

OLGU SUNUMU

**ENDOMETRİOİD TUBAL KARSİNOM
OLGUSU (*)**

A CASE OF ENDOMETRIOID TUBAL CARCINOMA

**Dilşen OSKAY
Fatma Nur AKTAŞ
Ümit BAYOL
Bilge TARCAN
Füsun AKKAN ÖZGÜMÜŞTAŞ**

SUMMARY:

71 years old multipar woman complaining pelvic ache applied to SSK Soma Hospital and underwent operation with prediagnosis of adnexial mass. Tubal fusiform enlargement at exploration was evaluated in favor of tubal carcinoma and total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy was performed. Pathologic examination showed a 6.5x2.7x2.5 cm tumour localized in ampullary region of tuba uterina while other sites of specimen were within normal limits Histologic examination revealed a moderately differentiated endometrial type adenocarcinoma with papillary growth pattern. Although there were invasion to serosa, it was considered a stage I tumour since it was limited to tuba uterina. Neighboring tissue to tumour showed chronic interstitial salpingitis.

(Keywords: Carcinoma of Fallopian Tube)

ÖZET:

Kasık ağrısı yakınması ile SSK Soma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine başvuran 71 yaşındaki multipar kadın hasta adneksial kitle ön tanısı ile opere edilmiştir. Eksplorasyonda tubanın fuziform şekilde genişlediği görülerek tuba tümörü düşünülmüş ve total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi uygulanmıştır. Patolojik incelemede; genital sistemin diğer bölümleri yaşla uyumlu iken tubanın ampuller bölgesinde yerleşen, 6.5x2.7x2.5 cm boyutlarda tümöral kitle saptandı. Histopatolojik incelemede tümörün "papiller büyüme modeline sahip endometrioid tipte, orta derecede diferansiye bir adenokarsinom" olduğu görüldü. Tümör serozaya invaze olmakla birlikte tuba ile sınırlı olduğundan evre I olarak kabul edilmiştir. Tümöre komşu alanlarda kronik interstisyel salpenjit izlenmiştir.

(Anahtar Sözcükler: Fallop Tübü Kanseri)

Patoloji Bölümü (Doç.Dr.Ü Bayol, Bölüm Şefi, Uz.Dr.B Tarcan, Uz.Dr.FN Aktaş, Dr.D Oskay)

SSK Tepecik Eğitim Hastanesi 35100 Yenişehir - İZMİR

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği (Op.Dr.F Akkan Özgümüştas)

SSK Soma Hastanesi SOMA

Yazışma Adresi: Dr.D Oskay

(*) Olgu 20-26 Kasım 2001 tarihleri arasında Adana'da yapılan XV. Ulusal Patoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

Şef. Yard. ?

Tuba uterinanın primer karsinomu, kadın genital sistem kanserleri içinde en az (%0,1-1) görülenidir (1). Hastalar, doktora genellikle pelvik ağrı, vaginal akıntı ve kasıkta dolgunluk şikayetiyle gelmektedir (2). En sık görüldüğü yaş aralığı 50-70'dir (2-8). 35 yaşın altındaki olgulara nadiren rastlanmakla birlikte, literatürde 17 yaşında bir tuba karsinomu olgusu bildirilmiştir(6).

Tuba karsinomunun nedeni konusunda değişik görüşler mevcuttur. Bildirilen olguların çoğunluğu hiç doğum yapmamış kadınlardır (2,3,5). Tubal enfeksiyonların primer tuba karsinomu öncüsü olduğu görüşü istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte, literatürde primer tuba karsinomu ve tüberküloz salpenjit birlikteliği gösteren olgu sunumları mevcuttur (2,9).

Tuba karsinomu genellikle tek taraflı olup, %27'ye varan bilateralite oranları bildirilmektedir (2,8). Tümörler tubanın her segmentinde görülebilmekle birlikte en sık ampullada izlenmektedir (2).

Tuba karsinomlarının %50'sini seröz tümörler oluşturmaktadır. İkinci sıklıkla (olguların 1/3'ü) endometrioid tipte adenokarsinom görülmektedir (10). Ayrıca müsinöz, berrak hücreli, değişici epitel, anaplastik ve epidermoid karsinomlar, literatürde olgu sunumları tarzında yer almaktadır (10-12).

