

Primer Tubal Adenokarsinom

Hüsnü Çelik, MD*; Aziz Karaoğlu**, MD; Bengü Çobanoğlu***, MD;
Aygen Altungül*, MD; Cem Parmaksız*, MD.

ÖZET

Amaç: Over kanseri ön tanısıyla opere edilen ve intraoperatif bilateral primer tubal kanser tanısı konulan olgunun sunumu.

Olgu sunumu: 45 yaşında nullipar, pelvik kitle nedeniyle kliniğimize refere edilen pelvik muayenede bilateral adneksiyal kitle ve transvaginal ultrasonografide 11x6 cm ve 7x5 cm'lik bilateral kitle tespit edilen olgunun Serum CA 125 düzeyi 1371 U/ml idi. Over tümörü olarak operasyona alındı. Laparotomide bilateral tubal kitle saptandı. Frozen sonucu tubal adenokarsinom gelen hastaya evreleme cerrahisi yapıldı. Cerrahi-patolojik evreleme stage IB olarak yorumlandı. Postoperatif adjuvant kemoterapi verilmedi. CA-125 monitorizasyonu ile takibe alındı.

Sonuç: Fallop tüp kanserleri nadir görülür. Olgumuzda olduğu gibi preoperatif olarak adneksiyal kitle ve yükselmiş tümör markerleri ile over kanserini düşündürülebilir.

Anahtar Kelimeler: Tubal adenokarsinom.

ABSTRACT

Objective : To present the case that has been operated for ovarian tumor and had been diagnosed as bilateral primary tubal carcinoma intraoperatively.

Case: 45 years old nullipar woman referred to our clinic because of pelvic mass. Bilateral adnexial mass was obtained by bimanual examination. Transvaginal ultrasonography showed 11 x 6 cm and 7 x 5 cm bilateral adnexial mass. Serum CA-125 was 1371 U/ml. Diagnosis was ovary tumor and operation had done. Bilateral tubal mass seen during laparotomy. Frozen pathology was tubal adenocarcinoma so staging surgery applied. Surgery pathologic staging was stage IB. Adjuvant chemotherapy did not applied postoperatively. Following is done by CA-125 monitoring.

Conclusion: Fallopian tubal carcinomas seen rarely. As in our case adnexial mass and high tumor markers may lead to diagnose as ovarian tumor.

Key words: Tubal Adenocarcinoma.

GİRİŞ

Primer fallop tüp karsinomu en az görülen jinekolojik kanserdir ve tüm jinekolojik kanserlerin %0,18-1,6'sında bulunmaktadır (1). İlerlemiş vakaların bir çoğu over kanseri ile karışır bu nedenle insidansın daha fazla olduğu düşünülmektedir (2). Ortalama yıllık insidansı 3,6/1,000,000'dır (3).

En sık klinik semptomu vajinal akıntı ve kanama, alt abdominal ağrı, ve pelvik kitledir (4). Olguların yaklaşık %10-15'inde kramp tarzında alt abdominal

ağrı ve belirgin vaginal akıntı rapor edilmiştir (5). Fakat en sık semptomu %50'den fazla görülen postmenopozal kanamadır (6). Bu semptomlar tubal kanseri akla getirmekle birlikte genellikle preoperatif doğru tanı konulamaz. Tanı genel olarak farklı nedenlerden dolayı laparotomiye alınan hastalarda insidental olarak konur (7).

Bu çalışmada nadir görülen ve preoperatif dönemde over kanseri olarak düşünülen primer tubal karsinom olgusu sunulmuştur.

