

Vulvacarcinoom en wondzorg

N.J. Schuur, H. de Visser, H.C. van Doorn*

Het vulvacarcinoom

Casus

Mevrouw van Straaten, 60 jaar, ervaart sinds een maand pijn in de rechter buitenste schaamlip. Voordien had ze een beetje jeukklachten. Bij de drogist kocht zij iets tegen schimmel en van de huisarts kreeg zij antibiotica omdat gedacht werd aan een steenpuist. De klachten, pijn bij plassen en vulvaire jeuk, hielden aan en omdat de afwijking niet verdween werd mevrouw verwezen naar de gynaecoloog.

Epidemiologie en etiologie

Vulvacarcinoom is kanker van de schaamlippen. In Nederland treft de diagnose jaarlijks vierhonderd vrouwen, ongeveer honderd vrouwen overlijden per jaar aan de ziekte. Het vulvacarcinoom komt vooral voor bij vrouwen boven de 70 jaar (1). Ook nu nog bestaat er enige schroom om vanwege klachten aan de vulva naar de huisarts te gaan. Vaak wordt de diagnose gemist omdat er bijvoorbeeld wordt gedacht aan een blaasontsteking of een (schimmel)infectie.

Voorloper stadia

Het vulvacarcinoom kan ontstaan uit een bestaande huidaandoening zoals lichen sclerosus. Patiënten met lichen sclerosus hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van een vulvacarcinoom. Dat gaat vaak via het voorstadium van gedifferentieerde Vulvaire Intra-epitheliale Neoplasie (dVIN). Uiteindelijk krijgt 30% van de vrouwen met dVIN een vulvacarcinoom (2).

Het vulvacarcinoom kan ook ontstaan uit een hooggradige squameuze intraepitheliale laesie (HSIL). Dit ontstaat door een infectie met het humaan papillomavirus (HPV). Een HSIL kan eruitzien als een witte, roze of juist donkere verkleuring en verdikking in het slijmvlies van de vulva.

Casus vervolg

Mevrouw Van Straaten werd door haar gynaecoloog verwezen naar het Erasmus MC voor vervolgonderzoek en behandeling. In het eerste consult werden haar klachten uitgevraagd en werd lichamelijk onderzoek verricht. De gynaecologisch oncoloog zag een tumor met een doorsnede van 30 - 35 mm. In de liezen werden geen afwijkingen gevoeld. Een echo van de liezen werd gepland (foto 1).

Symptomatie, diagnostiek en stadiëring

De symptomen die vaak voorkomen bij een vulvacarci-



Foto 1. 3cm grote rode verhevenheid (tumor) op de buitenste schaamlip.

De huid ventraal, t.h.v. de clitoris is iets wit van aspect, passend bij lichen sclerose. De clitoris en de labia minora zijn verstreken, minder goed of bijna niet meer zichtbaar.

noom zijn: jeuk of pijn aan de vulva, pijn bij het urineren, een wondje of verdikking of klachten van de liezen. Eerst wordt de vulva geïnspecteerd: grootte, plaats, nabijheid van vitale structuren, eventuele aanwezigheid van meerdere tumoren en voorstadia (dVIN en HSIL) zijn daarbij van belang. Als de tumor uitzaait dan is dat vooral naar de liesklieren. Het vulvacarcinoom kan uitzaaien naar andere lymfeklieren en via de bloedbaan naar andere organen, zoals de longen of de botten. Meestal volstaat het beoordelen van de liezen middels echografie en eventueel aanprikken van lymfeklieren. Bij gevorderde ziekte wordt een (PET)-CT-scan gemaakt. Het stadium wordt bepaald op basis van deze beeldvorming, maar vooral op basis van de uitslag van het postoperatieve weefselonderzoek.

Casus vervolg

De radioloog maakte een echo van de liezen, waarbij een vergrote lymfeklier in de rechter lies werd gezien. Weefselonderzoek liet zien dat deze klier een metastase bevat van het vulvacarcinoom. Aanvullend werd een CT-scan verricht waarop geen ziekte elders werd gezien. Mevrouw Van Straaten had dus tenminste een stadium T1bN1Mo, FIGO IIIa vulvacarcinoom. De voorgestelde behandeling was een ruime radicale excisie van de vulvatumor en een liesklierdissectie beiderzijds. Dit laatste vanwege een bewezen lymfekliermetastase bij een tumor binnen 1 cm van de midline.

