

İnvaziv Tuba Karsinomu; Olgu Sunumu

Aytaç YÜKSEL, Güler ATEŞER, Sinem ALBAYRAK KAYA, Fehmi ÜNAL,
Serdar ÇELİK, Birtan BORAN

ÖZET

Fallop tüpünün primer karsinomu en nadir karşılaşılan jinekolojik malignite dir (% 0,1-1,0). En sık rastlanan histolojik tipi ise adenokarsinomlardır. Genellikle bu tablo ovarian tümör ya da tubaovaryan kitle olarak yanlış teşhis edilebilmektedir. Bu nedenle teşhiste gecikme ve yanlış olabilmektedir. 51 yaşındaki, G4P3C1 olgumuz bilateral inguinal ağrı ve genital bölgede sarkma şikayeti ile kadın doğum polikliniğimize başvurdu. Jinekolojik muayenesinde 2. derecede desensus uteri, 2. derece rektosel, uterus yaklaşık 16-18 gebelik haftası cesamette, sola doğru büyümüş yumuşak kıvamlı kitle palpe edildi. USG'de uterus sol yan duvar komşuluğunda 12x9 cm boyutlarında solid görünümde yer yer kistik alanlar içeren kitle görüntüsü mevcuttu. Laparatomik eksplorasyonda; sol tubada yaklaşık 15x10 cm boyutlarında irregüler yüzeyle kitle ve ödemli tuba yapısı izlenmesi nedeniyle tubal karsinom tanısı ile total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi ve omentektomi yapıldı. Preoperatif tanısı oldukça zor olan bu patolojinin kesin tanısı genellikle intraoperatif veya postoperatif histopatoloji ile saptanabilmektedir. Prognoz kötü olmasına rağmen nadiren de olsa uzun dönem survi bildirilmiştir. Daha kapsamlı çalışmalar yapılabilmeye kadar bu hastalara klinik anlamda epitelyal over kanseri gibi yaklaşılmalıdır. Tuba karsinomunun tanı güçlüğü, agresif potansiyeli, nadir raslanmasına karşın artan insidansı nedeniyle olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelime: Primer fallop kanseri

SUMMARY

Primary Fallopian Tube Carcinoma

Primary fallopian tube carcinoma is a rare malignancy (% 0.1-1.0). Most detected hystological type is adenocarcinoma. Generally the prediagnosis of the cases are ovarian mass or tuboovarian abces provisionally. An 51 years old patient G4P3C1, complaining bilateral inguinal pain and prolapsus of the genitalia is presented. Gynecological examination revealed 2. degree descensus uteri and 2. degree rectocele. Uterus size was about 16-18 gestational weeks and a smooth mass was lying to the left pelvic region. Transvaginal USG revealed a solid, partially cystic mass, 12x9 cm in diameter, neighboring uterus to the left side. Laparotomy was performed and exploration revealed a mass of left fallopian tube 15x 10cm in diameter with irregular surface. Total abdominal hysterectomy, bilateral salphingo-oophorectomy and omentectomy were performed. A Cisplatin based chemotherapy was administered following the surgery. Preoperative diagnosis of this disease is difficult. Intraoperative or postoperative histopathological definitive diagnose is generally needed. Although survival of the patients are not satisfactory, long survives are reported in some cases. Up to present knowledge these patients should be treated as ephthelial ovarian carcinomas. We report this case due to difficulties in diagnosis and increasing incidence of the disease.

Key Word: Primary fallopian tube carcinoma

GİRİŞ

Fallop tüpünün adenokanseri kadın genital sistemin en nadir malignensilerinden biridir. Tüm jinekolojik kanserler içinde %1 den az görülür. Ortalama görülme sıklığı %0,3 olarak kabul edilmektedir (1,2). Ortalama görülme yaşı 55 (18-87)'dir. En sık tubanın ampulla kısmında görülür. Teshis edildiğinde olguların %20'si bilateraldir. Bol miktarda seröz veya seroanjinoz vajinal akıntı, pelvik ağrı ve pelvik kitle tuba kanserinin klasik belirti ve bulgularıdır. Ancak klinik tablo oldukça belirsiz veya özellik göstermeyen bir görünümde olabilir. Primer tuba kanseri, over kanserinde olduğu gibi uzun yıllar asemptomatik seyredebilir (2, 3). Bu yüzden tuba kanserinin tanısı oldukça zordur.

