

Received: 22.09.2006

Accepted: 14.11.2006

Published: 31.12.2006

Metastatic vaginal neoplasia – a diagnostic and therapeutic problem

Nowotwory przerzutowe pochwy. Problem diagnostyczny i terapeutyczny

Метастатические новообразования влагалища.

Диагностическая и терапевтическая проблема

Correspondence to: Frauenklinik, Klinikum Krefeld, Lutherplatz 40, 47805 Krefeld, Germany

Source of financing: Department own sources

Summary

Primary neoplasms of the vagina are rare. Metastatic carcinomas are considerably more frequent. The typical problem is to locate the primary tumor. Cervical cancer is most the common, followed by endometrial carcinoma, colon-, rectum-, ovary- and vulvar cancer. Spread of malignant neoplasms of the urinary tract are rare. Late diagnosis is characteristic, the prognosis depends on primary tumor, early diagnosis and effective therapy.

Key words: metastatic vaginal neoplasia, secondary spread of malignant neoplasms, diagnostic procedure, treatment modality.

Streszczenie

Pierwotne nowotwory pochwy występują rzadko. Znacznie częstsze są raki przerzutowe. Typowym zjawiskiem jest problem ze znalezieniem ogniska pierwotnego nowotworu. Najczęstszy jest rak szyjki macicy, a w dalszej kolejności rak endometrium, rak okrężnicy, odbytnicy, jajnika i przedsionka pochwy. Rzadko mamy do czynienia z rozsiewem nowotworu złośliwego dróg moczowych. Typowe jest późne rozpoznanie, a rokowanie zależy od rodzaju guza pierwotnego, wczesnego rozpoznania i wdrożenia skutecznego leczenia.

Słowa kluczowe: przerzutowy rak pochwy, wtórny rozsiew nowotworu złośliwego, postępowanie diagnostyczne, metody leczenia

Содержание

Первоначальные новообразования во влагалище появляются редко. Значительно чаще появляются метастатические новообразования. Типичным заданием является определение первичного места, где находится новообразование. Чаще всего это рак шейки матки, а в дальнейшей очередности рак эндометрия, рак ободочной кишки, прямой кишки, яичника и преддверие влагалища. Редко встречаемся с рассеиванием злокачественного новообразования мочеводных путей. Типичным явлением является позднее распознавание, а диагноз зависит от вида первичной опухоли и применения эффективного лечения.

Ключевые слова: метастатический рак влагалища, вторичное рассеивание злокачественного новообразования, диагностическое поведение, методы лечения

INTRODUCTION

Primary vaginal neoplasms are quite rare, constituting 1-2% of all malignancies of the female genital tract. Secondary invasion of vagina by malignant neoplasm by direct extension or lymphatic or haematogenous spread is more frequent than primary cancers. 84% of vaginal tumors are secondary, 16% are primary^(1,2).

Secondary vaginal tumors usually are associated with considerable diagnostic and therapeutic problems. We present a typical case and discuss guidelines for diagnostic workup and available therapeutic options.

CASE REPORT

An extremely obese, 59 y.o. nulliparous woman was referred from another hospital for consultation. Her family history was unremarkable. She has been operated on for endometrial cancer stage 1, grade 2; no histological risk factors like lymphangiosis carcinomatosa, lymph node metastasis or haematogenous spread were present. The tumor has been excised radically. A percutaneous radiotherapy was omitted. An afterloading therapy was done (4 sessions of 10 Gy).

