

## Az inguinalis lymphadenectomia szerepe a vulvacarcinoma túlélési eredményeiben

*A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikája (igazgató: Tóth Zoltán dr., egyetemi tanár) közleménye*

**Összefoglalás:** Az invazív vulvacarcinoma az idősebb generációt érintő ritka daganat. A DEOEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján 1997 óta végeznek lymphadenectomiával kiterjesztett vulvectomiát. A szerzők a lymphadenectomia szerepét kívánták megvizsgálni a vulvacarcinoma műtéti kezelésében. A 10 éves beteganyagban 73 vulvacarcinomás beteg adatainak elemzésére volt lehetőség. A retrospektív vizsgálat során azonos időintervallumban végzett beavatkozások között hasonlították össze az inguinalis dissectióval kibővített vulvectomiát az egyszerű szeméremtesteltávolítást követő túlélési eredményeket. A végső számításoknál 18 lymphadenectomiás és 19 vulvectomiás esetet hasonlítottak össze. Lymphadenectomia nélküli esetekben 47%-ban alakult ki recidíva és a betegek 26%-a hunyt el, míg lymphadenectomiával kiterjesztett esetekben recidíva 16,6%-ban, halálozás ugyancsak 16,6%-ban fordult elő a követés időtartama alatt. Összefoglalásképpen elmondható, hogy a nyirokcsomó-dissectióval kibővített vulvectomia szignifikánsan megnöveli a túlélési időt ( $p=0,0195$ ).

**Kulcsszavak:** lymphadenectomia, vulvacarcinoma, vulvectomia

A vulvacarcinoma a női nemiszervi rákok 3–4%-át teszi ki [1]. Magyarországon kb. 350–450 új eset kerül felismerésre évente [2]. A leggyakoribb szövettani típus a laphámrák, mely a szeméremtestrákok 90%-ában fordulnak elő. Kezelésében a sebészi megoldásé a vezető szerep. A kombinált sebészi és radioterápiát az ágyéki recidívák kezelésére használják, míg a kemoterápiát a szisztémás metastasisok esetén alkalmazzák [3, 4].

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum (DEOEC) Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján 1997 óta végeznek lymphadenectomiával kiterjesztett vulvectomiát.

Tanulmányunk célja az volt, hogy megvizsgáljuk a lymphadenectomia szerepét a vulvacarcinoma műtéti kezelésében, azaz hogyan befolyásolja a betegek túlélését, illetve recidívamentes túlélését az inguinalis dissectio megéléte vagy hiánya.

### *Betegek és módszerek*

A DEOEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján 1995–2006 között vulvacarcinoma miatt megjelent nők közül retrospektív módon választottunk ki 73 beteget, akiknél vulvacarcinoma miatt hajtottak végre műtétet. A betegek átlagéletkora a felismeréskor 65,7 év volt. A legfiatalabb beteg 32, a legidősebb 93 éves volt.

A kiválasztott 73 betegből 54 esetben végeztek egyszerű vulvectomiát, és 19 esetben egészítették ki lymphadenectomiával. 2002-t megelőzően csupán egyetlen inguinalis dissectio történt, ezért, hogy elkerüljük az esetszámokban található nagy különbségek miatt adódó statisztikai torzításokat, számításainknál a 2002–2006 között megjelent betegeket vettük figyelembe. A 73 esetből 19 alkalommal végeztek lymphadenectomiát a vulvectomia mellett.

A betegek beválasztásánál további kritérium volt, hogy a daganat stádiuma elérje a T1N0M0 stádiumot, a tumor operábilis legyen, és az operáció a klinikán történt. Az összehasonlító vizsgálatba csak azokat az eseteket vontuk be, amelyeknél kuratív célú műtét történt, és nyomonkövetési adat is rendelkezésre állt.

Az információkat a klinikán alkalmazott számítógépes nyilvántartási rendszerből, a műtéti naplókából és a kórlapokból gyűjtöttük ki. 42 beteget hiányos nyomonkövetési adatok miatt levélben kontroll vizsgálatra visszahívtunk. 23 esetben történt visszajelzés, 9 betegnél a hozzátartozó jelezte a beteg halálát.

A beválasztási és kizárási kritériumok figyelembevételével 18 lymphadenectomiával kiegészített vulvectomiás és 19 egyszerű vulvectomiás esetet hasonlítottunk össze. Az esetszámok alacsony volta miatt nem vizsgáltuk a társult betegségek és a posztoperatív kezelések szerepét a túlélési eredményekben.

