

Olgu Sunumu

Primer Tubal Adenokarsinom; 3 Olgu Sunumu

*Ceyhun NUMANOĞLU⁽¹⁾, *Özgür AKBAYIR⁽¹⁾, *Nevin NUMANOĞLU⁽²⁾, **Onur EROL⁽¹⁾,
*Engin ODABAŞ⁽¹⁾, ***Ahmet GÜLKILIK⁽¹⁾

(1) SSK Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi,

(2) SSK Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi,

*Uzman Doktor **Asistan Doktor ***Klinik Şefi

Yazışma Adresi: Ceyhun Numanoğlu İncirli Caddesi, No: 91 C3 D:3 34740 Bakırköy / İstanbul

Tel no: 212 5704115 **e-mail:** drceyhun@hotmail.com

ÖZET

Tuba uterinaların iyi huylu patolojileri çok daha sık olarak görülmekte, primer malign tutulum seyrek olarak ortaya çıkmaktadır. Nadir olması, doğru tanı konulamaması, patognomonik semptom ve fizik bulgularının olmaması nedeniyle laparotomi öncesi tanı seyrekdir. Burada kliniğimizde saptadığımız üç olguyu sunuyoruz.

Anahtar sözcükler: Karsinom, fallop tüpleri, hidrops tuba profluens, adneksiyal kitle,

SUMMARY

Primary Adenocarcinoma of Fallopian Tubes: Reports Of 3 Cases

Although fallopian tubes are more frequently involved in benign conditions, primary malign involvement is seldom. Because of its rarity, lack of diagnostic accuracy, nonpresenting symptoms and physical findings, primary fallopian tube carcinoma is seldom diagnosed before laparotomy. We are presenting three cases in our clinic.

Key words: Carcinoma, fallopian tube, hydrops tubae profluence, adnexal mass

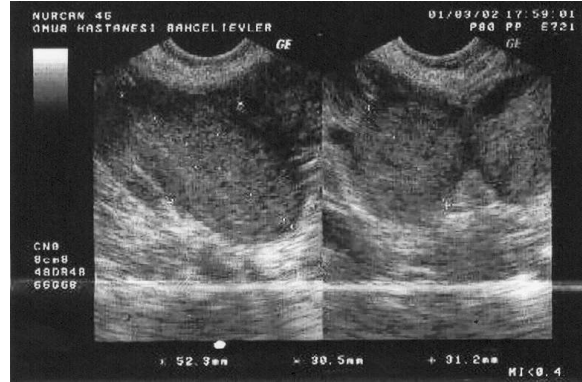
GİRİŞ

Primer tubal adenokarsinom, son derece nadir görülen jinekolojik tümörlerdir. Tüm jinekolojik kanserlerin yaklaşık olarak % 1 ini oluştururlar (1). Histolojik ve klinik prezantasyonu ile 5 yıllık sağkalım oranı yaklaşık olarak %30-50 olarak bildirilmektedir. 5 yıllık sağkalım oranı ile over kanserine benzemektedir (2). Genellikle ünilateral olarak görülürler ve bilateralite oranı % 3-25' dir (3). Nadir görülmeleri nedeniyle kliniğimizde tanı konup tedavi edilen 3 olguyu yayınlamayı uygun bulduk.

OLGU I

Bayan N.Y. 46 yaşında, G0 P0, idi. Perimenopozal hormon replasman tedavisi alması nedeniyle düzenli adet kanama paterni olan hastamızın hiçbir yakınması yoktu. Rutin kontrollerinde sağ adneksiyal bölgede bilobule, solid kitle saptanması üzerine kliniğimize yönlendirilmişti. Özgeçmişinde özellik yoktu. Ablası meme kanseri nedeniyle ölmüştü. Jinekolojik muayenede sağ adneksiyel bölgede semisolid, yaklaşık 5-6 cm çaplı kitle, sol over non-palpe ve uterus normal boyutlarda idi. Transvaginal ultrasonografisinde; sağ adneksiyal bilobule kum saati görünümünde 52x30x31 mm ve 54x27x30 mm boyutlarında solid eko veren kitle izlendi (**Resim 1**).

