

Vaginacarcinoom

Landelijke richtlijn, Versie: 1.3

Datum Goedkeuring: 15-09-2009

Methodiek: Consensus based

Verantwoording: Werkgroep
Oncologische Gynaecologie (WOG)

Inhoudsopgave

Algemeen	1
Screening	2
Diagnostiek	3
<u>Medisch technisch</u>	3
<u>Pathologisch-anatomisch onderzoek</u>	3
<u>Ondersteunende zorg</u>	4
<u>Voorlichting</u>	4
<u>Communicatie</u>	4
<u>Spreading en concentratie, infrastructuur</u>	4
Behandeling	6
<u>Medisch technisch</u>	6
Follow-up	7
<u>Medisch technisch</u>	7
<u>Voorlichting</u>	7
Lokaal recidief behandeling	8
Metastasen behandeling	9
<u>Communicatie</u>	9
Referenties	10
Bijlagen	12
Disclaimer	15

Algemeen

Het primaire vaginacarcinoom is een zeldzame maligniteit en is verantwoordelijk voor 2% van alle gynaecologische kankergevallen. Meer dan 90% van de vaginacarcinomen betreft een plaveiselcelcarcinoom, ongeveer 5% een adenocarcinoom. Andere primaire maligniteiten waaronder het sarcoma bothryoides en het maligne melanoom zijn zeer zeldzaam (WHO 2003 classification of tumours of the vagina). Frequenter worden secundaire tumoren in de vagina aangetroffen ten gevolge van doorgroei per continuïtatem (cervix, endometrium, vulva, urethra, blaas, rectum) of metastasering (endometrium). De leeftijd waarop het primaire vaginacarcinoom zich manifesteert ligt doorgaans tussen de 40 en 70 jaar.

Risicofactoren voor het vaginacarcinoom zijn premaligne of maligne afwijkingen van de cervix en DES-expositie in utero. Het vaginacarcinoom metastaseert in eerste instantie lymfogeen naar de klierstations in het kleine bekken, waarvan de klieren langs de a.iliaca externa voor alle niveau's de belangrijkste klierstations zijn. Tumoren gelokaliseerd danwel uitbreidend in het distale 1/3 deel van de vagina draineren ook naar de inguinale klieren.

Voor informatie over de prognose (5-jaars overleving per stadium) (zie [bijlage 1](#))

Voor informatie over de wetenschappelijke onderbouwing/epidemiologie (zie [bijlage 2](#))

Woord van aanbeveling

De richtlijnen gynaecologische tumoren zijn gemaakt binnen de commissie richtlijnen gynaecologische oncologie (CRGO) van de WOG (voor de commissieleden zie [bijlage 3](#)). Dit is een multidisciplinair samengestelde commissie, waarvan de leden uit alle IKC-regio's afkomstig zijn. Er is gewerkt op basis van consensus. De meest recente literatuur is gehanteerd. De richtlijnen zijn in alle regio's besproken. Tevens zijn zij aan de NVOG leden ter goedkeuring voorgelegd. De richtlijnen hebben een adviserend karakter. De commissie richtlijnen gynaecologische oncologie (CRGO) past de teksten van de richtlijnen zonodig jaarlijks aan.

Screening

In Nederland bestaat geen bevolkingsonderzoek op vaginacarcinoom.

DES dochters

Wel is in 1992 een aangepaste richtlijn gepubliceerd waarin het vervolgonderzoek bij aan DES blootgestelde vrouwen wordt beschreven. Deze richtlijn is de weergave van een consensus van de toenmalige leden van het DES netwerk, de werkgroep cervix uteri en de stichting DES actie en informatiecentrum. Hierin komen de volgende zaken aan de orde:

Indien bij het eerste onderzoek van een DES-dochter macroscopische of colposcopische veranderingen aan cervix en/of vagina worden gevonden, is een jaarlijks gynaecologisch/colposcopisch/cytologisch onderzoek gewenst. Als geen nieuwe afwijkingen worden geconstateerd dan kan na 5 jaar volstaan worden met een jaarlijks gynaecologisch en cytologisch onderzoek zonder colposcopie.

Indien bij het eerste onderzoek van een DES-dochter geen afwijkingen worden geconstateerd, kan de vrouw voor een jaarlijks gynaecologisch en cytologisch onderzoek door de huisarts worden gezien. Als na 5 jaar nog steeds geen afwijkingen worden geconstateerd dan kan het controleschema van het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom worden toegepast, te weten eens per 5 jaar door de huisarts.

