

Rozległy rak sromu z olbrzymim guzem pochwy – opis przypadku

Extensive vulva cancer with enormous tumor of the vagina

Ordon Wojciech, Malinowski Andrzej, Pawłowicz Paweł

Klinika Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej
Klinika Terapii Płodu
Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Streszczenie

W pracy przedstawiono przypadek rozległego raka sromu (w stopniu IV według FIGO) współistniejącego z olbrzymim guzem wychodzącym z pochwy u 53-letniej pacjentki. Podjęte, ze względów nagłych, dwuetapowe leczenie operacyjne miało na celu w pierwszej kolejności zatrzymanie krwawienia z ogromnej zmiany umiejscowionej na zewnątrz i wewnątrz pochwy, odbarczenie pęcherza moczowego poprzez wykonanie cystotomii oraz wyłonienie sztucznego odbytu przez powłoki. Podczas drugiej, typowo onkologicznej operacji wykonano radykalne wycięcie sromu, usunięto macicy z przydatkami, cewkę moczową wraz z pęcherzem moczowym i prawie całą pochwą oraz wycięto powiększone węzły pachwinowe lewe i węzły chłonne biodrowe. Pomimo podjętego leczenia operacyjnego pacjentka zmarła w czwartej dobie po drugim zabiegu operacyjnym.

Słowa kluczowe: **rak sromu / ginekologia chirurgiczna / IV stopień zaawansowania wg FIGO / egzenteracja miednicy /**

Summary

The following is a case report documenting a 53-year old patient with extremely advanced vulva cancer (stage IV). The patient needed urgent operative treatment because of massive bleeding from large tumor located inside and out of the vagina. The prime step was to stop tumor hemorrhage, perform cystotomy and decompression of the urinary bladder and exteriorization of artificial anus. Second operation was a conventional oncologic procedure, which contained: radical vullectomy, hysterosalpingo-oophorectomy, cystectomy with excision of the urethra, the excision of almost the entire vagina, lymphadenectomy of the left inguinal lymph nodes and iliac lymph nodes. In spite of the surgical treatment, the patient died at the fourth day after the second operation.

Key words: **surgery / vulva / neoplasma / stage / pelvic exenteration /**

Adres do korespondencji:

Wojciech Ordon
Klinika Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej, Klinika Terapii Płodu CZMP
93-338 Łódź, ul. Rzgowska 281/289
email: woyow@op.pl

Otrzymano: 20.07.2007

Zaakceptowano do druku: 30.09.2007

Ordon W, et al.

Wstęp

Rak sromu jest jednym z rzadszych złośliwych nowotworów żeńskich narządów płciowych, jego częstość to około 2% wszystkich nowotworów tych narządów [1].

Najczęściej dotyczy kobiet po 60 roku życia. Jednak w ostatnich latach coraz częściej występuje również u młodszych kobiet, co ma niewątpliwą związek ze współwystępowaniem zakażenia HPV będącego jednym z głównych czynników patogenetycznych śródnaślankowej neoplazji sromu (VIN). Blisko 30% raków sromu powstaje na tle neoplazji śródnaślanki [3].

W 95% przypadków jest to rak płaskonabłonkowy [1, 4]. Guz rośnie egzo- lub endofitycznie. Postacie endofityczne zwykle rokują gorzej ze względu na szybsze występowanie przerzutów. Nowotwór szerzy się poprzez ciągłość, pierwsze przerzuty dając w węzłach chłonnych pachwinowych a następnie zajmując węzły chłonne miednicy mniejszej.

Leczenie prawie zawsze opiera się na zabiegu operacyjnym, radioterapia jest stosowana jako leczenie uzupełniające po leczeniu chirurgicznym. Podstawowym zabiegiem jest chirurgiczne wycięcie sromu wraz z guzem i usunięciem węzłów chłonnych [1, 2, 4, 7, 8].

W stopniu I i II rutynowo usuwa się doszczętnie głęboko srom i węzły chłonne pachwinowe. W stopniu III i IV dodatkowo usuwa się węzły chłonne miednicy mniejszej [1, 7, 8].