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

OLGU SUNUMU

51 yaşında, G4P3C1 olgumuz karın ağrısı, idrar kaçırma, genital bölgede sarkma şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın hikayesinde 8 yıl kadar önce karın ağrısı şikayetiyle doktora başvurduğu ve myom ön tanısı ile operasyon önerildiği ancak hastanın operasyonu kabul etmediği öğrenildi. Polikliniğimize başvurana kadar hastanın kontrollere gitmediği tespit edildi. Jinekolojik muayenesinde 2. derecede desensus uteri, 2. derece rektosel, uterus sol yan duvar komşuluğunda, uterusla birlikte hareket eden yumuşak kıvamlı kitle palpe edildi. Pelvik ultrasonografide uterus sol yan duvardan kaynaklanmış izlenimi veren 12x9 cm çapında yer yer kistik alanlar içeren solid görünümlü kitle tesbit edildi. Tümör markerlarından CA-125: 35,9 U/ml idi. Bu klinik bulgularla birlikte sekiz yıl önce de myom tanısı konmuş olması nedeni ile dejenere myoma uteri ve desensus uteri ön tanıları ile vajinal histerektomiye karar verildi. Vajinal histerektomi sırasında periton açıldıktan sonra pelvik boşluktan vajene tümöral kitleler döküldüğü izlendi. Hastada malignite düşünülerek

ayrıntılı eksplorasyon için laparotomiye geçildi. Laparotomik eksplorasyonda sol tuba kaynaklı yaklaşık 10 cm çapında gri kahve renkli, yumuşak kıvamlı, düzensiz yüzeyle kitle izlendi. Douglas boşluğunda tümöral kitleden kopan serbest parçalar mevcuttu. Uterus, sağ tuba, her iki over doğal görünümdeydi. Batın içi organlarda, omentumda, peritoneal yüzeylerde metastaz düşündürcek lezyonlara rastlanmadı. Hastaya total abdominal histerektomi + bilateral salpingo-ooferektomi + omentektomi yapıldı. Postoperatif patolojik incelemede sadece sol tuba ile sınırlı, tuba serozayı infiltrate etmiş, invaziv seröz adenokarsinom tespit edildi. Uterus, overler, sağ tuba ve omentumun patolojik incelenmesinde maligniyete rastlanmadı. Bu sonuçlarla hasta primer tuba karsinomu olarak değerlendirildi. Postoperatif erken dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif 6. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Tubalardaki tümör genellikle over, endometrium, gastrointestinal sistem veya meme gibi başka primer odaklardaki tümörün tubaya metastazı şeklindedir. Bu yüzden tanı için bu bölgelerden metastaz ekarte edilmelidir (2). Bizim olgumuzda, tümörün sol tubada sınırlı olması, overler, uterus ve batın içi diğer organlarda tümör odağının olmaması nedeniyle primer tuba kanseri teşhisi konmuştur.

Oldukça nadir görülen primer tuba kanseri, genellikle herhangi bir nedenle yapılan jinekolojik operasyon sırasında tesadüfen tanı konur. Preoperatif tanının konması oldukça güçtür. Hastaların %80'inden fazlasında cerrahiden önce pelvik veya abdominal kitle saptanır ve over kanseri ön tanısıyla operasyona alınırlar. Primer tuba kanseri tanısında vajinal veya pelvik ultrasonografi kitlenin büyüklüğünü ve yapısını göstermede önemlidir. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme metastazları göstermede yararlıdır. Tuba kanserlerinin büyük bölümünde CA 125 seviyesi normalin üstündedir. Bu yüzden bu hastaların tedavilerinin takibinde ve rekürrenslerin saptanmasında CA 125 seviyesi yararlı bir yöntem olarak kullanılabilir.

Bizim olgumuz myoma uteri ve desensus uteri nedeniyle operasyona alındı ve tanı vajinal histerektomi sırasında kondu. Literatürde CA 125 seviyesi %87 oranında yüksek bulunurken bu olguda normal sınırlar içerisinde tespit edildi.

Tuba kanseri olgularında pozitif vajinal smear oranı %10-25 arasında değişmektedir (1). Patolojik smear bulunan, ancak kanser odağı bulunmayan hastalarda tubal kanser odağı akla gelmelidir (3). Benzer şekilde postmenopozal kanama nedeniyle yapılan, fraksiyone küretaj endometrium karsinomu için negatif geldiğinde ve semptomlar devam ediyorsa tuba kanseri yönünden araştırılmalıdır (4).

