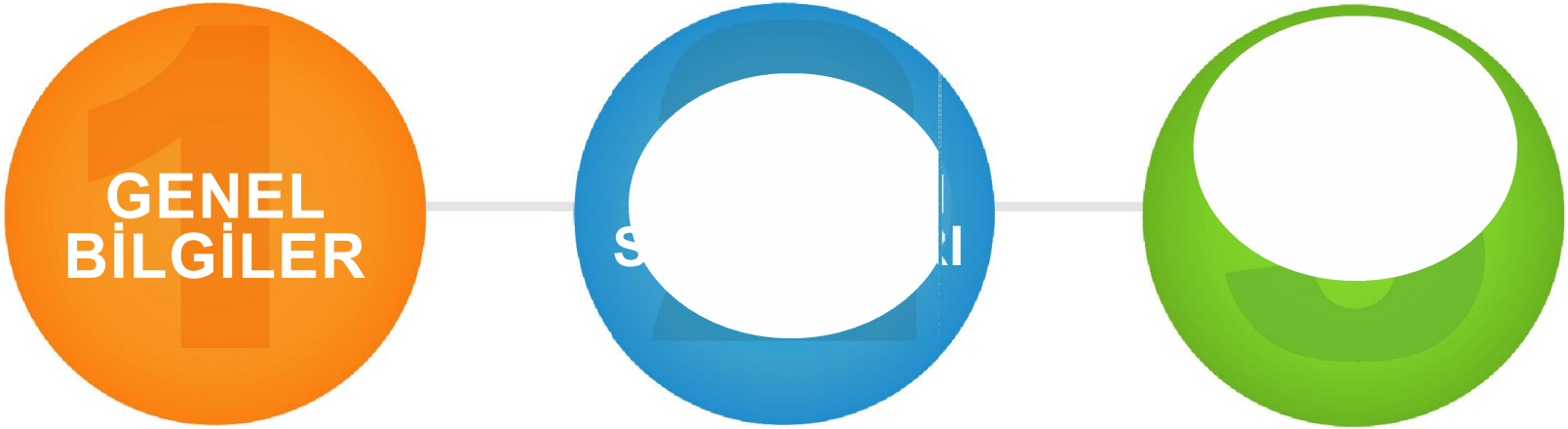
VULVAR KANSERLERDE LOKAL NÜKSLERİN YÖNETİMİ

PROF DR HALDUN GÜNER

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TİP FAKÜLTESİ

KADİN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

Vulvar kanser



1

GENEL BİLGİLER

2

REKÜRRENS ORANLARI

REKÜRRENS İNSİDANSI

Source	Number of primary cancers treated	Number of recurrences (%)
Podratz et al (1982)[8]	224	58 (26%)
Simonsen (1984)[12]	244	41 (17%)
Hopkins et al (1990)[11]	172	20 (12%)
Tilmans et al (1992)[10]	150	21 (14%)
Chakalova and Karagiozov (1993)[17]	276	102 (37%)
Piura et al (1993)[7]	376	73 (19%)
Maggino et al (2000)[9]	502	187 (37%)
Rouzier et al (2002)[13]	125	33 (15%)

REKÜRRENS ZAMANLAMASI

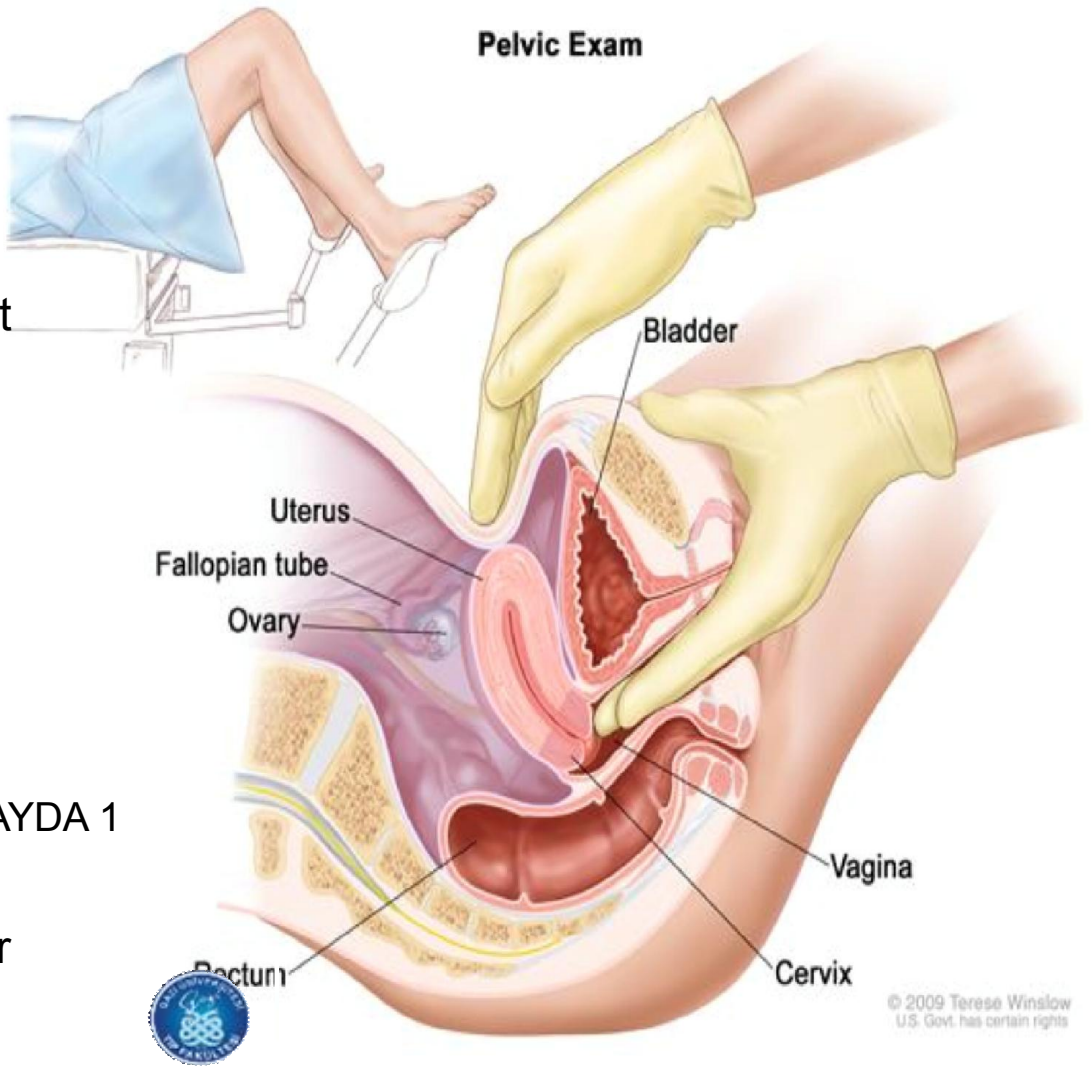
- Olguların %80'i primer cerrahiden sonraki 2 yıl içinde nükseder
- Olguların **% 10**'unda nüksler **≥ 5 yıl** sonra

Olgular uzun süre takip edilmeli !

Gonzalez B., Long-term survival and disease recurrence in patients with primary squamous cell carcinoma of the vulva. Gynecol Oncol. 2005 Jun;97(3):828–33.

PRİMER TEDAVİ SONRASI TAKİP

- Seri vulva, inguinal nod ve cilt köprülerinin muayenesi
- ERKEN EVRE:
  - İLK 2 YIL 6 AYDA 1
  - SONRA YILLIK
- İLERİ EVRE:
  - İLK 2 YIL 3 AYDA 1
  - SONRAKİ 3 YIL 6 AYDA 1
  - SONRA YILLIK
- Yıllık servikal / kaf smear



PRİMER TEDAVİ SONRASI TAKİP

- 238 hasta, ortalama takip süresi 63 ay
- n=65 rekürren vulvar karsinomlu olgu (%27)

- **Rekürrense ait semptom olanlar n=44 (%65)**
  - Semptom nedeniyle arada başvuran n=23
  - Semptomu olan fakat rutin viziti bekleyen n=21
- **Rekürrense ait semptomu olmayan n=21 (%35)**

Oonk MHM, de Hullu J a,
The value of routine follow-up in patients treated for carcinoma of the vulva.
Cancer. 2003 Dec 15;98(12):2624–9.

REKÜRRENSİN TİPLERİ

n=502, opere vulva ca, rekürrens oranı % 37,8

- Vulvada → LOKAL REKÜRRENS
  - Primer tümör yatağında veya
  - Rezidüel vulvada
- Lenf Nodunda → NODAL veya BÖLGESEL (REGIONAL) R
  - Lenfatik
- Uzak metastaz → UZAK REKÜRRENS
  - Pelvik
  - Extrapelvik
- Birçok yerde rekürrens → MULTIPLE REKÜRRENS

% 53

% 19

% 6-8

% 14

Maggino T,
Patterns of recurrence in patients with squamous cell carcinoma of the vulva. A multicenter CTF Study. Cancer. 2000 Jul 1;89(1):116–22.

REKÜRRENSE GÖRE SAĞKALIM ORANLARI (5 YIL)

- Vulvada → LOKAL REKÜRRENS
  - Primer tümör yatağında veya
  - Rezidüel vulvada
- Lenf Nodunda → NODAL veya BÖLGESEL (REGIONAL) R
  - Lenfatik
- Uzak metastaz → UZAK REKÜRRENS
  - Pelvik
  - Extrapelvik
- Birçok yerde rekürrens → MULTIPLE REKÜRRENS

% 60

% 27

% 15

% 14

Maggino T,
Patterns of recurrence in patients with squamous cell carcinoma of the vulva.
A multicenter CTF Study. Cancer. 2000 Jul 1;89(1):116–22.

REKÜRRENSE GÖRE SAĞKALIM ORANLARI

Years after treatment	Site[a]		
	Local/vulva	Distant metastases	Groin
2	83	46	33
5	79	29	0
10	66	18	0

Gonzalez Bosquet J,
Long-term survival and disease recurrence in patients with primary squamous cell carcinoma of the vulva.
Gynecol Oncol. 2005 Jun;97(3):828–33.

