



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu “Vulva Kanseri”

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarım,

Başta Jinekolojik Onkoloji Uzmanları olmak üzere, tüm Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları için “Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu” hazırlıkları Türk Jinekolojik Onkoloji Derneğinin 18 Kasım 2017 tarihinde İstanbul’da geniş bir katılımı ile gerçekleştirilen toplantısında başlatılmış ve bu süreç içerisinde geliştirilerek tamamlanmıştır. Bu kılavuz over kanseri, endometriyum kanseri, serviks kanseri, vulva kanseri ve gestasyonel trofoblastik neoplazilerin yönetimini bir bütün olarak ele almayı amaçlamıştır. Jinekolojik Kanserler Yönetim Kılavuzu oluşturulurken temelde güncel uluslararası European Society of Gynaecologic Oncology (ESGO) ve National Comprehensive Cancer Network (NCCN) kılavuzları esas alınmıştır. Bununla beraber bu süreçte pek çok farklı kaynak da incelenmiştir. Bu kılavuzun hazırlanmasında katkıları olan genç arkadaşlarıma ve Prof. Dr. Sinan Özalp’a teşekkürü borç bilirim.

Türk Jinekolojik Onkoloji Camiası’na faydalı olması dileğiyle.

Yönetim Kurulu adına

Prof. Dr. Macit Arvas

Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği Başkanı

Dip Not: Bilindiği gibi kanser tedavisi ve yönetimi kişisel olarak değerlendirilmeli ve uygulanmalıdır. Bu kılavuz pratikte Jinekolojik Onkoloji ile ilgilenen arkadaşlarımız için kanıta dayalı veriler çerçevesinde, tavsiye niteliğinde hazırlanmıştır. Meslektaşlarımızın hasta bazında yaptığı klinik değerlendirme sonucu vermiş olduğu kararlar, işbu kılavuzda yer alan önerilere uyulmadığı gerekçesi ile herhangi bir yaptırıma tabi tutulamaz. Aynı şekilde derneğimiz ve Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu’ nun yazarları ve danışmanları işbu kılavuzda yer alan öneriler sonucunda meydana gelebilecek durumlardan hiçbir şekil ve şartta sorumlu tutulamaz.



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu “Vulva Kanseri”

VULVA KANSERİ

Dr. Kemal Güngördük; Dr. Tolga Tuyan İlhan

Giriş

Vulva kanseri tüm genital kanserlerin %4-5'ini, kadınlarda görülen kanserlerin %1'ini oluşturur. Birleşik Devletler'de endometrium, over ve serviks kanserinden sonra dördüncü sıklıkta görülen genital kanserdir

(1). Ancak son yıllarda gerek yaşam süresinin uzaması gerekse HPV enfeksiyonları insidansının artması nedeniyle vulva kanseri görülme sıklığında artış meydana gelmiştir. Genellikle postmenopozal yaşlı kadınlarda (65-75 yaş) görülmekle birlikte, genç yaşta tanı alan olgu sayısında giderek artığı gözlenmiştir (1).

Etyoloji

Vulva kanseri için spesifik bir etyolojik ajan saptanmamıştır. Sıklıkla obez, hipertansif, diyabetik ve nullipar hastalarda sık görülmüş olmasına ramen olgu-kontrol çalışmalarında bunların hiçbirisi risk faktörü olarak belirlenmemiştir (1). Diğer risk faktörleri, sigara kullanımı, liken skleroz, immünsüpresyon dur.

Servikal, vaginal ve vulvar preinvaziv ve invaziv lezyonlarının birlikte görülme sıklığı arasında dikkat çekici bir artış vardır (1,2). Serviks, vagina ve vulva embriyolojik olarak ortak kökene sahip olduğu için aynı onkojenik ajana birden fazla yanıt olduğu düşünülmektedir (multisentrik neoplazi). Buradan yola çıkarak serviks kanseri etyolojisinde rol oynayan faktörlerin vulva kanseri için de risk faktörü oluşturabileceği ileri sürülmektedir. Vulva kanseri olgularının yaklaşık %40'ında human papillomavirus (HPV) tip 16 pozitifliği mevcuttur.

Epidemiyoloji

Vulva kanserinin ortalama görülme yaşı 70'tir. Olguların %15'i 40 yaşın altında, yaklaşık %50'si 70 yaş üzerindedir. Hastalığın sosyoekonomik düzeyi düşük yaşlı hastalarda görüldüğü epidemiyolojik çalışmalarda gösterilmiştir (1). Vulva kanseri temel olarak lenfatik yol ile yayılır hematojen yayılım ise daha az izlenir ve sıklıkla izole organ metastazlarında ileri evrede ve sarkomlarda görülür. Direkt yayılım ise anüs, vajina ve üretraya görülebilir. Lenfatik yayılım evrelemede önemli yer tutar ve prognozu belirleyen faktörlerin başında gelir (1-3).



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu “Vulva Kanseri”

Patoloji ve Lokalizasyon

Gros olarak bakıldığında kabarık, ülserle lezyonlar şeklindedir. Yaşlılarda genellikle unifokal, gençlerde multifokal ve ya multisentriktir. Lezyonlar %70 oranında labiumlarda (%40 labium majus, %20 labium minus, %10 klitoris) görülür. Perine ve diğer bölgeler seyrek tutulur ve nadiren lezyonlar yan yana (kissing lezyon) bulunur (1,2). Vulva kanserleri içinde en sık görüleni yassı epitel hücreli kanserdir (%90'dan fazla) ve bu yazıda temel olarak yassı hücreli kanserden bahsedilecektir. Onu sırasıyla melanom, adenokanser, bazal hücreli kanser ve sarkom izler (1-2).

Evreleme

Vulva kanseri cerrahi olarak evrelendirilir. Evreleme, 2009 yılında FIGO tarafından yeniden düzenlenmiştir (Tablo 1) (3) .

