

Primer Tuba Kanserleri: 10 Olgunun Retrospektif Analizi ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

PRIMARY TUBAL CARCINOMAS: RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 10 CASES AND REVIEW OF THE LITERATURE

Dr. Levent TÜTÜNCÜ,^a Dr. Murat MUHCU,^a Dr. Nursel ARSLANHAN,^a
Dr. A. Aktuğ ERTEKİN,^a Dr. Yusuf Z. YERGÖK^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, İSTANBUL

Özet

Amaç: Primer tuba kanserleri tüm genital kanserlerin %0.3-%1.1'ini oluşturan son derece nadir görülen kanserlerdir. Kliniğimizde tanı ve tedavisi yapılmış 10 primer tuba kanseri olgusu retrospektif olarak değerlendirilerek hastalığın çeşitli klinik özellikleri gözden geçirildi.

Gereç ve Yöntemler: 1995-2003 yılları arasında kliniğimizde tanı ve tedavisi yapılan 10 primer tuba kanseri olgusuna ait tıbbi kayıtlar retrospektif olarak gözden geçirildi. Olguların tamamında ilk tedavi şekli cerrahi idi ve tüm hastalar modifiye FIGO evrelemesine göre evrelendirildiler. Yapılan cerrahi evrelemede 1 hasta evre 0 (karsinoma in situ), 6 hasta evre IA2, 2 hasta evre IIC, 1 hasta ise evre IIIC olarak değerlendirildi. Hastaların 7 (%70) tanesine belli bir protokole bağlı olmayan postoperatif adjuvan kemoterapi verildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 57.8 (53-68) olarak saptandı. Olguların 9 (%90) tanesi postmenopozal dönemde idi ve tamamı multipardı. En sık görülen şikayetler düzensiz vajinal kanama (%20) veya akıntı (%60) ve karın/kasık ağrısı veya distansiyonu (%20). Hiçbir hastaya operasyon öncesi doğru tanı konulamamıştı. Histolojik tipler incelendiğinde 6 (%60) hastada seröz adenokanser ve 3 (%30) hastada endometrioid tip kanser tespit edildi. Olguların ortalama takip süresi 67.8 ay (16-206) olarak saptandı. Halen 9 olgu hastaliksız ve 1 olgu hastalıklı olarak yaşamaktadır.

Sonuç: Primer tuba kanserleri biyolojik ve klinik açıdan over kanserleri ile benzerlik gösterirler. Kliniğimizdeki 10 olgunun retrospektif analizi ve literatürün gözden geçirilmesi bu hastalığın bulgu ve belirtilerinin genellikle özgün olmadığını göstermektedir. Hastaların temel tedavisini cerrahi ve sonrasında yapılacak olan kemoterapi oluşturur. Primer tuba kanserlerinin prognozunu belirleyen en önemli faktörler hastalığın evresi ve ilk cerrahi girişimi takiben geriye kalan tümör dokusudur. Primer tuba kanserinde, özellikle erken evre hastalarda agresif tedavi ile uzun yaşam süreleri sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Tuba kanseri, tanı, prognoz, tedavi

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2005, 15:29-35

Geliş Tarihi/Received: 24.05.2004

Kabul Tarihi/Accepted: 23.11.2004

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Levent TÜTÜNCÜ
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
Tıbbiye Cad. 34668, Üsküdar, İSTANBUL

Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2005, 15

Abstract

Objective: Primary tubal carcinoma is a rare malignant disease of the female genital tract with an incidence of 0.3% to 1.1% of all genital malignancies. From a retrospective review of 10 cases of primary carcinoma of the fallopian tube, we stress the various clinical aspects of this disease in order to make an early diagnosis and appropriate therapy.

Material and Methods: Medical records of 10 patients diagnosed and treated in our department with primary fallopian tube carcinoma between 1995 and 2003 were evaluated retrospectively. Surgery was the initial treatment for all patients. Staging of disease was done according to the modified FIGO system. Tumor stage was 0 (Carcinoma in situ) in 1 (10%), IA2 in 6 (60%), IIC in 2 (20%), and IIIC in 1 (10%) patients. Postoperative adjuvant chemotherapy was given to 7 (70%) patients without well-defined protocols.

