

BÖLÜM 17

NÜKS VAJİNA KANSERİNDE TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Serhat ŞEN¹

GİRİŞ

Primer vajina kanserinin dünya genelindeki insidansı %0.1 ile 2 arasında bildirilmiş olup görülme sıklığı son 40 yıl içinde anlamlı değişiklik göstermemiştir.¹ Nadir görülen tümör olması nedeniyle tedaviye yönelik geniş vaka sayısıyla yapılmış prospektif randomize kontrollü çalışma yoktur. Bu nedenle literatürde köklü merkezlerin deneyimlerine dayanan retrospektif çalışmalar tedavi algoritmalarını belirlemiştir. Bunlar ağırlıklı olarak radyoterapi temelinde, evrelere göre kemoterapi ve/veya cerrahi tedavinin de eklendiği yöntemler üzerine kurulmuştur. Tedavi etkinliği hastalıksız sağkalım (DFS), toplam sağkalım (OS) oranları üzerinden değerlendirilmesi sebebiyle de literatürde kür sağlama oranı hiçbir çalışmada hesaplanmamıştır. Bu nedenle prognostik faktörler primer tümörün tedavisini etkileyen veriler üzerinden ortaya konmuştur. Rekürren hastalığın tedavisi de retrospektif serilere göre belirlenmekte olup tedavi algoritmaları merkezler arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Bu bölümde rekürrens açısından prognostik faktörler, rekürrens bölgelerine göre tedavi seçenekleri ve tedavi prensibi olarak palyasyon, küratif tedavi, salvaj tedavi seçenekleri detaylandırılacaktır.

TÜMÖRÜN YAYILMA YOLLARI VE REKÜRRENS İLİŞKİSİ

Direk Yayılım

Vajen mukozasından itibaren tüm destek dokuları tercih eden tümörler bu yolla paravajinal, parametrial dokuları geçerek üretra, mesane ve rektuma veya kemik ve kas dokusuna yayılabilirler. Üst üçte birden çıkan ve posterior duvar-

???

hipoteziyle eksanterasyon dahil radikal ve ultraadikal cerrahi prosedürler uygulanabileceği gibi hasta daha önceden radyoterapi almadıysa tek başına tedavi dozunda radyoterapi denenebilir. Ancak primer konkomittan kemoradyoterapi tercih edilmiş ve toplam doz 70 gray ve üstündeyse ikinci seçenek radyoterapi toksisitesi mortaliteye varacak pelvik organ komplikasyonlarına yol açabilir²¹ Anlaşılabacağı üzere rekürens bölgesini belirleyen en temel faktör hastalığın başlangıç evresidir. Yaygın metastazları olan, primer tedavi sonucunda tam yanıt alınan bir olguda rekürrens sıklıkla uzak organ olarak tanımlanan ekstrapelvik organlar; akciğer ve karaciğerde, lenf nodlarında saptanır.²² Öncelikle klinik gerekliliğe göre tek veya çoklu görüntüleme teknikleri kullanılarak metastaz bölgeleri histolojik veya klinik olarak konfirme edilmeli, daha sonra verilen ilk tedaviler ve hastanın genel durumu ve eşlik eden komorbiditelerin ciddiyeti de hesaba katılarak tedavi stratejisi belirlenmelidir. Yaygın rekürrens varlığında veya rekürrensin yol açtığı fistül, organ fonksiyon kaybı, enfeksiyon gibi komplikasyonların eşlik ettiği durumlarda temel hedef palyasyon olmalıdır. Buna göre gastrointestinal veya üriner diversiyon ameliyatları, tek ajan platin, immünoterapiler tercih edilmeli, toksisite veya cerrahi morbidite hesaba katılmalıdır.

