

Bölüm 16

VAJİNA KANSERİNİN CERRAHİ TEDAVİSİ

Pınar KADİROĞULLARI¹

GENEL BİLGİLER

Primer vajina kanseri tüm jinekolojik malignitelerin yalnızca %1 ila 2'sini oluşturan nadir bir kanser türüdür (Ulusal Kanser Enstütüsü, 2011). Amerika Birleşik Devletleri'nde vajinal kanser, yılda yaklaşık 4000 vaka ve 900'den fazla ölümle sonuçlanmaktadır (1). Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (FIGO) evreleme kriterlerine göre serviks veya vulva gibi komşu organları kapsayan bir vajina lezyonu, öncelikle servikal veya vulvar kabul edilir (2). Vajinal premalign ve malign lezyonlar genel popülasyonda nadir görülen durumlar olmasına karşın özellikle HPV ile olan ilişkilerinden dolayı önceden servikal premalign veya malign lezyonlar için tedavi edilmiş kadınlarda yaklaşık %8'e varan oranlarda görülebilmektedir (3). Vajinada bulunan tümör, primer kanserden çok metastatik bir hastalıktır. Sıklıkla serviks, endometrium ve kolon/rektumdan kaynaklanan kanserlerdir. Primer vajen kanserlerinin en sık görülen histolojik tipi skuamöz hücreli kanserdir, ardından adenokanser gelir (4).

Embriyolojik olarak, hem mülleryan kanallar hem de ürogenital sinüs vajinanın oluşumuna katkıda bulunur. Fetal gelişimin erken dönemlerinde mülleryan kanalların kaudal uçları, kolumnar epitelle örtülü uterovajinal kanalı oluşturmak üzere birleşirler. Ardından skuamöz hücreler, ürogenital sinüsten uterovajinal kanala göç eder ve bu, orjinal kolumnar epitelin yerini alır. Bu skuamöz hücreler tabakalaşır ve vajina olgunlaşmaya başlar.

Vajinal kanserin en sık yayılım biçimi, lokal büyüme ve lenfatik invazyondur. Vajinayı drene eden lenfatikler yaygın ve karmaşık anastomozlar yaparlar. Pelvik, inguinal ya da anorektal bölgedeki lenf nodları vajinanın herhangi bir kısmını drene ediyor olabilir (5). Vajinal lenfatik drenajın olduğu primer alanlar, eksternal, internal ve kommon iliak lenf nodlarıdır.

Vajina kanserinin hematojen yayılımı daha azdır. Venöz drenajı internal iliak vene dökülen uterin, pudental ve rektal venler aracılığıyla olur.

¹ Op. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, pinarsezer33@hotmail.com

Oldukça agresif olan bu tümörler sadece 8 olguda vajinada tanımlanmıştır (34, 35). Tanımlanan bu sekiz kadının dördünde önceden pelvik radyasyon hikayesi vardır.

Bu tümörün nadir rastlanması nedeniyle optimal tedavisi bilinmemektedir. Hastaların çoğu, yalnızca cerrahi rezeksiyon ile tedavi edilmekte, ya da primer radyoterapi ya da cerrahi ve adjuvan radyasyon tedavisi birlikte verilmektedir. Beş yıllık sağ kalım oranı, yalnızca %17 olarak bildirilmiştir (36).

MELANOM

Vajinanın primer malign melanomu oldukça nadirdir. Tüm vajina kanserlerinin %3 den daha azını oluşturur. Kadınlarda, melanomların %1,6' sını genitaldir. En sık tutulan yer vulva %70, vajina %21, serviks %9 dur (37). Vajinal melanomun tanı sırasında ortalama yaşı 66' dır (38).

En sık görülen semptomlar vajinal kanama, vajinal kitle ve akıntıdır (38). Bir çoğu distal vajinada lokalizedir. Tanısı oldukça geç koyulur ve bu durum tedavi sonuçlarının kötü olmasında etkilidir.

Clark evrelemesi tipik cilt işaretlerinin bulunmaması nedeniyle vajinal melanomda uygulanmaz. Evreleme Breslow veya Chung' un tanımladığı şekilde tümör kalınlığı temel alınarak yapılır. 5 yıllık sağ kalım oranı % 10 ile 20 arasındadır (39). 3 cm'in altında vajinal lezyonu olanlarda sağ kalım önemli ölçüde iyi olmasına karşın, sağ kalım FIGO evrelemesi ile tam olarak ön görülemez (38).

