

## 13. ZHOUBNÝ NOVOTVAR VULVY (C51)

Níže uvedená doporučení se týkají histologie spinocelulárního karcinomu vulvy.

### Lokalizované onemocnění (stádium I a II)

Základem je odpovídající chirurgický výkon (široká excize/ radikální vulvektomie ± ipsilaterální či bilaterální inguinofemorální disekce ev. v indikovaných případech provedení SLN). Bezpečnostní resekční okraj musí dosahovat velikosti 1–2 cm.

Adjuvantní léčba viz níže.

### Lokálně pokročilé onemocnění (stádium III a IVA)

Zásadní je vyšetření spádových lymfatických uzlin (radiologicky či patol. vyšetření uzlin po inguinofemorální disekci). Pozitivita lymfatických uzlin je nejdůležitějším prognostickým faktorem pro celkové přežívání.

#### Léčebné možnosti:

- primární operační výkon následovaný konkomitantní chemoradioterapií,
- předoperační chemoradioterapie následovaná chirurgickým výkonem (preferovaná varianta).

Není rozdíl v OS při srovnání primárního chirurgického výkonu a primární chemoradioterapie. Adjuvantní terapie viz níže.

#### Nejčastěji užívané režimy chemoterapie v rámci konkomitance:

cisplatina/fluorouracil (2A), fluorouracil/mitoC (2A) nebo cisplatina v monoterapii (2A).

### Metastatické onemocnění (stádium IVB)

Neexistují standardní doporučení v rámci léčby diseminovaného SCC vulvy.

#### Léčebné možnosti:

- paliativní radioterapie (lokální kontrola nemoci),
- paliativní chemoterapie (ev. chemoradioterapie),
- alternativní možností je BSC.

#### Režimy paliativní chemoterapie (založené na platinových derivátech):

Kombinovaná léčba: cisplatina/vinorelbin (2A), cisplatina/paklitaxel (2A), karboplatina/paklitaxel (2B).

Monoterapie: cisplatina (2A), karboplatina (2A), paklitaxel (2B), erlotinib (2B).

Kombinovaná léčba nepřináší zásadní léčebný benefit.

### Adjuvantní léčba

#### Lokalizované onemocnění:

Stádium IA (hloubka invaze menší nebo rovno 1 mm) – resekce bez disekce či SLN, dále pouze sledování při negativních resekčních okrajích (v opačném případě reresekce, alternativně pooperační radioterapie).

Stádium IB a II- resekce + inguinofemorální disekce lymfatických uzlin či SLN, pokud jsou negativní lymfatické uzliny, dále pouze sledování.

Při pozitivitě sentinelové uzliny následuje inguinofemorální disekce s následnou radioterapií či chemoradioterapií nebo radioterapie ± chemoterapie v konkomitanci.

**Indikace chemoterapie v rámci konkomitance:**

– postižení 2 a více lymfatických uzlin, či pokud metastáza v 1 lymfatické uzlině dosahuje velikosti více než 2 mm, přítomnost lymfangioinvaze, pozitivní či těsný (tj. méně než 8 mm) resekční okraj, velikost primárního tumoru, hloubka invaze, difuzní infiltrace uzliny tumorem.

**Lokálně pokročilé onemocnění:**

Pokud je po primární konkomitantní chemoradioterapii dosaženo kompletní remise (negativní biopsie spodiny tumoru), následuje pouze sledování.

Pokud je přítomno residuum tumoru po konkomitanci, následuje resekce v případě resekability, v opačném případě radioterapie, chemoterapie ev. konkomitance či BSC.

**Léčba relapsu**

Neexistují standardní doporučení v léčbě relapsu onemocnění, léčba je řízena individuálně v závislosti na absolvovaných léčebných modalitách. Využívají se chirurgická léčba, (brachy)radioterapie, chemoterapie, konkomitance, BCS.

**Doporučená schémata – konkomitantní chemoterapie**

	dávka (mg/m <sup>2</sup> )	den aplikace	opakování cyklu
DDP (cisplatina)	40	1.	à 1 týden

Literatura

1. JEWELL, Elizabeth L. *Vulvar cancer treatment protocols*. [online]. [cit. 2015-01-26].

2. ŠLAMPA, Pavel. *Radiační onkologie v praxi*. 3. aktualiz. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2011, 319 s. ISBN 978-808-6793-191.