Mevcut literatürde kür sağlanmış vajen kanserine ait rekürrensi olan vaka sayısı yüzün altındadır. Bu rakamın yaklaşık yarım yüzyıllık birikime ait olduğu hesaba katıldığında benimsenmiş standart bir tedavi yaklaşımı bulunmadığı açıkça görülecektir. Bu bölümde bahsedildiği üzere her rekürrens, hasta bazlı değerlendirilmeli, ön planda palyasyonu sağlamak, akabinde özellikle santral olmak üzere mümkünse cerrahi tedavi ile kür elde etmek amaçlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Korea Central Cancer Registry, National Cancer Center. Annual report of cancer statistics in Korea in 2012, Ministry of Health and Welfare. Goyang: National Cancer Center; 2014
2. Tewari KS, Cappuccini F, Puthawala AA, et al. Primary invasive carcinoma of the vagina: treatment with interstitial brachytherapy. *Cancer* 2001;91:758–70
3. Rubin SC, Young J, Mikuta JJ. Squamous carcinoma of the vagina: treatment, complications and longterm follow-up. *Gynecol Oncol* 1985;20:346–53
4. Creasman WT, Phillips JL, Menck HR. The National Cancer Data Base report on cancer of the vagina. *Cancer* 1998;83:1033–40
5. Chyle V, Zagars GK, Wheeler JA, et al. Definitive radiotherapy for carcinoma of the vagina. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1996;35:891–905.
6. Kirkbride P, Fyles A, Rawlings GA et. al. Carcinoma of the vagina. The experience at the Princess Margaret Hospital (1974–1989). *Gynecol Oncol* 1995;56:435–43.
7. Tarraza Jr MH, Muntz H, DeCain M, et al. Patterns of recurrence of primary carcinoma of the vagina. *Eur J Gynecol Oncol* 1991;12: 89–92.

8. Perez CA, Camel HM, Galakatos AE, et al. Definitive irradiation in carcinoma of the vagina: long-term evaluation and results. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1988;15:1283–90.
9. Dixit S, Singhal S, Baboo HA. Squamous cell carcinoma of the vagina. A review of 70 cases. *Gynecol Oncol* 1993;48:80–7
10. Chyle V, Zagars GK, Wheeler JA, et al. Definitive radiotherapy for carcinoma of the vagina. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1996;35:891–905.
11. Kucera H, Vavra N. Radiation management of primary carcinoma of the vagina: clinical and histopathological variables associated with survival. *Gynecol Oncol* 1991;40:12–6.
12. Urbanski K, Kojs Z, Reinfuss M, et al. Primary invasive vaginal carcinoma treated with radiotherapy: analysis of prognostic factors. *Gynecol Oncol* 1996;60:16–21
13. Ali MM, Huang DT, Goplerud DR, et al. Radiational one for carcinoma of the vagina. Variation in response related to the location of the primary tumor. *Cancer* 1996;77:1934–9
14. Stock RG, Chen ASJ, Seski J. A30-year experience in the management of primary carcinoma of the vagina: analysis of prognostic factors and treatment modalities. *Gynecol Oncol* 1995;56:45–52
15. Chyle V, Zagars GK, Wheeler JA, et al. Definitive radiotherapy for carcinoma of the vagina. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1996;35:891–905
16. Konstadoulakis MM, Ricaniadis N, Driscoll DL, Karakousis CP. Malignant melanoma of the female genital system. *Eur J Surg Oncol*
17. Davis KP, Stanhope CR, Garton GR, et al. Invasive vaginal carcinoma: analysis of early stage disease. *Gynecol Oncol* 1991;42:131–6.
18. Stock RG, Chen ASJ, Seski J. A30-year experience in the management of primary carcinoma of the vagina: analysis of prognostic factors and treatment modalities. *Gynecol Oncol* 1995;56:45–52
19. Evans LS, Kersh CR, Constable WC et. al. Concomitant 5-fluorouracil, mitomycin-C and radiotherapy for advanced gynecologic malignancies. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1988;15:901–6.
20. Roberts WS, Hoffman MS, Kavanagh JJ, et al. Further experience with radiation therapy and concomitant intravenous chemotherapy in advanced carcinoma of the lower female genital tract. *Gynecol Oncol* 1991;43:233–6.
21. Boronow RC, Hickman BT, Reagan MT, et al. Combined therapy as an alternative to exenteration for locally advanced vulvovaginal cancer. II. Results, complications, and dosimetric and surgical considerations. *Am J Clin Oncol* 1987;10:171–81
22. Gadducci A, Fabrini MG, Lanfredini N, Sergiampietri C: Squamous cell carcinoma of the vagina: Natural history, treatment modalities and prognostic factors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2015;93:211–224