

GEBELİKTE PREMALİGN VULVA VE VAJEN LEZYONLARININ YÖNETİMİ

24. BÖLÜM

Sevtap SEYFETTİNOĞLU¹

GİRİŞ

Vulvar intraepitelyal neoplazi (VIN), tanımı, histopatolojik olarak vulvar epitelde nükleer hiperkromazi ile birlikte hücre matürasyon kaybı, pleomorfizm, anormal mitoz görülmesidir [1]. VIN, genellikle şiddetli ve uzun süreli kaşıntı, ağrı ve psikoseksüel disfonksiyona neden olan premalign bir cilt hastalığıdır. Her yaşta kadını etkileyebilir, ancak en son araştırmalar bunun 50 yaşın altında daha yaygın olduğunu göstermektedir [2].

Vulvar intraepitelyal lezyonların çoğunlukla üreme çağıının sonlarında ve postmenapoz dönemde görülmesi beklenir ancak HPV 'nin önemli bir risk faktörü olarak artan sıklıkta saptanması ile üreme çağıındaki kadınlarda da vulvar lezyonlar saptanmaktadır. Tüm dünyada kadınların yaşam şekli değişikliği ve iş hayatında aktif yer almaları sonucunda artık kadınlar daha ileri yaşlarda gebelik planlamaktadır. Buna bağlı olarak gebelerde de vulvar intraepitelyal lezyonlar görülebilir. Vulva anatomisi yaş ve hormonal durumdaki değişikliklerden etkilenir. Gebelik sırasında, vulvar hiperpigmentasyon, venöz tıkanıklık ve yumuşak doku şişmesi sıklıkla meydana gelir; bu değişiklikler genellikle doğum sonrası geriler.

Vajinal intraepitelyal neoplaziler (VaİN) ise gebelerde oldukça nadirdir. Yönetimi gebe olmayanlar ile belirgin farklılık göstermez, ancak ayrıntılı cerrahi planlar ve eksizyon sonrası vajinal doğumun uygulanabilirliği açısından özellik taşımaktadır [3].

VULVAR İNTRAEPİTELYAL LEZYONLAR

Skuamöz vulvar intraepitelyal lezyonlar ilk olarak 1912'de Bowen tarafından tanımlandı ve o zamandan beri çeşitli terimler kullanıldı. Uluslararası Vulvar

¹ Uzm. Dr. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekolojik Onkoloji Kliniği sevtaponcul@gmail.com

TEDAVİ

VaİN tedavisinde en önemli belirleyici eşlik eden başka anogenital lezyon olup olmadığıdır. Eğer biyopsi sonucu düşük dereceli lezyon (VaİN 1) ise HPV testi ve servikal sitoloji yapılmalıdır. Yüksek dereceli lezyon varlığında ise biyopsi ile invaziv bir patolojinin kesin olarak dışlanıp dışlanmadığı önemlidir. Eğer invazyon yok ise lokal eksizyon ve lazer ablasyon ile tedavi doğum sonrasına ertelenebilir [13]. Teratojenite riski nedeniyle gebelerde imiquimod ve 5-Florourasil kullanılmaz [8].

PROGNOZ

VaİN'in doğal seyri ile ilgili prospektif veri yoktur. Retrospektif çalışmaların verilerine baktığımızda invaziv karsinomaya ilerleme olasılığını %2-8 olarak verebiliriz [25] Yazarlar, CIN veya VIN ile ilişkili olmayan VaİN lezyonlarının, CIN veya VIN ile ilişkili VaİN (% 67) ile karşılaştırıldığında daha yüksek bir spontan gerilemeye (% 91) sahip olduğunu belirtti. Sonuç olarak, tedavi olmaksızın tam bir gerileme olabileceğinden, ilk biyopsi sonrası gözlem ve yakın takip de savunulmuştur.

