikten sonra tedavi uygulandı. Önerilerle bir sonraki randevusu verildi.