Geliş tarihi: 11/06/2004

Kabul tarihi: 03/12/2004

*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, ELAZIĞ

**Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı, ELAZIĞ

***Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, ELAZIĞ

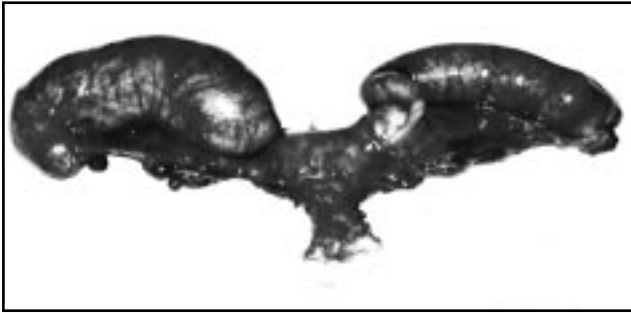
İletişim adresi: Dr. Hüsnü Çelik, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, ELAZIĞ

G.S.M.: (0532) 325 70 93 • e-mail: husnuceлик@hotmail.com

OLGU SUNUMU

A.S, 45 yaşında nullipar, pelvik kitle nedeniyle kliniğimize refere edilmiş. Öyküsünde 2-3 aydır süregelen kötü kokulu vaginal akıntı, idrarda yanma ve disparonü şikayeti mevcuttu. Pelvik muayenede bilateral adneksiyal kitle ve transvaginal ultrasonografide 12x6 ve 10x5 cm'lik bilateral kitle tespit edildi. Serum CA 125 düzeyi 1371 U/ml idi. Over kanseri ön tanısıyla operasyona alındı.

Laparatomide her iki tubaya ait sosis şeklinde yapı gösteren 11x6 ve 7x5 cm'lik bilateral tubal kitle saptandı (Resim-1). Frozen sonucu tubal adenokarsinom gelen hastaya total abdominal histerektomi, bilateral salpingooferektomi (TAH+BSO), pelvik-paraaortik lenf nodu diseksiyonu, infrakolik omentektomi ve appendektomi şeklinde evreleme cerrahisi yapıldı. Olgunun sonraki histopatolojik incelemesinde tubal Grade 3, seröz papiller adenokarsinom tespit edildi. Çıkarılan 54 adet lenf nodunun hiçbirisinde metastaza rastlanmadı. Lenfatik kanal tutulumu izlenirken (+), vasküler tutulum yoktu (-) ve tümör çevresinde



Resim-1: Bilateral tubal Adenokarsinom.

akut ve kronik iltihabi infiltrasyon mevcuttu. Tümörün tubal serozaya kadar ilerlediği ancak serozayı aşmadığı görüldü. Bu bulgular ile olgu Evre 1B, grade3, olarak evrelendi. Adjuvan kemoterapi verilmedi ve CA 125 düzeyleri ile takibe alındı.

TARTIŞMA

Primer Fallop tüp kanserlerinin nadir görülmeleri ve nonspesifik semptomlarından dolayı preoperatif olarak tanınması zordur ve genellikle başka nedenlerden dolayı yapılan laparatomilerde %9 ila 14 arasında insidental olarak bulunurlar (8). Olgumuzda, preoperatif yapılan USG incelenmesi ile adneksiyal kitelerin ve artmış CA 125 düzeyinin overe ait olduğu ve olgunun over karsinomu olabileceği düşünülmüştür.

Olguların %10-15'inde, aralıklı kolik tarzında ağrı, ani, sulu, kötü kokulu vaginal akıntı ile rahatlama ve abdominal kitlenin küçülmesi, Latsko triadını oluşturur (4). Olgumuzda bu öykü yoktu ve kötü kokulu vaginal akıntı, idrarda yanma, disparonü şikayetleri mevcuttu. Postmenopozal kanama olguların %50'den fazlasında görülür ve en sık semptomdur (6). Bu nedenle dilatasyon küretaj (D/C) sonrasında endometrium karsinomu açısından negatif olan durumlarda semptomlar devam ediyorsa fallop tüpü karsinomu akla gelmektedir (9). Olgumuz premenopozal dönemde idi.

Tubal malignensiden şüphelenmek için yeterli kriterler bulunmamaktadır. Hastaların %80'inden fazlası cerrahi öncesi pelvik kitle tanısıyla gelir. Transvaginal sonografi fallop tüp patolojisini saptamada hem sensitif hem de güvenilirdir. Tubal duvar yapısı ve luminal içerik hidrosalpenkste tipik olarak homojen, sıvı dolu uzamış kitle overin medialindedir. Tubal Ca'da ise ince tubal septalar mevcuttur ve papiller projeksiyon ve mikst ekojenik yapılar görülür (4). Olgumuzda yapılan preoperatif USG incelemesinde, elde edilen görüntülerde ayrıca over dokusu görülemediğinden elde edilen bulguların overe ait olduğu düşünülmüştür.