Tablo 1. Vulva kanseri evrelemesi (AJCC 2010, FIGO 2009)



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu

“Vulva Kanseri”

IA	Tümör vulva ya da perinede sınırlı, en büyük çapı ≤ 2 cm ve stromal invazyon
	≤ 1 mm, lenf nodu negatif
IB	Tümör vulva ya da perinede sınırlı, en büyük çapı > 2 cm veya stromal
	invazyon > 1 mm, lenf nodu negatif
II	Tümör herhangi bir büyüklükte ve komşu perineal yapılara uzanım
	göstermekte (1/3 alt üretra, 1/3 alt vajen, anüs), lenf nodu negatif
IIIA	Tümör herhangi bir büyüklükte ve pozitif inguino-femoral lenf nodları
	(i) 5mm'e eşit ya da büyük 1 lenf nodu metastazı
	(ii) 5mm'den küçük 1-2 lenf nodu metastazı
IIIB	(i) 5mm'e eşit ya da büyük 2 ya da daha fazla lenf nodu metastazı
	(ii) 5mm'den küçük 3 ya da daha fazla lenf nodu metastazı
IIIC	Ekstrakapsüler yayılımı olan pozitif lenf nodu/nodları
IVA	(i) Tümör diğer bölgesel yapılara uzanım göstermekte (2/3 üst üretra, 2/3 üst vajen), mesane mukozası, rektal mukoza, ya da kemiğe fikse
	(ii) fikse ya da ülsere inguino-femoral lenf nodları
IVB	Pelvik lenf nodları da dahil herhangi bir uzak metastaz



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu

“Vulva Kanseri”

Prognostik Faktörler (1-2)

- **Evre**
 - o Vulva kanserinde uygun tedavi sonrası ortalama 5 yıllık sakalım % 70 civarındadır. Evre arttıkça sakalım oranı düşmektedir.
- **Lenf nodu tutulumu**
 - o Tek başına en önemli prognostik faktördür.
 - o Lenf nodlarının durumu mutlaka cerrahi-patolojik olarak bilinmelidir.
 - o Lenf nodu tutulumu olmayan olgularda 5 yıllık sakalım %90 iken, lenf nodu tutulumu varlığında bu oran % 50'ye inmektedir.
 - o Lenf nodu tutulumunun bilateral olması, tutulan lenf nodu sayısı, metastatik tümörün büyüklüğü, metastatik hastalığın derecesi prognozla yakın ilişki gösterir.
- **İnvazyon derinliği**
 - o Vulva kanserinde lenf nodu pozitifliği ile tümörün invazyon derinliği arasında pozitif korelasyon vardır.
 - o İnvazyon derinliği 1 mm'den az ise lenf nodu tutulumu %3.1 oranındadır. Bu oranlar 2, 3, 4, 5 mm için sırasıyla %8.9, %18.6, %30.9, %33.3 olarak bulunmuştur.
- **Tümör çapı**
 - o Benzer şekilde tümör çapı ile inguinal lenf nodu tutulumu arasında pozitif korelasyon vardır.
 - o Tümör çapı 1 cm'den küçük olduğunda lenf nodu tutulumu %18, 1.1-2 cm için %19.4, 2.1-3 cm için %31.4, 3.1-4 cm için %54.3, 4.1-5 cm için %39.6, 5 cm'den büyük olduğunda %51.8 ve toplamda %34.2 oranında bulunmuştur.



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu

“Vulva Kanseri”

Tanı ve Yaklaşım

Vulvada görülen her şüpheli lezyondan biyopsi alınarak tanı kesinleştirilmelidir. Biyopsi en az 4 mm kalınlıkta olmalıdır. Biyopsi sonucu vulva kanseri olan olgularda yapılacak tedavi öncesi izlenmesi gereken yol tablo 2’de özetlenmiştir. Biyopsi materyalinde mutlaka hücre tipi ve invazyon derinliği bildirilmelidir. Mesane ve/veya anüs yayılımı olan olgularda sistoskopi ve/veya rektoskopi yapılmalıdır.

Vulva kanserinde güncel tedavi ilkeleri hastanın yaşına, performansına, hastalığın evresine, tümörün yaygınlığına, lenf nodu durumuna, lezyonun lokalizasyonuna göre belirlenir. Lateral lezyon orta hattın (klitoris, intraoitus ve perineden düz bir çizgi çekilince) 2 cm sağında veya solunda bulunan lezyonlara denir.



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu “Vulva Kanseri”

Vulva kanserinin primer tedavisi cerrahidir ancak geniş cerrahi yanı sıra yüksek morbidite, mortalite ve kötü kozmetik sonuçlar getirmektedir. Bu nedenle vulva kanserinin cerrahisinde geçtiğimiz yıllara göre radikal cerrahiden uzaklaşmış ve tümör yaygınlığına göre koruyucu cerrahiye yönelinmiştir.

Tablo 2. Vulva kanseri tanısı alan olguya ilk yaklaşım algoritması

1. Vulvada bulunan lezyonun muayenesi -Lezyon boyutu
-Lezyonun orta hat (klitoris) olan uzaklığının belirlenmesi
-Lezyonun üretra, anus ve vajinaya olan uzaklığının dökümente edilmesi
2. Lenf nodlarının palpe edilmesi
-Klinik muayene ile pozitif inguinal lenf nodların belirlenmesindeki yalancı pozitiflik oranı %15-24'dür.
- Preoperatif klinik olarak evreleme yapılan olguların %25'inde cerrahi sonucunda evre değiştiği gösterilmiştir. -Klinik muayenenin lenf nodu pozitifliğindeki sensitivitesi % 35, spesifitesi ise %94.3'dür.
2. Serviks, vajen ve anüsün değerlendirilmesi
-Servikal smear ve HPV testi yapılmalıdır.
4. Hemogram, böbrek fonksiyon testler, karaciğer fonksiyon testleri
5. Görüntüleme yöntemleri
İki yönlü akciğer grafisi
Şüpheli lezyon varlığında kontrastsız akciğer BT
Pelvik Kontrastlı MRI veya PET-CT
Evre II – III – IV hastalık kuşkusunu
Bulkly lenf nodu varlığı
Tümör çapı ≥ 4 cm

Görüntüleme Yöntemlerinin Lenf Nodu Belirlemedi Rolü

Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) yönteminin kasık lenf nodlarını belirlemedeki sensitivitesi yaklaşık olarak % 85, spesifitesi ise % 87'dir. PET-CT'nin ise sensitivitesi %71, spesifitesi ise %72'dir. İnguinal lenf nodlarını belirlemek için bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmesinin klinik önemi yoktur (1).



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu “Vulva Kanseri”

Ultrasonografinin kasık lenf nodlarını belirlemede rolü sınırlıdır

(sensitivite %45-100, spesifite %58-96).

Cerrahi Teknik Seçimi Ne Olmalıdır ?