The clinical course was uneventful and the following months and years were without signs of recurrence. Nevertheless, the patient complained of pain and sporadic vaginal bleeding for at least one year. Gynecologic examination was difficult because of extreme obesity (140 kg, 160 cm). Formal pelvic exam with visualization of the vagina was impossible. For several weeks and months prior to admission, she complained of pain and vaginal bleeding during intercourse. Her PAP-smear-result yielded a "PAP V". Further histologic workup of the biopsy sample revealed an adenocarcinoma of unknown origin. The patient was referred for consultation to our clinic. Gynecological examination was so painful for her, that it had to be done under general anaesthesia. Ultimately, a large tumor encompassing the entire vaginal circumference with tumor bulk behind the vaginal vault was detected. The tumor spreaded in the direction of pelvic wall but there was a tumor-free space left between the pelvic wall and the tumor. Abdominal sonography and CT-scan visualized an infiltration of bladder and rectum but no infiltration of pelvic wall and no dilatation of ureters. There were no signs of metastases to liver or lung. The patient qualified for extended surgery. At surgery, we found tumor infiltration of rectum and bladder so we decided for total exenteration with resection of metastases and lymph nodes with placement of a sigmoid-0-stomy and implantation of both ureters to the sigmoid colon. The procedure was extremely difficult because of the patient's obesity, but the tumor was excised totally. Histologic study of the surgical specimens revealed a recurrence of

WPROWADZENIE

Pierwotne nowotwory pochwy są dość rzadkie i stanowią 1-2% wszystkich nowotworów narządu rodniczego u kobiet. Częściej mamy do czynienia z wtórnym zajęciem pochwy przez nowotwór, zarówno na drodze bezpośredniego naciekania z sąsiedztwa, jak i w postaci przerzutów z krwią i chłonką. Uważa się, że 84% nowotworów pochwy to guzy wtórne, a jedynie 16% to guzy pierwotne^(1,2).

Postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne w tych przypadkach napotyka na wiele problemów. Opisujemy typowy przypadek, i na tym przykładzie omawiamy wytyczne odnośnie rozpoznawania, postępowania diagnostycznego i możliwości leczenia.

OPIS PRZYPADKU

Skrajnie otyła 59-letnia kobieta została skierowana do naszego ośrodka z innego szpitala celem konsultacji. Wywiad rodzinny był nieobciążony. Pacjentka nie rodziła, była natomiast operowana z powodu raka endometrium w stadium 1. i w stopniu 2. Nie stwierdzono u niej histologicznych czynników ryzyka jak *lymphangiosis carcinomatosa*, przerzuty do węzłów chłonnych ani przerzutów krwiopochodnych. Guz został usunięty doszczętnie. Nie zastosowano radioterapii przezskórnej. Radioterapia metodą „afterloading” objęła 4 aplikacje po 10 Gy.

Przebieg kliniczny był niepowikłany, a w kolejnych miesiącach i latach nie było objawów wznowy, choć od około roku pacjentka zgłaszała ból i sporadyczne krwawienia z dróg rodnych. Badanie ginekologiczne było utrudnione z powodu skrajnej otyłości (140 kg, 160 cm), gdyż nie było możliwe odpowiednie uwidocznienie pochwy podczas badania. W ciągu kolejnych tygodni i miesięcy, pacjentka zgłaszała bolesność i krwawienie podczas stosunku. Wymaz pochwy metodą PAP wykazał 5. stopień czystości. Dalsze badania histologiczne materiału biopsyjnego wykazały obecność gruczolakoraka nieznanego pochodzenia. Pacjentka została skierowana do naszej kliniki celem konsultacji. Badanie ginekologiczne było tak bolesne, że konieczne było przeprowadzenie go w znieczuleniu ogólnym. Stwierdzono duży guz obejmujący cały obwód pochwy, z główną masą umiejscowioną za sklepieniem pochwy. Guz naciekał w kierunku kości miednicy, ale istniała wolna przestrzeń między guzem a ścianą miednicy. Ultrasonografia i tomografia komputerowa jamy brzusznej wykazały naciekanie pęcherza moczowego i odbytnicy, jednak bez naciekania ściany miednicy, ani bez poszerzenia moczowodów. Nie stwierdzono przerzutów do wątroby ani do płuc. Biorąc pod uwagę całość obrazu chorobowego uznano, że istnieją wskazania do operacji poszerzonej. Śródoperacyjnie stwierdzono typowy obraz naciekania odbytnicy i pęcherza, więc przeprowadzono całkowitą egzenterację