A túlélési adatokat varianciaanalízissel hasonlítottunk össze, illetve Kaplan–Meier-diagramon ábrázoltuk.

## Eredmények

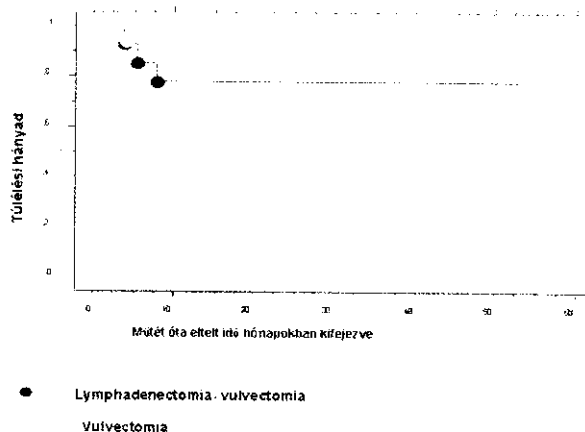
A két csoportban a halálozások és visszaesések száma a 1. táblázatban olvasható. Ebből látható, hogy a lymphadenectomia nélküli esetekben 47%-ban (9 beteg) alakult ki recidíva, és a betegek 26%-a (3 beteg) hunyt el, míg az inguinalis dissectióval kibővített esetekben recidíva 16,6%-ban (3 beteg), halálozás ugyancsak 16,6%-ban (3 beteg) fordult elő a követés időtartama alatt.

A kapott adatok varianciaanalízissel történő feldolgozása után megállapítottuk, hogy a vul-

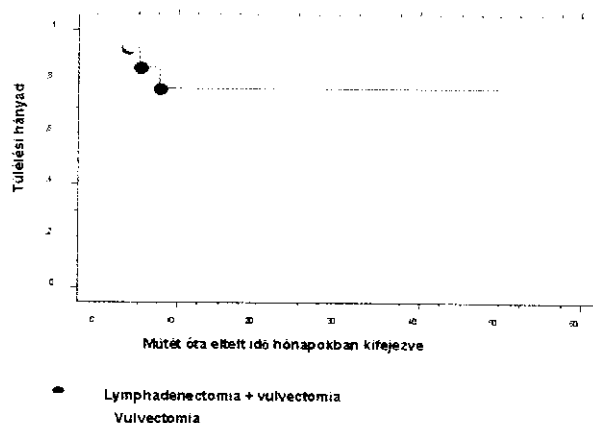
1. táblázat

Halálozások és visszaesések száma  
a két populációban

|           | Vulvectomia és<br>lymphadenectomia | Vulvectomia |
|-----------|------------------------------------|-------------|
| Recidíva  | 3                                  | 9           |
| Halálozás | 3                                  | 6           |
| Esetszám  | 18                                 | 19          |



1. ábra. Túlélési görbék



2. ábra. Recidívamentes túlélési görbék

vectomia lymphadenectomiával történő kiterjesztése statisztikailag szignifikánsan megnöveli a túlélési időt ( $p=0,0195$ ), illetve a recidívamentes túlélést is javítja, de ennek szignifikanciáját a varianciaanalízis során nem sikerült igazolni ( $p=0,1430$ ). Miután az eredményeket Kaplan–Meier-diagramon ábrázoltuk, a varianciaanalízis eredményeivel egybevágó diagramokat kaptunk (1., 2. ábra).

## Megbeszélés

A lymphadenectomia a felszínes és mély inguinalis- és a vena femoralistól medialisán található nyirokcsomók eltávolítását jelenti a fascia lata és a vena saphena magna megkímélésével. Az 1900-as évek elején a korai szeméremtestrák standard terápiája a radikális műtét volt. 1912-ben Basset hangsúlyozta, hogy a vulvacarcinoma adekvát terápiája a teljes vulva széles

excisiója, illetve az inguinalis és femoralis nyirokcsomók mono-block dissectiója. [3] Az 1980-as években *DiSaia* [5], illetve *Hacker és mtsai* [4] tanulmányukban kimutatták, hogy a korai vulvacarcinoma megfelelő terápiája a partialis vulvectomy, és bebizonyították, hogy legalább 1 cm-es ép széllel kell a daganatot kímélni, mivel ennél kisebb biztonsági szegély esetében a recidíva aránya nagyon magas. Nagy áttörést jelentett a posztoperatív morbiditás csökkentésében a *Hacker* által kifejlesztett külön metszésből történő inguinalis dissectio, mivel a recidívaarányban nem okozott emelkedést [6,7]. *Rouzier és mtsai* igazolták, hogy a fascia lata és a vena saphena magna megőrzése csökkenti a posztoperatív morbiditást, ellenben a recidívaarányt nem növeli meg [8].

