

Tuba Uterinanın Primer Karsinomu

PRIMARY CARCINOMA OF THE FALLOPIAN TUBE

M.Zeki TANER, Ali ULUTURK, M.Bülent TIRAŞ, Haidun GÜNER, Mülazım YILDIRIM

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Ankara

ÖZET

Amaç: Kliniğimizde teşhis ve tedavi edilen primer tuba karsinomu olgularını sunmak tanı ve tedavi yaklaşımlarını vurgulamak.

Çalışmanın yapıldığı yer: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Ankara

Materyal ve Metod: Son dört yılda kliniğimizde görülen 3 primer tuba karsinomu olgusu retrospektif olarak incelendi. Geliş şikayetleri, muayene, labaratuvar, operasyon ve histopatolojik bulguları dosya kayıtlarından elde edildi.

Bulgular: Üç hastanın ikisi adneksiyel kitle, biri sebebi açıklanamayan postmenopozal kanama şikayeti ile başvurmuştu. Muayene ve tetkiklerinde ikisinde adneksiyel kitle saptanmış, ultrasonografik olarak kitlenin orijini ayırd edilememişti, ikisinde tanı laparotomide konurken birinde ameliyat spesimenin patolojik incelemesinde konabilmişti.

Sonuç: Orijini bilinmeyen adneksiyel kitleler ve açıklanamayan postmenopozal kanamalarda ön tanımlar arasında primer tuba karsinomu akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Primer tuba karsinomu, Tanı, Tedavi

T Klin Jinekoi Obst 1995, 5: 138-140

Kadın genital sistem tümörleri içinde en nadir görüleni tuba karsinomudur (ortalama %0,3) (1). Bu kadar seyrek görülmesinden dolayı bununla ilgili yayınlar daha çok vaka takdimi şeklindedir. Bu yayınlarda 1950'de toplam 470 (2), 1989 da da 1200 vaka yer almıştır(3) .

Geliş Tarihi: 10.10.1994

Yazışma Adresi: M.Zeki TANER
Gazi Üniversitesi Tıp Fak.
Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
ANKARA

SUMMARY

Objective: To present cases with primary fallopian tube carcinoma that were diagnosed and treated in our department and to emphasize diagnostic and therapeutic approaches.

Institution: Gazi University Medical Faculty. Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara

Materials and Methods: Three primary tube carcinoma cases seen in the last four years reviewed. The patients' symptoms, physical examination and laboratory findings, type of operations and histopathologic results were reviewed from patients' files

Findings: Out of three patients two presented with an adnexial mass and one with unknown etiology of postmenopausal vaginal bleeding. By pelvic examination and ultrasonography investigation adnexial masses were found but their origin couldn't be identified. The diagnosis of primary tubal carcinoma was made in two patients during operation and in one by histopathologic examination.

Conclusion: It's concluded that primary carcinoma of the fallopian tube should be thought in patients with adnexial masses and with postmenopausal vaginal bleeding of unknown origin.

Key Wars: Primary carcinoma of fallopian tube, Diagnosis, Treatment

T Klin Gynecol Obst 1995, 5: 138-140

Bu makalemizde kliniğimizde görülen 3 primer tuba karsinomu olgusu sunulmuş tanı ve tedavi yaklaşımları tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

OLGU 1

S.C. 65 yaşında ,21 yıldır menopozda G:6 P:4 Ab:2 Y4

Altı aydır pelvik ağrı yakınması ile değişik bölümlerde muayene edilen hasta, tanı konamadığı için Kadın Doğum Polikliniğine sevk edilmiş. Jinekolojik muayenesinde sağ adneksiyel bölgede dolgunluk saptanması ü-