Results: The average age of the patients was 57.8 (range 53-68) years. 90% of the patients were postmenopausal and all of them were multiparous. The most common symptoms were abnormal vaginal bleeding (20%) or discharge (60%) and abdominal/pelvic pain or distention (20%). No patient was correctly diagnosed preoperatively. The histological types were serous carcinoma in 6 (60%) patients and endometrioid carcinoma in 3 (30%) patients. The mean follow-up of patients was 67.8 months (range 16-206). Nine patients are alive without and 1 patient is alive with disease.

Conclusion: Primary tubal carcinomas have similar biological and clinical features with ovarian carcinomas. The review of our 10 cases and accompanying literature review indicates that clinical signs and symptoms of fallopian tube carcinomas are usually nonspecific. The primary treatment is surgical resection followed by adjuvant chemotherapy. Stage and residual disease after initial surgery are strong prognostic factors for primary tubal carcinomas. Significant levels of long term survival can be achieved with aggressive treatment especially in early stages.

Key Words: Fallopian tube carcinoma, diagnosis, prognosis, therapy

Primær tuba kanserleri kadın genital sistem kanserinin %0,3-%1,1'ünü oluşturan son derece nadir tümörlerdir.¹ Bu kanserlerin görülme sıklığı Amerika birleşik devletlerinde yılda 3,6/1,000,000 oranında bildirilmiştir.²

Hastalık genel olarak en sık 54-66 yaşları arasında görülür ve 20 yaşından önce hiçbir vaka tespit edilmemiştir.³ Primer Tuba kanserlerinin etyolojisi hakkında literatürde çok az bilgi olmasına rağmen, geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık ve özellikle tüberküloz salpenjit zaman zaman etyolojide suçlanmıştır.⁴ Primer tuba tümörlerinin %95'ini seröz karsinomalar oluşturur ancak daha az sıklıkla endometrioid tip, berrak hücreli veya transizyonel hücreli karsinomalar da görülebilmektedir.⁵ Primer tuba kanserleri özgün bulgu ve belirtileri olmadığından dolayı cerrahi girişim öncesi nadiren tanı konulabilen tümörlerdir,⁶ ancak son yıllarda tartışmalı olsa da Doppler transvajinal ultrasonografi ve serum CA-125 seviyelerinin kullanımı ile preoperatif dönemde tanı konulabileceği bildirilmektedir.⁷ Tuba kanserleri ile over kanserleri histolojik ve biyolojik özellikler açısından büyük benzerlikler taşırlar. Her iki kanserin de benzer bir intraperitoneal yayılım eğilimi vardır, ancak lenf nod yayılımı ve uzak organ metastazı tuba kanserlerinde daha fazla görülmektedir. Bu benzerlikler nedeniyle de genellikle aynı şekilde evrelendirilir ve tedavi edilirler.⁸ Bununla birlikte tuba kanserlerinin optimal tedavi şekli, çok nadir görülen bir malignite olduğundan henüz çok iyi bir şekilde tanımlanmamıştır. Tuba kanserlerinin evrelemede FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) evrelemesi kullanılmaktadır ve hastalığın prognozunda en önemli parametre olarak cerrahi evre kabul edilmektedir. Buna göre 5 yıllık survi oranları evre I'de %83, evre II'de %51 ve evre III'de %36 ve evre IV'de %0 olarak bildirilmiştir.⁹

Kliniğimizde son 8 yıl içerisinde takip ve tedavi edilen 10 primer tuba kanseri vakası retrospektif olarak değerlendirilerek çok nadir görülen bu genital kanserin çeşitli klinik özellikleri ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Gereç ve Yöntemler

1995-2003 yılları arasında kliniğimizde tanı, tedavi ve takibi yapılan 10 primer tuba kanseri olgusu retrospektif olarak değerlendirildi. Bu değerlendirme yapılırken hastaların tamamından "bilgilendirilmiş olur" alındı. Hastaların preoperatif

şikayetleri, yaş, menopoz süreleri, jinekolojik ve obstetrik hikayeleri araştırıldı. Ayrıca klinik bulgular, preoperatif tanı, ultrasonografi bulguları, tümör belirteçleri, yapılan operasyonun şekli, intraoperatif bulgular, histopatolojik raporlar ve adjuvan tedaviler retrospektif olarak gözden geçirildi.

Hastaların tanısında Hu ve ark.'nın tanımladıđı¹⁰ ve Sedlis tarafından daha sonra modifiye edilen kriterler¹¹ kullanıldı. Bu kriterlere göre primer tuba kanseri tanısının konulabilmesi için tümörün mutlaka tubada bulunması ve tubal mukozanın tutulması, eğer tuba duvarı tamamen tutulmuş ise benign ve malign tubal epitel sınırının gösterilmesi gerekmektedir. Eğer tuba ile birlikte over dokusu da tutulmuş ise tümör dokusunun büyük çoğunluğu tubada olmalıdır.

