

**ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ**  
**ΛΕΙΧΗΝΕΣ ΑΙΔΟΙΟΥ**  
**VIN's-VULVAR INTRAEPITHELIAL NEOPLASIAS**  
**ΑΙΔΟΪΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ**

**Dr. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΙΧΑΗΛ**

ΛΕΚΤΟΡΑΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝ. ΠΑΤΡΩΝ  
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΠΓΝΠ

# ΓΕΝΙΚΑ

- Στην περιοχή του αιδοίου συναντώνται διαφορετικά βλεννογονοδερματικά στοιχεία: το **κερατινοποιημένο τριχωτό δέρμα** του εφήβαιου και των μεγάλων χειλέων, το λεπτότερο **άτριχο πτυχωτό κερατινοποιημένο** δέρμα των μικρών χειλέων, και τον γειτονικό πρόδρομο του κόλπου, όπου ξεκινά ο **κολπικός βλεννογόνος**
- Η γειννίαση με τους γλουτούς, το περίνεο και την έσω επιφάνεια των μηρών συντελούν στην δημιουργία ενός σχετικά αποκλεισμένου μικροπεριβάλλοντος με υψηλή υγρασία

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

# Σημειολογία δερματοπαθειών αιδοϊκής χώρας

- Κνησμός
- Δυσφορία/Άλγος
- Πομφόλυγες
- Εξελκώσεις
- Χρόνιο ή Διαλείπον οίδημα

## 1. ΚΝΗΣΜΟΣ ΑΙΔΟΙΟΥ

*Πιθανές αιτιολογίες:*

1. Διαφοροποιημένο ή Αδιαφοροποίητο VIN (dVIN/uVIN) και οι πρόδρομες αυτών καταστάσεις (π.χ. λειχήνας)
2. Μυκητιασική αιδοίτιδα
3. Ψώρα
4. Ψωρίαση
5. Φθειρίαση
6. Αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής

***Αιδοιοδυνία***

## 2. ΑΙΔΟΙΟΔΥΝΙΑ

Αποτελεί σχετικά συχνή αιτίαση, που συνήθως έχει χαρακτήρα καύσου - κνησμού. Συνήθως σχετίζεται με:

1. Αλλεργική αιτιολογία
2. Τραυματική αιτιολογία
3. Αιδοϊκή ατροφία λόγω μετεμμηνόπαυσης
4. Έλκη αιδοίου
5. Νευρογενής, κ.α.

*Consensus Statement*

# 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia

*Jacob Bornstein, MD, MPA,\* Andrew T. Goldstein, MD,\* Colleen K. Stockdale, MD, MS, Sophie Bergeron, PhD, Caroline Pukall, PhD, Denniz Zolnoun, MD, MPH, and Deborah Coady, MD, on behalf of the consensus vulvar pain terminology committee of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD), the International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH), and the International Pelvic Pain Society (IPPS)*





**Table 3. 2015 Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia**

A. Vulvar pain caused by a specific disorder\*

- Infectious (eg, recurrent candidiasis, herpes)
- Inflammatory (eg, lichen sclerosus, lichen planus, immunobullous disorders)
- Neoplastic (eg, Paget disease, squamous cell carcinoma)
- Neurologic (eg, postherpetic neuralgia, nerve compression or injury, neuroma)
- Trauma (eg, female genital cutting, obstetrical)
- Iatrogenic (eg, postoperative, chemotherapy, radiation)
- Hormonal deficiencies (eg, genitourinary syndrome of menopause [vulvovaginal atrophy], lactational amenorrhea)

B. Vulvodynia—vulvar pain of at least 3 months' duration, without clear identifiable cause, which may have potential associated factors.

The following are the descriptors:

- Localized (eg, vestibulodynia, clitorodynia) or generalized or mixed (localized and generalized)
- Provoked (eg, insertional, contact) or spontaneous or mixed (provoked and spontaneous)
- Onset (primary or secondary)
- Temporal pattern (intermittent, persistent, constant, immediate, delayed)

\* Women may have both a specific disorder (eg, lichen sclerosus) and vulvodynia.

**Table 4. 2015 Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia**

Appendix: potential factors associated with vulvodynia\*

- Comorbidities and other pain syndromes (eg, painful bladder syndrome, fibromyalgia, irritable bowel syndrome, temporomandibular disorder; level of evidence 2)
- Genetics (level of evidence 2)
- Hormonal factors (eg, pharmacologically induced; level of evidence 2)
- Inflammation (level of evidence 2)
- Musculoskeletal (eg, pelvic muscle overactivity, myofascial, biomechanical; level of evidence 2)
- Neurologic mechanisms
  - Central (spine, brain; level of evidence 2)
  - Peripheral: neuroproliferation (level of evidence 2)
- Psychosocial factors (eg, mood, interpersonal, coping, role, sexual function; level of evidence 2)
- Structural defects (eg, perineal descent; level of evidence 3)

\* The factors are ranked by alphabetical order.

### 3. ΕΞΕΛΚΩΣΕΙΣ ΑΙΔΟΙΟΥ

*Πιθανές αιτιολογίες:*

#### 1. Λοιμώξεις

1.i. Ερπητική λοίμωξη των γεννητικών οργάνων

1.ii. Σύφιλη

1.iii. Άλλα αφροδίσια (μαλακό έλκος, βουβωνικό κοκκίωμα, αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα)

1. iv. Άλλες λοιμώξεις (φυματίωση, δοθιήνας, θυλακίτις, ιδραδενίτις, αμοιβάδωση)

2. Κακοήθη νεοπλάσματα (έχουν αναπτυχθεί αλλού)

3. Συστηματικά νοσήματα (Νόσος Αδαμαντιάδη-Behcet, Αφθώδη έλκη άγνωστης αιτιολογίας, νόσος Crohn, ιστιοκύτωση X, κ.α.)

4. Χρόνιες κνησμώδεις καταστάσεις

5. Τραυματισμός

# *Λοιμώξεις*

# Ιογενείς λοιμώξεις

- HSV (*Herpes Simplex Virus*)
- HPV (*Human Papilloma Virus*)
- Μολυσματική τέρμινθος (*Molluscum contagiosum - poxvirus*)

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

# ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

- Οφείλεται στον ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων (HPV)
- Μεταδίδονται κυρίως με την σεξουαλική επαφή
- Είναι οξυτενή ή με πλατιά βάση, με γκριζωπή - λευκωπή χροιά
- Σπάνια μπορεί να είναι ασυμπτωματικά
- Συνυπάρχουν δυνητικά με κονδυλώματα του κόλπου & του τραχήλου η & τραχηλικές δυσπλασίες

Διάγνωση: Κυτταρολογική εξέταση, Κλινική εξέταση, Κολποσκόπηση & πιθανή λήψη βιοψιών

Θεραπεία: Εγχειρητική εξαίρεση, θεραπεία με ποδοφυλίνη, ιμικιμόδη ή κυτταρολυτικά χημικά, ηλεκτροκαυτηρίαση, κρυοπηξία, Laser εξάχνωση, Loop διαθερμίας

# ΟΝΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΗΡV ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΙΔΟΙΟΥ

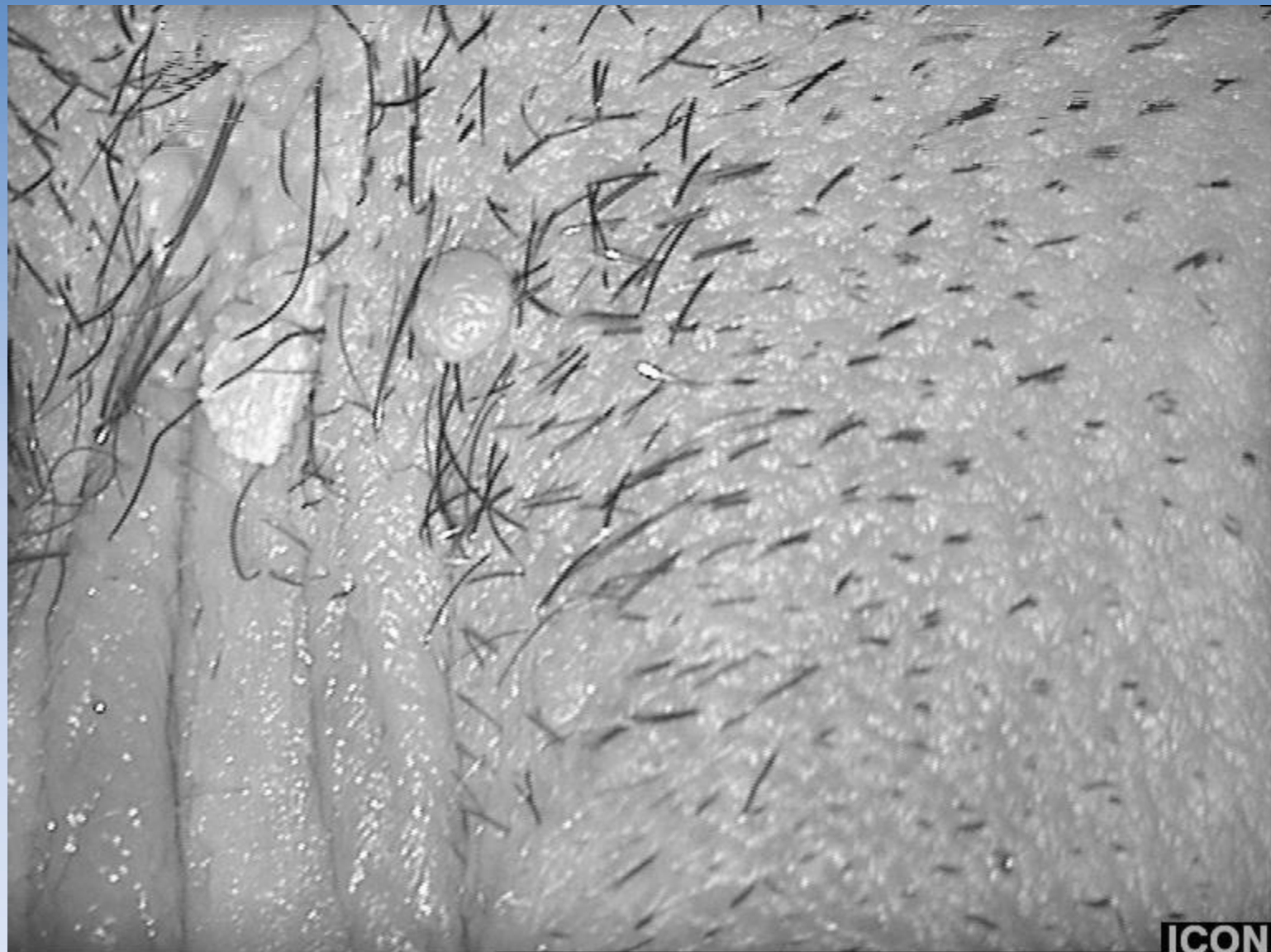
## 1. Κλινική

- Οξυτενή
- Θηλωματώδης
- Θηλοειδής

## 2. Υποκλινική

- Μικροθηλοειδής
- Επίπεδη

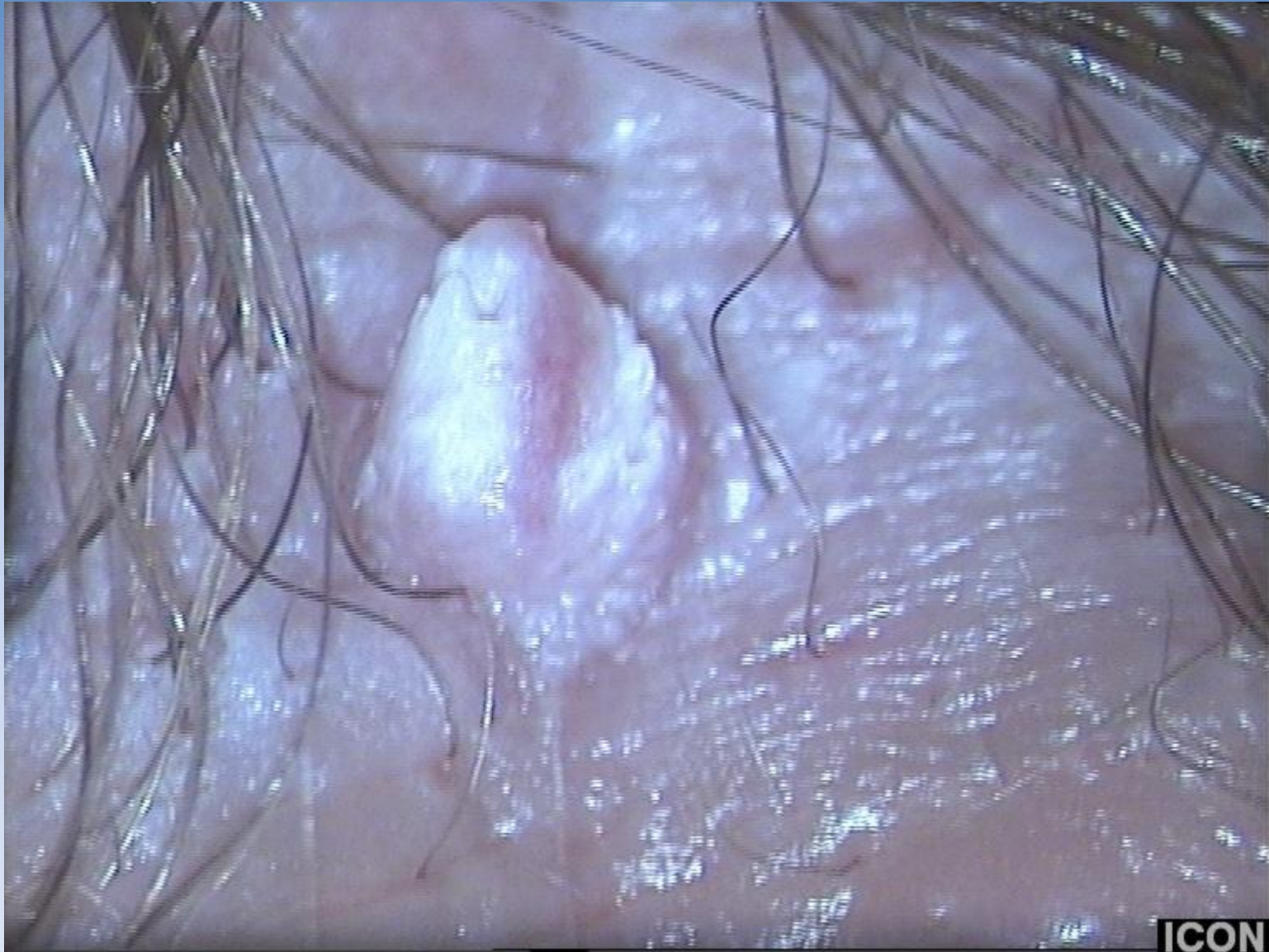
## 3. Μη Κλινική (Λανθάνουσα)



ICON







ICON



ICON

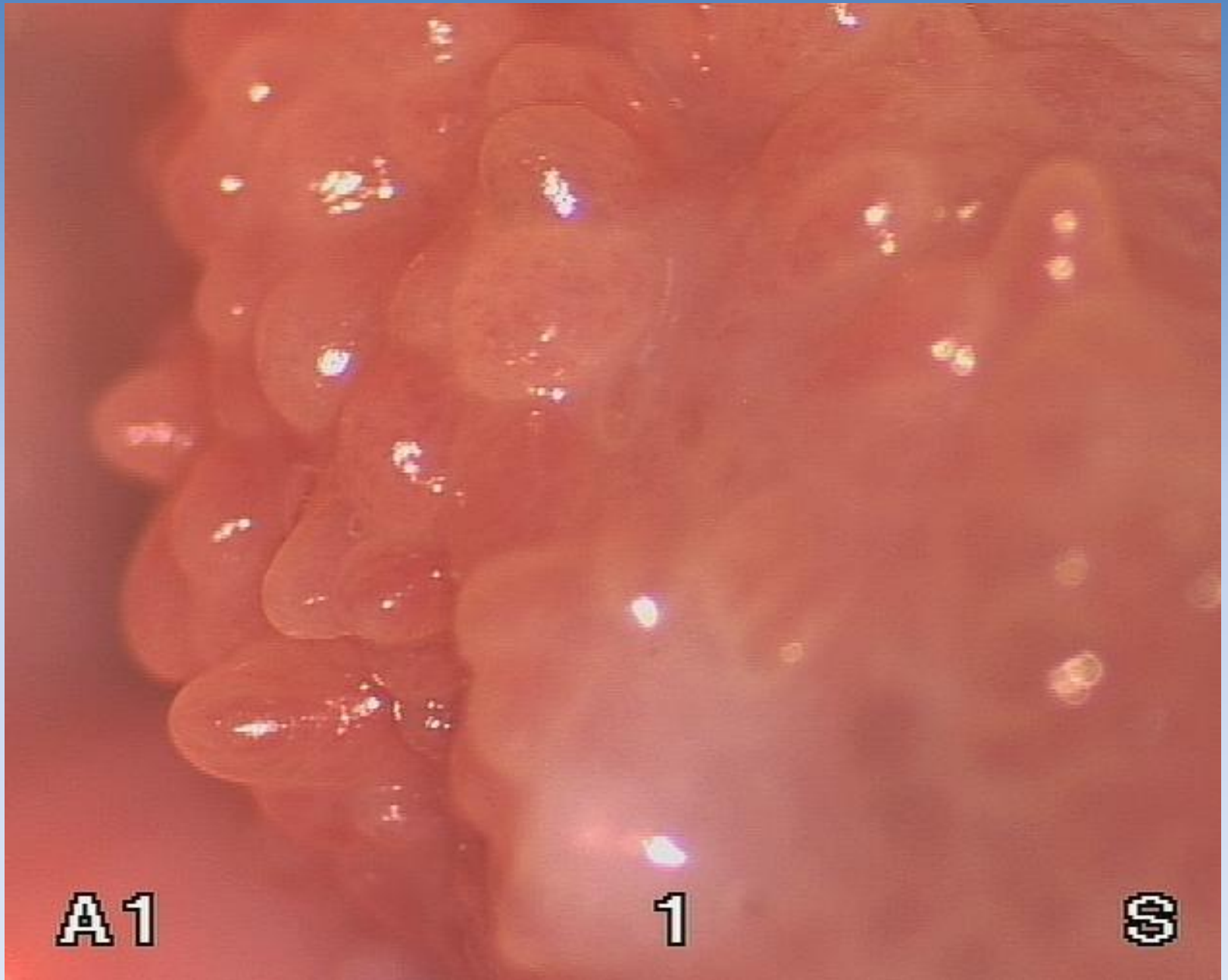




ICON



*Μικροθηλωμάτωση Χειλέων. Πολυάριθμες μικρές μη διακλαδούμενες εκβλαστήσεις γύρω από τον πρόδρομο του κόλπου. Η κατάσταση αυτή είναι εξαιρετικά συνήθης & δεν απαιτεί εξ ορισμού θεραπεία*



A1

1

S



Labial micropapillomatosis, a normal finding.

