



## VULVA KANSERİ NEDENİYLE RADİKAL VULVEKTOMİ UYGULANAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

### ASSESSMENT OF PATIENTS WHOM RADICAL VULVECTOMY PERFORMED FOR VULVAR CARCINOM

Çetin AYDIN Mert GÖL Ali BALOĞLU Zerrin GEZGİN

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Yeşilyurt, İzmir

Anahtar Sözcükler: Vulva, skuamöz hücreli karsinom, radikal vulvektomi  
Key Words: Squamous carcinoma of vulva, radical vulvectomy

#### ÖZET

*Bu çalışmada kliniğimizde vulva kanseri tanısı alıp radikal vulvektomi yapılan 24 hastanın incelenmesi amaç edilmiştir. Olgular 1997 - 2001 tarihleri arasındaki 5 yıllık dönemden seçildi ve dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastalar özellikle yaş, başvuru şikayeti, tümörün lokalizasyonu, histopatolojik tip, uygulanan operasyon, operasyon sonrası komplikasyonlar, lenf nodu tutulumu ve bölgeleri açısından incelendi. Olguların büyük çoğunluğunda başvuru anında görülen en sık şikayet kaşıntı idi. Labium majus en sık tutulan lokalizasyondur. Tümörlerin boyutları 0.5-5 cm. arasında değişmekteydi (ort: 2.7) idi. Squamöz hücreli kanser görülen tek histolojik tipdi. Tüm olgulara radikal vulvektomi uygulandı. Postoperatif 8. saatte, sadece 1 hasta pulmoner emboli nedeniyle kaybedildi. En sık görülen komplikasyonlar ise idrar yolu enfeksiyonu ve yara yeri açılmasıydı. Hastaların çoğunluğu evre 1B idi. Bir olguda pelvik lenf nodu (+) idi. Bir olgu tümör rekürrensi nedeniyle öldü.*

#### SUMMARY

*The aim of this study is to assess 24 patients who have diagnosed vulvar carcinoma and performed radical vulvectomy in our clinic. Cases whose medical records reviewed retrospectively were selected in the 5 years period from 1997 through 2001. Patients were assessed especially for age, admission complaint, localization of the tumor, histopathologic type, the operation performed, complications after the operation, lymph node status and regions. The most common complaint of the patients in the admission was pruritus. Labium majus was the most common localization which was attacked. The size of the tumors varied between 0.5-5 cm. (mean:2.7). The only histopathologic type seen was squamous cancer. Radical vulvectomy was performed to all patients. There was only one patient who died because of pulmonary embolus after 8 hours after the operation. The most common complications after the operation were wound dehiscence and urinary tract infection. Most of the patients were in stage 1B. Pelvic lymph node was (+) only in one patient. One patient has been died because of the recurrence of the tumor.*

#### GİRİŞ

Vulva karsinomu kadınlarda görülen tüm kanserler arasında % 0.3 oranında görülürken, kadın genital kanserlerin % 3-5' ini oluşturmaktadır. Vulva kanserlerinde erken Yazışma Adresi: Çetin Aydın, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Yeşilyurt, İzmir  
Makalenin geliş tarihi: 02. 09. 2001 ; kabul tarihi: 18.11.2002

tanı için etkin bir yöntem mevcut değildir. En sık görülen histopatolojik tip skuamöz hücreli kanserdir (%90). Melanoma en sık görülen 2. tiptir (1). Bu tip kanserler daha çok ileri yaşlarda görülürler ve ne kadar erken evrede teşhis edilirlerse, tedavi edilebilme şansı o kadar fazladır. Vulva kanserinin kronik immunosüpresif, hipertansiyonlu, diabetes mellitusu olan, obez ve sigara içen

kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Fakat yine de etyoloji tam olarak açıklanamamıştır. Yapılan cerrahi girişim, postoperatif bakım, ve takibi oldukça zor olan bir kanserdir.

Çalışmamızda 1997 - 2001 yılları arasındaki 5 yıllık dönemde, kliniğimizde vulva kanseri tanısı alıp radikal vulvektomi ve lenf bezi disseksiyonu uygulanan vakaların değerlendirilmesi amaçlandı.

## HASTALAR VE YÖNTEM

Ocak 1997 - Aralık 2001 yılları arasında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran ve vulva kanseri tanısı alıp, radikal vulvektomi ve lenf nodu disseksiyonu uygulanan toplam 24 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalara operasyon öncesi servikal sitolojik inceleme, perineal bölgeyi içeren kolposkopik muayene ve endometrial biyopsi incelemeleri uygulandı. Operasyon öncesi tüm olgulara barsak temizliği, akciğer grafisi, tam kan sayımı, tam idrar tetkiki, kan biyokimya incelemesi, abdomino - pelvik tomografi (BT) veya manyetik rezonans tetkikleri uygulandı.