Resim 1: Transvaginal USG de bilobüle kumsaati görünümünde solid eko veren kitle görünümü (Olgu I)



Kitlenin konturları düzgündü ve periferik dokulardan mobilizasyonu sağlanabiliyordu. Doppler incelemesinde vaskülarizasyon orta derecede ve RI 0.4-0.5 arasındaydı. Ultrasonografik öntanı hidropiyosalpenks veya tubal abse olarak değerlendirildi. Ek olarak miyometriyal ekojenitede heterojenite ve corpus posterior duvarda 10x508mm boyutlarda intramural miyom nüvesi vardı. İleri tetkik olarak yapılan MR incelemesinde sağ adneksiyel alanda birbirleri ile direkt komşuluk gösteren 56x29x33 mm ve 46x30x30 mm boyutlarında solid özellikte kitle lezyonları tanımlanmıştı. Tümör belirteçlerinden CA 125, CA 19-9, CEA, BHCG ve AFP normal sınırlarda idi. Preop hazırlığı takiben

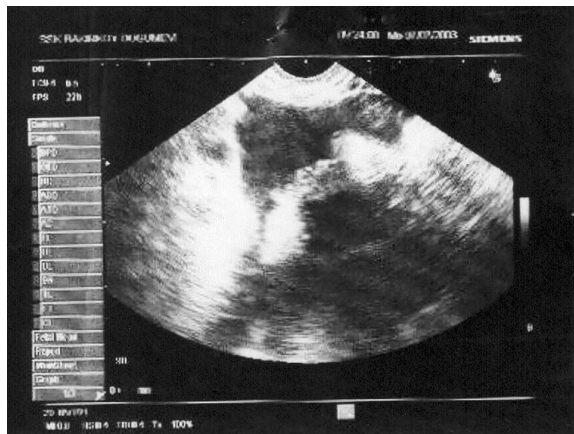
hasta sağ adneksiyel kitle öntanısıyla operasyona alındı. Operasyon sırasında sağ tubanın şiş ve boğumlu olduğu, bilobüle bir görünüm aldığı, ve her boğumun 3x5 cm lik kitleler oluşturduğu, diğer over, uterus ve batın organlarında başka bir patoloji olmadığı gözlemlendi. Batında serbest sıvı yoktu. Sağ adneks frozen patolojik incelemeye alındı ve tetkik sonucunun tubal kanser lehine bildirilmesi üzerine total abdominal histerektomi, bilateral salpingooforektomi, parsiyel omentektomi, appendektomi, pelvik nod örnekleme ve periton sıvısından örnekleme yapıldı. Parafin bloklarının incelemesi tanıyı doğruladı. Tubal duvar ve mesosalpenks invazyonu gösteren orta derece diferansiye primer tuba adenokarsinomu (Grade II) ve beraberinde istmik bölgede kronik nonspesifik salpenjit olarak yorumlandı. Cerrahi Evre IB olarak değerlendirildi ve kemoterapi protokolüne alındı.

OLGU II

Bayan İ.B.; 46yaşında, G4 P2 A2 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. Sorgulamada karında şişlik ve menoraji yakınması olan hastanın aile öyküsünde teyze kızında meme kanseri vardı.

Jinekolojik muayenede uterus ve adneksler normaldi ve batında yaygın asid vardı. Transvaginal ultrasonografide genital patoloji izlenmedi. Ancak rektuma uyan bölgede kuşkulu bir papiller oluşum görüldü (**Resim 2**).

Resim 2: Transvaginal USG de rektuma uyan bölgede yaygın asit içinde kuşku uyandıran papiller yapı izleniyor.(Olgu II)



Batın bilgisayarlı tomografi tetkikinde sol over sahasında en geniş yerinde yaklaşık 5cm çaplı olan hetrojen dansitede yoğunluk artışı, asid ve omental kek saptandı. Gastroskopi ve kolonoskopi muayeneleri normaldi. Preoperatif CA 125 düzeyi 200 U bulunan hasta olası over tümörü öntanısı ile opere edilmek üzere kliniğimize kabul edildi.

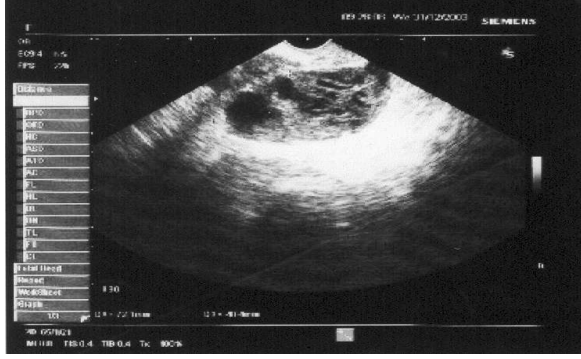
Preop hazırlığı takiben yapılan operasyon sırasında tüm batında ve periton yüzeyinde yaygın milimetrik tümör metastazları vardı. Sağ adneks ekstirpe edilerek frozen patolojik inceleme yapıldı. Tetkik sonucunun tubal adenokarsinom gelmesi üzerine ileri evre olarak kabul edilen hastaya total abdominal histerektomi, bilateral salpingooforektomi, infrakolik omentektomi, pelvik-paraaortik lenf nodu diseksiyonu ve appendektomi yapıldı. Histopatolojik tanı primer tubal adenokarsinom olarak desteklendi. Hasta Evre IIIC olarak değerlendirildi ve kemoterapi protokolüne alındı.