# ΕΡΠΗΣ

- Στα έξω γεννητικά όργανα έχουμε συνήθως προσβολή από τον ερπητοϊό HSV τύπου II
- Μετάδοση με σεξουαλική επαφή (*όχι αναγκαία διεισδυτική*)

Συμπτωματολογία: αίσθημα αιμωδίας, μυρμηκιάσεις, κνησμός, αίσθημα καύσου ή πόνου, πυρετός, γενική αδιαθεσία, μυαλγία & καταβολή  
Υποτροπιάζουσα κατάσταση με άλλοτε άλλα μεσοδιαστήματα  
Το χαρακτηριστικό εξάνθημα συνίσταται σε άθροιση φυσαλίδων πάνω σε ερηθυματώδη βάση, & εντοπίζεται κυρίως στα χείλη του αιδοίου

Διάγνωση: Η διαφοροδιάγνωση με βάση την κλινική εικόνα είναι δύσκολη. NAATs (*nucleic acid amplification tests*), ορολογικές αντιδράσεις, καλλιέργειες του HSV

Θεραπεία: *Aciclovir, valaciclovir, famciclovir* (ενίστε & i.v.)



# Βακτηριακές λοιμώξεις

- Θυλακίτιδα
- Ψευδο – θυλακίτιδα (ξύρισμα)
- Πυοροούσα ιδρωταδενίτιδα
- Ερύθρασμα (*Corynebacterium minutissimum*)

# Μυκητιασικές λοιμώξεις

- Αιδοιοκολπίτιδα από *Candida*
- Τριχοφυτιάσεις (*tinea cruris* - *Trichophyton rubrum*)

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

# Παρασιτώσεις (*Infestations*)

- Ψώρα (*Scabies - Sarcoptes scabiei*)
- Φθειρίαση (*Pubic lice – Phthiraptera*)

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

# Φλεγμονώδεις νόσοι: Έκζεμα – Δερματίτιδα

- «Ενδογενής» - Ατοπική δερματίτιδα
- «Εξωγενής» / «εξ επαφής» ερεθιστική ή αλλεργική
- Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα

# Φλεγμονώδεις νόσοι: Κνίδωση (*Urticaria*)

- *Μια αγγειακή αντίδραση του ανώτερου χορίου με παροδική εμφάνιση ελαφρώς επαρμένων πλακών – πομφών, ερυθρότερων ή ωχρότερων από το περιβάλλον δέρμα, που συχνά συνοδεύονται από έντονο κνησμό*

# Εξελκώσεις

- Αφθώδη έλκη
- Σύνδρομο Αδαμαντιάδη – Behcet
- Οξεία αιδοϊκή εξέλκωση, “Lipschótz ulcer”
- Γαγγραινώδες πυόδεσμα
- Νόσος Crohn
- Φαρμακευτικές εξελκώσεις (π.χ. Nicorandil)

# ΚΥΣΤΗ ΒΑΡΘΟΛΙΝΕΙΟΥ ΑΔΕΝΑ

- Οφείλεται στην απόφραξη του εκφορητικού του πόρου
- Συνήθη παθογόνα: σταφυλόκοκκος / γονόκοκκος
- Η συμπτωματολογία περιλαμβάνει ευαισθησία της αντίστοιχης περιοχής, αυτόματο άλγος με δυσπαρευνία και πυρετική κίνηση

Διάγνωση: Επισκόπηση – Γυναικολογική εξέταση

Θεραπεία:

1. Χορήγηση συστηματικής αντιβίωσης
2. Παροχέτευση της πυώδους συλλογής
3. Μαρσιποποίηση
4. Χειρουργική Εξαίρεση του αδένα

# ΣΥΦΙΛΗ

Κατεξοχήν σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, που οφείλεται στην ωχρά σπειροχαίτη (*Treponema Pallidum*)

Κλινικές Εκδηλώσεις: εμφάνιση συφιλιδικού έλκους, γενικευμένες δερματικές εκδηλώσεις, βακτηριαμία, αλωπεκία πυρετός

Διάγνωση: Κλινική εικόνα & εργαστηριακή επιβεβαίωση. Οι ορολογικές διαγνωστικές μέθοδοι διακρίνονται στις τρεπονηματικές & μη τρεπονηματικές διαδικασίες

Θεραπεία: Φαρμακευτική αγωγή (*Πενικιλλινούχα*)



# ΚΝΗΣΜΟΣ ΑΙΔΟΙΟΥ

- Αποτελεί το βασικό σύμπτωμα στις τριχομοναδικές & βακτηριδιακές κολπίτιδες, την ψώρα του αιδοίου, στην φθείρα του εφηβαίου, στις *HPV* φλεγμονές & την *Candida Albicans*
- Στις **κακοήθειες** η τον **Σ.Δ.** ενίοτε παρατηρείται κνησμός
- Το αίσθημα του κνησμού θα υποχωρήσει συνήθως μετά την θεραπεία της κατάστασης που το προκάλεσε
- Εξωτερικοί παράγοντες μπορεί να ευαισθητοποιούν & να ερεθίζουν το δέρμα της περιοχής
- Το αίτιο (σαπούνι, ξύρισμα, απορρυπαντικά, αντισηπτικά, συνθετικές ίνες εσωρούχων) μπορεί να αναδειχθεί με λήψη λεπτομερούς ιστορικού
- Άλλη νοσολογική οντότητα είναι ο **ψυχογενής κνησμός**

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

**Καύσος    Κνησμός    Πόνος    Τσίμπημα    Μαχαιριά**

***Αυτοπροσδιοριζόμενες Περιγραφές Αιδοϊκών Ενοχλημάτων:***

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

*Σπίλος στο δεξιό μικρό χείλος*

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

*Ενδομητρίωση Αιδοίου*

#### 4. ΟΙΔΗΜΑ ΑΙΔΟΙΟΥ

Η βασική διάκριση που πρέπει να γίνει αφορά την *εντόπιση* του οιδήματος

Εάν το οίδημα είναι *μονόπλευρο*, η σκέψη πρέπει να κατευθυνθεί στην *βαρθολινίτιδα*, ειδικά σε πρόσφατη εμφάνιση, όπως και στην *συφιλιδική προσβολή*.

Εάν το οίδημα είναι *διάχυτο* και χρονίζει, η διαγνωστική σκέψη πρέπει να οδηγηθεί στο *βουβωνικό κοκκίωμα*, το *λέμφωμα*, τη *μεταστατική λεμφαδενική διόγκωση*, την *διαταραχή στην διάπλαση του λεμφικού δικτύου*, ή τέλος στην *νόσο Crohn*.

## 5. ΟΓΚΙΔΙΑ ΑΙΔΟΙΟΥ

*Πιθανές αιτιολογίες:*

1. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ
  - 1.1. Οξυτενή κονδυλώματα (HPV)
  - 1.2. Μολυσματική Τέρμινθος
2. ΚΥΣΤΙΚΟΙ ΠΡΩΤΙΣΤΩΣ ΟΓΚΟΙ
  - 2.1. Κύστη Βαρθολινείου
  - 2.2. Κύστη πόρου του Nuck
  - 2.3. Επιδερμικές κύστεις εγκλείστων
3. ΣΥΜΠΑΓΕΙΣ ΠΡΩΤΙΣΤΩΣ ΟΓΚΟΙ
  - 3.1. Ίνωμα
  - 3.2. Λίπωμα
  - 3.3. Σπίλοι
  - 3.4. Επικουρικοί μαστοί
  - 3.5. Ιδραδενώματα
  - 3.6. Νόσος Fox-Fordyce
  - 3.7. Συριγγώματα
  - 3.8. Ινοεπιθηλιακοί πολύποδες (ακροχορδώνες)
  - 3.9. Σβάννωμα
  - 3.10. Ενδομητρίωση

# ΤΕΧΝΙΚΕΣ

- Αιδοϊκή κυτταρολογία
- Αιδοιοσκόπηση
- Η χρήση του κολποσκοπίου δεν είναι απαραίτητη για την μελέτη των διαταραχών του αιδοίου
- Καλός φωτισμός
- Διαθέσιμος μεγεθυντικός φακός



Vulva brush (Rovers Medical Devices BV)



*SINGER Lower Genital Tract Precancer 2000*



# ΤΕΧΝΙΚΕΣ

- Οι βιοψίες αιδοίου πραγματοποιούνται είτε με λαβίδα βιοψίας τύπου baby Tischler, Keyes punch, είτε με χρήση αγκύλης διαθερμίας τύπου Loop
- **ΟΧΙ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΚΕΣ ΒΙΟΨΙΕΣ – ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΤΟ ΣΤΡΩΜΑ !**
- Δεδομένων των πιθανοτήτων πολυκεντρικής νόσου ασθενών με αιδοϊκό VIN δεν πρέπει να παραλείπεται ποτέ η εξέταση του κόλπου και του τραχήλου, αλλά και της περιπρωκτικής περιοχής – επίσης ο κίνδυνος πρωκτικού Ca είναι πολλαπλάσιος