Hastaların tümüne en blok tarzında inzisyon (kelebek tarzı) ile radikal vulvektomi uygulandı. Yine tüm hastalara yüzeysel ve derin inguinal lenf nodu frozen örnekleme yapıldı. Frozen materyalinin patoloji sonucu malign gelen olgularda bilateral eksternal komplet pelvik lenf nodu disseksiyonu uygulandı. Tüm hastalara preoperatif 2 saat önce ve post operatif 7. güne kadar antibiyoterapi ve ameliyat öncesi heparin profilaksisi uygulandı. Tüm olgulara postoperatif ortalama 5 gün boyunca mesane kateterizasyonu uygulandı. Hastalar postoperatif dönemin ilk yılında 3 aylık aralar ile, takip eden yıllarda ise 6 aylık aralarda kontrole çağırıldılar. Hastaların ortalama takip süreleri 3.5 yıl idi. Kontrollerde olası bir rekürrensi saptamak amacıyla pelvik muayene, abdomino - pelvik BT ve sitolojik inceleme uygulandı.

## BULGULAR

Beş yıllık dönem içinde kliniğimize toplam 27 vulva kanseri olgusu başvurdu. Bunların 24 (%80) tanesine radikal vulvektomi uygulandı. Olguların yaş dağılımı 51 - 84 arasında idi (Tablo 1). Olguların ortalama yaşı 68.3 idi. Hastaların tümünde başvuru anındaki yakınma vulvada kaşıntı idi. Her olguda boyutları 0.5 - 5 cm arasında değişen ve en çok labium majus lokalizasyonunda olan, tümöral kitle vardı. Histopatolojik olarak olguların tümü iyi diferansiye epidermoid karsinom idi. Olgular evre 1 - 3 arasında yer almaktaydı. FIGO sınıflamasına göre hastaların evrelemesi Tablo 2 de gösterilmiştir.

Tablo 1. Olguların Yaşa Göre Dağılımı.

Yaş	Olgu Sayısı (Olgu Yüzdesi)
50-59	8 (% 33.3)
60-69	4 (% 16.7)
70-79	6 (% 25)
80 >	6 (% 25)

Tablo 2. FIGO Sınıflamasına Göre Evrelerin Dağılımı.

Olgu Sayısı	Evre
18(%75)	1B
4 (%16.7)	2
2 (%8.3)	3

Tümörün geliştiği lokalizasyon açısından 12 olgu (%50) sol labium majus, 4 olgu (%13.3) klitoris, 8 olgu (%33.3) sağ labium majus idi. Operasyonda çıkarılan vulvektomi materyalinin hepsinde cerrahi sınırlar salim idi. On olguda derin inguinal lenf nodu tutulumu saptandı. Sadece bir olguda pelvik lenf nodu tutulumu mevcut idi. Hastaların lenf nodu tutulum bölgeleri Tablo 3 de belirtilmektedir.

Ameliyat sonrası komplikasyonlar incelendiğinde, 1 olgu ilk 24 saat içinde gelişen pulmoner emboli nedeniyle kaybedildi. Sekiz olguda 7. günde sütür yerlerinde açılma saptandı. Ayrıca sekiz olguda idrar yolu enfeksiyonu, 1 hastada atelektazi, 2 olguda ise geç komplikasyon olarak kronik bacak ödemi saptandı, idrar yolu enfeksiyonu gelişen 8 olgunun 4 tanesinde beraberinde serama mevcut idi. Atelektazi gelişen olguda ayrıca yara yeri enfeksiyonu ve sütür açılması da mevcut idi.

Postoperatif ilk 24 saatte gelişen pulmoner emboli sonucu kaybedilen hasta dışında 23 olgudan 20'si ortalama 3.5 yıllık period süresince hayattadır. Yaşayan olgularda herhangi bir yakın ve uzak metastaz saptanmamıştır. Kaybedilen 3 olgunun 1'inde operasyon sonrası pozitif derin inguino — femoral lenf nodu nedeniyle radyoterapi görmüş ve operasyon sonrası ilk yılda lokal nüks ve böbrek yetmezliği nedeniyle kaybedilmiştir. Diğer 2 olgudan biri 3 yıl sonra pnömoni nedeniyle, diğer olgu ise yine 3 yıl sonra gelişen kalp yetmezliği nedeniyle kaybedilmiştir.

Hastalarımızın çoğunun izlemi 5 yıllık süreyi tamamlamadığı için sağkalım ve rekürrens açısından literatür karşılaştırılması yapılamadı.

Tablo 3. Radikal Vulvektomi Uygulanan Hastaların Lenf Nodu Tutulum Dağılımı.