Postępowanie takie przynosi bardzo dobre efekty w I i II stopniu zaawansowania raka – odsetek przeżyć 5-letnich sięga do 70%-90% [1, 2, 8]. Stopień III oraz IV rokują bardzo poważnie, ze względu na naciekanie narządów sąsiednich lub masywne przerzuty do węzłów chłonnych pachwinowych, a odsetek przeżyć 5-letnich kształtuje się między 20% a 40% [1, 8]. Obecność przerzutów w węzłach chłonnych w bardzo poważnym stopniu stanowi o dalszych losach pacjenta.

W powyższej pracy opisano przypadek dwuetapowego operacyjnego leczenia bardzo zaawansowanego nowotworu sromu (stopień IV według FIGO), współistniejącego z olbrzymim guzem wychodzącym z pochwy.

Opis przypadku

Chora D.D., lat 53, została przywieziona przez pogotowie ratunkowe, do Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi w godzinach nocnych, na początku czerwca 2005 r.

Główną przyczyną nagłej hospitalizacji było obfite krwawienie z dróg rodnych. W badaniu ogólnym zwracało uwagę olbrzymie wyniszczenie pacjentki (BMI 16) Pacjentka była przytomna, w stanie ogólnym średnio ciężkim, z bardzo utrudnionym kontaktem logiczno-słownym. Udało się ustalić, że nie był to pierwszy incydent krwawienia z dróg rodnych.

Pacjentka 3 lata temu zauważyła na sromie swędzącą zmianę, która systematycznie się powiększała a w ostatnich tygodniach z pochwy zaczął wystawać sino-czerwony guz. W przeciągu sześciu ostatnich miesięcy chora schudła 10kg, a ponadto wystąpiły trudności z oddawaniem moczu i stolca.

W badaniu ginekologicznym stwierdzono: olbrzymi guz wychodzący z pochwy o długości około 30cm i średnicy 30cm, barwy sino-czerwono-brunatnej, miękkiej, krwawiącej samoistnie i pod wpływem dotyku. (Rycina 1 i 2).



Rycina 1. Stan w trakcie przyjęcia do kliniki, olbrzymi krwotoczny guz wychodzący z pochwy.



Rycina 2. Jak wyżej, widoczne silne krwawienie z guza.

Zasadnicze krwawienie miało miejsce z głębi pochwy, która w całości była wypełniona guzem. W obrębie narządów płciowych zewnętrznych stwierdzono masywną zmianę o charakterze egzofitycznym z owrzodzeniem, obejmującą cały srom, cewkę moczową, okolice odbytu, górnym brzegiem sięgającą do wzgórka łonowego. (Rycina 3, 4).

Guz naciekał przedsionek pochwy do głębokości 5cm. Wyczuwało się intensywny cuchnący zapach świadczący o martwicy.

Rozległy rak sromu z olbrzymim guzem pochwy – opis przypadku.



Rycina 3. Stan po pierwszej operacji, samoistna amputacja krwotocznego guza.



Rycina 4. Stan po pierwszej operacji, samoistna amputacja krwotocznego guza.



Rycina 5. Stan po kolejnej operacji onkologicznej: ureostomia i ileostomia.



Rycina 6. Stan po usunięciu zmian z okolicy sromu i odbytu

Dodatkowo zauważono zmianę wielkości jaja kurzego w okolicy pachwinowej lewej mogącą odpowiadać węzłom chłonny. Badanie ginekologiczne wewnętrzne technicznie nie było możliwe, ze względu na wypełniający pochwę guz. W wykonanych w trybie pilnym badaniach laboratoryjnych stwierdzono znaczną niedokrwistość (HGB 8,4g/dl; HCT 25%; RBC $3,13 \times 10^6/\mu\text{l}$) i wysoką leukocytozę ($25,08 \times 10^3/\mu\text{l}$). Pozostałe parametry biochemiczne i morfologiczne były w normie.