Vajinal melanomda etkin tedavi henüz tanımlanmamıştır. Radyoterapi ve kemoterapi, geniş lokal eksizyon ve radikal cerrahi kullanılan tedavi yöntemleridir. Cerrahi tedavinin sağ kalımda yararlı olduğu gösterilmiştir (40). Genellikle melanomlar radyoterapiye dirençli olsa da, bir seride radyasyon tedavisinin cerrahi olarak çıkarılamayan tümörlerin lokal kontrolünde yararlı olduğu bulunmuştur (37).

KAYNAKLAR

- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. CA Cancer J Clin 2015; 65:
Pecorelli S, Benedet JL, Creasman WT, et al. FIGO staging of gynecologic cancer. 1994-1997 FIGO Committee on Gynecologic Oncology. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Int J Gynaecol Obstet. 1999 Jan;64(1):5-10. 3.
Taşçı T, Tulunay G. .Current Approaches to Vaginal Premalignant and Malignant Lesions. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics 2015;8(1):62-7
Platz CE, Benda JA. Female genital tract cancer. Cancer. 1995 Jan 1;75(1 Suppl):270-94.
Zaino RJ, Nucci M, Kurman RJ. Diseases Of The Vagina. Blaustein's Pathology Of The Genital Tract, New York, Springer. 2011, p 137.

- Shah CA, Goff BA, Lowe K, et al. Factors affecting risk of mortality in women with vaginal cancer. *Obstet Gynecol* 2009; 113:1038.
- Daling JR, Madeleine MM, Schwartz SM et al. A population-based study of squamous cell vaginal cancer: HPV and cofactors. *Gynecol Oncol*. 2002 Feb;84(2):263-70.
- Dodge JA, Eltabbakh GH, Mount SL et al. Clinical features and risk of recurrence among patients with vaginal intraepithelial neoplasia. *Gynecol Oncol*. 2001 Nov;83(2):363-9.
- Lamoreaux WT, Grigsby PW, Dehdashti F et al. FDG-PET evaluation of vaginal carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2005 Jul 1;62(3):733-7.
- Chyle V, Zagars GK, Wheeler JA et al. Definitive radiotherapy for carcinoma of the vagina: outcome and prognostic factors. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1996 Jul 15;35(5):891-905.
- Hellman K1, Lundell M, Silfverswärd C et al. Clinical and histopathologic factors related to prognosis in primary squamous cell carcinoma of the vagina. *Int J Gynecol Cancer*. 2006 May-Jun;16(3):1201-11.
- Tran PT, Su Z, Lee P et al. Prognostic factors for outcomes and complications for primary squamous cell carcinoma of the vagina treated with radiation. *Gynecol Oncol*. 2007 Jun;105(3):641-9. Epub 2007 Mar 23.
- Frank SJ, Jhingran A, Levenback C et al. Definitive radiation therapy for squamous cell carcinoma of the vagina. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2005 May 1;62(1):138-47.
- Creasman WT, Phillips JL, Menck HR. The National Cancer Data Base report on cancer of the vagina. *Cancer*. 1998 Sep 1;83(5):1033-40.
- Stock RG, Chen AS, Seski J. A 30-year experience in the management of primary carcinoma of the vagina: analysis of prognostic factors and treatment modalities. *Gynecol Oncol*. 1995 Jan;56(1):45-52.
- Nori D, Hilaris BS, Stanimir G, et al. Radiation therapy of primary vaginal carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1983 Oct;9(10):1471-5.
- Prempree T, Amornmarn R. Radiation treatment of primary carcinoma of the vagina. Patterns of failures after definitive therapy. *Acta Radiol Oncol*. 1985 Jan-Feb;24(1):51-6.
- Reddy S, Saxena VS, Reddy S et al. Results of radiotherapeutic management of primary carcinoma of the vagina. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1991 Sep;21(4):1041-4.
- Davis KP, Stanhope CR, Garton GR et al. Invasive vaginal carcinoma: analysis of early-stage disease. *Gynecol Oncol*. 1991 Aug;42(2):131-6.
- Rubin SC, Young J, Mikuta JJ. Squamous carcinoma of the vagina: treatment, complications, and long-term follow-up. *Gynecol Oncol*. 1985 Mar;20(3):346-53.
- Isaacs JH. Verrucous carcinoma of the female genital tract. *Gynecol Oncol*. 1976 Sep;4(3):259-69.
- Crowther ME, Lowe DG, Shepherd JH. Verrucous carcinoma of the female genital tract: a review. *Obstet Gynecol Surv*. 1988 May;43(5):263-80.
- Saitoh M1, Hayasaka T, Ohmichi M et al. Primary mucinous adenocarcinoma of the vagina: possibility of differentiating from metastatic adenocarcinomas. *Pathol Int*. 2005 Jun;55(6):372-5.
- Melnick S, Cole P, Anderson D et al. Rates and risks of diethylstilbestrol-related clear-cell adenocarcinoma of the vagina and cervix. An update. *N Engl J Med*. 1987 Feb 26;316(9):514-6.
- Senekjian EK, Frey KW, Anderson D et al. Local therapy in stage I clear cell adenocarcinoma of the vagina. *Cancer*. 1987 Sep 15;60(6):1319-24.
- Senekjian EK, Frey KW, Stone C et al. An evaluation of stage II vaginal clear cell adenocarcinoma according to substages. *Gynecol Oncol*. 1988 Sep;31(1):56-64.