Behandeling

De behandeling van het vulvacarcinoom vindt plaats in een oncologisch centrum. Aan de hand van tumorgrootte, weefseltype, bevindingen bij beeldvorming, klinische conditie en wensen van de patiënte wordt een behandelplan gemaakt. Op richtlijndatabase.nl worden de overwegingen beschreven. De tumor wordt chirurgisch verwijderd, met rondom een marge van gezond weefsel. Hiervoor is het soms nodig om (delen van) de labia, de clitoris en de urethra te verwijderen. De wond kan primair worden gesloten, maar soms wordt een plastische reconstructie verricht. Indien mogelijk wordt in dezelfde operatie de lies behandeld. Afhankelijk van de locatie van de tumor zal dit enkel- of dubbelzijdig plaatsvinden. Bij kleinere tumoren van de vulva (minder dan 4 cm in doorsnede) wordt de schildwacht-/poortwachtklierprocedure (sentinel node (SN) procedure) gebruikt om te beoordelen of de lymfeklieren in de lies aangedaan zijn. Een lymfeklierdissectie is geïndiceerd als er een sterke verdenking is op, of bewezen betrokkenheid van de liesklieren, als de tumor groter is dan 4 cm, als er meerdere tumorlokalisaties zijn en wanneer de sentinel node tumorcellen bevat.

Chemoradiotherapie

Chirurgie heeft altijd de voorkeur boven radiotherapie. Chemoradiatie kan aangewezen zijn indien er een contra-indicatie is voor operatie, bij een inoperabel proces of indien bij chirurgie een of meerdere stoma's aangelegd zouden moeten worden. Bijvoorbeeld, wanneer de vulvatumor is ingegroeid in de dieper gelegen urethra, blaas, diep in de schede of de anus. Behandeling met chemoradiatie is in opzet curatief. Secundair wordt radiotherapie toegepast als aanvullende behandeling indien na de operatie in het preparaat van de liesklieren meerdere metastasen worden gevonden, kapseldoorbraak (extranodale groei) wordt gezien of als snijranden van het vulvapreparaat tumorcellen bevat en een re-excisie niet mogelijk is. Chemotherapie alléén is voor het vulvacarcinoom geen behandelingsoptie.

Casus vervolg

De operatie verliep ongecompliceerd; de tumor en de

liesklieren werden verwijderd. De wond kon primair worden gesloten. Mevrouw kreeg een blaaskatheter en in beide liezen een vacuümdrain. Na vier dagen kon zij het ziekenhuis verlaten en kreeg zij wond- en drainzorg aan huis.

Postoperatieve zorg

Opname en ontslag

De opnameduur bij een patiënte die een ruime lokale excisie met SN-procedure of liesklierdissectie ondergaat, varieert tussen verschillende oncologische centra/klinieken. Vóór ontslag moet de patiënte op de hoogte zijn hoe zij de wondverzorging zelf, of met behulp van een wijkverpleegkundige, kan uitvoeren.

Verpleegkundige aandachtspunten

Niet zelden is er sprake van schaamte en ongemakkelijkheid voor zowel patiënte als zorgverlener. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie is belangrijk om open te kunnen communiceren. Veel voorkomende klachten van patiënten zijn onervarenheid van de verzorgenden, te weinig kennis, met daarbij wisselende zorgverleners. De zorgverlener neemt de tijd voor de patiënt en vertelt wat deze gaat doen en wanneer patiënte wordt aangeraakt. Een goede positie door mevrouw op haar bed in rugligging met opgetrokken benen plaats te laten nemen is belangrijk, zodat de zorgverlener er beter bij kan.

De eerste dagen zal de patiënt maximaal driemaal dertig minuten per dag mogen zitten op de wond. Dit wordt hierna uitgebreid op geleide van de pijn. Houdingswisseling, een speciaal kussen of wat onderuit zitten, wordt hierbij geadviseerd. Lopen mag onbeperkt, maar met aandacht voor het herstelproces.

De patiënt wordt geadviseerd gezond te eten met voldoende eiwitten en daarbij twee liter per dag te drinken (water, thee, enz.). Mocht dit een probleem zijn, vraag dan via de huisarts een verwijzing voor de diëtist.

Bij koorts, koude rillingen en roodheid is snelle alarmering gewenst omdat er sprake kan zijn van cellulitis of erysipelas, waarvoor starten met antibiotica essentieel is.

