

PRİMER TUBA UTERİNA KANSERİ: OLGU SERİSİ

Kemal GÜNGÖRDÜK, Özgür AKBAYIR, Ceyhun NUMANOĞLU, Engin ODABAŞ, Hasan Cemal ARK, Ahmet GÜLKILIK

Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZET

Primer fallop tüp adenokarsinoması, kadın genital sisteminin en nadir malignansilerin'den biridir. Histopatolojik yapı ve davranış olarak over karsinomu ile benzerlik gösterir. Bu makalede onkoloji kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında tanı almış yedi tuba kanseri olgusu sunulmuştur. Hastaların tümüne, batı sıvısı örnekleme, total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi, omentektomi, apendektomi, pelvik lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Adjuvan kemoterapi protokolüne alındı. Sonuç olarak, primer tuba karsinomu olgularına preoperatif tanı koymak zordur. Bu tümör için patognomonik sayılan "hydrops tubae profluence" semptom kompleksine çok nadir rastlanılır. Klinik seyir, prognostik faktörleri daha iyi tanımlayacak yeni çalışmalara gereksinim olduğu gibi hastalığın her evresine uygun tedavi belirlenmelidir.

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği DERGİSİ, 2007; Cilt: 4 Sayı: 3 Sayfa: 208- 13

Anahtar kelimeler: hydrops tubae profluence, primer fallop tüp karsinomu

SUMMARY

Primary Adenocarcinoma of the Fallopian Tube: A Case Series

Primary fallopian tube carcinoma is a rare tumor that histologically and clinically resembles primary ovarian carcinoma. In this article, seven patients with primary fallopian tube carcinoma who were managed at our clinic between 2002 and 2007 were evaluated. All cases were treated by total abdominal hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, omentectomy, appendectomy and lymph node dissection followed by chemotherapy. Fallopian tube carcinoma is rarely suspected preoperatively. The symptom complex of 'hydrops tubae profluence', said to be pathognomonic for this tumor, is rarely encountered. Appropriate therapy for each stage of the disease should be defined, and further studies are required to better depict the clinical course and; prognostic factors.

Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society, 2007; Vol: 4 Issue: 3 Pages: 208- 13

Key words: hydrops tubae profluence, primary fallopian tube carcinoma

GİRİŞ

Tuba uterina'nın adenokarsinoması, kadın genital sisteminin en nadir malignansilerin den biridir. Tüm jinekolojik kanserlerin, yaklaşık % 0.14-1-8'ini oluşturur⁽¹⁾. Histopatolojik yapı ve davranış olarak over karsinomu ile benzerlik gösterir. Başvuru semptomları değişken ve non-spesifiktir. Bu nedenle preoperatif tanı koymak zordur⁽²⁾.

Tanı genellikle başka bir nedenle uygulanan operasyonlar sırasında konulabilir. Beş yıllık sağ kalım oranı evrelere bakılmaksızın %30-50 oranında bildirilmektedir⁽²⁾. Nadir görülmesi, cerrahi sonrasında adjuvan tedavi ve prognoz hakkında farklı görüşler içeren çalışmalar söz konusu olması, nedeniyle kliniğimizde primer tuba kanseri tanısı konulan ve tedavi edilen yedi olguyu (Tablo I) literatür bilgileri ışığı altında sunmayı uygun bulduk.

Yazışma adresi: Dr. Kemal Güngördük, Ortbitişik Bağlar sok. Nur ap. no.13/5 Kartaltepe, Bakırköy

Tel.: (0505) 492 17 66

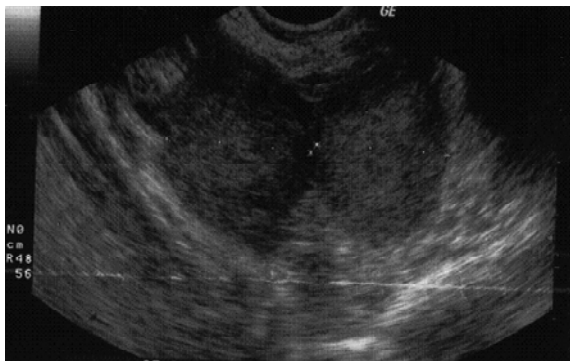
e-mail:maidenkemal@yahoo.com

Alındığı tarih: 01.03.2007, revizyon sonrası alınma: 22.05.2007, kabul tarihi: 25.05.2007