Fallop tüp malignensileri lenfatik yolla yayılır ve erken dönemde emboli yapar. Peritona direkt yayılır. Tanı konduğunda prognoz oldukça kötüdür. Pelvik ve paraaortik lenf nodu tutulum riski bütün evrelerde

%34,2'dir. Evre 1'de bile pelvik ve paraaortik lenf nodu tutulabilir. FIGO'ya göre cerrahi evreleme için pelvik paraaortik lenf nodu disseksiyonu da TAH+BSO ve omentektomi ile birlikte yapılmalıdır (10). Fallop tüp kanserlerinde yüksek oranda lenf nodu metastazının görülmesi ve sonrasında adjuvan tedaviyi belirlemek için cerrahi evrelendirme yapılmıştır (11). Sunulan olguda nodal ve omental tutulum gösterilememiş ve olgu evre IB olarak evrelendirilmiştir.

Survey'in belirlenmesinde vasküler lenfatik aralık tutulumu, invazyon derinliği, tümör derecesi ve inflammatuar reaksiyon (lenfositik reaksiyon) oldukça önemlidir (12).

Sonuç olarak Fallop tüp kanserleri nadir görülür. Preop tanısı nonspesifik bulgu ve semptomlar nedeniyle zordur. Preoperatif dönemde görülen pelvik kiteller, infertilite öyküsü gibi durumlarda mutlaka akılda bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Aziz S, Kuperstein G, Rosen B, Cole D, Nedelcu R, McLaughlin J, Narod SA. A genetic epidemiological study of carcinoma of the fallopian tube. *Gynecol Oncol.* 2001;80:341-5.
2. Nordin AJ. Primary carcinoma of the fallopian tube: a 20-year literature review. *Obstet Gynecol Surv.*1994; 49:349-361.
3. Ajjimakorn S, Bhamarapravati Y. Transvaginal ultrasound and the diagnosis of Fallopian tubal carcinoma. *J Clin Ultrasound* 1991; 19: 116-119.
4. Wang PH, Lee RC, Chao KC, Chao HT, Yuan CC, Ng HT. Preoperative diagnosis of primary fallopian tube carcinoma by magnetic resonance imaging: a case report. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Abstract).* 1998; 61: 755-9.
5. Sedlis A. Carcinoma of the Fallopian tube. *Surg Clin North Am.*1978; 58: 121-126.
6. King A, Seraj IM, Thrasher T, Slater J, Wagner RJ. Fallopian tube carcinoma: a clinicopathological study of 17 cases. *Gynecol Oncol.* 1989 ;33:351-5.
7. Alvarado-Cabrero I, Young RH, Vamvakas EC, Scully 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. Alvarado-Cabrero I, Navani SS, Young RH, Scully RE. Tumors of the fimbriated end of the fallopian tube: a clinicopathologic analysis of 20 cases, including nine carcinomas. *Int J Gynecol Pathol.* 1997 ;16:189-96.
9. Koss LG. Carcinoma of the Fallopian Tube. In: Koss LG (Ed). *Diagnostic Cytology and Its Histopathologic Bases.* Lippincott, Philadelphia,1979, p. 488-491.
10. Creasman WT. Revision in classification by International Federation of Gynecology and Obstetrics *Am J Obstet Gynecol.* 1992 ;167:857-8.
11. Pecorelli S, Benedet JL, Creasman WT, Shepherd JH. FIGO staging of gynecologic cancer. 1994-1997 FIGO Committee on Gynecologic Oncology. International Federation of Gynecology and Obstetrics. *Int J Gynecol Obstet.* 1999;65:243-9.
12. Rose PG, Piver MS, Tsukada Y. Fallopian tube cancer. The Roswell Park experience. *Cancer.* 1990; 66: 2661-7.