

İnsidental Primer Tuba Karsinomu

Primary Fallopian Cancer as an Incidental Finding: Case Report

Ali Doğukan ANĞIN,^a
Murat APİ,^b
Mesut POLAT,^a
Resul KARAKUŞ,^a
Meryem EKEN,^a
Nermin KOÇ,^c
Ateş KARATEKE^b

^aKadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Bigadiç Devlet Hastanesi,
Balıkesir

^bKadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
^cPatoloji Kliniği,

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 09.11.2014

Kabul Tarihi/Accepted: 09.12.2014

*Bu olgu sunumu, 12. Ulusal Jinekoloji ve
Obstetrik Kongresi (15-19 Mayıs 2014,
Antalya)'nda e-poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:

Ali Doğukan ANĞIN
Bigadiç Devlet Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Balıkesir,
TÜRKİYE/TURKEY
ala_2001@hotmail.com

ÖZET Nadir görülen tubal karsinom genital kanserlerin %0,14-1,8'ini oluştururken, yıllık insidansı 100 000'de 0,4 civarındadır. Çoğunlukla asemptomatik olup, preoperatif saptanması güçtür ve insidental olarak saptanır. Histolojik ve biyolojik özellikleri açısından over kanseri ile karışabilmektedir. Altmış beş yaşındaki hasta, kliniğimize beş-altı aydır devam eden postmenapozal vajinal kanama şikâyeti ile başvurdu. Hastanın ultrasonografisinde endometriyal kavite ile ilişkili 4 cm intramural leiomyoma tespit edildi. Smear örnekleme, endoservikal ve kavum uteri küretaj sonuçları normaldi. Miyoma uteri ve kanama nedeniyle uygulanan laparoskopik histerektomide eksplorasyonda sağ tubada yaklaşık 2 cm'lik fiçi, sosis şeklinde oluşum izlendi ve total histerektomi, bilateral salpingoofektomi sonrası piyesin frozen sonucunun "sağ tuba az diferansiye malign tümör" gelmesi üzerine laparotomiye geçilerek pelvik-paraaortik lenf nodu diseksiyonu, omentektomi, appendektomi uygulandı. Postoperatif patoloji sonucu tubal infundibulumdan kaynaklanan "high grade" seröz karsinom olarak geldi. Olguya kemoterapi planlanarak takibe alındı. Nadir görülmesi ve çoğunlukla insidental olması sebebiyle hastamız olgu sunumu olarak değerlendirildi ve literatür gözden geçirildi.

Anahtar Kelimeler: Tesadüfi bulgular; fallop tüpü tümörleri

ABSTRACT Fallopian tube cancer is usually asymptomatic and preoperative diagnosis is difficult. Due to its rarity and being detected mostly incidentally, the case mentioned below was evaluated as a case report and literature was reviewed. Patient who was 65-years-old applied to our clinic with ongoing post-menopausal vaginal bleeding for 5-6 months. In ultrasonography, a 4 cm leiomyoma that related with endometrial cavity, was detected. The results of smear sampling, endocervicalcavum uteri curettage were normal. Because of myoma and vaginal bleeding, laparoscopy applied and in exploration right tube about 2 cm barrel, sausage-shaped formation was monitored. Total hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy were performed. The result of the frozen section was "poorly differentiated malignant tumor" and due to this result operation was converted to laparotomy and pelvic-paraaortic lymph node dissection, omentectomy, appendectomy were performed. Definitive pathology result was high grade serous carcinoma originated from infundibulum of tuba. Chemotherapy and follow up were planned.

