

ABDOMİNAL HİSTEREKTOMİLİ HASTADA FALLOP TÜP PROLAPSUSU

Dr. Asiye Şafak Bulut¹, Dr. Tevfik Sipahi², Dr. Burcu Karamürsel²

ÖZET

Fallop tüpünün vajinaya prolapsusu, vajinal ya da abdominal histerektominin az görülen bir komplikasyonu olup tedavi, abdominal, vajinal ya da kombine abdominal-vajinal yaklaşımla prolapse tübün eksizyonudur. Eksize edilen materyal patolojik incelemeye gönderilmelidir. Burada vajinal kafta hemorajik polipoid bir kitle şeklinde ortaya çıkan, ilişki sonrası kanama şikayeti ile başvurmuş 44 yaşında histerektomili bir hastadaki tubal prolapsus sunulmaktadır. Kitle lokal olarak çıkarılmış, mikroskopik incelemede tubal tipte silialı epitel ile döşeli tübüler yapılar ve iltihaplı fibrovasküler stromadan oluştuğu tespit edilmiştir. Lokal tedavi ile hastanın semptomları ortadan kalkmış ve şu ana kadar rekürrens olmamıştır. Tanının patolojiyle doğrulanması, hastamızda yanlış tanı ve gereksiz ileri tedaviyi önlemiştir.

Anahtar Kelimeler: Tubal Prolapsus; Histerektomi; Fallop Tüpü.

ABSTRACT

Fallopian tube prolapse into the vagina is an uncommon complication of vaginal or abdominal hysterectomy. The management is excision of prolapsed tube by vaginal, abdominal or combined abdominal-vaginal approaches. The excised material must be sent for pathological examination. Here we report a prolapsed tube presented as an hemorrhagic polypoid mass in the vaginal vault of a 44-years-old hysterectomized woman with complaint of postcoital bleeding. The mass was locally excised. It was composed of tubular structures lined by a typical ciliated tubal-type epithelium, with inflammatory infiltrate in the fibrovascular stroma, microscopically. The patient had resolution of her symptoms with local treatment and recurrence did not occur so far. Pathological confirmation prevented misdiagnosis and unnecessary over treatment in our patient.

Key Words: Tubal Prolapse; Hysterectomy; Fallopian Tube.