OLGU III

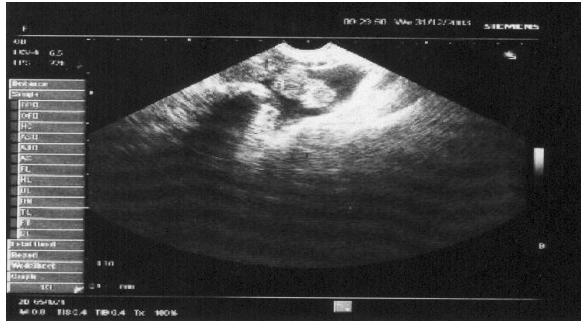
Bayan E. B. 55 yaşında, G7 P4 A3 karın şişliği ve karın ağrısı yakınması ile başvurduğu hastanede yapılan pelvik ultrasonografik incelemede adneksiyel kitle saptanması üzerine kliniğimize sevk edilmiş ve interne edilmişti. Sorgulamasında 1 yıldır karın ağrısı olduğunu tanımlayan hastanın, 8 yıldır menozda olduğu, 3 yıl önce diabetes mellitus tanısı aldığı, bir grup antidiabetik ilaçlar kullandığı, kardeşinin ise lösemi nedeniyle ölmüş olduğu öğrenildi. Yapılan jinekolojik muayenesinde uterus atrofik, adneksler palpe edilemiyordu.

Transvajinal ultrasonografik incelemede, uterus ve endometriyum atrofik, sol adneksiyel alanda 72x40 mm ebadında, semisolid yapıda, septasyon içermeyen, sol overe ait olduğu düşünülen ve douglasta minimal asitle beraber görülen kitle saptandı (**Resim 3**). Kitle bu görünümle overe ait benign bir tümör olarak değerlendirildi. Ancak ek olarak rektosigmoid alanda metastatik olabileceğini düşündüren şüpheli papiller yapı imajı izlendi (**Resim 4**). Overdeki kitlenin Doppler ultrasonografik incelemesinde RI:0.68 idi. Tümör markırlarından CA125: 291U, CA19-9 ise 65 U idi. CEA, AFP ve BH CG normal sınırlarda bulundu. Hastanın yaşı da dikkate alınarak over tümörü öntanısıyla laparotomi kararı alındı.

Resim 3: Sol overe ait 72x40 mm ebadında, semisolid yapıdaki kitlenin transvaginal USG deki görünümü (Olgu III)



Resim 4: Rektosigmoid alanda metastaz düşündüren şüpheli papiller yapı izleniyor.(Olgu III)



Operasyonda sol overe ait septa ve kanama alanları içeren kistik yapı ile beraber tüm batında yaygın olarak gelişmiş metastatik implantlar izlendi. Omentum majusta 5x6x5 cm, mide büyük kurvaturda, karaciğer yüzeyinde parankimal içerikli olan yaygın 2x3 cm boyutlarında ve mesane peritononda da olmak üzere tümöral metastazlar vardı. Yapılan frozen patolojik tetkik sonucunda etiyojisi bilinmeyen bir adenokarsinom gelmesi üzerine total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi, total omentektomi, pelvik-paraaortik lenf adenektomi ve appendektomi uygulandı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 12. gün taburcu edildi. Parafin histopatolojik inceleme sonucunda son tanı **Evre IV tubal papiller adenokarsinom** olarak rapor edildi. Hasta adjuvan protokolüne alındı (**Resim 5**).

Resim 5: Sağ tubaya ait olan kitlenin intraoperatif görünümü (Olgu III)



TARTIŞMA

Primer tuba karsinomu nadir görülen genital kanserlerden olması nedeniyle preoperatif tanı zordur. Genellikle over tümörü öntanısı ile opere edilen bu olgular peroperatuar histopatolojik olarak tanınır (4).