Olguların tamamında ilk tedavi şekli cerrahi idi ve tüm hastalar retrospektif olarak cerrahi notlar ve patoloji raporları incelenerek modifiye FIGO evrelemesine⁵ göre yeniden evrelendirildiler. Hastaların postoperatif tedavileri bir protokole bağlı değerdi ve hastadan hastaya farklılık göstermekteydi. Olguların ortalama takip süresi 67.8 ay (16-206) olarak saptandı. 2003 yılı sonu itibarıyla hastalara ya da yakınlarına ulaşılarak yaşam süreleri ortaya çıkartıldı.

Bulgular

Hastaların ortalama yaşı 57.8 (53-68) olarak saptandı. Olguların 9 (%90) tanesi postmenopozal dönemde idi ve sadece 1 (%10) hasta perimenopozal dönemde tuba kanseri tanısı almıştı. Postmenopozal dönemdeki 9 hastanın ortalama menopoz süresi 13 yıl (4-23) olarak bulundu. Hastaların tamamı multipardı ve hepsi doğumlarını normal vajinal yol ile yapmışlardı. Toplam 2 (%20) olguda geçmişinde pelvik inflamatuvar hastalık hikayesi vardı. Olguların ailesel öyküleri araştırıldığında toplam 3 hastanın birinci derece yakınında genital malignite öyküsü mevcuttu ancak hiçbirisinde ailevi genital malignite yönünden herhangi bir araştırma yapılmamıştı. Hiçbir hastada geçirilmiş veya tedavi almakta olduğu başka bir sisteme ait malignite öyküsü saptanmadı. Olguların tıbbi geçmişleri incelendiğinde sadece bir hastanın (%10)

daha önce ektopik gebelik nedeniyle opere edildiği görüldü. Hastaların hekime başvurma sebepleri incelendiğinde en sık şikayet olarak 6 hastada saptanan kasık ağrısı ve vajinal akıntı olduğu izlendi. Diğer sebepler ise 2 hastada postmenopozal vajinal kanama ve 2 hastada karında şişkinlik ve iştahsızlık şeklindeydi. Yapılan jinekolojik muayenede 2 hastada adneksial kitle tespit edilirken, 5 hastada adneksial alanda hassasiyet mevcut idi. Vajinal kanama şikayeti ile başvuran hastaların muayenesi esnasında aktif vajinal kanama tespit edilmedi. Olguların tamamında preoperatif dönemde alınan serviko-vajinal smear ve yapılan probe küretaj sonuçlarında malignite lehine bir bulgu saptanmadı. Tüm olgularda preoperatif dönemde tümör belirteci olarak CA-125, Karsinoembryonik antijen (CEA), Alfa-Fetoprotein (AFP) ve β -HCG seviyelerine bakıldı. CA-125 seviyesi 6 olguda yüksek olarak (Normal değer <35 U/ml) bulunurken, bu hastaların ortalama CA-125 seviyesi 258 U/L (73-729 U/L) olarak saptandı, çalışılan diğer belirteçlerin hiçbirisi yüksek olarak saptanmadı. Preoperatif dönemde yapılan ultrasonografik değerlendirme sonuçları incelendiğinde 7 hastada adneksial alandan kaynaklanan solid veya kistik yapıda kitle (4 tanesi sağ, 3 tanesi sol yerleşimli), 1 hastada uterus arka kısmında yerleşmiş subseröz myom ve 1 hastada batında yaygın serbest mayi saptandığı görüldü. Bir hastada ise herhangi bir ultrasonografik patoloji saptanmadı ancak persiste eden postmenopozal kanama nedeniyle operasyona karar verildi.

