

SERVİKS KANSERİ TEDAVİSİ SONRASINDA TAKİBİN ÖNEMİ: CERRAHİ VE KEMORADYASYON SONRASINDA GELİŞEN VAIN-III VE İNVAZİV VAJEN KARSİNOMU OLGUSU

Dr. Mete Çağlar, Dr. Eralp Başer, Dr. Cihan Toğrul, Dr. Zeynep Yoldaş, Dr. Tayfun Güngör

ÖZET

Serviks ve vajen kanserlerinin etyopatogenezinde, yüksek riskli human papillomavirus (HPV) enfeksiyonu, sigara kullanımı, kötü genital hijyen ve multipl seksüel partner gibi ortak risk faktörleri bulunmaktadır. Bu nedenle serviks kanseri nedeniyle cerrahi veya kemoradyasyon tedavisi gören hastalarda, özellikle vajen ve vulva kanseri gelişim riski olduğu akıld tutularak, yakın takip uygulanmalıdır. HPV testlerinin serviks kanserinde tedavi sonrası takipteki yerinin belirlenmesi için gelecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Serviks Kanseri, Vajen Kanseri, Human Papillomavirus (HPV).

ABSTRACT

The etiopathogenesis of cervical and vaginal cancer share common risk factors such as high-risk human papillomavirus (HPV) infection, smoking, poor genital hygiene, and multiple sexual partners. Thus, keeping the relatively high risk of vaginal or vulvar cancer development in mind, close surveillance should be done in cervical cancer cases treated either by surgery or chemoradiation. Future studies are needed to assess the utility of HPV testing in cervical cancer post-treatment follow-up.

Key Words: Cervical Cancer, Vaginal Cancer, Human Papillomavirus (HPV).

GİRİŞ

Serviks ve vajen kanserleri, etyolojik faktörler açısından ortak yönere sahiptir. Bunlardan en belirgin olanları, human papillomavirus(HPV) enfeksiyonu, sigara kullanımı, kötü genital hijyen ve multipl seksüel partner öyküsüdür (1, 2). Serviks kanseri tedavisi görmüş hastalarda özellikle vajen ve vulva kanserlerinin de gelişim riski artmış olduğundan, bu hastalar mutlaka diğer bölgelerdeki premalign ve malign lezyonlar yönünden yakın olarak takip edilmelidir.

Bu yazıda, serviks kanseri nedeniyle cerrahi tedavi ardından adjuvan kemoradyasyon uygulanan ve sonrasında vajende karsinoma in-situ (VAIN-III) ve invaziv vajen kanseri tespit edilen bir olgu paylaşılacaktır.

OLGU

Elli dört yaşında ve 10 yıldır menopozda olan hasta, vajinal kanama şikayeti ile hastanemize başvurdu. Hastanın anamnezi alındığında, 3 yıl önce skuamöz hücreli serviks kanseri (büyük hücreli keratinize ol-

Geliş tarihi: 13/03/2012

Kabul tarihi: 14/04/2012

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Bölümü

İletişim: Dr. Eralp Başer

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Bölümü, Altındağ-ANKARA

Tel: 0530 460 27 74

E-Posta: eralpbaser@gmail.com

mayan tip) nedeniyle tip 3 radikal abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi ve bilateral pelvik-paraaortik lenfadenektomi geçirdiği öğrenildi. Cerrahi tedavi ardından, pelvik lenf nodu metastazı bulunması nedeniyle adjuvan kemoradyoterapi uygulanmıştı. Tedavi sonrasındaki üç yıl süresince takipleri normaldi. Başka sistemik hastalığı bulunmayan hastanın yapılan pelvik muayenesinde vajen orta seviyesinde arka duvarda yaklaşık 0.5 cm kanamalı ve yüzeyden hafif kabarıklık lezyon izlendi. Bunun dışında vajen alt 1/3'ünde lateral duvarlarda hafif sert lezyonlar mevcuttu. Arka üst duvardan alınan vajinal biyopsi sonucu vajenin skuamoz hücreli karsinomu ve lateral alt duvardan alınan biyopsi sonuçları VAIN-III olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

İnvaziv vajen kanseri ve in-situ kanser (VAIN-III) kadın kanserleri arasında çok nadir olarak görülmekte olup insidansı yaklaşık 1/100,000'dir (1). Vajen kanseri ile serviks kanserinin oluşumunda ortak risk faktörleri geçerli olmakla beraber, bunlar arasında yüksek riskli HPV enfeksiyonu önemli bir yer teşkil etmektedir. Daha önce yapılan bir vaka-kontrol çalışmasında, in-situ veya invaziv vajen kanseri bulunan 156 olgunun %50 kadarında HPV-16 veya -18'e karşı antikolar bulunduğunu gösterilmiştir (1). Yüksek riskli HPV'nin serviks kanseri ile olan yakın ilişkisi günümüzde kesin olarak kanıtlanmış olup (3), bu virusun anal kanal, vulva, vajen hatta orofarengeal kanserlere de yol açabildiği bilinmektedir (4-6).