Ze względu na obfite krwawienie z pochwy i prawdopodobieństwo obecności guza w pochwie w trybie natychmiastowym przekazano chorą na blok operacyjny. Powłoki brzuszne otworzono z cięcia pośrodkowego dolnego i celem zatrzymania krwawienia z dróg rodnych, w sposób typowy wykonano zabieg podwiązania tętnic biodrowych wewnętrznych po

obu stronach. Ponadto podczas zabiegu operacyjnego stwierdzono rozdęty przez zalegający mocz pęcherz moczowy, który dnem sięgał do poziomu pępka. Struktura pęcherza (znaczne pogrubienie, sztywność) sugerowała jego nacieczenie przez guz nowotworowy, zwłaszcza w okolicy szyi. Wytworzono cystotomię i wprowadzono do pęcherza cewnik Foleya, który wyprowadzono na stałe nadłonowo. Stwierdzono ponadto znaczne przewężenie odbytnicy a palpacyjnie zgrubienie jej ściany. Podejrzewając naciek od strony odbytnicy i biorąc pod uwagę że pacjentka nie oddała stolca od 7 dni, w sposób typowy wytworzono sztuczny odbyt z pętli esicy. Pobrano wycinki ze sromu do badania histopatologicznego. Bezpośrednio po zabiegu doszło do samoistnej amputacji egzofitycznej olbrzymiej części guza wychodzącego z pochwy, czemu towarzyszyło obfite krwawienie. (Rycina 3, 4).

Ordon W, et al.

W związku z powyższym założono do pochwy 3 serwety chirurgiczne. Stan chorej po operacji był średnio-ciężki. W trakcie zabiegu przetoczono 2 jednostki koncentratu krwinek czerwonych i 2 jednostki świeżo mrożonego osocza.

W następnych dniach stan chorej stopniowo polepszał się, wzrosły parametry hematologiczne. W drugiej dobie po operacji usunięto z pochwy pozostawione wcześniej serwety chirurgiczne. Ponieważ nadal utrzymywało się krwawienie, pochwę setonowano serwetami jeszcze 2-krotnie w kolejnych dobach. Pacjentka konsultowana chirurgicznie i urologicznie - zalecono płukanie pęcherza moczowego oraz utrzymanie drożności cewnika Foleya. Wykonano badanie urograficzne, w którym zobrazowano nieregularne cienie mogące prawdopodobnie odpowiadać złogom w moczowodzie lewym. W dziewiątej dobie po operacji wykonano badanie ginekologiczne: dość dokładnie uwidoczniło się ściany pochwy i stwierdzono nacieki ze sromu na przednią ścianę pochwy na głębokość około 5cm oraz na ścianę boczną i tylną około 4cm. W okolicy sklepienia pochwy zaobserwowano rozległy skrzep uniemożliwiający obejrzenie szczytu pochwy i szyjki macicy. Długość pochwy oceniono na 15cm.

Wynik badania histopatologicznego z wycinków sromu: *Carcinoma planeoepitheliale partium invasivum G-2*.

W 16 dobie od pierwszej operacji, wobec dobrego stanu ogólnego i polepszenia parametrów laboratoryjnych zakwalifikowano pacjentkę do kolejnej operacji: wycięcia sromu wraz z usunięciem węzłów chłonnych pachwinowych, biodrowych i zaślonowych, częściowego wycięcia pochwy, usunięcia macicy z przydatkami, wycięcia pęcherza moczowego i cewki moczowej (zabieg egzenteracji przedniej) oraz wytworzenia zbiornika na mocz sposobem Brickera.

Podczas operacji usunięto egzofityczny brodawkowaty naciek z okolicy odbytu z marginesem zdrowej tkanki. Następnie odreparowano guz sromu wraz z marginesem niezmiętej skóry oraz odreparowano naciekającą śluzówkę pochwy od strony przedsionka z 3 centymetrowym odcinkiem zdrowej tkanki. Guz wraz z otaczającymi tkankami usunięto w jednym bloku, wycięto również niedrożną cewkę moczową oraz część dolną szyi pęcherza moczowego. Z odrębnego cięcia wycięto zmieniony pakiet węzłów chłonnych pachwinowych lewych. Całość usuniętych tkanek została przesłana do badania histopatologicznego. Podczas wulvektomii, drugi zespół operacyjny otworzył jamę brzuszną z cięcia podłużnego pośrodkowego i stwierdził: lewe przymacicza i przydatki, lewy róg macicy oraz lewy moczowód w nacieku nowotworowym.