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**



*Simcock B, Obstet Gynecol Reprod Med 2008*

**Table 1. The 2011 IFCCP Clinical/Colposcopic Terminology of the Vulva (Including the Anus)**

Section	Pattern						
Basic definitions	<p><b>Various structures:</b> Urethra, Skene duct openings, clitoris, prepuce, frenulum, pubis, labia majora, labia minora, interlabial sulci, vestibule, vestibular duct openings, Bartholin duct openings, hymen, fourchette, perineum, anus, anal squamocolumnar junction (dentate line)</p> <p><b>Composition:</b> Squamous epithelium: hairy/nonhairy, mucosa</p>						
Normal findings	Micropapillomatosis, sebaceous glands (Fordyce spots), vestibular redness						
Abnormal findings	<p>General principles: size in centimeters, location</p> <table border="0"> <tr> <td><b>Lesion type:</b></td> <td><b>Lesion color:</b></td> <td><b>Secondary morphology:</b></td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Macule</li> <li>• Patch</li> <li>• Papule</li> <li>• Plaque</li> <li>• Nodule</li> <li>• Cyst</li> <li>• Vesicle</li> <li>• Bulla</li> <li>• Pustule</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skin-colored</li> <li>• Red</li> <li>• White</li> <li>• Dark</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eczema</li> <li>• Lichenification</li> <li>• Excoriation</li> <li>• Purpura</li> <li>• Scarring</li> <li>• Ulcer</li> <li>• Erosion</li> <li>• Fissure</li> <li>• Wart</li> </ul> </td> </tr> </table>	<b>Lesion type:</b>	<b>Lesion color:</b>	<b>Secondary morphology:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Macule</li> <li>• Patch</li> <li>• Papule</li> <li>• Plaque</li> <li>• Nodule</li> <li>• Cyst</li> <li>• Vesicle</li> <li>• Bulla</li> <li>• Pustule</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skin-colored</li> <li>• Red</li> <li>• White</li> <li>• Dark</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eczema</li> <li>• Lichenification</li> <li>• Excoriation</li> <li>• Purpura</li> <li>• Scarring</li> <li>• Ulcer</li> <li>• Erosion</li> <li>• Fissure</li> <li>• Wart</li> </ul>
<b>Lesion type:</b>	<b>Lesion color:</b>	<b>Secondary morphology:</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Macule</li> <li>• Patch</li> <li>• Papule</li> <li>• Plaque</li> <li>• Nodule</li> <li>• Cyst</li> <li>• Vesicle</li> <li>• Bulla</li> <li>• Pustule</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skin-colored</li> <li>• Red</li> <li>• White</li> <li>• Dark</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eczema</li> <li>• Lichenification</li> <li>• Excoriation</li> <li>• Purpura</li> <li>• Scarring</li> <li>• Ulcer</li> <li>• Erosion</li> <li>• Fissure</li> <li>• Wart</li> </ul>					
Miscellaneous findings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trauma</li> <li>• Malformation</li> </ul>						
Suspicion of malignancy	Gross neoplasm, ulceration, necrosis, bleeding, exophytic lesion, hyperkeratosis With or without white, gray, red, or brown discoloration						
Abnormal colposcopic/other magnification findings <sup>a</sup>	Acetowhite epithelium, punctation, atypical vessels, surface irregularities Abnormal anal squamocolumnar junction (note location about the dentate line)						

*Λειχήνες*

# ΣΚΛΗΡΩΤΙΚΟΣ ΛΕΙΧΗΝΑΣ (L. SCLEROSUS)

- Η επίπτωση ποικίλλει στις διάφορες μελέτες από 1:1000 γυναίκες, έως 1:30 στις μεγαλύτερες ηλικίες
- Δικόρυφη κατανομή στα προεφηβικά κορίτσια και στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες
- Προοδευτική νόσος με λέπτυνση του επιθηλίου και χαρακτηριστικές βλάβες της επιδερμίδας

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

- Συχνότερα αφορά την πρωκτογεννητική περιοχή (85-98%), ενώ έχει τεκμηριωθεί συσχέτιση με άλλες αυτοάνοσες παθήσεις (περίπου 30%)

# ΣΚΛΗΡΩΤΙΚΟΣ ΛΕΙΧΗΝΑΣ

- Η πιθανότητα εξέλιξης σε κακοήθεια είναι μεταξύ 3-5%, με μέση διάρκεια προϋπάρχουσας νόσου τα 10 έτη
- Σε παθολογοανατομικά παρασκευάσματα, σκληρωτικός λειχήνας έχει διαπιστωθεί να γειτνιάζει σε 66% εστιών αιδοϊκού καρκίνου
- Τυπικά ακολουθεί μια χρονίζουσα διαδρομή εξάρσεων/υφέσεων & συμπτώματα κνησμού, καύσου & ευαισθησίας. Οι αλλοιώσεις αφορούν λευκές πλάκες ή βλατίδες, συχνά με περιοχές ερυθρήματος, υπερκεράτωσης, ωχρότητας ή εξέλκωσης

*Eva LJ, Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2012*

*Ueda Y et al., J Skin Cancer 2011*

*van de Nieuwenhof HP et al., Crit Rev Oncol Hematol 2008.*

# ΣΚΛΗΡΩΤΙΚΟΣ ΛΕΙΧΗΝΑΣ - ΣΥΜΤΩΜΑΤΑ

- Συχνά ασυμπτωματική
- ΚΝΗΣΜΟΣ (συχνά ανυπόφορος, μέχρις αϋπνίας)
- Κνησμός πρωκτού (*pruritis ani*)
- Ευαισθησία
- Δυσουρικά
- Δυσπαρευνία
- Πόνος κατά την αφόδευση
- Δυσκοιλιότητα (παιδιά)



**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

# ΣΚΛΗΡ. ΛΕΙΧΗΝΑΣ – ΑΛΛΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ

- Λαιμός
- Ώμοι
- Μασχάλες
- Μαστοί
- Καρποί
- Τριχωτό κεφαλής
- Παλάμες/πέλματα
- Μηροί
- Σπάνια, στοματική κοιλότητα

# ΣΚΛΗΡ. ΛΕΙΧΗΝΑΣ - ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- Η διάγνωση τίθεται μόνο μέσω βιοψίας – το παρασκεύασμα εξετάζεται από εξειδικευμένο παθολογοανατόμο
- Η βιοψία δεν πραγματοποιείται μόνο προς επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης, αλλά & προς αποκλεισμό συνυπάρχοντος καρκινώματος
- Θεραπεία τυχόν συνυπάρχουσας φλεγμονής
- Έλεγχος θυρεοειδούς

# ΣΚΛΗΡΩΤΙΚΟΣ ΛΕΙΧΗΝΑΣ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Γενικά μέτρα υγιεινής (ήπια ενυδατικά, 100% βαμβακερά εσώρουχα, αποφυγή στενών εσωρούχων, αποφυγή σαπουνιών)
- Clobetazole *ointment* 0.05% (Butavate)
- Triamcinolone *ointment* 0.1%
- Tacrolimus *ointment* 0.1% (Τοπικοί αναστολείς της calcineurin )
- Triamcinolone *inj* 3mg/ml
- Στεροειδή από του στόματος (πρεδνιζόνη, πρεδνιζολόνη, μεθυλπρεδνιζολόνη – σπάνια αναγκαία, σημαντικές παρενέργειες)

# ΣΚΛ/ΚΟΣ ΛΕΙΧΗΝΑΣ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Περιορισμένος ρόλος – υψηλά ποσοστά υποτροπών
- *Χειρουργικός διαχωρισμός βλεννογονικών συμφύσεων, φίμωσης της κλειτορίδας, στένωσης του προδρόμου του κόλπου*

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

# ΑΠΛΟΣ ΧΡΟΝΙΟΣ ΛΕΙΧΗΝΑΣ (LSC)

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

- *Τελική φάση του φαύλου κύκλου κνησμού-ξυσίματος*
- Χειροτερεύει με την ζέστη, την υγρασία, το στρες και τις ερεθιστικές ουσίες
- Σχετίζεται με την ατοπική δερματίτιδα, την ψωρίαση και την δερματίτιδα από επαφή

# ΑΠΛΟΣ ΧΡΟΝΙΟΣ ΛΕΙΧΗΝΑΣ - ΣΥΜΤΩΜΑΤΑ

- Αδιάκοπος κνησμός
- *“Τίποτα δεν βοηθάει”*
- *“Χρόνια φαγούρας”*
- Ετερόπλευρες /αμφοτερόπλευρες βλάβες
- Δυσχρωμασία
- Εκδορές
- Λειχηνοποίηση
- Αλωπεκία

# ΕΠΙΠΕΔΟΣ ΛΕΙΧΗΝΑΣ

- Αυτοάνοση απάντηση μεσολαβούμενη από T- λεμφοκύτταρα σε άγνωστο αντιγόνο
- Η ιστολογία και η μορφολογία προσομοιάζουν εκείνη άλλων υπεράνοσων καταστάσεων
- Μπορεί να συνυπάρχει με ελκώδη κολίτιδα, γυροειδή αλωπεκία (*alopecia areata*), λεύκη, μορφέα (σκληροδερμία κατά πλάκας), δερματομυοσίτιδα, σκληρωτικό λειχήνα και μυασθένεια Gravis



# ΕΠΙΠΕΔΟΣ ΛΕΙΧΗΝΑΣ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- Κνησμός
- Ενόχληση
- Τραχύτητα
- Καυσος
- Δυσπαρευνία
- Εξελκώσεις αιδοίου

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

# ΕΠΙΠΕΔΟΣ ΛΕΙΧΗΝΑΣ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Τοπικά στεροειδή: Θεραπεία πρώτης γραμμής για τον LP
- Η αλοιφή προπιονικής κλομπετασόλης (*clobetasol propionate*) 0.05% χορηγείται μια ή δύο φορές ημερήσια – σκόπιμοι είναι οι συχνοί επανέλεγχοι όταν χορηγούνται ισχυρά κορτικοειδή
- Τριαμσινολόνη 3.3-10mg/mL (*Kenacort inj.susp.*) (τοπικά στεροειδή χαμηλότερης ισχύος για μακροχρόνια αγωγή συντήρησης)
- Πιθανή ανταπόκριση σε τοπική αγωγή με tacrolimus 0.1% & pimecrolimus 1%

***VIN's***

***(VULVAR INTRAEPITHELIAL NEOPLASIAS)***

# Vulvar Intraepithelial Neoplasia (VIN)

- Τα VIN αποτελούν παθολογοανατομική διάγνωση βασιζόμενη σε αποδιοργανωμένη **ωρίμανση** - παθολογικό πλακώδη **επιθηλιακό κυτταρικό πολλαπλασιασμό** και **ανωμαλίες του πυρήνα**
- Παλαιά συνώνυμα: *Δυσπλασία, καρκίνωμα in situ*

# Vulvar Intraepithelial Neoplasia

**ΕΝΤΟΠΙΣΗ:** Πολυεστιακή στα 2/3, μονοεστιακή σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας

**ΣΗΜΕΙΑ & ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:** Λευκωπή ή ερυθρή πλάκα που προκαλεί κνησμό ή αίσθημα καύσου

**ΚΛΙΝΙΚΑ:** Κηλιδοβλατιδώδεις μονήρεις ή πολλαπλές αλλοιώσεις. 50% είναι λευκωπές/υπόλευκες & το 25% άλλης χροιάς. Σπάνια συρρέουν

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

# ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ VIN

- Στην Νέα Ζηλανδία, η μέση ηλικία κατά την παρουσίαση του VIN ελαττώθηκε από τα 52.7 στα 35.8 έτη σε διάστημα 30ετίας. Στην ίδια περίοδο η ηλικία των γυναικών με αιδοϊκό καρκίνο μειώθηκε, με το ποσοστό γυναικών κάτω των 50 ετών να αυξάνεται από το 2% στο 21%.
- Στην Αυστρία, η συνολική επίπτωση του UVIN τριπλασιάστηκε μέσα στην τελευταία 10ετία, ενώ η αύξηση για την ομάδα των γυναικών κάτω των 50 ετών προσεγγίζει το 400%!!

