

# Tuba Uterina'nın Primer Karsinomu

PRIMARY CARCINOMA OF THE FALLOPIAN TUBE

Dr.İzzet MARAL, Dr.Uğur SÖZEN, Dr.Erdinç BALIK,  
Dr.Semih VELİBEŞE, Dr.Türkiz İSPARTA

SSK Tepecik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Hastanesi 3. Servis

## ÖZET

Kadın malign genital tümörlerinin en nadiri olan tuba karsinomu %0.4-1.1 oranında görülür. Az vaka sayısı, bütünüleşmeyen evreleme sistemi ve tedavi metodları diğer vakalarla mukayeseyi ve aktüel tedavi kararını güçleştirmektedir. Bu çalışmada; kliniğimizde pelvik kitle ve endometrial hiperplazi nedeniyle abdominal histerektomi yapılan ve Evre la primer tuba adenokarsinomu tanısı konulan iki vaka sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Tuba uterina, Karsinom

T Klin Jinekoloji Obst 1992, 2:271-272

Primer tuba kanseri kadın genital tümörlerinin en nadiri olup, %0.4-1.1 oranında görülür (1). İlk defa Orthman tarafından bildirildiğinden beri literatürde yaklaşık 700 vaka bildirilmiştir (2). Adenokarsinom en yaygın tubal tümördür. 18-82 yaşları arasında ortalama 57.7 yaşında görülür. Yaş ve lezyonun evresi arasında kabaca bir oran bulunmaktadır.

Makroskobik olarak tümör tubanın dış yarısında oturur. Mukozal yüzeyin irritasyonu nedeniyle kanlı sıvı içerir, musküler duvar geç tutulduğu için muayene eden için kitle hep ovarial kist olarak düşünülür. Serosanguin sıvı içinde tümör partikülleri yayılmıştır, bu nedenle de makroskobik olarak pyosalpenks'i andırır. Mikroskobik olarak tubal adenokarsinom 3 tipe ayrılır: Papiller, papiller-alveoler, alveoler-medüller (2). Ayrıca tubada metaplastik epitel kanserleri çok nadir olarak görülür. Bunlar endometrioid karsinom, squamos hücreli karsinom ve adenoakantomdur.

Bu çalışmada kliniğimizde karşılaştığımız 2 vaka sunulmuş ve bu malinenin tedavisi tartışılmıştır.

**Geliş Tarihi:** 7.10.1991

**Kabul Tarihi:** 11.1.1992

**Yazışma Adresi:** Dr.İzzet MARAL

SSK Tepecik Doğumevi ve Kadın  
Hastalıkları Hastanesi 3. Servis, İZMİR

Anatolian J Gynecol Obst 1992, 2

## SUMMARY

Primary carcinoma of the fallopian tube is a rare neoplasia. Its incidence is %0.4-1.1. A few cases have been published in the literature. Its staging system and treatment methods have not been completed yet. In this study, two cases with Stage la primary fallopian tube carcinoma who were admitted to our clinic with a diagnosis of pelvic mass and endometrial hyperplasia and treated by abdominal hysterectomy is presented.