Hastaların tamamına total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi operasyonu uygulandığı, peritoneal biyopsi ve yıkama örneklerinin alındığı ve pelvik-paraaortik lenf nod örnekleme yapıldığı, ayrıca 6 hastaya parsiyel omentektomi, 4 hastaya ise total omentektomi yapıldığı saptandı. İntraoperatif bulgular incelendiğinde 10 hastanın 9'unda tümörün tek taraflı olduğu, sadece 1 hastada her iki tubayı da tutan tümör olduğu izlendi. Tüm tubada fusiform genişleme en sık görülen intraoperatif görüntüydü. 1 hastada tümör karsinoma insitu evresinde saptandı. Tekrarlayan postmenopozal kanama nedeniyle

opere edilen bu hastada operasyon esnasında tubalar normal olarak değerlendirilmesine rağmen, yapılan histopatolojik incelemede tubada karsinoma in situ ile uyumlu bulgu saptandı. Operasyon öncesi ultrasonografi bulgusunda adneksial kitle olduğu raporlanan 7 hastadan 3'ünde operasyon esnasında, aslında hidrosalpenks ile uyumlu bulgular olduğu saptandı. Retrospektif olarak yapılan patolojik incelemede tubal malignite saptanan taraftaki fimbrial ucun durumu tekrar değerlendirildi ve 9 vakada fimbrial ucun kapalı olmadığı gözlemlendi. İntraoperatif incelemede 2 hastada tümörün bulunduğu tubal uç ile uterus arasında adezyonlar görülmesine rağmen histopatolojik incelemede tubal uçların açık olduğu saptandı. Hastaların 7 tanesinde tümör tuba 1/3 distal bölüme yerleşmişti ve tümörlerin çapı maksimum 6,5 cm idi. Olguların histolojik tipleri incelendiğinde 1 olguda karsinoma insitu, 3 (%30) hastada endometrioid tip kanser ve 6 (%60) hastada seröz adenokanser tespit edildi.

Yapılan cerrahi evrelemede 1 hasta karsinoma in situ, 6 hasta evre IA2, 2 hasta evre IIC, 1 hasta ise evre IIIC olarak değerlendirildi. Postoperatif dönemde, karsinoma insitu tespit edilen hasta herhangi bir ek tedavi almadı, evre I tespit edilen 6 hastanın 4'üne adjuvan kemoterapi verildi, ikisine ek tedavi önerilmedi, evre II ve III olarak saptanan hastalara ise adjuvan kemoterapi verildi. Adjuvan kemoterapi olarak 2 hastaya PAC (Cis-platinum, Doxorubicine, Cyclophosphamide), diğer 5 hastaya ise Taxol+Carboplatin kombinasyonu verildiği izlendi. Olgulardan sadece evre IIIC olarak saptanan 66 yaşındaki bir hastada nüks saptandı ve bu hasta postoperatif 13. ayda küçültücü cerrahi yapılmak üzere reopere edildi. Halen hastaların tamamı hayattadır ve rutin takip ve kontrollerine devam edilmektedir.

Tartışma

Primer tuba kanserleri en sık 54-66 yaşları arasında ve %64-88 oranında postmenopozal dönemde görülen malignitelerdir.^{12,13} Bizim olgularımızın da ortalama yaşı 57.8 (53-68) olarak saptandı ve bu olguların 9 (%90) tanesi postmenopozal dönemde idi. Bu hastalığın doğum yapmamış

veya az doğum yapmış kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilse de bir çok multipar kadında da tuba kanseri görülmektedir.²⁴ Bizim olgularımızın da tamamı multipar hastalardan oluşmaktaydı. Tuba kanserli, hastaların en sık görülen Őikayetleri postmenopozal veya düzensiz vajinal kanama, tümörün yaptığı tubal distansiyona bağlı pelvik veya abdominal ağrı ve hidrops tuba profluens olarak tanımlanan akıntıdır.¹ Ancak bu triadın olguların sadece %3-14'nde görüldüğü bildirilmektedir.¹⁴ Kliniğimize başvuran hastaların Őikayetleri de postmenopozal kanama, karında Şişkinlik, kasık ağrısı ve vajinal akıntı ile literatürle benzerlik göstermekteydi. Literatürde postmenopozal kanama Şikayeti ile başvuran hastalarda endometrial biyopsi sonucunun negatif çıkmasına rağmen kanama Őikayetinin devam etmesi durumunda tuba kanseri olasılığının yüksek olduğu bildirilmektedir.⁵ Bizim 10 olguluk hasta grubumuzda da 2 hasta postmenopozal kanama Şikayeti ile hekime başvurmuş, yapılan endometrial biyopsi sonucu negatif çıkmasına rağmen birisine tekrarlayan postmenopozal kanama, diğerine ise kanama ile birlikte adneksial kitle saptanması nedeniyle operasyon önerilmiş ve her iki hastada da tubal kanser saptanmıştır. Bu nedenle özellikle nedeni tam olarak ortaya konulamayan, tekrarlayan postmenopozal kanama olgularında mutlaka tubal kanser akla gelmeli ve hasta bu açıdan da araştırılmalıdır.