*Joura EA et al. J Reprod Med 2000*

*Jones RW, Rowan D. Obstet Gynecol 1994*

*Jones RW, Baranyai J & Stables S. Obstet Gynecol 1997*

# ΤΥΠΟΙ VIN

- Οι κύριες διαφορές μεταξύ των δύο υπότυπων του VIN εκτός από την συσχέτιση με τον HPV, αφορούν τον βαθμό της επιθηλιακής ωρίμανσης και τον βαθμό - ταχύτητα εξέλιξης σε VSCC
  - UVIN (undifferentiated VIN) - *συχνότερο*
  - DVIN (differentiated VIN) - *σπανιότερο*

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

# A. USUAL, UNDIFFERENTIATED UVIN

- Η παθογένεση του σχετίζεται με HR-HPV's (κυρίως 16 & 18) και παραλληλίζει την τραχηλική καρκινογένεση
- Το αδιαφοροποίητο VIN μπορεί να εμμένει επί μακρόν (έτη)
- Σε υπόβαθρο UVIN μπορεί να αναπτυχθεί πλακώδες αιδοϊκό καρκίνωμα (VSCC) σε χαμηλό ποσοστό (3-9%) που αφορά νεότερης ηλικίας γυναίκες και έχει ισχυρή συσχέτιση με το κάπνισμα & την πολυεστιακή πρωκτογεννητική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία



# A. UVIN – ΑΝΟΣΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ

- Τα HPV εμβόλια πιθανότατα θα συμβάλλουν στην πρόληψη αυτού του σχετιζόμενου με HPV αιδοϊκού SCC
- Στην μελέτη FUTURE I διαπιστώθηκε αποτελεσματικότητα του 4πλού εμβολίου για όλες τις βαθμίδες VIN που άγγιζε το 100% - η ισχυρή αποτελεσματικότητα του 4πλού εμβολίου έναντι VIN2/3 τεκμηριώθηκε και σε άλλες μελέτες:

*Garland SM et al., NEJM 2007*

*Kjaer SK et al., Cancer Prev Res 2009*

*Majewski S et al., J Eur Acad Dermatol Venereol 2009*

# A. UVIN – ΑΝΟΣΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ

- Σε θεραπευτικό επίπεδο, καλά αποτελέσματα έχουν δημοσιευθεί σε εμβολιασμό γυναικών με VIN3 (+)ve για HPV16 με συνθετικό μακρό πεπτίδιο έναντι των E6 & E7 του 16

*Kenter GG et al., NEJM 2009*

- Αξιόλογη ανταπόκριση σε περιπτώσεις με εγκατεστημένο VIN2/3 διαπιστώθηκε και σε μικρότερες μελέτες με χρήση **ιμικιμόδης** (τοπικού ανοσοτροποποιητή)

*Dayyana S et al., Br J Cancer 2010*

- Τέλος, επίσης σε θεραπευτικό επίπεδο, καλά αποτελέσματα φαίνεται να έχει και το **cidofovir** (*acyclic nucleoside phosphonate*)

*Tristram A., Flander A. Gynecol Oncol 2005*

# A. ΕΞΕΛΙΞΗ ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΟΥ UVIN

- Ρυθμός εξέλιξης σε διηθητικό VSCC του αδιαφοροποίητου UVIN:
  - Μη θεραπευμένες: 9.0-87.5% εντός 6.5 ετών
  - Θεραπευμένες: 3.4-3.8% εντός 6.5 ετών

## B. DIFFERENTIATED DVIN

- Το διαφοροποιημένο VIN αντιστοιχεί μόνο σε 2-10% όλων των VIN (είτε λόγω πραγματικής σπανιότητας, είτε λόγω γρήγορης εξέλιξης σε VSCC, είτε λόγω υποδιάγνωσης)
- Οι αλλοιώσεις του DVIN έχουν διαστάσεις 0.5-3.0cm, εμφανιζόμενες σαν μονήρεις ή πολλαπλές λευκές ή γκριζωπές περιοχές με τραχεία επιφάνεια είτε σαν ασαφώς περιγεγραμμένες λευκωπές πλάκες ή οζίδια
- Αν και το DVIN δεν έχει διαβαθμίσεις, θεωρείται ως υψηλόβαθμο απ' όλα τα ταξινομητικά συστήματα.

## B. DIFFERENTIATED DVIN

- Στην ιστολογία του διαφοροποιημένου VIN διαπιστώνεται συνδυασμός αρχιτεκτονικών και κυτταρικών διαταραχών που είναι αποτέλεσμα διαταραγμένης ωρίμανσης και πρόωρης κερατινοποίησης
- Εξέλιξη του DVIN μπορεί να αποτελέσει ένα κερατινοποιούμενο VSCC
- VSCC's τα οποία είναι p16 αρνητικά και προέρχονται από DVIN έχουν συγκριτικά την χειρότερη πρόγνωση

# VIN - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Τοπική εκτομή
2. Laser εξάχνωση
3. Ανοσοτροποποίηση (*UVIN - προαναφέρθηκε*)

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

# ***Αιδοϊκός καρκίνος***

# WHO histological classification of tumours of the vulva

## Epithelial tumours

Squamous and related tumours and precursors	
Squamous cell carcinoma, not otherwise specified	8070/3
Keratinizing	8071/3
Non-keratinizing	8072/3
Basaloid	8083/3
Warty	8051/3
Verrucous	8051/3
Keratoacanthoma-like	
Variant with tumour giant cells	
Others	
Basal cell carcinoma	8090/3
Squamous intraepithelial neoplasia	
Vulvar intraepithelial neoplasia (VIN) 3 / squamous cell carcinoma in situ	8077/2 8070/2
Benign squamous lesions	
Condyloma acuminatum	
Vestibular papilloma (micropapillomatosis)	8052/0
Fibroepithelial polyp	
Seborrheic and inverted follicular keratosis	
Keratoacanthoma	
Glandular tumours	
Paget disease	8542/3
Bartholin gland tumours	
Adenocarcinoma	8140/3
Squamous cell carcinoma	8070/3
Adenoid cystic carcinoma	8200/3
Adenosquamous carcinoma	8560/3
Transitional cell carcinoma	8120/3
Small cell carcinoma	8041/3
Adenoma	8140/0
Adenomyoma	8932/0
Others	
Tumours arising from specialized anogenital mammary-like glands	
Adenocarcinoma of mammary gland type	8500/3
Papillary hidradenoma	8405/0
Others	
Adenocarcinoma of Skene gland origin	8140/3
Adenocarcinomas of other types	8140/3
Adenoma of minor vestibular glands	8140/0
Mixed tumour of the vulva	8940/0

## Tumours of skin appendage origin

Malignant sweat gland tumours	8400/3
Sebaceous carcinoma	8410/3
Syringoma	8407/0
Nodular hidradenoma	8402/0
Trichoepithelioma	8100/0
Trichilemmoma	8102/0
Others	

## Soft tissue tumours

Sarcoma botryoides	8910/3
Leiomyosarcoma	8890/3
Proximal epithelioid sarcoma	8804/3
Alveolar soft part sarcoma	9581/3
Liposarcoma	8850/3
Dermatofibrosarcoma protuberans	8832/3
Deep angiomyxoma	8841/1
Superficial angiomyxoma	8841/0
Angiomyofibroblastoma	8826/0
Cellular angiofibroma	9160/0
Leiomyoma	8890/0
Granular cell tumour	9580/0
Others	

## Melanocytic tumours

Malignant melanoma	8720/3
Congenital melanocytic naevus	8761/0
Acquired melanocytic naevus	8720/0
Blue naevus	8780/0
Atypical melanocytic naevus of the genital type	8720/0
Dysplastic melanocytic naevus	8727/0

## Miscellaneous tumours

Yolk sac tumour	9071/3
Merkel cell tumour	8247/3
Peripheral primitive neuroectodermal tumour / Ewing tumour	9364/3 9260/3

## Haematopoietic and lymphoid tumours

Malignant lymphoma (specify type)	
Leukaemia (specify type)	

## Secondary tumours

<sup>1</sup> Morphology code of the International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) (921) and the Systematized Nomenclature of Medicine (<http://snomed.org>). Behaviour is coded /0 for benign tumours, /2 for in situ carcinomas and grade 3 intraepithelial neoplasia, /3 for malignant tumours, and /1 for borderline or uncertain behaviour.

<sup>2</sup> Intraepithelial neoplasia does not have a generic code in ICD-O. ICD-O codes are only available for lesions categorized as squamous intraepithelial neoplasia grade 3 (e.g. intraepithelial neoplasia/VIN grade 3) = 8077/2; squamous cell carcinoma in situ 8070/2.