Clinical features and symptoms <i>Objawy kliniczne</i>	
Vaginal bleeding <i>Krwawienie z dróg rodnych</i>	++
Discharge <i>Uplawy</i>	+
Pain <i>Ból</i>	(+)
Dyspareunia <i>Bolesne stosunki płciowe</i>	+
Node/mass/ulcer <i>Wyczuwalny guz, powiększony węzeł chłonny, owrzodzenie</i>	++
A significant minority of women are asymptomatic. <i>Kobiety, u których nie występują objawy stanowią znaczną mniejszość.</i>	

Table 1. Clinical features and symptoms in metastatic vaginal neoplasia
Tabela 1. Objawy kliniczne u pacjentek z przerzutowym rakiem pochwy

endometrial cancer (grade 2 with metastatic spread to the vagina and invasion of bladder and rectum). Metastases were excised radically, as confirmed by histological study, but there remained a lymph node metastasis (macro metastasis) on the right pelvic wall and another lymph node metastasis (micro metastasis) on the left pelvic wall. Postoperative course was complicated by secondary wound healing. In view of a recurrent metastatic disease with lymphangiosis carcinomatosa, the patient qualified for chemotherapy (EC) and percutaneous radiotherapy. With these recommendations the patient left our clinic. Further therapy was done in the primary institution.

DISCUSSION

Our case illustrates typical diagnostic and therapeutic problems associated with such situations⁽³⁾. Years ago, the patient underwent an R-0 surgery for an endometrial cancer, no lymph node metastases, no risk factors, no percutaneous radiotherapy but intravaginal brachytherapy only.

Fairly obvious clinical features and symptoms have been neglected (table 1). In fact, only a significant minority of women are asymptomatic. Our patient com-

z resekcją ognisk przerzutowych i węzłów chłonnych, wytworzeniem sztucznego odbytu na okrężnicy esowej i wszczęciem obu moczowodów do esicy. Operacja była niezwykle trudna z uwagi na znaczną otyłość pacjentki, ale udało się doszczętnie usunąć guz. Badanie histologiczne usuniętych tkanek wykazało typową wznowę raka endometrium (stopień 2. z przerzutami do pochwy i zajęciem pęcherza moczowego i odbytnicy). W ocenie histologicznej ogniska przerzutowe zostały usunięte doszczętnie, choć stwierdzono przerzut do węzła chłonnego (macro-metastasis) przy prawej ścianie miednicy i kolejny przerzut do węzła (micro-metastasis) przy lewej ścianie miednicy. Przebieg popoperacyjny był powikłany rozjęciem się rany operacyjnej, z jej zagojeniem „per secundam intentionem”. Z uwagi na obecność przerzutów w węzłach chłonnych pacjentkę zakwalifikowano do chemioterapii i przezskórnej radioterapii. Z takimi zaleceniami pacjentka opuściła naszą klinikę, a dalsze leczenie było prowadzone w ośrodku macierzystym.

OMÓWIENIE

Nasze obserwacje potwierdzają trudności diagnostyczne i terapeutyczne, na jakie napotyka się w podobnych

Diagnosis <i>Rozpoznanie</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Gross examination, the repositioned speculum should allow inspection of all surfaces • Colposcopic examination • Palpation • (Cytology) • Biopsy/excision 	<ul style="list-style-type: none"> • Podczas badania wziernikiem, należy tak zmieniać jego położenie, aby zbadać całą powierzchnię pochwy • Badanie kolposkopowe • Badanie palpacyjne • (Cytologia) • Biopsja, wycięcie zmiany

Table 2. Diagnostic procedure in metastatic vaginal neoplasia

Tabela 2. Postępowanie diagnostyczne w przypadku przerzutowego raka pochwy

plained of pain and bleeding but proper diagnostic work-up was impossible for a long time (table 2). Only when her PAP-smear revealed a PAP V, further diagnostic studies were performed, disclosing a tumor unknown origin. Thereafter the patient was referred to our clinic for consultation. Initial diagnosis was that of secondary spread of endometrial cancer but we had pursue in-depth differential diagnostics in order to exclude a tumor of another origin. Pre-treatment assessment was indicated too (table 3). No liver or lung metastases were detected. Our findings confirmed that this was not a primary vaginal carcinoma but a metastatic disease. Secondary tumors of the vagina are a result of direct invasion, hematogenous or lymphatic dissemination or direct implantation. The origin of metastatic vaginal squamous cell carcinoma is mostly cervical cancer (79%) or vulvar cancer (17%). Most cases of vaginal metastatic adenocarcinoma originate in endometrial cancer (32%), large-bowel cancer (26%) and ovarian cancer (17%)^(4,5). Typical is the absence of vaginal intraepithelial neoplasia in cases with metastatic spread⁽⁶⁾.

