

Diagnostiek

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op het subhoofdstuk- en/of de paragraaftitel.

Medisch technisch

Anamnese

De symptomen zijn specifiek: pruritus vulvae, niet zelden al jaren bestaand bij chronische vulvaire afwijkingen, branderigheid bij mictie en al of niet bloederige afscheiding. Pijnklachten zijn er veelal pas bij vergevorderde ziekte. Soms zijn er in het geheel geen klachten en wordt de diagnose gesteld door het zichtbaar en/of voelbaar zijn van een afwijking.

Lichamelijk onderzoek

1. Bij het lichamelijk onderzoek dienen de volgende aspecten gedocumenteerd te worden:
Gezien de gemiddeld hoge leeftijd waarop vulvacarcinomen voorkomen het bepalen van de conditie (Karnofsky of WHO performance) van de patiënte.
2. Bij het lichamelijk onderzoek staat, naast de aandacht voor de aanwezigheid van pathologische lymfomen, het gynaecologisch onderzoek op de voorgrond. Maligne tumoren van de vulva komen het meest voor aan de labia majora en minora. De tumor kan multi-centrisch ontstaan. In een aantal gevallen komt een "kissing ulcer" voor.
3. Speciele tumor status
 - ◆ Lokaal: Een goede beschrijving van het macroscopische aspect van de tumor bevat tenminste de volgende informatie: exofytische en/of endofytische groeiwijze, ulceratie en/of pigmentatie, grootte in twee loodrecht op elkaar staande richtingen in centimeters nauwkeurig en geschatte dikte in mm. Tevens dient genoteerd te worden de afstand tot de clitoris, ostium urethrae externum, hymenaalring en anus, eventuele betrokkenheid met vagina voor- en achterwand, beweeglijkheid ten opzichte van de onderlaag en afwijkingen van huid buiten het tumorgebied. In het kader van operatieplanning of in het geval van primaire chemoradiatiebehandeling is het van belang een kleurenfoto van de afwijking van de vulva te maken met een meetlat als referentie. Tevens wordt aanbevolen de afwijking om dezelfde redenen schematisch in te tekenen.
 - ◆ Regionaal: Bij palpabele liesklieren zijn van belang: plaats en aantal, consistentie, grootte in centimeters, mobiliteit ten opzichte van de onderlaag en overliggende huid en eventuele ulceratie. Overigens is de voorspellende waarde van klinisch onderzoek voor de liesklieren beperkt.
4. Indien van toepassing dienen symptomen van onderliggend systemisch lijden welke medebepalend kunnen zijn voor de therapiekeuze te worden gedocumenteerd (bijvoorbeeld: ernstig vaatlijden, dermatologische aandoeningen, diabetes mellitus).
5. Voor grotere tumoren is onderzoek in narcose in multidisciplinair verband met eventueel cystoscopie en/of rectoscopie gewenst.

Laboratoriumonderzoek

Naast routine (preoperatief) bloed- en urineonderzoek zijn er geen specifieke laboratoriumbepalingen noodzakelijk.

Beeldvormend en overig onderzoek

1. Beeldvorming van liezen en bekken middels echo of CT of MRI is obligaat voordat besloten wordt een sentinel node procedure uit te voeren (zie hoofdstuk Behandeling/Medisch Technisch).
2. In alle andere gevallen kunnen de volgende aanvullende onderzoeken zijn geïndiceerd, indien de resultaten van dit onderzoek het beleid beïnvloeden:
 - ◆ Beeldvorming met speciale aandacht voor bekken, liezen en vulvagebied bij hogere T stadia (≥ 3) en/of bij palpabele afwijkingen in de liezen. De vraag is daarbij of er sprake is van pelviene lymfadenopathie. Tevens kan worden overwogen bij palpabele liesklieren en/of suspecte liesklieren bij beeldvorming een metastase te bevestigen middels cytologische punctie.

- ◆ Afstandsmetastasen: thoraxfoto.
- ◆ Op indicatie urethrocystoscopie/rectoscopie.

Pathologie

Classificatie volgens WHO 2003

- epitheliale tumoren (premaligne afwijkingen, plaveiselcelcarcinoom, basaalcelcarcinoom en adenocarcinomen)
- weke delen tumoren
- melanocytaire tumoren
- diversen
- metastasen

Plaveiselcelcarcinoom

De primaire diagnostiek van tumoren van de vulva zal meestal worden gedaan bij voorkeur op basis van een incisie of stans biopt. Voor het verdere beleid is het noodzakelijk om naast de classificerende diagnose tenminste ook de invasiediepte te vermelden in geval van een carcinoom. Ook indien de absolute invasiediepte niet in absolute zin meetbaar is, bv. de tumor reikt tot in de bodem van het biopt, dient te worden vermeld wat de minimale invasiediepte is. Vanaf een invasiediepte van meer dan 1 mm is er bij het plaveiselcelcarcinoom kans op vooral lymfogene metastasering naar de lymfklieren in de lies. Optioneel kunnen worden vermeld lymfangio-invasie, perineurale groei, groeipatroon en differentiatiegraad. Het preparaat dient in de daarvoor gangbare termen macroscopisch te worden beschreven. Het maken van een macrofoto is zeer aanbevelenswaardig. Voor wat betreft de microscopie is het niet voldoende om naast de boven genoemde parameters te vermelden dat de sneevlakken vrij zijn van maligniteit maar ook de vrije marges dienen te worden bepaald en vermeld. Naastliggende vulvopathologie en vooral de premaligne afwijkingen, worden apart benoemd.

Bij de verslaglegging van verwijderde lymfklieren dienen aantal, zijdigheid, diameter van de metastase in mm en het al dan niet aanwezig zijn van extra-nodale groei te worden vermeld. De sentinel-node lymfklieren worden apart vermeld (aantal, zijdigheid, metastasen, extra-nodale groei, protocol toegepast).

Maligne melanoom

Maligne melanoom van de vulva heeft dezelfde kenmerken als melanomen elders op het lichaam. De verslaglegging bij een melanocytaire tumor van de vulva geschiedt conform de daarvoor bestaande richtlijn melanoom van de huid (klik [hier](#) om naar de landelijke richtlijn melanoom te gaan).

Overige maligne tumoren

In de vulva kunnen ook primaire mesenchymale tumoren en adenocarcinomen voorkomen.