

BİR PRİMER VAJEN KANSERİ OLGUSUNDA RADİKAL CERRAHİ, VAJEN REKONSTRÜKSİYONU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Kadir ÇETİNKAYA, Ahmet BACINOĞLU, Mehmet ALTINOK

Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Vajen kanseri oldukça nadir görülür ve tedavisi hastaya göre bireysel planlama gerektirir. Vajinektomi sonrasında kadınların gerek fiziksel, gerek ruhsal ve gerekse de toplumsal özgüvenlerinde azalma olmakta, aile bütünlüğü tehlikeye girebilmektedir. Bu yazıda radikal cerrahi sonrasında işlevsel bir vajen oluşturulmasının gereği üzerinde duruldu ve sigmoid kolovajinoplasti yöntemi güncel literatür ışığında tartışıldı.

Anahtar kelimeler: vajen kanseri, vajinoplasti

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2011; Cilt: 8 Sayı: 3 Sayfa: 214- 8

SUMMARY

RADICAL SURGERY, VAGINAL RECONSTRUCTION AND REVIEW OF LITERATURE IN A PRIMARY VAGINAL CARCINOMA CASE

Radical Surgery, Vaginal Reconstruction and Review of Literature In a Primary Vaginal Carcinoma Case
Vaginal carcinoma seen really rare and its treatment requires individual planning. Physical, psychological and social self confidence decreases after vaginectomy and their family integrity can negatively affects. In this report, we discussed the necessity of the reconstruction a functional vagen after radical surgery and the sigmoid colovaginoplasty in the view of the current literature.

Key words: vaginal cancer, vaginoplasty

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2011; Vol: 8 Issue: 3 Pages: 214- 8

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Kadir Çetinkaya, Yaşamkent mah. 3251 cad. Kozlu Evler no: 2, d: 28, Yaşamkent 06810 Ankara
Tel.: (0312) 336 09 09

e-posta:kacetinkaya@gmail.com

Alındığı tarih: 28.03.2010 revizyon sonrası alınma: 10.08.2010, kabul tarihi: 28.09.2010, online yayım tarihi: 01.02.2011

GİRİŞ

Primer vajen kanseri, en nadir malign hastalıklardan biri olup, kadınlardaki genital tümörlerinin % 1-2'sini oluşturur⁽¹⁾. Vajen yassı epitel hücreli kanserleri % 85 sıklık ile en yaygın histolojik tiptir⁽²⁻⁴⁾. Hastalık çoğunlukla 60 yaş üzerindeki kadınlarda izlenirken, sadece %30 kadarı 60 yaş öncesinde tanı almaktadır. Literatürde primer vajen kanseri tedavisinde belirgin bir ortak görüş bulunmamaktadır. Hastanın yaşı, genel tıbbi durumu, kanserin evresi ve tümörün yerleşim yerine göre, tedavi hastadaki bireysel özelliklere göre planlanmalıdır. Çoğu merkezde tüm evreler için standart tedavi olarak radyoterapi önerilse de, erken evre hastalarda cerrahi ile radyasyon tedavisine kıyasla daha iyi sağkalım elde edildiğini gösteren çalışmalar yayınlanmıştır⁽⁵⁻⁷⁾. Radikal histerektomi, vajinektomi, pelvik lenf nodu diseksiyonu vajen kanseri tedavisinde kabul edilen güncel bir yaklaşım şeklidir^(2,3,6,7). Burada genç, erken evre vajen kanseri tanısı almış ve aile bütünlüğünü korumak açısından cinsel kaygıları yüksek bir olguda radikal cerrahi yanı sıra cinsel yaşamı aktif olan hastalarda sıklıkla göz ardı edilen vajen rekonstrüksiyonu gerçekleştirdik. Bu oldukça nadir görülen olgu ışığında, onkolojik prensipler yanı sıra, vajen rekonstrüksiyona dikkat çekmek ve erken evre primer vajen kanseri tedavisi ile ilgili görüşleri ve bu görüşler içinde vajen rekonstrüksiyonunun yerini derlemeyi amaçladık.

