

FALLOP TÜPÜ PRİMER KARSİNOMUNUN AYIRICI TANISI

Dr. İzzet Şahin, Dr. Tayfun Güngör, Dr. Hakan Yalçın,
Dr. Bülent Özdal, Dr. Leyla Mollamahmutoğlu

ÖZET

Giriş: Fallop tüpünün primer karsinomu dişi genital sistemin en nadir malignitesidir. Nadir görülmesi ve overlere yakın komşulukta olması nedeniyle olgular preoperatif sıklıkla ovaryen malignite ön tanısı alırlar.

Materyal ve Metod: Çalışmaya dahil edilen 11 hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların klinik bulgu ve semptomları, preoperatif CA125 düzeyleri, görüntüleme çalışmaları, cerrahi notları ve patolojik bulguları gözden geçirildi.

Sonuçlar: Tüm hastalar evre I-III olarak değerlendirildi. Hastalarda en sık semptomlar kanama ve ağrı idi. Tuba karsinomunun klasik semptomu olarak kabul edilen sulu akıntı sadece bir hastada mevcuttu ancak patognomik olarak düşünülmedi. Preoperatif CA125 düzeyleri 4 hastada normal sınırlarda idi. Pelvik muayene ve görüntüleme çalışmaları hiçbir hastada tuba karsinomu tanısı koydurmadı. En sık tanı over kanseriydi.

Tartışma: Sonuç olarak, hastalarda preoperatif ayırıcı tanıda tanımlayıcı bir bulgu ortaya konamamıştır. Ancak, pelvik ağrı over malignitelerinde genellikle geç bir bulgu olarak ortaya çıktığından bu hastalarda klinisyenlerin dikkatini çekebilecek yönlendirici bir semptom olabilir. Tubal distansiyon sonucu ortaya çıktığına inanılır ve fallop tüp kanserinin göreceli olarak erken tanısının konulmasına yol açar.

Anahtar Sözcükler: Fallop tüpü kanseri, over kanseri, adneksiyel kitle, CA125, hydrops tubae proflues.

ABSTRACT

Objective: Primary carcinoma of the fallopian tube is the rarest malignancy of the female genital tract. Because of this rarity and close proximity with ovaries, preoperatively the cases are most commonly misdiagnosed as ovarian malignancy. We aimed to evaluate our patients in terms of preoperative subtle discriminative findings which were overlooked but should be taken into consideration.

Materials ve Methods: The medical records of the eleven patients were evaluated retrospectively including clinical signs and symptoms, preoperative CA125 levels, imaging workup, surgical notes and pathological findings.

Results: All patients were Stage 1-3. Most common symptoms were bleeding and pain in the patients. Watery discharge which is claimed to be classical symptom of tubal carcinoma was seen only in one patient but overlooked. Preoperative CA125 levels were in normal ranges in four of the patients. Pelvic examination and imaging workup did not reveal preoperative diagnosis of tubal carcinoma in any of the patients. Most common diagnosis was ovarian cancer.

Discussion: No definitive preoperative discriminative finding could be found out in the patients. However pelvic pain, which is generally a late finding in ovarian malignancies, may be a leading symptom that should call attention of clinicians in these patients. It is believed to be result of tubal distention and causes relatively early diagnosis in carcinoma of the fallopian tube.

Key Words: Tubal cancer, Ovarian cancer, Adnexal mass, CA125, Hydrops tubae proflues.