Key Words: Incidental findings; fallopian tube neoplasms

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2015;25(4):278-81

Nadir görülen kanserlerden olan tubal karsinom kadınlarda görülen kanserlerin %0,2'sini, kadın genital kanserlerinin ise %0,14-1,8'ini oluştururken yıllık insidansı 100 000'de 0,4 civarındadır.^{1,2} Sıklıkla ampulladan kaynaklanan tubal karsinom, en sık seröz tipte olup, ortalama 64 (17-88) yaşında görülür.^{3,4} En çok rastlanan semptomları vajinal kanama,

doi: 10.5336/gynobstet.2014-42191

Copyright © 2015 by Türkiye Klinikleri

ağrı, kitle, akıntı (hidrops tuba profluens) şeklindedir, ancak çoğunlukla asemptomatik olduğundan preoperatif saptanması güçtür ve genellikle insidental olarak saptanır. Histolojik ve biyolojik özellikleri over kanserine benzediğinden primer tubal kanser over kanseri ile karıştırılabilmektedir (Resim 1).^{5,6} Nadir görülmesi ve çoğunlukla insidental olması sebebiyle hastamız olgu sunumu olarak değerlendirildi ve literatür gözden geçirildi.

OLGU SUNUMU

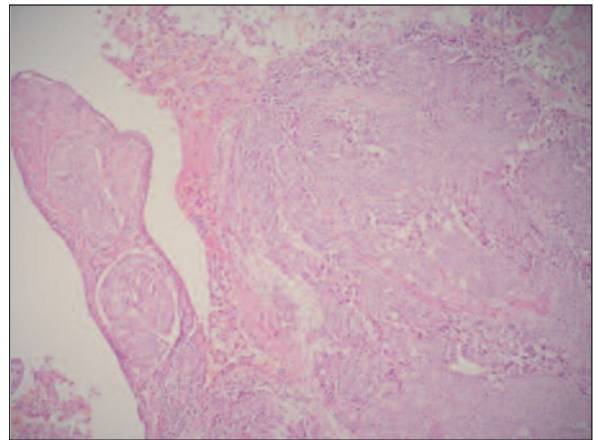
Olgu kliniğimize beş-altı aydır devam eden postmenapozal vajinal kanama şikâyeti ile başvurdu. Altmış beş yaşında, G5P5, 15 yıldır postmenopozal dönemde olan hastanın hipertansiyon ve diyabet hikâyesi mevcuttu. Yapılan pelvik muayenede anormallik izlenmedi. Transvajinal ultrasonografi-sinde overler doğal görünümde, uterus olağan boyutlarda, endometriyal kavite heterojen ve kavite ile ilişkili yaklaşık 4 cm boyutlarda intramural leiomyoma ile uyumlu görüntü tespit edildi. Hastanın “smear” örneklemesi malignite olmayan menopozal “smear” tablosu, endoservikal küretaj incelemesi atrofik yüzey epiteli, kavum uteri küretaj sonucu da endometriyal yüzeyel epitelyum kırıntıları olarak sonuçlandı. Laboratuvar incelemesinde tümör markerları normal sınırlardaydı (CA-125 9,7 U/mL). Hastaya dejenere miyoma uteri ve postmenopozal kanama nedeniyle laparoskopik histerektomi ve salpingooferektomi planlandı. İntraoperatif laparoskopik eksplorasyonda uterus, sol over, sol tuba, sağ over normal görünümdeyken, sağ tubada yaklaşık 2 cm'lik fiç, sosis şeklinde oluşum izlendi. Total histerektomi ve salpingooferektomi sonrası piyes frozen incelenmesi için patolojiye gönderildi. Frozen sonucunun ‘sağ tuba az diferansiye malign tümör’ olarak bildirilmesi üzerine laparotomiye geçilerek pelvik ve paraaotik lenf nodu diseksiyonu, omentektomi, appendektomi uygulandı. Sağ infundibulopelvik ligaman pelvis duvarına daha yakın olarak eksize edildi. Postoperatif patoloji sonucu sağ tubal infundibulumdan kaynaklanan, kas tabakasını infiltre eden ancak serozayı infiltre etmeyen ‘high grade seröz karsinom’ olarak geldi. Sol tubada ve bilateral overlerde patoloji saptanmadı. Uterusta endometriyal kavitede 1 cm boyutlarında

polip, 4 cm boyutlarında intramural miyoma uteri saptandı. Pelvik, paraaotik ve kommon iliak lenf nodlarında, omentum, apendiks ve batin yıkama sıvısında maligniteye rastlanmadı. Hastaya altı kür kemoterapi planlanarak takibe alındı.