Radikal vulvektomi – Radikal veya geniş lokal eksizyon

Yapılan çalışmalar ve meta-analizler, radikal vulvektomi ile radikal veya geniş lokal eksizyon yapılan olgularda toplam yaşam süresi, hastalısız yaşam süresi, lokal veya uzak metastaz oranları açısından anlamlı bir fark göstermemiştir. Radikal vulvektomi yani klasik kelebek ve uzun boynuz şeklinde yapılan girişimin %2 mortalite ve erken dönemde %50'ye varan oranda yara komplikasyonları, geç dönemde %30-70 ekstremitelerde lenf ödem, lenfokist oluşumu, %15-20 sistosel, rektosel, üriner inkontinans,



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu

“Vulva Kanseri”

%75 seksüel disfonksiyon gelişmesi gibi önemli morbidite sonuçları vardır. Ayrıca hastaların hastanede kalış süreleri oldukça fazladır (1-3). Konservatif cerrahi yani radikal veya lokal geniş eksizyon yapılan olgularda komplikasyon oranları neredeyse % 50 oranında daha az olduğu gösterilmiştir.

Modifiye radikal vulvektomi (kasık diseksiyonu ve tümörün negatif cerrahi sınır sağlanarak çıkartılması) işlemi sırasında tıpkı lokal geniş eksizyonda olduğu gibi pubis periostuimu ve derin ürogenital fasya veya perineal membran görülene kadar diseksiyon devam etmelidir. Tablo 3'de erken evre olgulara yaklaşım diagramı belirtilmiştir.

Inguinofemoral Lenfadenektomi Gerekliliği

Vulva kanserli olguların %30'unda inguinofemoral lenf nodları pozitifdir. Lenfadenektomi sadece tümöral invazyon derinliğinin 1 mm'den küçük olduğu durumda yapılmaz. Disekte edilmemiş kasık nodlarında gelişen rekürrens mortalitesi çok yüksektir. Dolayısıyla 1 mm den fazla stromal invazyonu olan veya 2 cm' den büyük lezyonu olan tüm hastalara inguinofemoral lenfadenektomi yapılmalıdır.

Inguinofemoral lenfadenektomi yapılırken sadece yüzeysel lenfleri çıkartmak yerine total (yüzeysel ve derin) lenfadenektomi yapılmalıdır. Orta hat yapılarına 2 cm den uzak olan erken evre tümörlerde (Evre 1a ve 1b, tümör çapı < 4 cm) ipsilateral inguinofemoral lenfadenektomi yapılabilir. Bu olgularda ipsilateral lenf nodu tutulumu yoksa kontralateral lenf nodu tutulum riski %0.9'dur.

Lenfadenektomi yapılırken safen venin korunması postoperatif komplikasyon oranlarını (sellülit, lenfödem, yara açılması) belirgin derecede azaltır. Safen venin korunması rekürrens oranlarını değiştirmez. Komplet inguinofemoral lenfadenektomi sonrası kasık nüks riski %1, sadece yüzeysel inguinofemoral lenfadenektomi yapılanlarda %5-7, sentinel lenf nodu yapılan olgularda ise

% 3'dür. Yeterli kasık diseksiyonu yapılmış demek için en az 9-12 lenf nodu olmalıdır (4).

Pozitif ingüinal lenf nodu olan olguların yaklaşık %15-20'sinde pelvik lenf nodlarında tutulum görülür. Pelvik lenf bezlerinin tutulum oranı % 10'dan azdır. Bu nedenler rutin pelvik lenfadenektomi önerilmez. İki santimden büyük pelvik lenf nodları tedavi öncesi eksize edilmelidir



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu “Vulva Kanseri”

Cerrahi Sınır

Negatif cerrahi sınırın 0.8 cm den fazla olması gereklidir. Bu aralığı sağlamak için taze cerrahi preparatlarda hastaliksız sınırın en az 1 cm olması sağlanmalıdır. İntraoperatif frozan inceleme negatif tümör sınırını belirlemede kullanılabilir (4). Tablo 4’de cerrahi sınır yaklaşım algoritması özetlemiştir.

Sentinel Lenf Nodu (SLN)

Sentinel lenf nodu malign lezyonlardan gelen ilk akımı toplayan lenf nodu olarak tanımlanır. Eğer sentinel nodda hastalık yok ise geri kalan lenf bezlerinde hastalık olmayacağı varsayılır. Komplet inguinofemoral lenfadenektominin yarattığı komplikasyonlardan dolayı (% 30-70 lenfödem, %20-40 yara yeri açılması), erken evre vulva kanseri olgularında sentinel lenf nodu uygulamaları gündeme gelmiştir. GROINSS-V çalışması sonucunda median 35 ay takibi yapılan sentinel lenf nodu uygulanan olguların % 2.3’de kasık rekürrensi geliştiği görülmüştür. SLN uygulamasının yalancı negatiflik oranı % 5.9, yalancı negatif prediktif değeri ise %2.9 olarak bulunmuştur (5,6). Olguların uzun dönem takiplerinde komplet lenfadenektomi olgularına göre toplam yaşam süresi aynı iken, postoperatif ve uzun dönem komplikasyonlarda ortalama 2/3 oranında bir azalma izlenmiştir.

-SLN Uygulaması Seçim Kriterleri

- Tümör boyutu 4 cm’den küçük olması
- Sükuamöz hücreli karsinom olmalıdır.
- İnvazyon derinliği 1 mm’den fazla olması
- Fikse, ülsere lenf nodu bulunmaması
- Unifokal lezyon olmalı
- Görüntüleme yöntemlerinde bulky lenf nodunun bulunmaması

(1,5 veya 2 cm)

SLN belirlemek için, teknesyum Tc99 m tek başına kullanımında lenf nodu belirleme oranı %94’dür. Tek başına metilen mavisi kullanıldığında oran

% 68.7 iken, her iki yöntemin kombine kullanımında bu oran %97.7’dir. SLN tekniğinden önce lenfosintigrafi kullanılması tartışmalıdır. ESGO klavuzuna göre sentinel lenf nodlarının preoperatif lokalizasyonunu ve sayısını belirlemede kullanılabileceği bildirilmiştir (1). Van der Zee ve Oonk yayımladıkları sistematik derleme ise rutin kullanımının gereksiz olduğu sadece orta hatta yakın tümör varlığında kullanılabileceği bildirilmiştir (7).



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu

“Vulva Kanseri”

SLN yapılacak olgularda sentinel lenf nodunu incelemek için ultra-evreleme (seri kesitlerin 200 µm kalınlığında olmalı, hemotoksilen eozin ile boyanmalıdır. Hemotoksilen eozin negatif olgularda immün boyama yapılmalıdır) yapılmalıdır.

