

# A hüvely rosszindulatú daganatai

Langmár Zoltán dr.<sup>1,2</sup> ■ Németh Miklós dr.<sup>2</sup>  
Kolozsvári László Róbert dr.<sup>3</sup> ■ Joó József Gábor dr.<sup>4</sup> ■ Mátrai Zoltán dr.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

<sup>2</sup>Fővárosi Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Budapest

<sup>3</sup>Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Egészségtudományok Doktori Iskola, Debrecen

<sup>4</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, I. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

<sup>5</sup>Országos Onkológiai Intézet, Általános Sebészeti és Mellkassebészeti Osztály, Budapest

## Epidemiológia és kockázati tényezők

A rosszindulatú hüvelydaganatok többsége (85–90%) a környező szervekben kialakuló rosszindulatú folyamatok (méhnyak, szeméremtest) áttéteként jelentkezik. A hüvelyrák a nők életének 6. és 7. évtizedében a leggyakoribb, de manapság egyre többször fordul elő a fiatalabb korosztályban, amelyben a humán papillomavírusoknak tulajdonítanak vezető szerepet. Az elsődleges hüvelyrák ritka kórkép, az összes nőgyógyászati rosszindulatú tumor 1–2%-át képviseli.

### *Vaginalis intraepithelialis neoplasia (VAIN) és laphámrák*

A laphámrák kialakulásának kockázati tényezői közé a HPV (humán papillomavírus) -fertőzés, a méhnyak intraepithelialis neoplasiája, immunszuppresszív állapotok (szervtranszplantáltak, HIV-fertőzöttek stb.), dohányzás, rossz szociális helyzet és a kismedencei sugárkezelés tartoznak. Jelenleg a HPV-fertőzést tartjuk a legjelentősebb rizikótényezőnek mind a VAIN, mind az invazív rák vonatkozásában. Bizonyított továbbá, hogy az in utero elszennvedett dietil-stilbösztrol (DES) expozíció kétszeresére emeli a VAIN kialakulásának esélyét. Amennyiben a beteg kórelőzményében in situ méhnyakrák szerepel, szintén fokozott a VAIN kifejlődésének kockázata.

### *Világos sejtes (clear cell) adenocarcinoma*

A daganat legfontosabb kockázati tényezője a *méhen belüli DES-expozíció*. Szerencsére a DES használatának visszaszorulása miatt ez a tumor már egészen ritkán fordul elő.

## *Melanoma*

A melanoma malignum a második leggyakrabban előforduló rosszindulatú hüvelydaganat, leggyakoribb lokalizációja a *hüvely alsó harmada*, illetve annak *melső fala*. Az esetek jelentős részében *többgócú* daganat fordul elő.

## *Sarcoma*

Ezek közül a *leiomyosarcoma* a leggyakoribb, a többi mesenchymalis tumor (például kevert Müller-cső-daganat, endometrialis stromasarcoma [ESS], angiosarcoma) egészen ritkán fordul elő. Az *embrionális rhabdomyosarcoma (botryoid daganat)* egy ritka, gyermekkorban jelentkező rosszindulatú tumor. A korábbi kismedencei sugárkezelés – különösen rhabdomyosarcoma esetében – jelentős kockázati tényezőnek számít.

## Kórlefolyás és daganatterjedés

Az elsődleges hüvelyrákok többsége a *hüvely felső harmadában*, illetve a *hüvelyconk csúcsában* alakul ki, leggyakrabban a *hátsó falon*, illetve annak közelében. Abban az esetben, ha a méhnyakból vagy a szeméremtestről vett minta szövettani értékelése során rosszindulatú elváltozás igazolódott, már nem beszélhetünk elsődleges hüvelyrák fennállásáról. A nyirokcsomóáttétek valószínűsége II. stádiumtól kezdődően már szignifikáns. A daganat pontos elhelyezkedése igen fontos a kezelés tervezése és a kórjóslat szempontjából. A hüvelyrák a hüvelyfal mentén, a szeméremtest vagy a méhnyak irányába terjed. A *melső falon* elhelyezkedő daganat beszűrheti a húgycsővet, valamint a vesicovaginalis sövényt, míg a *hátsó fali* tumor a rectovaginalis septumot és akár a rectum nyálkahártyáját is. Előrehaladott esetekben az oldalirányú (parametrium, paracolpium felé) terjedés

sem ritka. A távoli áttétek előrehaladott stádiumban vagy kiújult daganat esetében gyakoriak.

## Klinikai kép

A VAIN leggyakrabban *tünetmentesen* alakul ki. Ennek megfelelően különösen indokolt elvégezni a hüvely-csonk citológiai vizsgálatát CIS (carcinoma in situ) vagy invazív méhnyakrák miatt végzett méheltávolítást követően is. Mind laphámrák, mind más szövettani típusú rosszindulatú daganatok esetében a *hüvelyi vérzés* (főleg szexuális együttét után) a legkorábbi tünet, amelyet folyás, illetve fájdalmas vizelés kísérhet. A kismencedcei fájdalom általában már előrehaladott betegséget jelez.