Diagnostiek

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

Medisch technisch

Algemeen

Na het stellen van de diagnose vaginacarcinoom d.m.v. histologisch onderzoek, vindt klinische stadiëring plaats. Hoewel de klinische stadiëring inaccuraat is vergeleken met de chirurgische stadiëring, mag de klinische stadiëring onder geen enkele omstandigheid meer worden veranderd. Wanneer er twijfel bestaat over het klinisch stadium dient het laagste stadium te worden gekozen. Zie addendum FIGO stadiëring en UICC classificatie en stadiumindeling 1997 (zie [bijlage 4](#)).

Anamnese

De volgende klachten kunnen optreden: abnormaal (intermenstrueel) vaginaal bloedverlies, contactbloedingen en abnormale fluor vaginalis. In hogere stadia worden soms mictiestoornissen (dysurie), defaecatiestoornissen, pijn in de onderbuik of rug (eventueel radicaal) en lymfoedeem van onderste extremiteiten gezien.

Lichamelijk Onderzoek

Het gynaecologisch onderzoek bestaat uit inspectie en palpatie van de genitalia interna en de parametria. Tenzij patiënte goed poliklinisch te onderzoeken is, behoort dit onderzoek onder narcose te worden verricht door oncologisch gynaecoloog en radiotherapeut tezamen. Hierbij wordt beoordeeld of er ingroei is in de parametria. Indien er verdenking bestaat op doorgroei van de tumor in de blaas of in het rectum wordt tevens een cystoscopie resp. proctoscopie uitgevoerd. Bij het algemeen lichamelijk onderzoek moet gelet worden op vergrote klieren in de liezen en in de fossa supraclavicularis met name links.

Een goede beschrijving van de macroscopie van de tumor vooraf aan de behandeling bevat tenminste groeiwijze, aspect en grootte van de tumor met beschrijving van de tumoruitbreiding in transversale (circumferentie), coronale (voor-, zij- en achterwand) en sagitale vlak (bovenste, middelste en onderste derde deel). Tevens dient zo nauwkeurig mogelijk de lokalisatie te worden aangegeven in relatie tot aangrenzende structuren als hymenaalring, portio, anus en urethra. Na de primaire bestraling (i.e. uitwendige locoregionale bestraling) verdient het bij uitgebreidere tumoren aanbeveling de tumoruitbreiding opnieuw te evalueren teneinde een definitieve keuze voor de surdosage-techniek te maken.

Meer dan 80% van de carcinomen zijn gelokaliseerd in het proximale derde deel van de vagina, voornamelijk in het achterste vaginagewelf. De onderzoeker moet erop bedacht zijn dat soms een tumor achter de bladen van een speculum verborgen kan zijn. Ongeveer 30% breidt zich uit tot het distale derde deel. Bij het lichamelijk onderzoek moet dan ook gelet worden op vergrote klieren in de liezen en in de fossa supraclavicularis links.

Laboratoriumonderzoek:

Hb-gehalte. Tumormarkers SCC, CEA optioneel. Lever en nierfunctie in geval van combinatie chemoradiotherapie.

Beeldvormend onderzoek

Voor de lokale tumoruitbreiding lijkt MRI momenteel het meest geschikte onderzoek met FdG-PETCT als alternatief. Voor de regionale tumoruitbreiding is een FdG-PET(CT) scan te verkiezen boven CT. Er zijn geen vergelijkende studies met MRI.

X-thorax: indien geen (PET)CT verricht, ter uitsluiting van longmetastasen.

Pathologisch-anatomisch onderzoek

Tumoren uitgaande van de vagina zijn zeldzaam. Metastasen van tumoren elders en doorgroei van een nabijgelegen tumor (zoals uitgaande van de cervix uteri of vulva) komen vaker voor dan een primaire maligniteit van de vagina. Het is daarom bij het beoordelen van de preparaten van groot belang vast te stellen of een maligniteit in de vagina werkelijk ter plaatse ontstaan is. Bij een maligniteit van de vagina is er in 90% van de gevallen sprake van een plaveiselcelcarcinoom. Er bestaat geen relatie tussen de

differentiatiegraad en het klinische gedrag. Vaginale Intraepitheliale Neoplasiën (VaIN 1,2,3) worden op dezelfde wijze gegradeerd als CIN. Adenocarcinomen van de vagina zijn vrijwel altijd van het clearcelltype en vaak geassocieerd met DES-gebruik. Aangenomen wordt dat deze carcinomen veelal ontstaan uit adenosis vaginae. Adenosis is het voorkomen van ectopisch cilinderepitheel dat histologisch op endocervicaal, endometriaal of tubair epitheel kan lijken. Adenosis vaginae kan ook voorkomen bij vrouwen zonder een DES-anamnese. Adenosis kan gepaard gaan met duidelijke cel- en kernatypie en wordt dan aangeduid als atypische adenosis.