Endometrioid karsinomlar özellikle papiller büyüme modeli (villoglandüler) gösteren genellikle iyi ya da orta derecede diferansiye tümörler olup iyi prognoza sahiptir. Nükleer atipinin belirgin olduğu olgularda grade bir derece yükseltilmelidir. (5)

Ayrırcı tanıda seröz karsinom düşünülmelidir. Seröz karsinomlarda papiller sapsar daha kısa, hücreler yuvarlak, sanki papiller saptan düşüverecek gibi tomurcuklar oluşturmuştur. Lümeneye bakan sınırlarında deniz tarağı görünümü mevcuttur ve endometrioid karsinoma göre tümör hücrelerinin nükleusu daha pleomorfik ve atipiktir. (5)

Günümüzde tuba karsinomları için 1992 yılında International Federation of Gynecologist and Obstetricians (FIGO)'ın

önerdiği, tümörün tuba duvarındaki derinliğini esas alan evreleme sistemi kullanılmaktadır. (2,5)

OLGU

NB, 71 yaşında kadın hasta, SSK Soma Hastanesi Jinekoloji Polikliniği'ne 3-4 aydır devam eden kasık ağrısı yakınmalarıyla 10.07.2001 tarihinde başvurmuştur. Anamnezinde multipar (6 doğum) olduğu saptanan hastada 2 kez yapılan küretajla elde edilen materyallerin patolojik bakışında endometrium, yaşa uygun sınırlarda değerlendirilmiştir.

Olgunun operasyonu sırasında, sağ adnekte, tubayı genişleten kitle görülüp total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi uygulanmıştır. Materyal, SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Patoloji Laboratuvarı'nda incelemeye alınmıştır (Patoloji Prot.No:4001/01). Dış bakıda; her iki over, sol tuba ve uterus olağan sınırlardadır. Sağ tubanın fimbrial ucunun kapalı olduğu ve tubanın ampuller bölgesinin 6.5x2.7x2.5 cm boyuta ulaştığı, serozal yüzeyinin düzgün olduğu izlenmiştir. İstmik tuba segmenti 0.5 cm çaptadır. Tubanın kesit yüzünde lümeni doldurup genişleten, kolay parçalanır nitelikte, granüler ve papiller desen gösteren tümör dokusu izlenmiştir.

Mikroskopik incelemede; sol tuba ve her iki over normal, endometrium yaşa uygun olarak değerlendirilmiştir. Sağ tubada, lenfoplazmositer bir yanıt bandı ile çevrili tümör dokusunda, papiller büyüme modeli dikkati çekmiştir. Tümör, ince fibrovasküler sap üzerinde dizilmiş, sekonder adenoid ve tübüler yapılar oluşturan hücrelerden oluşmaktadır. Ayrıca, papiller sapsarlarda lenfoplazmositer yangısal yanıt izlenmiştir. Tümör hücreleri; geniş asidofilik stoplazmalı, küboidal olup, lümeneye bakan yüzlerinde belirgin fırçamsı kenarları, santralde yuvarlak veya oval bir nükleusları bulunmaktadır. Tümör dokusunda mitoz belirgin olup, pleomorfizm orta derecededir. Papiller sapa uzak kalan tümör hücrelerini ilgilendiren harita benzeri nekroz alanları saptanmıştır. Lezyonda birkaç mikroskopik odakla sınırlı distrofik kalsifikasyon da izlenmektedir. Endome-

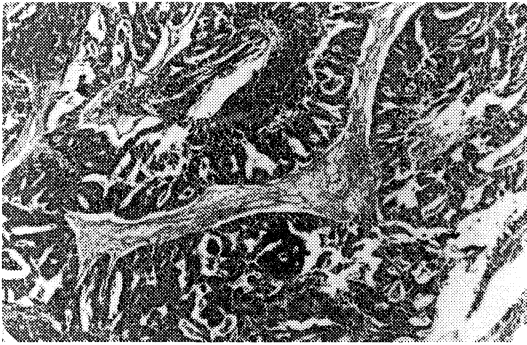
rioid paternin belirgin olduğu tümör dokusunda papiller alanlar yanısıra yer yer solid alanlara da rastlanmakta ve bu alanlarda sekonder kribriformite dikkati çekmektedir. Bu bulgularla, tümörün histolojik grade'i 2 ve nükleer grade'i 2 olarak değerlendirilmiştir. Tümör dokusu ile istmik tubadaki normal epitele geçiş keskindir.

Tümör, mikroskopik düzeyde serozaya invaze olup tuba ile sınırlıdır. Bu bulgularla tümör, FIGO evlereleme sistemine göre Evre I olarak kabul edilmiştir.

Ayrıca, genişleyen lümenine komşu dar lümeninde, lenfoid follikül tarzında lenfoplazmositer yanıt, kronik interstisiyel salpinjite ilişkin bağ dokusu ve vasküler artım izlenmiştir.



RESİM 1: Makroskopi: Tubayı genişletip lümenini dolduran granüler tümör dokusu



RESİM 2: HEx50 Tümörde, papiller saplar, silindirik tümör hücreleri, kribriformite venekroz.