Cervical carcinomas most frequently invade the vagina by continuous spread. This invasion "per continuitatem" may be associated with submucous induration due to lymphatic embolization. In both cases the upper part of the vagina is predominantly affected. As opposite, no implantation metastasis will be found in the lower part of the vagina⁽⁷⁾.

Endometrial cancer implantation metastasis usually take the form of reddish-grey nodules with superficial ulceration, which are found mostly in the vaginal fornix. The lymphogenous or haematogenous metastatic spread usually occurs in the anterior vaginal wall and/or the sub-urethral area. In the case of lymph vessel invasion, microscopic examination usually reveals an intact vaginal epithelium covering the lesion⁽⁸⁾.

Metastatic spread of a known ovarian cancer usually is associated with a widespread disease, mostly combined with malignant ascites.

sytuacjach⁽⁹⁾. Pacjentka była operowana z powodu raka endometrium i guz usunięto doszczętnie. Nie stwierdzono wówczas przerzutów do węzłów chłonnych, ani innych klinicznych czynników ryzyka. U pacjentki nie zastosowano przezskórnej radioterapii, a jedynie brachyterapię dopochwową.

Objawy kliniczne zostały tu zlekceważone (tabela 1), a pamiętać trzeba, że bardzo niewiele kobiet jest rzeczywiście bezobjawowych. U naszej pacjentki występował ból i krwawienie z dróg rodnych, ale przez długi czas nie przeprowadzono prawidłowego badania z powodu trudności technicznych (tabela 2). Dopiero gdy wymaz PAP wykazał 5. grupę, przeprowadzono dalsze badania (poza naszym ośrodkiem), stwierdzając nowotwór o niejasnym pochodzeniu. Wówczas pacjentka została skierowana do naszej kliniki na konsultację. Wstępnie rozpoznano wtórny rozsiew raka endometrium, ale konieczna była poszerzona diagnostyka różnicowa dla wykluczenia nowotworu o innym pochodzeniu, a także dla oceny stanu wyjściowego (tabela 3). Nie stwierdzono oznak przerzutów do wątroby i płuc. Postępowanie diagnostyczne potwierdziło, że nie mamy do czynienia z pierwotnym rakiem pochwy, ale z chorobą przerzutową. Wtórne guzy pochwy są skutkiem bezpośredniego naciekania z sąsiedztwa, rozsiewu z krwią i limfą, a także bezpośredniej implantacji. W przypadku raka kolczystokomórkowego pierwotnym ogniskiem guza pochwy jest najczęściej rak szyjki macicy (79%) albo przedsionka pochwy (17%). W przypadku gruczolakoraka pierwotnym ogniskiem jest rak endometrium (32%), rak jelita grubego (26%) i rak jajnika (17%)^(4,5).

Typowym zjawiskiem dla guzów przerzutowych jest brak śródnamionkowego nowotworzenia w pochwie⁽⁶⁾.

Rak szyjki macicy najczęściej zajmują pochwę drogą naciekania bezpośredniego. Naciekanii pochwy przez ciągłość zwykle towarzyszy stwardnienie podśluzówkowe spowodowane zatorami nowotworowymi w naczyniach chłonnych. W obu przypadkach najczęściej zajęta jest górna część pochwy. Zwykle nie stwierdza się przerzutów implantacyjnych w dolnej części pochwy⁽⁷⁾.