Wondzorg

De wond moet voorzichtig benaderd en behandeld worden, echter de meest gemaakte fout is 'te voorzichtig'. Aanraking is soms gevoelig maar noodzakelijk voor een goede verzorging.

Wij adviseren de patiënt een absorberend verband in de onderbroek te dragen, maandverband wordt afgeraden i.v.m. het broeiende effect. Bloederige afvoer op het verband bij reiniging of verbandwissel is een goed teken, dit laat zien dat het wondbed vitaal is.

Twee keer per dag moet de wond beoordeeld en verzorgd

worden. Spoel twee keer per dag de wond onder de douche, zorg daarbij dat de schaamlippen goed gespreid worden zodat de straal het wondbed raakt. Na het douchen wordt het wondbed op bed verzorgd door met een vochtig gaas het wondbed te 'poetsen'. Een slijmerige afvoer (is vaak geen pus, maar wondvocht met slijm) wordt hierbij regelmatig gezien. Het is belangrijk om dit goed weg te vegen. Indien de patiënte niet kan douchen dient twee keer per dag de wond gereinigd te worden met natte gazen (kraanwater).

Wonddehiscentie in dit gebied komt regelmatig voor en is niet erg. Als het wondbed gaat wijken kunnen de losliggende hechtingen verwijderd worden (2). Dit wordt gedaan omdat er anders makkelijk vuil aan vast blijft zitten.

Wondreiniging en -verzorging blijft belangrijk, twee keer per dag. De wond wordt, bij een dehiscentie, opgevuld met wondverband (alginaat). Dit handhaaft het vochtige wondmilieu en heeft een reinigende en absorberende werking. Het is belangrijk dat het alginaat de bodem van de wond raakt. Door het in een streng te knippen gaat dat gemakkelijk. Door het alginaat met een slag om de katheter te wikkelen blijft het alginaat beter op zijn plek zitten (zie wondfolder).

In het Erasmus MC krijgen bijna alle patiënten een verblijfskatheter totdat de wond genezen is. Overdag is het advies een Flip-Flo katheterventiel (kraantje), en 's nachts een katheterzak te gebruiken. Zorg bij het fixeren van de katheter dat deze niet te veel op de wond drukt door te strakke fixatie en afgeleid wordt naar de gezonde kant.

Drainzorg en zorg voor de liezen

Na een liesklierdissectie wordt een wondrain achtergelaten. De ervaring is dat de eerste dagen veel (tot 200 ml) lymfevocht via de drains naar buiten treedt en dat de vochtproductie toeneemt als patiënt gaat mobiliseren.

De drains moeten beoordeeld worden op:

- Aanwezigheid van vacuüm op het systeem.
- De kleur van het drainvocht. Drainvocht is in het begin bloederig en zal steeds minder bloederig worden; bij pus in de drainpot wordt directe terugkoppeling naar de behandelende kliniek geadviseerd.
- De conditie van de insteekopening; deze mag niet (te) rood of pussig worden.
- De vochtproductie: als de drain minder dan 30 ml per 24 uur produceert, mag deze, na overleg, worden verwijderd door de huisarts of op de polikliniek. De drains mogen maximaal vier weken blijven zitten
- Tenslotte wordt de huid van de lies en het bovenbeen beoordeeld op roodheid en oedeem; indien er sprake is van fors oedeem of roodheid dan is contact met de huisarts of kliniek gewenst.

Dagelijks is er een inspectie van de chirurgisch gesloten lieswond. Let op roodheid, verdikkingen en wijken van de

wond. Wanneer de lieswond gaat lekken of wijken moet de wondzorg geïntensiverd worden.

Lieswonden produceren vaak veel vocht. Volledig herstel kost meestal enkele weken.

Vrouwen kunnen (afhankelijk van de instelling) na een liesbehandeling geadviseerd worden compressiekousen (tot de lies) te dragen.

Patiënten krijgen meestal na een liesklierdissectie profylactisch, gedurende vier weken, subcutane antistolling voorgeschreven.