- Copeland LJ, Gershenson DM, Saul PB et al. Sarcoma botryoides of the female genital tract. *Obstet Gynecol.* 1985 Aug;66(2):262-6.
- Hilgers RD, Malkasian GD Jr, Soule EH. Embryonal rhabdomyosarcoma (botryoid type) of the vagina. A clinicopathologic review. *Am J Obstet Gynecol.* 1970 Jun 1;107(3):484-502.
- Hilgers RD. Pelvic exenteration for vaginal embryonal rhabdomyosarcoma: a review. *Obstet Gynecol.* 1975 Feb;45(2):175-80.
- Young RH, Scully RE. Endodermal sinus tumor of the vagina: a report of nine cases and review of the literature. *Gynecol Oncol.* 1984 Jul;18(3):380-92
- Copeland LJ, Sneige N, Ordonez NG et al. Endodermal sinus tumor of the vagina and cervix. *Cancer.* 1985 Jun 1;55(11):2558-65.
- Ahram J, Lemus R, Schiavello HJ. Leiomyosarcoma of the vagina: case report and literature review. *Int J Gynecol Cancer.* 2006 Mar-Apr;16(2):884-91.
- Curtin JP, Saigo P, Slucher B et al. Soft-tissue sarcoma of the vagina and vulva: a clinicopathologic study. *Obstet Gynecol.* 1995 Aug;86(2):269-72.
- Neesham D, Kerdelmidis P, Scurry J. Primary malignant mixed Müllerian tumor of the vagina. *Gynecol Oncol.* 1998 Aug;70(2):303-7.
- Shibata R, Umezawa A, Takehara K. Primary carcinosarcoma of the vagina. *Pathol Int.* 2003 Feb;53(2):106-10.
- Peters WA 3rd, Kumar NB, Andersen WA et al. Primary sarcoma of the adult vagina: a clinicopathologic study. *Obstet Gynecol.* 1985 May;65(5):699-704.
- Miner TJ, Delgado R, Zeisler J et al. Primary vaginal melanoma: a critical analysis of therapy. *Ann Surg Oncol.* 2004 Jan;11(1):34-9.
- Reid GC, Schmidt RW, Roberts JA et al. Primary melanoma of the vagina: a clinicopathologic analysis. *Obstet Gynecol.* 1989 Aug;74(2):190-9.
- Beller U, Maisonneuve P, Benedet JL et al. Carcinoma of the vagina. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003 Oct;83 Suppl 1:27-39.
- Frumovitz M, Etchepareborda M, Sun CC et al. Primary malignant melanoma of the vagina. *Obstet Gynecol.* 2010 Dec;116(6):1358-65. doi: 10.1097/AOG.