OLGU

41 yaşında 20 yıllık evli, düzenli adet gören, primer infertil olgu; 3 aydır vajinal kanama yakınması ile başvurduğu merkezde vajinal kitle tespit edilmiş. Biopsi yapılarak primer vajen epidermoid karsinom tanısı ile hastanemize sevk edilmişti. Jinekolojik incelemesinde; vajen yan duvarında, saat 7-10 hizasını kapsayan, introitusun beşinci santimetresinden başlayıp, sağ yan forniks ile serviks sınırına kadar uzanım gösteren, üç cm çaplı ülserovejetan, kitle saptandı. Kitleden tekrar biopsi alındı, ilk alınan biopsi preparatları ile birlikte patolojiye gönderildi. Patoloji sonucu epidermoid karsinom olarak raporlandı. Hastanın göğüs-karın bilgisayarlı tomografisi ve pelvik manyetik rezonans görüntülemelerinde metastaz saptanmadı. Hastada endometrium yada servikse ait herhangi bir lezyon

yoktu. İntravenöz piyelografide üriner anomali ve lokal yayılım lehine bulgu saptanmadı. Servikal veya vajinal intraepitelyal neoplazi tedavisi yada radyoterapi öyküsü yoktu. Hasta evre I primer vajen kanseri olarak değerlendirildi. Cerrahiden 72 saat önce mekanik barsak hazırlığına, 12 saat önce tromboemboli profilaksisine başlandı. Anestezi öncesi seftriakson 1 gr ve metronidazol 500 mg intravenöz uygulandı.

Hasta litotomi pozisyonunda hazırlanıp, göbek altı median kesi ile batına girildi. Batında asit, peritonitis karsinomatoza saptanmadı. Vajende sınırlı tümör olduğu düşünüldü. Retroperiton açılıp bilateral iliak-obturator lenf adenektomi, radikal histerektomi, tümör distaline kadar radikal vajinektomi uygulandı. Alt cerrahi sınır için geri kalan vajen dokusundan frozen çalışıldı. Frozen sonucunun tümörsüz olarak bildirilmesini takiben, kolon segmentinin hazırlanmasına geçildi. Sigmoid kolon lateral retroperitoneal bağlantıları açıldı, inen kolon da Told fasyası boyunca kısmen serbestleştirildi. Sigmoid mezenter içeriğindeki inferior mezenterik ve süperior rektal arter korunarak posterior periton insize edildi. Koksiks seviyesi altına kadar rektosigmoid mezenter yapıları derin pelvik dokulardan künt-keskin diseksiyonla ayrıldı. Anterior rektosigmoid duvar ortaya konuldu ve vasküler beslenmede yetersizlik oluşmayacak şekilde transillüminasyon ile damarların refleksi izlenerek, perine seviyesine kadar ulaşacak yeterli uzunlukta, yaklaşık 15 cm.'lik bir kolon segmenti hazırlandı. Hazırlanan rektosigmoid kolon segmenti esasen inferior mezenterik arterden (İMA)'dan çıkan süperior rektal arterden beslenmekteydi. Vajene anastomoz yapılacak kolon segmentinin distal ucu 3/0 absorbl sütürlerle iki kat kapatıldı. Rektosigmoid alt ucu vajene tek tek 3/0 absorbl sütürlerle mukozal 1.kat ve 3/0 ipekle tam kat olacak şekilde çift kat anastomozu sağlandı. Damarsal beslenmenin yeterli olması ve anastomoz hattında gerginlik olmamasına özellikle dikkat edildi. Kolovajinal anastomoz sonrası anastomoz hattı vajinal tuşe ile kontrol edildi. Vajenin 2/3'nün rezeksiyonu sırasında mesane yaralanması saptanıp sol üretere double j kateteri yerleştirilerek mesane 3/0 absorbl sütürler ile 2 kat kapatıldı. Toplam 800 cc kanama oluştu. Batına bir adet kauçuk dren yerleştirildi. Post operatif dönemde komplikasyon gözlenmedi. Vajenden mukoid sekresyon tedrici azalarak devam etti. Cerrahi sonrası patoloji raporu primer vajen epidermoid karsinom olarak bildirildi, lenfatik metastaz izlenmedi.

