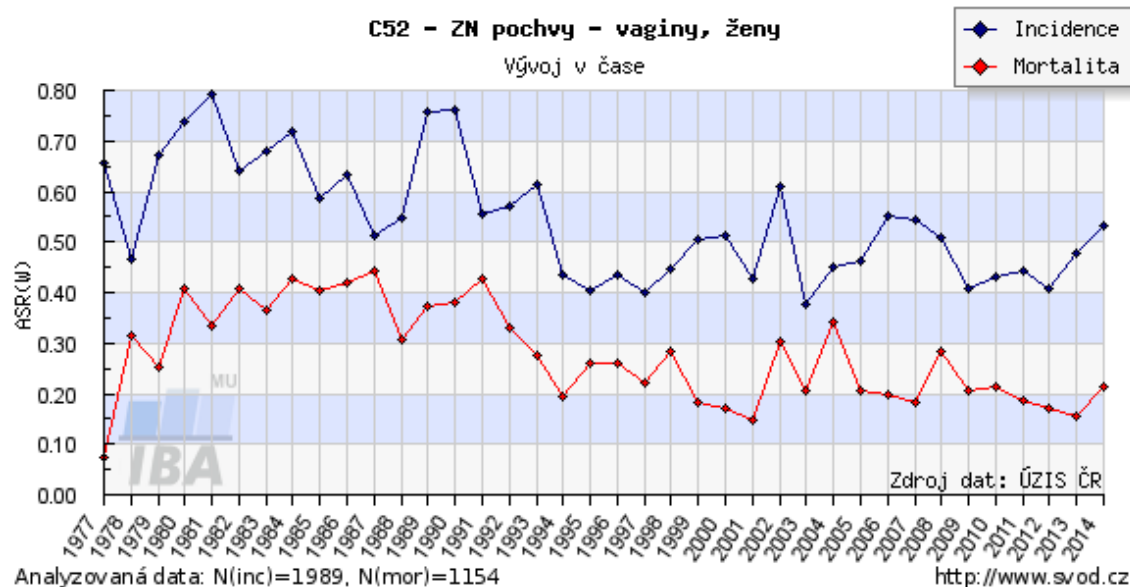




1. Epidemiologie:

Zhoubné nádory (ZN) pochvy jsou velmi vzácné, tvoří 1-2 % všech gynekologických malignit. Karcinom pochvy se objevuje zejména u žen v 6. - 7. deceniu, ale může být diagnostikován již u žen po 30. roku věku.



2. Etiologie:

Rizikové faktory

1/ věk - vyšší věk – spíše spinocelulární karc

- 12-30 let adenokarcinomy

2/ perzistující high risk Human Papillomavirus (HR HPV) infekce (65-80 % karcinomů je HR HPV pozitivních)

3/ výskyt jiného karcinomu či prekancerózy

4/ anamnesticky absolvovaná radioterapie pánve

5/ opakované dráždění pochvy – např. při prolapsech či descenzu pochvy, užívání poševních pesarů

6/ kouření cigaret

7/ VaIN (vaginální intraepiteliální neoplazie)

8/ intrauterinní expozice diethylstilbestrolu

Vypracoval: MUDr. Richerd Feranec, Ph.D.
Platnost od: 01. 10.2016
Datum aktualizace: 01. 10. 2017
Aktualizaci provedl:
MUDr. R. Feranec, Ph.D.

Schválil:
Vedoucí multioborového týmu
prim. MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.

Poznámka:

Pořadové číslo:

NLPP 5.2



Prognóza

Mezi prognostické faktory patří staging nádoru, postižení lymfatických uzlin (lokalizace, počet, velikost), velikost nádoru, lokalizace nádoru (horší prognóza ve střední a dolní 1/3 pochvy), věk ženy, její celkový stav, histologický typ nádoru (horší prognóza - sarkomy, maligní melaniny), čas zahájení radioterapie.

Prognóza 5 -letého přežití (DiSaia 2007)

STADIUM	% patientek přežívajících 5-letý interval
I	75
II	48
III	30
IV	8-10
Všechna stadia	48

3. Histologie:

Vaginální intraepiteliální neoplazie (VaIN) je premaligní intraepiteliální lézí spinocelulárního karcinomu pochvy. Terminologie a histopatologická klasifikace VaIN (VaIN I, II, III) odpovídá klasifikaci prekanceróz hrdla děložního (CIN) a vulvy (VIN). Léčba VaIN III (excize, laser vaporizace) potencionálně snižuje riziko rozvoje invazivního spinocelulárního karcinomu pochvy. Střední věk patientek s VaIN je o 10-18 let nižší než patientek s invazivní formou karcinomu pochvy. Průměrný věk patientek s VaIN je 50 let. VaIN většinou postihuje horní část pochvy, může být multifokální. Do invaze progreduje 3-7 % případů.

