

Bir Vulva Kanseri Olgusunda İki Taraflı Femoral Transpozisyon Flebi ile Rekonstrüksiyon*

Doç. Dr. Serpil BOZKURT (1), Doç. Dr. Deniz ÇEK (2), Dr. Gülseren ERHAN (3) Dr. Güler BAGBOZAN (4)

OZET

78 yaşında diabetik hasta her iki labium majus minusu, perineyi, introitus hizasında vagina başlangıcını, uretra çevresi ve klitoris içine alan ülserojetan kitle ile başvurdu. Evre III (T3N2M0) epidermoid karsinom olarak değerlendirilen olguya radikal vulvektomi uygulandı. Gerek yaşı gerekse güçlüğüle regüle edilebilen diabeti nedeniyle iyileşme açısından yüksek risk taşıyan olgunun rekonstrüksiyonunda iki taraflı olarak femoral bölge iç tarafından hazırlanan transpozisyon flebinden yararlandı, böylece gerilme riski en az düzeyde tutulmaya çalışıldı. İzlenmekte olan hasta 6 ay sonra halen sağlıklı olup nüks ve metastaz gözlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Vulva kanseri, radikal vulvektomi, vulvar rekonstrüksiyon.

SUMMARY

Reconstuction of a vulva carsinoma with a bilateral femoral transposition flap.

A case report of a 78 year- old diabetic patient who applied to our clinic with an ulcerovegetan mass which was at her bilateral labiums, perine and disseminated from introitus line of vagin, uretral circle to clitoris. The patient was evaluated as stage III (T3N2Mo) epidermoid carcinom and a radical vulvectomy was performed. Because of her old age and diabetic regulation problems, the case had o poor improvement risk, therefore from internal paris of the femoral region a transposition flap prepared for her reconstruction and in this way tension risk tried to be minimized. After 6 months the patient was healty and recurrens or metastasis were not seen.

Key Words: Vulva carsinoma, radical vulvectomy, vulvar reconstruction.

GİRİŞ

Kadın genital kanserlerinin % 4-5'ini oluşturan vulva kanserleri ileri yaşlarda daha sık görülmektedir (1,2,3). Ortalama görülme yaşı 65 olarak bilinmektedir (2,3). Multifaktoriyal etyolojilidir (3,4). Büyük kısmı yassı epitel kanserlerinden oluşmaktadır (5). Tedavi hastalığın evresine göre değişmektedir (6,7). İleri evrede sık yapılan operasyon radikal vulvektomi, bilateral inguinal lepfadenektomi ve gerektiğinde pelvik lenf adenektomidir (7,8). Lezyonun geniş olduğu

durumlarda operasyon sonrası oluşan defektin gerilmesiz kapatılması zor olmaktadır. Bu durumlarda tam kalınlıklı cilt flebi veya myokunatöz flep kullanılması önerilmektedir (9). Flep uygulanan olgularda yara açılması, enfeksiyon ve nadir olarak primer kanser oluşumu gözlenmektedir (4,9).

OLGU

SSK İstanbul Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliğine dış genital bölgede yara, akıntı, kaşıntı şikayetleri ile başvuran 78 yaşındaki bir hasta vulva kanseri (ca) ön tanısıyla 4/5/1994 de yatırıldı. Yapılan jinekolojik muayenede vulvada her iki labium majusların büyük bir kısmını, laium minusların tamamını, klitoris ve intraoitus vajinayı kapsayan eritematöz, yer yer iltihabi ve ülseröz görünümünde tümoral lezyon vardı (Resim 1). Uretra sağlam görünümdeydi. Uterus ve adneksler normal, kollum sert

SSK İstanbul Hastanesi 2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği (1) Şefi (3) Uzmanı.

1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği (4) Şef Yardımcısı. Vakıf Guraba Hastanesi ve Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi Kliniği Şef Yardımcısı (2).

* 4. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi 6-11 Kasım 1994 Antalya'da sunulmuştur.

ve atfokti. Sol inguinal bölgede yaklaşık 2-3 cm. çapında mobil, düzgün sınırlı bir adenopatisi mevcuttu.

Fizik muayenede şişmanlık ve yaşlılığa bağlı değişiklikler dışında önemli bir bulgu saptanmadı. Anamneze 10 yıldır tip II. diabetes mellitus ve kalp yetersizliği vardı. Oral antidiyabetik kullanılmakta olan hastanın kan şekeri regüle değildi. Kalp yetersizliği için dijital kullanılmaktaydı. Akciğer grafisi ve elektrokardiografisi normal bulundu.