Pre-treatment assessment <i>Ocena stanu wyjściowego przed rozpoczęciem leczenia</i>	
Evaluation of metastatic disease <ul style="list-style-type: none"> • Chest radiograph • US liver, abdomen, pelvis CT (MRI) • (Recto-sigmoidoscopy) • Tumor markers CEA CA-199 CA-125 HCG 	Ocena stopnia zaawansowania choroby nowotworowej w fazie przerzutów <ul style="list-style-type: none"> • Zdjęcie rtg klatki piersiowej • Ultrasonografia wątroby, jamy brzusznej i miednicy Tomografia komputerowa Rezonans magnetyczny • Rekto-sigmoidoskopia • Oznaczenie poziomu markerów nowotworowych we krwi CEA CA-199 CA-125 HCG

Table 3. Pre-treatment assessment in metastatic vaginal neoplasia

Tabela 3. Ocena stanu wyjściowego („staging”) w przypadku przerzutowego raka pochwy

Renal hypernephroma gives haematogenous metastases into vaginal veins by retrograde embolization⁽⁹⁾. In this case submucous nodules are present in the anterior vaginal wall and in the periurethral and suburethral areas. The fact that tumors of left kidney metastasize mostly into the vagina may be explained by a specific course of left ovarian vein and retrograde emptying to the area where ovarian veins anastomose with the perivaginal venous network⁽¹⁰⁾.

Remote metastasis from other primary tumors e.g. breast or stomach are extremely rare.

Our case was that of a typical metastatic vaginal neoplasia of an endometrial cancer. Occasionally a mucous excretion occurs, or visible or palpable nodules are found. Noteworthy is that very few women are really asymptomatic. Initial diagnosis may be made upon inspection of the entire extent of the vagina using special separated specula⁽¹¹⁾. A self-locking speculum may cover a small ulcer on the posterior vaginal wall (figure 1).

Naked-eye inspection is complemented by colposcopic examination. Tissue indurations or nodules may be detected by palpation. Cytologic test is of little value. Final diagnosis can only be established by biopsy and histological examination of the specimen. In the case of small lesions, the entire lesion should be excised so that the complete specimen is available for the microscopic study. A typical feature of metastatic vaginal neoplasia is long duration of symptoms, which are mostly neglected. In our case, there was a long history of pain and vaginal bleeding. Because of our patient's obesity, formal gynecological examination was impossible, so that the above-mentioned diagnostic work-up could not be performed. Our patient presented an ulcerated metastatic vaginal neoplasia. Treatment strategy depends on individual clinical situation and primary tumor. Surgical excision and/or radiotherapy may be implemented in patients with cervical cancer. An extended surgery combined with endocrine therapy or chemotherapy is indi-

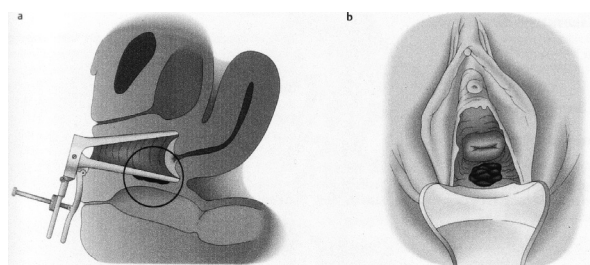


Fig. 1. Inspection of the vagina, the self-locking speculum covers a small ulcer on the posterior vaginal wall (Fig. 1a). A non-self-locking speculum visualizes the ulcer (Fig. 1b)

Rys. 1. Badanie pochwy. Samozatraskujący wzornik zasłania niewielkie owrzodzenie na tylnej ścianie pochwy (rys. 1a). Specjalny, niezatraskujący się wzornik pozwala uwidocznienie owrzodzenie (rys. 1b)

Przerzuty implantacyjne raka endometrium najczęściej mają postać czerwono-szarych guzków z owrzodzeniem powierzchniowym i stwierdza się je najczęściej na sklepieniu pochwy. Rozsiew krwiopochodny i limfopochodny dotyczy zwykle przedniej ściany pochwy lub/i okolicy podcewkowej.

W przypadkach rozsiewu drogą naczyń chłonnych, badanie histologiczne wykazuje prawidłowy nabłonek pochwy nad ogniskiem przerzutowym⁽⁸⁾.

Rozsiew przerzutowy raka jajnika zwykle ma miejsce w stadium choroby uogólnionej i najczęściej towarzyszy mu złośliwe wodobrzusze.