Ze względu na masywne naciekanie usunięto w jednym bloku macicę z przydatkami, przymaciczami, pęcherzem moczowym wraz z pozostałą częścią szyi pęcherza moczowego i częścią pochwy. Moczowody odcięto w granicach zdrowych tkanek. Po stronie prawej usunięto węzły chłonne biodrowe: wewnętrzne, zewnętrzne oraz węzły zaślonowe. Natomiast po stronie lewej węzły biodrowe zewnętrzne. Odstąpiono od pobrania węzłów biodrowych wewnętrznych i zaślonowych lewych ze względu na masywny naciek nowotworowy. Kikut pochwy zamknięto na głucho. Wyrostek robaczkowy usunięto w sposób typowy. Następnie wypreparowano moczowody zacewnikowano i wszczepiono do zbiornika wytworzonego z fragmentu jelita krętego oraz wyprowadzono przetokę na zewnątrz (operacja sposobem Brickera) [22].

Podczas operacji nie stwierdzono naciekania nowotworowego na odbytnicy, postanowiono jednak nie likwidować wcześniej wytworzonego sztucznego odbytu na pętli esicy. (Rycina 5, 6). Łączny czas zabiegu wyniósł 9 godzin. Stan pacjentki po zabiegu był dość dobry.

Przeprowadzone w pierwszych godzinach po zabiegu operacyjnym badania wykazały nieznaczne obniżenie parametrów hematologicznych: RBC 3,69 $10^6/\mu\text{l}$, HGB 11,0g/dl, HCT 32,5. Ponadto stwierdzono w badaniach laboratoryjnych obniżenie poziomu białka białka (4,1g/dl) oraz podwyższenie WBC (16,6 $10^3/\mu\text{l}$) i kreatyniny (1,02mg/dl), pozostałe parametry były bez odchylenia od normy. Pacjentka została po operacji przewieziona na oddział intensywnej opieki.

Następnego dnia, po rozintubowaniu, została przeniesiona, w stanie ogólnym dobrym, do macierzystej kliniki. W badaniu przedmiotowym stwierdzało się: brzuch miękki, bolesny dotykowo, rany pooperacyjne goiły się prawidłowo. Pacjentkę zaopatrzone w specjalne worki stomijne do odbierania moczu oraz stolca.

W trzeciej dobie po operacji pacjentka gwałtownie zagończyła, zastosowano dodatkowo szerokowidmową antybiotykoterapię oraz leki przeciwgorączkowe uzyskując spadek temperatury. W czwartej dobie po operacji w godzinach popołudniowych pacjentka ponownie zagończyła a w godzinach nocnych nastąpił zgon. Jako przyczynę zgonu stwierdzono ostrą niewydolność układu krążenia na tle zatorowości.

Dyskusja

Rak sromu jest jednym z rzadszych nowotworów żeńskich narządów płciowych [1, 2]. Niestety nadal dużym problemem jest zbyt późna rozpoznawalność tego nowotworu i niekorzystna przewaga późnych stopni zaawansowania (III, IV stopień według FIGO) i bardzo często współwystępowanie przerzutów w węzłach chłonnych oraz naciekanie cewki moczowej. Tak późno wykryte stadia choroby dają w przypadku zastosowania operacji radykalnej tylko około 20-30% szans na przeżycie pięcioletnie, natomiast w przypadkach węzłów chłonnych pachwinowych nie dających się usunąć szanse te maleją do zera [17].

Złotym standardem leczenia raka sromu w stopniu I i II stopniu jest radykalne wycięcie sromu wraz z usunięciem węzłów chłonnych pachwinowo-udowych [1, 2, 4]. Takie postępowanie zapewnia około 90% odsetek przeżyć 5-letnich [10, 18]. Skuteczność operacji radykalnych w III i IV stopniu daje średnie wyniki, przeżywalność 5-letnia waha się między 60% a 20%, z czego w stopniu IV wynosi około 20-25% [8, 17].

W ostatnich latach wzrosło znaczenie łączonej chemio-radioterapii w leczeniu nieoperacyjnych nowotworów sromu lub jako terapia neoadjuwantowa zmniejszająca masę guza przed planowaną operacją. Doświadczenia licznych ośrodków wykazują bardzo dobre rezultaty w leczeniu zaawansowanych postaci raka sromu, łącznie z udanymi próbami leczenia postaci pierwotnie nieoperacyjnych [5, 11, 15].