Laboratuvar değerleri anemi bulguları ve kan şekeri yüksekliği dışında normaldi. İdrar yolları enfeksiyonu öyküsü nedeniyle yapılan idrar kültürü ve vaginal kültürde B grubu streptokoklar üredi, duyarlı antibiyotik başlandı. Lezyondan alınan biyopsi sonucu iyi diferansye epidermoid ca olarak geldi. Diabeti regüle edildikten ve anemisi düzeltildikten sonra hasta 31/5/1994 de operasyona alındı. Litotomi pozisyonunda genel anestezi altında mesaneye sistofiks yerleştirildikten sonra operasyona üstte mons pubisin tamamını kapsayacak şekilde tranvers bir kesi ile başlandı. Bu kesi iki yandan labiumların tamamını içine alacak şekilde aşağıya perineye doğru uzatıldı. İçte klitoris ve vajina girişimin 2cm'lik kısmını içine alacak şekilde tamamlanarak bölgenin tüm cilt ve ciltaltı dokusu çıkarıldı. Ortaya çıkan geniş defekt uyluktan kaldırılan üçgen şeklinde tabanı bacak iç hatında ka-

lan rotasyonel cilt ciltaltı flepleri ile kapatıldı (Resim 2). Vulvanın onarımı tamamlandıktan sonra her iki inguinal bölgeye "S" tipi Marschall insizyonu ile girilerek lenf dis eksiyonu yapıldı (Resim 3). Postoperatif erken dönemde komplikasyon gelişmedi. Antibiyotik olarak 10 gün sefaperazon 4gr/gün ve 5 gün gentamisin 240 mg/gün kullanıldı. Tromboflebit profilaksisi için fraksiyone heparin 0.3 ml/gün kullanıldı. Postoperatif yedinci gün soldaki fleple inguinal cilt arasındaki sitürlerde 6-7 cm'lik bir nekroz, enfeksiyon ve açılma oldu. Bu bölgeye asit borik solüsyonuyla pansuman yapılarak iki hafta sonra sekonder sütür konuldu. Fakat iyileşme sağlanamayarak tersiyer iyileşmeye bırakıldı. Bu defektin tümüyle kapanması bir aylık bir süreyi aldı. Konstriksiyon ve deformasyon yaratmayan bir iyileşme sağlanabildi (Resim 4). Bu süre zarfında gelişen dekübitus ülserlerinin iyileştirilmesi nedeniyle hasta ancak 15/8/1994'de taburcu edilebildi. Böylece operasyon sonrası yara iyileşmesi 60 günlük bir süreyi alırken, toplam operasyon sonrası hospitalizasyon süresi 75 gün oldu.

Operasyonun histopatolojik sonucu orta derecede diferansye epidermoid ca olarak geldi. Lenf bezlerinde metastaz saptanmadı, büyük olan lenf bezinde reaktif hiperplazi bulundu. Operasyon sonrası alınan kollum biyopsisi normaldi.



Resim 1



Resim 2



Resim 3



Resim 4

TARTIŞMA

Multifaktoriyel etyolojiye sahip vulva ca gençlerde HPV, HSV-2, sigara kullanımı ve vulvar intra epitelyal neoplazi ile ilişkili olmasına rağmen yaşlılarda bunlardan bağımsız olabilir (3,6). Şişman, yüksek tansiyonlu, diabetli ve doğurmamışlarda sık görüldüğü bildirilmektedir, % 22'si serviks ca ile birlikte olabilir (2,3,6).

Olgumuz yaşlı, şişman ve diabetli idi, üç doğum yapmıştı, servikte lezyonu yoktu. Histopatolojisi en sık görülen yassı epitel hücreli ca idi. Vulva karsinomunda tedavi diğer karsinomlar gibi evresine göre değişmektedir (1). Bir mm.'den küçük stromal invazyonu olan erken evre karsinomlarda hastanın yaşamını bozmadan mümkün olduğunca konservatif yaklaşım önerilirken ileri evrelerde operasyonun şekli değişmektedir (3,6). Evre II ve III'de radikal vulvektomi, bilateral inguinal lenf adenektomi, lenf nodu (+) ise pelvik lenf adenektomi veya radyoterapi uygulanmaktadır (3,6,8).