Tuba kanserleri ile overin malign tümörleri arasında birçok konuda benzerlik olmasına rağmen genel olarak tuba kanserlerine, tubal gerilmeye bağlı olarak ağrı Őikayetinin ortaya çıkması nedeniyle daha erken dönemlerde tanı konulur.⁸ Bunun bir nedeni de tubal lümenin kısmen kapalı bir ortam olması nedeniyle batın içi yayılımın daha geç dönemlerde olmasıdır.¹⁴ Literatürde operasyon esnasında %18-60 gibi değişen oranlarda pelvis dışına yayılım bildirilmektedir.¹⁵ Bizim olgularımızda da hastaların 6 tanesine evre I, 1 tanesi de karsinoma in situ evresinde tanı konulmuş, pelvis dışına yayılım 2 olguda (%20) saptanmıştır. Literatürlerde olguların %10-27'sinde tümörün çift taraflı olduğu bildirilmiştir.¹⁶ Bizim olgularımızın sadece 1 tanesinde (%10) tümör çift taraflı olarak saptanmıştır. Genel olarak hastalığın evresi ilerledikçe

Çift taraflı tutulum olasılığı artmaktadır, dolayısıyla çift taraflı tutulumun daha çok metastaza bağlı geliştiğini düşündürmektedir.³ Bizim ift taraflı tutulum olan hastamızın da ileri evre olması bu bulguyu desteklemektedir.

Primer tuba kanserlerinin preoperatif tanısında transvajinal B-mode ultrasound ile CA-125 seviyeleri önemli bir yer tutar.¹⁷ Her ne kadar B-mode ultrasound ile yapılan dikkatli bir değerlendirme ile tubal kaynaklı bir kitle diğer adneksial kitlelerden ayrılabilse de,¹⁸ postoperatif dönemde tuba kanseri tanısı almış hastaların bir çoğunda operasyon öncesi yapılan sonografik incelemelerde kitlenin yanlışlıkla over kaynaklı olduğu raporlanmaktadır. Bizim olgularımızda da preoperatif dönemde 7 hastada (%70) bir adneksial kitle olduğu saptanmış, ancak kitlenin ayrıntılı yapısı çok iyi tarif edilemediğinden tubal kaynaklı olduğu tam olarak tanımlanamamıştır. Tuba kanseri olgularında tümör neovaskülarizasyon alanları göstereceğinden, literatürde Doppler görüntüleme ile tanı konulabileceği bildirilmiř¹⁹ ve bu nedenle tuba kanserlerinin erken tanısında ve diğer adneksial kitlelerden ayırımının yapılmasında B-mode sonografik incelemeye Doppler incelemenin ilave edilmesinin faydalı olabileceği ileri srlmştir.

CA-125 seviyeleri özellikle ileri evre ve tekrarlayan tuba kanseri olgularında sıklıkla yüksek olarak saptanmaktadır.^{20,21} Bizim serimizde de olguların %60'ında CA-125 seviyeleri yüksek bulundu ancak çalışılan diğer tümör belirteçlerin hiçbirisi yüksek olarak saptanmadı. CA-125 seviyesi yüksek bulunan hastaların postoperatif cerrahi evrelemesi yapıldığında 3 tanesi evre IA2, 2 tanesi evre IIC, 1 hasta ise evre IIIC olarak değerlendirildi. CA-125 yüksekliliği saptanan hastaların tamamında operasyon sonrası dönemde değerler normal sınırlara indi. Ancak bu hastaların takibinde evre IIIC olan ve nüks saptanması nedeniyle küçültücü cerrahi yapılmak zorunda kalınan bir hastada CA-125 seviyesinde tekrar yükselme görüldü.

Tuba kanseri olgularında operasyon öncesi alınan serviko-vajinal smear ve probe küretaj materyallerinin pozitif sonuç verebileceği ve tanı koymada yardımcı olabileceği eski literatürde bildirilmiştir ancak bu olasılığın çok düşük olduğu ve

tanı koydurucu olamayacağı anlaşılmıştır.³ Bizim olgularımızda da hiçbir vakada preoperatif dönemde alınan serviko-vajinal smear ve probe küretaj sonuçlarında malignite lehine bir bulgu saptanmamıştır.