SLN saptanamadığı durumlarda, komplet inguinofemoral lenfadenektomi yapılmalıdır. Orta hat tümörlerinde bilateral SLN saptanmalıdır. Tek taraflı SLN saptanamaması durumunda belirlenemeyen bölgeye komplet lenfadenektomi uygulanmalıdır.

SLN pozitif olgularda (lenf boyutuna bakılmaksızın) komplet lenfadenektomi yapılmalıdır. SLN'da mikrometastaz saptanan (2 mm <) olgularda non sentinel lenf nodu pozitiflik oranı %7'dir. Konu ile ilgili yaklaşım algoritması GROINSS-V II çalışmasının sonuçlarına göre yeniden düzenlenecektir. Tablo 5ve 6'da nodal değerlendirme algoritması gösterilmiştir.

Neoadjuvant Tedavinin Yeri

İleri evre vulva kanserli olgularda (Evre III ve IV) primer olarak cerrahi tedavi düşünülen olgularda cerrahi tedavi öncesi neoadjuvant radyokemoterapi verilmesi tümör boyutunu azaltarak geniş rezeksiyonu (olası pelvik ekzantarasyon operasyonunu) engelleyebilir. İleri evre olgulara yaklaşım algoritması tablo 8'de özetlenmiştir. Bu olgularda eğer primer cerrahi sırasında barsak veya üriner stroma gereksinimi varsa, öncelikli olarak neoadjuvant tedavi önerilmelidir. Kemoterapatik ajan olarak 5-fluoroürasil ve sisplatin tercih edilir. Üretra distal 1 cm üriner inkontinansa neden olmadan eksize edilebilir.

Radyoterapi

Radyoterapinin vulva kanserinde kullanımı ileri evre vulva kanserlerinde morbidite ve mortalitesi çok yüksek olan pelvik egzenterasyona alternatif olarak sunulmuştur. Daha sonra yapılan çalışmalarda radyo terapiyle birlikte verilen kemoterapinin faydaları gösterilmiştir.



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu

“Vulva Kanseri”

Radyoterapinin rolü cerrahi öncesi ileri evre hastalarda ve cerrahi sonrası pozitif pelvik ve kasık lenf nodları olan hastalarda önemlidir. Aynı zamanda cerrahi sınırı pozitifliğinde (cerrahi sınır için net bir konsensüs yoktur fakat 5 mm eşik değer olarak kabul edilebilir) olan hastalarda lokal rekürrensi önlemek için verilebilir ancak bu hastalarda radyoterapinin komplikasyonları da göz önüne alındığında (cilt-cilaltı ödemi, fibrozis, nekroz, intraoitusta daralma) tekrar geniş lokal eksizyonda iyi bir seçenektir. Radyoterapiye cerrahi tedaviden sonra 6 hafta içinde başlanmalıdır. Önerilen ortalama doz 50-60Gy'dir. İleri evre olgularda 70 Gy'e kadar doz artırılabilir. Radyoterapi sahası inguinal ve femoral bölgeyi ayrıca kommon iliak arter bifurkasyonunu kapsamalıdır.

Bazı ötürler bilateral kasık lenf nodu diseksiyonu yerine morbiditesi daha düşük görünen radyoterapiyi önermişlerdir ancak 2002'deki Cochrane derlemesinde açıkça görülmüştürki rekürrens riski lenfadenektomi yapılmayan grupta daha fazladır.

Lenf nodu pozitifliğinde radyoterapinin yeri

1. Mikrometastazı olan hastalar(metastatik dokunun çapı≤5 mm) takip edilmelidir.
2. Üç veya daha fazla mikrometastazı olan, 1 makrometastazı olan (>10 mm) veya ekstrakapsüler yayılımı olan tüm hastalar bilateral kasık ve pelvik radyoterapi almalıdır.
3. İki mikrometastazı olan hastalarda data yetersizdir ancak bu hastalarda genellikle takip önerilir ancak kontralateral lenf nodu diseksiyonu yapılmamış ise 6-12 aylık aralıklarla USG ile takip dilmelidir.

Adjuvant tedavi yanıtı değerlendirme algoritması tablo 9'da gösterilmiştir.

Rekürren Vulva Kanseri

Vulva kanserinde rekürrens çoğunlukla vulvada izlenir ancak uzak metastazlarda görülebilir (%12-37). Rekürrens genellikle tedavi sonrası ilk 2 yıl içerisinde gerçekleşir (%40-80). Lokal rekürrensin en önemli göstergesi cerrahi sınırdır ve makroskopik olarak en az 1 cm olmalıdır(fiksasyon sonrası 8 mm). Küratif amaçlı cerrahi izole vulvar rekürrensler için uygundur. Kasık bölgesine radyoterapi bu bölgedeki rekürrensler için cerrahi öncesi seçenek olabilir. Ayrıca uzak metastazlarda skuamöz hücreli kanserlere etki ettiğini bildiğimiz cisplatin, methotrexat, siklofosfamid, bleomisin ve mitomisin C gibi kemoteröpatikler kullanılabilir. Rekürren vulva kanserli olgulara yaklaşım tablo 10-11'de özetlenmiştir.



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu “Vulva Kanseri”

Kaynaklar

1. The National Comprehensive Cancer Network 2017. Vulvar Cancer Guideline. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/vulvar.pdf
2. European Society of Gynecology Oncology Vulvar Cancer Guideline 2016. <https://www.esgo.org/wp-content/uploads/2016/10/ESGO-Vulvar-cancer-Brochure.pdf>
3. Allbritton JI. Vulvar Neoplasms, Benign and Malignant. *ObstetGynecolClin North Am.* 2017 Sep;44(3):339-352.
4. Sznurkowski JJ. Vulvar cancer: initial management and systematic review of literature on currently applied treatment approaches. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2016 Jul;25(4):638-46.
5. Oonk MH, van Hemel BM, Hollema H, de Hullu JA, Ansink AC, Vergote I, Verheijen RH, Maggioni A, Gaarenstroom KN, Baldwin PJ, van Dorst EB, van der Velden J, Hermans RH, van der Putten HW, Drouin P, Runnebaum IB, Sluiter WJ, van der Zee AG. Size of sentinel-node metastasis and chances of non-sentinel-node involvement and survival in early stage vulvar cancer: results from GROINSS-V, a multicentre observational study. *Lancet Oncol.* 2010 Jul;11(7):646-52. doi: 10.1016/S1470-2045(10)70104-2
6. Te Grootenhuis NC, van der Zee AG, van Doorn HC, van der Velden J, Vergote I, Zanagnolo V, Baldwin PJ, Gaarenstroom KN, van Dorst EB, Trum JW, Slangen BF, Runnebaum IB, Tamussino K, Hermans RH, Provencher DM, de Bock GH, de Hullu JA, Oonk MH. Sentinel nodes in vulvar cancer: Long-term follow-up of the GROningen International Study on Sentinel nodes in Vulvar cancer (GROINSS-V). *Gynecol Oncol.* 2016 Jan;140(1):8-14
7. Slomovitz BM, Coleman RL, Oonk MH, van der Zee A, Levenback C. Update on sentinel lymph node biopsy for early-stage vulvar cancer. *Gynecol Oncol.* 2015 Aug;138(2):472-7.



