

# Fallop Tüpünün Primer Endometroid Adenokarsinomu (Olgu Sunumu)

## PRIMARY ENDOMETROID ADENOCARCINOMA OF FALLOPIAN TUBE (CASE REPORT)

B.Handan ÖZDEMİR\*, Nural ERDOĞAN\*\*

\* Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Bölümü,

\*\* Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Bölümü, ANKARA

### Özet

Fallop tüpünde primer adenokarsinomu olan bir vaka sunulmuştur. Histolojik olarak tümör endometroid adenokarsinomadan meydana gelmektedir. En son literatür gözden geçirildi ve fallop tüpünün endometroid adenokarsinomunun klinikopatolojik durumu tartışıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Fallop tüpü, Adenokarsinoma, Prognoz, Endometroid

T Klin Jinekoloj Obst 2000, 10:201-204

### Summary

A case of primary adenocarcinoma in the fallopian tube is presented. Histologically the tumor consisted of endometroid adenocarcinoma. The most recent literature is reviewed and the clinicopathologic condition of endometroid adenocarcinoma of the fallopian tube is discussed.

**Key Words:** Fallopian tube, Adenocarcinoma, Prognosis, Endometroid

T Klin J Gynecol Obst 2000, 10:201-204

**Giriş:** İlk olarak 1847 yılında Raymond tarafından tarif edilen fallop tüpünün primer tümörü kadın genital sistem kanserleri içinde nadirdir. Adenokarsinoma fallop tüpü kanserleri içinde en sık izlenen primer kanserdir ve bütün jinekolojik kanserlerin yaklaşık %0.3'den sorumludur (1-3).

Vakaların çoğunluğu yaşlı kadınlar olup, ortalama yaş 55 olarak bildirilmiştir (1,4). Bu vaka takdiminde fallop tüpünün primer adenokarsinomu insidansını ve detaylı bir şekilde klinik ve patolojik bulgularını tartıştık.

### Vaka Takdimi

Gravida: 3, Para: 3, Abortus: 0, Yaşayan:3 olan 66 yaşındaki hastada postmenapozal kanama ve uzun süredir devam eden künt karın ağrısı ne-

deniyle yapılan ultrasonografik incelemede sağ ve sol tubanın kistik bir şekil aldığı dikkati çekmiştir. Overler normal sınırlarda olup her ikisinde yaklaşık 2x2x1 cm boyutlarındadır. Her iki fallop tüpünün en geniş yerde yaklaşık 3-4 cm genişlediği bildirilmiştir. Serum tümör markırlarının incelenmesi sonucu sadece Ca-125 miktarında hafif bir artış tesbit edilmiştir. Diğer markırlar normal bulunmuştur. Yapılan endoservikal yaymada adenokarsinom ile uyumlu olabilecek atipik hücreler bildirilmiştir. Ancak küretaj incelemesi sonucu malignite saptanmamış, atrofik endometrium tanısı verilmiştir. Laparotomi endikasyonu konan hastada, muhtemel tüp karsinomu ön tanısı ile total abdominal histerektomi bilateral salpingooferektomi ve peritoneal yıkama yapılmıştır.

### Makroskopi

13x9x6 cm boyutlarında olan histerektomi materyeli incelendiğinde sağ tubanın 12 cm uzunlukta olduğu ve 3.8 cm'e kadar genişleyerek kistik şekil aldığı gözlenirken, sağ over 2.5x2x1.2 cm boyutlarında izlenmiştir. Sol tüp 10 cm uzunluğun-

