

## Vagina Hastası

### Işık ASLAY

Acıbadem Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi, İstanbul

Primer vagina karsinom sıklığı; %1-4

Vagina kanserinde standart optimal tedavi tartışmalıdır.

Vaginal karsinom klinikte primer veya metastatik olarak ortaya çıkabilir. Primer vagina karsinomu eğer çok erken tanınmamışsa 1/3 üst yerleşiminde serviks, 1/3 alt yerleşiminde ise vulva karsinomu olarak değerlendirilebilir. Tedavi kararı histoloji ve evre gözönüne alınarak verilir; primer YEH ca da serviks kanseri gibi kemoradyoterapi ile tedavi edilebilir. ERT brakiterapi ile tamamlanır. Metastatik hastalıkta bireysel değerlendirme, önceki hastalıkları gözönüne alarak karar vermek gerekir.

**Hasta N.Ç. (IUOEnst, Dr. Seden Küçükçük)**

46 y, premenopoz

Şikayeti: Vaginal ara kanama

23.02.2013 TAH+ BSO +PLND+O

Tm: Endometrioid adenoca

6x3x1 cm, grad 2, Myometrium invazyonu >%50,

servikal stromal tutulum +

PLN 0/12, Omentum (-), BYS (-)

EVRE II

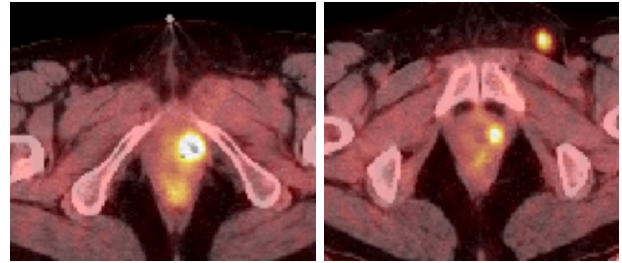
5.2013-6.2013 Pelvik ERT (IMRT) 48Gy/24 frk

7.2013 3D -intrakaviter Brakiterapi

Target 0.5 cm de (4 cm kaynak boyu ile) 5.5 Gy x 3 frk



4.2014 vagina distalinde sol yanda lokal yineleme  
.....biyopsi az diff. karsinom  
sol inguinal patolojik LN (PET-CT)



İnguinal diseksiyon + kurtarıcı brakiterapi

5.2014 – 7.2014 **2. SERİ** ERT (IMRT)

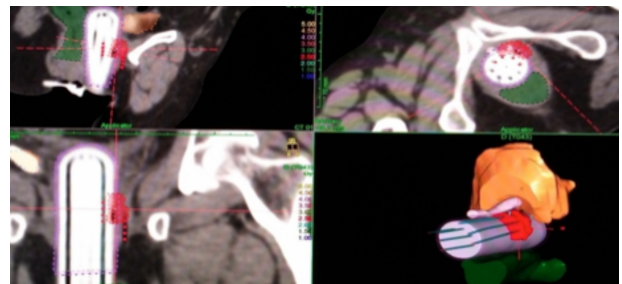
bilateral inguinal ve lokal PTV ye 36 Gy/20 frk

Eşzamanlı Kemoterapi (haftalık cisp 40 mg/m<sup>2</sup>) x 6 kür (5.2014-6.2014)

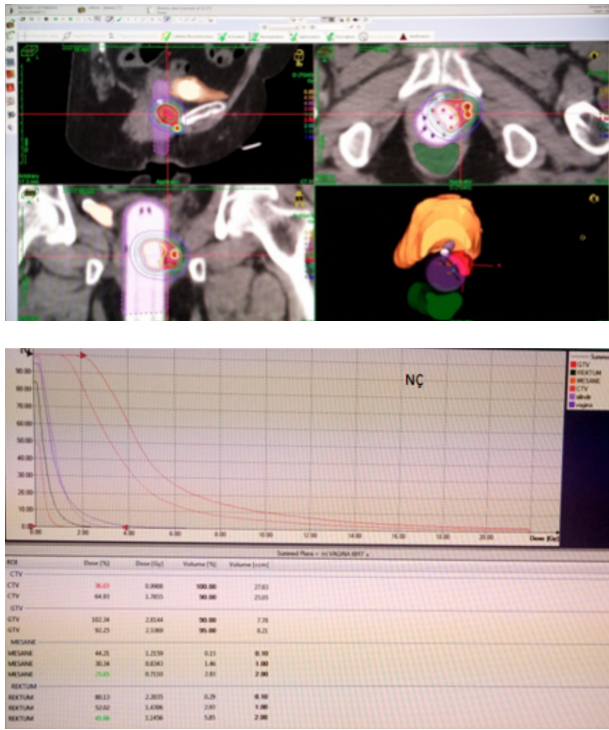
Kontrol MRG: Rest kitle yok

26.8.2014 1. frk HDR MC (çok kanallı) Silindir (sol yan yüklemeli) CTV ye 7 Gy

4.9.2014- 5.9.2014 2., 3., 4. frk MC silindir +tek plan interstisyel 2.5 Gy



Çok kanallı silindirla kombine edilen interstisyel aplikasyon. Kırmızı: GTV; Turuncu: Mesane.



25.9.2014 İnguinal ve vaginal USG: (-)  
4.3.2015 İnguinal ve vaginal USG: (-)

12.02.2015 MRG: (-)

12.02.2015 MRG: (-) **EKİM 2016: Klinik (-)**

Vaginal brakiterapi uygulamaları “kör” implantasyonlar olup serbest veya template ile yapılabilir. Her iki uygulamada da brakiterapi fiziği kuralları göz önüne alınarak çalışılır. Aşağıda uygulama şeması, template ile uygulama ve syed-neblet template görülmektedir. LDR ve HDR olarak doz hızları seçilebilir.



LDR dozimetre esasları:

Aktivite: 1mCi/cmSyed-Neblet: Anok: 80 cGy/h,

• Bnok: 50 cGy/h

Mesane ve rektum: 25cGy/h

• MUPID: Ref.doz hızı: 75 cGy/h

mesane ve rektum: <40 cGy/h

• Potish&Williamson: 35-55cGy/h

volüm içi doz heterojenitesi

5-10 cGy i geçmemelidir.

HDR aplikasyonlarda ERT ile birlikte interstisyel tedavide önerilen dozlar tabloda görülmektedir.

**Tablo**

Dose of EBRT	HDR dose to CTV (Gy)	EqD2 to CTV	D2 cc per fx to rectum to limit EQD2 to ≤70 Gy	
36 Gy/18 fx <sup>a</sup>	5x6	72.9	≤4.1	
	5.5x6	78.0	≤4.1	
	39.6 Gy/22 fx <sup>a</sup>	5x6	76.4	≤3.8
		5.5x6	81.5	≤3.8
		45 Gy/25 fx	3x9	73.6
	3x10		76.8	≤2.38
4.5x5	71.5		≤3.75	
5x5	75.5		≤3.75	
5.5x5	79.8		≤3.75	
50.4 Gy/28 fx	7x3	74.1	≤5.2	
	4.0x5	72.9	≤3.25	
	4.5x5	76.8	≤3.25	
	5x5	80.9	≤3.25	
	7x3	79.4	≤4.55	

Bireysel, hastaya göre tedavilerde mold ve serbest implantasyon kullanılabilir.