Ook kan primair maligne melanoom van de vagina voorkomen.

De diagnose maligniteit van de vagina berust op histologisch onderzoek van een incisiebiopt uit de rand van het meest verdachte deel van een laesie. Bij multifocale afwijkingen is het gewenst door middel van multipole bipten deze histologisch te bevestigen ten behoeve van de planning van de radiotherapie. Soms is naar analogie van het vulvacarcinoom een zogenaamde 'mapping' noodzakelijk. Laagdrempelig zal bij twijfel over pathologische liesklieren een fijne naald aspiratie van liesklieren dienen te worden uitgevoerd.

Ondersteunende zorg

Inschakelen van psychosociale hulpverlener (oncologisch of sociaal verpleegkundige, maatschappelijk werker) is aangewezen. Wijs patiënte ook op de mogelijkheid van lotgenotencontact en de patiëntenvereniging [stichting OLJF](#). Noem in het geval van een geschiedenis met blootstelling aan DES-hormoon ook het [DES Centrum](#) (zie [bijlage 5](#)).

Voorlichting

Patiënte wordt ingelicht over de aard en het doel van de voorgestelde onderzoeken en de voorgenomen behandeling. Indien voorhanden wordt schriftelijk voorlichtingsmateriaal meegegeven.

Voorafgaand aan de behandeling (zowel operatief als radiotherapeutisch) wordt de patiënt geïnformeerd over de gevolgen van deze behandeling en de mogelijke bijwerkingen. Er wordt, waar relevant, aandacht besteed aan het ontstaan van infertiliteit, de kans op mictiestoornissen en/of lymfoedeem, de kans op het wegvallen van de ovariële functie en de gevolgen voor de seksualiteit. De mogelijkheid van verplaatsen van een of twee ovaria bij jonge vrouwen moet overwogen worden. De gevolgen van de bestraling op elasticiteit en lubricatie van de vagina worden besproken. Patiënte wordt gewezen op een periode waarin de vagina niet toegankelijk zal zijn voor coïtus als gevolg van vulnereel epitheel tijdens tot enkele weken na radiatie. Zodra het epitheel is hersteld kan in samenspraak met patiënte gestart worden met vaseline tampons en eventueel pelotte behandeling. In geval van radiotherapie dient gewezen te worden op het mogelijk optreden van darm- en mictieklachten op lange termijn, die meestal mild of matig van ernst zijn, maar in een klein percentage ernstig kunnen zijn.

Communicatie

Met patiënte

Gaat patiënte akkoord met de voorgestelde onderzoeken en behandeling?

Intramuraal

Overleg in het multidisciplinaire team voorafgaand aan de behandeling.

Transmuraal

Bericht huisarts over aard van diagnose en de voorgenomen behandeling.

Spreiding en concentratie, infrastructuur

Het beleid aangaande de behandeling van het vaginacarcinoom (van alle stadia) wordt bepaald in het multidisciplinaire behandelteam in een centrum. Eventuele hyperthermie vindt plaats in 1 van de 3 hyperthermie-centra in Nederland.

Behandeling

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

Medisch technisch

Hoewel chirurgie voor zeer beperkte laesies toegepast kan worden, is radiotherapie de behandeling van 1^e keus voor alle stadia.

Bestraling

De lymfatische drainage van de vagina is complex en in principe kan ieder klierstation in het kleine bek-ken (iliacaal, pre-sacraal, mesorectaal) als primaire metastaseringsplaats fungeren. Daarom moeten het kleine bekken en de gehele vagina uitwendig bestraald worden. Bij (uitbreiding van) tumor in het onderste derde deel van de vagina dienen de mediale femorale klieren electief meebestraald te worden. Hoewel vaker uitsluitend lokaal (brachy en/of uitwendig) bestraald werd in geval van een klinisch vroeg stadium vaginacarcinoom is de tendens vrijwel altijd electief regionaal te bestralen en deze bij uitzondering achterwege te laten.

