

PRİMER TUBA KANSERİ

Mert KAZANDI, Levent AKMAN, Mustafa Coşan TEREK, Çağdaş ŞAHİN, Aydın ÖZSARAN, Yılmaz DİKMEN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İzmir

ÖZET

Primer tuba kanseri tüm jinekolojik kanserlerin sadece %0.3-%1.1'ni oluşturur. Primer tuba kanseri nadirdir ve agresif seyir gösterir. Epidemiyolojik, biyolojik ve prognostik karakteristikleri hakkındaki bilgiler sınırlı olduğu için standart bir tedavi geliştirilememiştir. Çoğu adenokarsinomadır ve evre prognostik olarak önemlidir. Karakteristik klinik semptomları vajinal kanama, akıntı ve pelvik ağrıdır. Tedavisi epitelial over kanserlerinde olduğu gibi cerrahi ve kemoterapiyi içermektedir. Biz otuz yıldır postmenopozal dönemde, 76 yaşında daha önce bir vajinal doğumu olan hastada sol tubanın primer karsinomunu (evre IIIa) olgu olarak sunmayı amaçladık. Operasyon sonrası hasta halen endoxan ve karboplatin kemoterapisi almaktadır.

Anahtar kelimeler: primer kanser, tuba

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (TJOD Derg), 2010; Cilt 7: (Özel Sayı 1): Sayfa 77- 9

SUMMARY

PRIMARY ADENOCARCINOMA OF THE FALLOPIAN TUBE

Carcinoma of the fallopian tube accounts for only 0.3 to 1.1% of all gynecologic malignancies. Primer carcinoma of fallopian tube is a rare and aggressive cancer. It is not diagnosed until at an advanced stage. Because its epidemiologic, biologic and prognostic characteristics are not well known, no standart treatment has been developed. Most of them are adenocarcinomas. Stage is significant prognostic factor. Typical clinical symptoms are vaginal bleeding, watery discharge and pelvic pain. Tubal carsinomas are treated with surgical and chemotherapeutic approach as epithelial ovarian cancer. We reported a 76 year-old woman with primer fallopian tube carcinomas. The case presented with postmenopausal vaginal bleeding. Endometrial curettage showed no abnormal findings. However, we performed laparotomy because of ongoing vaginal bleeding after currettage and left adnexal mass. In the laparotomy, left tube was observed hydropic. The histopathologic result of the left tube revealed primer fallopian tube adenocarcinoma. We performed hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy. She has been given chemotherapy (endoxan-carboplatin) treatment for 4 mounths.

Key words: fallopian tube, primary carcinoma

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2010; Vol 7: (Special Issue 1): Pages 77- 9

Yazışma adresi: Doç. Dr. Mert Kazandı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir
Tel.: (0232) 390 17 00

e-posta: mkazandi@yahoo.com

Alındığı tarih: 14.12.2009, revizyon sonrası alınma: 14.12.2009, kabul tarihi: 29.12.2009

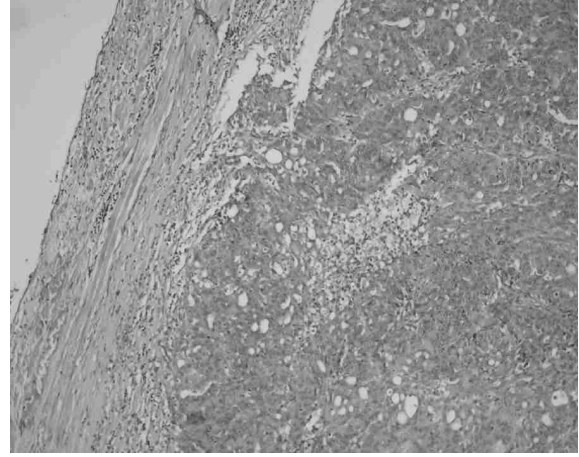
GİRİŞ

Tuba kanseri tüm jinekolojik malignitelerin % 0.3-1.1'ini oluşturmaktadır (1,2). Primer tuba kanseri nadirdir ve agresif seyir gösterir(3). En önemli prognostik faktör evredir. Vajinal kanama, sulu akıntı ve pelvik ağrı en sık gözlenen semptomlardır. Operasyon öncesinde tanı konması güçtür. Ortalama görülme yaşı 50-60 arasındadır(4-6). Genellikle abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi operasyonu uygulandığında insidental olarak saptanır. Tuba uterina kanserlerinin histolojik özelliği overyan kanserlere benzemektedir. Tuba uterina kanserlerinin evrelemesi, cerrahi olarak FIGO evrelemesine göre yapılır. Önceleri tedavide radyoterapi kullanılırken ,günümüzde cerrahiye ek olarak karboplatin ve paclitaxel kemoterapisi kullanılmaktadır.