Hypernephroma nerki może dawać przerzuty do żył pochwojących drogą embolizacji wstecznej⁽⁹⁾. W tych przypadkach guzki podśluzówkowe występują na przedniej ścianie pochwy, a także w okolicy okołocewkowej i podcewkowej. Fakt, że guzy lewej nerki dają przerzuty do pochwy można wytłumaczyć szczególnym przebiegiem lewej żyły jajnikowej i jej zespoleniami z siecią żylną okołopochwową, umożliwiającymi wsteczne zarzucanie komórek nowotworowych⁽¹⁰⁾.

Przerzuty odległe z pierwotnych guzów o innym pochodzeniu (np. sutka lub żołądka) są bardzo rzadkie.

U naszej pacjentki mieliśmy do czynienia z typowym przerzutem do pochwy raka endometrium. W takich przypadkach niekiedy stwierdza się wydzielinę śluzową albo widoczne lub wyczuwalne dotykiem guzki. Należy zaznaczyć, że faktycznie bezobjawowych kobiet jest bardzo mało. Rozpoznanie wstępne stawia się na podstawie badania pochwy, ze szczególnym zwróceniem uwagi na całą jej długość, co jest możliwe przy zastosowaniu specjalnych wzorników⁽¹¹⁾. Samozatraskujący wzornik często może zasłonić niewielkie owrzodzenia na tylnej ścianie pochwy (rys. 1).

Badanie „gołym okiem” musi być uzupełnione o badanie kolposkopowe. Stwardnienie tkanek albo tworzenie się guzków można stwierdzić badaniem palpacyjnym. Badanie cytologiczne ma niewielką wartość diagnostyczną. Ostateczne rozpoznanie można ustalić wyłącznie na podstawie biopsji i histologicznej oceny materiału tkankowego. W przypadku niewielkich zmian należy wyciąć całą zmianę w taki sposób, aby patolog dysponował możliwie reprezentatywnym materiałem do badania.

Typowym zjawiskiem w przebiegu raków przerzutowych pochwy jest długi czas trwania objawów. W większości przypadków objawy te są lekceważone. U naszej pacjentki przez długi czas występowały ból i krwawienia z dróg rodnych. Z uwagi na znaczną otyłość nie było możliwe przeprowadzenie prawidłowego badania ginekologicznego i nie można było wykonać wyżej wymienionych procedur diagnostycznych. Nasza pacjentka zgłosiła się z nowotworem przerzutowym pochwy z owrzodzeniem. Leczenie zależy od konkretnej sytuacji klinicznej i rodzaju guza pierwotnego. U pacjentek z rakiem szyjki macicy można zastosować leczenie chirurgiczne i/lub radioterapię. W przypadku operacyjnego

cated in patients with operable metastasis of endometrial cancer. In our case, an R-0 pelvic exenterative operation was performed. In view of risk factors present, i.e. recurrent tumor and lymph node metastases, the patient qualified for postoperative percutaneous radiotherapy and chemotherapy.

CONCLUSION

Primary malignant vaginal tumors are rare. Metastatic disease is considerably more frequent. Most patients are symptomatic, but these are often neglected. Particularly important is inspection of the entire extend of vagina using special separated specula. Special attention is paid to small ulcers or nodules. The colposcopic-guided biopsy is very valuable. In order to determine tumor type, an in-depth diagnostic work-up has to be done. If no distant metastases are detected, the first-line treatment modality is surgical resection. Based on the results of histological study of surgical specimens, patients are qualified for adjuvant radio- or chemotherapy. The earlier the diagnosis the better the prognosis for patients with metastatic vaginal neoplasia.