## Diagnosztika

Hüvelyrák gyanúja esetén alapos *megtekintés, fizikális vizsgálat* (a hüvely eszközzel való feltárását követően), *kolposzkópia, citológiai mintavétel* indokolt. Természetesen a gyanús elváltozásból *szövettani mintát* kell venni, mert a definitív diagnózis csak így állítható fel. Az elsődleges méhnyakrák kizárása miatt tanácsos a méhnyakból is mintát venni kórszövettani vizsgálat céljából.

## Stádiumok

A hüvelyrák stádiumbeosztása klinikai (1. táblázat). A daganat kiterjedésének megállapítására, a fizikális (rectovaginalis) vizsgálat mellett a következő módszerek alkalmazhatóak: hólyagtükrözés, végbéltükrözés és intravénás pielográfia. Az I. és II. stádiumú daganat elkülönítése (mucosa és submucosa daganatos infiltrációja) még tapasztalt patológus számára is igen nehéz lehet. A kismencedcei CT mind a betegség helyi kiterjedésének, mind a kismencedcei és inguinofemorális nyirokcsomók vizsgálatára alkalmas. Melanoma vagy sarcoma esetében mellkasi CT végzése is indokolt az esetleges tüdőáttétek jelenléte miatt. További segítség lehet a terápia tervezése során az MRI, a PET, valamint a kom-

1. táblázat | A hüvelyrák FIGO szerinti stádiumai (FIGO: Nemzetközi Szülész-Nőgyógyász Szövetség)

Stádium	
0	Carcinoma in situ
I	A daganat a hüvelyre korlátozódik
II	A daganat beszúri a paravaginalis szöveteket, de nem éri el a medencefalat
III	A tumor eléri a medencefalat
IV	Kismencedcén túli terjedés vagy a hólyag és/vagy a rectum érintettsége. Megjegyzendő, hogy a hólyagnyálkahártya bullosus oedemája esetén nem beszélünk IV. stádiumról
IVA	A környező szervek (hólyag és/vagy rectum) és/vagy kismencedcén túli terjedés
IVB	Távoli áttét

binált PET/CT vizsgálat. Ez különösen a sugárkezelés tervezésekor nyújt nagy segítséget, mert így a daganat térfogatának és kontúrjainak egészen pontos meghatározására van lehetőség.

## A kezelés megválasztását befolyásoló kórjósati tényezők

### Laphámrák

A hüvely laphámrákja esetében a betegség stádiuma az elsődleges kórjósati tényező. Az elváltozás elhelyezkedésének prognosztikai szerepe ellentmondásos. Nem tisztázott még az sem, hogy a daganat mérete önmagában befolyásolja-e a hüvelyrák kórjósátát. A tanulmányok többsége a differenciáltság fokát a független kórjósati tényezők közé sorolja.

### Más szövettani típusú daganatok

Világos sejtes rákok esetében nagyobb a valószínűsége tüdő- és supraclavicularis áttétek kialakulásának. A korai stádium, a 3 cm-nél kisebb daganatméret és a 3 mm-nél kisebb invázió szintén kedvezőbb túlélést jeleznek. Melanoma esetén – akár csak más szerveknél – már korai stádiumokban is számolhatunk távoli áttétek kialakulásával.

## Kezelés

### VAIN – Carcinoma in situ

A VAIN kezelése sokféleképpen történhet. Végezhető teljes vagy részleges vaginectomia, vagy konzervatívabb kezelés, mint helyi kimetszés, elektrokoaguláció, lézeres vaporizáció, helyi 5-FU (fluorouracil) kezelés vagy üregi sugárterápia.

### Invazív rák

A laphámrák *elsődleges kezelése* általában a *sugárterápia*. Egyes centrumokban azonban a radikális sebészi beavatkozást is megfelelő alternatívának tartják, amellyel I. stádiumú betegség esetén 75–100%-os ötéves túlélés érhető el. Különösen azok a korai stádiumú hüvelyrákok kezelhetőek optimálisan radikális műtéttel (radikális hysterectomia, részleges vaginectomia, kismencedcei lymphadenectomia), amelyek a hüvely felső harmadának hátsó vagy oldalsó részén helyezkednek el. Az alsó harmad tumorai esetében kombinált vulvovaginectomia jön szóba a lágycéki nyirokcsomók blokkdissectiójával együtt. Pozitív vagy bizonytalan sebészi szélek esetén adjuváns radioterápia javasolt. Más lokalizációjú, illetve kiterjedt daganatok esetében azonban egyértelműen a sugárkezelés az első választandó módszer. Az előrehaladott stádiumú daganatban szenvedők-