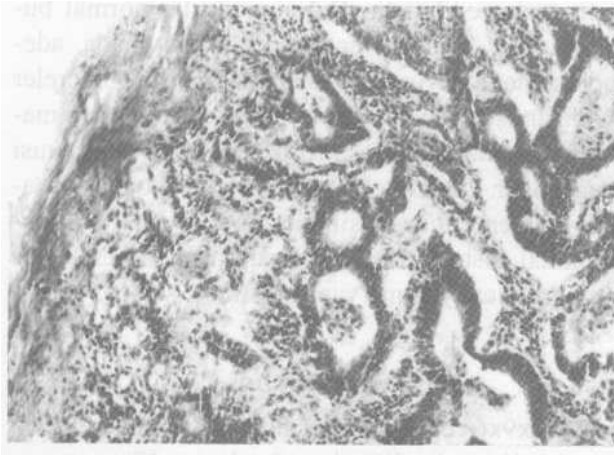
**Geliş Tarihi:** 17.06.1999

**Yazışma Adresi:** Dr.Handan ÖZDEMİR  
Bağlar Caddesi 194-6  
06700, GOP, ANKARA

da olup 3 cm genişlik göstermekte ve sol over 2x2x1.5 cm boyutlarında saptanmıştır. Sağ tuba açılarak incelendiğinde içinden hemorajik bir sıvı boşalmıştır. Kistik şekil almış tuba duvarının dış yüzü oldukça düzgün yüzeyle olup iç yüzünde isthmusa yakın yerleşim gösteren 3.5x3x2 cm boyutlarında tümöral gelişim izlenmiştir. Tümörün kesit yüzü kirli sarı renkte olup, kolay parçalanmaktadır. Sol tubada tümöral gelişim izlenmemiştir. Her iki overde tümöral gelişim saptanmamıştır. Endometrium ve myometriumda makroskopik olarak lezyon izlenmemiştir.

### Mikroskopi

Sağ tubada tariflenen tümörden hazırlanan kesitlerin incelenmesinde, duvardan genişlemiş lümeneye doğru uzanarak yer yer kribriform yapılar ve yer yer solid alanlar meydana getiren ve tüm lümeni hemen hemen dolduran tümöral gelişim izlenmiştir (Şekil 1). Bu tümörü eozinofilik sitoplazmalı, pleomorfik, vezikülo nükleuslu atipik epitelyal hücreler meydana getirmektedir (Şekil 2). Bu hücreler yer yer adenoid yapıları taklit etmekte ve kribriform yapılar meydana getirmektedirler. Arada yaygın nekroz alanları ve atipik mitoz dikkati çekmektedir. Sağ tüp isthmus hizasından başlayan tümöral gelişim, isthmus komşuluğundaki myometriumda intramural yerleşimli myom nodülüne doğru infiltrasyon olmaktadır. Her iki over ve endometriumda tümöral infiltrasyon mevcut değildir.

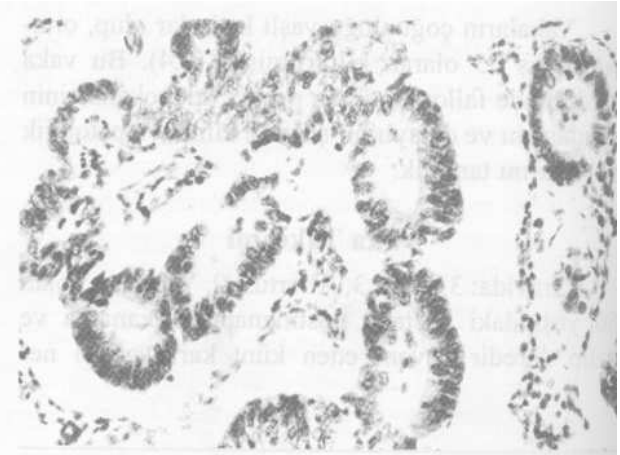


**Şekil 1.** H&E X40 büyütme: Tüp duvarından genişlemiş lümeneye doğru uzanım gösteren tümöral gelişim izlenmektedir.

### Tartışma

Fallop tüpünün primer kanserleri hakkında seyrek görülmeleri nedeniyle çok az şey bilinmektedir. Fallop tüpünün en sık izlenen primer malign tümörü adenokanserler olup, sıklıkla yaşlı kadınlarda, özellikle 6. ve 7. dekada menopoz sonrası meydana gelmektedir (1,3,4). Tümörlerin büyük çoğunluğu overin seröz tip adenokanserine benzerlik göstermektedir. Ancak bizim vakamızda da olduğu gibi endometroid tip adenokanser veya musinöz kanser gibi diğer subtiplerde izlenebilmektedir (1-3). Adenokarsinom dışında, oldukça nadir olmakla birlikte adenoskuamöz karsinomu, skuamöz karsinomu, değişici epitel hücreli karsinomu ve şeffaf hücreli karsinomu bildirilmiştir (1-3).

