

ΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ ΚΟΛΠΟΥ (Vaginal Intraepithelial Neoplasias – VaIN)

ΓΙΩΡΓΟΣ ΜΙΧΑΗΛ

ΛΕΚΤΟΡΑΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

**ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ**

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2017-8

- Ασυνήθεις βλάβες, αντιπροσωπεύουν το 0.5% του γυναικολογικού προκαρκίνου
- Παράγοντες κινδύνου είναι ο HPV, προηγηθείσα χημειο/ακτινοθεραπεία, ανοσοκαταστολή
- Η επίπτωση μετά υστερεκτομία για CIN3 μπορεί να φτάσει το 7.4%

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

- VaIN1 (Low grade, πιθανότατα αντιπροσωπεύει απλή HPV λοίμωξη, μικρή πιθανότητα προόδου σε διήθηση)
- VaIN2 & VaIN3 (High grade, διαθέτουν αληθές κακόηθες δυναμικό)

ΤΟΠΟΓΡΑΦΙΑ

- Κυρίως (60-70%) στο άνω τριτημόριο του κόλπου
- Κυρίως (60%) στο οπίσθιο τοίχωμα. Πρόσθιο 25%, πλάγιο 15%

ΣΗΜΕΙΑ & ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- Συνήθως ασυμπτωματική, ή ύποπτο επίχρισμα κατά Παπανικολάου
- Κολπική υπερέκκριση, δυσπαρευνία, κνησμός
- Εμφάνιση εξέρυθρη και κονδυλωματώδης, ή συχνότερα ως λευκωπές πλάκες

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Ενδεδειγμένη κολποσκοπική εξέταση και λήψη βιοψιών
- Απαραίτητη η εξέταση των πτυχών του κόλπου και η χρήση διαλύματος Lugol προς αποκλεισμό πολυεστιακών βλαβών

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Laser εκτομή ή εξάχνωση
- Χειρουργική (Ευρεία τοπική εκτομή, μέχρι και κολπεκτομή)
- Λιγότερο δημοφιλείς θεραπείες: Ακτινοθεραπεία, 5-FU, Κρυοπηξία, Ηλεκτροδιαθερμία, CUSA – Cavitational Ultrasonic Surgical Aspiration
- Εναλλακτικά, συντηρητική προσεκτική επιτήρηση επιλεγμένων βλαβών

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΚΟΛΠΟΥ

- Σπάνιοι όγκοι, αντιπροσωπεύουν το 2% των γυναικολογικών κακοηθειών
- Συχνότερα δευτεροπαθείς παρά πρωτοπαθείς – οι πρωτοπαθείς αντιπροσωπεύουν τη σπανιότερη γυναικολογική κακοήθεια

ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

- Πλακώδεις (85%)
- Αδενοκαρκινώματα, διαυγοκυτταρικά Ca, μελανώματα, σαρκώματα (10%-15%)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Αμφίχειρη γυναικολογική & ορθοκολπική εξέταση
- Τεστ Παπανικολάου
- Κολποσκόπηση με βιοψία
- Απεικονιστικές μέθοδοι: MRI/CT
- *Σπανιότερα:* Βιοψία ενδομητρίου, Κυστεοσκόπηση, Ορθοσκόπηση

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η Σταδιοποίηση του Ca κόλπου είναι Κλινική. Παράγοντες που μπορεί επίσης να επηρεάζουν την επιβίωση είναι το αρχικό μέγεθος του όγκου, η έκταση της συμμετοχής του κοιλιακού ιστού, ο ιστολογικός βαθμός διαφοροποίησης και η λυμφατική συμμετοχή.

<i>FIGO stage 2009</i>	
I	Καρκίνος αυστηρά περιορισμένος στο κοιλιακό τοίχωμα
II	Ο καρκίνος επεκτείνεται στον περίξ του κόλπου ιστό, αλλά δεν έχει φτάσει στα πυελικά τοιχώματα
III	Ο καρκίνος επεκτείνεται στα πυελικά τοιχώματα
IV	Ο καρκίνος έχει επεκταθεί εκτός της αληθούς πυέλου ή εμφανίζει διήθηση του βλεννογόνου της κύστης ή του ορθού (<i>τυχόν φυσαλιδώδες οίδημα δεν θα πρέπει να κατατάσει μια ασθενή στο στάδιο IV</i>)
IVA	Επέκταση της διήθησης σε γειτονικά όργανα – ο καρκίνος διηθεί τον βλεννογόνο της κύστης ή/και του ορθού και/είτε άμεση επέκταση εκτός της αληθούς πυέλου
IVB	Επέκταση της διήθησης σε απομακρυσμένα όργανα

ΑΡΧΕΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

- Παραδοσιακά η ολική ακτινοθεραπεία (εξωτερική ± βραχυθεραπεία) αποτελούσε την ενδεδειγμένη αντιμετώπιση του μη μεταστατικού Ca κόλπου.
- Ασθενείς Σταδίου I πιθανότατα θα έχουν βελτιωμένη 5ετή επιβίωση όταν αντιμετωπισθούν χειρουργικά.
- Σε κεντρική, μη μεταστατική νόσο είναι εφικτές επεμβάσεις εξεντέρωσης.
- Σε προχωρημένη νόσο Σταδίου IV, χημειοθεραπεία.
- Σε επιλεγμένα περιστατικά η συνδυασμένη χημειοακτινοθεραπεία συχνά συνδέεται με βελτιωμένη Συνολική Επιβίωση (OS-Overall Survival) & Διάστημα Ελευθέρου Νόσου (PFS-Progression Free Survival).
- Σε επιλεγμένα περιστατικά, συνδυασμός χειρουργικής αντιμετώπισης, ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας.

ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΙ/ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Ανά 3-4 μήνες για τα 2 πρώτα έτη
- Ανά 6μηνο για τα επόμενα 3 έτη
- Κατόπιν, ετήσια

Ο έλεγχος συνίσταται σε:

- Κλινική εξέταση, κυτταρολογία κολοβώματος, απεικονιστικές μεθόδους.

Βιβλιογραφία

1. DiSaia-Creasman. Clinical Gynecologic Oncology, 7th edition, 2007, Elsevier.
2. Smith JR, Healy J, Del Priore J. Atlas of Staging in Gynecological Cancer, 2008, Springer.
3. Current FIGO staging for cancer of the vagina, fallopian tube, ovary, and gestational trophoblastic neoplasia. FIGO Committee on Gynecological Oncology. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 105(1): 3-4.
4. Bornstein J, Bentley J, Bosze P, Girardi F, Haefner H, Menton M, Perrotta M, Prendiville W, Russell P, Sideri M, Strander B, Torne A, Walker P. 2011 colposcopic terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet Gynecol* 2012; 120(1).
5. Miyamoto DT, Viswanathan AN. Concurrent Chemoradiation for Vaginal Cancer. *Plos One* 2013; 8(6): e65048.
6. Haidopoulos D, Diakomanolis E, Rodolakis A, Voulgaris Z, Vlachos G, Intsaklis A. Can local application of imiquimod cream be an alternative mode of therapy for patients with high-grade intraepithelial lesions of the vagina? *Int J Gynecol Cancer*. 2005; 15(5):898-902.