REKÜRRENS ORANLARI

Modifiye radikal operasyon sonrası

Author	*n*	Local (%)	Bridge (%)	Groin (%)	Distant (%)
de Hullu (2002)	238	18 (8)	1 (0.4)	2 (0.8)	12 (5)
Gonzalez-Bosquet et al (2005)	330	64 (19)	—	8 (2.4)	37 (11)
Maggino et al (2000)	502	100 (20)	—	35 (6.9)	25 (5)
Oonk et al (2003)	238	49 (20)	2 (0.8)	6 (2.5)	8 (3)
Rouzier (2002)	215	26 (17)	7 (3.3)		

LOKAL REKÜRRENS İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

- Büyük tümörler
- LVSI pozitifliği
- İlk cerrahi sırasında **nodal tutulum** olması
- **Cerrahi sınır** (Geniş lokal eksizyonlarda)

En blok radikal vulvektomi sonrası lokal rekürrens

Makro sınır en az 2 cm olmalı

- Eğer > 8 mm ise lokal rekürrens çok düşük
- Heap ve ark → lokal nükslerin %50'sinde sınır <8 mm
- Hullu ve ark → Sınır < 8mm ise nüks oranı % 22,5

Heaps JM, Surgical–pathologic variables predictive of local recurrence in squamous cell carcinoma of the vulva. Gynecol Oncol 1990;38:309–14.

de Hullu JA, Vulvar carcinoma. The price of less radical surgery. Cancer 2002;95:2331–8.

CERRAHİ SINIR

- Prospektif bir çalışmada (n=86, primer/rekürren olgu)
- ÇIPLAK GÖZ ❖ MİKROSKOPİ UYUMU değerlendirilmiş
- Çoğu olguda 1 cm'lik makro sınır ile güvenli mikro sınır sağlanmış (0.8 mm)

Microscopic margin	Macroscopic measures, cm				Total
	0.5	1	1.5	2	
Positive	5	1	0	0	6 (2)
Width, cm					
<0.8	29	22	6	2	59 (17)
≥0.8	4	112	58	105	279 (81)
Total	38	135	64	107	344

Palaia I. Invasive vulvar carcinoma and the question of the surgical margin. Int J Gynaecol Obstet. 2011 Aug;114(2):120–3.

REKÜRRENS İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ (İLK TÜMÖRÜN LOKALİZASYONU)

Gözlemsel çalışma, n=107,
radikal eksizyon + lenfadenektomi (uni / bilateral) ± adjuvan radyoterapi (invazyon >1 mm , çap>2 cm, nodal met+

Risk factors	HR (95% CI)	*p*
Age, > 70 years	0.61 (0.36-1.05)	0.07
Multilocular leasion vs. Unilocular leasion	1.91 (0.91-4.01)	0.08
Involvement of midline vs. lateral leasion	0.46 (0.28-0.76)	0.02
Lymphnode metastases vs. no metastases	0.83 (0.51-1.36)	0.46
Inguinal lymphadenectomy	0.75 (0.40-1.40)	0.36
Preoparative and postoperative radiotherapy vs. only postoperative radiotherapy	1.66 (0.98-2.81)	0.06
Late stage (FIGO III and IV) vs. early stage (FIGO I and II) cancer	0.67 (0.40-1.10)	0.12

Midline

Stankevica J, Midline involvement as a risk factor for vulvar cancer recurrence. Asian Pac J Cancer Prev. 2012

REKÜRRENS İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ (NODAL TUTULUM)

- Overall rekürrens
  - İlk operasyonda nodal tutulum (-) → %31
  - İlk operasyonda nodal tutulum (+) → %52
- İzole vulvar rekürrens
  - İlk operasyonda nodal tutulum (-) → %27
  - İlk operasyonda nodal tutulum (+) → %54

Crosbie EJ, The management of vulval cancer. Cancer Treat Rev. 2009 Nov;35(7):533–9.

NODAL TUTULUM - SURVİV, REKÜRRENS, METASTAZ

Time from initial surgery (years)	Value (%)	
	İng-fem Nod -	***İng-fem Nod +***
Survival		
2	98	69
5	96	64
10	92	61
15	91	59
Recurrence		
2	5	34
5	8	38
10	18	46
15	23	60
Metastasis		
2	1	20
5	1	23
10	2	24
15	4	26

Gonzalez Bosquet J, Gynecol Oncol. 2005 Jun;97(3):828–33.

NODAL TUTULUM – REKÜRRENS LOKALİZASYONU

Time after initial treatment (years)	Treatment failures					
	İng-fem Nod - (n = 38)			İng-fem Nod + (n = 50)		
	Vulva	Groin	Distant	Vulva	Groin	Distant
0–2	8	1	5	18	7	26
2–5	6	0	0	2	0	1
>5	20	0	3	10	0	2
Total	34	1	8	30	7	29

Gonzalez Bosquet J,
Long-term survival and disease recurrence in patients with primary squamous cell carcinoma of the vulva.
Gynecol Oncol. 2005 Jun;97(3):828–33.

CERRAHİ TEKNİK – REKÜRRENS İLİŞKİSİ

TEKNİK	REKÜRRENS	ÖLÜM
Geniş lokal eksizyon ve triple insizyon	%33	5/79
En-blok	%19	2/179
	$p < 0.05$	NS

de Hullu JA, Hollema H, Lolkema S, Boezen M, Boonstra H, Burger MP, et al. Vulvar carcinoma: the price of less radical surgery. Cancer 2002;95:2331–8.

CERRAHİ TEKNİK – REKÜRRENS İLİŞKİSİ

- n= 76, T1 – T2 tümörlerde , (en blok vs triple teknik)
  Rekürrens açısından : EN BLOK TEKNİK daha avantajlı

Prognostic variable	Hazard ratio	95% confidence interval	*P*-value
Diameter (cm)			
≤4	1		
>4	0.71	0.34–1.46	0.348
Treatment			
Triple	1		
En bloc	0.46	0.23–0.91	0.026
Capsule			
Intracapsular	1		
Extracapsular	2.06	1.09–3.89	0.027
TNM			
N1	1		
N2	1.36	0.70–2.66	0.365
Positive nodes			
≤2	1		
>2	1.68	0.88–3.19	0.113

van der Velden. Int J Gynecol Cancer. 2004;14(4):633–8.

CERRAHİ TEKNİK – REKÜRRENS İLİŞKİSİ

- n= 76, T1 – T2 tümörlerde , (en blok vs triple teknik)
  Surviv açısından : FARK YOK

Prognostic variable	Hazard ratio	95% confidence interval	*P*-value
Diameter (cm)			
≤4	1		
>4	1.07	0.48–2.41	0.854
Treatment			
Triple	1		
En bloc	0.99	0.43–2.30	0.996
Capsule			
Intra	1		
Extra	3.17	1.38–7.29	0.006
TNM			
N1	1		
N2	1.26	0.46–3.45	0.654
Positive lymph nodes			
≤2	1		
>2	0.96	0.35–2.64	0.933

van der Velden. Int J Gynecol Cancer. 2004;14(4):633–8.

REKÜRRENSLERDE PROGNOSTİK KRİTERLER

- Rekürrensin yeri (nodal ve uzak rekürrens)
- Relaps olana kadar geçen süre (<16 ay)
- Tümör grade'i

Salom EM, Penalver M. Recurrent vulvar cancer. Curr Treat Options Oncol. 2002 Apr;3(2):143–53.

LOKAL REKÜRRENSLERDE PROGNOZ

En blok radikal vulvektomi sonrası lokal rekürrens

- Primer eksizyon sahasındaki nükslerin prognozu daha kötü
- Primer eksizyon sahasından uzak, yeni lezyon şeklindeki nükslerde prognoz daha iyi

Rouzier and colleagues (2001)

- Primer tümörü orta hatta olanlarda prognoz daha iyi
  - Primer operasyonun daha radikal olması

Stankevica J, Midline involvement as a risk factor for vulvar cancer recurrence. Asian Pac J Cancer Prev. 2012 Jan;13(10):5237–40.

TEDAVİ - YÖNETİM

TEDAVİ

- Tedaviyi ve sonuçları belirleyen en önemli kriterler;
  - **Rekürrensin yeri ve**
  - **Yaygınlığı**
  - Diğerleri;
    - Primer cerrahinin büyüklüğü
    - Önceden radyoterapi + / -
    - Hastanın medikal durumu
    - Hastanın istemi

STANDART YAKLAŞIMLAR

- Geniş lokal eksizyon +/- radyoterapi
- Radikal vulvektomi ve pelvik ekzantrasyon
- Senkronize radyasyon ve sitotoksik kemoterapi (Cerrahiye ek veya tek başına)

LOKAL REKÜRRENSDE CERRAHİ TEDAVİ

- İzole vulvar rekürrenslerde cerrahi yapılabiliyorsa küratif özelliği var
  - Rekürrenslerde overall 5 yıl surviv: %25 – 35
  - Radikal geniş lokal eksizyon yapılabiliyorsa: %50 – 70
- Uygun cerrahi sınır sağlanarak radikal eksizyon çok önemli
  - Rekürren olgularda 1 cm cerrahi sınır ?
  - Bazı yazarlar 2 cm cerrahi sınır önermektedir

De Hullu JA, Cancer, 2002
Rouzier R, Obstet Gynecol, 2002
Salom EM, 2002

LOKAL REKÜRRENSDE CERRAHİ TEDAVİ

- Ultraradikal cerrahi
  - Yaygın lokal rekürren hastalıkta ve
  - Daha önce RT ile tedavi edilenlerde endikedir.
- Hayat kalitesi bozuk olanlarda palyatif ekzantrasyon cerrahi yapılabilir
- Ekzantrasyon cerrahilerinde **surviv** en fazla % 38