zerine yapılan transvajinal pelvik ultrasonografide sağ adneksiyel alanda 65x52x45 mm boyutlarında sepfalı kitle izlendi. CA 125 değeri 52 u/ml saptandı. Preoperatif tetkikleri normal bulunan hastaya postmenopozal adneksiyel kitle ön tanısı ile laparotomi yapıldı. Eksplo-rasyonda uterus ve her iki over atrofik, sol tuba normaldi, sağ tuba 6-7 cm uzunluğunda 2,5-3 cm genişliğinde hidrosalpenks halinde, fimbrial ucu çekuma yapıştı. Batında asit yoktu, yıkama sitolojisi (-) geldi. Total abdominal histerektomi bilateral salpingooferektomi (TAH+BSO) yapılan hastanın frozen kesitlerinde az diferansiye (Grade 3) tubal adenokarsinom saptandı. Sigmoid kolon üzerinde 2 cm'lik metastaz odağı vardı. Bu nedenle sigmoid kolondan 7 cm'lik segment çıkarılarak, ucucu anastomoz yapıldı. Omentum, barsak ve karaciğer normaldi. Rezeke edilen rektosigmoid kolonda cerrahi alanlar tümör negatif olarak rapor edildi. Hastaya postoperatif adjuvan tedavi olarak Cis-platin 1 mg/kg ve Endoxan 500 mg/m² başlandı. Postoperatif ikinci yılında olan hastada metastaz veya nüks saptanmamıştır.

OLGU 2

A.K. 85 yaşında 40 yıldır menopozda G:1 P:0 Ab:1 Y:0

Son bir yılda üç kez tekrarlayan vajinal kanama şikayeti ile başvuran hastanın jinekolojik muayenesinde normal genital bulgu saptandı. Yapılan transvajinal pelvik ultrasonografide uterus antevort 64x50x64 mm boyutlarında konturuları düzenli, myometrium heterojen, endometrium düzensiz, iki duvar kalınlığı 22mm, içinde yer yer hipoekoik alanlar izlendi. Hastada endometrium karsinomu düşünülerek probe küretaj yapıldı. Spesimenin patolojik incelemesinde kan.fibrin ve nekrotik materyal saptandı.Yine de hastada atlanmış bir malignite olabileceği düşünülerek TAH+BSO yapıldı. Batın yıkama sıvısı negatif geldi. Frozen kesitleri endometrial malignite yok, endometrial polip şeklinde bildirildi. Daha sonra spesimenin patolojik incelenmesinde sağ tuba epitelinde fokal displazik değişiklikler, mukazaya sınırlı tuba adenokarsinomu saptandı. Hastaya ek bir tedavi önerilmeden kontrollere gelmek üzere taburcu edildi.

OLGU 3

H.K. 52 yaşında 5 yıldır menopozda G.9 P:9 Ab:0 Y:9

Karın ağrısı ve karında kitle şikayeti ile başvuran hastanın jinekolojik muayenesinde uterus retrovert, normalden büyük, irregüler, kısmen fikse, sağ serbest, sol adneksiyel alanda 5-6 cm çapında semisolid semimobil kitle saptandı. Transvajinal ultrasonografide sol adneksiyel alanda yer yer kistik yapılar içeren 66 mm'lik semisolid kitle izlendi. Adneksiyel kitle nedeniyle yapılan laparotomide sol tubadan köken alması muhtemel 6x6