Moore i wsp. poddali takiemu leczeniu 73 pacjentki w stopniu zaawansowania III i IV uzyskując bardzo dobrą odpowiedź u 46,5% (brak widocznych zmian na sromie) [12]. W badaniach innych autorów wykazano dobrą odpowiedź na terapię skojarzoną nawet u 90% pacjentek a całkowite cofnięcie zmian obserwowano u 64% [11].

Rozległy rak sromu z olbrzymim guzem pochwy – opis przypadku.

Należy jednak stwierdzić, że neoadjuwantowa chemioterapia nie ma jeszcze ugruntowanej pozycji w leczeniu raka sromu [5, 6, 11]. Radioterapia jako samodzielna terapia neoadjuwantowa lub stosowana po operacji daje słabsze wyniki niż chemio-radioterapia, szczególnie w zaawansowanych postaciach raka sromu [6].

Inną metodą leczniczą, która prawdopodobnie będzie mogła być z powodzeniem stosowana w leczeniu raka sromu jest stosowanie inhibitorów angiogenezy, np. plazmidowego wektora ekspresyjnego psFLT [16]. Doświadczenia zebrane do tej pory pozwalają twierdzić, że inhibitory angiogenezy będą prawdopodobnie szczególnie przydatne w przypadkach nieoperacyjnych oraz tam gdzie nie ma możliwości wykonania chemio-radioterapii neoadjuwantowej [16]. Zastosowanie ich pozwala na zmniejszenie rozmiarów nacieku oraz następową chemio-radioterapię lub wykonanie zabiegu operacyjnego.

Pomimo licznych korzyści płynących z zastosowania powyższych metod leczniczych (szczególnie chemio-radioterapii), w naszym przypadku zdecydowano jednak w pierwotnym postępowaniu o wykonaniu zabiegu operacyjnego. Ostatecznie wykonano zabieg egzenteracji przedniej z wytworzeniem pęcherza moczowego z odcinka jelita krętego (Bricker) oraz jednoczasową radykalną wulwektomię [14]. Skłoniły nas do tego następujące przyczyny:

- ogromne zaawansowanie nowotworu (stoper IVa), nie tylko miejscowe ale łącznie z zajęciem narządów miednicy mniejszej,
- obecność utrzymującego się, silnego krwawienia z pochwy i gwałtownie postępująca anemizacja pacjentki.

Według piśmiennictwa istnieją 3 główne wskazania do wykonania zabiegu egzenteracji [9, 10]:

1. Nawrót nowotworowy, niepoddający się leczeniu adiuwantowemu.
2. Pacjenci, u których nie jest możliwe natychmiastowe zastosowanie chemio/radioterapii.
3. Pacjentki z silnie zaawansowanym rakiem sromu.

Pacjentka spełniała 2 punkty z trzech z wyżej wymienionego standardu. Wykonanie zabiegu egzenteracji z wytworzeniem pęcherza moczowego z jelita krętego oraz jednoczasową wulwektomię, wydaje się być dobrym sposobem postępowania w bardzo zaawansowanych przypadkach raka sromu. Krupp i wsp., opierając się na własnych doświadczeniach oraz porównując wyniki z innych ośrodków wykazali, że jest to metoda wykonalna i pozwalająca na uzyskanie odsetka przeżyć 5-letnich na poziomie 28-57% [9, 13, 23].

Warunkiem powodzenia jest zabieg prowadzony jednoczasowo przez 2 zespoły operacyjne [9, 10, 13]. Jeden zespół wykonuje egzenterację połączoną z ewentualnym zabiegiem wytworzenia pęcherza z jelita krętego/esicy/poprzecznicy, podczas gdy drugi przeprowadza wulwektomię. Śmiertelność pooperacyjna wynosi od 0 do 11,8%. Najczęstszymi wczesnymi powikłaniami są: martwica rany pooperacyjnej, zatorowość, uremia, odmiedniczkowe zapalenie nerek [10, 13]. Powikłania późne obejmują: przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek, przewlekłe obrzęki podudzi, nietrzymanie moczu.