Histopatologická klasifikace nádorů pochvy:

1/ epitelové nádory:

- **z dlaždicového epitelu:** dlaždicobuněčný karcinom
- **žlázové nádory:** světlobuněčný karcinom, endometroidní adenokarcinom, mucinózní adenokarcinom, mezonefrický adenokarcinom
- **ostatní epitelové nádory:** adenoskvamózní karcinom, malobuněčný karcinom, adenoidně cystický karcinom, adenoidně bazocelulární karcinom, nediferencovaný karcinom

2/ smíšené epitelové a mezenchymální nádory: maligní smíšený müllerianský nádor

(karcinosarkom), adenosarkom, maligní smíšený nádor připomínající synoviální sarkom

3/ mezenchymální nádory: sarcoma botryoides, leiomyosarkom

4/ melanocytární nádory: maligní melanom


Vypracoval: MUDr. Richerd Feranec, Ph.D.
Platnost od: 01. 10.2016
Datum aktualizace: 01. 10. 2017
Aktualizaci provedl:
MUDr. R. Feranec, Ph.D.


Schválil:
Vedoucí multioborového týmu
prim. MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.

Poznámka:

Pořadové číslo:

NLPP 5.2

	Masarykův onkologický ústav Standard		
SEKCE: NLPP	PŘEDMĚT/VÝKON/PROCEDURA KARCINOM POCHVY	STRANA PROCEDURY: 3/7	
<p>Vzácné formy vaginálních nádorů: nádor ze žloutkového váčku, periferní neuroektodermový nádor, Ewingův sarkom, non-Hodgkinův lymfom (difúzní velkobuněčný lymfom z B buněk), atd.</p> <p>Sekundární metastatické postižení pochvy: Vyskytují se častěji než primární nádorové postižení - např. karcinomy hrdla a těla děložního, karcinomy vulvy, ovaria, rekta, Grawitzův nádor ledvin, sarkomy, choriokarcinom.</p> <p>Lokalizace nádoru:</p> <ul style="list-style-type: none"> - horní třetina pochvy 56 % - střední třetina 13 % - dolní třetina 31 % <p>Podle charakteru růstu rozlišujeme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - forma papilárně polypózní - exofytický charakter růstu s nekrózou - forma infiltrativní (difúzní šíření, stenosa pochvy) - forma ulcerosní (kráter s vyzdviženými okraji, šíření do paravaginálních tkání) <p>4. Stanovení odpovědné osoby za diagnosticko – léčebný plán ošetřující lékař či lékař s kompetencí</p> <p>5. Stanovení diagnózy - vyšetřovací metody:</p> <p>a) Obligatorní vyšetřovací metody:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anamnéza - somatické vyšetření + komplexní gynekologické vyšetření - základní hematologické vyšetření - biochemie s jaterními testy - KS, HbsAg (HIV se souhlasem pacientky, anti HCV v případě pozitivních jaterních testů) - RTG – předozadní snímek plic <p>b) Fakultativní vyšetřovací metody</p> <ul style="list-style-type: none"> - uretrocystoskopie - rektoskopie 			
Vypracoval: MUDr. Richerd Feranec, Ph.D. Platnost od: 01. 10.2016 Datum aktualizace: 01. 10. 2017 Aktualizaci provedl: MUDr. R. Feranec, Ph.D.	Schválil: Vedoucí multioborového týmu prim. MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.	Poznámka:	Pořadové číslo: NLPP 5.2

