

Medisch technisch

Algemeen

Na het stellen van de diagnose vaginacarcinoom d.m.v. histologisch onderzoek, vindt klinische stadiëring plaats. Hoewel de klinische stadiëring inaccuraat is vergeleken met de chirurgische stadiëring, mag de klinische stadiëring onder geen enkele omstandigheid meer worden veranderd. Wanneer er twijfel bestaat over het klinisch stadium dient het laagste stadium te worden gekozen. Zie addendum FIGO stadiëring en UICC classificatie en stadiumindeling 1997 (zie [bijlage 4](#)).

Anamnese

De volgende klachten kunnen optreden: abnormaal (intermenstrueel) vaginaal bloedverlies, contactbloedingen en abnormale fluor vaginalis. In hogere stadia worden soms mictiestoornissen (dysurie), defaecatiestoornissen, pijn in de onderbuik of rug (eventueel radiculair) en lymfoedeem van onderste extremiteiten gezien.

Lichamelijk Onderzoek

Het gynaecologisch onderzoek bestaat uit inspectie en palpatie van de genitalia interna en de parametria. Tenzij patiënte goed poliklinisch te onderzoeken is, behoort dit onderzoek onder narcose te worden verricht door oncologisch gynaecoloog en radiotherapeut tezamen. Hierbij wordt beoordeeld of er ingroei is in de parametria. Indien er verdenking bestaat op doorgroei van de tumor in de blaas of in het rectum wordt tevens een cystoscopie resp. proctoscopie uitgevoerd. Bij het algemeen lichamelijk onderzoek moet gelet worden op vergrote klieren in de liezen en in de fossa supraclavicularis met name links.

Een goede beschrijving van de macroscopie van de tumor vooraf aan de behandeling bevat tenminste groeiwijze, aspect en grootte van de tumor met beschrijving van de tumoruitbreiding in transversale (circumferentie), coronale (voor-, zij- en achterwand) en sagitale vlak (bovenste, middelste en onderste derde deel). Tevens dient zo nauwkeurig mogelijk de lokalisatie te worden aangegeven in relatie tot aangrenzende structuren als hymenaalring, portio, anus en urethra. Na de primaire bestraling (i.e. uitwendige locoregionale bestraling) verdient het bij uitgebreidere tumoren aanbeveling de tumoruitbreiding opnieuw te evalueren teneinde een definitieve keuze voor de surdosage-techniek te maken.

Meer dan 80% van de carcinomen zijn gelokaliseerd in het proximale derde deel van de vagina, voornamelijk in het achterste vaginagewelf. De onderzoeker moet erop bedacht zijn dat soms een tumor achter de bladen van een speculum verborgen kan zijn. Ongeveer 30% breidt zich uit tot het distale derde deel. Bij het lichamelijk onderzoek moet dan ook gelet worden op vergrote klieren in de liezen en in de fossa supraclavicularis links.

Laboratoriumonderzoek:

Hb-gehalte. Tumormarkers SCC, CEA optioneel. Lever en nierfunctie in geval van combinatie chemoradiotherapie.

Beeldvormend onderzoek

Voor de lokale tumoruitbreiding lijkt MRI momenteel het meest geschikte onderzoek met FdG-PET/CT als alternatief. Voor de regionale tumoruitbreiding is een FdG-PET(CT) scan te verkiezen boven CT. Er zijn geen vergelijkende studies met MRI.

X-thorax: indien geen (PET)CT verricht, ter uitsluiting van longmetastasen.