Czynnikiem źle rokującym jest wiek pacjentek powyżej 71 lat, w tym przypadku przeżywalność 5-letnia w tej grupie wynosi 0% [13]. Inni autorzy wskazują na granicę powyżej 65 roku życia [10]. Otyłość może być ważnym zewnętrznym czynnikiem rokowniczym wpływającym negatywnie na funkcję nowo wytworzonego pęcherza moczowego, szczególnie gdy jest on

wytworzony z jelita krętego [9]. Innymi czynnikami wpływającymi pośrednio na stan pacjentki po operacji są: czas trwania operacji oraz łączna utrata krwi. Przeciwwskazaniami do wykonania egzenteracji są: naciekanie nowotworu poza miednicę, przerzuty do kości oraz wiek pacjentek powyżej 71 lat [9, 13].

Egzenteracja w połączeniu z radykalną wulwektomią jest zabiegiem wysoce ryzykownym i powinna być wykonywana tylko w ściśle określonych przypadkach, po uprzedniej bardzo dokładnej kwalifikacji. Zabieg ten powinien być wykonywany tylko w ośrodkach o wysokim stopniu referencyjności z odpowiednio wyszkolonym personelem medycznym oraz odpowiednią organizacją obu zespołów operujących.

Wnioski

Ze względu na liczne powikłania i duże ryzyko operacyjne, obecnie procedura egzenteracji jest wykonywana rzadko. Przykład operowanej przez nas pacjentki uzmysławia wielkość ryzyka związanego z tą operacją. Pomimo doświadczenia w przeprowadzaniu rozległych operacji onkologicznych, wytworzenia dobrych warunków operacyjnych i doświadczenia w postępowaniu pooperacyjnym nie udało się w tym przypadku uniknąć niepowodzenia leczniczego i zapobiec pooperacyjnej zatorowości, która doprowadziła do zgonu pacjentki.

Przyszłościowy udział chemio-radioterapii oraz wykorzystanie inhibitorów angiogenezy w leczeniu neoadjuwantowym lub uzupełniającym w zaawansowanych postaciach raka sromu, jak również wzrost wykrywalności raka sromu we wczesnych stadiach poprzez zwiększoną samokontrolę i częstsze zgłaszanie się do lekarza pozwoli w przyszłości na odstępowanie od tego typu procedur.