A terápia radikalitásának megválasztásánál fontos szempontok a stádium, a megnagyobbodott inguinalis nyirokcsomók megléte vagy hiánya, a tumor elhelyezkedése a középvonalhoz képest, illetve a beteg általános állapota.

Nagy esetszám feldolgozása vulvacarcinomás betegekről alig ismeretes, így tanulmányunk 73 esete a nagyobb beteganyagok közé tartozik.

A FIGO stádiumbeosztását alkalmazva, az anyagunkban előforduló tumorok 31%-a I. stádiumú, 26%-a II. stádiumú, 9%-a III. stádiumú és 7%-a IV. stádiumú volt. Mivel a beválasztási kritériumok között szerepelt, hogy csak a T1N0M0 azaz I. stádiumtól vehető be a beteg a tanulmányba, a beválogatott esetekben indikálható volt a lymphadenectomia, így a két betegpopuláció összehasonlítható volt egymással.

Tanulmányunkban a halálozások és visszaesések száma kisebb volt lymphadenectomiával történő kiterjesztés esetén, mint ha csak vulvectomyt végeztünk.

Összefoglalásként elmondható, hogy a vulvectomy lymphadenectomiával történő kiegészítése javítja a vulvacarcinoma túlélési eredményét. További vizsgálatokat igényel a társult betegségek és utókezelések túlélést befolyásoló szerepének tisztázása.

## Irodalom

- [1] *de Hullu JA, Doting E, Piers DA, Hollema H, Aalders JG, Koops HS, Boonstra H, van der Zee AG:* Sentinel lymph node identification with technetium-99m labeled nanocolloid in squamous cell cancer of the vulva. *J Nuc Med* 1998; 39(8): 1381–1385.

- [2] *Jones RW, Baranyai J, Stables S:* Trends in squamous cell carcinoma of the vulva: the influence of vulvar intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 448–452.
- [3] *Basset A:* Traitement chirurgical operatoire de l'épithélioma primitif de clitoris. *Revue de Chirurgie.* 1912; 46: 512
- [4] *Hacker NF:* Vulvar cancer. In: Berek JS Hacker NF, eds. *Practical gynecologic oncology.* 3d ed. Philadelphia: Williams & Wilkins, 2000: 553–596
- [5] *DiSaia PJ, Creasman WT, Ricg Wm:* An alternate approach to early cancer of the vulva. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 133: 825–832
- [6] *Helm CW, Hatch K, Austin JM, et al:* A matched comparison of single and triple incision techniques for surgical treatment of carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol* 1992; 46: 150–156.
- [7] *Hacker NF, Berek JS, Lagasse LD et al:* Individualization of treatment for stage I squamous cell vulvar carcinoma. *Obstet Gynecol* 1984; 63: 155–162.
- [8] *Rouzier R, Haddad B, Dubernard G et al:* Inguino-femoral dissection for carcinoma of the vulva: effect of modifications of extent and technique on morbidity and survival. *J Am Coll Surg* 2003; 196: 442–450.

Kerepesi J, Póka R.: *Role of lymphadenectomy in the treatment of vulvar cancer (Retrospective study of cases during 10 years)*

Invasive cancer of the vulva is a rare type of neoplasms affecting the elderly. At the DEOEC Clinic of Obstetrics and Gynecology vulvectomy extended with lymphadenectomy has been carried out since 1997. The authors wished to study the advantage of lymphadenectomy in treatments of vulvar cancer. They compared survival and progression-free survival of patients undergoing vulvectomy with lymphadenectomy and those simple vulvectomy during a retrospective study on 73 patients. They matched 18 cases with lymphadenectomy to 19 simple vulvectomy on the final calculations. Recurrence developed in 47% of the cases without lymphadenectomy and 26% of the patients died, while recurrence occurred in 16,6% of the patients with lymphadenectomy and the same percent of the patients died during the follow up. In summary, we can say that extension of the vulvectomy with groin dissection significantly improves survival ( $p=0,0195$ ).

**Keywords:** lymphadenectomy, vulvar cancer, vulvectomy

Levelezési cím:

**Póka Róbert Dr.**

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum,  
Női Klinika  
4012 Debrecen Pf 37