Hoewel niet bewezen, zijn er sterke aanwijzingen voor een dosis-effect relatie vergelijkbaar bij het cervixcarcinoom. De combinatie uitwendig met brachytherapie (intracavitair en/of interstitieel) leidt in het algemeen tot een hogere tumordosis en heeft daarmee dan ook de voorkeur in de meeste centra. Indien echter de tumor te uitgebreid is voor een adequate behandeling met brachytherapie dan verdient een volledige uitwendige bestraling de voorkeur met uitstekende kans op lokale controle en overleving (zie [bijlage 6](#)).

Combinatiebehandeling

Het merendeel van de recidieven is lokaal. Analooq aan de behandeling van het cervixcarcinoom zijn er aanwijzingen dat een combinatiebehandeling met chemotherapie danwel hyperthermie bij meer gevorderde stadia de lokale controle kan verbeteren. Ten aanzien van de chemotherapie zijn verschillende combinaties toegepast. Ingeval een belangrijk deel van de tumorbulk vulvair gelegen is, wordt in het algemeen gekozen voor een behandeling conform het vulvacarcinoom. In overige gevallen wordt in het algemeen het schema conform behandeling bij het cervixcarcinoom aangehouden, i.e. wekelijks 40 mg/m cisplatinum gedurende de uitwendige bestraling.

Chirurgie

Kleine carcinomen in het bovenste eenderde deel van de vagina (FIGO-stadium I) kunnen soms ook chirurgisch behandeld worden. Wanneer de uterus nog in situ is, vindt een radicale hysterectomie en partiële vaginectomie met pelviene klierdissectie plaats. Bij jongen vrouwen die primair radiotherapeutisch behandeld worden kan een laparoscopische ovariumtranspositie worden overwogen.

Salvage chirurgie

Salvage operatie (exenteratie) na primaire behandeling met radiotherapie, al dan niet gecombineerd met chemotherapie of hyperthermie, valt te overwegen indien na 2-3 maanden nog geen complete remissie bereikt is. Postoperatieve radiotherapie in het geval van primaire chirurgische behandeling is geïndiceerd in geval van

- positief sneevlak
- positieve pelviene of inguinale klieren
- tumor buiten de vagina (is \geq pT2)

Follow-up

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

Medisch technisch

Eerste 2 jaar: iedere drie maanden

3^e- 5e jaar: iedere zes maanden

Vervolgens: eenmaal per jaar

De controles worden uitgevoerd door de oncologisch gynaecoloog en radiotherapeut. Controles bestaan uit algemeen lichamelijk en gynaecologisch onderzoek. Extra aandacht wordt besteed aan mictie- en darmklachten, lymfoedeem, seksuele problemen, psychische gesteldheid en (in geval van iatrogeen wegvallen van de ovariële functie) hormonale substitutie.

Ten aanzien van hormonale substitutie komt de werkgroep tot het volgende advies: Op basis van de weinige literatuur en op basis van de biologische plausibiliteit kan HRT gegeven worden aan vrouwen die een vaginacarcinoom hebben gehad.

Bij klachten: gericht laboratorium en beeldvormend onderzoek.

Voorlichting

Informatie aan patiënte over het nut en de mogelijkheden van follow-up. Psychoseksuele begeleiding is gewenst.

Lokaal recidief behandeling

Lokaal en locoregionale recidief

Diagnostiek

Op geleide van de klachten en met het oog op consequenties voor therapie.

Behandeling

Een recidief dient te allen tijde in een centrum geëvalueerd en behandeld te worden. De behandeling wordt in sterke mate bepaald door de aard van de primaire behandeling. Na primaire behandeling met radiotherapie is een exenteratie geïndiceerd indien de tumor vrij is van de bekkenwand, er geen metastasen op afstand bestaan (altijd uitsluiten lymfogene en longmetastasen. Skelet en lever op indicatie) en de patiënt in een goede klinische conditie verkeert. Bij een goed geselecteerde patiëntengroep bedraagt de overleving na een exenteratie ongeveer 40%. Na primaire chirurgische behandeling heeft radiotherapie (in combinatie met chemotherapie of hyperthermie) in deze situatie een belangrijke plaats.