Geliş tarihi: 10/01/2010

Kabul tarihi: 22/01/2010

Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Bölümü ANKARA

İletişim: Dr. İzzet Şahin

Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Bölümü ANKARA

Tel: 0532 241 33 51

E-posta: izzet.sahin@superonline.com

GİRİŞ

Primer fallop tüpü karsinomu (PFTK) seyrek görülen bir tumor olup dişi genital system malignitelerinin %0,14-1,8'ini oluşturur (1-7). PFTK histolojik görünümü ve klinik davranışı primer over karsinomuna çok benzediğinden ilerlemiş olguların birçoğu yanlışlıkla over kanseri olarak tanı alabilir, bu nedenle insidans muhtemelen olduğundan daha düşük olarak bildirilmektedir (8-9). Latzko'nun pelvik ağrı, pelvik kitle ve kanlı-sulu akıntı fallop tüpü kanserinin tanısını düşündürür. Ancak, nadiren doğru bir preoperatif tanı konabilir ve birçok olgu ilişkisiz durumlarda yapılan cerrahide tesadüfi olarak saptanır (10-12). Çalışmamızda hastalarımızda gözden kaçırılacak, ancak dikkate alınması gereken göreceli olarak ayırıcı tanı da önemsiz gibi görünen preoperatif ayırıcı bulguları değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL VE METOD

Jinekolojik Onkoloji kliniğimizin tıbbi kayıtları incelendi ve fallop tüpü kanseri tanısı almış 11 hasta değerlendirmeye alındı. Hastaların klinik bulgu ve semptomları, preoperatif CA125 düzeyleri, görüntüleme çalışmaları, cerrahi notları ve patolojik bulguları gözden geçirildi.

SONUÇLAR

Tüm olgular evre I-III olarak değerlendirildi. Hastaların özellikleri tabloda gösterilmektedir. Tüm hastalar menopozal dönemde ve ortalama yaşları $58,1 \pm 5,19$ (50-68 yıl) idi. En sık görülen semptomlar ağrı ve kanama idi. Ağrı 7 hastada semptom olarak izlenirken (%63,6), 5 hasta kanama (%45,5) ile başvurdu. Tuba karsinomunun klasik semptomu olarak vurgulanan sulu akıntı (hydrops tubae profluens) sadece 1 hastada karşımıza çıktı. Assit sık görülmeyen bir bulgu olarak değerlendirildi (%18,2).

Preoperatif CA125 düzeyleri hastaların 4'ünde normal düzeydeydi. Bu olguların tümü de Evre Ia olarak evrelendirilmişti. Diğer hastalarda CA125 düzeyleri 113 ile 1521 IU/ml arasında değişkenlik göstermekteydi.

Pelvik muayene ve görüntüleme yöntemleri tuba karsinomunun preoperatif tanısında ayırıcı özellikler saptanamadı. Olgularda en çok öngörülen öntanı

over kanseri idi. Pelvik kitle nedeniyle değerlendirmeye alınan bir hastada endometriyal örneklemede endometriyum adenokarsinomu tanısı konuldu fakat postoperatif patolojik incelemelerde endometriyum ve fallop tüpünün eş zamanlı maligniteleri olduğu saptandı. Diğer bir hastada aynı zamanda bir overde granuloza hücreli tümör bulundu. Patolojik incelemelerde en sık görülen histolojik tip 8 olguda (%72,7) seröz adenokarsinoma olarak bildirildi. Eş zamanlı tümörleri bulunan 2 olguda da fallop tüpündeki karsinom endometrioid tipte primer adenokarsinom olarak tanı aldı. Son bir hastada da seröz ve berrak hücreli komponentler içeren mikst tip adenokarsinoma izlendi.

TARTIŞMA

Jinekolojik onkolojinin pratiğinde PFTK olgularının preoperatif tanısı kadar, intraoperatif ve histolojik tanıları da bir ikilem oluşturmaktadır. PFTK'nun doğru tanısı için yüksek düzeyde klinik şüphe ile birlikte patoloğların rezeksiyon spesimenlerinde makroskobik ve histolojik bulguları yakından değerlendirmeleri gerekir. Patolog esas tümör kitlesinin nerede olduğunu tespit etmeli ve tubalar, overler, omentum ve diğer çıkarılan dokular tümörün köken aldığı yeri saptamak için metodolojik olarak örneklendirmelidir (1, 13). PFTK olgularını over ve diğer malignitelerden ayırt etmede Hu ve ark. tarafından önerilen klasik kriterler daha sonraları Sedlis tarafından modifiye edilmiştir (1, 6, 8). Yaygın şekilde kabul gören PFTK tanı kriterleri şu şekildedir:

1. Ana tümör endosalpinksten köken alır.
2. Histolojik patern tuba mukoza epitelinden türer.
3. Tuba epitelinden benign alandan malign alana geçiş gösterilebilir.
4. Over ve endometriyum ya normaldir ya da tubadakinden daha küçük tümör içerir.

Hastalarımızın tümü menopozda idi ve ortalama yaşları $58,92 \pm 5,19$ yıldır (50-68 yıl). Daha önce yayınlanan serilerde ortalama yaş benzer şekilde 55-61 yıl idi (4, 16-18).

PFTK için evreleme International Federation for Obstetrics and Gynaecology (FIGO) tarafından 1991 yılında önerdiği şekilde yapılır (15). PFTK göreceli olarak daha erken evrelerde tespit edilir (10). Bizim

Tablo 3—Çalışma Grubundaki Kadınların Hastaneye Başvurma Şikayetlerine Göre Dağılımı

| No | Yaş | Semptomlar | | | Findings | | | Preoperatif tanı | Gözlem bulguları | Patoloji | Evre |
|----|-----|-------------------------|--------|----------------|----------|---------------------|----------------|-----------------------|---|---|-----------------------------|
| | | Abdominal / pelvic ağrı | Kanama | Vajinal akıntı | Assit | Kitle (görüntüleme) | CA-125 (IU/mL) | | | | |
| 1 | 53 | + | - | - | - | + | 121 | Ovarian malignancy | Tubal mass | Primary adenocarcinoma of tube and tuberculous salpingitis on the contralateral tube | 1A |
| 2 | 68 | + | - | - | - | + | 476 | Ovarian malignancy | Tubal mass | Primary adenocarcinoma of tube and tuberculous salpingitis on the contralateral tube | 1A |
| 3 | 61 | + | + | - | - | + | 10 | Ovarian malignancy | Adnexal mass | Granulosa cell tumor of the right ovary and endometrioid adenocarcinoma of the right tube | 1A for tuba IC for ovary |
| 4 | 60 | + | + | - | - | + | 412 | Endometrial carcinoma | Frozen pelvis + abscess formation + pelvic mass | Endometrial adenocarcinoma and primary endometrioid adenocarcinoma of the tube | 1A for both |
| 5 | 60 | - | - | - | - | + | 12 | Adnexal mass | Tubal mass | Primary adenocarcinoma of the tube | 1A |
| 6 | 55 | + | - | - | - | + | 22 | Adnexal mass | Tubal mass | Primary adenocarcinoma of the tube | 1A |
| 7 | 56 | - | - | - | - | + | 15 | Ovarian malignancy | Adnexal mass | Primary adenocarcinoma of the right tube (grade 3) | 1A |
| 8 | 61 | + | + | - | + | + | 1521 | Ovarian malignancy | Bilateral adnexal mass | Primary adenocarcinoma of the right tube + infiltration of left tube & ovary | 2A |
| 9 | 65 | - | + | - | + | + | 148 | Ovarian malignancy | Adnexal mass | Mixed adenocarcinoma (serous + clear cell) of the right tube | 3C |
| 10 | 59 | - | + | - | - | + | 113 | Ovarian malignancy | Tubal mass | Primary adenocarcinoma of left tube | 3C |
| 11 | 50 | + | - | + | - | + | 126 | Ovarian malignancy | Tubal mass | Primary adenocarcinoma of the right tube | 1A |

çalışmamızda da olguların neredeyse tamamı evre I PFTK iken, iki hastada evre III ve sadece bir hastada evre II hastalık vardı. PFTK olgularında daha erken dönemde saptanma şansı tubal distansiyon ile ilişkilendirilmiştir (19). Önerilen hipoteze göre PFTK'nun tubal duvar veya lumenden köken alması transperitoneal yayılımı geciktirmektedir (20).