OLGULAR

Olgu I

Gravida 0 parite 0 olan 46 yaşındaki hasta, jinekoloji kliniğine son iki aydır karın ağrısı ve karında şişlik şikayetleri ile başvurdu. Öz geçmişinde bir özellik saptanmadı. Jinekolojik muayenede sağ adneksiyel alanda yaklaşık 50x60 mm boyutlarında solid kitle, sol over palpe edilemiyor ve uterus normal boyutlarda idi. Fizik muayenede pelvik hassasiyet dışında bir özellik belirlenemedi. Yapılan transvajinal ultrasonografide, sağ adneksiyel alanda bilobule kum saati görünümünde 52x30x31 mm ve 52x27x30 mm boyutlarında solid eko veren kitle izlendi. Manyetik rezonans incelemesinde, sağ adneksiyel alanda birbirleri ile direk komşuluk gösteren 56x29x33 mm ve 46x30x30 mm boyutlarında solid özellikte kitle lezyon görüldü (Resim 1). Tümör belirteçlerinden CA 125, CA 19-9, CEA, B-hCG ve AFP normal sınırlarda idi. Hastaya adneksiyel kitle ön tanısı ile batın sıvısı örnekleme, total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi, parsiyel omentektomi, apendektomi, pelvik lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Histopatolojik incelemeler sonucunda primer tubal adenokarsinom tanısı konuldu. FIGO klasifikasyonuna göre Evre IB grade II olarak değerlendirildi ve kemoterapi protokolüne alındı. Hasta 60 aydır halen sağ olup altı ayda bir takiplere gelmektedir. Takipleri sırasında patolojik muayene bulgusuna rastlanılmamıştır.



Resim 1: Birinci olgunun ultrasonografik görüntüsü.

Olgu II

50 yaşında, gravida 2, parite 2, üç yıldır menopozda olan hasta, postmenopozal vajinal kanama ve son iki aydır alt karın bölgesinde ağrı ve şişkinlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın dört yıldır diabetes mellitus hastası olduğu ve tedavi gördüğü öğrenildi.

Yapılan jinekolojik muayenede uterus atrofik, sol adneksial bölgede ele gelen sert fikse kitle saptandı. Transvajinal ultrasonografide; sol adneksial alanda 55x40 mm çapında semi-solid kitle tespit edildi. Uterus ve endometriyum atrofik olarak değerlendirildi. Yapılan fraksiyone küretajda; benign endoservikal görünüm saptandı. CA-125: 270.8 U/ml, CA19-9: 75.97 U/ml, CEA: 4.52 ng/ml, B-hCG: 1,25 mIU/ml, AFP: 1.26 olarak bulundu. Over tümörü ön tanısı ile laparotomi kararı verildi. Eksplorasyonda, sol tubadan kaynaklanan yaklaşık 50x60 mm boyutlarında kistik kitle mevcuttu (Resim 2). Sol salfenjektomi uygulandı. Frozen section incelemesi için yollandı ve tetkik sonucunun tubal kanser lehine bildirildi. Hastaya bu nedenle, batın sıvısı örnekleme, total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi, total omentektomi, apendektomi, pelvik-paraaortik lenfadenektomi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonucunda tubal papiller adenokarsinom tanısı konuldu. Tümörün evresi Evre IA grade II olarak değerlendirildi ve kemoterapi protokolüne alındı. Hastanın düzenli olarak 24 ay takipleri yapılmıştır daha sonra hastaya ulaşılamamıştır.



Resim 2: Primer tubal adenokanserin intraoperatif görünümü.