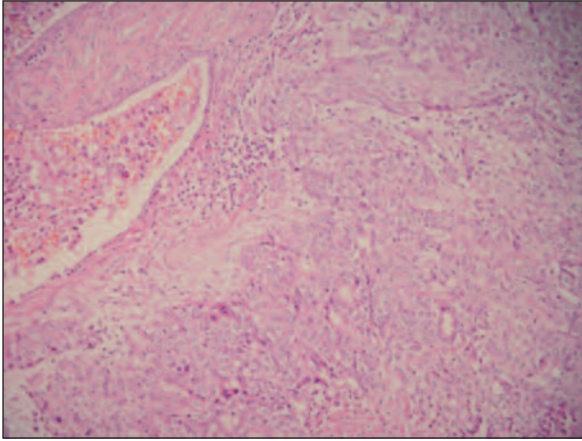
TARTIŞMA

Tuba kanseri, fallop tüplerinden primer kaynaklanmaktan ziyade sıklıkla metastatik tutulumla bağlı olarak gelişmektedir. Overler, endometrium, gastrointestinal sistem, periton ve meme en sık görülen primer odaklardır.⁷ Primer fallop tüp kanserinin gerçek insidansı cerrahi esnasında ve patolojik incelemede belirlenen tanının over kanseri ile karıştırılmasından dolayı net değildir (Resim 2).^{2,8} Belirtilen dört kriterden en az birisi olması ile primer tubal karsinom epitelyal over kanserinden ayrılabilir; 1. Esas tümör tüp içerisinde olmalı ve endosalfinksten gelişmeli, 2. Mukoza epitelinden çoğalmalıdır ve sıklıkla papiller patern gösterir, 3. Duvar tutulmuşsa benign ve malign arasındaki geçiş gösterilmelidir, 4. Overler ve endometrium normal olmalı ya da tüptekinden daha az tümör içermelidir.² Patolojik incelemede mukozadan kaynaklanan, serozaya kadar tutulum gösteren seröz karsinom diğer pelvik yapılarda makroskobik ve mikroskobik tespit edilememiş olup, primer tubal karsinom olarak değerlendirildi.

Preoperatif incelemelerdeki rutin taramalar esnasında ya da şüphelenilen olgularda ultasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans



RESİM 1: Olgumuzda düzenli tuba epiteli altındaki seröz karsinom.



RESİM 2: Olgumuzda tuba epiteli altında solid ve adalar şeklinde gelişmiş seröz tümör.

gibi görüntüleme yöntemleri tanıda yardımcı olabilir; ancak radyolojik olarak saptanması güçtür ve çoğu olgu preoperatif over karsinomu olarak tanı alır.^{9,10} Tubal karsinomlu olguların %80'inde serum CA-125 seviyeleri yüksek saptanabilmektedir.^{10,11} Hefler ve ark., primer tubal karsinomlu olgularda ortalama CA-125 değerini 183 U/mL olarak tespit etmişlerdir.¹² Yeni çalışmalarla desteklenmemiş olsa da B-hCG değerinin de marker olabileceği belirtilmiştir.¹³ Olgumuzda preoperatif tubal ya da overyan kanseri düşündürecek laboratuvar veya ultrasonografik herhangi bir bulguya rastlanmadı.