Başvurudaki klasik bulgu ve semptomlar pelvik ağrı, pelvik kitle ve serözanjinöz akıntı, veya vajinal kanama, akıntı ve alt abdomen ağrısıdır (8). Latzko'nun semptom triadı olan aralıklı yoğun serözanjinöz vajinal akıntı, akıntı ile birlikte rahatlayan kolik ağrı, ve abdominal veya pelvik kitle hastaların %15'inde görülmektedir (8).

En sık görülen prezentasyon şekli vajinal kanama ve akıntıdır (%50-60) (8). Sıklık açısından bu semptomları abdominal ağrı (%30-49) ve abdominal kitle (%12-61) takip eder (7, 21, 22). Abdominal ağrı zorlu tubal peristaltizm sonucu oluşan kolik ağrı şeklinde olabildiği gibi tubal distansiyona bağlı künt ağrı şeklinde de olabilir. Bizim olgu serimizde de en sık görülen semptom abdominal ve/veya pelvik ağrı (%64) ve takiben vajinal kanama (%46) şeklindeydi.

Hydros tubae profluens, patognomik olarak bilinir ve spontan veya adneksiyel kitlenin küçülmesini takiben berrak veya kanla-lekelenmiş sıvının intermitan vajinal akıntı şeklinde atılmasını ifade eder. Ancak, bu ancak olguların %5'inde görülür. Bu klasik olarak bilinen semptom bizim bir olgumuzda da sulu vajinal akıntı şeklinde kendini göstermiş ancak gözden kaçırılmış ve PFTK'nun semptomu olarak düşünülmemiştir. Birçok hastada PFTK asemptomatik olabilir (13, 19, 21). Sunulan bu olgu serisinde de 2 hastada hiç bir semptom mevcut değilken tanı pelvik kitlelerin tesadüfi olarak saptanması ile konuldu.

Klinik muayenelerde hastaların %60-65'inde pelvik veya abdominal kitle saptanırken assit sadece %15 olguda bildirilmiştir (7, 12, 19, 21). Olgu serimizde tüm hastalarda abdominal veya pelvik kitleler fizik muayene veya tesadüfi olarak görüntüleme çalışmalarında tespit edilmiştir ki bunların bir kısmında palpabl kitle mevcut değildi. Assit sadece 2 hastamızda gözlemlendi (%19). Fallop tüpü kanserlerinde ancak %3-15 olguda preoperatif tanıyı koymak mümkün olmaktadır ve sıklıkla ön tanı over tümörü veya pelvik inflamatuvar hastalık şeklindedir (12, 13, 19, 21). Biz de olgularımızın çoğunda preoperatif tanı olarak

(%73) over kanserini düşündük. Bir hastada endometriyal biyopsi sonucunda endometriyal adenokarsinoma tanısı kondu. Ancak, laparotomi ve ardından yapılan histolojik incelemelerde hastanın eş zamanlı endometriyum ve tuba kanseri olduğu saptandı. Ayrıca, bir diğer hastada da eş zamanlı over granüloza hücreli tümörü bulundu.

CA125 düzeyleri 11 hastanın 7'sinde normalin üstündeydi. CA125 ve tümör evresi arasındaki korelasyon bu çalışmada gözlenmekle beraber güçlü bir korelasyon şeklinde karşımıza çıkmadı. Serum CA125 düzeyleri over veya primer peritoneal seröz karsinomlarda da yükselebildiğinden bu belirtecin PFTK açısından spesifitesi yetersizdir (13).