Olgu III

Gravida 4, parite 2, abort 2 olan 46 yaşındaki hasta, kriptojenik karaciğer sirozu tanısı ile interne edildiği başka bir sağlık kurumunda yapılan parasentez sonucu malign sitoloji (papiller adenokarsinom) gelmesi ve bunun over kaynaklı olabileceğinin düşünülmesi üzerine kliniğimize sevk edilmişti. Öz geçmişinde bir özellik saptanmadı. Jinekolojik muayenede adneksler ve uterus yaygın asitten dolayı net değerlendirilemedi. Fizik muayenede batında yaygın asit olması dışında bir özellik bulunmadı. Yapılan transvajinal ultrasonografide,

genital organlara ait patoloji izlenmedi. Ancak rektuma uyan bölgede kuşku bir papiller oluşum görüldü (Resim 3). Batın bilgisayarlı tomografi tetkikinde sol over sahasında en geniş yerinde yaklaşık 5 cm çaplı olan heterojen dansitede yoğunluk artışı, asit ve omental kek saptandı. Gastroskopi ve kolonoskopi muayeneleri normal idi. Tümör belirteçleri Ca125: 200 U/ml, B-hCG:2.13 mIU/ml, CEA: 1.3 ng/ml, CA 19-9: 7 U/ml olarak bulundu. Over tümörü ön tanısı laparotomi kararı verildi. Eksplorasyonda sağ tubada 4x5 cm boyutlarında kitle görüldü. Kitlenin peroperatif inceleme (frozen section) sonucunda tubal adenokarsinom gelmesi üzerine, hastaya batın sıvısı örnekleme, total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi, infrakolik omentektomi, apendektomi, pelvik-paraaortik lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Histopatolojik incelemeler sonucunda bilateral primer tubal adenokarsinom tanısı konuldu. FIGO klasifikasyonuna göre Evre IIIC grade III olarak değerlendirildi ve kemoterapi protokolüne alındı. Operasyondan 12 ay sonra karaciger sirozu nedeniyle kaybedildi.

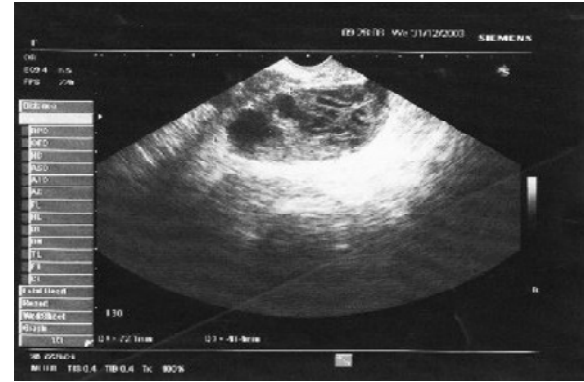


Resim 3: Üçüncü olgunun ultrasonografik görüntüsü.

Olgu IV

55 yaşındaki olgu, jinekoloji kliniğine son üç aydır karın ağrısı, karında şişlik şikayetleri ile başvurdu. Yedi gebeliği, dört doğumu ve üç abortu olan hasta sekiz yıldır menopoz tarif ediyordu. Hormon replasman tedavisi almamıştı. Hastanın üç yıldır diabetes mellitus hastası olduğu ve tedavi aldığı öğrenildi. Yapılan jinekolojik muayenede uterus atrofik, adneksler palpe edilemiyordu. Fizik muayenede patolojik bir bulgu saptanmadı. Yapılan transvajinal ultrasonografik incelemede, sol adneksiyel alanda 72x42 mm boyutlarında, semisolid yapıda, septasyon içermeyen kitle ve douglasta minimal serbest sıvı izlendi. Kitle bu görünümü ile overe ait benign bir tümör olarak