Hasta No	Sol Yüzeyel İnguinal	Sol Derin İnguinal	Sağ Yüzeyel İnguinal	Sağ Derin İnguinal	Sol Femoral	Sağ Femoral	Pelvik
1-	-	-	-	-	-	-	-
2-	+	+	+	-	-	-	-
3-	-	-	-	-	-	-	-
4-	-	-	-	-	-	-	-
5-	+	+	+	-	-	-	-
6-	+	-	-	-	-	-	-
7-	-	-	-	-	-	-	-
8-	-	-	+	+	-	+	-
9-	-	-	+	-	-	-	-
10-	+	-	-	-	-	-	-
11-	-	-	-	-	-	-	-
12-	-	-	+	-	-	-	-
13-	+	+	+	+	+	-	+
14-	-	-	-	-	-	-	-
15-	+	+	-	-	-	-	-
16-	+	+	-	-	-	-	-
17-	-	-	+	-	-	-	-
18-	-	-	+	+	-	+	-
19-	-	-	-	-	-	-	-
20-	+	+	-	-	-	-	-
21-	+	+	+	+	-	-	-
22-	-	-	+	-	-	-	-
23-	+	-	+	-	-	-	-
24-	-	-	+	+	-	-	-

## TARTIŞMA

Vulva kanserinin ortalama görülme yaşı 67 dir (2). Olgularımızın % 63.6' sı 60 yaş ve üzerinde iken, Kohler ve ark'ları (3) bu oranı % 81.4 olarak bildirmişlerdir. Vulva kanseri tipik olarak postmenopozal dönemdeki kadınların hastalığı olarak bilinsede son zamanlarda genç yaşta hasta popülasyonunun arttığı bildirilmektedir (4). Bunun sebebi muhtemelen servikal kanser etyolojisi gibi kesin olmamakla birlikte, HPV ve diğer seksüel geçişli hastalıkların artmış olmasıdır (5). Vulvar karsinoma insitu (VIN) servikal karsinoma insitu gibi (CİN), invaziv hastalığın öncül lezyonudur. Ancak VIN' de progresyon, CİN' e göre daha yavaştır (4,6). Genç kadınlarda multifokal, yaşlılarda ise unifokal lezyonlar daha sıktır ve unifokal olanların kansere dönüşme riski daha yüksektir (7). Bu yüzden tüm hastalar uzun süreli izlem altında tutulmalıdırlar. Ayrıca VIN bulunan hastalarda diğer alt genital trakt kanserlerinin de görülme oranı artmıştır.

Vulva kanserinde en sık görülen semptom uzun süreli kaşıntıdır (4). Olgularımızın tümünde de başvuru şikayeti kaşıntı idi. invazif squamöz hücreli vulva kanseri vakala-

rının % 75'i labium majusda yer alır (4). Geri kalanı klitoris, labium minus, posterior komissura, ve perinedir. Bizim olgularımızda tümoral doku % 91 oranında labium majusta idi. Ayrıca vulva kanserlerinde en sık görülen (%90) histopatolojik tipi squamaöz hücreli kanserdir. Retrospektif olarak incelediğimiz serideki tüm olgular squamaöz hücreli kanser idi.

Vulva kanserinde en önemli yayılım yolu lenf yoludur ve bu yayılım belirli bir sırayı izler. Yüzeyel inguinal lenf bezlerine yayılmamış bir tümör, derin inguinal lenf bezlerine yayılmaz ve pelvik lenf düğümü yayılımı ancak bundan sonra oluşur (1). Bu yayılımdan önce ise unilateral olarak yayılmış bir tümörün, bilateral olarak yüzeyel ve derin lenf bezlerini tutmuş olması gerekir. Bizim olgularımızın % 45.5' inde unilateral lenf bezi tutulumu saptandı. Evresi düşük bulunan olgularda lenf bezi tutulum oranı da fiteratür ile uyumluuydu (7).

Vulva kanserinde en önemli prognostik faktör inguino - femoral lenf nodlarının tutulumudur (1). Lenf nodu metastazı olmayanlarda 5 yıllık yaşam oranı % 65.5 iken bu oran lenf nodu pozitif olanlarda % 34.5' e düşmektedir.

Amerikan Jinekolojik Onkoloji Grubunun 1991 yılındaki raporlarına göre sağkalım oranı 1 veya 2 lenf nodu tutulduysa % 75.2, 3 ve üzeri lenf nodu tutulumunda % 36.1 dir. Unilateral lenf bezi tutulumunda % 70.7 olan yaşam oranı, bilateral tutulumda % 24.5' e düşmektedir. Olguların takip süreleri 5 yıllık dönem içinde olmadığı için sağkalım ve nüks açısından net bir değerlendirme yapılamamıştır.