Hopkins M, Morley G, Cancer 1992; 70:2835

Miller B, Gynecologic oncology 1995;58:202

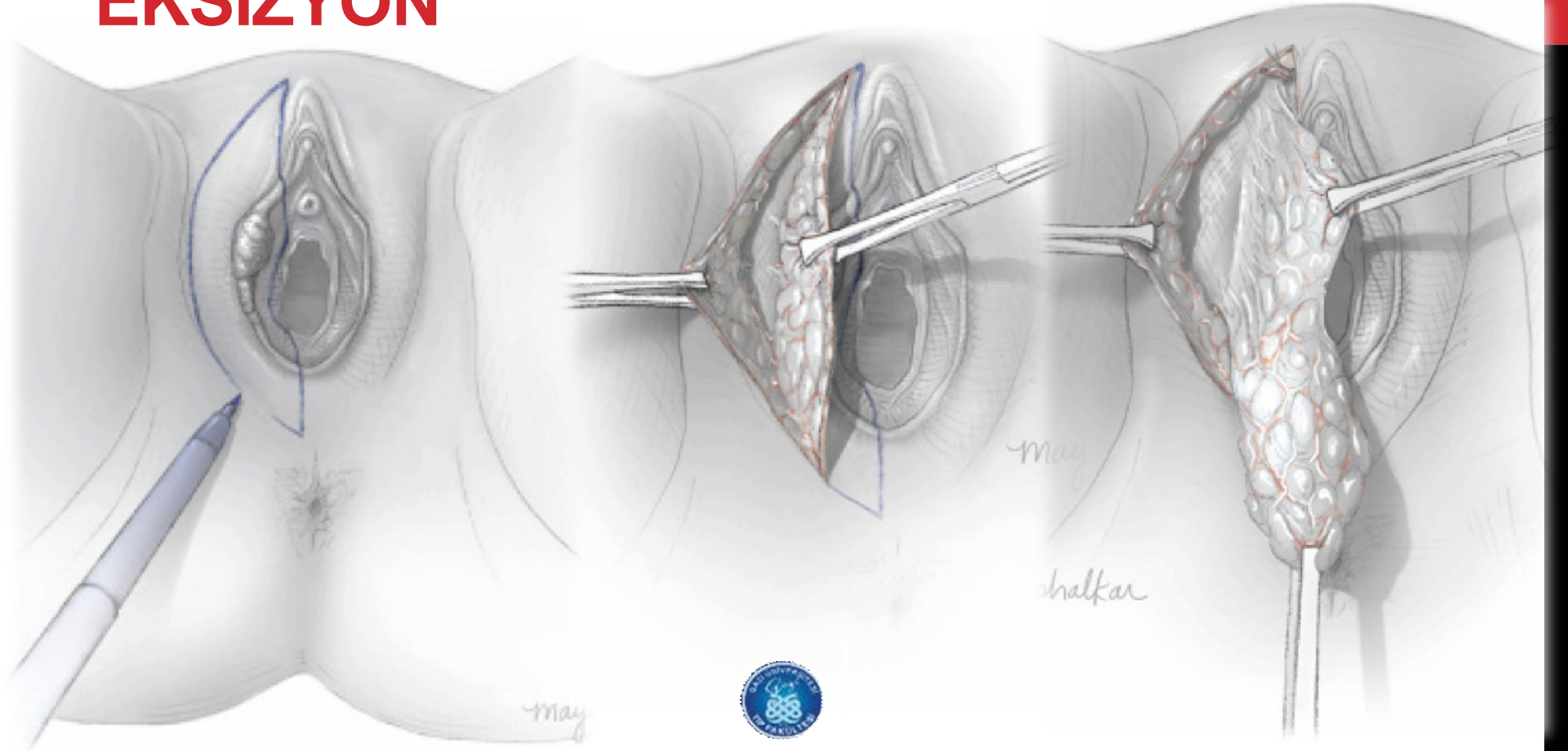
LOKAL REKÜRRENSDE CERRAHİ TEDAVİ

- **Lateral Rekürrenslerde**
  - Geniş Lokal Radial Eksizyon (GLRE)
    - Üretra ve perineyi içermeyen rekürrenslerde
    - Başarı oranı %65 – 70
    - Tedavi edilmeyenlerde mortalite % 100
  - Daha önce RT almamışsa İNG-LND (İpsilateral) de yapılmalıdır.

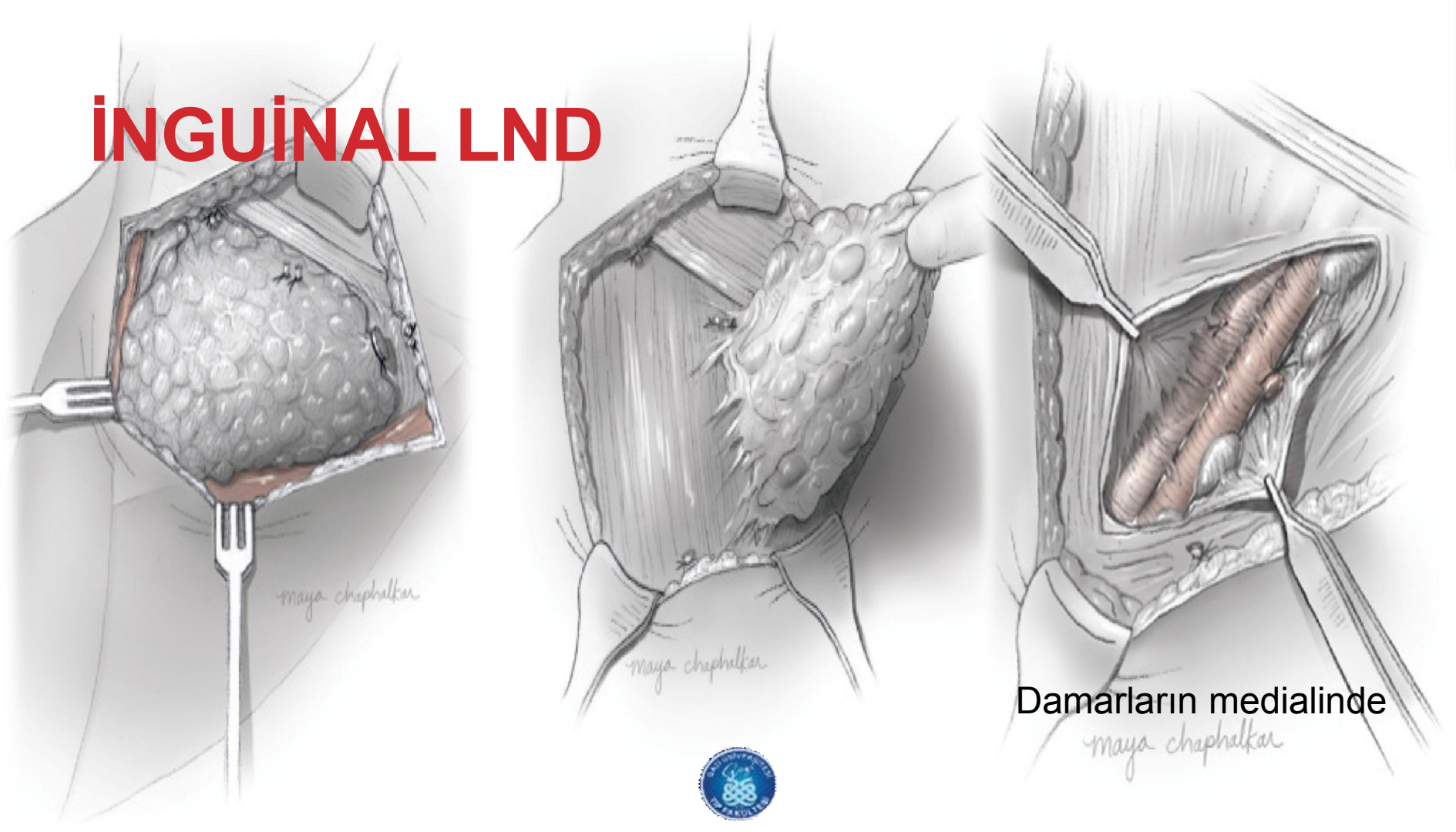
LOKAL REKÜRRENSDE CERRAHİ TEDAVİ

- **Lateral Rekürrenslerde**
  - Geniş Lokal Radial Eksizyon (GLRE)
    - Lezyon
    - Derin perineal fasyaya kadar cilt-altı da çıkarılır
    - 1 cm lik cerrahi sınır yeterli olsa da 2 cm lik sınır alınarak yapılması öneriliyor
    - Büyük defektlerin tamiri için
      - Rhomboid flap, Z flap,
      - Myokutanöz flapler (Grasilis, Tensor fasya lata)