Over yüzey epitelinden kaynaklanan hücre tiplerinin tamamı tuba kanseri vakalarının histopatolojik incelemesinde de tespit edilebilir ve en sık görülen tümör tipleri sırasıyla seröz (%71), endometrioid (%11), transizyonel (%8), karışık (%6) ve diğer hücre tipleri (%4) şeklinde sayılabılır.⁵ Bizim olgularımız da da literatürle uyumlu olarak 7 hastada seröz (%70) ve 3 hastada endometrioid (%30) tip tümör saptanmıştır. Genel olarak endometrioid tümörler daha erken evrede saptanan ve prognozu diğer histopatolojik tiplere nazaran daha iyi olan tümörlerdir. Bizim vakalarımızda da endometrioid tipte saptanan tümörlerin üçü de IA2 evresinde tanı konulmuş hastalardı.

Tuba kanseri saptanan olgularda evreye bakılmaksızın genel 5 yıllık yaşam süresi %14-57 arasında bildirilmiştir.²² Bu hastalarda yaşam süresini etkileyen en önemli faktör hastalığın cerrahi evresidir ve evre düştükçe yaşam süresi yükselmektedir. Örneğin evre I hastalarda 5 yıllık yaşam süresi %88 olarak verilmiştir.⁷ Ancak evre IIB ve üzeri olan hastalarda yaşam süresi belirgin olarak azalmaktadır.⁵ Yapılan ilk cerrahi girişim sonrası geriye kalan rezidüel tümör dokusu prognozu etkileyen en önemli parametrelerden bir diğeridir.²³ İleri evre hastalarda 5 yıllık sağkalım süresi, rezidüel tümör çapı 1 cm'den küçük olanlarda %55, 1 cm'den büyük olanlarda ise sadece %21 olarak bildirilmiştir. Bizim 10 olguluk serimizde ortalama takip süresi 67.8 aydır (16-206 ay) ve hastaların tamamı hayattadır. Her ne kadar sunulan hasta grubunda sağkalım süreleri literatürde bildirilen oranların çok üzerinde olsa da, bu hasta grubunda olgu sayısının az olması, muhtemelen tesadüfi olarak olguların büyük çoğunluğuna erken evrelerde tanı konulmuş olması ve ilk cerrahi girişimde uygun küçültücü cerrahi ile rezidüel tümör dokusu bırakılmaması tüm hastalar için prognozun çok iyi olmasını açıklayabilir.

Primer tuba kanserlerinin cerrahi tedavisi over kanserleri için yapılan girişimlerle çok benzerdir

ve aynı kurallar uygulanmalıdır. Aynı şekilde tedavinin temelini bilateral salpingoofektomi, total histerektomi, omentektomi, peritoneal biyopsi ve yıkama örneklerinin alınması ile pelvik ve paraaortik lenf nod örneklemesinin yapılması oluşturmaktadır.²⁴ İleri evre hastalarda agresif küçültücü cerrahi ile çıkartılabildiği kadar tümör dokusunun çıkartılması hastanın yaşam süresi açısından büyük önem kazanmaktadır. Bizim hastalarımızın da tamamı uygun cerrahi yöntemle opere edilmişlerdir. Erken evrelerde tanısı konulmuş ve opere edilmiş hastalarda dahi zaman zaman nüks görülebildiğinden bu hastalara adjuvan kemoterapi sıklıkla önerilmektedir.³ Platin içeren kemoterapi rejimleri adjuvan kemoterapide en sık kullanılan tedavi rejimleridir ve bu rejimler ile ileri evre hastalarda dahi %53-92 arasında tedaviye cevap oranları bildirilmiştir.²⁵ Paclitaxel de son yıllarda sıklıkla tedavi rejimlerine ilave edilmekte ve yüz güldürücü sonuçlar elde edilmektedir.²⁶ Bizim olgularımızda da erken evre olan 3 hasta dışındaki hastaların tamamı (%70) adjuvan kemoterapi ile tedavi edilmiş ve tedaviye çok iyi yanıt alınmıştır. Bu 7 hastanın 3 tanesi PAC (Cis-Platinum, Doxorubicine, Cyclophosphamide), 4 tanesi ise Paclitaxel + Carboplatin kombinasyonu ile tedavi edilmişlerdir.

