

Bir Primer Tuba Kanseri Olgusu

PRIMARY CARCINOMA OF THE FALLOPIAN TUBE: A CASE REPORT

Gülseren YÜCESOY*, Mustafa GÖKTAN**, Aydın ÇORAKÇI***, Birol VURAL***, Semih ÖZEREN***, İzzet YÜCESOY****, Zuhul YUMBUL*****

* Yrd.Doç.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
** Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
*** Doç.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
**** Prof.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
***** Prof.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD, KOCAELİ

Özet

Tuba kanseri kadın genital tümörleri arasında en nadir görülenidir, preoperatif tanısı genellikle konulamamaktadır.

57 yaşında, gebelik 4, parite 4 olan bir primer tuba karsinomu olgusu sunulmuştur. Hasta vajinal akıntı şikayeti ile başvurdu, jinekolojik muayenesinde pelvik kitle saptandı. Total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooferektomi, omentektomi ve appendektomi operasyonu yapıldı. Histopatolojik rapor; grade II bilateral tuba adenokarsinomu, uterus, serviks, overler, omentum, periton ve apendiks serozasında adenokarsinom infiltrasyonu olarak geldi. Postoperatif 6 kür kemoterapi(carboplatin ve cytoxan) alan olgunun halen takibi devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tuba uterina kanseri, Prognoz

T Klin Jinekoloj Obst 2004, 14:117-119

Summary

Primary carcinoma of the fallopian tube is a rare malignancy of the female genital tract and infrequently diagnosed preoperatively.

A 57 year-old, gravida 4, parity 4 woman having primary fallopian tube carcinoma is presented. Her complaint was vaginal discharge, and a pelvic mass was found by gynecological examination. Abdominal total hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, omentectomy and appendectomy were performed. Histopathological examination showed bilateral fallopian tube adenocarcinoma grade II, metastases to serosal surfaces of uterus, cervix, ovaries, omentum, periton and appendix. Postoperatively the patient has received six cycles of chemotherapy(carboplatin and cytoxan) and she is still under routine control.

Key Words: Fallopian tube, adenocarcinoma, Prognosis

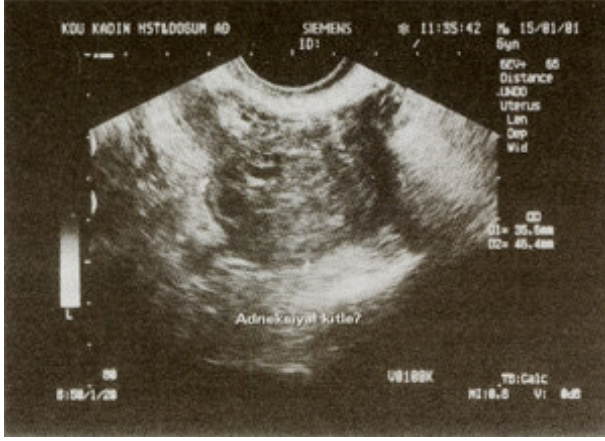
T Klin J Gynecol Obst 2004, 14:117-119

Tuba kanseri en nadir görülen jinekolojik tümördür. Etiyolojisi bilinmemektedir. Preoperatif tanı çok az olguda konulabilmekte, sıklıkla başka nedenlerle uygulanan operasyonlar sırasında saptanmaktadır (1-4). Klinik evreleme ve tedavi yönetimi over kanseri gibidir, ancak evrelerine göre prognozunun daha kötü olduğu bildirilmektedir (5). Ender rastlanan tümör olması dolayısıyla kliniğimizde tanısı konulup yönetimi yapılan bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

57 yaşında, gravida 4, parite 4 olan hasta yaklaşık 1 yıldır devam eden vajinal akıntı yakınması ile başvurdu. Son adetini 15 yıl önce gören hastanın son 6 aydır zaman zaman vaginal kanamasının olduğu öğrenildi. Jinekolojik muayenede uterus ve sol adneks normal idi, sağ

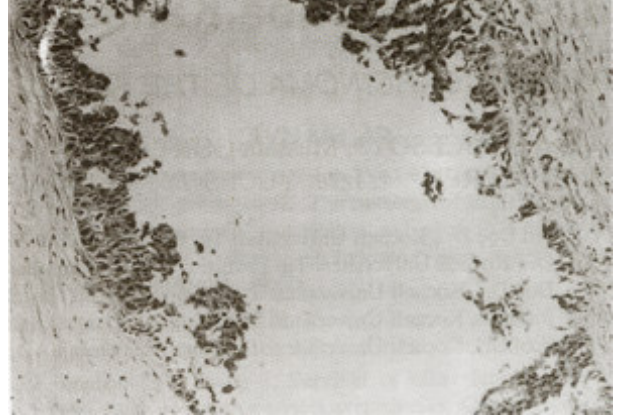
adneksial bölgede ise yaklaşık 5cm çapta, solid kıvamda, mobil bir kitle palpe edildi. Spekulum ile muayenede servikste 1x0.5cm boyutlarında bir polip görüldü. Ultrasonografik incelemede; uterus 58 x 35 x 31mm boyutlarında, kavitede sıvı mevcut olup, endometrium kalınlığı 3mm olarak ölçüldü. Uterusun sol posterolateralinde 46 x 35mm boyutunda içinde yer yer kistik alanlar içeren solid kitle görüldü (Şekil 1). Douglasta minimal sıvı mevcuttu. Doppler ile rezistans indeks 0.91, pulsatilite indeksi 1.82 olarak ölçüldü. Pap smear sonucu servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) ve takiben yapılan kolposkopik serviks biyopsisi raporu CIN I-II olarak geldi. Endoservikal kürtaj; düz kas dokusu, probe kürtaj; proliferatif endometrium şeklinde rapor edildi. Tümör belirteçlerinden Ca-125: 338U/ml, Ca-19.9: 230U/ml idi.