GENİŞ LOKAL RADİKAL EKSİZYON

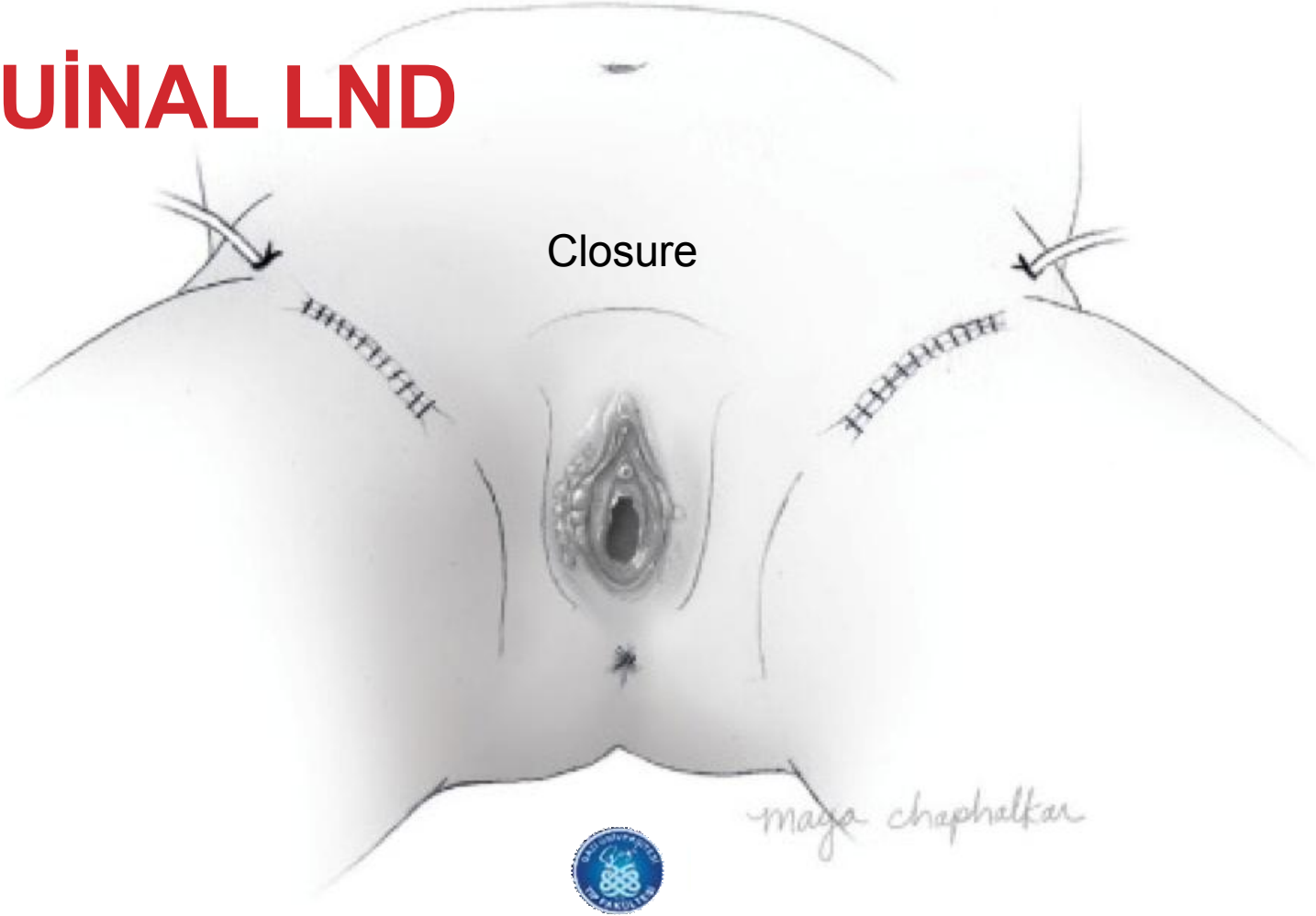


İNGUİNAL LND

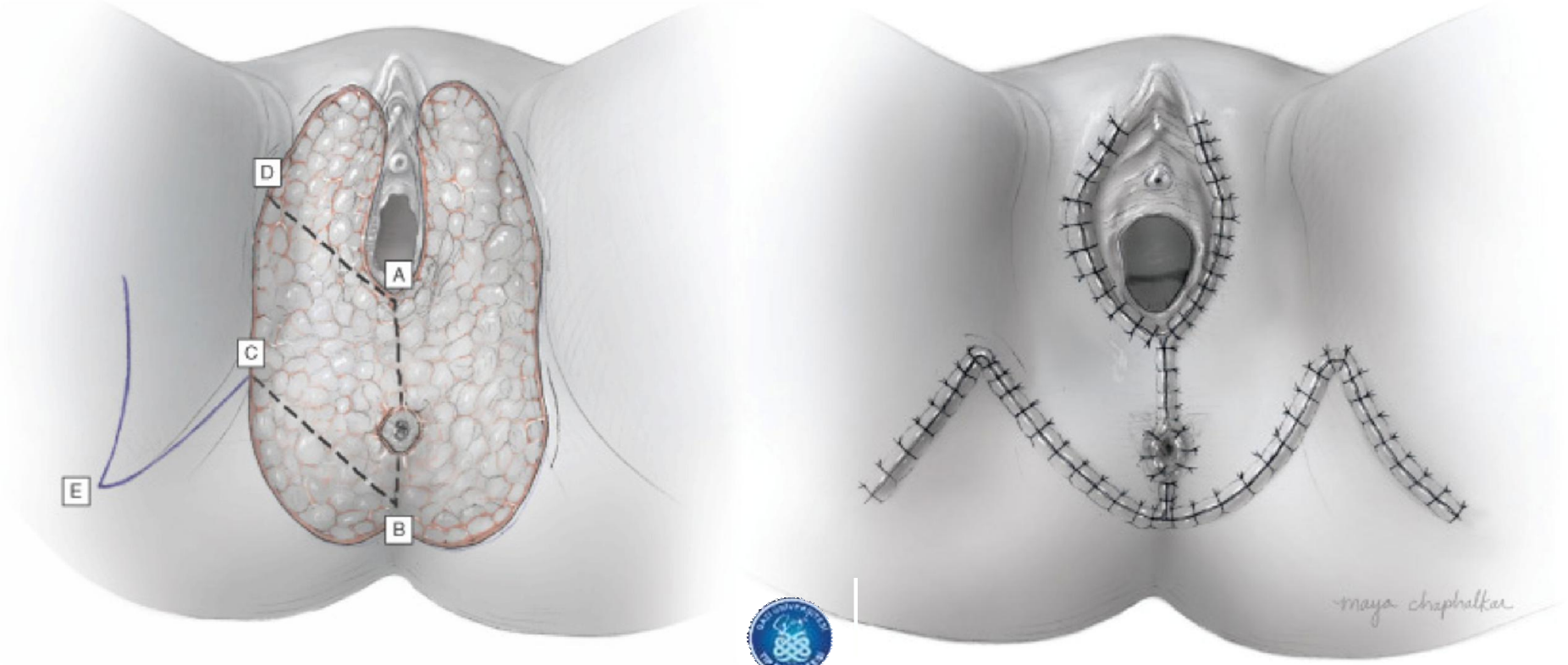


Damarların medialinde

İNGUİNAL LND



RHOMBOİD FLAP



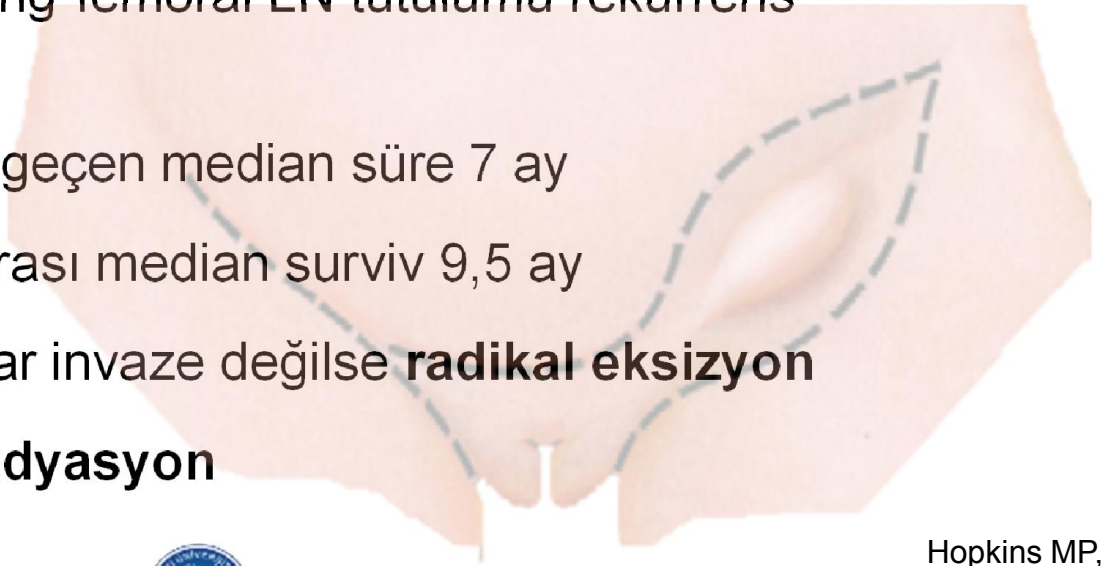
GRASİLİS FLAP

LOKAL REKÜRRENSDE CERRAHİ TEDAVİ

- **Santral Rekürrenslerde**
  - Total pelvik ekzentrasyon
    - Daha önce RT almış
    - Üretra, vajina ve rektum tutulumu olan hastalarda
    - Morbidite çok yüksek (Medikal olarak durumu iyi hastalarda yapılmalı)
    - Başarı oranı %30-35

KASIK REKÜRRENSLERİNDE TEDAVİ

- Overall kasık rekürrensi % 6 - 30 oranında bildirilmiştir
- Primer op sırasında ing-femoral LN tutulumu rekürrens olasılığını artırır
- Kasık rekürrensi için geçen median süre 7 ay
- Kasık rekürrensi sonrası median surviv 9,5 ay
- Eğer femoral damarlar invaze değilse **radikal eksizyon**
- **Sonrasında kemoradyasyon**



Hopkins MP,
The surgical manage- ment of recurrent squamous cell carcinoma of the vulva. Obstet Gynecol 1990;75:1001–5.

UZAK REKÜRRENSLERDE TEDAVİ

- Tüm rekürrenslerin % 5'ini oluşturur
- Bunların %8-23'ünde prognoz umutsuzdur
- Kemoterapi
  - Etkinliği kanıtlanmamıştır
  - Hastanın performansı
  - Tedavinin toksisitesi
  - Hastanın KT istemi değerlendirilir
    - Tedaviyi reddederse palyatif tedavi verilir.

UZAK REKÜRRENSLERDE TEDAVİ

- Kemoterapi ile ilgili prospektif randomize çalışma yoktur.
- Servikal kanserde kısmen etkili **Platin** ve **Taxol** verilebilir

- Sisplatin, veya
- Karboplatin

+

- Paklitaksel

- Karboplatin daha iyi tolere edildiği için Sisplatin yerine **Karboplatin + Paklitaksel** kombinasyonu tercih edilmektedir.