Vulva kanserinde önerilen tedavi şekli radikal vulvektomi ve lenf bezi disseksiyonudur (4). Manahan ve arkadaşları (8) modifiye radikal vulvektominin, radikal vulvektomi ile benzer survi sonuçları olduğunu, fakat ameliyat sonrası komplikasyonların daha az geliştiğini bildirmişlerdir. Bunun dışında Şiiler ve arkadaşları (9) en - blok insizyon ile, 3' lü insizyon tekniğini karşılaştırmışlar ve lokal rekürrens, uzak metastaz, nodal tutulum ve 5 yıllık yaşam oranı açısından bir fark bulamamışlardır. Biz tüm olgularımıza en blok insizyon tekniği uyguladık.

Yapılan çalışmalarda ameliyat komplikasyonları incelendiğinde, yara yeri açılması ve enfeksiyon oranı yaklaşık olarak % 40 - 60 oranlarında bulunmuştur (3,10). Bizim olgularımızda da bu oran yaklaşık olarak % 50 bulun-

muştur. Meydana çıkacak cilt komplikasyonlarını önlemek için konservatif tedavi dışında, myokütanöz flep kullanılarak onarım, granülosit koloni stimüle edici faktör kullanımı gibi yöntemler önerilmiştir (11). Olgularımızın hastanede ortalama kalış süreleri 13 gündür. Bu oran Kohler ve arkadaşlarının (3) verdikleri 15 günlük süre ile benzerdir. Olgularımızın ortalama 3,5 yıllık izlemlerinde 1 olgu vulva kanseri nedeniyle kaybedildi, diğer hastalarda nüks görülmemiştir.

Vulva kanserinde adjuvant ve neoadjuvant kemoterapi ve radyoterapi son yıllarda daha çok üzerinde çalışılan tedavi modaliteleri olmuştur (3,12). Bizde post operatif adjuvan tedavi olarak radyoterapi uyguladık. Kemoterapi için 5 - fluorourasil, mitomisin - C, sisplatin, bleomisin, ve metotreksat üzerinde çalışmalar devam etmektedir (13,14).

Sonuç olarak çalışmamızda vulva kanseri tanısı alan olgularda en sık görülen semptom, lokalizasyon, lenf nodu tutulum bölgelerini, tedavi şeklimizi ve post-operatif görülen komplikasyonları değerlendirdik. Ameliyat sonrası 5 yıllık dönemi geçen olgularımızın sayısı arttıkça sağkalım ve rekürrens açısından da uygun değerlendirmeleri içeren veriler elde edilebilecektir.

#### KAYNAKLAR

1. Jaramillo BA. Malignant melanoma of the vulva. *Obstet Gynecol* 1985; 66:398.
2. Cavanagh D, Fiorica J, Hoffman M. Invasive carcinoma of vulva: Changing trends of in surgical management. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1007.
3. Kohler U, Schone M, Pawlawitsch T. Results of an individualized surgical therapy of vulvar carcinoma from 1973 - 1993. *Zentralbl Gynakol* 1997; 119:8-16.
4. Linde T, Operative Gynecology. Lippincot- Raven 1997; 1371-74.
5. Monk B, Burger R, Fritz L. Prognostic significance of human papilloma virüs DNA in vulvar carcinoma. *Obstet Gynecol* 1995;85:709.
6. Jones R, Rowat D. Vulvar intraepithelial neoplasia: A clinical study of the outcome in 113 cases with relation to later development of invasive vulvar carcinoma. *Obstet Gynecol* 1994;84:741.
7. Abrao F, Boracat E, Marques A. Carcinoma of the vulva: Clinicopathologic factors involved in inguinal and pelvic lymph node metastasis. *J Reprod Med* 1990;35:1113.
8. Manahan K, Hudec J, Fanning J. Modified radical vulvectomy without lymphadenectomy under local anesthesia in medically compromised patient. *Gynecol Oncol* 1997;67(2):166-7.
9. Şiiler B, Alvarez R, Conner W, et al. Vulvar cancer: a case control study of triple incision versus en block radical vulvectomy and inguinal lymphadenectomy. *Gynecol oncol* 1995;57(3):335-9.
10. Lindert A, Symos E, Damen B, Heintz A: Wound healing after radical vulvectomy and inguino femoral lymphadenectomy: Experience with granulocyte colony stimulating factor. *Euro J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995;62(2):217-9.
11. Yii N, Niranjana N. Fetal flaps in vulvovaginal reconstruction. *Br J Plast Surg* 1996;49(8):547-54.
12. Berek J, Heaps J, Fu Y. Current cisplatin and 5-FU chemotherapy and external radiation for primary treatment of advanced stage squamous carcinoma of vulva. *Gynecol Oncol* 1991;40:171.
13. Keys H. Gynecologic Oncology Group randomized trials of combined technique therapy for vulvar cancer. *Cancer* 1993;71:1691.
14. Sebag D, Mclean C, Arnott S. Treatment of advanced carcinoma of the vulva with chemoradiotherapy: Can extensive surgery be avoided?. *Int J Gynecol Cancer* 1994;4:150.