Geliş tarihi: 30/07/2012

Kabul tarihi: 11/08/2012

¹TOBB ETÜ Hastanesi Patoloji Bölümü

²TOBB ETÜ Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü

İletişim: Dr. Asiye Şafak Bulut

TOBB ETÜ Hastanesi Patoloji Bölümü

Tel: 0312 292 98 11

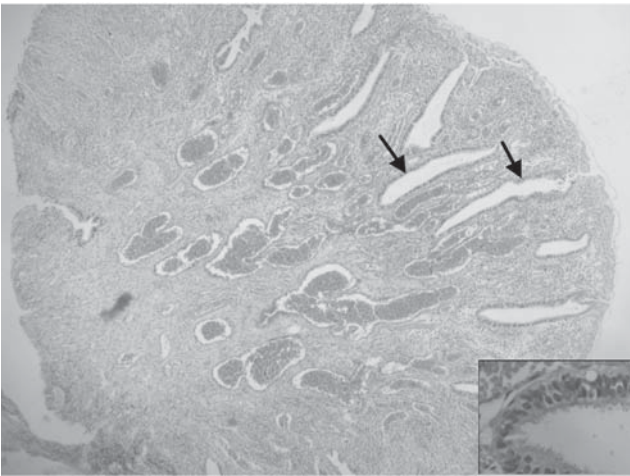
E-Posta: asafakbulut@yahoo.com

Giriş

Fallop tüpünün vajinaya prolapsusu (FTP), histerektomiden birkaç hafta ya da uzun yıllar sonra ortaya çıkabilen, klinik olarak vajinal akıntı, kanama, dispareni ya da pelvik ağrı ile kendini gösteren nadir bir komplikasyondur ve ilk kez 1902'de Pozzi tarafından bildirilmiştir (1). Vajinal muayenede iltihabi granülasyon dokusuna benzeyen kanamalı polipoid kitle ya da kabarıklık şeklinde kendini gösterir. Mikroskopik olarak şiddetli akut ve kronik iltihap, proliferatif küçük damarlar ve psödoglanduler yapılar oluşturan tubal epitelden oluşur (2). İnflamasyonun neden olduğu mukozal hiperplazi ya da hücresel atipi nedeni ile adenokarsinomayı taklit edebilir (3). Gerçek insidansı tam olarak bilinmemekle birlikte, asemptomatik olgular, hastaların uzun süreli takip edilememesi ya da küçük lezyonların muayenehanede tedavi edilmesi gibi faktörler nedeni ile insidansının bildirilenden çok daha fazla olabileceği düşünülmektedir. Vajinal infeksiyon, yanlış cerrahi teknik kullanımı ya da hastanın genel durumunun kötü oluşu, belli başlı predispozan faktörlerdir (4,5,6). Bildirilen tedavi yöntemleri transvajinal eksizyon, koterizasyon, abdominal ya da kombine abdominal-vajinal yaklaşımla total salfenjektomidir (4).

OLGU SUNUMU

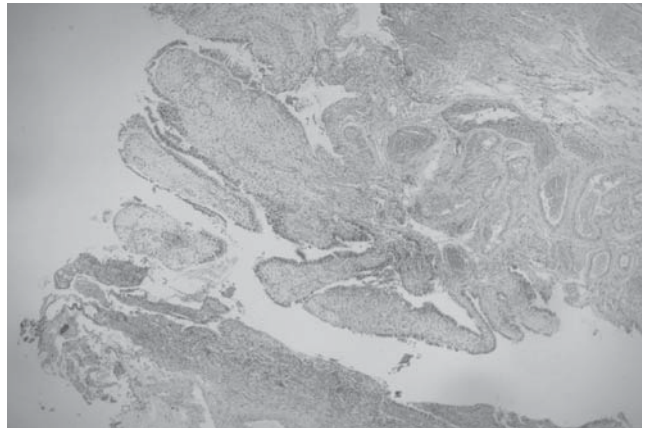
43 yaşında, G2P2 hasta 2 aydır süren ilişki sonrası kanama şikayeti ile başvurdu. Hasta, sol tuba duvarındaki kanamalı kistik oluşum ve leiomyomaları ne-



Şekil 1–Tubal tipte epitel ile döşeli tübüler yapılar (ok) içeren, büyük kısmı iltihabi granülasyon dokusu özelliğinde polipoid gelişim (HE, orijinal büyütme x40).

deni ile 6 ay önce abdominal histerektomi ve sol salfenjektomi operasyonu geçirmişti. Jinekolojik muayenede vajen kafında, sağ tarafta, 8 mm çapında, kanamalı polipoid bir kitle tespit edildi. Kitle lokal olarak eksize edildi. Histopatolojik incelenmede proliferatif küçük damarlar ve mikst tipte iltihap hücrelerinin oluşturduğu, tubal tipte silialı epitel ile döşeli uzun tübüler yapılar içeren polipoid gelişim izlendi. Polip yüzeyinin yer yer erozyone olduğu görüldü (Şekil 1). Bir kenarda ise tubaya ait mukoza ve muskuler tabaka gözlemlendi (Şekil 2). Bu bulgularla olgu FTP ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Hastada dört yıldır progesteronlu RİA mevcuttu ve 2 yıl kadar önce 15 gün süren yoğun adet kanamaları nedeni ile küretaj geçirmişti. Küretaj materyalinin patolojik incelemesi sekretuar endometrium ile uyumluydu. Hastanın ultrasonografisinde uterusu dejenere leiomyomaları, sol tuba çevresinde ise yoğun kanamalı içeriğe sahip bir kisti mevcuttu. Bu bulgular ve devam eden kanama ve kramp şikayetleri nedeni ile abdominal histerektomi ve sol salfenjektomi operasyonu geçirmişti. Histerektomi materyalinin incelemesinde endometriumda progesteronlu RİA'ya bağlı eksojen hormon etkisi, myometriumda tamamen kalsifiye özellikte bir dejenere leiomyoma ve bir adenomyoma yapısı saptandı. Sol tuba duvarında ise bir endometriotik kist tespit edildi. Operasyondan 1.5 ay sonra hasta vajinal kokulu akıntı şikayeti ile başvurdu. Vajinal muayenede kaf temizdi. Smear alınmayan hastaya kültür sonucuna göre vajinal antibiyotik tedavisi verildi ve şikayeti geriledi. Bundan 4.5 ay sonra ortaya çıkan lezyonun eksize edilmesinden sonra da vajinal antibiyotik tedavisi alan hasta 7 aydır sorunsuz olarak takip edilmektedir.