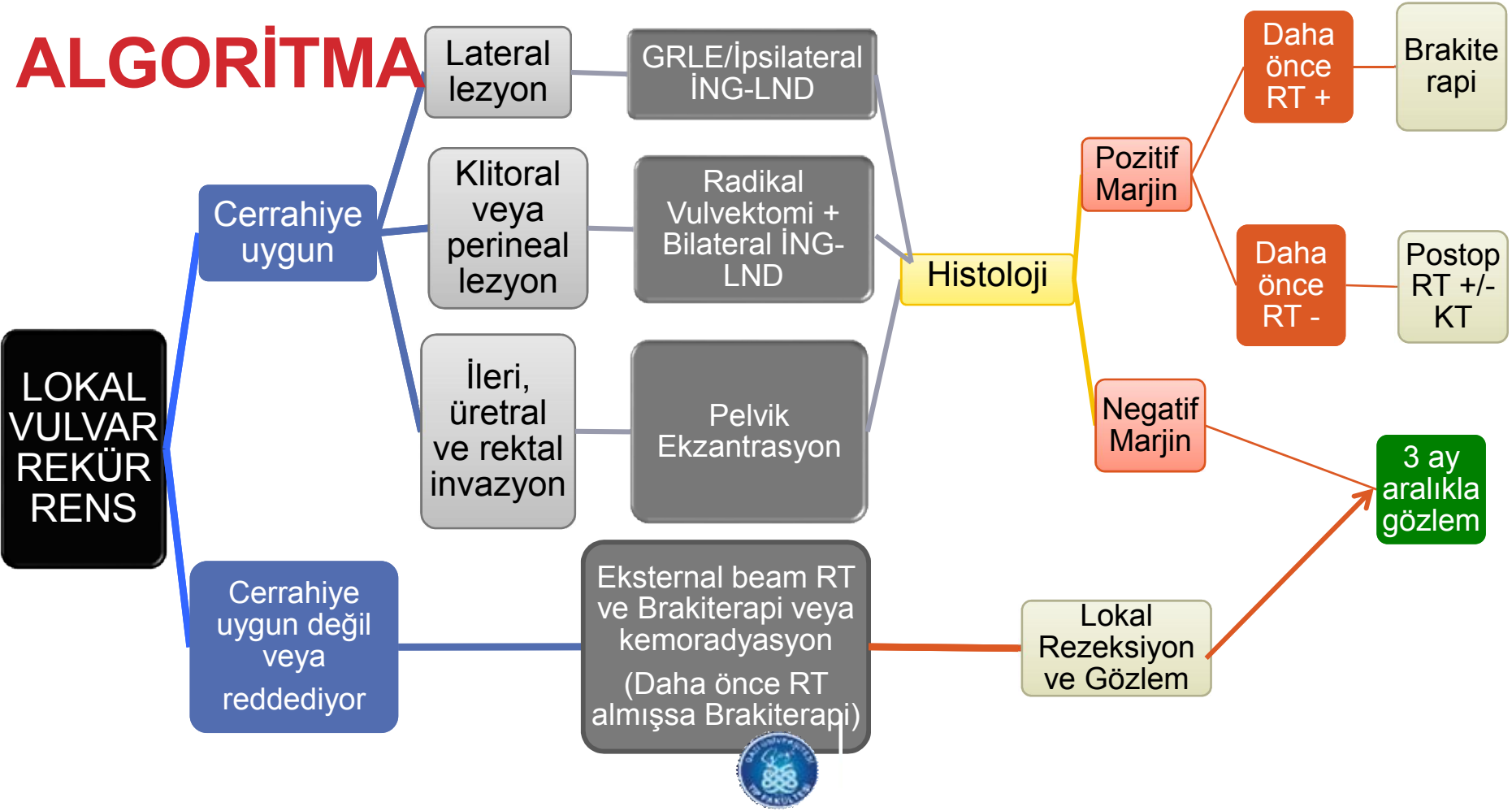
REKÜRRENSTE KEMORADYASYONUN ETKİNLİĞİ

		Advanced disease				Recurrent disease			
Author	Year	Patients	CR, %	PR + CR, %	2-year survival, %	Patients	CR, %	PR + CR, %	2-year survival, %
Landoni *et al.* [23]	1995	49	34	88	36	—	—	—	—
Eifel *et al.* [24]	1995	12	58	83	58	—	—	—	—
Russel *et al.* [25]	1992	18	89	94	66	7	57	100	28
Berek *et al.* [26]	1991	12	67	92	84	—	—	—	—
Thomas *et al.* [27••]	1988	9	67	—	67	15	53	—	46

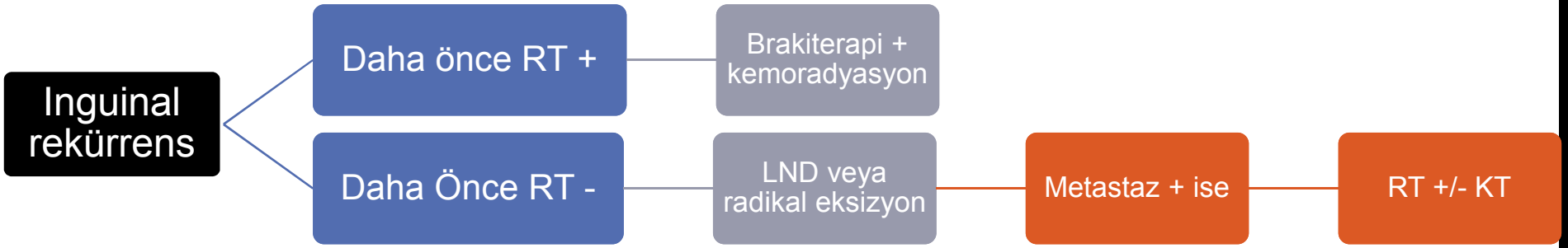
RADYOTERAPİ İÇİN KEMOSENSİTİZASYON

- 5-Fluorourasil ve mitomisin – C
- 5-FU + sisplatin komb,nasyonu ve mitomisin – C ile başarılı sonuçlar alınmış
  - Overall response primer ileri evre vulva ca %83-92
  - Overall response rekürrent vulva ca %53 – 100
- Eşzamanlı preop kemoradyasyonun 2 yıllık survive etkisi
  - Primer ileri evre vulvar karsinom için %84
  - Rekürren vulva ca için %46
- Pelvik yan duvarda bir rekürrens varsa
  - 5FU + External beam RT verilebilir.

ALGORİTMA

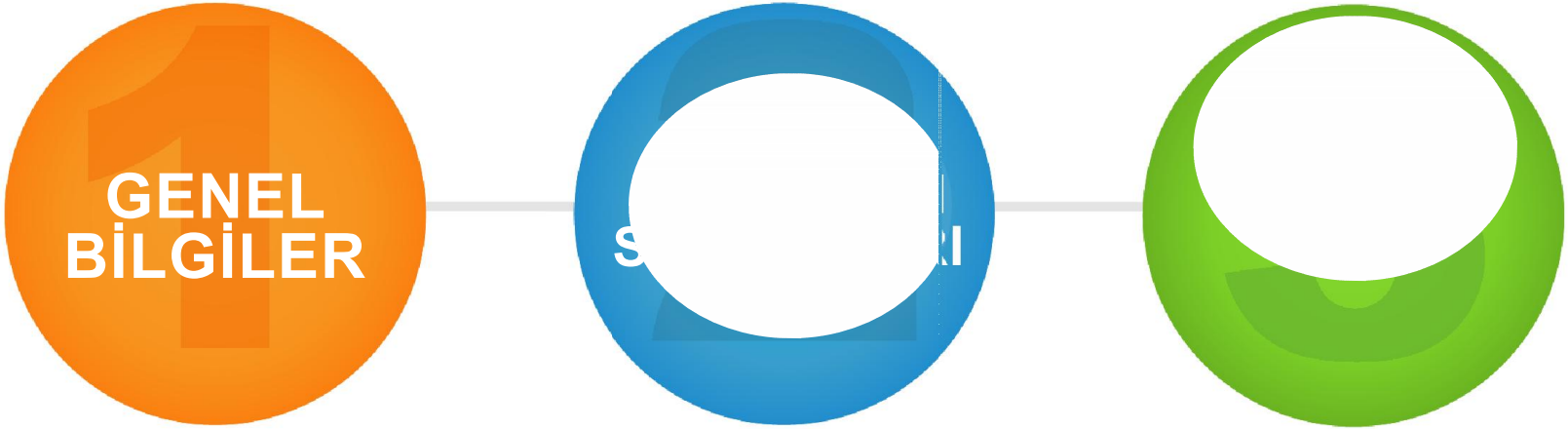

LOKAL VULVAR REKÜR RENS
Cerrahiye uygun
Cerrahiye uygun değil veya reddediyor
Lateral lezyon
Klitoral veya perineal lezyon
İleri, üretral ve rektal invazyon
GRLE/İpsilateral İNG-LND
Radikal Vulvektomi + Bilateral İNG-LND
Pelvik Ekzantrasyon
Eksternal beam RT ve Brakiterapi veya kemoradyasyon
(Daha önce RT almışsa Brakiterapi)
Histoloji
Pozitif Marjin
Negatif Marjin
Daha önce RT +
Daha önce RT -
Brakiterapi
Postop RT +/- KT
Lokal Rezeksiyon ve Gözlem
3 ay aralıkla gözlem

ALGORİTMA


Inguinal rekürrens
Daha önce RT +
Brakiterapi + kemoradyasyon
Daha Önce RT -
LND veya radikal eksizyon
Metastaz + ise
RT +/- KT

TEŞEKKÜR EDERİM

Vulvar kanser



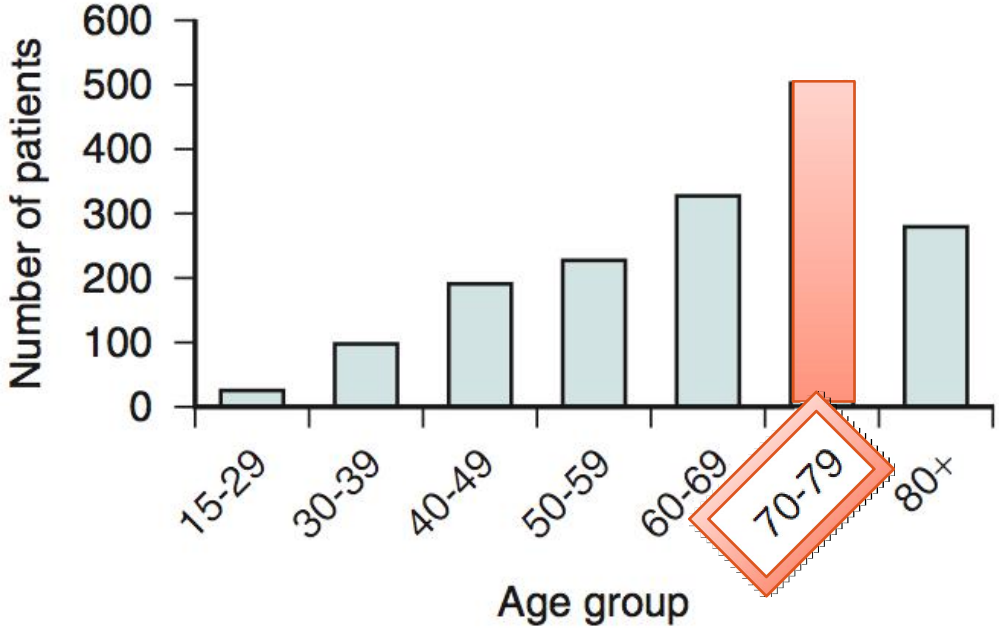
1

GENEL BİLGİLER

EPİDEMİYOLOJİ

- Vulvar kanser genital kanserlerin %5'ini oluşturur
- 2014 te beklenen sayılar
  - Yeni olgu: 4,850
  - Ölüm:1,030
- En sık görüldüğü yerler :
  - Labia Majora (%50)
  - Labia Minora (15-20)
  - Bartholin ve klitoris
- %5 olguda multifokal