Çoğunlukla asemptomatik olan tubal kanserde en sık karşılaşılan şikâyet vajinal kanamadır.¹⁴ Latzko üçlemesi olarak da bilinen hidrops tuba profluens, kolik ağrı bulguları veren abdominal kitlenin muayenede bası ile vajinal seröanjinöz akıntı şeklinde bulgu vermesi olup, patognomoniktir ancak olguların %15'inden azında izlenir.¹⁵ Olgulara servikal "smear" örnekleme ve endometriyal küretaj uygulanmalıdır. Pozitif smear ve endomet-

rial inceleme sonuçları tubal kanseri işaret edebilse de sonuçlar genelde negatif saptanır.^{16,17} Miyoma uteri, endometriyal polip gibi organik patolojilere bağlı kanama semptomatik olarak aldatici olabilir. Hastamız postmenopozal kanama şikâyeti ile başvurduğunda ultrasonografik olarak leiomyom tespit edildi. Servikal ve endometriyal inceleme sonuçlarında anormallik saptanmadı. Vajinal kanamanın da miyoma uteriden kaynaklandığı düşünüldü.

Evreleme FIGO sınıflandırmasına göre cerrahi olarak yapılmaktadır.¹⁵ Standart cerrahi tedavi biçimi total abdominal histerektomi, bilateral salpingoofektomi, appendektomi, infrakolik omentektomi, batın yıkama sıvısı ve peritoneal örneklemedir.¹⁸ Tedavideki ana hedef, tümör dokusunun tamamının çıkarılmasıdır.¹⁹ Minimal tümör dokusu bırakılması evre dışındaki sağkalım için en önemli bağımsız prognostik faktörü oluşturmaktadır.²⁰ Doğru bir evreleme yapılması için pelvik ve para-aortik lenf nodu örnekleme önerilmektedir.²¹ Hastanın tümörünün tek tüpte sınırlı olması ve serozayı infiltrate etmemiş olması nedeniyle evresi 1a olarak tespit edildi.

Cerrahi ile birlikte radyoterapi ya da kemoterapi verilip verilmemesi hususunda konsensus sağlanamamıştır, ancak radyoterapi etkinliğinin az olması ve yüksek komplikasyon riski nedeniyle pek tercih edilmemektedir.^{2,22} Yine optimal tamamlanmış cerrahi sonrası, rekürrens ve mikroskobik yayılım riskinden dolayı erken evre tümörlerde kemoterapi önerilirken, seroza tutulumu olmayan ve rüptüre olmamış Evre 1a ve 1b tümörlerde kemoterapiye ihtiyaç olmadığı da belirtilmektedir.^{2,15,23-25} Platinyum ve taksan bazlı kombine tedaviler kemoterapide temeli oluşturmaktadır.²⁶