TARTIŞMA

Vajen kanserinin gerek nadir görülmesi, gerek yerleşim yeri çeşitliliği ve çevre organların tutulu olup olmaması, ve gerekse de hastanın yaşı ve cinsel yaşam ile toplam sağ kalım beklentisi farklılığı nedeniyle tek tip tedavi seçeneği bulunmamakta ve yüksek düzeyde bireyselleştirilmiş tedavi gerekmektedir. Erken evre hastalarda (in situ, Evre I, erken Evre II -sadece paravajinal doku invazyonu bulunan rezektabl olgularda) özellikle genç, cinsel aktif kadınlarda; cerrahi yaklaşım optimal tedavi modalitesi olarak görülmektedir (6). Benzer etkinlikteki radyoterapi ile kıyaslandığında cerrahi seçenekte vajinal stenoza bağlı potansiyel komplikasyonlar önlenmekte ve gereğinde over fonksiyonları korunabilmektedir(6-8).

Vajen kanserinin esasen lokal ve lenfatik yayılım göstermesi nedeniyle, cerrahi tedavisinin planlamasında tümörün vajen içerisindeki yerleşim yeri önem arz etmektedir(2). Vajen kanseri öncelikle vajen duvarı boyunca yüzeysel olarak yayılır ve geç dönemde paravajinal-parametrial dokuları invaze eder. Takip eden dönemde ise çevre organlar tutulur. Üst vajenin lenfatik drenajı pelvik lenf nodlarına doğru olurken, alt vajenin lenfatik akımı ise ingüinal lenf nodlarına olmaktadır(9). Hastalığın görece nadir olması ve çoğunlukla da primer radyoterapi ile tedavi edilmesi nedeniyle bu anatomik bulgunun önemi tam olarak belirlenememiştir.

Evre I primer vajen kanserinin cerrahi tedavisinde oturmuş tek bir prosedür mevcut değildir(2,5,10). Cuttillo ve ark.(10) seksüel fonksiyonların korunması açısından, radikal tümörektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonu (PLND) önerirken, Peters ve ark.(11) ise regional lenf nodu diseksiyonu (LND) yapmaksızın parsiyel veya total vajinektomi yöntemini yayınlamışlardır. Ancak, genelde kabul edilen standart radikal cerrahi modalite; 1/3 üst vajen yerleşimli kitlelerde yeterli cerrahi sınır ile parsiyel vajinektomi + PLND ± histerektomi, 1/3 alt vajen yerleşimli lezyonlarda vulvektomi ile birlikte radikal vajinektomi ve ingüinal LND gereklidir. 1/3 orta vajen yerleşimli lezyonlarda, radikal vajinektomi + PLND + elektif ingüinal LND (sadece palpabl ingüinal nodlarda) önerilmektedir (2,6,12).

Açık olan şu ki, bir şekilde cerrahi uygulandığında vajenin bir kısmı veya tamamı çıkarılmaktadır. Radikal

cerrahiye takiben psikolojik rehabilitasyon uygulanan bu hastalarda neo-vajen oluşturulmasının zorunlu olduğu sonucuna varılmıştır(12-15). Doğal olarak, ne kadar ileri radikal cerrahi uygulanırsa, o kadar çok vajinal tahribat ve cinsel işlev güçlüğü ortaya çıkmakta ve postoperatif komplikasyon oluşabilmektedir. Radikal cerrahi girişimin genişliğine bağlı olarak ortaya çıkabilecek psikolojik sorunlar; hastalığa ve ameliyatın kendisine bağlı travma, kozmetik sorunlar, vücut imajının zedelenmesi, kendine güvenin azalması, aile bütünlüğünün bozulması gibi sıralanabilir. Bu tür yüksek riskli potansiyel komplikasyonlar nedeni ile pek çok merkez radyoterapi seçeneğini gündeme almaktadır(8). Hastamızın seksüel aktif yaşta olması ile aile bütünlüğünün korunması gibi beklentilerini göz önüne alarak cerrahi seçeneğini uyguladık. Ancak bu seçeneğin uygulanacağı kliniklerin abdominopelvik anatomiye hakim olmaları, meydana gelebilecek intraoperatif komplikasyonlarda deneyimli, kritik organ yaralanmaları gibi durumları zamanında fark edip, müdahale edebilecek birikimde olmaları gereklidir. Bütün bu detaylar göz önüne alınarak, radikal histerektomi, 2/3 üst radikal vajinektomi, pelvik lenf nodu diseksiyonu, sigmoid kolon interpozisyonu ile vajinoplasti planlandı ve operasyon gerçekleştirildi.