**Key Words:** Fallopian tube, Carcinoma

Anatolian J Gynecol Obst 1992, 2:271-272

## VAKA TAKDİMİ

### Vaka 1

Bn, G.Ş, 34 yaşında, prot no: 7856/88, para:1, düşük ve küretajı yok. 1988 yılında kliniğimizde şiddetli kasık ağrıları nedeniyle başvurdu. Kasık ağrıları 6 aydır vardı, son bir aydır şiddetlenmişti. Hastanın öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Jinekolojik muayenesinde; vulva, vajen normal, spekulum normal olarak değerlendirildi. Uterus normal olup, her iki adneks arasında etrafı ile iltisaklı, douglası dolduran kitle ele gelmekteydi. Rutin laboratuvar incelemeleri normal olan hastaya pelvik kitle nedeniyle laparatoml yapıldı. Eksplo-rasyonda, uterus normal cesamette, bilateral piyosalpenks mevcuttu. Sol salpingo oferektomi+sağ salpenjektomi yapıldı. Histopatolojik sonuç: sol papiller tubal adenokarsinom (tubanın musküler tabakasına invazyon yok) olarak geldi. Bunun üzerine tekrar opere edilerek, total abdominal histerektomi+sağ ooferektomi yapıldı. Bu materyalin histopatolojik sonucu önemli bir özellik arzemedi. Hastaya bundan sonraki tedavisi için radyoterapi ve kemoterapi yapılması planlandı. Ancak hasta tedaviyi reddetti. Hastamız şu anda kontrollerinde 3. yılını doldurmuştur.

**Vaka 2**

Bn, SS, 1947 doğumlu, prot no:14718/90, gebelik: 5, para: 2, abortus:1 olan hasta 1990 yılında adet düzensizliği yakınması ile kliniğimize başvurdu. Hastaya probe küretaj yapıldı. Sonuçta; endometrial hiperplazi saptanarak operasyon planladı. Hastanın jinekolojik muayenesinde; vulva, vajen normal, spekulum muayenesinde portio temiz, uterus normal cesamette, adneksiyel alanlar normal olarak değerlendirildi. Rutin laboratuvar tetkikleri normal bulunan hastanın ultrasonografi, İVP ve DÜS tetkikleri normaldi.

Ultrasonografide pelvik ultrasonografi normal, dalak üzerinde en büyüğü 33 mm olan, düzensiz sınırlı kistik alanlar mevcut olup, ayrıca tam bir kitle imajı vermeyen birkaç adet hiperkojen kalsifiye odaklar tespit edildi. Kompüterize tomografide dalakta net konturlar vermeyen hipodens oluşumlar izlenmekteydi. Hasta opere edildiğinde, uterusun normalden büyük, sağ över ve tuba normal, sol över 4-5 cm boyutlarında ve sol tubadaki kistik bir yapının mevcut olduğu gözlemlendi. Materyelin histopatolojik incelemesinde; kronik servisl, post küratif endometrium, orta derecede diferensiyel adenokarsinom tespit edildi. Karsinomun tuba mukozasında sınırlı kaldığı ve muskularisi invaze etmediği belirlendi. Hasta onkoloji konseyinde görüşülerek 4 kür kemoterapi, bunu takiben radyoterapi yapılmasına karar verildi. Hastamızın kemoterapisi ve radyoterapisi tamamlanmış olup, halen kontrolde.

**TARTIŞMA**

Tuba karsinomunun etyolojisi bilinmemektedir. Bazı risk faktörleri vardır. En önemlisi yaştır. Olguların %95'i 35 yaş üzerinde, %50'sinin de postmenopozal dönemde görülmesine rağmen bu tümöre genç kadınlarda rastlanabileceği bildirilmiştir (3). infertilite ve düşük paritede retrospektif araştırmalarda incelenmiştir. Nullipar tuba karsinomlu olgular daha iyi prognozudur. İstatistikler desteklemesede tubal karsinom ve nonspesifik veya tüberküloz salpenjitin birlikte bulunması ilgi çekicidir. Bu da kronik inflamasyon hiperplazi ve karsinoma yol açtığını düşündürmektedir (3). Son olarak tuba endometriozisi prekanseröz olabilir. Tuba adenokarsinomu genellikle unilatéral, bazen bilateraldir. Daha çok ampullada yerleşir.

Bu tümörün pelvik ya da karın ağrısı, anormal vajinal akıntı, abdominal distansiyon, asit gibi nonspesifik prezentasyonları olması nedeniyle preoperatif tanı güçtür. Olgular genellikle başka nedenlerle opere edilirler. Diagnostik triad: Ağrı, serosanguin akıntı, pelvik kitle vakaların %15'inde görülür. Tanı için, ultrasonografi ve kompüterize tomografi kullanılır. Histerosalpingografi kesinlikle kontrendikedir.