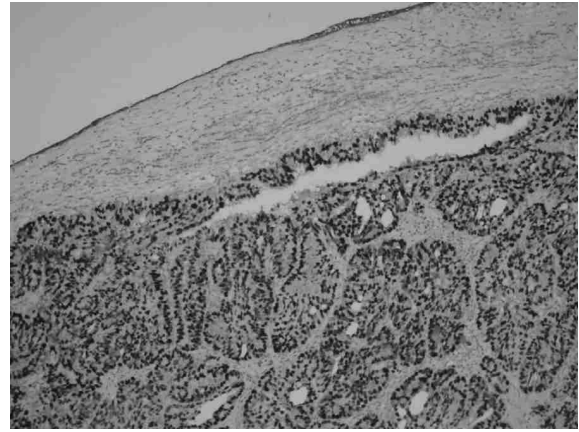
OLGU

76 yaşında otuz yıldır postmenopozal dönemde, daha önce bir vajinal doğumu olan hasta kliniğimize vajinal kanama şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde diabetes mellitus ve hipertansiyon hastalığı vardı. Hastanın yapılan ultrasonografik incelemesinde sol adneksiyal lojda solid komponenti daha yoğun olan, kistik içerik de barındıran 54x37 mm boyutunda kitle izlendi. Tümör belirteçlerinden CA-125:43.63 mIU/ml olmasının dışında diğerleri normaldi. Hiperglisemi dışında diğer biyokimyasal tetkikleri ve tam kan sayımlarında anormallik saptanmadı. Hastaya yapılan endometrial ve servikal örneklemede kronik endoservisit ve atrofik endometrium saptandı. Daha sonra laparotomi uygulanan hastada gözlemlenilen sol tubanın 4x5 cm çapında fimbriyal uca yakın olacak şekilde hidropik görünümde, uterus arkasına ve sigmoid mezosuna yapışık izlendi. Uterus, sol over ve sağ adneks normal görünümde idi. Diğer bati organlarında patoloji saptanmayan hastaya total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi yapıldı. Sol adneksin frozen inceleme sonucunun malign bildirilmesi üzerine; omentektomi, sağ ve sol pelvis yan duvarı peritonundan, mesane peritonundan ve sigmoid mezosundan biyopsiler alındı, operasyon sonrası bati yıkaması işleme son verildi. Histopatolojik değerlendirmede, sol kötü diferensiyel tuba adenokarsinomu ve yapışıklığın olduğu sigmoid mezosunda 0.1

mm'den küçük mikroskopik tümör odağı saptandı (Resim 1-2). Diğer pelvik organlarda tümör izlenmedi. Operasyon öncesi ve sonrasındaki bati yıkamalarında malign hücre görülmedi. Toraks ve bati bilgisayarlı tomografi incelemelerinde patoloji saptanmadı. Hastaya operasyon sonrasında endoksin ve karboplatin kemoterapisi başlanmıştır.



Resim 1: Lümeni doldurup duvara yayılan tümöral oluşum (H&E X10).



Resim 2: Tümörün P53 ile kuvvetli pozitif boyanması (X10).

TARTIŞMA

Tubanın metastatik tümörleri primer tümörlerinden daha sık görülür. Genellikle over ve endometriyum metastazları görülür. Tuba kanserleri over kanserlerine benzer şekilde evrelendirilir. Tümörün orijini sıklıkla ampulla ve fimbriyaldır. Tümörün yayılımı genellikle lokal invazyon, transluminal migrasyon, lenfatik ve kan dolaşımı yolu ile olmaktadır(7). Fallop tüpünün malign lezyonlarında CA-125 artışı saptanabilmektedir. Bu nedenle hastalığın tanı ve takibinde CA-125 düzeyi

kullanılmaktadır⁽⁸⁾.

Hastalığın etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Ancak hastaların yaklaşık %35'ni nulliparlar oluşturmaktadır⁽⁹⁾. Vajinal kanama, vajinal akıntı, kramp tarzı pelvik ağrı ve adnexiyal kitle sık görülen semptomlardır⁽¹⁰⁾. Özellikle vajinal kanama, sulu bir akıntı ile ilişkilidir. Olgumuzda CA-125 yüksekliği ve anormal vajinal kanama şikayeti mevcuttu. Olgumuzda da olduğu gibi vajinal akıntı ile ilişkili anormal vajinal kanamalarda, endometrial değerlendirmede patoloji saptanmaz ise tuba karsinomu gibi farklı tanılar akılda olmalıdır.