Metastasen behandeling

Behandeling is uitsluitend geïndiceerd bij klachten en kan bestaan uit chirurgie, radiotherapie of chemotherapie.

Communicatie

Het is van groot belang om de patiënte duidelijk te instrueren ten aanzien van (vaginale) klachten.

Met patiënte

Is de patiënte geïnformeerd over de palliatieve mogelijkheden. Is duidelijk wie de hoofdbehandelaar is? Zijn er afspraken met de huisarts gemaakt?

Referenties

1 - [de Crevoisier R](#)

de Crevoisier R, Sanfilippo N, Gerbaulet A, et al: Exclusive radiotherapy for primary squamous cell carcinoma of the vagina. [Radiother Oncol 85:362-70](#)

2 - [Tran PT](#)

Tran PT, Su Z, Lee P, et al: Prognostic factors for outcomes and complications for primary squamous cell carcinoma of the vagina treated with radiation. [Gynecol Oncol 105:641-9](#)

3 - [Frank SJ](#)

Frank SJ, Jhingran A, Levenback C, et al: Definitive radiation therapy for squamous cell carcinoma of the vagina. [Int J Radiat Oncol Biol Phys 62:138-47](#)

4 - [Taylor MB](#)

Taylor MB, Dugar N, Davidson SE, et al: Magnetic resonance imaging of primary vaginal carcinoma. [Clin Radiol 62:549-55](#)

5 - [Parikh JH](#)

Parikh JH, Barton DP, Ind TE, et al: MR imaging features of vaginal malignancies. [Radiographics 28:49-63: quiz 322](#)

6 - [Lamoreaux WT](#)

Lamoreaux WT, Grigsby PW, Dehdashti F, et al: FDG-PET evaluation of vaginal carcinoma. [Int J Radiat Oncol Biol Phys 62:733-7](#)

7 - [Grigsby PW](#)

Grigsby PW: Vaginal cancer. [Curr Treat Options Oncol 3:125-30](#)

8 - [Creasman WT](#)

Creasman WT: Vaginal cancers. [Curr Opin Obstet Gynecol 17:71-6](#)

9 - [Perez CA](#)

Perez CA, Grigsby PW, Garipagaoglu M, et al: Factors affecting long-term outcome of irradiation in carcinoma of the vagina. [Int J Radiat Oncol Biol Phys 44:37-45](#)

10 - [Pingley S](#)

Pingley S, Shrivastava SK, Sarin R, et al: Primary carcinoma of the vagina: Tata Memorial Hospital experience. [Int J Radiat Oncol Biol Phys 46:101-8](#)

11 - [Chyle V](#)

Chyle V, Zagars GK, Wheeler JA, et al: Definitive radiotherapy for carcinoma of the vagina: outcome and prognostic factors. [Int J Radiat Oncol Biol Phys 35:891-905](#)

12 - [Kirkbride P](#)

Kirkbride P, Fyles A, Rawlings GA, et al: Carcinoma of the vagina--experience at the Princess Margaret Hospital (1974-1989). [Gynecol Oncol 56:435-43](#)

13 - [Mock U](#)

Mock U, Kucera H, Fellner C, et al: High-dose-rate (HDR) brachytherapy with or without external beam radiotherapy in the treatment of primary vaginal carcinoma: long-term results and side effects. [Int J Radiat Oncol Biol Phys 56:950-7](#)

14 - [Stryker JA](#)

Stryker JA: Radiotherapy for vaginal carcinoma: a 23-year review. [Br J Radiol 73:1200-5](#)

15 - [Samant R](#)

Samant R, Lau B, E C, et al: Primary vaginal cancer treated with concurrent chemoradiation using Cis-platinum. [Int J Radiat Oncol Biol Phys 69:746-50](#)

16 - Aktas M

Aktas M, de Jong D, Nuyttens JJ, et al: Concomitant radiotherapy and hyperthermia for primary carcinoma of the vagina: a cohort study. [Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 133:100-4](#)

Bijlagen

1. 5-jaars overleving

PROGNOSE (5-jaars actuariële overleving per stadium na radiotherapie¹⁻³)