Late effecten van de behandeling

Huid en liezen

Na een liesklierdissectie blijft er bij sommige vrouwen in de lies een vochtophoping onder de huid bestaan, een lymfocele. Bij mechanische klachten kan overwogen worden om de lymfocele aan te prikken, maar daarbij bestaat er een kans op een infectie en het effect is meestal maar tijdelijk. Door de lymfeklierdissectie is er een grote kans op het ontstaan van lymfoedeem. Tot op heden zijn er geen evidence based richtlijnen voor het voorkomen hiervan. Klachten van oedeem kunnen bestaan uit dikker



Foto 2. De vulvawond, na verwijderen van de hechting bij de eerste postoperatieve controle. De wond is dehiscent, maar heeft een schoon aspect. De drain in de rechterlies is zichtbaar



Foto 3. De liezen bij de eerste postoperatieve controle. De rechter drain is nog in situ, links is 'eruit gevallen'. Er is een scherp begrensde roodheid van de huid.

worden van de bovenbenen en de mons pubis en soms pijnlijke zwellingen aan de binnenzijde van de dijbenen. Een andere veelgehoorde klacht is 'zwarte benen'. Bij klachten kunnen therapeutische elastische kousen overwogen worden en ook een laagdrempelige verwijzing naar een lymfoedeemtherapeut.

Na een lymfeklierdissectie blijft een gevoeligheid bestaan op (recidiverende) erysipelas. Het kan een reden zijn om een jaar profylactisch, maandelijks penicilline-injecties te geven.

Casus vervolg

Mevrouw van Straaten kwam twee weken postoperatief voor controle.

De operatie was mevrouw meegevallen maar de laatste twee dagen kreeg ze een 'griepig gevoel' en werden de liezen rood. Zij had thuis een temperatuur van 38,3 graden. Bij onderzoek bleek de wond dehiscent maar schoon. Het gebied van de mons pubis en de liezen was rood, warm en geïndureerd. Aanraken was pijnlijk. De linker drain was eruit gevallen, het drainwondje lekte helder vocht (foto 2,3).

Zij werd heropgenomen voor intraveneuze toediening van antibiotica met de diagnose cellulitis. Na zes dagen kon ze met ontslag met wondzorg thuis.

Uit het weefselonderzoek bleek dat het vulvacarcinoom radicaal was verwijderd en de lymfekliermetastase 14 mm was met kapseldoorbraak. De overige klieren waren schoon. Mevrouw werd verwezen naar de radiotherapeut voor adjuvante radiotherapie. De uitslag viel mevrouw erg tegen.



Foto 4. Vulva twee maanden na de operatie. De wond is gesloten. Ventraal is de huid wit gekleurd, passend bij lichen sclerosose.

Twee maanden na de operatie is de wond gesloten (foto 4).

Prognose en follow-up

Patiënten met een kleine, niet-gemetastaseerde tumor hebben een goede prognose. De vijfjaarsoverleving is dan 79% (1). Zijn er lymfekliermetastasen, dan daalt dit percentage afhankelijk van de ernst en de uitbreiding naar minder dan 50%. De follow-up vindt levenslang plaats. De vervolgfrequentie is afhankelijk van de bevindingen omdat soms pas na vele jaren een recidief optreedt.

Een woord van dank

Van Straaten is een fictieve naam, maar het verhaal is echt. Wij zijn haar zeer dankbaar dat wij haar verhaal en de foto's met jullie mogen delen in dit artikel.

Voor meer informatie verwijzen wij graag naar:

Folder vulvectomy Erasmus MC



Folder drain en wondzorg Erasmus MC



Richtlijn vulvacarcinoom



Literatuur

1. KNL integraal kankercentrum Nederland. <https://ikn.nl/nkr-cijfers/>. Bezocht op 10-10-2022.
2. KNL integraal kankercentrum Nederland. <https://ikn.nl/nkr-cijfers/>. Bezocht op 18-10-2022.
3. Hullu, de JA, Zee, van der AGJ. **Chirurgische behandeling van vulvacarcinoom in een vroeg stadium en de complicaties van de ingreep.** Nederlands tijdschrift Geneeskunde, 2005;336-342.

* *Nicoline Schuur-van 't Hof, verpleegkundig specialist, afdeling gynaecologische oncologie, Erasmus MC Kanker instituut, Rotterdam*

Hilde de Visser, wondconsulent Oncologische wonden en ulcera, Erasmus MC, Rotterdam.

Lid WCS Commissie oncologisch wonden en ulcera.

Lena van Doorn, gynaecoloog oncoloog, afdeling gynaecologische oncologie, Erasmus MC Kanker instituut, Rotterdam