TARTIŞMA

Tuba uterinanın primer karsinomu çok

nadir olup jinekolojik tümörlerin %0.1-1'ini oluşturmaktadır (1).

Tuba karsinomlu hastalar, genellikle pelvik ağrı ve vaginal akıntı şikayetleri ile doktora başvuran yaşlı bayanlardır (2-8). 71 yaşındaki olgumuz da pelvik ağrı şikayeti ile doktora başvurmuştur.

Olgular genellikle operasyon sırasında tanı almaktadırlar (2,5). Kurjak ve arkadaşlarının, 1988 yılında yayınladıkları 8 olguluk serilerinde; trans vaginal renkli Doppler ultrasonografi yönteminin tubal karsinom ve benin adneksiyal patolojileri ayırmada daha güvenilir ve ucuz bir yöntem olduğu vurgulanmıştır (13). Olgumuzda preoperatif küretaj uygulanmış ancak taniya ulaşılammıştır. Operasyon sırasında tubal kitle varlığı görülmüş ve total abdominal histerektomi ve bilateral salpingoofektomi uygulanmıştır.

Tuba karsinomu, tubanın her segmentinde görülebilmekle birlikte en sık ampullada izlenmektedir (2). Makroskopik olarak genellikle tuba lümeni, papiller veya solid tümör ile genişlemiş ve olguların %50'sinde fimbrial uç kapanmıştır (5). Ancak insitu ve erken invaziv tümörlerde tubada şekil ve boyut farkı belirgin değildir. Bazen tümör, fimbrial uçtan taşabilmektedir. İnfiltratif büyüme paternine sahip tümörler Linitis Plastica tarzında tuba duvarını kalınlaştırabilmektedir. İleri evre olgularda tuba, tümör kitlesi halinde solid veya yarı-kistik olabilmektedir (2).

Olgumuzda tümör sağ adnekte ampuller bölgede yerleşmiş olup fimbrial uç kapanmıştır.

Tuba karsinomlarının çoğu overin seröz adenokarsinomuna benzemektedir. Endometrioid alt tip ise ikinci sıklıkla izlenmektedir (10). Diğer karsinom tipleri genellikle tek olguluk sunumlar şeklindedir (11,12). Alvarado ve arkadaşlarının 9 olguluk tuba karsinomu serisinde 3 olgu (%33.3) endometrioid karsinomdur (6). Rabczynski ve Ziolkowski, 1999 yılında 20 olguluk primer endometrioid tipte tuba karsinomu serisi yayınlamış ve bu histolojik tipin primer tuba karsinomu olgularının %42.5'ini kapsadığını belirtmişlerdir (4). Olgumuzda, papiller sapları döşeyen çok sıralı epitelde, glandüler ve

tübüler büyüme modeli gösteren küboidal hücrelerin oluşturduğu tümör dokusu izlenmiştir. Olguya belirgin mitoz ve nükleer pleomorfizm de eşlik etmektedir. Bu morfolojik bulguları ile "Papiller büyüme modeline sahip, orta derecede diferansiye endometrioid adenokarsinom" olarak değerlendirilmiştir.

Tuba karsinomları, histolojik olarak, büyüme modeline göre; iyi orta ve az diferansiye şeklinde gruplanmaktadır (2). Olgumuzda, papiller alanlar yanısıra, solid ve glandüler alanlar izlenmektedir. Büyük büyütmelerde atipik mitoz yanı sıra çok sayıda mitoz ve nükleer pleomorfizm izlenmiş olup, orta derecede diferansiye adenokarsinom olarak değerlendirilmiştir.

Tubal enfeksiyonların primer tuba karsinomu öncüsü olduğu görüşü, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte literatürde, primer tuba karsinomu ve tüberküloz salpenjit birlikteliği gösteren olgu sunumları vardır (2,9).

Olgumuzda tümör, ampuller bölgede yerleşmiş olup fimbrial uç kapalıdır. Serozaya invaze olmakla birlikte tuba ile sınırlı olan tümör FIGO evreleme sistemine göre Evre I olarak kabul edilmiştir.

Alvarado ve arkadaşlarının, 1999 yılında yayınladıkları 105 olguluk serilerinde; Evre I tümörlerde tuba duvarındaki invazyon derinliği ve tümörün tubal yerleşiminin (fimbrial veya non-fimbrial) önemli

prognostik parametreler olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada; evrenin en değerli prognostik faktör olduğu, fimbrial ucun kapalı olmasının sınırlı düzeyde anlamlı olduğu, yaş faktörünün prognostik değerinin olmadığı vurgulanmıştır (14).