# ΑΙΔΟΪΚΗ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ

Το VSCC αναπτύσσεται μέσω δύο διαφορετικών “μονοπατιών”:

- Η μειοψηφία αναπτύσσεται στα πλαίσια HPV’s λοίμωξης και αδιαφοροποίητης αιδιοϊκής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (UVIN)
- Η μεγάλη πλειοψηφία αναπτύσσεται στην απουσία HPV, σε ένα υπόβαθρο χρονίζουσας φλεγμονής. Περισσότερο η διαφοροποιημένη αιδιοϊκή ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (DVIN) παρά ο σκληρωτικός λειχήνας (LS) αντιπροσωπεύει την πιθανότερη πρόδρομη βλάβη

# ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ VSCC

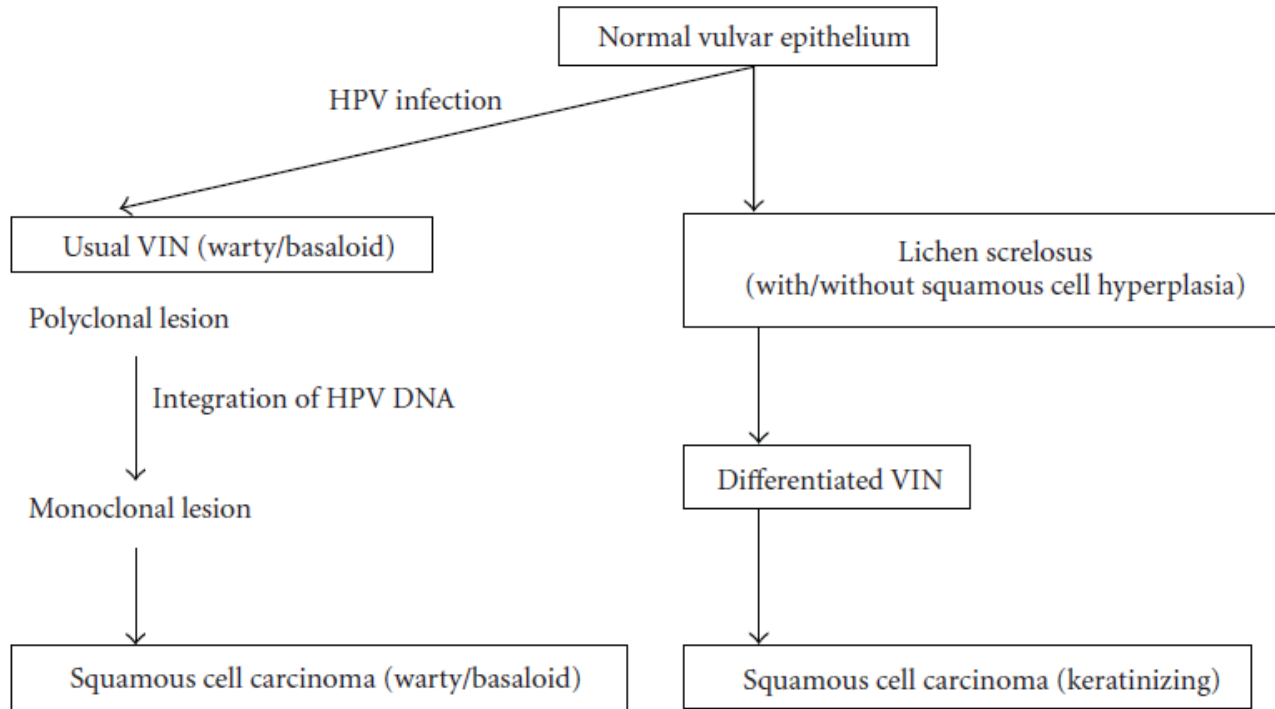


FIGURE 2: Pathogenesis of squamous cell carcinoma of the vulva. (Distinct pathways for carcinogenesis of keratinizing and warty/basaloid types of vulvar SCC from normal epithelium through precursor lesions are demonstrated.)

# ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ DVIN & VSCC

## ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

1. Επιδημιολογική συνύπαρξη (35.5% -78.4%)
2. Η παρουσία DVIN προσδιορίζει κακή πρόγνωση για το VSCC

## ΜΟΡΙΑΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

1. Έκφραση δεικτών κυτταρικού κύκλου & ανάπτυξης (p53, Ki67, p16INK4), μεταλλάξεις στο PTEN (ογκοκατασταλτικό γονίδιο του χρωμοσώματος 10)
2. Μελέτες κλωνικότητας
3. Διαπίστωση αλληλικών ανισορροπιών (*allelic imbalances -AI*), & αστάθειας μικροδορυφόρων (*microsatellite instability-MSI*)

# ΕΞΕΛΙΞΗ VIN ΣΕ VSCC

1. Η ηλικία αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα εξέλιξης σε VSCC, με αυξημένο κίνδυνο με την πρόοδό της
2. Η ριζικότητα της χειρουργικής θεραπείας δεν μεταβάλλει τον κίνδυνο εξέλιξης σε VSCC – γυναίκες που υπεβλήθησαν σε κανονική αιδοιοεκτομή για VIN οφείλουν να υποβάλλονται & αυτές σε τακτικούς επανελέγχους
3. Η κατάσταση των ορίων εκτομής δεν μεταβάλλει δραστικά τον κίνδυνο εξέλιξης – 50% των γυναικών που τελικά ανέπτυξαν διηθητικό VSCC είχαν ελεύθερα όρια

# ΑΙΔΟΪΚΟ CA - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

- Ο αιδοϊκός καρκίνος αντιστοιχεί σε 4-5% των νεοπλασμάτων του γυναικείου γεννητικού συστήματος, με 1000 θανάτους/έτος (ΗΠΑ)
- Η επίπτωση του αιδοϊκού καρκίνου [ICD-10 C51] είναι **2,5/100.000** γυναικείου πληθυσμού για την Βρετανία
- Η Διεθνής Εταιρεία για την Μελέτη του Καρκίνου (*International Agency for Research in Cancer*) αναφέρει επίπτωση 1:100.000 σε νεότερες γυναίκες και 20 στις 100.000 στις ηλικιωμένες, παγκόσμια

# ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΑΙΔΟΪΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Αιδοϊκός καρκίνος (C51) – Μέσος αριθμός νέων περιστατικών  
ανά έτος & Ειδικός κατ' ηλικία Δείκτης Επίπτωσης,  
Ηνωμένο Βασίλειο, 2006-8

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

## ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

- Πλακώδεις (α)κονδυλωματώδεις/βασαλοειδές, & (β)κερατινοποιούμενο
- Αδενικοί (Νόσος Paget, Ca βαρθολινείου, κ.α.)
- Κακόηθες Μελάνωμα αιδοίου

# ΠΛΑΚΩΔΕΣ CA – ΚΥΤΤΑΡΟΓΕΝΕΤΙΚΗ

- Ελλείψεις & διπλασιασμοί σκελών χρωμοσώματος, ή ισοσκελισμένες μεταθέσεις στα 3p, 3q, 5p, 8p, 8q, 9q, 10q, 11q, 13q, 18q, 19q, 22q, Xp
- Μεταλλάξεις στο TP53, TMBs10 & το PTEN
- Αντίστροφη σχέση μεταξύ βαθμού ιστολογικής διαφοροποίησης και καρυοτυπικής εκτροπής
- Παρά την διαφορετική παθογένεση, HPV θετικοί & αρνητικοί όγκοι έχουν αρκετές κοινές γενετικές αλλαγές στην εξέλιξή τους



## ΣΗΜΕΙΑ & ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΙΔΟΙΪΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

- *Συχνότερα:* κνησμός, διόγκωση, πόνος
- *Σπανιότερα:* αιμορραγία, εξέλκωση, δυσουρικά, έκκριμα, βουβωνική διόγκωση

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Πλήρης κλινική εξέταση
- Τεστ Παπανικολάου, Κολποσκόπηση με βιοψία
- Αιματολογικός & βιοχημικός έλεγχος
- Απεικονιστικές μέθοδοι: CT άνω & κάτω κοιλίας ή MRI
- *Λιγότερο διαδεδομένα:* αναζήτηση λεμφαδένα φρουρού (*sentinel node mapping*), υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη παρακέντηση βουβωνικών διογκώσεων

## ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΦΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΣΠΙΛΩΝ ΑΙΔΟΙΟΥ

- Αλλαγή στην *όψη* της επιφάνειας ενός σπίλου
- Αλλαγή στην *υπέγερση* μιας βλάβης: διογκωμένη, πεπαχυσμένη ή οζώδης
- Αλλαγή στο *χρώμα* μιας βλάβης – ειδικά προς το καφετί ή μελανό
- Αλλαγή στην *υφή* της επιφάνειας: ομαλό σε φολιδωτό ή εξελκωμένο
- Αλλαγή στην *αισθητικότητα* της βλάβης: κνησμός ή μυρμηκίαση

# VSCC-ΠΛΑΚΩΔΕΣ ΑΙΔΟΪΚΟ ΚΕΡΑΤΙΝΟΠΟΙΟΥΜΕΝΟ CA

TABLE 1: Characteristics of two types of squamous cell carcinoma of the vulva. (Characteristics of the warty/basaloid type and the keratinizing type of SCC of the vulva are shown).

	warty or basaloid type	keratinizing type
Frequency	20%–35%	65%–80%
Age	Younger 55 (35–65)	Older 77 (55–85)
Precursor	warty or basaloid VIN	Lichen sclerosis differentiated VIN
Molecular characteristics	HPV integration p14 <sup>ARF</sup> · p16 <sup>INK4a</sup> overexpression	p53 mutation Microsatellite instability
Prognosis	better	worse

# ΠΛΑΚΩΔΗ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ

**ΕΝΤΟΠΙΣΗ:** Συνήθως μονήρεις βλάβες στα μικρά ή τα μεγάλα χείλη – η κλειτορίδα αποτελεί πρώτη προσβολή μόνο στο 10%

**ΣΗΜΕΙΑ & ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:** Έλκος, οζίδιο, κηλίδα ή μισχωτή μάζα.

Μπορεί να μοιάζουν μ' εκείνα ενός VIN, αν και σε προχωρημένη νόσο απαντούν δύσοσμες εκκρίσεις, αιμορραγίες, πόνος ή ψηλαφητή μάζα. **28% έχει συμπτώματα >5y. 31% εξετάστηκε > 3 φορές**

**ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΑ:** Μονήρεις βλάβες, οζώδεις, ανθοκραμβοειδείς ή εξελκωμένες, με επηρμένα οξέα όρια

**ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ:** CT, MRI, technetium-99m labelled colloid (λεμφαδένας φρουρός/inguino-femoral sentinel lymph nodes)

# ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΙΔΟΪΚΟΥ CA

Κολποσκόπηση κόλπου & τραχήλου & Κυτταρολογία

C/T Πυέλου (λεμφαδενική διόγκωση). C/T Άνω Κοιλίας & Θώρακα

U/S & υπερηχογραφικά κατευθυνόμενη αναρρόφηση λεμφαδένων

MRI

Λεμφαδένας-φρουρός technetium-99m labelled colloid (inguino-femoral sentinel lymph nodes)

Αιματολογικές & Βιοχημικές εξετάσεις – Ca Δείκτες

# ΛΕΜΦΑΔΕΝΑΣ ΦΡΟΥΡΟΣ (*SENTINEL NODE MAPPING*)

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

# ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΒΑΣΙΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ

- (A) **ΒΑΘΟΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ (DEPTH OF INVASION):** Μέτρηση από την συμβολή επιθηλίου-στρώματος της πλησιέστερης πλέον επιφανειακής δερματικής θηλής μέχρι το βαθύτερο σημείο διήθησης (προτιμάται)
- (B) **ΠΑΧΟΣ (THICKNESS):** Μέτρηση από την επιφάνεια, ή την κοκκιώδη στιβάδα αν υπάρχει κερατινοποίηση, μέχρι το βαθύτερο σημείο διήθησης

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**



# ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ TNM

## TNM classification of carcinomas of the vulva

### TNM Classification<sup>1,2</sup>

#### T – Primary Tumour

TX	Primary tumour cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumour
Tis	Carcinoma in situ (preinvasive carcinoma)
T1	Tumour confined to vulva or vulva and perineum, 2 cm or less in greatest dimension
T1a	Tumour confined to vulva or vulva and perineum, 2 cm or less in greatest dimension and with stromal invasion no greater than 1 mm
T1b	Tumour confined to vulva or vulva and perineum, 2 cm or less in greatest dimension and with stromal invasion greater than 1 mm
T2	Tumour confined to vulva or vulva and perineum, more than 2 cm in greatest dimension
T3	Tumour invades any of the following: lower urethra, vagina, anus
T4	Tumour invades any of the following: bladder mucosa, rectal mucosa, upper urethra; or is fixed to pubic bone

Note: The depth of invasion is defined as the measurement of the tumour from the epithelial-stromal junction of the adjacent most superficial dermal papilla to the deepest point of invasion.

#### N – Regional Lymph Nodes<sup>2</sup>

NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph node metastasis
N1	Unilateral regional lymph node metastasis
N2	Bilateral regional lymph node metastasis

#### M – Distant Metastasis

MX	Distant metastasis cannot be assessed
M0	No distant metastasis
M1	Distant metastasis (including pelvic lymph node metastasis)

### Stage Grouping (TNM and FIGO)

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0
Stage IA	T1a	N0	M0
Stage IB	T1b	N0	M0
Stage II	T2	N0	M0
Stage III	T1, T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
Stage IVA	T1, T2, T3	N2	M0
	T4	Any N	M0
Stage IVB	Any T	Any N	M1

<sup>1</sup> (51,2976).

<sup>2</sup> A help desk for specific questions about the TNM classification is available at <http://tnm.uicc.org>.

<sup>3</sup> The regional lymph nodes are the femoral and inguinal nodes.

**FIGO stage 2009**

<b>I</b>	<b>Καρκίνος περιορισμένος στο αιδοίο</b>
IA	Βλάβες $\leq 2\text{cm}$ σε μέγεθος, περιορισμένες στο αιδοίο ή το περίνεο και με στρωματική διήθηση $\leq 1.0\text{mm}^*$ , χωρίς λεμφαδενική μετάσταση
IB	Βλάβες $> 2\text{cm}$ σε μέγεθος ή με στρωματική διήθηση $> 1.0\text{mm}$ , περιορισμένες στο αιδοίο ή το περίνεο και με αρνητικούς λεμφαδένες
<b>II</b>	<b>Καρκίνος οποιουδήποτε μεγέθους με επέκταση στις γειτονικές περινεϊκές δομές (1/3 κατώτερης ουρήθρας, 1/3 κατώτερου κόλπου, ορθό) με αρνητικούς λεμφαδένες</b>
<b>III</b>	<b>Καρκίνος οποιουδήποτε μεγέθους με ή χωρίς επέκταση στις γειτονικές περινεϊκές δομές (1/3 κατώτερης ουρήθρας, 1/3 κατώτερου κόλπου, ορθό) με θετικούς μηροβουβωνικούς λεμφαδένες</b>
IIIA	(i) Με μία λεμφαδενική μετάσταση ( $\geq 5\text{mm}$ ) ή (ii) Με μία ή δύο λεμφαδενική(ες) μετάσταση(εις) ( $< 5\text{mm}$ )
IIIB	(i) Με δύο ή περισσότερες λεμφαδενικές μεταστάσεις ( $\geq 5\text{mm}$ ) ή (ii) Με τρεις ή περισσότερες λεμφαδενικές μεταστάσεις ( $< 5\text{mm}$ )
IIIC	Θετικοί λεμφαδένες με εξωκαψική διασπορά
<b>IV</b>	<b>Ο όγκος διηθεί άλλες γειτονικές (2/3 ανώτερης ουρήθρας, 2/3 ανώτερου κόλπου) ή απομακρυσμένες δομές</b>
IVA	Ο όγκος διηθεί οτιδήποτε από τα ακόλουθα: (i) Τον βλεννογόνο της ανώτερης ουρήθρας και/ή του ανώτερου κόλπου, τον βλεννογόνο της ουροδόχου κύστης, τον βλεννογόνο του ορθού, ή καθηλωμένο στην οστέϊνη πύελο ή (ii) Καθηλωμένοι ή εξελκωμένοι μηροβουβωνικοί λεμφαδένες
IVB	Οποιαδήποτε απομακρυσμένη μετάσταση περιλαμβανόμενων των πνευλικών λεμφαδένων

**ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΓΡΑΦΗΜΑ**

**ΠΙΘΑΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

# ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΤΟΥ ΑΙΔΟΙΟΥ

- 1979 DiSaia: Τροποποιημένη Ριζική Αιδοιεκτομή (*ευρεία ριζική εκτομή του πρωτοπαθούς αιδοϊκού όγκου αντί της εξαίρεσης όλου του αιδοίου*)
- 1981 Hacker: Ξεχωριστές τομές, διατηρώντας τον γεφυρικό κρημό μεταξύ αιδοίου & βουβώνων
- 1987 & 1993: Μελέτες του GOG αμφισβητούν την standard διενέργεια αμφοτερόπλευρου μηροβουβωνικού λεμφαδενικού καθαρισμού
- Οι επεμβάσεις αμφοτερόπλευρου μηροβουβωνικού λεμφαδενικού καθαρισμού έχουν κατά το πλείστον αντικατασταθεί σε μικρότερους όγκους αρχικού σταδίου με την αξιολόγηση του λεμφαδένα φρουρού (*SLN biopsies*), μετά από 2 πολυκεντρικές προοπτικές κλινικές μελέτες

# ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Η αντιμετώπιση νόσου Σταδίου 1 περιορισμένου στο αιδοίο, είναι η πρωτοπαθής χειρουργική εξαίρεση, με επικουρική ΑΚΘ επί συνύπαρξης παραγόντων κινδύνου
- Η τοπικά προχωρημένη νόσος (Στάδια II–IVA) αντιμετωπίζεται με συνδυασμό ριζικής χειρουργικής και επικουρικής χημειοακτινοθεραπείας (chemoradiation)
- Η νεοεπικουρική χημειοακτινοθεραπεία μπορεί ενίοτε να χρησιμοποιηθεί ελαττώνοντας το κακόηθες φορτίο διευκολύνοντας την χειρουργική & αποφεύγοντας εξεντερώσεις
- Για νόσο Σταδίου IVB με απομακρυσμένες μεταστάσεις, συνίσταται παρηγορητική θεραπεία με ΧΜΘ ή/και ΑΚΘ

# ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ CA

- Ασθενείς με νόσο 1A χρήζουν ευρείας τοπικής εκτομής με τουλάχιστον 1cm ελεύθερα όρια, λεμφαδενικός καθαρισμός δεν είναι αναγκαίος
- Οι πορεία για νόσο 1A είναι εξαιρετική με 5ετή & 10ετή επιβίωση 100% & 94.7% αντίστοιχα
- Για >1B, αιδοιεκτομή με σύστοιχο/άμφω λεμφαδενικό καθαρισμό και πιθανά συμπλήρωση με ΑΚΘ ή ΧΜΘ/ΑΚΘ
- Λαμβάνονται υπόψη συννοσηρότητες, ηλικία, σεξουαλικότητα
- Η παλιά επέμβαση “πεταλούδας” προτιμάται μόνο σε εντόπιση της νόσου κοντά στις δερματικές γέφυρες, ή σε επέκταση της νόσου προς την κοιλία

## ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

VIN & <i>Ca in situ</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Τοπική εξαίρεση του επιθηλίου με υγιή όρια 0.5-1.0 cm</li><li>• Επιπολής αιδοιοεκτομή (σε μεγαλύτερες βλάβες)</li><li>• Εκτομή με νυστέρι ή εξάχνωση με Laser CO2 (μικρά χείλη/κλειτορίδα)</li><li>• Ανοσοτροποποίηση</li></ul>
IA	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ριζική τοπική εκτομή με τουλάχιστον 2cm υγιή όρια εκτομής</li></ul>
IB	<ul style="list-style-type: none"><li>• Τροποποιημένη ριζική αιδοιοεκτομία των τριών τομών</li><li>• Ακτινοθεραπεία πυέλου και βουβωνικών περιοχών εάν οι βουβωνομηριαίοι λεμφαδένες είναι θετικοί</li></ul>
III, IV	<ul style="list-style-type: none"><li>• Τροποποιημένη ριζική αιδοιοεκτομία των τριών τομών με υγιή χειρουργικά όρια 2cm και όριο στο βάθος το ουρογεννητικό διάφραγμα</li><li>• Neoadjuvant ακτινοθεραπεία ή χημειο-ακτινοθεραπεία και επαναξιολόγηση για την δυνατότητα χειρουργικής εξαιρεσιμότητας</li><li>• Ακτινοθεραπεία πυέλου και βουβωνικών περιοχών εάν οι βουβωνομηριαίοι λεμφαδένες είναι θετικοί</li></ul>

# ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΣΑ ΑΙΔΟΙΟΥ- TRENDS ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Για τα Στάδια III & IV, η ευρύτερη χρήση ΑΚΘ και η μειωμένη ριζικότητα των επεμβάσεων δεν υποβάθμισε την επιβίωση

*Ramanah R et al., Int J Gynecol Cancer 2012*

## Five-year survival rate versus stage for patients treated with curative intent

FIGO stage	Corrected five-year survival (%)
1	90
2	77
3	51
4	18

**Table 8–9 SURVIVAL RATES FOR PATIENTS WITH POSITIVE PELVIC NODES**

Series	Five-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 (1986)	0/7 (0)
Total	15/82 (18.3)



## ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΙ/ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Ανά 3μήνο για τα πρώτα 2 έτη
- Ανά 6μηνο για τα επόμενα 3 έτη
- Ετήσια κατόπιν

*Ο έλεγχος συνίσταται σε:*

- Κλινική εξέταση, κολποσκόπηση
- Γενική εξέταση αίματος, tumor markers, βιοχημικός έλεγχος ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας
- CT scan άνω και κάτω κοιλίας ανά έτος

# ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ

1. *Η επινέμεση στους μηροβουβωνικούς λεμφαδένες (αμφοτερόπλευρη?) είναι η πλέον καθοριστική*
2. *Η ηλικία της ασθενούς, το μέγεθος του όγκου, το βάθος διήθησης, η κατάσταση των ορίων της εκτομής*
3. *Παθολογοανατομικές παράμετροι: έντονη ινομυξοειδής αντίδραση του στρώματος, υψηλή πυκνότητα τριχοειδών, υψηλή έκφραση του VEGF*
4. *Η λεμφαδενική μετάσταση & η εντόπιση της υποτροπής δεν φαίνεται να σχετίζονται*
5. *Ανεξάρτητα από την αρχική λεμφαδενική συμμετοχή, οι υποτροπές αφορούν συνήθως την περιοχή του αιδοίου*
6. *Συχνότερες υποτροπές έχουμε σε προχωρημένα στάδια, διάμετρο όγκου >2.5cm, λεμφαγγειακή συμμετοχή, θετικά όρια & συνυπάρχον VIN2/3*
7. *Όψιμες υποτροπές & επανεμφανίσεις καθιστούν σημαντική τη παρακολούθηση*

## ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΝΟΣΟΥ

- Ευρεία ριζική εκτομή επί υποτροπής κεντρικής βλάβης
- Χειρουργική εξαίρεση, χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία επί υποτροπής λεμφαδένων

# *Μη πλακώδης Αιδοϊϊκός καρκίνος*

# ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

**ΟΡΙΣΜΟΣ:** Διηθητικός όγκος που αποτελείται κυρίως από κύτταρα που προσομοιάζουν με τα βασικά κύτταρα της επιδερμίδας

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:** Αργά αναπτυσσόμενη, τοπικά διηθητική βλάβη του αιδοίου, που σπάνια χορηγεί μεταστάσεις

**ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ:** Συναθροίσεις ομοιογενών κυττάρων της βασικής στιβάδας με πασαλοειδή διάταξη

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ:** Ευρεία τοπική εκτομή – σπάνια αναφέρεται βουβωνική συμμετοχή

# ΝΟΣΟΣ PAGET ΑΙΔΟΙΟΥ

**ΟΡΙΣΜΟΣ:** Ενδοεπιθηλιακό νεόπλασμα δερματικής προέλευσης με αδενικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά ευμεγέθη κύτταρα με χαρακτηριστικό κυτταρόπλασμα που ονομάζονται *κύτταρα Paget*

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ:** Ασύνηθες, αφορά λευκές εμμηνοπαυσιακές γυναίκες - σε 10-20% συνυπάρχει διηθητικό αδενoCa γειτονικού οργάνου

**ΚΛΙΝΙΚΑ:** Ερυθρή εκζεματοειδής βλάβη

**ΚΥΤΤΑΡΟΓΕΝΕΤΙΚΗ:** Έχουν ανιχνευθεί τρεις διαφορετικοί κλώνοι (*πρωτοπαθές δερματικό νεόπλασμα, σχετιζόμενο με ορθοπρωκτικό καρκίνωμα, σχετιζόμενο με καρκίνωμα του ουροθηλίου*). Όταν ανευρίσκεται ανευπολοειδία στο DNA αυξάνει ο κίνδυνος υποτροπής

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ:** Χειρουργική (*αιδοιεκτομή*), Ιμικιμόδη

# ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΒΑΡΘΟΛΙΝΕΙΟΥ ΑΔΕΝΑ

**ΟΡΙΣΜΟΣ:** Πρωτοπαθές νεόπλασμα, είτε ανόμοιοι κυτταρικοί πληθυσμοί στην ανατομική θέση του Βαρθολίνειου αδένα

**ΚΛΙΝΙΚΑ:** Αφορά γυναίκες >50, προσομοιάζει με βαρθολινίτιδα

**ΕΠΕΚΤΑΣΗ:** Σύστοιχη επινέμεση λεμφαδένων στην εμφάνιση: 20%

**ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ:** Τυπικά συμπαγής & διηθητικός, η ανεύρεση του σημείου μετάπτωσης από τον βαρθολίνειο στον όγκο είναι σημαντική προς τεκμηρίωση της προέλευσης. Περιγράφονται *πλακώδεις, αδενικοί, αδενοκυστικοί, αδеноπλακώδεις, μικροκυτταρικοί*, καθώς και όγκοι με *μεικτή ιστογένεση*

# ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΑΙΔΟΙΟΥ

**ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ:** Οζίδιο ή πολυποειδής μάζα εμφανιζόμενη με ίση συχνότητα στα μικρά, τα μεγάλα χείλη ή την κλειτορίδα – εμφάνιση με αιμορραγία, κνησμό ή δυσουρία

**ΚΛΙΝΙΚΑ:** 27% των βλαβών είναι άχρωμες – 20% δορυφόρα δερματικά οζίδια – 5% εξέλκωση της βλάβης

**ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ:** Διακρίνονται τρεις ιστολογικοί υπότυποι:

1. Επιφανειακά επεκτεινόμενο
2. Οζώδες
3. Βλεννογονικό/Φακιδοειδές άκρων (*Mucosal/Acral Lentiginous*)  
→ 25% των περιπτώσεων είναι αταξινόμητες



# ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΑΤΑ CLARK ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ ΑΙΔΟΙΟΥ

- **ΕΠΙΠΕΔΟ I:** Μελάνωμα *in situ*
- **ΕΠΙΠΕΔΟ II:** Επιπολής θηλής επιδερμίδας
- **ΕΠΙΠΕΔΟ III:** Ολοκληρωτική κατάληψη θηλωματώδους επιδερμίδας
- **ΕΠΙΠΕΔΟ IV:** Δικτυωτή στιβάδα επιδερμίδας
- **ΕΠΙΠΕΔΟ V:** Βαθύτερα της δικτυωτής στιβάδας επιδερμίδας στο λίπος και σε λοιπό βαθύτερο ιστό

# ΜΕΛΑΝΩΜΑ – ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

- Τόσο τα *επίπεδα κατά Clark*, όσο και οι *μετρήσεις του βάθους κατά Breslow*, χρησιμεύουν στην αξιολόγηση της πρόγνωσης των δερματικών μελανωμάτων του αιδοίου
- Οι μετρήσεις του βάθους κατά Breslow απαιτούν μέτρηση από το εν τω βάθει όριο της κοκκιώδους στιβάδας του καλύπτοντος επιθηλίου στο βαθύτερο σημείο της διήθησης του όγκου
- Αν το μελάνωμα είναι  $<0.76\text{mm}$  σε πάχος, δεν έχει μεταστατικό δυναμικό. Δυσμενείς προγνωστικοί είναι όγκοι πάχους  $>2\text{cm}$ , επίπεδο Clark IV-V, πάνω από 10 μιτώσεις/ $\text{mm}^2$ , επιφανειακή εξέλκωση του όγκου & προχωρημένο στάδιο της νόσου

# ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΑΙΔΟΙΟΥ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Όγκοι πάχους 0.75mm ή λιγότερο απαιτούν ευρεία τοπική εκτομή με 1cm κυκλωτικές υγιές όριο & 1-2cm εν τω βάθει υγιές όριο
2. Μελανώματα πάχους 1-4mm χρήζουν 2cm κυκλωτικές υγιές όριο & τουλάχιστον 1-2cm εν τω βάθει υγιές όριο
3. Μελανώματα πάχους >4mm αντιμετωπίζονται συνήθως με ριζική αιδοιεκτομή. Ανάλογα με το μέγεθος του όγκου, πιθανά απαιτείται **αμφοτερόπλευρος μηροβουβωνικός λεμφαδενικός καθαρισμός**