KAYNAKLAR

1. Stewart SL, Wike JM, Foster SL, Michaud F. The incidence of primary fallopian tube cancer in the United States. *Gynecol Oncol* 2007;107(3):392-7.
2. Pectasides D, Pectasides E, Economopoulos T. Fallopian tube carcinoma: a review. *Oncologist* 2006;11(8):902-12.
3. Pectasides D, Pectasides E, Papaxoinis G, Andreadis C, Papatsibas G, Fountzilias G, et al. Primary fallopian tube carcinoma: results of a retrospective analysis of 64 patients. *Gynecol Oncol* 2009;115(1):97-101.
4. Peters WA, Andersen WA, Hopkins MP, Kumar NB, Morley GW. Prognostic features of carcinoma of the fallopian tube. *Obstet Gynecol* 1988;71(5):757-62.
5. Gadducci A, Landoni F, Sartori E, Maggino T, Zola P, Gabriele A, et al. Analysis of treatment failures and survival of patients with fallopian tubecarcinoma: a cooperation task force (CTF) study. *Gynecol Oncol* 2001;81(2):150-9.
6. 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.
7. Sedlis A. Carcinoma of the fallopian tube. *Surg Clin North Am* 1978;58(1):121-9.
8. Baekelandt M, Jorunn Nesbakken A, Kristensen GB, Tropé CG, Abeler VM. Carcinoma of the fallopian tube. *Cancer* 2000;89(10):2076-84.
9. Mikami M, Tei C, Kurashi T, Takehara K, Komiyama S, Suzuki A, et al. Preoperative diagnosis of fallopian tube cancer by imaging. *Abdom Imaging* 2003;28(5):743-7.
10. Rezvani M, Shaaban AM. Fallopian tube disease in the nonpregnant patient. *Radiographics* 2011;31(2):527-48.
11. Baekelandt M, Kockx M, Wesling F, Gerris J. Primary adenocarcinoma of the fallopian tube: review of the literature. *Int J Gynecol Cancer* 1993;3(2):65-71.
12. Hefler LA, Rosen AC, Graf AH, Lahousen M, Klein M, Leodolter S, et al. 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.
13. Riska A, Alfthan H, Finne P, Jalkanen J, Sorvari T, Stenman UH, et al. Preoperative serum hCGbeta as a prognostic marker in primary fallopian tube carcinoma. *Tumour Biol* 2006;27(1):43-9.
14. Bosković V, Opalić J, Petković S, Ostojić N, Radosavljević A. [Primary tumors of the fallopian tubes: retrospective analysis of results in 7 patients]. *Srp Arh Celok Lek* 1998;126(5-6):188-91.
15. Kalampokas E, Kalampokas T, Tourontous I. Primary fallopian tube carcinoma. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013;169(2):155-61.
16. Podratz KC, Podczaski ES, Gaffey TA, O'Brien PC, Schray MF, Malkasian GD Jr. Primary carcinoma of the fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154(5):1319-26.
17. Mulvany NJ, Mitchell G, Allen DG. Adenocarcinoma cells in Pap smears. *Pathology* 2009;41(5):411-8.
18. Riska A, Leminen A. Updating on primary fallopian tube carcinoma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(12):1419-26.
19. Huang BS, Sun HD, Hsu YM, Chang WH, Horng HC, Yen MS, et al. Clinical presentation and outcome of adult-type granulosa cell tumors: a retrospective study of 30 patients in a single institute. *J Chin Med Assoc* 2014;77(1):21-5.
20. Horng HC, Teng SW, Huang BS, Sun HD, Yen MS, Wang PH, et al. Primary fallopian tube cancer: domestic data and up-to-date review. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2014;53(3):287-92.
21. Klein M, Rosen AC, Lahousen M, Graf AH, Rainer A. Lymphadenectomy in primary carcinoma of the fallopian tube. *Cancer Lett* 1999;147(1-2):63-6.
22. Boufettal H, Samouh N. Primary fallopian tube carcinoma: a case report. *Pan Afr Med J* 2014;18:263.
23. 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.
24. Trimbos JB, Parmar M, Vergote I, Guthrie D, Bolis G, Colombo N, et al; European Organisation for Research and Treatment of Cancer Collaborators-Adjuvant Chemo Therapy un Ovarian Neoplasm. International Collaborative Ovarian Neoplasm trial 1 and Adjuvant ChemoTherapy in Ovarian Neoplasm trial: two parallel randomized phase III trials of adjuvant chemotherapy in patients with early-stage ovarian carcinoma. *J Natl Cancer Inst* 2003;95(2):105-12.
25. Armstrong DK, Brady MF. Intraperitoneal therapy for ovarian cancer: a treatment ready for prime time. *J Clin Oncol* 2006;24(28):4531-3.
26. Katsumata N, Yasuda M, Isonishi S, Takahashi F, Michimae H, Kimura E, et al; Japanese Gynecologic Oncology Group. Long-term results of dose-dense paclitaxel and carboplatin versus conventional paclitaxel and carboplatin for treatment of advanced epithelial ovarian, fallopian tube, or primary peritoneal cancer (JGOG 3016): a randomised, controlled, open-label trial. *Lancet Oncol* 2013;14(10):1020-6.