cm boyutlarında etrafa yapışık kitle saptandı. Sitoloji negatif geldi. Frozen sonucu maaign olarak bildirilmesi üzerine TAH+BSO pelvik ienfadenektomi ve appendektomi yapıldı. Patoloji sonucu adenokarsinom (Grade3) olarak rapor edildi. Postoperatif radyoterapi uygulanan hastanın ikinci yılında nüks saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Tuba karsinomunun etyolojisi bilinmemekle beraber %50'den fazlasında primer infertilite ve kronik salpenjit dikkati çekmektedir (3).Görülme yaşı 29-82 arasında değişmekte ancak, en sık beşinci dekatta rastlanır (4). Olguların tamamına yakını adenokarsinom yapı-sındadır. Literatüre bakıldığında tuba karsinomunun preoperatif tanısının nadiren konduğu görülür. Erken evrede yakalamak büyük şanstır. Olgular genellikle başka nedenlerle opere edilirler. McGoldrick ve ark.1943'te 376 olgudan sadece birinde preoperatif doğru tanı konduğunu bildirmişlerdir. Edd ve Podratz 1984 ve1986'da yayınladıkları toplam 118 olguda gelişmiş tanı tekniklerine rağmen sadece beş olguda preoperatif tanı konabilmiştir (5,3). Bunun nedeni karakteristik öyküsü, semptomu veya fizik muayene bulgusunun olmamasıdır. En sık semptomları kasık ağrısı, postmenopozal kanama ve sulu vajinal akıntıdır. Ancak bu klasik triad hastaların sadece %13'ünde görülür (6). Tanıda probe küretaj ve servikal smearin diagnostik değeri çok azdır. Hastaların ancak %9'unda servikal sitoloji anormalliği saptanmıştır (7). Postmenopozal dönemde probe küretaj ve servikal smeari malignite açısından negatif olan ve kanaması devam eden kadınlarda tuba karsinomu akla gelmelidir. Ultrasonografi, komputürize tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme yardımcı tanı yöntemleridir.

Tuba karsinomu için geliştirilmiş bir evreleme sistemi yoktur. Ancak anatomik olarak övere yakınlığı ve aynı yayılım yolları izlemesi nedeni ile bir çok otör tarafından FIGO'nun över kanseri için geliştirdiği sınıflamayı önermektedir. Referans onkoloji hastaneleri dahil tek bir merkezde çok sayıda olgunun olmaması tedavide oturmuş belli bir protokol geliştirme imkanını kısıtlamaktadır. Bu nedenle tuba karsinomunun optimal tedavisi tartışmalıdır. Sınıflamada olduğu gibi tedavisi de över kanserine benzerlik göstermektedir. Total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi tedavinin ilk basamağı olmalıdır. Makroskopik tümör yayılımı olmayan olgularda cerrahi evreleme yapılır. Peritoneal sitoloji; pelvis, parakolik bölgeler ve subdiafragmatik alanlardan alınmalıdır. Retroperitoneal lenf nodu örnekleme, infrakolik omentektomi ve biyopsi önerilmektedir.(7)

Erken dönemde paraaortik lenf nodu metastazı %33 olguda görüldüğünden radikal cerrahi + İenfadenektomi veya sınırlı cerrahiye ek olarak postoperatif radyoterapi uygulanmaktadır.

Metastatik hastalıkta mümkün olduğunca geniş sitoredüktif cerrahi gerekir. Bunun faydası tam olarak bilinmemektedir. Ancak benzer özellikleri olan over kan-serinde sitoredüktif cerrahiden yarar beklenmektedir.

Tedavide kemoterapötik ajanların da yeri vardır. Alkali edici ajanlar ve cis-platin en etkilileri görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Berek JS, Hacker NF Nonepithelial ovarian and fallopian tube cancers. In: Berek JS, Hacker NF, editors. Practical gynecologic oncology. Second edition. London Williams and Wilkins 1994: 377-401.
2. Hu CY, Taymor ML, Hertkj AT. Primary carcinoma of the fallopian tube. Am J Obst and Gynec 1950; 50(1): 58-67.
3. Disaia PJ, Greasman WT. Clinical Gynecologic Oncology Fourth edition. Philadelphia Mosby 1993:458-467.
4. Semrad N, Watring W, Fu YS, Hallatt J, Ryoo M, Lagesse L Fallopian tube adenocarcinoma: Common extraperitoneal recurrences. Gynecologic oncology 1986; 24:230-5.
5. Eddy GL, Copeland U, Gershenson DM, Atkinson EN, Wharton JT, Rutledge FN. Fallopian tube carcinoma. Obstet Gynecol 1984; 64:546-52.
6. Mogensen PP, Amtrup F, Honore E.. Primary carcinoma of the fallopian tube. A retrospective study of patients reported to the Danish Cancer Registry in a five-year period. Acta Oncological 1989; 28(1):7-11.
7. Güner H Jinekolojik Onkoloji Ankara, Hatibogiu Yayınevi 1994:169-75.