

Operativno zdravljenje raka zunanjega spolovila

Sebastjan Merlo

Uvod

Rak zunanjega spolovila predstavlja invazivno maligno obolenje zunanjega predela ženskih genitalij. Najpogosteje prizadene velike in male labije (70 %).

Bistvo razumevanja operativne terapije raka zunanjega spolovila obsega poznavanje etiologije tumorja in njegove težnje k lokalnemu in limfogenemu širjenju. Vse 4 osnovne oblike invazivnega raka zunanjega spolovila metastazirajo po limfnih poteh. Poznavanje limfatičnih poti pa je ključnega pomena pri ustrezni operativni oskrbi. Le ta predstavlja najpomembnejši način zdravljenja pri rakah, ki so omejeni na zunanje spolovilo.

Vrste kirurških posegov

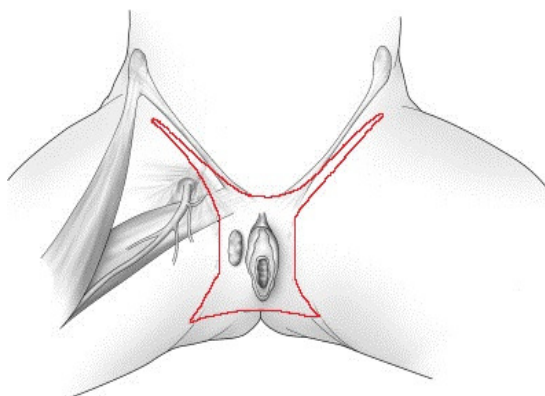
Na izbiro kirurškega posega vpliva velikost primarnega tumorja, njegova lokalizacija, status ingvinalnih in medeničnih bezgavk ter prizadetost okolnih struktur.

Med kirurškimi posegi primarnega tumorja se odločamo med široko ekscizijo zunanjega spolovila oz vulvectomio simplex ter radikalno vulvektomijo (odstranitev primarnega tumorja s povrhnjo ingvinalno limfadenektomijo. Glede na status bezgavk in velikost primarnega tumorja pa se odločamo še med biopsijo varovalne bezgavke (SNB) in radikalno ingvinalno limfadenektomijo.

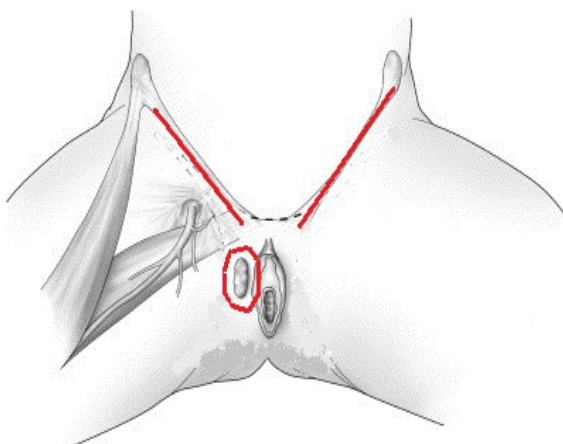
V primeru lokalno razširjene bolezni in prizadetosti okolnih struktur (sečnica, nožnica, danka) pridejo v poštev izjemno radikalni posegi vključno z zadnjo, sprednjo ali popolno eksenteracijo medenice ter abdominoperinealno ekscizijo.

Kirurški pristop

Skozi zgodovino so se tehnike kirurškega pristopa in področja odstranitve spreminjale. Od začetnega metuljastega reza (slika 1) je tehnika prešla k manj invazivnemu trojnemu rezu (slika 2), ki zagotavlja enak uspeh zdravljenja. Trojni rez predstavlja v današnjem času standardni kirurški pristop.



Slika 1. Metuljasti rez



Slika 2. Trojni rez

Varnostni rob

Pri kirurški odstranitvi želimo zagotoviti vsaj 1 cm zdravega tkiva (varnostnega roba) okrog primarnega tumorja. Zadosten varnostni rob bistveno zmanjša verjetnost lokalne ponovitve bolezni, vendar ga je v določenih anatomskih predelih težko doseči. Pomembno je, da je bilo v opravljenih raziskavah opisano približno 20 % krčenje preparata. To pomeni, da je bil pred posegom vrisan 10 mm varnostni rob, pri mikroskopskem pregledu velik le 8 mm.

Zapleti po kirurškem zdravljenju

Zapleti po kirurškem zdravljenju lahko obsegajo okužbe rane z dehiscenco in celjenjem per skundam, nastanek seromov in hematomov, trombozo žilja v področju operativnega posega in pa limfedem po odstranitvi ingvinalnih bezgavk. Dosedanje raziskave so pokazale, da lahko veliko zgoraj naštetih pooperativnih zapletov preprečimo z

uporabo preventivne antitrombotične terapije, z ohranitvijo v. saphene pri ingvinalni limfadenektomiji in v največji meri z dosledno uporabo metode biopsije varovalne bezgavke.

Literatura

1. Herzog TJ. Invasive cancer of the vulva. In: Disaia PJ, Creasman WT, Mannel RS et al. Clinical gynecologic oncology. Philadelphia: Elsevier; 2018. p.190-216.
2. Hoffman MS. Malignancies of the vulva. In: Rock JA, Jones III HW. Operative Gynecology. Philadelphia. Lippincott Williams&Wilkins; 2008. p.1151-1207.
3. Vakselj A. Bolezenske spremembe zunanjega spolovila. In: Takač I, Geršak K, et al. Ginekologija in perinatologija. Maribor: Univerza v Mariboru; 2016. p.231-6.
4. De Hullu JA, Hollema H, Lolkema S, et al. Vulvar carcinoma. The price of less radical surgery. Cancer. 2002;95:2331-8.
5. Palaia I, Bellati F, Calcagno M, et al. Invasive vulvar carcinoma and the question of the surgical margin. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2011;114:120–3.
6. Wills A, Obermail A. A review of complications associated with the surgical treatment of vulvar cancer. Gynecologic Oncology. 2013;131:467–479.
7. Chan JK, Sugiyama V, Huyen P, et al. Margin distance and other clinico-pathologic prognostic factors in vulvar carcinoma: A multivariate analysis. Gynecologic Oncology. 2007; 104:636–641.