değerlendirildi (Resim 4). Ancak ek olarak rektosigmoid alanda metastatik olabileceği düşünülen şüpheli papiller yapı imajı izlendi. Tümör belirteçlerinden CA 125: 291 U/ml, CA 19-9 ise 65 u/ml idi. CEA, AFP ve B-hCG normal değerlerde bulundu. Over tümörü ön tanısı ile laparotomi kararı alındı. Sol overe ait kanama alanları içeren kistik yapı ile beraber tüm batında yaygın olarak gelişmiş metastatik implantlar izlendi. Peroperatif inceleme (frozen section) sonucunda etiyojisi bilinmeyen bir adenokarsinom gelmesi üzerine hastaya batın sıvısı örnekleme, total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi, total omentektomi, apendektomi, pelvik-paraaortik lenfadenektomi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonucunda tubal papiller adenokarsinom tanısı konuldu. Evre IV olarak değerlendirildi ve kemoterapi ve radyoterapi protokolüne alındı. Hasta operasyondan 6 ay sonra kaybedildi.



Resim 4: Dördüncü olgunun ultrasonografik görüntüsü.

Olgu V

29 yaşında nullipar, safra kesesinde taş nedeniyle yapılan batın ultrasonografisinde douglası dolduran pelvik kitle izlenmesi üzerine kliniğimize refere edilmişti. Hasta virigo olduğundan dolayı pelvik muayene yapılamadı. Yapılan transrektal ultrasonografide; sağ adneksiyel alandan kaynaklanan, douglası dolduran 70x60 mm boyutlarında heterojen eko gösteren kitle izlendi. Bilgisayarlı tomografi tetkikinde, sağ over lojunda yerleşik yaklaşık 70 mm çapında, kistik bölümleri bulunan, düzgün kenarlı solid kitle (over Ca?) belirlendi. Serum tümör belirteçleri normal sınırlar içerisinde idi. Hastaya pelvik kitle ön tanısı ile laparotomi uygulandı. Eksplorasyonda, uterus arka duvar kaynaklı 2x2 cm boyutlarında subseröz myom nüvesi ve sağ paraovaryen bölgeden kaynaklı 60x50 mm çaplı, semisolid, yüzeyi granüler olan kitle gözlemlendi.

Frozen sonucu tuba kaynaklı karsinom gelen hastaya bilateral over wedge rezeksiyonu, myomektomi, omentum biyopsisi ve pelvik lenfadenektomi uygulandı. Olgunun sonraki histopatolojik incelemesinde primer tubal malign mezotelioma tanısı konuldu. Patolojik sonuç tekrar konsülte edildi ve sonuç değişmedi. Pelvik lenf nodları, omentum ve over biyopsilerinde metastaza rastlanmadı. Tümörün evresi Evre IC olarak değerlendirildi. Hasta kemoterapi protokolüne alındı. Dört kür kemoterapi sonrası yapılan tüm batın MR incelemesinde, adneksiyal malign kitle görünümü izlenmesi üzerine hastaya re-laparotomi uygulama kararı alındı. Laparotomide, batın içinde yaygın metastatik alanlar izlendi. Her iki over etraf dokulara yapışık ve etrafında tümör infiltrasyonları mevcuttu. Douglas peritonundan metastatik tümör düşünülen parça frozen için gönderildi sonucun malign gelmesi üzerine total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi, total omentektomi, apendektomi, pelvik-paraaortik lenfadenektomi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonucunda tanı primer tubal malign mezotelyoma ve Wolffian orjinli olduğu düşünülen adneksiyal tümör olarak bulundu. Bunun üzerine yedi adet parafin blok Barcelona Klinik Üniversite Hastanesi Patoloji Anabilim Dalına gönderildi. Sonuç olarak hastaya Wolffian orjinli adneksial tümör tanısı kondu. Hasta kemoterapi protokolüne alındı ve 30 aydır takip edilmektedir. Takipleri sırasında patolojik muayene bulgusuna rastlanılmamıştır.