EPİDEMİYOLOJİ



Age group	Patients (*n*)	Percentage (%)
15-29	22	1.3
30-39	97	5.9
40-49	188	11.4
50-59	227	13.7
60-69	332	20.1
70-79	505	30.6
80+	280	17.0
Total	1651	100.0

6th Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer.
Int J Gynaecol Obstet Vol 95, 2006

HİSTOLOJİYE GÖRE İNSİDANS

Yaklaşık %90'ı skuamöz hc'li karsinom

Epidermoid	86.2	
Melanoma	4.8	
Sarcoma	2.2	
Basal cell	1.4	
Bartholin gland		
Squamous	0.4	
Adenocarcinoma	0.6	1.2
Adenocarcinoma	0.6	
Undifferentiated	3.9	

PROGNOZ

İNGUİNAL NODAL TUTULUM

KOMŞU ORGAN TUTULUMU

- Primer tümörün çapı ile daha az ilintili
- Opere edilebilir ve nodal tutulumu olmayan bir tümörde surviv : %90
- Nodal tutulum varsa : %50-60

AJCC Cancer Staging Manual. Springer, 2010

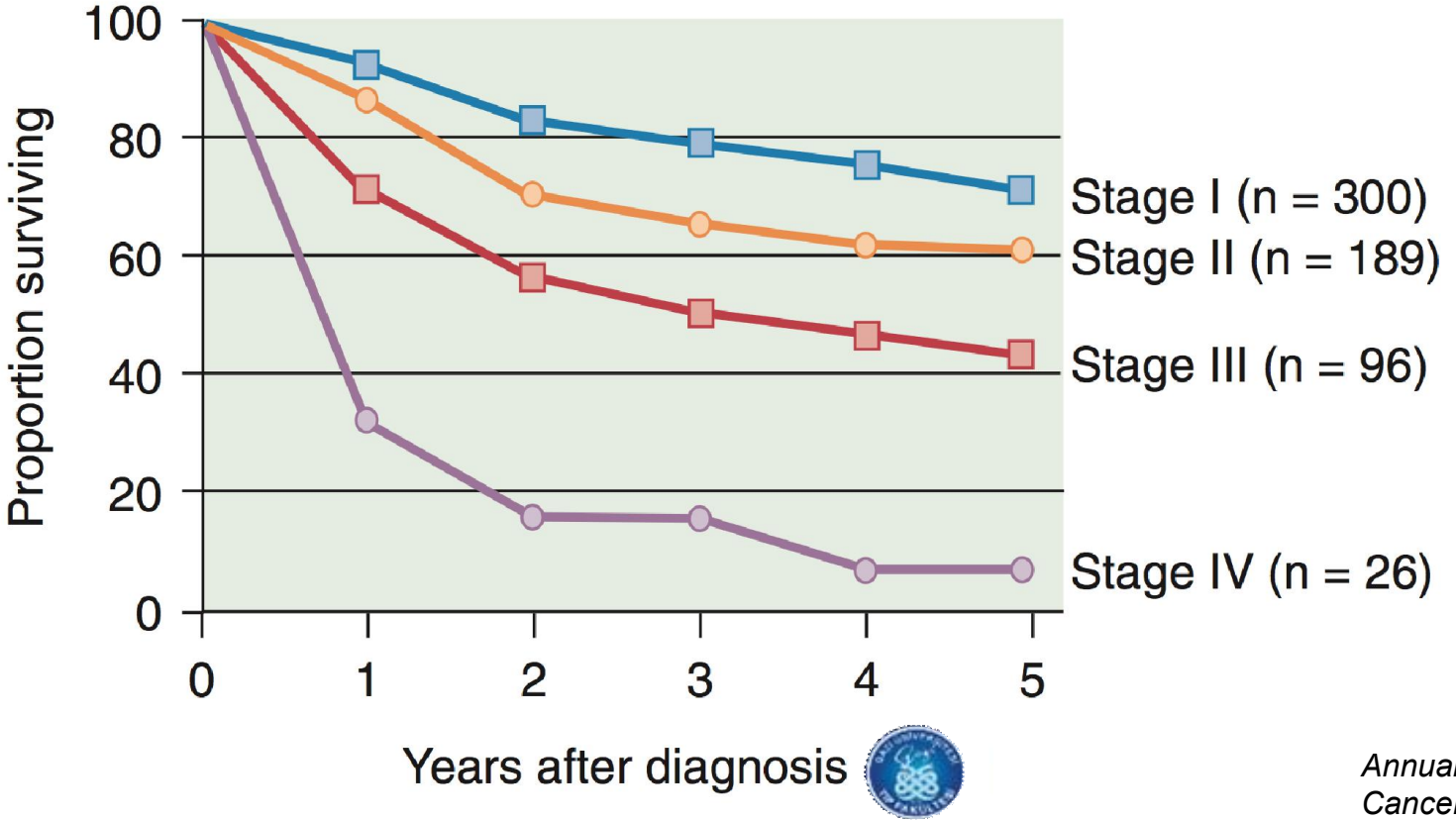
PROGNOZ

Series	Status of Nodes	No. of Patients	Percentage Surviving	
			Positive	Negative
Boyce (1985)	Positive	30	50	
	Negative	49		82
Shimm et al (1986)	Positive	33	52	
	Negative	65		77
Cavanagh et al (1990)	Positive	77	39	
	Negative	126		85
Creasman (1997)	Positive	444	49	
	Negative	983		90

PROGNOZ

PELVİK NOD + İSE %18	5-Year Survival Rate (%)
Way (1957)	2/9 (22.2)
Green et al (1958)	2/16 (12.5)
Way (1960)	3/8 (37.5)
Merrill and Ross (1961)	1/3 (33.3)
Collins et al (1963)	1/6 (16.7)
Franklin and Rutledge (1971)	3/12 (25.0)
Morley (1976)	1/6 (16.7)
Curry, Wharton, and Rutledge (1980)	2/9 (22.2)
Boyce (1985)	0/6 (0)
Shimm et al (1986)	0/7 (0)
Total	15/82 (18.3)

PROGNOZ



Annual Report of Gynecological Cancer. FIGO, Vol 23, 1998.

TEDAVİ

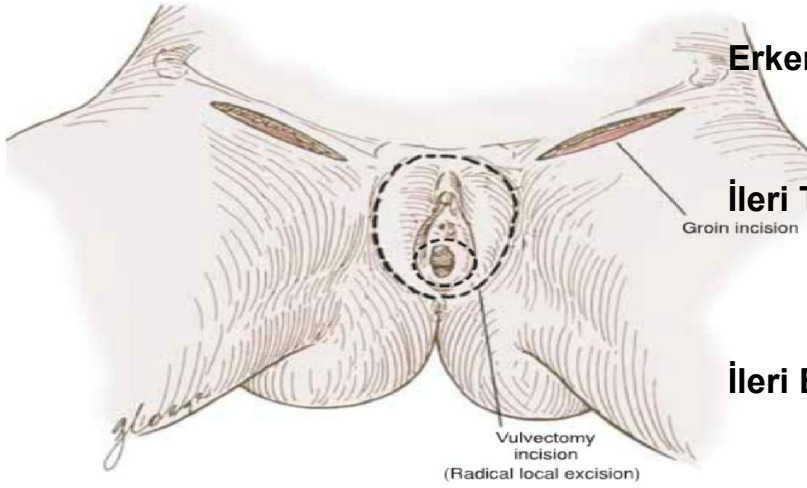
Operasyon öncesi her hastaya vulva – vagen – serviksin kolposkopik muayenesi yapılmalıdır.

T1a (Microinvasive Tm)

- Geniş Lokal Eksizyon

T1b (Erken evre Vulvar Ca)

- Radikal Lokal Eksizyon
  (at-least 1 cm grossly – margin, extending down to the inf. Fascia of the urogenital diafragm)



Erken T2 Vulvar Ca

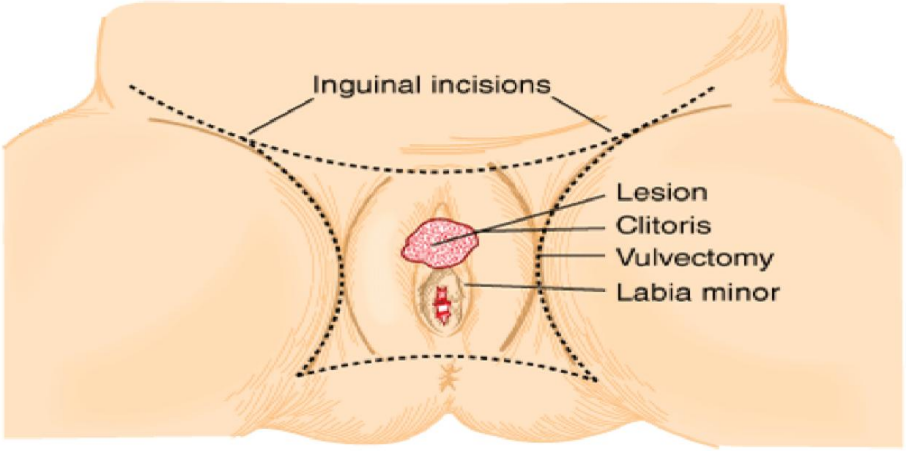
- Radkal Lokal Eksizyon , veya
- Radical Vulvektomi