Şekil 2–Tubal mukoza (HE, orijinal büyütme x40).

TARTIŞMA

FTP, abdominal histerektomi sonrası da görülebilmekle birlikte, daha çok vajinal ya da laparoskopik histerektomi sonrası görülen nadir bir komplikasyondur. Birkaç olgu ise subtotal histerektomi sonrası bildirilmiştir (7,8). Wetchler ve Hurt, tubal prolaps oluşması için üç faktörün birarada bulunması gerektiğini öne sürmüşlerdir (9). Bunlar vajinaya ulaşabilecek yeterli uzunlukta bir fallop tüp segmentinin bulunması, peritoneal kapatma bölgesinde bir defekt ve vajinal kafta yeterli bir açıklıktır. Pelvik infeksiyon, intraperitoneal vajinal direnler ya da vajinal kafın tam kapatılmaması gibi faktörler, vajinal defekte yol açarak lezyonun oluşumunda rol oynayabilir (4). Önlenmesinde infeksiyon kontrolü, hematoma oluşumunun engellenmesi, adneksi pelvik duvarda yükseğe sütüre etmek, peritonu kapatmak ve kaf direnlerinden kaçınmak önemlidir (10).

En sık semptom vajinal kanama, alt karın ağrısı, sulu ya da kötü kokulu akıntı ve disparoni olup, histerektomi ile şikayetlerin ortaya çıkışı arasındaki zaman 2 hafta ile 9 yıl arasında değişir (4,5). Bazı hastalar ise asemptomatik olabilir (4). Spekulum muayenesinde vajinal kafta iltihabi granülasyon dokusuna benzer bir kitle şeklinde görülür. Eksize edilen material, kesin tanının konulması ve endometriozis, granülasyon dokusu ya da malignitenin ekarte edilmesi için histolojik incelemeye gönderilmelidir. Mikroskopik olarak şiddetli akut ve kronik iltihap ile psödoglanduler yapılar oluşturan tubal tipte silialı epitel hücrelerinden oluşur. Bazen tubaya ait fimbrialar da içerebilir (2). Sitolojik bulguları içeren az sayıda yayın vardır ve bunlarda kaf smear'inde glanduler hücre grupları ya da granüler nükleuslu, belirgin nükleollü silialı kolumnar hücrelerin görüldüğü bildirilmektedir (5,7). Atipinin olmayışı FTP'nu akla getirmekle birlikte histerektomili hastalarda bu hücrelerin varlığı malignite şüphesi de uyandırabilir (11). Ayırıcı tanıda iltihabi granülasyon dokusu, mezonefrik ya da paramezonefrik kanal kistleri, vajinal adenosis, endometriozis, primer ya da metastatik adenokarsinoma akla gelmelidir (3,12).

Önerilen tek bir tedavi yöntemi olmayıp tedavi hastadan hastaya değişebilir. Lezyonun lokal koterizasyonu, rekürrens, pelvik ağrı, iatrojenik skarlaşma ve stenoza, parsiyel salfenjektomi rekürrense neden olabileceğinden total salfenjektomi önerilen tedavi yöntemidir (10,7,6). Bu amaçla tek başına vajinal, abdominal (laparoskopik/laparotomik) ya da kombine vajinal-abdominal yaklaşımlar tercih edilebilir. Pia-