Radikal blok halinde diseksiyon postoperatif morbidite artışı, yara açılması, enfeksiyon ve uzun hospitalizasyon nedeniyle yerini üç ayrı insizyon tekniğiyle yapılan operasyona bırakmıştır (1,3,5). Olgumuzda yapılan operasyon literatürde önerilen gibi üç apyırı insizyonla yapıldı. Geniş lezyonlu olgularda defektin gerilimsiz, kolay kapanması için greft kullanımı önerilmiştir (2,3). Tam kalınlıklı cilt grefti veya preoperatif radyoterapi uygulanan olgularda olduğu gibi myokutanöz flep kullanılabilir (2,4,6). Hastamızda diabet nedeniyle yara iyileşmesinde güçlük düşünülerek greft kullanıldı. Alınan yerde geniş bir defekten kaçınmak amacıyla myokutanöz greft yerine tam kalınlıklı cilt, ciltaltı grefti tercih edildi. Böylece hem operasyon alanında iyileşme riski azaltılırken, hem de greft alınan yerde iyileşme riski minimale indirilmeye çalışıldı. Sıklıkla kullanılan gracilis myokutanöz fleplerde nekroz ve verici bölgede enfeksiyon gibi komplikasyonlar görülebilir. Fishman ve ark (4) myokutanöz fleple oluşturulan neovulvada primer ca bildirilmişlerdir.

Operasyonun 7. gününde solda enfeksiyon ve suturelerdeki kısmi açılma literatürde de sık bildirilen komplikasyonlardandır (1,5,6). Olgumuzda operasyon bölgesine dren konulmadı. Dren kullanımının yara enfeksiyonunun ve açılmasını azalttığını bildiren yayınlar (3,6) olduğu gibi bunun anlamlı bir farklılık göstermediğini belirtenler de (5) vardır. Üç insizyonla radikal vulvektomi için literatürde verilen hastanede kalış süresi ortalama 21 gündür (2,5). Olgumuzda operasyon sonrası hastanede kalış süresi 75 gündü. Son 15 günde operasyon yerinde yara iyileşmesi tamamlanmıştı, ancak dekübitus ülserleri nedeniyle hastanın kalması gerekti. Operasyon öncesi diabet regülasyonu ve aneminin tedavisi için hasta 27 gün hastanede yatmıştır. Hastanın bu postoperatif geç iyileşimini etkileyen ek faktörleri yaşlılığı, diabeti, şiş-

manlığı, preoperatif uzun hastanede kalış süresi gibi nedenler olduğu düşünüldü.

Hastanın iyileşme süresinin uzun olmasına rağmen operasyon bölgesinde fonksiyonel bir bozukluk yaratacak kontraktür ve deformasyon oluşmamasını greft kullanımının sağlandığına inanıyoruz.

KAYNAKLAR

- 1- **Keys H.** Gynecologic oncology group randomized trial of combined technique therapy for vulvar cancer. *Cancer* 1993;71:1691-6.
- 2- **Sciarrà JJ, Buschbaum HJ:** Gynecology and Obstetrics. Rev ed, Harper and Row Publishers, Philadelphia: 1987;4(4):3-11.
- 3- **Thompson JD, Rock JA.** Te Linde's operatif gynecology. 7th ed, JB Lippincott Company Philadelphia: 1992;1065-1124.
- 4- **Fishman A, Girtanner RE, Adam E, Kaufman RH, Kaplan AL.** Second primary cancer arising from the neovulva following reconstruction with myocutaneous flaps. *Gynecol Oncol* 1994;53:128-130.
- 5- **Hopkins MP, Reid GC, Morley GW.** Radical vulvectomy. *Cancer* 1993;72:799-803.
- 7- **Perez CA, Grigsby PW, Galakatos A, Swanson R, Camel HM.** Radiation therapy in management of carcinoma of vulva with emphasis on conservation therapy. *Cancer* 1993;71:3707-15.
- 8- **Hopkins MP, Morley GW.** Pelvic exentration for the treatment of vulvar cancer. *Cancer* 1992;70:2835-8
- 9- **Plaxe SC, Braly PS, Dottino PR.** A symplified approach to superficial inguinal dissection with sparing of saphenous vein in patient with carcinoma of vulva. *Surg Gynecol Oncol* 1993;176:295-6.