Tuba kanserinin optimal tedavi metodu halen tartışmalıdır. Tuba karsinomunun cerrahi tedavisi için evre önemlidir. Total abdominal histerektomi+bilateral salpingooferektomi evre Ia/Ib için yeterli sayılmaktadır (4). McMurray bunu mukozayı aşmayan tümörler için sınır-

lamışlardır (5). Öte yandan erken evreler için radikal girişim (uterus ve adnekslerin beraber alınması, lenf nodülü ekstirpasyonu ve omentektomi) yapılması da önerilmiştir (4). Bu düşünce TAH+BSO'dan sonra görülen çok sayıda lokal residiv nedeniyle değer kazanmıştır. Erken dönemde paraaortik lenf nodlarına metastaz %33 vakada beklenir. Bunun içinde radikal operasyon+lenf adenektomi veya daha az radikal girişim ve ek olarak postoperatif radyoterapi yapılmalıdır.

Tuba kanserinin tedavisinde radyoterapi; abdomenin ışınlandırılması ve pelvisin doyurulması şeklinde yapılır. Tümör tuba serozasına eriştiğinde, tubayı aştığında veya pelvis lavajının sitolojik tetkikinde (+) sonuç geldiğinde endikedir. Evre III ve Evre IV'de tümörün küçültülmesinden sonra büyük alan ışınlandırılması önerilmektedir (3). Histerektomiden sonra radyoterapinin yaşam yüzdesine etki yapmadığı bildirilmiştir (3).

Kemoterapide tedavide kullanılmaktadır. Polikemoterapi, Evre III ve Evre IV'de uzak metastazların residivlerine özellikle profilaksizde tercih edilir. Residiv tedavisinde en iyi sonuçlar Cisplatin ve Endoksan ile alınmıştır (4).

Hastalarımızın her ikisi de cerrahi sırasında ve histopatolojik sonuçlardan elde edilen verilere göre Evre Ia olarak değerlendirildiler. Hastalarımıza radikal operasyon yapılmadığı için adjuvan tedavi uygulanması planlandı. İlk olgu adjuvan tedaviyi reddetti. 2. olguya ise radyoterapi ve kemoterapi yapıldı. İlk olgu kontrolünde 3. yılını, 2. olgu ise 1 yılını doldurmuştur. Her ikisinde de lokal ve uzak metastaz saptanmamıştır.

Sonuç olarak; hasta mümkün olduğu kadar radikal opere edilmelidir. Bu evre Ia ve Ib için yeterli olup, özellikle tümör mukozaya sınırlı olduğu zaman geçerlidir. Radikal girişim mümkün olmadığı takdirde adjuvan tedavi yapılır. Evre Ia, Ib'de pelvik, Evre II'den itibaren bütün abdomen + pelvis ışınlanır. Evre III ve IV için multimodal tedavi: maksimal tümör küçültme, polikemoterapi, radyoterapi yapılır.

**KAYNAKLAR**

1. Pfiefler P, Mogersen H, Amtrup E, Honore E. Primary carcinoma of the Fallopian tube. Acta Oncológica 1989; 28:7-11.
2. Honore HL Pathology of the Fallopian tube. In Obstetrical and Gynecological Pathology. Fox H. 1987; 479-73.
3. Disia PJ, Creasman WT. Carcinoma of the Fallopian tube. In Clinical Gynecological Oncology 1989; 450.
4. Dennis W, Lewis K, Easley J. Adenocarcinoma of the Fallopian tube: An eighteen year review. Int J Radiat Oncol Biol Phys Supp (1). 1988; 15:232.
5. McMurray E, Jacobs A, Pérez C et al. Carcinoma of the Fallopian tube. Management and sites of failure. Cancer 1986;58:2070-75.