cenza ve Salsano, düzeltici laparotominin de pelvik adezyon insidansını arttıracığı konusunda uyarıda bulunmuş, laparoskopik tekniğin daha iyi diseksiyon ve hemostaz sağlayacağını bildirmişlerdir (13). Laparoskopi sırasında doku hasarını önlemek için mesane ve bağırsaklar, kaf skarından serbestleştirilmeli, ureter görünür hale getirilmelidir. Pelvik adezyonlar şiddetli ise, laparotomiye geçilmelidir (14). Cerrahinin başarısı, adezyolizin sağlanması ve tuba ile tubovajinal bileşkenin ortaya konmasına bağlıdır (10). Hernandez ve Howard, pelvik ağrı ve disparoninin majör semptom olmadığı olgular için ilk seçenek olarak vajinal eksizyon, bu semptomların olduğu hastalar için ise kombine vajinal-laparoskopik yaklaşımı önermişlerdir (10). Az sayıdaki hastada ise tedavisiz spontan düzelme bildirilmiştir. (4). Tjalma, hem tubal prolapsın önlenmesi, hem de tubal kanserden korunmak amacı ile histerektomi yapılan hastalara salfenjektomi de yapılmasını önermektedir (15).

Sonuç olarak, vajinal kafta granülasyon dokusu izlenimi veren, adenokarsinoma şüphesi de uyandırabilecek polipoid bir kitlenin varlığında FTP akılda bulundurulmalı, tanı histopatolojik inceleme ile konulmalıdır. Tedavide minimal invaziv yöntem tercih edilmeli, bu ve diğer komplikasyonların belirlenebilmesi amacı ile tüm hastalara histerektomi sonrası 6. haftada spekulum muayenesi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Pozzi M. Hernie de la trompe dans le vagin au niveau d'un cicatrice opératoire d'hysterectomie vaginale. C R Soc Obstet Gynecol Paediatr Paris 1902; 4:255-257.
2. Wheeler JE: Diseases of the fallopian tube, in: Kurman RJ (ed). Blaustein's pathology of the female genital track. 5th ed. New York, Springer-Verlag, 2002, p 621..
3. Küçük M. Laparoscopic management of fallopian tube prolapse masquerading as adenocarcinoma of the vagina in a hysterectomized woman. BMC Woman's health. 2002; 2:2.
4. Ramin SM, Ramin KD, Hemsell DL. Fallopian tube prolapse after hysterectomy. South Med J 1999; 92(10):963-966.
5. De Clippel K, Coenen M, Bhal PS, Amso N. Fallopian tube prolapse following abdominal hysterectomy. Ayst N Z J Obstet Gynaecol. 2001; 41(1):106-108.
6. Zutshi V, Aggarwal P, Batra S. Post-hysterectomy fallopian tube prolapse: Elementary yet enigmatic. J Turkish-German Gynecol Assoc. 2008; 9(2):117-119.
7. Badaiwy MA, Kho MF, Patel P, Melton T. Laparoscopic management of transcervical fallopian tube prolapse. JSLS 2011; 15:393-395.
8. de Kroon CD, Bergman I, Westenberg S, van Eyk H, Thurkow AL. Prolapse of the uterine tube after subtotal hysterectomy. BJOG 2003;110:333-334.

9. Wetchler SJ, Hurt GJ. A technique for surgical correction of fallopian tube prolapse. *Obstet Gynecol.* 1986; 67(5):747-749.
10. Hernandez CR, Howard FM. Management of tubal prolapse after hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1998; 5:59-62.
11. Wolfendale M. Exfoliative cytology in a case of prolapsed fallopian tube. *Acta Cytologica* 1980; 24(6):545-548.
12. Silverberg SG, Frable WJ. Prolapse of fallopian tube into vaginal vault after hysterectomy: histopathology, cytopathology, and differential diagnosis. *Arch Pathol.* 1974; 97: 100-103.
13. Piacenza JM, Salsano F. Post-hysterectomy fallopian tube prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001; 98:253-255.
14. Rivlin ME, Salameh JR, Pearson AW. Total laparoscopic management of fallopian tube prolapse. *J pelvic Med Surg.* 2006; 12(1):53-55.
15. Tjalma WA. Surgical management of tubal prolapse. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003; 83:207-208.