Olgu VI

56 yaşında, gravida 2, parite 2, dört yıldır menopozda olan hasta, sarı-kahverengi bazen kanamalı vajinal akıntı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde bir özellik yoktu. Hormon replasman tedavisi almadığı öğrenildi. Yapılan jinekolojik muayenede uterus atrofik, sol adneksial bölgede ele gelen sert fiske kitle saptandı. Transvajinal ultrasonografide; sol adneksial alanda 80x40 mm çapında solid kitle tespit edildi. Uterus ve endometriyum atrofik olarak değerlendirildi. Yapılan fraksiyone küretajda; benign endoservikal hücre sitolojisi saptandı. Bilgisayarlı tomografide; douglasta ve sol adneksiyel lojda solid dansitide ve uterustan ayrılmayan kitle imajları izlendi. CA-125: 251 U/ml, CA19-9: 29.20 U/ml, CEA: 2.69 ng/ml, B-hCG: 1,28 mIU/ml, AFP: 1.24 olarak bulundu. Over tümörü, ön tanısı ile laparotomi kararı verildi. Eksplorasyonda,

sol tubadan kaynaklanan yaklaşık 80x60 mm boyutlarında solid kitle mevcuttu. Sol salfenjektomi yapıldı ve frozen section incelemesi için yollandı. Tetkik sonucunun tubal kanser gelmesi üzerine hastaya total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi, total omentektomi, apendektomi, pelvik-paraaortik lenfadenektomi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonucunda tubal papiller adenokarsinom tanısı konuldu. Tümörün evresi Evre IC grade II olarak değerlendirildi ve kemoterapi protokolüne alındı. Hasta 24 aydır halen sağ olup üç ayda bir takip edilmektedir. Takipleri sırasında patolojik muayene bulgusuna rastlanılmamıştır.

Olgu VII

51 yaşında hastanın, pelvik kitle nedeniyle kliniğimize refere edilmiş. Öyküsünde 2-3 aydır süren kasık ve karın ağrısı şikayeti mevcuttu. Özgeçmişinde bir özellik yoktu. Yapılan jinekolojik muayenede uterus 8-10 hafta cesamette idi, sol adneksial bölgede ele gelen sert fiske kitle saptandı. Transvajinal ultrasonografide; sol adneksial alanda 70x50 mm çapında solid kitle tespit edildi. Yapılan MR incelemesinde; sol adneksiyal bölgede 85x48x55 mm boyutlarında kitle imajı izlendi. CA-125: 125 U/ml, CA19-9: 12.68 U/ml, CEA: 97.04 ng/ml, B-hCG: 1,00 mIU/ml, AFP: 1.65 olarak bulundu. Over tümörü ön tanısı ile laparotomi kararı verildi. Eksplorasyonda, sol tubadan kaynaklanan yaklaşık 10 cm boyutlarında irregüler sert solid kitle mevcuttu. Sol salfenjektomi yapıldı ve frozen section incelemesi için yollandı. Tetkik sonucunun tubal kanser gelmesi üzerine hastaya total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi, total omentektomi, apendektomi, pelvik-paraaortik lenfadenektomi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonucunda tubal papiller adenokarsinom tanısı konuldu. Tümörün evresi Evre IIIC grade II olarak değerlendirildi ve kemoterapi protokolüne alındı. Hasta 19 aydır halen sağ olup üç ayda bir takip edilmektedir. Takipleri sırasında patolojik muayene bulgusuna rastlanılmamıştır.

TARTIŞMA

Primer tuba uterina malignansileri, tüm jinekolojik karsinomlar içerisinde % 0.15 ile 1.8 arasında yer tutar. Yapılan çalışmalar sonucunda görülme insidansının

giderek artığı bildirilmiştir⁽¹⁾. Bizim kliniğimizdeki oranımız ise % 0.39'dur.