Şekil 1. Tuba uterina karsinomunun transvajinal ultrasonografik görüntüsü. Uterusun posterolateralinde, içinde yer yer kistik alanlar içeren solid adneksiyal kitle.

Hasta pelvik kitle ön tanısıyla 31/01/2001 tarihinde operasyona alındı. Operasyon batın gözleminde; uterus, sol tuba ve overler atrofik görünümde, sağ tuba 4 x 3cm boyutunda koyu gri renkte ve hidropik durumda idi. Batın ön yüz peritonu, barsaklar, karaciğer yüzeyi ve omentumda milier tarzda implantlar mevcuttu. Sağ tuba ile batın sıvısı frozen sonucu malign epitelyal tümör ve malign batın sıvısı olarak geldi. Omentumda 2 cm' den büyük implantlar vardı. Uterus, sağ tuba, barsaklar ile pelvis yan yüz peritonu ve mesane arasında yoğun adezyonlar mevcuttu. Total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi, infrakolik omentektomi ve appendektomi uygulandı. Pelvik ve paraaortik lenf nodu örneklemesi yapışıklıklar nedeniyle ve evrelemeyi değiştirmeyeceği düşünülerek yapılmadı. Operasyon materyali patolojisi bilateral grade 2 tuba adenokarsinomu, uterus, serviks, overler, omentum, periton ve apendiks serozasında adenokarsinom infiltrasyonu olarak rapor edildi (Şekil 2).

Postoperatif yara yeri akıntısı dışında komplikasyon gelişmeyen hasta 13. gün taburcu edildi. Toplam 6 kür kemoterapi(carboplatin A-UC=6mg, cyclofosamid 600 mg/m²) aldı. Daha sonra önerilen second-look operasyonunu hasta kabul etmedi. Ca-125 ve Ca-19.9 progresif olarak



Şekil 2. Tuba uterina karsinomu patolojik görüntüsü. Mukoza ve muskulariste adenokarsinom invazyonu H-E (10x10).

düşme kaydetti, en son ölçüm Ca-125; 6.9 U/ml, Ca-19.9: 4.9U/ml idi. Son kontrolünde, jinekolojik muayene, Pap smear tetkiki ve pelvik ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi. Batın tomografisinde, karaciğerde 0.5cm çapında hipodens, sebat eden bir lezyon dışında patolojik bulgu yoktu.

Hasta, operasyon sonrası 30. ayında sağ ve yakınması yoktur, kontrollerine devam etmektedir.

Tartışma

Tuba kanseri insidansının, tüm jinekolojik tümörler içinde %0.1-1 arasında değiştiği, ortalama görülme yaşının 50-60 olduğu bildirilmektedir (3-6).

Olgumuzda yaş 57'dir. Kliniğimizde 6 yıllık sürede, 82 jinekolojik malign tümör içinde sadece 1(%1.2) tuba kanseri saptanmıştır.

Tuba kanseri olgularında klinikte en sık görülen belirtinin postmenopozal vajinal kanama olduğu, bunun yanında vajinal akıntı, alt abdominal ağrı, distansiyon ve bası hissi gibi diğer şikayetlerinde olduğu bildirilmektedir (4,7). Hastaların yarısında, pelvik kitle palpe edildiği, bazılarında ise hiç semptom bulunmadığı kaydedilmiştir (7). Olgumuzda ise vajinal kanama ve akıntı yakınması ile birlikte pelvik kitle saptanmıştır.

Tuba kanserinin erken tanısının zor olduğu bilinmektedir, hastalara, genellikle olgumuzdaki gibi pelvik veya abdominal kitle nedeniyle operasyon yapılmaktadır.

Taner ve ark (8) da yayınladıkları üç olgunun ikisini pelvik kitle nedeniyle operasyona almışlardır.

Tanıda; ultrasonografi, tomografi, magnetik rezonans görüntüleme de kullanılabilir. Ancak bu yöntemlerin doğruluğu tam olarak gösterilememiştir (9). Tanı ve takipte, over kanserinde olduğu gibi CA-125 ölçümü de önerilmektedir (9,10). Olgumuzda preoperatif tanı olarak, ultrasonografik görüntü ve CA-125 ölçümünün yüksekliği nedeniyle overyan kitle düşünülmüştür.