Stadium I: 83%-92%

Stadium II: 68%-78%

Stadium III-IVA: 44%-58%

2. Wetenschappelijke onderbouwing

WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING / EPIDEMIOLOGIE

Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat een groot aantal patiënten met een vaginacarcinoom op jongere leeftijd is behandeld voor een pre-maligne aandoening van de cervix. In hoeverre dit wijst in de richting van een maligne multifocaal proces, dan wel dat er sprake is van een residuafwijking is nog onduidelijk. Wel is opmerkelijk dat er in vrijwel al de gepubliceerde gevallen van een eerder behandeld cervixcarcinoom een abdominale uterussectomie zonder voorafgaande sluitende diagnostiek met betrekking tot de uitbreiding van dit primaire proces was verricht. De beschreven 'multifocaliteit' lijkt een valide argument om alle genitale epithelia 'at risk' te beschouwen voor een gemeenschappelijk carcinogeen. Al is de aard van dit (co)carcinogeen (nog) niet geheel duidelijk, de gedachten gaan vooral uit naar een viraal agens (persisterende HPV-infectie). Een bijzonder probleem, doch zeldzaam, vormen de carcinomen die optreden na voorafgaande bestraling. Deze problematiek wordt beschreven in aansluiting op de bestraling van een cervixcarcinoom. Min of meer arbitrair acht men een dergelijke ontstaanswijze aannemelijk als deze radiatie meer dan vijf jaar tevoren heeft plaatsgevonden. Vooral gebieden die een suboptimale stralingsdosis hebben gekregen zijn voorkeurslocaties.

3. Commissie

COMMISSIELEDEN WOG Commissie Richtlijnen Gynaecologische Oncologie

Voorzitter:

R.F.P.M. Kruitwagen, gynaecologisch oncoloog

Leden:

M.E.L. van der Burg, internist-oncoloog

C.L. Creutzberg, radiotherapeut-oncoloog

W.J. van Driel, gynaecologisch oncoloog

H. Hollema, patholoog

I.M. Jürgenliemk-Schulz, radiotherapeut-oncoloog

G.G. Kenter, gynaecoloog

L.C.H.W. Lutgens, radiotherapeut-oncoloog

L.F.A.G. Massuger, hoogleraar

M.J.E. Mourits, gynaecologisch oncoloog

P.B. Ottevanger, internist-oncoloog

E. Pras, radiotherapeut-oncoloog

B.F.M. Slangen, gynaecologisch oncoloog

E.M. van der Steen-Banasik, radiotherapeut-oncoloog

B. van Triest, radiotherapeut-oncoloog

J. van der Velden, gynaecologisch oncoloog

P.O. Witteveen, internist-oncoloog

4. FIGO stadiëring

De stadiëring van het vaginacarcinoom geschiedt op klinische gronden.

FIGO-stadiëring

0 Carcinoma in situ, tegenwoordig meestal aangeduid als VAIN (Vaginale Intra epitheliale Neoplasie), onderverdeeld in VAIN I, II en III als bij de pre-invasieve laesies van de cervix

I het carcinoom beperkt zich tot de vaginawand

II het carcinoom groeit door de vaginawand, maar niet tot aan de bekkenwand

III doorgroei tot aan de bekkenwand

IV uitbreiding van het proces buiten het kleine bekken en/of doorgroei in de blaas of rectum. Bulleus

oedeem van de blaas op zich is geen bewijs van doorgroei.

IVa doorgroei per continuïtatem buiten het kleine bekken of in omgevende organen

IVb metastasen op afstand

TNM-classificatie vulva en vagina (UICC 1997)

De TNM-stadiëring geldt alleen voor histologisch bevestigde carcinomen. Specifieke regels treft u aan in de TNM-atlas, fifth edition, 1997.

T = primaire tumor

TNM categorie	FIGO stadium	
TX		primaire tumor niet te beoordelen
T0		primaire tumor niet aantoonbaar
TIS	0	carcinoma in situ
T1	I	tumor beperkt tot vagina
T2	II	uitbreiding in paravaginaal weefsel, maar niet tot bekkenwand
T3	III	
T4	IVa	uitbreiding tot bekkenwand
M1	IVb	uitbreiding in mucosa van blaas en/of mucosa van rectum en/of buiten het kleine bekken metastase(n) op afstand

N = regionale lymfklieren

NX regionale lymfklieren niet te beoordelen

N0 geen regionale lymfkliermetastasen aantoonbaar

N1 regionale lymfkliermetastase(n) aangetoond

M = metastasen op afstand

MX metastasen op afstand niet te beoordelen

M0 metastasen op afstand niet aantoonbaar

M1 metastase(n) op afstand aangetoond

De cTNM- en pTNM-classificatie zijn identiek.