Cerrahi tedavi sonrası yapılan adjuvan kemoterapiye rağmen nüks görüldüğünde hastanın tekrar opere edilerek küçültücü cerrahi yapılması literatürde tartışmalıdır. Bu konuda over kanseri üzerinde yapılan çalışmalar, özellikle genel durumu iyi, hastaliksız uzun süre yaşamış, batın dışına veya karaciğere metastazı olmayan hastalarda tekrar küçültücü cerrahi yapılmasının uygun olacağını düşündürmektedir.⁶ Bizim olgularımızdan da ileri evre olan bir hastada nüks nedeniyle tekrar cerrahi eksplorasyon yapılmış ve saptanan pelvik kitle çıkartılmıştır. Bu hastada operasyon üzerinden 8 ay geçmiş ve hasta takip altındadır.

Primer tuba kanseri her ne kadar çok seyrek görülse de ülkemizde de zaman zaman bizimkine benzer olgu serileri şeklinde veriler toplanmış ve gerek uluslararası gerekse de ulusal dergilerde yayınlanmıştır.^{27,28} Bu seriler incelendiğinde bizim 10 hastalık olgu serimizle benzer sonuçlar içermesine rağmen sağkalım süresi bizim hasta grubu-

muzda daha uzun olarak saptanmıştır. Bunun sebebi, incelenen hasta grubunda olguların büyük çoğunluğunun erken evre olması ve ileri yaştaki hasta sayısının daha az olması olabilir.

Sonuç olarak primer tuba kanserleri tüm genital malignitelerin sadece %0,3 - %1.1'ini oluşturan, son derece seyrek görülen tümörlerdir. Bu hastaların özellikleri genel olarak over kanserlerine benzemekle birlikte preoperatif dönemde tanı konulması oldukça zor olan bir hasta grubunu oluşturmaktadırlar. Hastaların şikayetleri ve klinik bulgular genellikle özellik göstermez ve çoğunlukla tanı operasyon esnasında konulur. Ultrasonografi ve CA-125 seviyeleri tanı konusunda faydalı olabilecek duyarlı yöntemlerdir. Bu olguların yaşam süresini etkileyen en önemli faktörler hastalığın evresi ve yapılan cerrahi girişim sonrası geriye rezidüel tümör kalmasıdır. Hastaların birincil tedavi şekli cerrahi olup, bilateral salpingooforektomi, total histerektomi, omentektomi, peritoneal biyopsi ve yıkama örneklerinin alınması ile pelvik ve paraaortik lenf nod örneklemesinin yapılması standart yaklaşımdır. Ayrıca çok erken evrede tanı konulan olgular hariç hastalara Cisplatin içeren kombine kemoterapi verilmesi önerilmektedir. Peri-post menopozal dönemde gerek klinik, gerekse muayene ve ultrasonografi bulguları primer tuba kanseri yönünden şüpheli olan hastalarda yeterli araştırma yapılmalı, operasyon şartları uygun olarak hazırlanmalı ve yeterli cerrahi girişim yapılmalıdır. Bu şartlar sağlandığı taktirde çok yüz güldürücü sonuçlar ve uzun sağkalım süreleri elde edilebilir.