BIBLIOGRAPHY:

PIŚMIENICTWO:

1. Fu, Y.S., Reagan, J.W.: Pathology of the uterine cervix, vagina and vulva. Saunders, Philadelphia, 1989.
2. Zaino, R.J., Robboy, St.J., Kurman, R.J.: Diseases of the vagina. Blaustein's Pathology of the female genital tract, 5th Edition, Ed. R.J. Kurman. Springer, Berlin – Heidelberg – New York, 2002.
3. Baltzer, J.: "Metastatic vaginal neoplasia", in: Micheletti, L., Sideri, M. Proceedings of the ISSVD post congress post graduate course, 1997, Editioni MAF Servizi Turin, 1997.
4. Kurman R.J., Norris, A.J., Wilkinson P.J.: Tumors of the cervix, the vagina and vulva. Atlas of tumor pathology, Armed Forces Institute of Pathology, 1992.
5. Riethdorf, L.: "Vagina" in: Pathologie der weiblichen Genitalorgane III. Hrsg.: T. Löning, L. Riethdorf. Springer-Verlag, Berlin – Heidelberg, New York, 2001.
6. Minucci, D., Cinel, A., Insacco, E., Oselladore, M.: Epidemiological aspects of vaginal intraepithelial neoplasia (VAIN). Clin. Ex. Obstet. Gynecol. 22 (1995), 36-42).
7. Köchli, U.R., Petru, D., Sevin, P.U.: "Maligne Tumoren der Vagina" in: Praxisbuch gynäkologische Onkologie, Hrsg. D. Petru, W. Jonat, D. Fink, O. Köchli. Springer-Verlag, Berlin – Heidelberg – New York, 2005.

przerzutu raka endometrium należy rozważyć zabieg rozszerzony uzupełniony o leczenie endokrynologiczne albo chemioterapię. W naszym przypadku zastosowano radykalny zabieg egzenteracji miednicy (R-0). Z uwagi na istniejące czynniki ryzyka (wznowa guza i obecność przerzutów w węzłach chłonnych) uznano za wskazane zastosować uzupełniającą radioterapię przezskórną połączoną z chemioterapią.

WNIOSKI

Pierwotne guzy złośliwe pochwy występują rzadko. Znacznie częstsze są guzy przerzutowe. Większość pacjentek ma określone objawy, ale często są one lekceważone. W procesie diagnostycznym, konieczne jest zbadanie całej długości pochwy przy użyciu specjalnego wziernika, ze szczególnym zwróceniem uwagi na niewielkie owrzodzenia i guzki. Bardzo cenna jest biopsja kolposkopowa. Konieczna jest poszerzona diagnostyka dla określenia rodzaju i pochodzenia nowotworu. Przy braku przerzutów odległych, leczeniem z wyboru jest resekcja chirurgiczna. W oparciu o wyniki badania histologicznego określa się wskazania do uzupełniającej radio- i chemioterapii. Ogólną prawidłowością w odniesieniu do pacjentek z przerzutowym rakiem pochwy jest to, że im wcześniejsze rozpoznanie, tym lepsze rokowanie.

8. Bodurka-Bevers, D., Wharton, J.T.: Vaginal cancer, M.D. Anderson Cancer-Center and Memorial Sloan-Kettering Cancer-Center. Handbook of Gynecologic Oncology, Ed. R.R. Barakat, M.W. Bevers, B.M. Gershenson, P.J. Hoskins. Dunitz Publishers, London, 2000.
9. Tarraza, H.M., Meltzer, S.E., De Cain, M., Jones, M.A.: Vaginal metastasis from renal cell carcinoma: Report of 4 cases and review of the literature. *Ol. J. Gynecol. Oncol.* 19 (1998), 14-18.
10. Baltzer, J.: "Vaginalkarzinom" in: Praxis der gynäkologischen Onkologie, Hrsg. J. Baltzer, H.G. Meerpohl, J. Bahnsen, Thieme-Verlag, Stuttgart – New York, 1999.
11. Singer, A., Monaghan, J.M.: Lower genital tract precancer – colposcopy, pathology and treatment, 2nd Edition. Blackbowe science, Oxford, 2000.
12. Baltzer, J., Friese, K., Graf, M., Wolff, F. (Hrsg.): Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe. Thieme-Verlag, Stuttgart – New York, 2004.
13. Dixit, S., Singhal, S., Baboo, H.A.: Squamous cell carcinoma of the vagina – A review of 70 cases. *Gynecol. Oncol.* 48 (1993), 80-87.