SONUÇ

Gebelikte vulvar ve vajinal intraepithelial lezyonlar oldukça nadirdir. Eldeki verilere dayanarak bu hastalarda serviks ve anal bölge de mutlaka değerlendirilmeli tedavi bireyselleştirilirken gebelik haftası, gebeliğin seyri göz önüne alınarak planlanma yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Yang EJ, Kong CS, Longacre TA. Vulvar and Anal Intraepithelial Neoplasia: Terminology, Diagnosis, and Ancillary Studies. *Adv Anat Pathol.* 2017 May;24(3):136-150.
2. Jones RW. Vulval intraepithelial neoplasia: Current Perspectives. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2001;22(6):393-402.
3. Wang L, Kawabe A, Kikugawa A, Takagi A, Kuromaki K. Vulvar intraepithelial neoplasia treated with a combination of surgical excision and laser ablation during pregnancy. *Clin Case Rep.* 2018 Aug 13;6(9):1877-1879.
4. Sideri M, Jones RW, Wilkinson EJ et al., Vulvar intraepithelial neoplasia: 2004 modified terminology, ISSVD Vulvar Oncology Subcommittee. *J Reprod Med.* 2005 Nov;50(11):807-10.
5. Joura EA, Garland SM, Paavonen J. et al., FUTURE I and II Study Group. Effect of the human papillomavirus (HPV) quadrivalent vaccine in a subgroup of women with cervical and vulvar disease: retrospective pooled analysis of trial data. *BMJ.* 2012 Mar 27;344:e1401.
6. Judson PL, Habermann EB, Baxter NN et al., Trends in the incidence of invasive and in situ vulvar carcinoma. *Obstet Gynecol.* 2006 May;107(5):1018-22.
7. Van der Meijden WI, Boffa MJ, Ter Harmsel WA et al., 2016 European guideline for the management of vulval conditions. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017 Jun;31(6):925-941.

8. Tseng JY, Bastu E, Gungor-Ugurlucan F. Management of precancerous lesions prior to conception and during pregnancy: a narrative review of the literature. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2012 Nov;21(6):703-11.
9. Morimura Y, Fujimori K, Soeda S et al., Cervical cytology during pregnancy--comparison with non-pregnant women and management of pregnant women with abnormal cytology. *Fukushima J Med Sci*. 2002 Jun;48(1):27-37.
10. Van de Nieuwenhof HP, van der Avoort IA, de Hullu JA. Review of squamous premalignant vulvar lesions. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2008 Nov;68(2):131-56. doi: 10.1016/j.critrevonc.2008.02.012. Epub 2008 Apr 11.
11. Mauskar MM, Marathe K, Venkatesan A et al., Vulvar diseases: Approach to the patient. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Jun;82(6):1277-1284. doi: 10.1016/j.jaad.2019.07.115. Epub 2019 Nov 8.
12. Pisharodi LR, Jovanoska S. Spectrum of cytologic changes in pregnancy. A review of 100 abnormal cervicovaginal smears, with emphasis on diagnostic pitfalls. *Acta Cytol*. 1995 Sep-Oct;39(5):905-8.
13. Owens GL, Kitchener HC. Premalignant disease in the genital tract in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2016 May;33:33-43.
14. Flannelly G. The management of women with abnormal cervical cytology in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2010 Feb;24(1):51-60.
15. Wetta LA, Matthews KS, Kemper ML et al., The management of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy: is colposcopy necessary? *J Low Genit Tract Dis*. 2009 Jul;13(3):182-5.
16. Kaushik S, Pepas L, Nordin A, Bryant A. et al., Surgical interventions for high-grade vulvar intraepithelial neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 4;2014(3):CD007928.
17. Amant F, Halaska MJ, Fumagalli M et al., ESGO task force 'Cancer in Pregnancy'. Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines of a second international consensus meeting. *Int J Gynecol Cancer*. 2014 Mar;24(3):394-403.
18. Paraskevaidis E, Koliopoulos G, Kalantaridou S et al., Management and evolution of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy and postpartum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002 Aug 5;104(1):67-9
19. Van Seters M, van Beurden M, de Craen AJ. Is the assumed natural history of vulvar intraepithelial neoplasia III based on enough evidence? A systematic review of 3322 published patients. *Gynecol Oncol*. 2005 May;97(2):645-51.
20. Graham JB, Meigs JV. Residual carcinoma in the vaginal cuff after radical hysterectomy with bilateral pelvic lymph node dissection. *Am J Obstet Gynecol*. 1952 Aug;64(2):402-5.
21. Sugase M, Matsukura T. Distinct manifestations of human papillomaviruses in the vagina. *Int J Cancer*. 1997 Jul 29;72(3):412-5.
22. Boice JD Jr, Engholm G, Kleinerman RA et al., Radiation dose and second cancer risk in patients treated for cancer of the cervix. *Radiat Res*. 1988 Oct;116(1):3-55.
23. Gil KM, von Gruenigen VE. Physical activity and gynecologic cancer survivorship. *Recent Results Cancer Res*. 2011;186:305-15. doi: 10.1007/978-3-642-04231-7_13
24. Di Saia, P. J., Creasman, W. T., Mannel, R. S. *Clinical Gynecologic Oncology*. Clinical Gynecologic Oncology 1-631 (Elsevier Inc., 2017).
25. Gunderson CC, Nugent EK, Elfrink SH et al., A contemporary analysis of epidemiology and management of vaginal intraepithelial neoplasia. *Am J Obstet Gynecol*. 2013 May;208(5):410.e1-6.