nél a sugárterápia kombinálható gyógyszeres kezeléssel (kemoirradiáció), azonban ennek előnye nem bizonyított egyértelműen. A kezelés ellenére a daganatok 85%-a 6–12 hónapos medián időszak eltelte után helyileg kiújul. A recidív tumorok rendkívül rossz kórjóslatúak. A kezelés szövődésményei között elsőrendűen a sugárterápiával (akut és késői szövődésmények), illetve a kiterjesztett műtétekkel kapcsolatos komplikációk szerepelnek (például hegesedés, bélrendszeri panaszok, végbélgyulladás, hólyaggyulladás, ödéma stb.). A hüvelyi melanoma rendkívül ritka kórkép, a kezelési lehetőségek szegényesek, a túlélési eredmények pedig rendkívül rosszak. Reszekálható esetekben a műtéti ellátás élvez elsőbbséget. Az újabb adatok szerint a hüvelyi melanoma sugárérzékeny daganat, és kis méretű (<3 cm) tumoroknál viszonylag kedvező lokális kontroll érhető el sugárterápia alkalmazásával. A mesenchymalis eredetű daganatok közül a leiomyosarcoma fordul elő a leggyakrabban, ilyen esetekben exenteráció kísérelhető meg – természetesen csak válogatott esetekben, mindig hangsúlyosan figyelembe véve az életminőségi szempontokat! Az embrionális rhabdomyosarcoma (botryoid sarcoma) kezelése multimodális, a műtét (széles kimetszéstől egészen az exenteratív eljárásokig), sugárterápia és gyógyszeres kezelés kombinációjától várható csak kedvező túlélés.

### A kiújult daganat kezelése

A kiújult daganatok egy rendkívül heterogén csoportot képviselnek, így a betegség kiterjedésének pontos meghatározása és a beteg állapotának felmérése kiemelkedő fontosságú. Csak kis méretű, helyi kiújulások esetében végezhető kuratív célzatú kezelés, amennyiben távoli áttét sem alakult még ki. Ha a beteg még nem részesült sugárkezelésben, kombinált irradiáció vagy cisplatinbázisú kemoirradiáció végezhető. Amennyiben a páciens már részesült sugárterápiában, csak exenteráció végzése jön szóba, természetesen csak távoli áttétek kizárása esetén, gondosan szelektált esetekben.

### Következtetések

Bár a hüvelyi rosszindulatú daganatai viszonylag ritka kórképek, a korai stádiumban gyógyulás érhető el. Ennek megfelelően fontos, hogy az általános nőgyógyászati vizsgálat (szűrés) során is át kell tekinteni a hüvelyfalat, mind szabad szemmel, mind kolposzkóp segítségével. Az általános orvosi gyakorlat számára fontos üzenet, hogy hüvelyi vérzés esetén a beteget mielőbb

nőgyógyász szakorvoshoz kell irányítani – életkortól függetlenül! Tisztázatlan eredetű hüvelyi panaszok (fokozott érzékenység, esetleg idegentest-érzés) esetén, amennyiben azok nem magyarázhatóak jóindulatú elváltozásokkal (például gyulladás, hormonhiány talaján kialakult sorvadás), ugyanez a teendő. A kórkép ritka volta miatt a hüvelyrákban szenvedő betegeket erre szakosodott (nőgyógyászati-onkológiai) központokban kell kezelni, ahol minden diagnosztikai és terápiás modalitás rendelkezésre áll. Sajnos a rosszindulatú hüvelydaganatban szenvedő páciensek általában csak igen későn jutnak megfelelően képzett szakemberhez, pedig a korai stádiumban felismert daganat kezelésével jó eséllyel elérhető a beteg gyógyulása.

### Felhasznált irodalom

- [1] *Slomovitz, B. M., Coleman, R. L.*: Invasive cancer of the vagina and urethra. In: DiSaia, P. J., Creasman, W. T. (eds.). *Clinical gynecologic oncology*. Mosby, 2007, 265–279.
- [2] The vagina. In: Levine, D. A., De los Santos, J., Fleming, G., Barakat, R. R., Markman, M., Randall, M. E. (eds.). *Handbook for principles and practice of gynecologic oncology*. Lippincott Williams and Wilkins, 2010, 97–119.
- [3] *Hacker, N. F.*: Vaginal cancer. In: Berek and Hacker's *Gynecologic Oncology*. Lippincott Williams and Wilkins, 2010, 576–592.
- [4] Hüvelyrák. In: Szülészeti és Nőgyógyászati Útmutató. Medition Kiadó, 2008, 290–292.
- [5] A hüvelydaganatok ellátása. In: Kásler M. (szerk.). *A komplex onkodiagnosztika és onkoterápia irányelvei*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008, 381–388.
- [6] *Kovács É., Bardi J., Rurik I.*: Késlekedés az onkológiai ellátásban. A háziorvos és a betegek szerepének vizsgálata. *Orv. Hetil.*, 2011, 152, 1371–1376.
- [7] *Bardi J., Kovács É., Rurik I.*: A háziorvos és az onkológiai éberség – Tapasztalatok a daganatok felismeréséről és alapellátás kivizsgálásáról. *Magy. Onkol.*, 2011, 55. (In press.)

### Szakkönyv

- [1] *Kásler M.* (szerk.): *Az onkológia alapjai*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2011.
- [2] *Tulassay Zs., Matolcsy A.* (szerk.): *Az onkológia tankönyve*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2011.

### Honlapok, irányelvek

- [1] [www.nccn.org](http://www.nccn.org)
- [2] [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

(Langmár Zoltán dr.,  
Budapest, Üllői út 78/A, 1082  
e-mail: langmarzoltan@hotmail.com)