Tümörlerin çoğunluğu ünilateral olup, %10-20 vakada bilaterallik bildirilmiştir (1-6). Bilateral tutulumun nedeni tam olarak açıklanamamıştır. Ancak bazı yazarlar tarafından nedeni, ortak karsinogene maruz sonucu her iki tubada kanser geliştiği şeklinde yorum yapılmıştır. Bir diğer neden olarak, ileri dönem tuba kanserinde lümenin tamamen tıkanması sonucu retrograd lenfatik yayılım ile diğer tubada metastatik depositlerin meydana gelebileceği bildirilmiştir. Bu görüşü destekleyen bir çalışmada evre 0 ile evre 2 arasında kalan tuba adenokanserlerinde bilaterallik %7 iken evre 3 ile evre 4 arasında kalan vakalarda bilaterallik %30 olarak bulunmuştur (1,2,6).



**Şekil 2.** H&E 200 büyütme: Tümörü adenoid yapıları taklit eden pleomorfik vezikülo nükleuslu belirgin nükleol içeren eozinofilik sitoplazmalı atipik epitelyal hücreler meydana getirmektedir.

Hastaların büyük çoğunluğunda başlangıç semptomu; ağrı, vajinal akıntı ve kanama veya ele gelen kitle şeklindedir. Bunların arasında en sık izlenen semptom bizim vakamızda da olduğu gibi vajinal kanama ve akıntıdır (%35-55) (4). Bunu ikinci sıklıkla ağrı izler. Genelde alt abdomende sınırlı olup kramp veya künt şekilde sürekli bir ağrıdır. Tariflenen bu ağrı tüpün distansiyonuna bağlı olarak artan peristaltik aktivite ile birlikte tüpün lümeninde bulunan içeriğini atmaya çalışması ile meydana gelmektedir (8-9). Ancak bu belirtiler oldukça nonspesifik olduğundan laparotomi öncesi fallop tüpünün primer kanserinin tanısını koymak çoğu zaman çok zordur (10-13). Fakat bazen bizim vakamızda da izlendiği üzere vakalarda pozitif sitoloji ve negatif endometrial küretaj bulgusu saptanır. Bu gibi durumlarda hastada tubada primer tümör olabileceği hatırlanmalıdır. Ve bu amaçla detaylı araştırma yapılmalıdır. Bu tip vakalarda laparoskopinin önemli tanısal değeri vardır. Bunun yanısıra pre-operatif değerlendirme için USG'de çok yardımcıdır. USG de tariflenen bu semptomlara ek olarak tüplerde kistik şekilde genişleme izleniyorsa, primer tüp kanseri ve dış gebelik mutlaka araştırılmalı ve ayırıcı tanı yapılmalıdır.

Ele gelen kitle genellikle geç bulgulardan biridir ve çoğunlukla over kanseri ile karıştırılır. Over ve tuba tümörleri benzer histolojik özellik ve yayılım şekli göstermekle birlikte tuba tümörlerinde karın ağrısı daha sık ve erken ortaya çıkmaktadır (14). Over ve endometrium tümörlerinin metastazlarından primer tüp tümörünü ayırmak çoğu zaman oldukça güçtür. Bu durumda çevrede kalmış rezidüel tüp epitelinde insitukarsinom alanları aranmalıdır (15). Bu alanların varlığı tümörün primer olduğunu desteklemektedir. Bizim vakamızda rezidüel tüp epiteli kalmadığından dolayı, epitelde insitukarsinom alanları bulunamamıştır. Ancak over ve endometriumda tümör izlenmediğinden dolayı vakamız primer tüp kanseri olarak değerlendirilmiştir.

Bu tümörlerin tedavisinde total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi ve buna eklenen adjuvant kemoterapi sıklıkla iyi sonuç vermektedir. Çünkü tuba tümörlerinde sıklıkla transperitoneal tutulum meydana gelmektedir (16). Agresif sitoredüksiyon ve ileri evre vakalarda ke-

moterapi 3 yıldan fazla bir süre için tam cevap alınmasını sağlamaktadır (17).