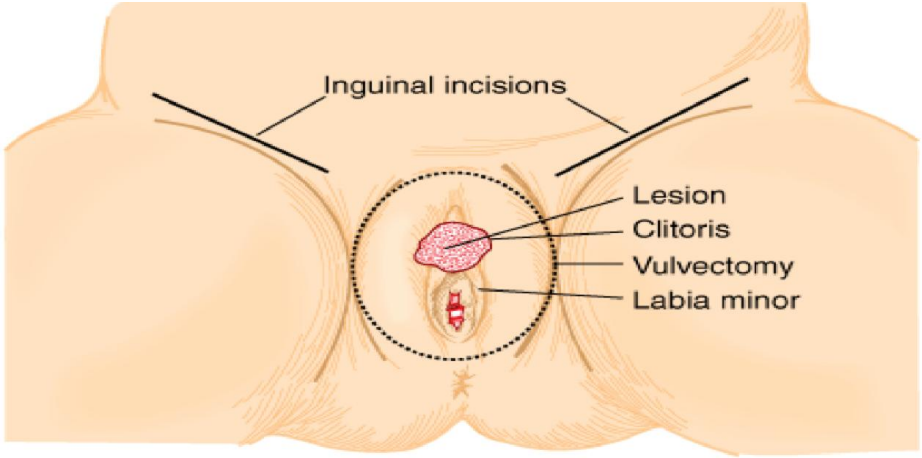
İleri T2 Vulvar Ca

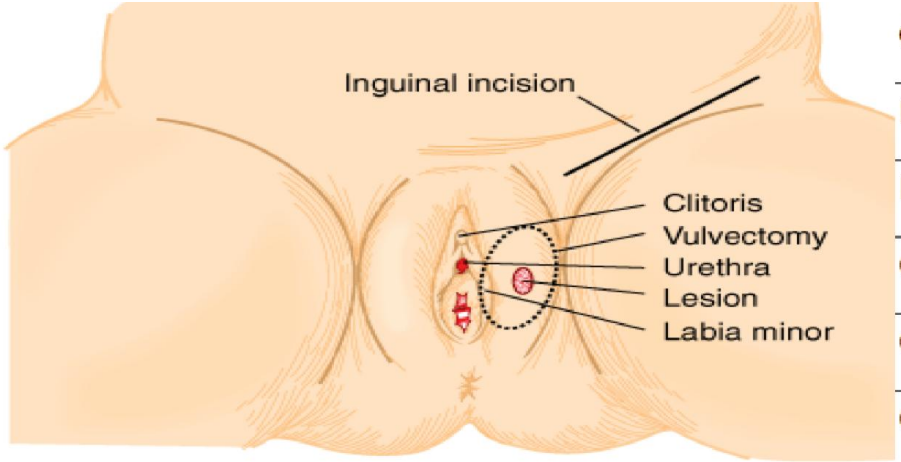
- Radical Vulvektomi ± Kemoradyasyon
- Pre-op radyasyon (daha az radikal op'na izin vermesi için)
- Gerekirse distal üretra ve anüsün parsiyel rezeksiyonu

İleri Evre Disease

- Radical Vulvektomi + pelvik ekzantrasyon
- Fikse N3 tumorler -> Preop Radyoterapi ± Kemoterapi



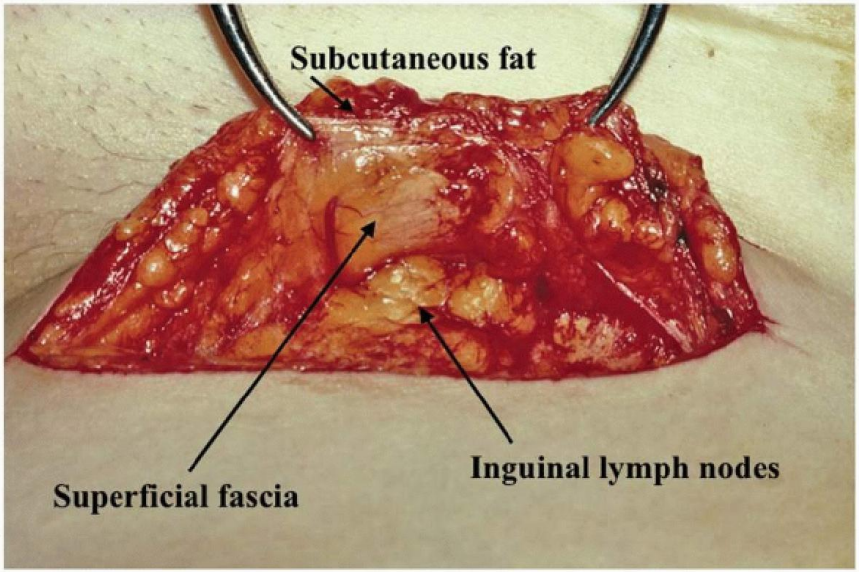




Complication	No. of Events	Percent of Groins
Lymphedema	13	14.0
Lymphocele	11	11.8
Groin infection	7	7.5
Groin necrosis	2	2.2
Groin separation	7	7.5

TEDAVİ

- İNGUİNO-FEMORAL LENFADENEKTOMİ
  - Tümör çapı > 2 cm
  - İnvazyon derinliği > 1mm olan tüm olgularda yapılmalıdır



SENTINEL NOD BİYOPSİ (TUMOR <4CM, İNVAZYON>1MM)

KLASİK BİLGİ

- Amaç postop morbiditeyi azaltmak
- Tümörün lenfatik drenajının olduğu 1. istasyon
- Intra-op lymphoscintigraphy ile lenfatik mapping
  - technetium-99m-labeled nanocolloid veya
  - isosulfan blue dye
- Yanlış negatiflik oranı 7.7% - 27%
- Şu an sadece research için önerilmeli

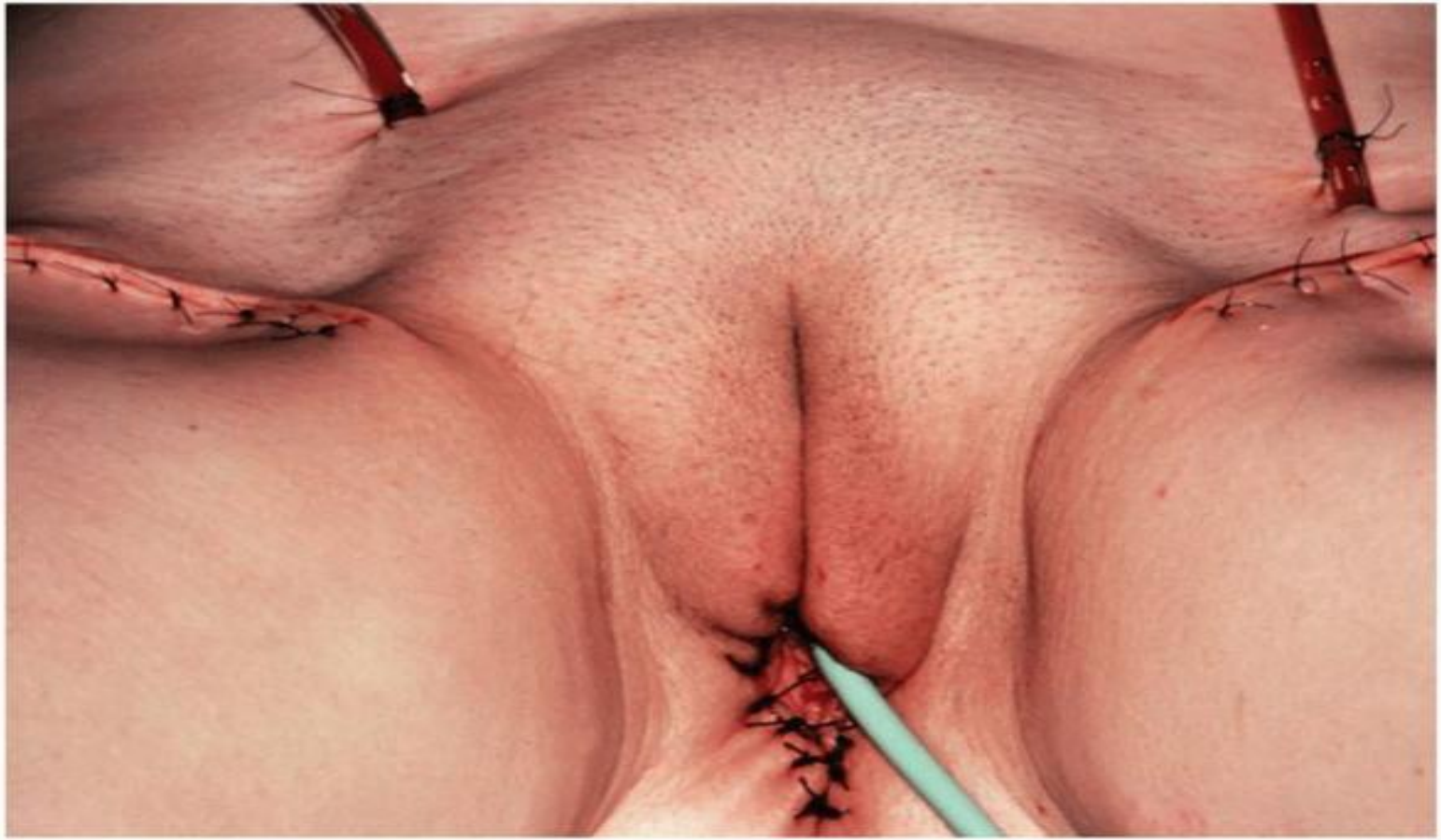
SENTINEL NOD BİYOPSİ (TUMOR 2-6 CM, İNVAZYON>1MM)