Primer fallop tüp kanserlerinin nadir görülmeleri ve non-spesifik semptomlarından dolayı preoperatif olarak tanınması zordur⁽³⁾. Vaughan ve ark. yaptıkları çalışmada preoperatif tanı oranını % 21 olarak bildirmişlerdir⁽⁴⁾. Baekelandt ve ark. ise preoperatif tanı oranını sadece % 2 olarak rapor etmişlerdir⁽⁵⁾. Genellikle over tümörü ön tanısı ile opere edilen bu olgular peroperatuar histopatolojik inceleme sonucunda tanınır⁽³⁾. Hastalığın en sık görüldüğü yaş ortalama 56.7 olmak üzere 55-60 arasındadır⁽²⁾. Bizim serimizde ortalama yaş 47.57 (29-56) olarak bulunmuştur. Predispozan faktörler tam bilinmemekle birlikte over kanseri risk faktörleri ile aynı olduğu düşünülmektedir⁽⁶⁾. Yapılan çalışmalarda, doğum sayısının, hipertansiyon veya diyabetes mellitus hastalığının risk faktörü olmadığı anlaşılmıştır⁽²⁾.

Primer fallop tüp kanseri olan olguların çoğunda vajinal kanama veya akıntı, abdominal ağrı, abdominal distansiyon ve basınç hissi semptomlarından bir veya birkaçı vardır. Birçok vakada semptomlar belirsiz veya nonspesifiktir. Vajinal kanama hastalarda en sık görülen semptomdur ve hastaların en az %50'sinde görülmektedir⁽¹⁾. Hastaların çoğu menopozda olduğundan postmenopozal kanama olan olgularda diagnostik küretaj sonucu negatif bulunursa tubal patoloji düşünülmelidir⁽²⁾. Bizim serimizde üç olgu postmenopozal dönemde idi. Bir hastamız postmenopozal kanama şikayeti olması üzerine yapılan endometriyal örnekleme sonucu negatif geldi. Vajinal kanama ve akıntı, tüpte biriken kan veya sıvının ara sıra uterus ve vajene akmasıyla olur. Bu birikme sürecinde gerilmeye bağlı olarak karın ve kasık ağrıları olabilir. Kolik tarzı bir ağrıyı takiben bol miktarda vajinal akıntı olur ve hasta rahatlar. Bu duruma "hidrops tuba profluens" denir⁽²⁾. Alvarado Cabrero ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, bu belirtilerin % 5' den az hastada görüldüğünü bildirmişlerdir⁽⁷⁾. 1916 yılında Latzko tarafından bildirilen klasik üçleme (Latzko's sign) olarak bilinen seroanginöz vajinal akıntı, ağrı ve pelvik kitle kanserin tanısı kolaylaştıracak belirtilerdir, fakat sadece % 11-17 vakada rastlanılmaktadır⁽⁸⁾. Hastaların en sık geliş şikayeti karın ve kasık ağrısı olarak bulundu. İki olgu ise (olgu III ve V) başka nedenlerle yapılan incelemeler sonucunda kliniğimize refere edilmişti.

Yapılan çalışmalarda, primer tuba karsinomlarının

tanısında ultrasonografinin yardımcı olabileceğini göstermektedir. Tubada sosis benzeri kistik kitle ve/veya papiller çıkıntı gösteren kompleks kitle tanıda yardımcı olabilir. Bilgisayarlı tomografi veya magnetik rezonans görüntüleme intraabdominal ve retroperitoneal yayılımları göstermede faydalı olabilir⁽⁹⁾.

Serum CA-125 ölçümü, fallopian tüp karsinomun erken tanısında yardımcı değildir. Artmış serum seviyeleri genellikle ilerlemiş fallopian tüp karsinomunu veya over kanserini gösterir. Fakat CA-125 rekürrent karsinomun güvenilir bir indikatörü olduğundan hastaların takibinde kullanılabilir⁽⁹⁾. Serimizdeki beş hastanın CA-125 değerleri yüksek bulunmuştur. Postoperatif kemoterapi sonrası ise dört olguda CA-125 seviyelerinde düşüş saptanmıştır. CA-125 seviyeleri düşüş göstermeyen olgu (olgu 4) ise operasyondan 6 ay sonra kaybedilmiştir.

