

Behandeling VAIN

Uitgangsvraag

Wat is de beste behandeling bij patiënten met VAIN (vaginale intra-epitheliale neoplasie) in termen van residu/recidief VAIN?

Aanbevelingen

Er wordt geadviseerd bij cytologische afwijkingen van de cervix waarbij geen afwijkingen op de portio worden gevonden, VAIN uit te sluiten d.m.v. vaginoscopie.

De werkgroep is van mening dat VAIN, gezien de lage incidentie, door ervaren kolposcopisten dient te worden behandeld/vervolgd.

De werkgroep is van mening dat er voor de behandeling van VAIN, na uitsluiten van invasie door middel van biopsie of excisie, gekozen kan worden tussen excisie, laser ablatie, of medicamenteuze behandeling op basis van shared decision making met patiënte.

De werkgroep is van mening dat hrHPV-vaccinatie als optie ter voorkoming van recidief kan worden overwogen.

Literatuurbespreking:

Vaginale intra-epitheliale neoplasie (VAIN) is een vrij zeldzame aandoening, slechts 0,4% van alle intra-epitheliale neoplasieën van de lower genital tract (de vulva, vagina en cervix), zijn VAIN.

VAIN wordt vaak gezien naast CIN en heeft ook een sterke associatie met hrHPV. Vaak is er een doorlopende laesie van CIN naar VAIN. In sommige gevallen is dit omdat de congenitale transformatiezone op de vagina ligt (5% van de vrouwen).

VAIN is meestal gelokaliseerd in het bovenste 1/3 deel van de vagina, detectie is dan meestal door aanhoudend afwijkende cytologie, vooral na hysterectomie of herhaalde cytologische afwijkingen terwijl er bij kolposcopie van de portio geen afwijkingen worden gevonden. Dit is een reden om bij kolposcopie ook de vaginawanden te inspecteren en indien afwijkend, te biopsieren. Na een hysterectomie voor hooggradige of recidiverende CIN blijft er een risico tot 8% bestaan op VAIN [Soutter, 2006³⁰⁷].

VAIN geeft meestal geen klachten en wordt meestal opgespoord door cytologisch onderzoek. De kans op maligne ontaarding wordt beschreven tussen 3 en 15% [Luyten, 2014³⁰⁶]. Gezien het complexe beeld hoort

de diagnostiek en behandeling thuis bij ervaren gynaecologen.

De behandeling van VAIN is niet eenduidig. De primaire behandeling van VAIN moet bestaan uit excisie, omdat er meer dan 10% kans bestaat op occult carcinoom. In een kleine studie van 33 patiënten met weliswaar langer bestaande en therapieresistente VAIN bleken 10 patiënten reeds een occult vaginacarcinoom te hebben [Luyten, 2014³⁰⁶]. De meeste studies zijn beperkt qua omvang en is VAIN niet goed gedefinieerd. Chirurgische excisie is een optie, maar afhankelijk van grootte en lokalisatie, gepaard gaande met grote morbiditeit, ook op psychoseksueel gebied. Laserablatie is een goed alternatief met minder morbiditeit, maar vergt vaak meer dan één behandeling. Er moet bij de behandeling van VAIN rekening worden gehouden met mogelijke multifocaliteit. Voorafgaande aan een ablatieve behandeling dient een invasief proces uitgesloten te worden.

Imiquimod 5% crème lijkt een nieuw succesvol therapeuticum te zijn, hoewel grote prospectieve studies nog ontbreken. In het verleden zijn naast 5-FU en trichloorazijnzuur ook radiotherapie en chemotherapie toegepast. Echter al deze behandelingen zijn inmiddels obsoleet door de hoge morbiditeit.

Tenslotte is een conservatieve aanpak met cytologische controle en vaginoscopie een optie, met name indien een invasief proces is uitgesloten. De kans op regressie bij deze conservatieve aanpak is onduidelijk en hangt mogelijk samen met leeftijd, roken en hrHPV-genotype.

Er wordt steeds meer bekend over de invloed van het type hrHPV dat de laesie veroorzaakt, net als bij de cervix lijken ook bij VAIN HPV16 en 18 de hoogste risico's te geven en zou dit daarom meegenomen kunnen worden in de behandeling en follow-up strategie.

Profylactische hrHPV-vaccinatie lijkt ook effect te hebben op recidiverende VAIN. In een studie van Joura werd een recidief reductie van 60% geobserveerd door hrHPV-vaccinatie voorafgaande aan behandeling [Joura, 2012³⁰⁵].

Conclusies:

Het is aangetoond dat VAIN relatief zelden voorkomt, asymptomatisch is, vaak naast CIN of vulvaire intra-epitheliale neoplasie (VIN) bestaat (hrHPV-relatie) en vaak multifocaal in het bovenste 1/3 deel van de vagina voorkomt.

Er zijn aanwijzingen dat het risico van VAIN op maligne onttaarding 3-12% bedraagt. [Luyten, 2014³⁰⁶]

Er zijn aanwijzingen dat na uitsluiten van invasie VAIN met excisie, ablatie of medicamenteus zou kunnen worden behandeld.

Er zijn aanwijzingen dat de kans op residu/recidief VAIN het kleinst is na preventieve HPV-vaccinatie gevolgd door behandeling. [Joura, 2012³⁰⁵]

Overwegingen:

VAIN kan cytologisch en kolposcopisch worden vervolgd, vooral bij de niet hrHPV16 en/of18 positieve afwijkingen. Indien behandeling nodig is en invasie is uitgesloten dan is er een keus uit chirurgische excisie, laserablatie, of medicamenteuze (imiquimod 5% crème) behandeling. Op grond van de literatuur kan op dit moment geen voorkeur worden aangegeven en dient na afweging van voor en nadelen samen met de patiënte beslist te worden.

Na hysterectomie kan VAIN zich in de plooiën van de littekens in de top van de vagina ontwikkelen, over het algemeen is dan chirurgie aangewezen omdat anders de laesie niet volledig kan worden verwijderd.