Piśmiennictwo

1. Spaczyński M. Nowotwory sromu. W: Onkologia ginekologiczna. Pod red. Spaczyńskiego M. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, 1997, 243-253.
2. Krzakowski M. Nowotwory złośliwe narządu płciowego kobiety. Krzakowski M (red). W: Onkologia kliniczna. Tom II. Pod red. Krzakowski M. Warszawa: Wydawnictwo Borgis, 2001, 188-190.
3. Markowska J. Epidemiologia i etiopatogeneza raka sromu. W: Onkologia ginekologiczna. Pod red. Markowska J. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, 2002, 247-254.
4. Canavan T, Cohen D. Vulvar cancer. *Am Fam Physician*. 2002, 66, 1269-1274.
5. Wagenaar H, Colombo N, Vergote I, [et al.]. Bleomycin, methotrexate, and CCNU in locally advanced or recurrent, inoperable, squamous-cell carcinoma of the vulva: an EORTC Gynaecological Cancer Cooperative Group Study. European Organization for Research and Treatment of Cancer. *Gynecol Oncol*. 2001, 81, 348-354.
6. Tombolini V, Raffetto N, Santarelli M, [et al.]. Carcinoma of the vulva: clinical results of exclusive and adjuvant radiotherapy. *Anticancer Res*. 2005, 25, 3089-3094.
7. Biełkiewicz A, Gottwald L, Akoel K, [i wsp.]. Clinical analysis of 105 cases of vulvar cancer. *Ginekol Pol*. 2002, 73, 913-918.
8. Ansink A, van Tinteren H, Aartsen E, [et al.]. Outcome, complications and follow-up in surgically treated squamous cell carcinoma of the vulva 1956-1982. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1991, 42, 137-143.
9. Thornton W. Pelvic exenteration in the treatment of advanced malignancy of the vulva. *Am J Obstet Gynecol*. 1973, 117, 774-781.
10. Rutledge F, Burnus B. Pelvic Exenteration. *Am J Obstet Gynecol*. 1965, 91, 692-708.
11. Cunningham M, Goyer P, Gibbons K, [et al.]. Primary radiation, cisplatin, and 5-fluorouracil for advanced squamous carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol*. 1997, 66, 258-261.
12. Moore D, Thomas G, Montana G, [et al.]. Preoperative chemoradiation for advanced vulvar cancer: a phase II study of the Gynecologic Oncology Group. *Inter J Radiat Oncol Biol Phys*. 1998, 42, 79-85.
13. Krupp P, Lee F, Bohm J, [et al.]. Therapy of advanced epidermoid carcinoma of vulva. Report of 13 patients, with review of recent literature. *Obstet Gynecol*. 1975, 46, 433-438.
14. Bricker E. Bladder substitution after pelvic evisceration. *J Urol*. 2002, 167, 1140-1145.
15. Tamura N, Aoki Y, Fujita K, [et al.]. Stage IVa squamous cell carcinoma of the vulva managed with primary chemoradiation. *Int J Clin Oncol*. 2005, 10, 148-151.
16. Panek G, Gawrychowski K, Bidziński M, [i wsp.]. Przypadek skutecznego zastosowania plazmidowego wektora ekspresyjnego psFLT i chemio-radioterapii do leczenia zaawansowanego miejscowo raka sromu. *Przeł Menopauzalny*. 2005, 4, 17-21.
17. Hopkins M, Reid G, Vettrano I, [et al.]. Squamous cell carcinoma of the vulva: prognostic factors influencing survival. *Gynecol Oncol*. 1991, 43, 113-117.

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne

I Katedra i Klinika Ginekologii Onkologicznej
i Ginekologii
Akademii Medycznej im. Prof. F. Skubiszewskiego
w Lublinie

Stowarzyszenie „Zdrowie Kobiety”

Serdecznie zapraszają na

I Kongres Ginekologii Małoinwazyjnej

8-10 maja 2008

Lublin

Warsztaty

- Pokazy na żywo z dwóch sal operacyjnych
- Zaawansowana laparoscopia
- Leczenie krwawień czynnościowych
- Leczenie nietrzymania moczu

Tematyka Kongresu

- Czy leczenie nowotworów narządów płciowych może być mniej inwazyjne
- Uroginekologia
- Chirurgia szyjki macicy
- Nowe techniki małoinwazyjne
- Bezpieczeństwo zabiegów ambulatoryjnych
- Krwawienia z macicy – czy konieczna histerektomia
- Endoscopia ginekologiczna
- Zabiegi małoinwazyjne w położnictwie

10 maj 2008 r.

Warsztaty

- Instrumentacja endoskopowa
– dla pielęgniarek bloków operacyjnych

Szczegółowe informacje na temat Kongresu
dostępne są na stronie internetowej:

www.ginonkol.skolamed.pl

Biuro Organizacyjne Kongresu:

**Biuro Kongresów i Turystyki SKOLAMED
P-AIZ Konsulting Sp. z o.o.
20-070 Lublin, ul. Boczna Lubomelskiej 4**

tel. (081) 534 43 87, 534 71 48

fax. (081) 534 71 50

e-mail: kongres@paiz.com.pl

<http://kongres.paiz.com.pl>

STANY NAGŁĄCE W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII



SYMPOZJUM NAUKOWO-SZKOLENIOWE

Sekcji Psychosomatycznej
Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

Pod Protektoratem
JM. Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
oraz
Prezesa Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego



26-27 września 2008 r

Tychy

Zgłoszenia uczestnictwa oraz prace naukowe
prosimy przysłać wyłącznie drogą pocztową
na adres:

Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii i Położnictwa SUM
w Tychach Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 1
43-100 Tychy, ul. Edukacji 102

z dopiskiem: „STANY NAGŁĄCE W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII”

tel.: (32) 325 43 36, (32) 325 43 01

fax: (32) 219 34 04

e-mail: polgin4@slam.katowice.pl