Tuba uterina kanserleri ortalama % 20 oranında bilateral olup prognoza etkisi yoktur⁽¹⁰⁾. Bizim serimizde bir olguda (olgu III) bilateral tubal karsinoma rastlanılmıştır. Primer tuba karsinomu ile over karsinomu birbirleriyle devamlılık gösteren yapılardan köken aldıklarından benzer histolojik görünüme sahiptirler. Epitelyal, mezenşimal ve mikst epitelyal-mezenşimal olarak sınıflandırılmıştır. Primer tuba uterina kanseri denince papiller adenokarsinom anlaşılır. İkinci sıklıkla endometrioid tip adenokarsinom görülmektedir. Bu tipin iki formu vardır, tipik (non-wolffian like) ve kadın adneksinin olası wolffian kökenli tümörü⁽⁷⁾. Üçüncü sıklıkta transizyonel hücreli ve daha az olarak da clear cell kanserler görülür⁽⁷⁾. Serimizde altı hastanın patolojisi papiller adenokarsinoma olarak bulunmuştur. Bir olgunun patoloji sonucu ise, primer tubal malign mezotelioma tanısı almıştır. Aynı olguya, nüks nedeniyle, yapılan ikinci girişim sonucu elde edilen patolojik sonuç ise Wolffian orjinli tümör tanısı konmuştur.

Yayılım yolları epitelyal over karsinomlarına benzer ve en sık intraperitoneal, ikinci olarak trans-çölemik migrasyon yoluyla yayılırlar. Fallop tüpü lenfatik kanallardan zengin olduğundan her evrede pelvik ve paraaortik lenf nodu yayılımı görülebilir. Over kanserleri ile karşılaştırıldığında en belirgin fark, uzak metastazlara daha sık rastlanması ve aynı evredeki over karsinomlarına göre daha kötü prognoz göstermeleridir⁽⁹⁾.

Klinik, terapötik ve prognostik benzerliklerden dolayı, 1992 yılında FIGO, over karsinomlarını baz alan evreleme sistemini getirmiştir. Ancak 1996 yılında,

Navani ve ark., tubal duvara tümörün invazyon derinliği ve tuba içerisinde tümör lokalizasyonunu göz önünde tutarak evre I' i alt gruplara bölerek FIGO evreleme sistemini modifiye etmişlerdir⁽¹¹⁾.

Primer tedavisi over karsinomlarındaki gibidir. Gross olarak fallopian tüpü ile ilgiliyse; periton yıkama sıvısı, biyopsileri, total abdominal histerektomi, bilateral salpingooferektomi, omentektomi, pelvik ve paraaortik lenf disseksiyonu yapılır. Eğer ekstratubal yayılım görülürse minimal rezidüel tümör kitlesi bırakmak için gerekli sitoredüktif cerrahi yapılmalıdır⁽¹²⁾. Primer tuba adenokarsinomu ender görüldüğünden dolayı, özellikle erken evrede optimal tedavi yaklaşımı belirlenmemiştir. Her evre fallopian tüp karsinomu için adjuvan tedavi yapılmasını önerenler vardır⁽¹²⁾. Adjuvan tedavi olarak, sisplatin içeren multiajan kemoterapi uygulamaları (karboplatin ve paklitaksel kombinasyonu) ve radyoterapi uygulanır⁽¹³⁾. Serimizdeki hastaların hepsine kemoterapi uygulanmıştır. Bir hastaya (olgu 4) pelviste sınırlı rezidüel hastalık şüphesi nedeniyle ilave olarak radyoterapi uygulanmıştır. Prognozda en önemli faktörler evre, hasta yaşı ve cerrahi sonrası rezidü tümör olarak görülmektedir⁽¹³⁾. Tüm evrelere göre ortalama 5 yıllık yaşam % 30-50 civarındadır. Evre I için % 76.9 olmasına rağmen, diğer tüm jinekolojik kanserlere göre prognozu daha kötüdür. Benedet ve Miller, toplam 278 hastayı içeren altı seriyi incelemişler ve evre I için beş yıllık survi % 62, evre II için % 36, evre III için % 17 ve evre IV için % 0 olarak bulmuşlardır¹⁰. Rosen ve ark., 115 hasta içeren çalışmalarında evre I ve II için 5 yıllık survi oranını %50.8, evre III ve IV için % 13.6 olarak bildirmişlerdir⁽¹⁴⁾.