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu “Vulva Kanseri”

Şekil 1. Vulva Lezyonu Olan Olguya Yaklaşım

Şekil 2. Cerrahi Sınır Durumunu Değerlendirme

Şekil 3. Model Değerlendirme Algoritması

Şekil 4. Fikse veya Ülsere Kasık Lenf Nodu Olgularına Yaklaşım

Şekil 5. Lokal İleri Evre Olgulara Yaklaşım

Şekil 6. Evre III-IV Hastalığa Yaklaşım

Şekil 7. Adjuvant Tedavinin Değerlendirilmesi

Şekil 8. Vulva Kanseri Nüks Olgularına Yaklaşım

Yasal Uyarı:

Yukarıda yer alan bilgiler sadece bilgilendirme amaçlı olup teşhis ve tedavi amaçlı kullanılamaz.

Burada yer alan konularla ilgili daha geniş bilgi sahibi olmak için bir uzmana başvurulmalıdır.

Tanı ve tedavi mutlaka doktor tarafından yapılmalıdır.

Bu kılavuz pratikte Jinekolojik Onkolojiyle ilgilenen arkadaşlarımız için kanıta dayalı veriler çerçevesinde, tavsiye niteliğinde hazırlanmıştır. Bu bilgiler tıbbi uygulamalar için bir kılavuz niteliği taşımaz.

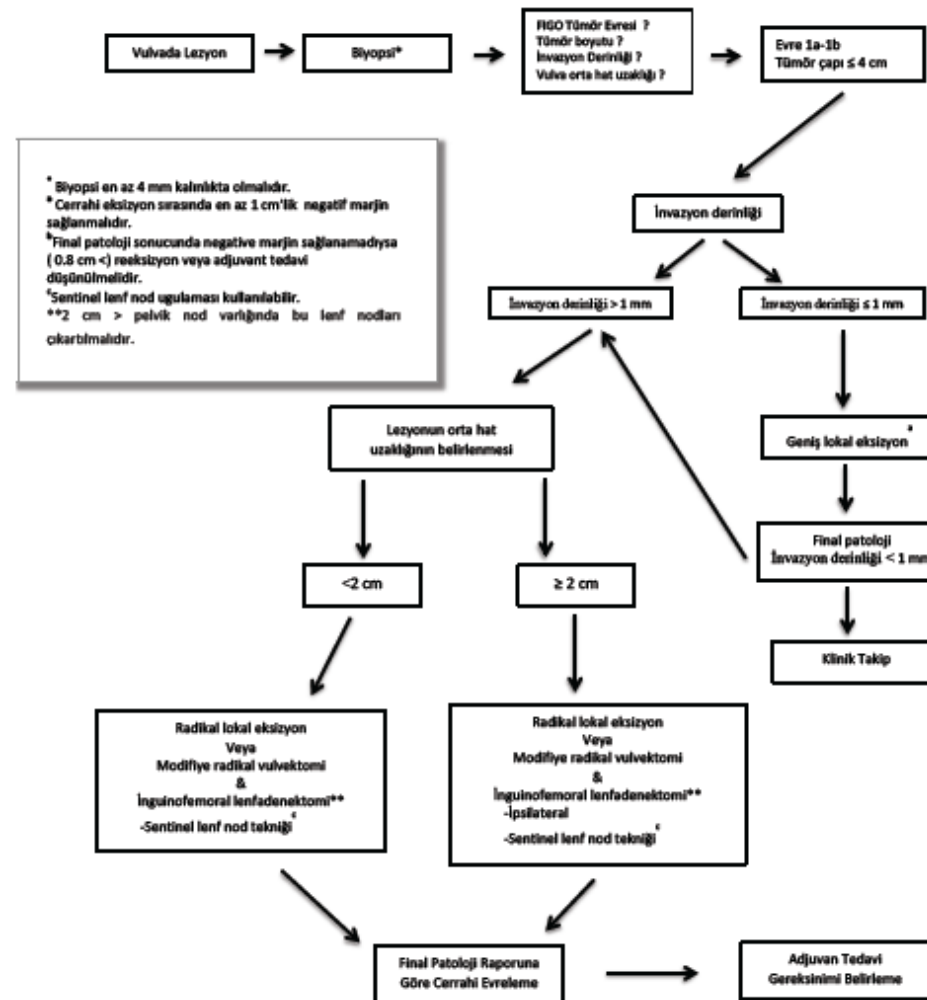
Aksine davranışlardan kullanıcı sorumludur.

Hiçbir karşılık beklenmeksizin toplum yararı gözetilerek hazırlanan bu bilgiler. Derneğimizin yazılı izni olmadan kullanılamaz, çoğaltılamaz ve yayımlanamaz.



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu “Vulva Kanseri”

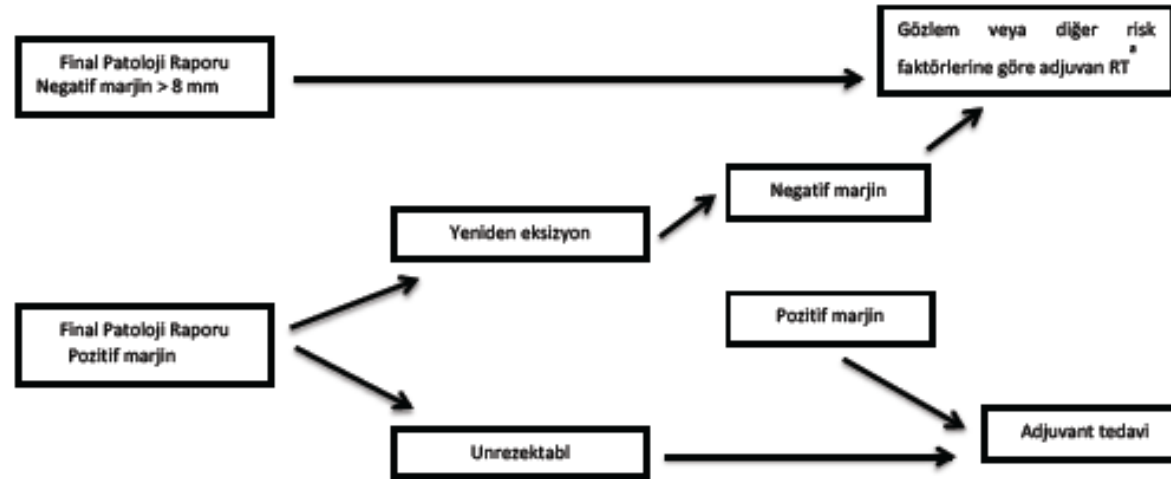
Şekil 1. Vulva Lezyonu Olan Olguya Yaklaşım





Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu “Vulva Kanseri”

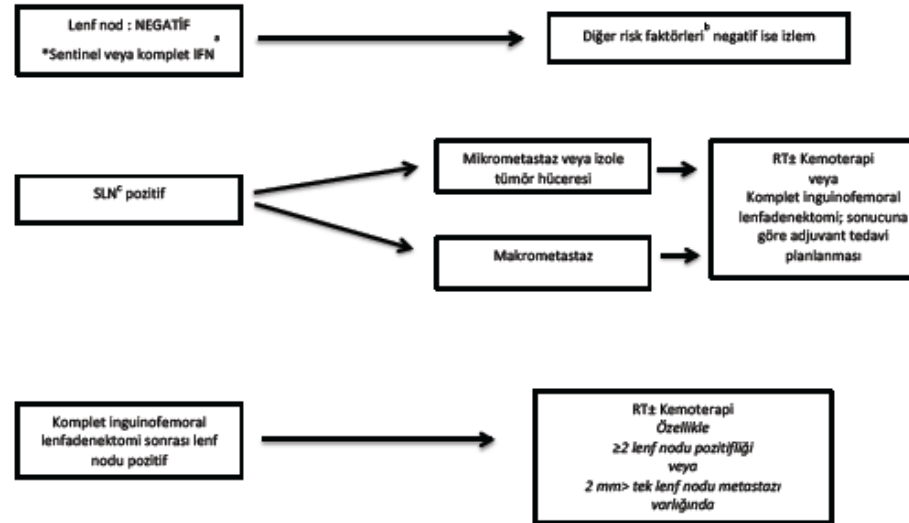
Şekil 2. Cerrahi Sınır Durumunu Değerlendirme





Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu “Vulva Kanseri”

Şekil 3. Model Değerlendirme Algoritması



^aInguinofemoral lenfadenektomi

^b Adjuvant Radyoterapi için Diğer Risk Faktörleri:

- ✓ Marjin sınırı < 8 mm
- ✓ Lenfovasküler alan invazyonu pozitif
- ✓ İnvazyon derinliği > 5 mm
- ✓ Tümör boyutu ≥ 4 cm

^cSentinel lenf nodu

*** 5 mm < ve ektrakapsüler yayılımı olmayan tek lenf nodu metastazı olan durumlarda postoperative RT diğer risk faktörlerinin yokluğunda verilmeyebilir.

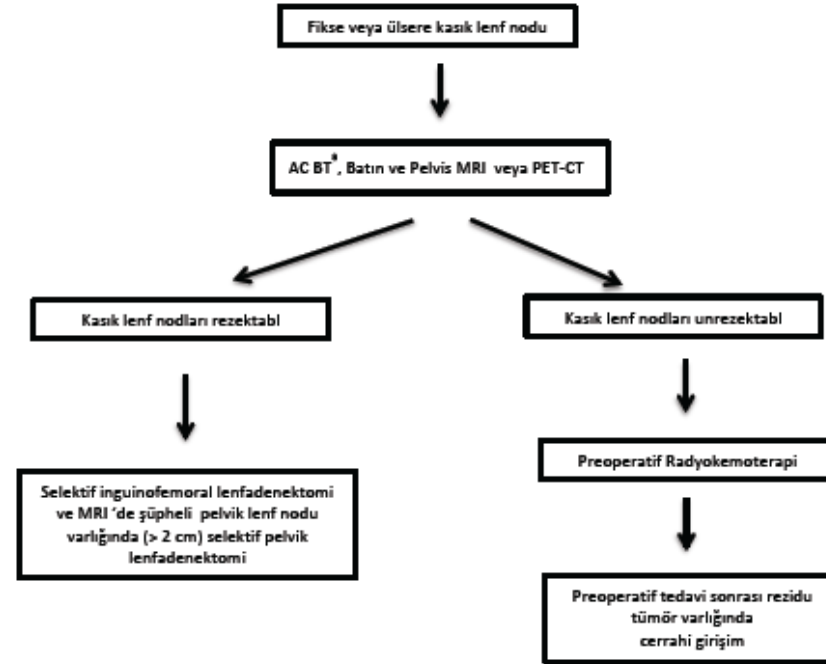
***2 cm > pelvik nod varlığında bu lenf nodları çıkartılmalıdır.

***Adjuvant RT postoperatif 6. haftada başlanmalıdır.



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu “Vulva Kanseri”