Rabczynski ve Ziolkowski'nin, primer endometrioid tipte tuba karsinomu olan 20 olguluk çalışmada; endometrioid karsinomun, tuba duvarında yüzeysel invazyon yapma eğilimi olduğu, olguların yarısında damar invazyonu bulunmasına rağmen genellikle erken evrede tanı aldıkları saptanmıştır (4).

Baekelendt ve arkadaşları, 2000 yılında yaptıkları 151 olguluk bir çalışmada; hastalık evresi, artık tümör varlığı ve tubanın hidrosalpinks gibi görülmesinin bağımsız prognoz belirleyicileri olduklarını saptamışlardır. Aynı çalışmada, sadece Evre I tümörler dikkate alındığında; tuba duvarında infiltrasyon derinliği ve operasyon sırasında tümör rüptürü bağımsız prognoz belirleyicileri olarak gösterilmiştir (15).

Tuba karsinomlarının over tümörlerine göre, erken evrede tanı konmasının nedeni, tubal dilatasyona bağlı gelişen pelvik ağrı ve düzensiz kanamalı akıntı yakınmaları ile hastaların, erken dönemde doktora başvurmalarıdır (2,3). Olgumuza da bu şekilde erken tanı konması, klasik tuba karsinomunun klinik seyrine uygundur. Henüz yeni tanı almış olgumuzun izlemi devam etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Friedrich M, Villena-Heinsen C, Schweizer J, Hollander M, Stieber M, Schmidt W. Primary tubal carcinoma: a retrospective analysis of four cases with a literature review. **Eur J Gynaecol Oncol** 1998 ; 19(2) : 138-43.
2. Fox H, Wells M, Haines and Taylor **Obstetrical and Gynaecological Pathology**. New York: Churchill Livingstone;643.
3. Schneider C, Wight E, Perucchini D, Haller U, Fink D. Primary carcinoma of the fallopian tube. A report of 19 cases with literature review. **Eur Gynaecol Oncol** 2000 ; 21(6) : 578-82
4. Rabcynski P. Primary endometrioid carcinoma of the fallopian tube. Clinicomorphologic study. **Patol Oncol Res** 1999 ; 5(1) : 61-6.
5. Kurman R.J. **Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract**. New York: Springer-Verlag; 1994 ; 547.
6. Alvarado-Cabrero I, Navani SS, Young RH, Scully RE. Tumors of the fimbriated and of the fallopian tube: a clinicopathologic analysis of 20 cases, including nine carcinomas. **Int J Gynecol Pathol** 1997 Jul ; 16(3) : 189-96.
7. Navani SS, Alvarado - Cabrero I, Young RH, Sully RE. Endometrioid carcinoma of the fallopian tube: a clinicopathologic anlysis of 26 cases. **Gynecol Oncol**. 1996 Dec ; 63(3) : 371-8.
8. Ploszynski A, Grzybowski W, Wojtylak S, Adamcio-Deptulska M, Mielnik J. Primary carsinoma of the fallopian tuba: a clinicopathological study of 11 cases. **Ginecol Pol** 2000 Sep ; 71(9) : 1184-8.
9. Wiskind AK, Dudley AG, Majmudar B, Masterson KC. Primary fallopian tuba carcinoma with co-existent tuberculous salpingitis: a case report. **J Med Assoc Ga** 1992 Feb ; 8(2) : 77-81.
10. Sternberg SS. **Diagnostic Surgical Pathology**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Volume II, 1999 ; 2404-6.
11. Gerson R, Serrano A, Dolengevich H, De Leon B, Villalobas A, Kavanagh JJ, Kudelka AP. Anaplastic carcinoma of the fimbriated end of the fallopian tube as an incidental finding. **Eur J Gynaecol Oncol** 1998 ; 19(5) : 431-3.
12. Rabczynski J, Kochman A, Hudziec P. Primary urothelial carcinoma of the fallopian tuba. **Przegl Lek** 1998 ; 55(11) : 572-5.
13. Kurjak A, Kupesic S, Ilijas M, Sparac V, Kosuta D. Preoperative diagnosis of primary fallopian tuba carcinoma. **Gynecol Oncol** 1998 Jan ; 68(1) : 29-34.
14. Alvarado-Cabrero I, Young RH, Vamvakas EC, Scully RE. Carcinoma of the fallopian tube: a clinicopathological study f 105 cases with observations on staging and prognostic factors. **Gynecol Oncol** 1999 Mar ; 72(3) : 367-79.
15. Baekelendt E, Jorunn Nesbakken A, Kristensen GB, Trope CG, Abeler VM. Carcinoma of the fallopian tube. **Cancer** 2000 Nov 15(10) : 2076-84.