Stadiumindeling

TIS, N0, M0	stadium 0
T1, N0, M0	stadium I
T2, N0, M0	stadium II
T1, N1, M0	stadium III
T2, N1, M0	
T3, N0/N1, M0	
T4, elke N, M0	stadium IVa
elke T, elke N, M0	stadium IVb

5. PATIËNTENVERENIGINGEN

PATIËNTENVERENIGINGEN

Stichting Olijf

Postbus 1478

1000 BL AMSTERDAM

Telefoon: 033 - 463 32 99

E-mail: olijf@olijf.nl

<http://www.kankerpatient.nl/olijf/>

DES Centrum

richt zich op mensen met bijwerkingen door het DES-hormoon, o.a. vrouwen met vaginakanker.

Wilhelminapark 25
3581 NE UTRECHT
DES Infolijn: 030 - 251 83 39
E-mail: des@descentrum.nl
www.descentrum.nl

6. Bestralingsdosis

RICHTLIJNEN VOOR BESTRALINGSDOSIS

Met betrekking tot de bestralingsdosis kunnen de volgende richtlijnen geformuleerd worden ⁹ (LDR equivalent; Uitwendige dosis plus brachy dosis):

FIGO stadium 0	60-70 Gy oppervlakte dosis
FIGO stadium I - IV	65-75 Gy minimale tumordosis
FIGO stadium IIA	e 55 Gy mediale parametrium
FIGO stadium IIB,III	e 65 Gy mediale parametrium
	e 50 Gy laterale parametrium (bekkenwand)

Disclaimer

Disclaimer:

De informatie op de website www.oncoline.nl en op afgeleide producten van deze website is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld. De Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) sluit iedere aansprakelijkheid voor de opmaak en de inhoud van de richtlijnen alsmede voor de gevolgen die de toepassing van de richtlijnen in de patiëntenzorg mocht hebben uit. De VIKC stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van de richtlijnen. Men neme daartoe contact op met de VIKC middels e-mail: oncoline@vikc.nl.

Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen bevatten aanbevelingen van algemene aard. Het is mogelijk dat deze aanbevelingen in een individueel geval niet van toepassing zijn. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor het wenselijk is dat in het belang van de patiënt van de richtlijn wordt afgeweken. Wanneer van een richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd gedocumenteerd te worden.

De toepasbaarheid en de toepassing van de richtlijnen in de praktijk is de verantwoordelijkheid van de behandelende arts.

Houderschap richtlijn

De houder van de richtlijn moet kunnen aantonen dat de richtlijn zorgvuldig en met de vereiste deskundigheid tot stand is gekomen. Onder houder wordt verstaan de verenigingen van beroepsbeoefenaren die de richtlijn autoriseren.

De VIKC draagt zorg voor het beheer en de ontsluiting van de richtlijn.

Intellectuele eigendomsrechten

De intellectuele eigendomsrechten met betrekking tot de site www.oncoline.nl en afgeleide producten van deze website berusten bij de VIKC en houder van de richtlijn. Het is de gebruiker van deze site niet toegestaan de inhoud van richtlijnen (gedeeltelijk) te verveelvoudigen en/of openbaar te maken, zonder de uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van de VIKC en houder van de richtlijn. U kunt een verzoek voor toestemming richten aan de VIKC, Postbus 19001, 3501 DA Utrecht. De VIKC behandelt dit verzoek samen met de relevante houder van de richtlijn.

Het is toegestaan een deeplink op te nemen op een andere website naar de website www.oncoline.nl of naar richtlijnen op deze website.

Tevens mag de informatie op deze internetsite wel worden afgedrukt en/of gedownload voor persoonlijk gebruik.

Externe links

De website www.oncoline.nl en afgeleide producten van deze website bevatten links naar websites die door andere partijen dan de VIKC worden aangeboden. Deze links zijn uitsluitend ter informatie. De VIKC heeft geen zeggenschap over deze websites en is niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor de daarop aangeboden informatie, producten of diensten.

Bescherming persoonsgegevens

Door gebruikers verstrekte persoonsgegevens ten behoeve van de mailservice of de inlogmogelijkheid van <http://www.oncoline.nl> zullen door de VIKC vertrouwelijk worden behandeld. Gegevens zullen niet worden verstrekt aan derden.