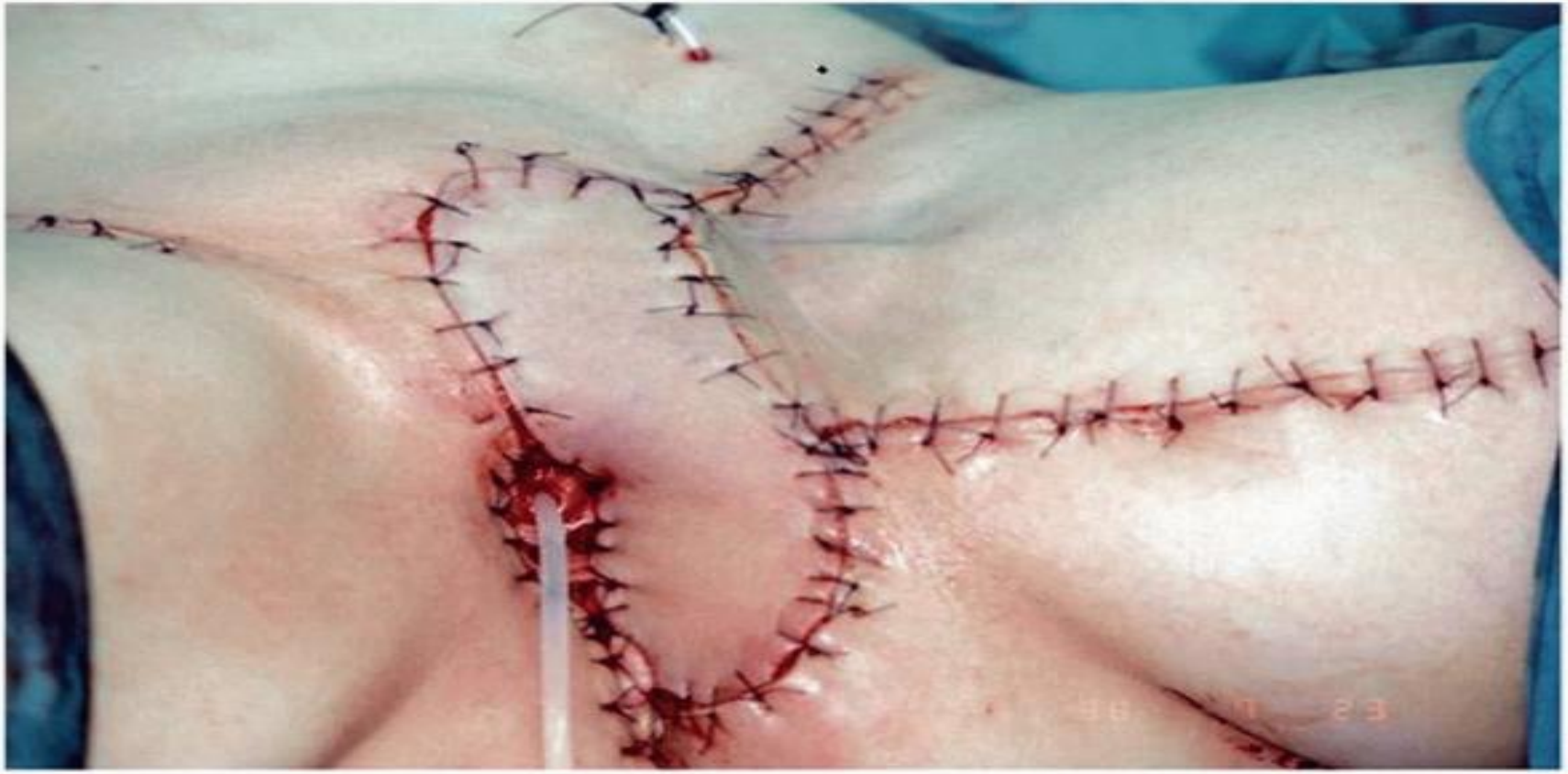
Lymphatic Mapping and Sentinel Lymph Node Biopsy in Women With Squamous Cell Carcinoma of the Vulva: A Gynecologic Oncology Group Study

SLNB Result	Lymph Node Metastasis		Total	Statistics		
	Present	Absent		Sensitivity (%)	NPV (%)	FNPV (%)
Positive	127	0	127			
Negative	8	268	276			
Total	135	268	403	94.1	97.1	2.9

VOLUME 30 · NUMBER 31 · NOVEMBER 1 2012

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY





Myocutaneous Flap

RADYOTERAPİ

- **PRE-OPERATİF**
  - İleri evre hastada anal ve üretra sfinkter fonk korumak için
  - Rezeke edilemesi mümkün olamayan kasık LN için

- **POST-OPERATİF**
  - + LN (pelvik ve kasık LN)
    - Multiple mikroskobik LN
    - Ekstrakapsüler yayılım +
    - Makroskopik tm + ise
  - Yakın cerrahi sınırda rekürrensi engellemek için
  - Küçük klitoral lezyonların tedavisinde (Gençlerde)

Advanced squamous cell carcinoma of the vulva involving the anal canal. A primary surgical approach would have necessitated radical vulvectomy, anoproctectomy, and permanent colostomy.

Advanced vulvar cancer after 50.4 cGy of externalbeam radiation therapy. Resection of the tumor bed showed microscopic residual disease. The radiation therapy prevented the need for a permanent stoma

NEOADJUVAN KEMOTERAPİNİN ROLÜ

Role of paclitaxel and cisplatin as the neoadjuvant treatment for locally advanced squamous cell carcinoma of the vulva.

- Lokal ileri evre (evre III-IV) n=10 ,
- 3 siklus
  - Paklitaksel – ifosfamid – sisplatin, veya
  - Paklitaksel – sisplatin
- Klinik cevap %80
- Patolojik cevap, komplet remisyon (n=1)

Median PFS: 14 ay

Rekürrens : n=7, Lokal: 6, 3ü re-cerrahi, 3ü RT +/- KT

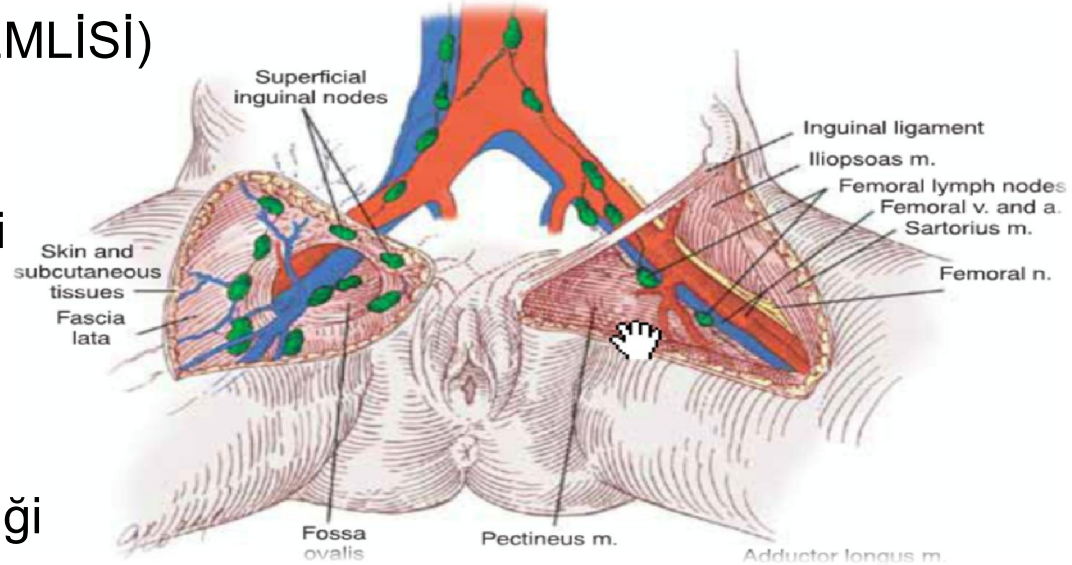
Ort takip : 20 ay, DFS: %55

Raspagliesi F. Gynecol Oncol. 2014 Jan;25(1):22–9.

METASTAZ İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

Yüzeyel inguinal LN ➔ Derin femoral LN (damarların medialinde) ➔ Pelvic Nodlar (Ext Iliak LN)

- Nodal tutulum (EN ÖNEMLİSİ)
- Yaş
- Diferensiasyon derecesi
- Tümörün Evresi
- Tümörün kalınlığı
- Stromal invazyon derinliği
- LVSI



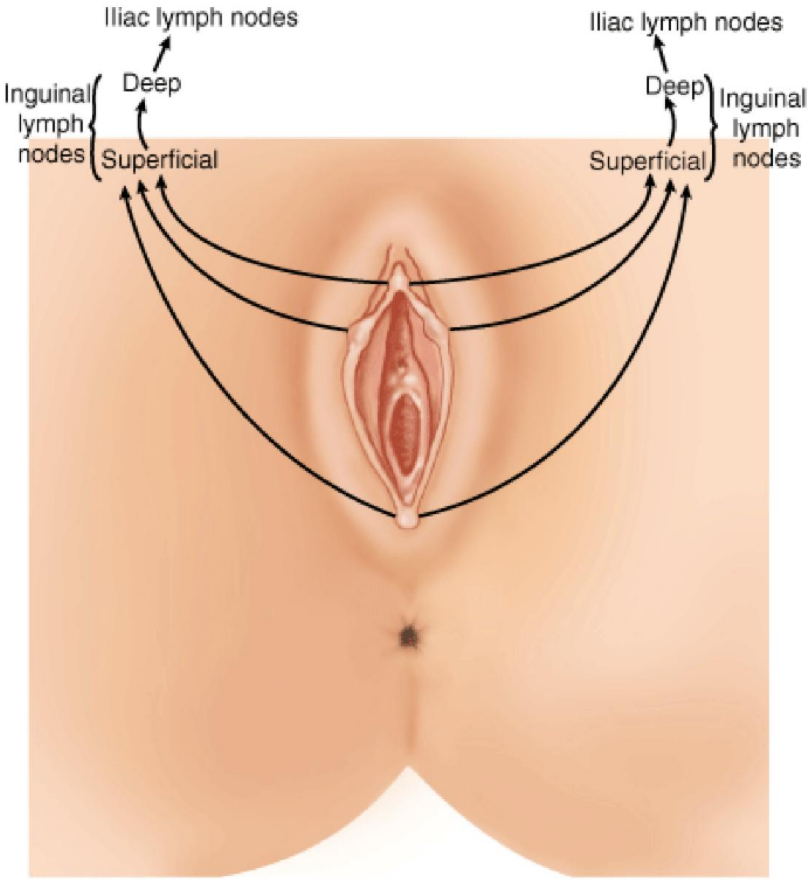
opere edilebilir tümörlü hastada

Overall LN tutulumu %30

Overall pelvik LN tutulumu %12

NODAL YAYILIM

- Klitoris, ant. Labia minora ve perinenin lenfatik drenajı bilateraldir.
- **Lateral** vulvar tümörler için
  - çap<2cm,
  - invazyon derinliği <5 mm ve
  - Aynı taraf inguinofemoral LN (–) ise karşı tarafın (+) olması çok ↓
- İnguinal nodlardan daha uzak yayılım =UZAK MET. kabul edilir



ÖNEMLİ DEĞİŞKENLERİN MULTİVARYANT ANALİZİ

Variable	Odds ratio	95% confidence interval
Survival		
Age	1.05	1.02–1.09
Anus involvement	4.88	1.43–16.6
TNM staging, M status	5.16	1.14–23.38
Inguinal nodes positive	4.15	1.89–9.12
Total positive nodes	1.16	1.09–1.24
Recurrence		
Inguinal nodes positive	4.81	2.05–10.25
Metastasis		
Tumor in perianal region	15.43	2.91–81.81
Anus involvement	12.27	1.35–111.59
Total positive nodes	1.06	1.02–1.10

Gonzalez Bosquet J,
Gynecol Oncol. 2005 Jun;97(3):828–33.