Tuba karsinomu, diğer tümörlerle birlikte bulunabilir, sıklıkla serviks sitolojisinde malign hücre kaydedilmektedir (11-12). Olgumuzda da eş zamanlı olarak CIN saptanmıştır.

Tuba kanserlerinde patolojik tanının, erken evrede daha kolay, geç evrede ise zor olduğu ve primer over kanseri ile karıştığı bildirilmektedir (11). Ana tümörün tubada olması, mukozanın papiller paterni ile tutulmuş olması, duvar tutulmuşsa benign malign geçiş epiteli görülmesi ayırıcı tanı kriterlerini oluşturmaktadır (11). Olgumuzda da bu kriterlere dikkat edilerek tanı konulmuştur.

Tedavi, over kanseri gibi sitoredüktif cerrahi, omentektomi, pelvik ve paraaortik lenf nodu örneklemesi şeklindedir. Postoperatif tedavi de genellikle epitelyal over tümörlerindeki gibidir. Ancak, çok agresif ve hızlı yayılan tümör olması dolayısıyla adjuvan tedavinin sağkalımı artırmadığı bildirilmektedir. Ayrıca olguların azlığı nedeniyle tedavi etkinliklerini karşılaştıran yeterli kontrollü çalışmaların olmadığı da rapor edilmektedir (13). Second-look operasyonu; evre IIb-IV de veya I-IIa'da eksik cerrahi uygulanmış ise önerilmektedir (11). Olgumuza da evre IIIc olması nedeniyle önerildi.

Tuba kanserlerinde prognozun kötü olduğu, tanı konulduğunda büyük bir kısmının ileri evrede bulunduğu bilinmektedir. Beş yıllık yaşam tüm evreler dahil %22-33 arasındadır (3,14). Evre II-IV de 2 yıldan fazla yaşayan olmadığı da rapor edil-

miştir (14). Olgumuz ise tanı konulduktan sonraki 30. ayında ve sağdır.

KAYNAKLAR

1. Hirai Y, Kaku S, Teshima H, Shimizu Y, Chen JT. Clinical study of primary carcinoma of the fallopian tube: experience with 15 cases. *Gynecol Oncol* 1989; 34(1): 20-6.
2. Piura B, Rabinovich A. Primary carcinoma of the fallopian tube: study of 11 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 91(2): 169-75.
3. Schneider C, Wight E, Perucchini D, Haller U, Fink D. Primary carcinoma of the fallopian tube. A report of 19 cases with literature review. *Eur J Gynaecol Oncol* 2000; 21(6): 578-82.
4. Güner H. Jinekolojik Onkoloji Ankara Hatipoğlu Yayınevi 1994: 169-75.
5. Friedrich M, Villena-Heinsen C, Schweizer J, Hollander M, Stieber M: Primary tubal carcinoma: a retrospective analysis of four cases with a literature review. *Eur J Gynaecol Oncol* 1998; 19(2): 138-43.
6. McMurray EH, Jacobs AJ, Perez CA, Camel HM, Kao MS. Carcinoma of the fallopian tube. Management and sites of failure. *Cancer* 1986; 1; 58(9): 2070-5.
7. Nordin AJ. Primary carcinoma of the fallopian tube: a 20 year literature review. *Obstet Gynecol Surv* 1994; 49(5): 349-61.
8. Taner MZ, Ulutürk A, Tıraş MB, Güner H, Yıldırım M. Tuba uterinanın primer karsinomu. *T Klin Jinekoloj Obst* 1995; 5: 138-40.
9. Chin H, Matsui H, Mitsunashi A, Nagao K, Sekiya S. Primary transitional cell carcinoma of the fallopian tube: a case report and review of the literature. *Gynecol Oncol* 1998; 71(3): 469-75.
10. Baekelandt M, Jorunn Nesbakken A, Kristensen GB, Trope CG, Abeler VM. Carcinoma of fallopian tube. *Cancer* 2000; 89(10): 2076-84.
11. Disaia PJ, Creasman WT. *Clinical Gynecologic Oncology*, Fifth edition, St Louis, 375-81, 1997.
12. Baalbaky I, Vinatier D, Leblanc E, Querleu D. Clinical aspects of primary cancer of the fallopian tube. A retrospective study of 20 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999; 28(3): 225-31.
13. Huber-Buchholz MM, Buchholz NP, Staehelin J. Analysis of 23 cases of primary carcinoma of the fallopian tube over 50 years. *J Obstet Gynaecol Res* 1996; 22(3): 193-9.
14. Jereczek B, Jassem J, Kobierska A. Primary cancer of the fallopian tube. Report of 26 patients. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996; 75(3): 281-6.

Geliş Tarihi: 17.06.2003

Yazışma Adresi: Dr.Gülseren YÜCESOY

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
KOCAELİ
gulserene@superonline.com