	Masarykův onkologický ústav Standard	
SEKCE: NLPP	PŘEDMĚT/VÝKON/PROCEDURA KARCINOM POCHVY	STRANA PROCEDURY: 4/7
<p>- UZ třísel</p> <p>- CT retroperitonea</p> <p>- SCC</p> <p>- lymfografie</p> <p>- intravenózní vylučovací urografie</p> <p>- MR</p> <p>- PET</p> <p>6. Klasifikace nádorů včetně případných rizikových skupin:</p> <p>Hodnocení primárního nádoru:</p> <p>Tx .. stadium primárního nádoru nelze hodnotit</p> <p>T0 .. bez známek primárního nádoru</p> <p>Tis .. karcinom in situ (CIS)</p> <p>T1 .. nádor omezen na pochvu</p> <p>T2 .. nádor postihuje paravaginální tkáň, ale nešíří se ke stěně pánevní</p> <p>T3 .. nádor dosahuje ke stěně pánevní</p> <p>T4 .. nádor postihuje sliznici močového měchýře nebo rekta a /nebo se šíří mimo malou pánev</p> <p>Hodnocení regionálních mízních uzlin:</p> <p>Nx .. regionální mízní uzliny nelze hodnotit</p> <p>N0 .. v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy</p> <p>N1 .. metastázy v regionálních mízních uzlinách</p> <p>Spádové mízní uzliny:</p> <p>- při lokalizaci nádoru v distální 1/3 pochvy – odpovídají drenáži vulvy, ke stanovení pN je nutné vyšetřit minim. 6 a více lymfatických uzlin z inguinofemorální oblasti</p> <p>- při lokalizaci nádoru v proximálních 2/3 pochvy – odpovídají drenáži děložního hrdla, ke stanovení pN je nutné vyšetřit minim. 10 a více lymfatických uzlin z pánevní oblasti</p>		
Vypracoval: MUDr. Richerd Feranec, Ph.D. Platnost od: 01. 10.2016 Datum aktualizace: 01. 10. 2017 Aktualizaci provedl: MUDr. R. Feranec, Ph.D.	Schválil: Vedoucí multioborového týmu prim. MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.	Poznámka: Pořadové číslo: NLPP 5.2

**Hodnocení vzdálených metastáz:**

Mx .. vzdálené metastázy nelze hodnotit

M0 .. nejsou vzdálené metastázy

M1 .. vzdálené metastázy

Nejčastěji lokalizace metastáz: plíce, játra, skelet**TNM a FIGO klasifikace:**

TNM		FIGO
T1	omezen na poševní stěnu	I
T2	šíření do paravaginálních tkání	II
T3	šíření k pánevní stěně	III
T4	postižení sliznice močového měchýře/sliznice rekta/šíření mimo pánev	IVA
N1	postižení regionálních lymfatických uzlin	III
M1	vzdálené metastázy	IVB

TNM stadia karcinomu pochvy:

STADIUM	TNM
0	Tis N0 M0
I	T1 N0 M0
II	T2 N0 M0
III	T3 N0 M0 T1, T2, T3 N1 M0
IVA	T4 jakékoliv N M0
IVB	jakékoliv T jakékoliv N M1

Klinika

Počáteční stadia mohou probíhat bezpříznakově. Později se mohou přidružovat pocity svědění pochvy, zapáchající výtok, krvácení z pochvy, bolestivost při pohlavním styku. V pozdějších stadiích jsou klinické projevy na základě lokalizace, kam se nádor šíří – např. bolestivost pánve, tenesmy, hematurická moč s obtížným močením, skon k zácpě z útlaku rekta tumorem atd..


Vypracoval: MUDr. Richerd Feranec, Ph.D.
Platnost od: 01. 10.2016
Datum aktualizace: 01. 10. 2017
Aktualizaci provedl:
MUDr. R. Feranec, Ph.D.


Schválil:
Vedoucí multioborového týmu
prim. MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.

Poznámka:

Pořadové číslo:

NLPP 5.2

	Masarykův onkologický ústav Standard		
SEKCE: NLPP	PŘEDMĚT/VÝKON/PROCEDURA KARCINOM POCHVY	STRANA PROCEDURY: 6/7	
<p>7. Léčba dle klinického stadia:</p> <p>a) Operační léčba</p> <p>Je velmi technicky náročná, obtížná a často limitovaná, neboť anatomické vztahy pochvy k okolí omezují možnosti radikality léčby. Je často nemožné určit předoperačně přesný rozsah nádoru.</p> <p>Pro skupinu malých tumorů s hloubkou invaze do 3 mm bez nálezu lymfangioinvaze jsou určeny "konzervativní chirurgické výkony". Pod tímto pojmem rozumíme širokou excizi nebo prostou kolpektomii.</p> <p>Pro ostatní operabilní nálezy (stadium I, II) je adekvátní chirurgickou léčbou radikální kolpektomie s disekcí parakolpických tkání, hysterektomie (někteří autoři doporučují radikální hysterektomii). Při nádorovém postižení horních 2/3 pochvy se provádí systematická pánevní lymfadenektomie s radiokoloronavigací lymfatických uzlin. Pokud je postižena dolní 1/3 pochvy, je indikována inguinofemorální lymfadenektomie rovněž s radiokolorodetekcí uzlin. Někteří autoři doporučují modifikovanou radikální vulvektomii. V indikovaných případech lze provádět exenterační výkony.</p> <p>b) radioterapie</p> <p>Je indikována u pokročilejších a neoperabilních stádií onemocnění. Samostatná brachyterapie se volí u nádorů s hloubkou infiltrace do 5 mm. U nádorů s hlubší invazí, u recidiv či MTS v pochvě je možno použít intersticiální brachyterapii. U stadií III a IV se používá kombinace brachyterapie a teleterapie (zevní radioterapie), obvykle s ozářením inguinálních a ilických uzlin. Zevní radioterapie bývá obvykle v dávce 40-45 Gy + brachyterapie v dávce 20-25 Gy.</p> <p>Jako adjuvantní radioterapie se užívá u klasifikace: N1, T1 G3, T2 (jakékoliv G).</p> <p>Paliativní radioterapie se volí individuálně.</p> <p>c) chemoterapie</p> <p>Je rovněž indikována u pokročilých a neoperabilních stádií onemocnění obvykle v konkomitanci s radioterapií. U spinocelulárních karcinomů se používá týdenní aplikace cisplatinu 40-60 mg/m² (viz. chemoterapie Ca cervicis uteri). V kombinaci lze využít 5-fluorouracil s cisplatinou či ifosfamid s cisplatinou. U adenokarcinomů bývá aplikována kombinace platinových derivátů s antracykliny či taxany.</p> <p>Léčba maligního melanomu, který se občas vyskytuje v oblasti pochvy spočívá v kompletním odstranění tumoru a v následné léčbě, která je posuzována přísně individuálně a je řízena melanomovou komisí MOÚ. Největších úspěchů je dosahováno podáváním Interferonu</p> <p>Léčba recidiv onemocnění je velmi omezená, Metodou volby je kombinace nebo doplnění předchozích léčebných modalit a to vždy individuálně s ohledem na celkový stav pacientky.</p>			
Vypracoval: MUDr. Richerd Feranec, Ph.D. Platnost od: 01. 10.2016 Datum aktualizace: 01. 10. 2017 Aktualizaci provedl: MUDr. R. Feranec, Ph.D.	Schválil: Vedoucí multioborového týmu prim. MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.	Poznámka:	Pořadové číslo: NLPP 5.2

	Masarykův onkologický ústav Standard		
SEKCE: NLPP	PŘEDMĚT/VÝKON/PROCEDURA KARCINOM POCHVY	STRANA PROCEDURY: 7/7	
<p>8. Uvedení odpovědnosti za jednotlivé modalitky léčby u každého podílejícího se oboru:</p> <p>Za chirurgickou léčbu je odpovědný onkogynekologický tým. U lokálně pokročilých onemocnění může být chirurgická léčba vedená multioborově ve spolupráci s urologem a chirurgem (exenterační výkony).</p> <p>Radioterapie patří do kompetence radiačního onkologa. Za podávání chemoterapie je odpovědný vedoucí onkogynekologického oddělení, klinický onkolog a případně radiační onkolog (konkomitantní chemoterapie)</p> <p>9. Chemoterapeutické režimy: viz. 7</p> <p>10. Doporučení sledování:</p> <p>Všechny pacientky jsou pravidelně kontrolovány na gynekologické a radioterapeutické ambulanci</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1. kontrola za měsíc po ukončení léčby - 2. a další kontroly po třech měsících do konce 1 roku - kontroly po 6 měsících do konce 5. roku - dále kontroly 1x ročně <p>11. Stanovení odpovědné osoby za sledování:</p> <p>Dispenzarizace pacientek je vedená lékařem onkogynekologické ambulance. Pacientky, které podstupují radioterapii jsou současně sledovány radiačním onkologem.</p> <p>12. Literatura: (včetně citace doporučení odborné společnosti)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. National Cancer Institute's PDQ and CANCERLIT databases 2. Stock R.G. et al.: 30-year Experience in the Management of Primary Carcinoma of the Vagina: Analysis of Prognostic Factors and Treatment Modalities, Gynecol Oncol 56;45-52,1995 3. Goodman A. Primary Vaginal Cancer, Surg Oncol Clin N Am 7,2;347-361, 1998 4. Cibula D., Petruželka L. a kol., Onkogynekologie, Grada 2009, 381-391 5. Barakat R. R., Markman M., Randall M. E., Gynecologic Oncology, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams&Wilkins 2009 6. Ayhan A., Gultekin M., Dursun P., Textbook of Gynaecological Oncology, Günes publishing 2009 7. www.svod.cz 8. Stankušová G., Karcinom vaginy, chirurgie vs radioterapie, Onkologie, Gynekologické malignity – speciál II, 2007 			
Vypracoval: MUDr. Richerd Feranec, Ph.D. Platnost od: 01. 10.2016 Datum aktualizace: 01. 10. 2017 Aktualizaci provedl: MUDr. R. Feranec, Ph.D.	Schválil: Vedoucí multioborového týmu prim. MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.	Poznámka:	Pořadové číslo: NLPP 5.2