Tuba kanserlerinin takibi için aynı zamanda over kanserlerinin belirleyicisi olarak yaygın kullanılan Ca-125 kullanılmaktadır. Over kanserlerinde olduğu üzere tubanın primer kanserlerinde de yapılan çalışmalarda serum Ca-125 seviyeleri yüksek olarak bulunmuştur (18). Bu markerların teşhise yardımcı olabileceği gibi aynı markerın over kanserlerinde de yükselmesi nedeni ile Ca-125'in daha çok tuba tümörlerinin takibi sırasında kullanılması uygundur (19).

#### KAYNAKLAR

1. Eddy GL, Copelland LJ, Gershenson DM, Atkinson EN, Wharton JT, Rutledge FN. Fallopian tube carcinoma. *Obstet Gynecol* 1984; 64; 546.
2. Wheeler JE. Diseases of the fallopian tube. In: Blaustein's pathology of the female genital tract. pp 548-9 Robert J. Kurman editor. 4th ed. Springer-Verlag 1994.
3. Rosenblatt KA, Weiss NS, Schwartz SM. Incidence of malignant Fallopian tube tumors. *Gynecol Oncol* 1989; 35; 236-9.
4. Peters WA III, Anderson WA, Hopkins MP et al. Prognostic Features of carcinoma of the fallopian tube. *Obstet Gynecol* 1988; 7; 757-62.
5. Brown MD, Kohorn EI, Kapp DS, Schwartz P Emerino M. Fallopian tube carcinoma. *J Rad Oncol Biol Phys* 1985; 11; 583.
6. Denham JW Mac Lennan KA. The management of primary carcinoma of the fallopian tube: Experience of 40 cases. *Cancer* 1984; 53: 166.
7. Podratz KC, Podesaski ES, Gaffey TA, O'Brien PC, Schray MF, Malkasian GD. Primary carcinoma of the Fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154: 1319.
8. Mc Murray EH, Jacobs AJ, Perez CA, Camel HM, Kao MS, Galakatoz A. Carcinoma of the fallopian tube Management and sites of failure. *Cancer* 1986; 58: 2070.
9. Semrad N, Wartring W Fu YS, Hallat J, Ryoo M, Lagasse L. Fallopian tube adenocarcinoma; Common extraperitoneal recurrence. *Gynecol Oncol* 1986; 24, 230.
10. Pfeiffer P, Mogen Sen H, Amtrup F, et al. Primary carcinoma of the fallopian tube a retrospective study of patients reported to the Danish Cancer registry in a five year period. *Acta Oncol* 1989; 28: 7-11.
11. Samed M, Kempton RL. Primary adenocarcinoma of the fallopian tubes. *Abstract, Gynecol* 1968; 32: 649.
12. Dodson MG, Ford JH, Averatte HE. Primary adenocarcinoma of the fallopian tubes. *Obstet Gynecol* 1970; 35; 935.

13. Rose PG, Piver MS, Tsykada Y. Fallopian tube Cancer. The Roswell Park experience. *Cancer* 1990; 66: 357-60.
14. Roberts JA, Lifshitz S. Primary Adenocarcinoma of the fallopian tube 1982; 13; 301-8.
15. Ashly DJB. Evans Histological Appearances of tumours 4 the ed. Churchill Livingstone, 1990
16. Denham JW, Maclennan KA. The management of primary carcinoma of the fallopian tube. Experience of 40 cases. *Cancer* 1984; 53:166-72.
17. Muntz HG, Tarraza TM, Goff B et al. Combination chemotherapy in advanced adenocarcinoma of the fallopian tube. *Gynecol Oncol* 1991; 40:268-73.
18. Puls LE, Davey DD, De Priest PD et al. Immunohistochemical staining for CA-125 in fallopian tube carcinomas. *Gynecol Oncol* 1993; 48:360-3.
19. Tokunuga T, Miyazaki K, Matsyama S et al. Serial measurement of Ca-125 in patients with primary carcinoma of the fallopian tube. *Gynecol Oncol* 1990; 36:335-7.