Fimbrial ucun açıklığı, yaş ve tümör differansiasyonu bazı önemli prognostik faktörlerdendir. Fimbrial uç açıksa prognoz daha kötüdür. Alvarado ve arkadaşları fimbrial ucun kapalı olmasının evre I ve IIA tümörle ilişkili olduğunubildirmişlerdir⁽¹⁰⁾. Ancak vasküler invazyonu prognozla ilişkili bulmamışlardır. Histolojik olarak papiller özellikler gösteren, seröz karsinomlar en sık gözlenen tiptir. Ancak seröz ve transizyonel hücreli karsinomla karşılaştırıldığında endometrioid tipte daha uzun bir yaşam beklentisi izlenmektedir. Primer tuba kanserinde tüm evrelere göre 5 yıllık yaşam yaklaşık %30-50'dir⁽¹¹⁾. Evrelere göre değerlendirildiğinde bu oranları Kosary ve arkadaşları evre I'de %95, evre II'de %75, evre III'de %69 ve evre IV'de %45 olarak bildirmiştir⁽¹²⁾. Tedavide evre I/II olan hastaların %46'sına sadece cerrahi tedavi uygulanmışken, evre III/IV olan hastaların ise %68'ine cerrahi tedavinin yanına kemoterapi eklemişlerdir. Vaughan ve arkadaşları ise bu oranları evre I için %73, evre II için %33 ve evre III için % 0 olarak bildirmişlerdir⁽¹³⁾. 5-10 yıllık yaşam süreleri ile grade arasında anlamlı ilişki göstermişlerdir (evre I-II vs III, p=0.0023). Evre II hastaların yarısına kemoterapi uygulanmıştır. Bu hasta grubu kemoterapi almayanlarla karşılaştırıldığında ortalama ve 5 yıllık yaşam süresi daha üstün bulunmakla beraber, sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmalar değerlendirildiğinde, 5 yıllık sağ kalım oranları göstermektedir ki, erken evrede hastalığın tanısının konması önemlidir.

Tuba kanseri nadir görüldüğü için erken dönemde optimal tedavi belirlenememiştir. Cerrahi sonrası ek radyoterapi ve kemoterapinin gerekliliği hastaya göre değişmektedir. Günümüzde tuba kanseri olan hastalar, epitelyal over kanserli hastalar gibi benzer cerrahi evreleme, debulking ve adjuvan kemoterapi olarak

tedavi edilmektedir. Hastalar genellikle ileri evrelerde saptanmaktadır, klinik seyir ve tedavi seçenekleri için daha ileri çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Nordin AJ: Primary carcinoma of the fallopian tube: a 20-year literature review. *Obstet Gynecol Surv.* 1994; 49: 349-61.
2. Yoonessi M. Carcinoma of the fallopian tube. *Obstet Gynecol Surv.* 1979; 34: 257- 70.
3. Maluf FC, Carvalho JP, Carvalho FM, et al. Aggressive multimodality treatment in transitional cell carcinoma of the parafallopian tube: Report of 2 cases and review of the literature. *Gynecol Oncology* 2006; 102: 381- 5.
4. Chin H, Matsui H, Mitsuhashi A, et al. Primer Transitional Cell Carcinoma of the Fallopian Tube: A case Report and Review of the Literature. *Gynecol Oncology* 1998; 71: 469-75.
5. Kawakami S, Togashi K, Kimura I, et al. Primer malignant tumor of the fallopian tube: appearance at CT and MR imaging. *Radiology* 1993; 186: 503- 8.
6. Schneider C, Wight E, Perrucchini D, et al. Primary carcinoma of the fallopian tube. A report of 19 cases with literature review. *Eur J gynecol Oncol* 2000; 21: 578- 82.
7. Riska A, Leminen A, Pukkala E. Sociodemographic determinants of incidence of primary fallopian tube carcinoma, Finland 1953-1997. *Int J Cancer.* 2003; 104: 643- 5.
8. Baekelandt M, KOckx M, Wesling F, et al. Primary adenocarcinoma of the fallopian tube: review of the literature. *Int J Gynecol Cancer.* 1993; 3: 65- 71.
9. Rabczynski J, Ziolkowski P. Primary Endometrioid Carcinoma of Fallopian tube; Clinicomorphologic Study. *Pathology Oncology Research* Vol 5, No 1, 1999.
10. Alvarado-Cabrero I, Young RH, Vamvakas EC, et al. Carcinoma of the Fallopian Tube: A Clinopathological Study of 105 Cases with Observations on Staging and Prognostic Factors. *Gynecol Oncology* 1990; 72: 367- 79.
11. Mehmet AO, Selen O, Hasan B. Primer Tuba Uterina Kanseri: Bir olgu sunumu. *Erciyes Tıp Dergisi.* 2004; 26: 197- 200.
12. Kosary C and Trimble EL. Treatment and Survival for Women with Fallopian Tube Carcinoma. *Gynecol Oncology* 2002; 86: 190- 1.
13. Vaughan MM, Evans BD, Baranyai J, et al. Survival of patients with primary fallopian tube carcinoma. *Int J Gynecol Cancer.* 1998; 8: 16- 22.