KAYNAKLAR

- Nordin AJ. Primary carcinoma of the fallopian tube: A 20-year literature review. *Obstet Gynecol Surv* 1994;49(5): 349-61.
- Rosenblatt KA, Weiss NS, Schwarts SM. Incidence of malignant fallopian tube tumors. *Gynecol Oncol* 1989; 35(2):236-9.
- Gadducci A, Landoni F, Sartori E, Maggino T, Zola P, Gabriele A, et al. Analysis of treatment failures and survival of patients with fallopian tube carcinoma: A cooperation Task Force (CTF) study. *Gynecol Oncol* 2001; 81(2):150-9.
- Demopoulos RI, Aronov R, Mesia A. Clues to the pathogenesis of fallopian tube carcinoma: A morphological and immunohistochemical case control study. *Int J Gynecol Pathol* 2001;20(2):128-32.
- Alvarado-Cabrero I, Young RH, Vamvakas EC, Scully RE. Carcinoma of the Fallopian tube: A clinicopathological study of 105 cases with observations on staging and prognostic factors. *Gynecol Oncol* 1999;72(3):367-79.
- Angiolo G. Current management of Fallopian tube carcinoma. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002;14:27-32.
- Kurjak A, Kupesic S, Ilijas M, Sparac V, Kosuta D. Preoperative diagnosis of primary fallopian tube carcinoma. *Gynecol Oncol* 1998;68(1):29-34.
- Peters WA 3rd, Andersen WA, Hopkins MP, Kumar NB, Gorley GW. Prognostic features of carcinoma of the Fallopian tube. *Obstet Gynecol* 1988;71(5):757-62.
- Pocerelli S, Odicino F, Moissonneuve P, Creasman W, Shepherd J, Sideri M, Benedet J. Carcinoma of the fallopian tube. *J Epidemiol Biostat* 1998;3:63-74.
- Hu CY, Taymor ML, Hertig AT. Primary carcinoma of the fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 1950;59:58-60.
- Sedlis A. Carcinoma of the fallopian tube. *Surg Clin North Am* 1978;58(1):121-9.
- Wolfson AH, Tralins KS, Greven KM, Kim RY, Corn BW, Kuettel MR, et al. Adenocarcinoma of the fallopian tube: Results of a multi-institutional retrospective analysis of 72 patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998;40(1): 71-6.
- King A, Seraj IM, Thrasher T, Slater J, Wagner RJ. Fallopian tube carcinoma: a clinicopathological study of 17 cases. *Gynecol Oncol* 1989;33(3):351-5.
- McMurray EH, Jacobs AJ, Perez CA, Camel HM, Kao MS, Galakatos A. Carcinoma of the Fallopian tube. Management and sites of failure. *Cancer* 1986; 58(9):2070-5.
- Rose PG, Piver MS, Tsukada Y. Fallopian tube cancer: The Roswell Park Experience. *Cancer* 1990;66(12):2661-7.
- Asmussen M, Kaern J, Kjoerstad K, Wright PB, Abeler V. Primary adenocarcinoma localized to the fallopian tubes: report on 33 cases. *Gynecol Oncol* 1988;30(2):183-6.
- Kol S, Gal D, Freidman M, Paldi E. Preoperative diagnosis of Fallopian tube carcinoma by transvaginal sonography and CA-125. *Gynecol Oncol* 1990;37(1):129-91.
- Ajjimakorn S, Bhamarapavati Y. Transvaginal ultrasound and the diagnosis of Fallopian tubal carcinoma. *J Clin Ultrasound* 1991;19(2):116-9.
- Kurjak A, Kupesic S, Ilijas M, Sparac V, Kosuta D. Preoperative diagnosis of primary fallopian tube carcinoma by three-dimensional static and power Doppler sonography. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;15(3):246-51.
- Rosen AC, Klein M, Rosen HR, Graf AH, Lahousen M, Reiner A, et al. Preoperative and postoperative CA 125 serum levels in primary fallopian tube carcinoma. *Arch Gynecol Obstet* 1994;255(2):65-8.
- Hefler LA, Rosen CA, Graf AH. The clinical value of serum concentrations of cancer antigen 125 in patients with primary fallopian tube carcinoma. A multicenter study. *Cancer* 2000;89(7):1555-60.
- Baekelandt M, Jorunn Nesbakken A, Kristensen GB, Trope CG, Abeler VM. Carcinoma of the fallopian tube. Clinicopathologic study of 151 patients treated at the Norwegian Radium Hospital. *Cancer* 2000;89(10):2076-84.

23. Rosen AC, Klein M, Hafner E, Lahousen M, Graf AH, Rainer A. Management and prognosis of primary fallopian tube carcinoma: Austrian Cooperative Study Group for Fallopian Tube Carcinoma. *Gynecol Obstet Invest* 1999; 47(1):45-51.
24. Massad LS, Mutch DG. Fallopian tube neoplasms. In: Copeland LJ, ed. *Textbook of Gynecology*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p.1403-7.
25. Klein M, Rosen A, Lahousen M, Graf AH, Rainer A. The relevance of adjuvant therapy in primary carcinoma of the fallopian tube, stages I and II: Irradiation vs. chemotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000;48(5):1427-31.
26. Germignani ML, Hensley ML, Cohen R, Venkatraman E, Saigo PE, Barakat RR. Paclitaxel-based chemotherapy in carcinoma of the fallopian tube. *Gynecol Oncol* 2001; 80(1):16-20.
27. Ayhan A, Deren D, Yüce K, Tuncer Z, Mecan G. Primary carcinoma of the Fallopian tube: A study of 8 cases. *Eur J Gynecol Oncol* 1994;15(2):147-51.
28. Tolunay G, Demir B, Boran N, Kayıkçıoğlu F, Köse F. Retrospective analysis of sixteen cases of primary Tuba adenocarcinoma. *Gynecol Obstet Reprod Med* 2001;7(2): 155-8.