Bir onkolojik cerrahi girişimin nihai sınama ölçütü sağ kalıma olan katkısıdır. Uyguladığımız radikal cerrahi ile Evre I hastaların 5-yıllık sağ kalım oranları %56-100 olarak bildirilmektedir(2,3,7). Sağ kalım açısından kombine radyoterapi için de benzer sonuçlar bildirilmektedir. Histerektomi, vajinektomi, PLND ve kolovajinoplasti laparoskopik yöntemle uygulandığında da benzer sağ kalım düzeyleri bildirilmektedir(16). Vajen kanserinde yaş önemli prognostik faktör olarak bildirilmekte, genç hastalarda sağ kalım daha iyi izlenmektedir(8). Bizim olgumuzun 60 yaş altında oluşu sağ kalım beklentimizi artırmakta, ayrıca beklenen yaşam süresinin uzun olması nedeniyle ülkemiz koşullarında aile bütünlüğünün devamı açısından işlevsel bir vajen gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Vajinektomiye takiben fonksiyonel bir vajen rekonstrüksiyonu pelvik malignansi nedeniyle radikal cerrahi uygulanmış kadının fiziksel ve psikolojik rehabilitasyonu açısından önem arz etmektedir. Yayınlarda çeşitli vajen rekonstrüksiyon teknikleri mevcuttur(14,17). İlk kez 1938'de McIndoe tarafından

gerçekleştirilmiştir. Bu girişimler sıklıkla Müllerian anomalilerde uygulanırken, daha az sıklıkta serviks kanseri, vajen kanseri ve genital travmalarda da uygulanmaktadır. Tüm intestinal segmentler çok eski yıllardan itibaren düşünülmüş, özellikle ileum, çıkan kolon, inen kolon, sigmoid kolon, grasilis kas-deri flebi, deri greftleri vajinoplasti ameliyatlarında denenmiştir. Alternatifler içinde morfoloji ve fonksiyonu vajene benzemesi, postoperatif yönetimin kolay olması, erken koitus, ve anatomik yakınlık gibi eşsiz karakteristikleri nedeniyle sigmoid kolon yaygın olarak tercih edilmektedir⁽¹⁷⁾. Sigmoid koloplasti yöntemi ile neo-vajen oluşturulan serilerde^(16,17), neo-vajenin ortalama uzunluğu 11.5 cm⁽⁷⁻¹⁵⁾, bütün kadınlarda gelişen ve 6 ay kadar sürebilen lökore, hiçbirinde dispareni veya rahatsızlık hissi bildirilmemiş ve tüm hastalarda tatminkar bir cinsel yaşam rapor edilmiştir. Bizim olgumuzda vajinal uzunluk 13 cm kadar ölçülmüştür. Postoperatif 2. ayda anastomoz hattı hafif belirginlikle palpe edilmekte ancak herhangi bir darlık oluşturmamakta ve iki parmakla rahatlıkla tuşe edilebilmektedir. Malignite nedeniyle oluşturulan neo-vajenli olguların takibinde önemli bir husus, bu neo-vajenlerde gelişen rekürrenslerdir⁽¹⁸⁾. O bakımdan hastalar ilk yıl 3 ayda bir, akabinde ise 6 ayda bir kontrole çağırılmalıdır.

Sonuç olarak, erken evre vajen kanserinde özellikle genç olgularda onkolojik cerrahiye takiben, sigmoid kolon kullanılarak gerçekleştirilen vajinoplasti, hastanın yaşam kalitesini yükselten, güvenle uygulanabilen bir onkoplastik cerrahi örneği olarak değerlendirilebilir.