Tuba kanseri, histolojik özellik ve davranış bakımından over kanserine benzer (2). Ancak literatürde tuba kanserinin over kanserine benzer görülmesine rağmen tubal kanserin daha erken ve tedavi edilebilir evrede yakalandığını bildiren yayınlar da vardır (5). Tuba ken-

serli hastaların % 50 den fazlası evre 1 ve evre 2 döneminde yakalanırken, over kanserlerinde % 60 dan fazlası evre 3-4 de yakalanmaktadır. Bu durum fallop tübii kanserlerinin over kanserlerine göre daha iyi prognozlu olduğunu göstermektedir (6).

Tuba kanserinin tedavisi over kanserine benzer. Primer tümörü çıkartmak, evreleme yapmak ve metastatik kitleyi küçültmek için laparotomi yapmak gerekir. Cerrahi sonrası, seçilmiş vakalarda radyoterapi de bir seçenek olmakla birlikte, en çok tedavi yöntemi kombine kemoterapidir (2).

Cerrahi tedavide total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooferektomi ve omentektomi önerilmektedir. Pelvik paraaortik ve inguinal lenf nodu diseksiyonlarının sağ kalıma olumlu etkisi olduğu gösterilmemiştir. Ancak tuba kanserinin yayılımı göz önüne alınırsa, lenf nodu diseksiyonu yararlı olabilir. İleri evre tümörlerde sitoreduktif cerrahi uygulanmalıdır (2).

Kemoterapide, özellikle sisplatin kullanılmaktadır. Over kanseri tedavisinde, alkileyici ajanlar primer olarak kullanıldığı için tüp kanserlerinde de kullanılmaktadır (2). Tam cerrahi evreleme yapılmayan, erken evre düşük risk grubundaki hastalar, adjuvan tedavi olarak tek ajan karboplatin tedavisi almalıdır. İlerlemiş hastalığı olan olgulara ise kombine paklitaksel ve karboplatin tedavisi önerilmektedir (7).

Doğru evrelendirilmiş hastalar ve sonuçları çok az olduğundan, tubada sınırlı kanser olgularının ek tedaviden ne derece fayda görebileceği bilinmemektedir (2). Erken evre (evre 1 ve evre 2) hastalıkta adjuvan tedavinin sağ kalım üzerine faydası olmadığına bildiren yayınlar vardır (1).

Bizim olgumuza cerrahi tedavi olarak total abdominal histerektomi + bilateral salpingo-ooferektomi + omentektomi yapıldı. Adjuvan tedavi olarak paklitaksel + karboplatin tedavisi verildi.

KAYNAKLAR

1. **Diasia PJ, Creasman WT:** Fallopian Tube Cancer. In: Creasman WT, Doherty M, Disaia PJ, Dinh TV, Hannigan EV, eds. *Clinical Gynecologic Oncology*. 5th ed. St. Louis, Mo: Mosby Year Book; 1997. 375-80.
 2. **Berek JS:** ovarian cancer. In Berek JS, ed. *Novak's Gynecology*. 13rd ed. Philadelphia Lippincott Williams and Wilkins; 2002. 1303-7.
 3. **Erez S:** Tuba Uterina kanserleri ve klinik evrelemeleri. İn: Atasü T, Aydın K, eds, *Jinekolojik Onkoloji* 2. nd ed. İstanbul, Logos; 1999. 490-4.
 4. **Osmanoğlu MA, Osmanoğlu S, Bozkaya H.** Primer tuba uterina kanseri: Olgu sunumu. *Erciyes Tıp Dergisi*, 2004; 26 (4): 197-200.
 5. **Gadducci A, Madrigali A, Ciancia EM, Campani D, Facchino V, Fioretti P.** The clinical, serological, pathological and immunocytochemical features of a case of primary carcinoma of the fallopian tube. *Eur J Gynaecol Oncol*. 1993; 14 (5): 374-9.
 6. **Roberts JA, Lifshutz S:** Primari adenocarcinoma of the fallopian tube. *Gynecol oncol*. 1982; 13: 301
 7. **Current management of fallopian tube carcinoma.** *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2002; 14(1): 27-32.
-