Reküranslar konusunda bilgi azdır. Daha çok ekstraperitoneal reküranslar olmaktadır. Reküranslarda tedavi için belirgin bir protokol yoktur⁽¹²⁾.

Sonuç olarak, primer fallopian tümörler agresif seyretmelerine rağmen nadir görülen tümör olduklarından, preoperatif tanı koymak güçtür. Tanı için over ve endometriumda tümör olmadığının gösterilmesi şarttır. Hastalar genellikle ileri evrelerde tespit edilirler. Primer tedavisi halen cerrahi olup sonrasında adjuvan kemoterapi veya radyoterapi önerilmektedir. Klinik seyri, prognostik faktörleri daha iyi tanımlayacak ve hastalığın her evresine göre uygun tedaviyi belirleyecek yeni çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Riska A, Leminen A, Pukkala E. Sociodemographic determinants of incidence of primary fallopian tube carcinoma, Finland 1953-97. *Int J Cancer* 2003; 104: 643- 5.
2. Piura B, Rabinovich A. Primary carcinoma of the fallopian tube: study of 11 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 91: 169- 75.
3. Huber-Buchholz MM, Buchholz NP, Staehelin J. Analysis of 23 cases of primary carcinoma of the fallopian tube over 50 years. *J Obstet Gynaecol Res* 1996; 22: 193- 9.
4. Vaughan MM, Evans BD, Baranyai J et al. Survival of patients with primary fallopian tube carcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 1998; 8: 16- 22.
5. 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.
6. Riska, P. Finne, H. Alfthan, T. Anttila, J. Jalkanen, T. Sorvari, U.H. Stenman, J. Paavonen, A. Leminen. Past chlamydial infection is not associated with primary fallopian tube carcinoma. *European Journal Of Cancer* 2006; 42: 1835- 8.
7. Alvarado-Cabrero I, Young RH, Vamvakas EC, Sodly RE. Carcinoma of the fallopian tube: A clinicopathological study of 105 cases with observations on staging and prognostic factors. *Gynecol Oncol* 1999; 72: 367- 79.
8. Ajithkumar TV, Minimole AL, John MM et al. Primary fallopian tube carcinoma. *Obstet Gynecol Surv* 2005; 60: 247- 52.
9. Pectasides D. , Pectasides E., Economopoulos T. Fallopian Tube Carcinoma: A Review. *Oncologist* 2006; 11; 902- 12.
10. Benedet JL, Miller DM. Tumors of fallopian tube: clinical features, staging and management In: Coppleson M, Monaghan JH, Marrow CP, Tattersall MHN, editors, *Gynecologic oncology: fundamental principles and clinical practice*, Edinburgh, London, Melbourne, New York and Tokyo: Churchill Livingstone, 1992, pp. 853- 60
11. Navani SS, Alvarado-Cabrero I, Young RH, Scully RE. Endometrioid carcinoma of the fallopian tube: a clinicopathologic analysis of 26 cases. *Gynecol Oncol* 1996; 63: 371- 8.
12. Ben-Hur H, Dgani R, Ben-Arie A, Open M, Shani A, Hagay Z. Diagnostic dilemmas and current therapy of Fallopian tube cancer. *Eur J Gynaecol Oncol* 1999; 20: 108- 9.
13. Mary LG, Martee LH, Rose BS, Patricia ES, Richard RB. Paclitaxel-Based Chemotherapy in Carcinoma of the Fallopian Tube. *Gynecol Oncol* 2001; 80: 16- 20.
14. Rosen A, Klein M. Lahousea M, Graf AH, Rainer A, Vavra N. For the Austrian Cooperative Study Group for Fallopian Tube Carcinoma. Primary carcinoma of the fallopian tube retrospective of 115 patients. *Br J Caacer* 1993; 68: 605- 9.