Serviks kanseri tedavisi gören hastalarda, hastada yüksek riskli HPV gibi risk faktörlerinin sebat etmesi halinde, özellikle vulva ve vajen gibi diğer anatomik bölgelerin de kanserlerinin gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Bu hastalarda ilk 2 yıl 3 ayda bir, sonraki 3 yıl 6 ayda bir ve 5 yıldan sonra yıllık muayene önerilmektedir (7). Muayene sırasında spekulum muayenesinin yanısıra, mutlaka vajen duvarları palpe edilerek şüpheli bölgelerden biyopsi alınmalıdır. Kontrollerde yapılacak pap-smear testi de çok önemlidir. Vajen kanserlerinin yaklaşık %20'si, pap-smear testinde anormallik sayesinde tanı almaktadır (8). Ayrıca üttün servikal intraepitelyal neoplazilerin (CIN) %0,6-1'ine VAIN eşlik ettiği akılda tutulmalıdır (9). Serviks kanseri tedavisi sonrasında erken dönemde HPV testi pozitif olanlarda sitolojik anormalliklerin daha sık olduğu bildirilmiş olmakla birlikte, takipte HPV'nin ru-

tin kullanımıyla ilgili henüz yeterli veri bulunmamaktadır (10).

Vajen kanserinin tedavisi konusunda bir görüş birliği bulunmamakla birlikte, tedavi planının belirlenmesinde tümörün lokalizasyonu, çapı ve evresi belirleyici olmaktadır (11). Evre I ve vajen üst 1/3'ünde yerleşen lezyonlar cerrahi veya radyoterapi ile tedavi edilebilirken, vajen orta ve alt 1/3'ünde lezyonlarda daha çok radyoterapi tercih edilmektedir. Tedavi sonrasında, vajenin mesane ve rektum'la olan yakın komşuluğu nedeniyle, bu organlarla ilgili komplikasyonlar sık olarak görülmektedir. Evre II hastalarda neoadjuvan kemoterapi sonrası cerrahi tedavi, radyoterapiye alternatif olarak uygulanabilmektedir (12). Vajen kanserinde cerrahi tedavi sonrasındaki 5-yıllık sağkalım oranları, evre I, II, III ve IV için sırasıyla %77, %52, %44 v %14 olarak bildirilmiştir (13).

Özetlenecek olursa, bu yazıda serviks kanseri nedeniyle cerrahi ve adjuvan kemoradyasyon tedavileri alan bir olguda oluşan VAIN-III ve invaziv vajen karsinomu gelişimi sunulmuştur. Burada dikkat çekilmek istenen nokta, serviks kanseri sonrasındaki takibin sadece hastalığın rekürrensini erken tespit etmek için değil, aynı zamanda vulva ve vajen gibi risk altındaki diğer anatomik bölgelerin de malignite gelişimi açısından kontrollerinin sağlanması açısından önemli olduğudur. HPV testinin, serviks kanserlerinde tedavi sonrası rekürrensi veya gelişen primer vajen kanserini tespit etmedeki rolünün belirlenebilmesi için gelecekte yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Daling JR, Madeleine MM, Schwartz SM, Shera KA, Carter JJ, McKnight B, et al. A population-based study of squamous cell vaginal cancer: HPV and cofactors. *Gynecol Oncol.* [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2002 Feb;84(2):263-70.
2. Barzon L, Pizzighella S, Corti L, Mengoli C, Palu G. Vaginal dysplastic lesions in women with hysterectomy and receiving radiotherapy are linked to high-risk human papillomavirus. *J Med Virol.* 2002 Jul;67(3):401-5.
3. Franco EL, Duarte-Franco E, Ferenczy A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *CMAJ.* 2001 Apr 3;164(7):1017-25.
4. Tilston P. Anal human papillomavirus and anal cancer. *J Clin Pathol.* 1997 Aug;50(8):625-34.

5. Sturgis EM, Ang KK. The epidemic of HPV-associated oropharyngeal cancer is here: is it time to change our treatment paradigms? *J Natl Compr Canc Netw*. 2011 Jun 1;9(6):665-73.
6. Monk BJ, Burger RA, Lin F, Parham G, Vasilev SA, Wilczynski SP. Prognostic significance of human papillomavirus DNA in vulvar carcinoma. *Obstet Gynecol*. 1995 May;85(5 Pt 1):709-15.
7. Salani R, Backes FJ, Fung MF, Holschneider CH, Parker LP, Bristow RE, et al. Posttreatment surveillance and diagnosis of recurrence in women with gynecologic malignancies: Society of Gynecologic Oncologists recommendations. *Am J Obstet Gynecol*. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. 2011 Jun;204(6):466-78.
8. Gallup DG, Talledo OE, Shah KJ, Hayes C. Invasive squamous cell carcinoma of the vagina: a 14-year study. *Obstetrics and gynecology*. 1987 May;69(5):782-5.
9. Frega A, French D, Piazze J, Cerekja A, Vetrano G, Moscarini M. Prediction of persistent vaginal intraepithelial neoplasia in previously hysterectomized women by high-risk HPV DNA detection. *Cancer Lett*. 2007 May 8;249(2):235-41.
10. de Azevedo AE, Carneiro FP, Neto FF, Bocca AL, Teixeira LS, de Queiroz Mauricio Filho MA, et al. Association between human papillomavirus infection and cytological abnormalities during early follow-up of invasive cervical cancer. *Journal of medical virology*. 2012 Jul;84(7):1115-9.
11. Lian J, Dundas G, Carlone M, Ghosh S, Pearcey R. Twenty-year review of radiotherapy for vaginal cancer: an institutional experience. *Gynecol Oncol*. 2008 Nov;111(2):298-306.
12. Benedetti Panici P, Bellati F, Plotti F, Di Donato V, Antonilli M, Perniola G, et al. Neoadjuvant chemotherapy followed by radical surgery in patients affected by vaginal carcinoma. *Gynecol Oncol*. [Clinical Trial]. 2008 Nov;111(2):307-11.
13. Tjalma WA, Monaghan JM, de Barros Lopes A, Naik R, Nordin AJ, Weyler JJ. The role of surgery in invasive squamous carcinoma of the vagina. *Gynecol Oncol*. 2001 Jun;81(3):360-5.