Şekil 4. Fikse veya Ülsere Kasık Lenf Nodu Olgularına Yaklaşım

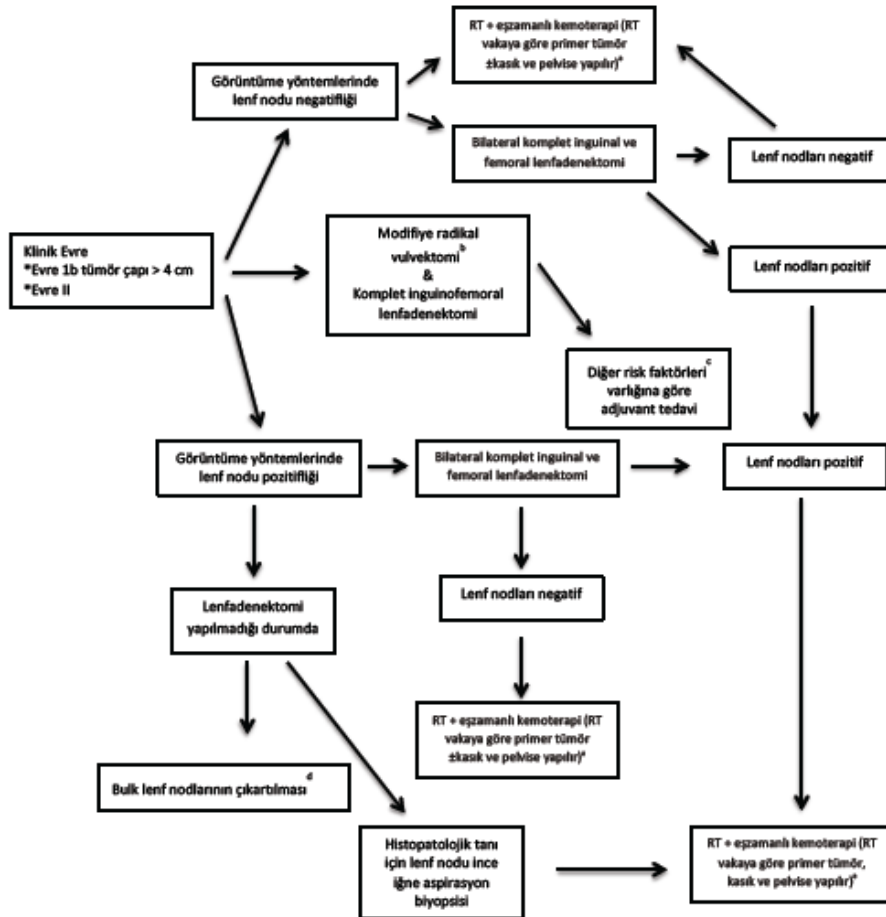


^aBilgisayarlı tomografi



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu “Vulva Kanseri”

Şekil 5. Lokal İleri Evre Olgulara Yaklaşım



^aKlinik olarak NO olarak değerlendirilen ve nod diseksiyonunu kabul etmeyen ya da büyük T2 veya T3 tümürlü hastalarda ya da medikal olarak cerrahiye uygun olmayan vakalarda

^bModifiye radikal vulvektomi:

- ✓ Rezeksiyonun derinliği urogenital diafragma kadar olmalıdır.
- ✓ Klitoris, anus ve üretra yakın yerleşimli tümörlerde daha dar tümör free margin bırakılarak (1 cm <) rezeksiyon yapılabilir. İşlemi sırasında distal üretra 1 cm çıkartılabilir.
- ✓ İlk cerrahi sırasında stroma gereksinimi olacak kadar büyük tümör varlığında neoadjuvant kemoradyoterapi sonrası olgu yeniden değerlendirilmelidir. Tedavi sonrası rezektabl rezidü hastalık olması durumunda cerrahi rezeksiyon düşülmelidir.

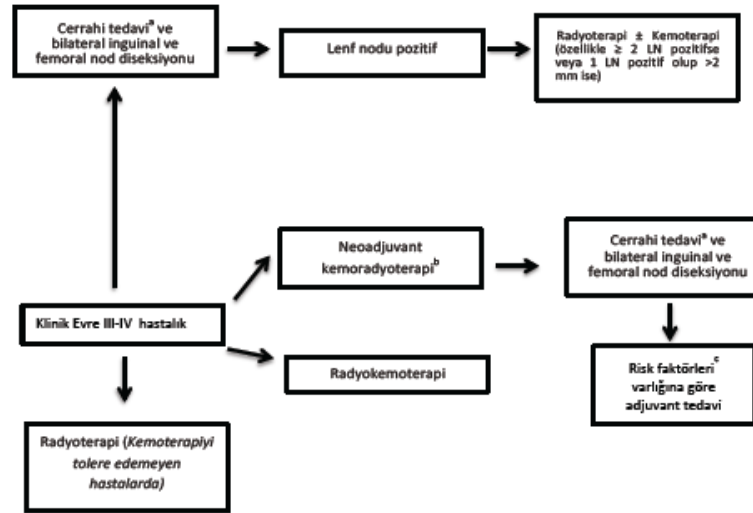
^cAdjuvant Radyoterapi için Diğer Risk Faktörleri:

- ✓ Marjin sınırı < 8 mm
- ✓ Lenfovasküler alan invazyonu pozitif
- ✓ İnvazyon derinliği > 5 mm
- ✓ Tümör boyutu ≥ 4 cm



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu “Vulva Kanseri”

Şekil 6. Evre III-IV Hastalığa Yaklaşım



*Cerrahi tedavi olarak tümörün yayılımına göre pelvik egzenterasyon, modifiye radikal vulvektomi veya radikal vulvektomi uygulanır. Yönetim bireyselleştirilmelidir. Multidisipliner bir yaklaşım gereklidir. Modifiye radikal vulvektomi yani klasik üçlü insizyon cerrahisinde skin bridge rekürrens oranı %1-6 oranındadır.

^b2011 yılında yapılan Cochrane metaanalizinde, Evre III olgularda neoadjuvant tedavi sonrası cerrahi ile primer cerrahi yapılan olgular arasında total yaşam süresi arasında fark olmadığı gösterilmiştir. Büyük lezyonlarda operabiliteyi artırabilmek için radyoterapi sonrası radikal cerrahi yapılabilir 5FU ile konkomitan olacak şekilde 55Gy rad- yoterapi önerilmektedir.

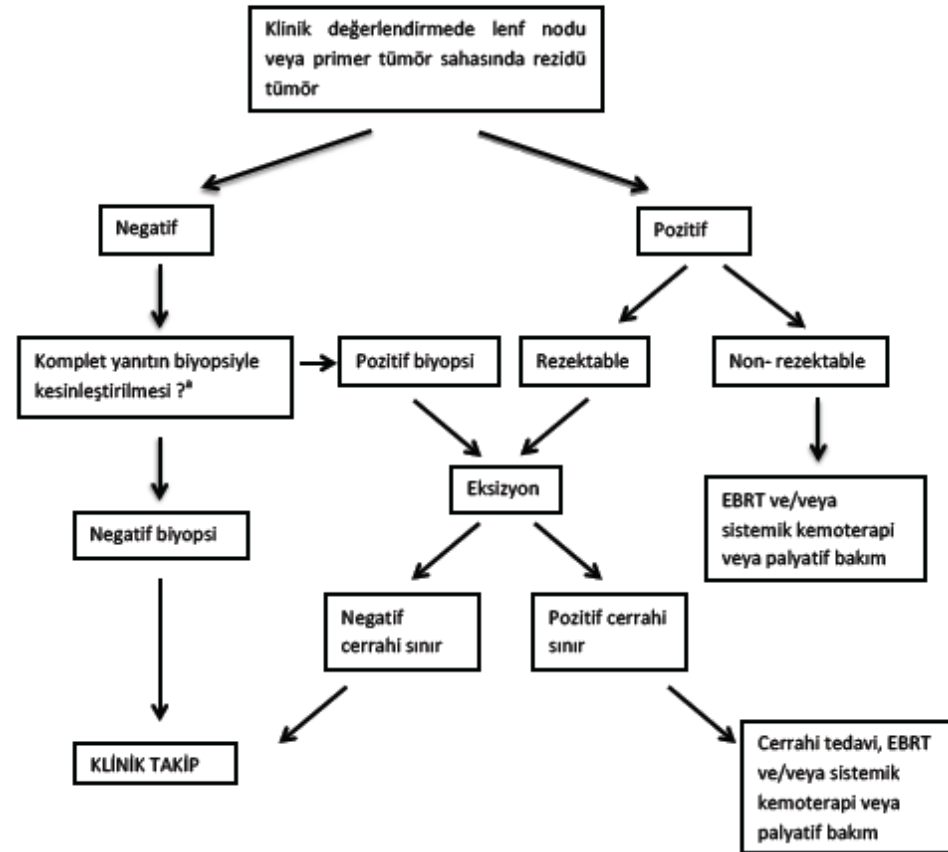
^cAdjuvant Radyoterapi için Diğer Risk Faktörleri:

- ✓ Marjin sınırı < 8 mm
- ✓ Lenfovasküler alan invazyonu pozitif
- ✓ İnvazyon derinliği > 5 mm
- ✓ Tümör boyutu ≥ 4 cm



Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu “Vulva Kanseri”

Şekil 7. Adjuvant Tedavinin Değerlendirilmesi

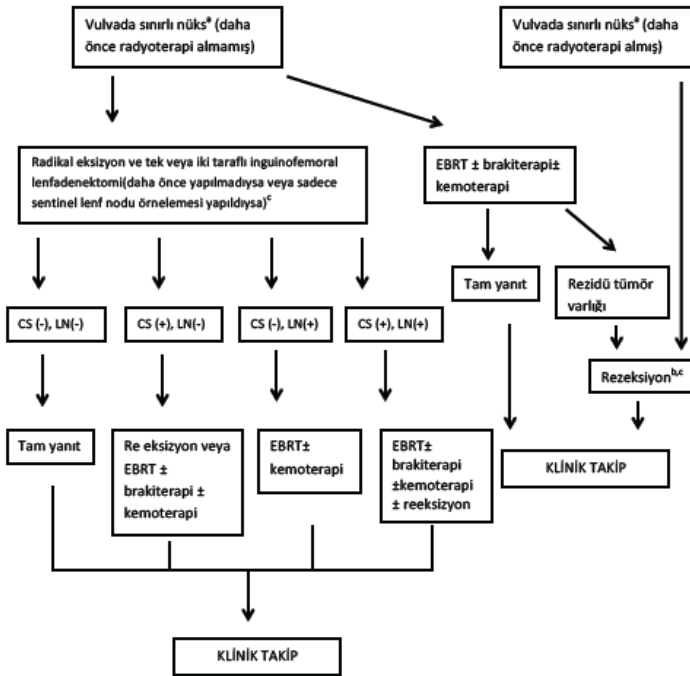


^a En erken operasyondan 3 ay sonra

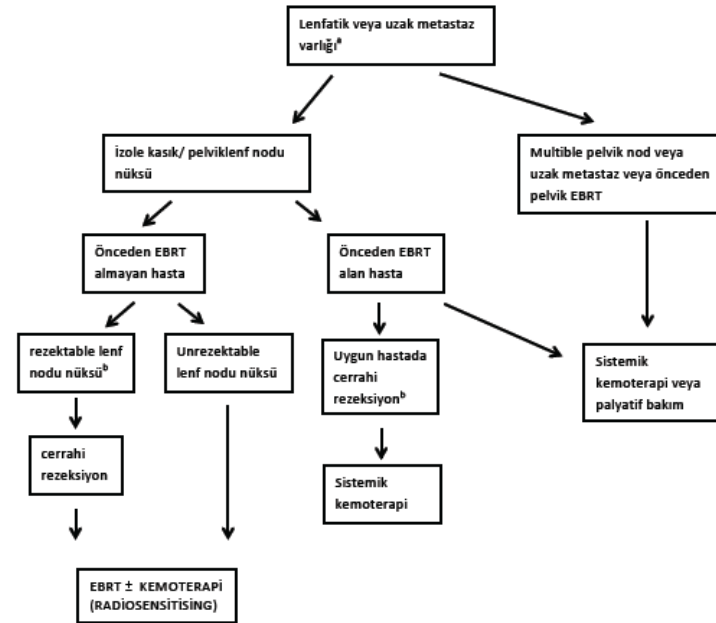


Jinekolojik Kanserlerin Yönetimi Kılavuzu “Vulva Kanseri”

Şekil 8. Vulva Kanseri Nüks Olgularına Yaklaşım



Devam



VULVA KANSERİ KLİNİK TAKİP

- ✓ İlk 2 yıl süresince 3-6 aylık aralarla kontrol
- ✓ 3-5 yıl arası 6-12 aylık aralarla kontrol sonrasında yıllık kontroller^a
- ✓ Rekürrens düşündürülen semptom ve bulguların olması durumunda görüntüleme yapılmalıdır^b
- ✓ Hastalar rekürrens düşündürecek semptomlar ve bulgular konusunda uyarılmalıdır (kızarıklık, kaşıntı, ülser, vb).
- ✓ Rutin kan testleri semptom ve bulguların varlığında kullanılır

Klinik şüphe durumunda görüntüleme ve şüpheli lezyonlardan alınan biyopsilerde uzak metastazın gösterilmesi

^a Lokal ileri evre ve/veya lenf nodu tutulumu olan hastalarda 2-3 yıl boyunca 6-12 aylık aralıklarda pelvik/abdominal/ torakal CT, kemoradyasyon bitiminden 10-12 hafta sonra komplet remisyonun gösterilmesi için CT veya PET-CT yapılmalıdır.

^b Palpable kitle, adenopati, abdominal ve pulmoner semptomlar ve nüks şüphesi varlığında tüm vücut PET/CT kullanılabilir. Pelvik MRI tedavi planlanmasında kullanılabilir.

- ✓ Yıllık servikovajinal smear asemptomatik vulva kanseri nüksü yakalamada sınırlı etkinliği olsada servikovajinal displazilerin tesbitinde için endikedir.