

## سرطان فرج (Vulvar Cancer) :

سرطان های فرج در حدود ۳ تا ۵ درصد کل سرطان های دستگاه ژنیتال را تشکیل داده و سن شایع آن ۶۰ تا ۶۵ سالگی است اما ۱۰ درصد موارد در دهه سوم و چهارم زندگی رخ می دهد. کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) شایعترین سرطان اولیه فرج بوده (۸۵ تا ۹۰ درصد موارد) و پس از آن همانژیوم (۴ تا ۵ درصد)، آدنوکارسینوم غدد بارتولن، کارسینوم سلول بازال (BCC) و سارکوم قرار دارند. هنوز عامل اتیولوژیک سرطان های ولو شناخته نشده است. SCC در ۸۰ درصد موارد پس از یائسگی رخ داده و خاصیت تهاجمی بسیار بالایی دارد.

بیماری با خارش، سوزش، ترشحات خونی، ندول و زخم ممکن است تظاهر کند و از طریق انفیلتراسیون مستقیم و یا سیستم لنفاتیک به سایر نقاط بدن تهاجم کند. استراتژی درمان و پیش آگهی بیماری بستگی به وسعت انتشار بیماری دارد.

### نئوپلازی داخل اپیتلیال ولو (Vulvar Intraepithelial Neoplasia)

این گروه از ضایعات نوعی دیسپلازی (آتیپی سلولی) اپیتلیال فرج هستند که بر حسب عمق لایه های درگیر و شدت تغییرات هیستولوژیک به گروه های زیر تقسیم بندی می شوند:

#### ۱. ضایعات غیر نئوپلاستیک

- هیپرپلازی سلول اسکواموس
- لیکن اسکروز
- سایر درماتوزها (نورودرماتیت، لکوپلاکی، لیکن پلان، پسوریازیس و ...)

#### ۲. ضایعات نئوپلاستیک داخل اپیتلیال نوع اسکواموس

- VIN I (دیسپلازی خفیف)
- VIN II (دیسپلازی متوسط)
- VIN III (دیسپلازی شدید از جمله کارسینوم *In situ*)

#### ۳. ضایعات نئوپلاستیک داخل اپیتلیال غیر اسکواموس:

- بیماری پاژت
- ملانوم درجا

در صورت ابتلاء وستیبول، مناطق مبتلا به صورت ماکول های قرمز با حاشیه برآمده و مشخص دیده می شوند. ضایعات سایر نواحی ولو اغلب به صورت متعدد (در ۲/۳ موارد که به تدریج به هم متصل شده و تشکیل پلاک را می دهند) و سفید رنگ است (در ۷۰ درصد موارد).

همچنین ممکن است ضایعات قهوه ای تیره نیز دیده شود. تشخیص بیماری با بیوپسی داده می شود.

" شیوع سنی VIN ۴۰ تا ۵۰ سالگی بوده و اهمیت آنها در ریسک بروز کارسینوم مهاجم در آینده است (۵ تا ۲۰ درصد موارد و ظرف چند سال)."

ریسک فاکتورهای تبدیل به کارسینوم مهاجم:

- ضعف سیستم ایمنی
- استعمال دخانیات
- آلودگی به HPV
- سنین پس از یائسگی
- شرکای جنسی متعدد

درمان:

در کل رفع عوامل تحریکی و برداشت ضایعه روش اصلی درمان VIN است:

- رفع عوامل تحریکی (اجتناب از پوشیدن لباس زیر تنگ و الیاف مصنوعی، مواد آرایشی و شیمیایی و ...)
- جراحی ضایعات کوچک یا تک کانونی (برداشت حداقل ۵/۵ سانتی متر و ترجیحا ۱/۵ سانتی متر بیشتر از محدوده ظاهری ضایعه)
- لیزر همراه با ۵-فلورواوراسیل در ضایعات متعدد و یا وسیع (ترجیحا در سنین قبل از یائسگی)
- برداشت پوست کل فرج (Skinning Vulvectomy) بدون برداشت کلیتوریس (درموارد درگیری اطراف کلیتوریس، پیشابراه یا اطراف مقعد)

" مواردی از کارسینوم Insitu فرج در حاملگی دیده شده که پس از زایمان در دوران نفاسی خود به خود بهبود یافته بنابراین در چنین حالتی باید به صورت کنسراتیو برخورد نمود."

**Squamous Cell Hyperplasia:**

این ضایعه یک واکنش اپیتلیال در مقابل عوامل محرک خارجی و در زمینه عوامل روحی روانی است و عفونت های واژن می تواند موجب تشدید آن شود. خارش علامت اصلی این بیماری بوده و بیشتر در دوران جوانی و بلوغ به وجود می آید. بر حسب شدت بیماری به صورت ضایعات صورتی یا قرمز و یا سفید رنگ کمی برجسته و با محدوده نسبتاً مشخص همراه با نشانه های خاراندن طولانی مدت تظاهر می کند.

کلا تمامی ضایعات مشکوک و غیر طبیعی سطحی ولو بایستی از طریق بیوپسی بررسی شوند.

اسکواموس سل کارسینوما در حدود ۱ تا ۵ درصد موارد دیستروپی های ولو وجود دارد و در ۵ درصد موارد نیز ظرف ۳ تا ۵ سال بروز می کند.

درمان اسکواموس سل کارسینوما:

در موارد اولیه بیماری (Stage I , II) با ضایعه در یک طرف ولو درمان به صورت **radical wide local excision** همراه با برداشت غدد لنفاوی اینگوینال و فمورال همان طرف صورت می گیرد.

اگر در **Frozen section** غدد لنفاوی درگیر باشد، باید غدد لنفاوی اینگوینال طرف دیگر نیز برداشته و بررسی شود. اگر دو یا چند غده لنفاوی درگیر باشد، بعد از جراحی رادیوتراپی نیز اندیکاسیون دارد. اگر ضایعه در قسمت میانی ولو وجود داشته باشد **three – incision radical vulvectomy** همراه با لنفادنکتومی دو طرفه روش مناسب تری خواهد بود.

مراحل پیشرفته بیماری با مجموعه ای از جراحی رادیکال ، رادیوتراپی و شیمی درمانی معالجه می شوند