Karın ağrısı, anormal vaginal akıntı veya kanama ile beraber adneksiyal kitle en sık görülen semptomlardır. (5) Karın ağrısı alt batında dolgunluk hissi veya kolik tarzında olabilir. Latzko 1916 yılında, bol miktarda sulu vaginal akıntı, kolik tarzında alt karın ağrısı ve adneksiyal kitle triadından oluşan 'hydrops tubae profluence' semptom kompleksini tanımlamıştır (6). Bizim olgularımızdan birinde anormal vaginal kanama mevcuttu, diğeri hormon replasman tedavisi için gittiği rutin kontroller sırasında adneksiyel kitle saptanarak interne edilmişti.

Üçüncü olgu da ise karın ağrısı ilk semptomdu. İlk iki olguda tanı peroperatuar frozen patolojik tetkik ile konmuştur. Daha önce yayınlanan birçok olgu sunumlarında da tanı, yalnızca operasyon sırasında konulabilmiştir. (1,3,4,7,8). Üçüncü olgu da ise kesin tanı ileri evre olması dolayısı ile perop olarak konamamıştır. Ancak tuba karsinomunun, peroperatuar nonneoplastik hidrosalpenks ve hematosalpenks ile, histopatolojik olarak da tuba tüberkülozu ile karışabileceği unutulmamalıdır (1,8). Zaten bizim birinci olgumuzda da öntanı kuvvetli olasılıkla tubal abse ya da hidropyosalpenks lehine olarak değerlendirilmişti. Bazı ötürler kronik salpenjit ve infertilitenin tubal adenokarsinom için muhtemel bir predispozan faktör olabileceğini bildirmişlerdir (7). Bizim birinci olgudaki infertilite öyküsünün kronik salpenjit ile birlikte olduğuna ilişkin bir veri yoktu.

Literatürde şu iki paradoksal bulgudan birisi ile karşılaşıldığında mutlaka primer tuba adenokarsinomunun düşünülmesi önerilmektedir;

1. Normal serviks muayenesine karşın servikal smearde malign glanduler hücreler görülmesi, 2. Persiste eden postmenopozal vaginal kanamaya karşın negatif diagnostik endometriyal küretaj (7,9). Kurjak ve ark. (9) transvaginal renkli doppler ultrasonografi ile fallop tüpleri etrafında neovaskularizasyon

saptanmasının preoperatif tubal karsinom tanısını desteklediğini bildirmişlerdir. Bizim olgumuzda sağ over etrafında saptanan düşük RI (Rezistans İndeksi)'li akım, over kanseri yönünde yorumlanmıştır.

Sonuç olarak, kadın genital kanserleri arasında %1 gibi az bir oranda görülen primer tuba kanseri sıklıkla over tümörü ile karışmaktadır. Tanı için patognomonik olduğu söylenen “hydrops tubae profluence” ile sık karşılaşılmamaktadır. Bu nedenle tanı daha çok operasyon sırasında ve histopatolojik olarak konulmaktadır. Tedavi ve prognoz primer over kanseri gibidir.

KAYNAKLAR

1. Young RH, Scully RE. Pathology of tumors of fallopian tube and broad ligament. In: Coppleson M, Monaghan JM, Morrow CP, Tattersall MHN, editors, 2nd edition, Gynecologic Oncology: fundamental principles and clinical practice, Edinburgh, London, Melbourne, New York and Tokyo: Churchill Livingstone, 1992, pp. 843-52.
2. 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.
3. Piura B, Rabinovich A. Primary carcinoma of the fallopian tube: study of 1 cases. Eur J Obstet Gynecol and Reprod Biol. 2000; 91: 169-175.
4. Borghi L, Ballota MR, Bianchini E, Garavello B, Bononi A, Fortini RM. Primary carcinoma of fallopian tube: experience of six cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1994; 57:161-6.
5. Ayhan A, Deren O, Yuce K, Tuncer Z, Mocan G: Primary carcinoma of the fallopian tube: a study of 8 cases. Eur J Gynaecol 1994;15(2):147-51
6. Latzko W. Linkseitiges tubenkarzinom rechteitige kazinomatose tubo-ovarial cyste. Zentralbl Gynak. 1916; 40:599
7. Benedet JL, Miller DM. Tumors of fallopian tube: clinical features, staging and management. In : Coppleson M, Monaghan JM, Morrow CP, Tattersall MHN, editors, Gynecologic Oncology: fundamental principles and clinical practice, Edinburgh, London, Melbourne, New York and Tokyo: Churchill Livingstone, 1992, pp. 853-60
8. Hee P, Pangel JD. Primary carcinoma of the fallopian tube. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1987; 25:131-8.

9. Kurjak A, Kupesic S, İlijas M, Sparac V, Kasuta D. Preoperative diagnosis of primary fallopian tube carcinoma. Gynecol Oncol.1998; 68:29-34