KAYNAKLAR

1. Ball HG, Berman ML. Management of primary vaginal carcinoma. *Gynecol Oncol* 1982; 14: 154- 63.
2. 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; 56: 45- 52.
3. Otton GR, Nicklin JL, Dickie GJ, Niedetzky P, Tripcony L, Perrin LC, et al. Early-stage vaginal carcinoma-an analysis of 70 patients. *Int J Gynecol Cancer* 2004; 14: 304- 10.
4. Hellman K, Silfversward C, Nilsson B, Hellstrom AC, Frankendal B, Pettersson F. Primary carcinoma of the vagina: factors influencing the age at diagnosis. *Int J Gynecol Cancer* 2004; 14: 491- 501.
5. Creasman WT, Phillips JL, Menck HR. The National Cancer Data Base Report on cancer of the vagina. *Cancer* 1998; 83: 1033- 40.
6. Tjalma WA, Monaghan JM, de Barros Lopes A, Naik R, Nordin AJ, et al. The role of surgery in invasive squamous carcinoma of the vagina. *Gynecol Oncol* 2001; 81: 360- 5.
7. Davis KP, Stanhope CR, Garton GR, Atkinson EJ, O'Brien PC. Invasive vaginal carcinoma: analysis of early-stage disease. *Gynecol Oncol* 1991; 42: 131- 6.
8. Kirkbride P, Fyles A, Rawlings GA, Manchul L, Levin W, Murphy KJ, et al. Carcinoma of the vagina - experience at the Princess Margaret Hospital (1974-1989). *Gynecol Oncol* 1995; 56: 435- 43.
9. Chyle V, Zagars GK, Wheeler JA, Wharton JT, Delclos L. Definitive radiotherapy for carcinoma of the vagina: outcome and prognostic factors. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1996; 35: 891- 905.
10. Cutillo G, Cignini P, Pizzi G, Vizza E, Micheli A, Arcangeli G, et al. Conservative treatment of reproductive and sexual function in young woman with squamous carcinoma of the vagina. *Gynecol Oncol* 2006; 103: 234- 7.
11. Peters III WA, Kumar NB, Morley GW. Microinvasive carcinoma of the vagina: a distinct clinical entity? *Am J Obstet Gynecol* 1985; 153: 505- 7.
12. Rubin SC, Young J, Mikuta JJ. Squamous carcinoma of the vagina: treatment, complications, and long-term follow-up. *Gynecol Oncol* 1985; 20: 346- 53.
13. Jurado M, Bazán A, Elejabertia J, Paloma V, Martínez-Monge R, Alcázar JL. Primary vaginal and pelvic floor reconstruction at the time of pelvic exenteration: a study of morbidity. *Gynecol Oncol* 2000; 77: 293- 7.
14. Mirhashemi R, Averette HE, Lambrou N, Penalver MA, Mendez L, Ghurani G, et al. Vaginal reconstruction at the time of pelvic exenteration: a surgical and psychosexual analysis of techniques. *Gynecol Oncol* 2002; 87: 39- 45.
15. Soper JT, Secord AA, Havrilesky LJ, Berchuck A, Clarke-Pearson DL. Comparison of gracilis and rectus abdominis myocutaneous flap neovaginal reconstruction performed during radical pelvic surgery: flapspecific morbidity. *Int J Gynecol Cancer* 2007; 17: 298- 303.
16. Ling B, Gao Z, Sun M, Sun F, Zhang A, Zhao W, Hu W. Laparoscopic radical hysterectomy with vaginectomy and reconstruction of vagina in patients with stage I of primary vaginal carcinoma. *Gynecol Oncol*. 2008; 109: 92- 6.

17. Darai E, Toullalan O, Besse O, Potiron L, Delga P. Anatomic and functional results of laparoscopic-perineal neovagina construction by sigmoid colpoplasty in women with Rokitansky's syndrome. *Hum Reprod* 2003; 18: 2454- 9.
18. Guven S, Guvendag Guven ES, Ayhan A, Gokoz A. Recurrence of high-grade squamous intraepithelial neoplasia in neovagina: case report and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer*. 2005; 15: 1179- 82.