

Zdravljenje raka zunanjega spolovila z radikalnim obsevanjem

Helena Barbara Zobec Logar

Uvod

Osnovno zdravljenje raka zunanjega spolovila je kirurško z ali brez dodatka pooperativnega obsevanja. V primeru, ko kirurško zdravljenje ni izvedljivo zaradi obsega bolezni ali pridruženih bolezni, prihaja v poštev zdravljenje z radikalnim obsevanjem. Radikalno obsevanje lahko razdelimo na primarno radikalno obsevanje in radikalno obsevanje v primeru ponovitve bolezni, kot posebno entiteto pa omenjamo tudi obsevanje v sklopu predoperativnega zdravljenja.

Primarno radikalno obsevanje

Radikalno obsevanje kot primarno zdravljenje prihaja v poštev v primeru lokalno napredovale bolezni, ko operativni poseg ni izvedljiv ali pa bi bil le ta preveč mutilanten, in v primeru, ko bolnica zaradi pridruženih bolezni za operativno zdravljenje ni sposobna. V večini primerov gre za lokalno napredovali rak, ki poleg zunanjega spolovila zajema okolne strukture in organe kot so sečnica, mehur, zadnjik, danka, mišice medeničnega dna, vrašča v kost, ali pa za regionalno napredovalo bolezen s paketom fiksiranih bezgavk v dimljah, ki jih operativno ni mogoče odstraniti.

Z obsevanjem se želimo na eni strani izogniti mutilantnemu operativnemu posegu, ker pa tudi visoke doze obsevanja puščajo

posledice, želimo s preiskavami izključiti razsoj bolezni. Kot zamejitvene preiskave uporabimo CT (računalniška tomografija) trebuha in prsnega koša, ali pa PET CT (pozitronska emisijska tomografija z računalniško tomografijo). Senzitivnost in specifičnost PET CT za ugotavljanje zasevkov v bezgavkah je v primerjavi s CT ali MR (magnetna resonanca) s kontrastom primerljiva (preko 90 %), je pa pri PET CT več lažno pozitivnih rezultatov. Poleg natančnega kliničnega pregleda z opisom mesta in velikosti tumorja, po potrebi opravimo še cistoskopijo in/ali rektoskopijo. Boljše rezultate zdravljenja dosežemo s kemoradioterapijo, kjer po analogiji z drugimi ploščatoceličnimi raki uporabljamo cisplatin. Kot podlaga za načrtovanje obsevanja služi MR medenice z zajetim celotnim zunanjim spolovilom in dimeljskimi bezgavkami, ki nudi dober prikaz primarnega tumorja (GTV T; angl. *gross tumor volume*) in zajetih bezgavk (GTV N; angl. *gross nodal volume*). V tarčni volumen CTV (angl. *clinical target volume*) vključimo primarni tumor in zunanje spolovilo, v kolikor sega tumor preko meja zunanjega spolovila dodamo varnostni rob 1 cm, če je zajeta nožnica dodamo iznad tumorja 3 cm varnostni rob, če je zajeta danko, sečnica ali mehur pa 2 cm varnostni rob. Vključimo vse prizadete bezgavke in bezgavčne skupine: ingvinofemoralne, obturatorne bezgavke, bezgavke ob notranjem, zunanjem in skupnem iliakalnem žilju. Če je zajeta zadnja stena zgornje polovice nožnice ali zadnjik in mišica zapiralka, se lahko odločimo za vključitev presakralnih oziroma perirektalnih bezgavk. Obsevanje poteka z modernimi obsevalnimi tehnikami - VMAT (volumetrično modulirajoče ločno obsevanje, angl. *volumetric modulated arc radiotherapy*) ali IMRT (intenzitetno modulirajoče

obsevanje, angl. *intensity modulated radiotherapy*), skupna predpisana doza znaša 60 Gy ali več.

Večina bolnic ima ob takšnem zdravljenju akutne sopojava na koži in sluznici vsaj G 2 - 3, zato jih moramo med obsevanjem redno - tedensko kontrolirati, po potrebi je vstaviti urinski kateter in bolnico hospitalizirati. Pri zajeti zadnjični mišici zapiralki ali sečnici, se lahko v sklopu kroničnih poznih posledic razvijeta inkontinenca za blato ali vodo, pogosto pa se pojavi tudi limfedem spodnjih okončin in zunanlega spolovila. V primeru ostanka bolezni po obsevanju z visoko dozo, so te bolnice le izjemoma kandidatke za operativno zdravljenje.

Radikalno obsevanje ob ponovitvi bolezni

Takšno zdravljenje prihaja v poštev pri lokalni ali regionalni ponovitvi bolezni v dimeljskih bezgavkah, ko bolezni kirurško ni možno odstraniti in bolnica še ni bila zdravljena z obsevanjem. Doza obsevanja je podobna kot pri primarnem radikalnem obsevanju, če je možno obsevanje poteka v kombinaciji s kemoterapijo. Prognoza je boljša pri bolnicah s ponovitvijo bolezni v področju zunanlega spolovila v primerjavi s ponovitvijo v dimeljskih bezgavkah.

Obsevanje v sklopu predoperativnega zdravljenja

Kandidatke za takšno zdravljenje so bolnice z napredovalo boleznijo, ki zajema zadnjik, mišico zapiralko, spodnji del rektuma, sečnico ali mehur, ki so sicer sposobne kirurškega zdravljenja, vendar bi bil le ta preveč mutilanten. Najboljše predoperativno zdravljenje je radioterapija v kombinaciji s cisplatinom. Obsevalna doza pri

predoperativnem zdravljenju znaša običajno 50 Gy in je nižja kot pri primarnem radikalnem obsevanju, zato je potrebno po takšnem obsevanju tudi v primeru popolnega kliničnega odgovora to histološko potrditi z biopsijami 6-12 tednov po zaključku obsevanja. Zaradi tega je zelo pomembno načrtovanje obsevanja, ki mora poleg skrbnega opisa tumorja s fotografijo, vključevati tudi tetovažo lateralnih robov tumorja, ki jo izvedemo ob pripravi na CT simulatorju. V primeru patohistološko potrjenega ostanka bolezni je potreben operativni poseg, v primeru popolnega odgovora pa je možno spremljanje z rednimi kontrolami na tri mesece.

Literatura

1. Armer K, Berek JS, Russo AL. Squamous cell carcinoma of the vulva: Medical therapy and prognosis. In: UpToDate, Falk SJ (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on July 14, 2017).
2. Beriwal S, Coon D, Heron DE, Kelley JL, Edwards RP, Sukumvanich P, et al. Preoperative intensity-modulated radiotherapy and chemotherapy for locally advanced vulvar carcinoma. *Gynecol Oncol* 2008; 109(2): 291–5.
3. de Hullu JA, van der Zee AG. Surgery and radiotherapy in vulvar cancer. *Crit Rev Oncol Hematol* 2006; 60(1): 38–58.
4. Gaffney DK, King B, Viswanathan AN, Barkati M, Beriwal S, Eifel P, et al. Consensus Recommendations for Radiation Therapy Contouring and Treatment of Vulvar Carcinoma, *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2016; 95(4): 1191-1200.
5. Montana GS, Thomas GM, Moore DH, Saxer A, Mangan CE, Lentz SS, et al. Preoperative chemo-radiation for carcinoma of the vulva with N2/N3 nodes: a gynecologic oncology group study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000; 48: 1007(4)–13.