Sonuç olarak, hastalarda preoperatif ayırıcı tanıda tanımlayıcı bir bulgu ortaya konamamıştır. Ancak, pelvik ağrı over malignitelerinde genellikle geç bir bulgu olarak ortaya çıktığından bu hastalarda klinisyenlerin dikkatini çekebilecek yönlendirici bir semptom olabilir. Tubal distansiyon sonucu ortaya çıktığına inanılır ve fallop tüp kanserinin göreceli olarak erken tanısının konulmasına yol açar.

KAYNAKLAR

1. Sedlis A. Primary carcinoma of the fallopian tube. *Obstet Gynecol Surv* 1961; 16: 209-226.
2. Semrad N, Watring W, Fu YS et al. Fallopian tube adenocarcinoma: common extraperitoneal recurrence. *Gynecol Oncol* 1986; 24: 230-235.
3. Roberts JA, Lifshitz S. Primary adenocarcinoma of the fallopian tube. *Gynecol Oncol* 1982; 13: 301-308.
4. Raju KS, Barker GH, Wiltshaw E. Primary carcinoma of the fallopian tube. Report of 22 cases. *Br J Obstet Gynaecol* 1981 ;88: 1124-1129.
5. Brown MD, Kohorn EI, Kapp DS et al. Fallopian tube carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1985; 11: 583-590.
6. Eddy GL, Copeland LJ, Gershenson DM et al. Second-look laparotomy in fallopian tube carcinoma. *Gynecol Oncol* 1984; 19: 182-186.
7. Riska A, Leminen A, Pukkala E. Sociodemographic determinants of incidence of primary fallopian tube carcinoma, Finland 1953-97. *Int J Cancer* 2003; 104: 643-645.
8. Nordin AJ. Primary carcinoma of the fallopian tube. A 20-year literature review. *Obstet Gynecol Surv* 1994; 49: 349-61.
9. Romagosa C, Torne A, Iglesias X, Cardesa A, Ordi J. Carcinoma of the fallopian tube presenting as acute pelvic inflammatory disease *Gynecol Oncol* 2003;89:181-4.

10. 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.
11. Borghi L, Ballotta 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.
12. Piura B, Rabinovich A. Primary carcinoma of the fallopian tube: study of 11 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 91: 169–75.
13. Clayton NL, Jaaback KS, Hirschowitz L. Primary fallopian tube carcinoma – the experience of a UK cancer centre and a review of the literature. *J Obstet Gynaecol* 2005; 25(7): 694 – 702.
14. Sedlis A. 1978. Carcinoma of the fallopian tube. *Surgical Clinics of North America* 58:121 – 129.
15. Pettersson F. 1992. Staging rules for gestational trophoblastic tumors and fallopian tube cancer. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 71:224 – 225.
16. Ng P, Lawton F. 1998. Fallopian tube carcinoma – a review. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore* 27:693 – 697.
17. Baekelandt M, Kockx M, Wesling F, Gerris J. 1993b. Primary adenocarcinoma of the fallopian tube. Review of the literature. *Int J Gynecol Cancer* 3:65 – 71.
18. Wolfson AH, Tralins KS, Greven KM, Kim RY, Corn BW, Kuettel MR et al. 1998. Adenocarcinoma of the fallopian tube: results of a multi-institutional retrospective analysis of 72 patients. *International J Radiation Oncology, Biology and Physics* 40:71 – 76.
19. Benoit MF, Hannigan EV. A 10-year review of primary fallopian tube cancer at a community hospital: a high association of synchronous and metachronous cancers. *Int J Gynecol Cancer* 2006; 16: 29–35
20. McMurray EH, Jacobs AJ, Peres CA, Camel HM, Kao MS, Galakatos A. Carcinoma of the fallopian tube; management and sites of failure. *Cancer* 1988;58:2070.
21. Ajithkumar TV, Minimole AL., Mary John M, Ashokkumar OS.. Primary Fallopian Tube Carcinoma. *Obstet Gynecol Survey*. 2005; 60(4): 247-252.
22. Obermair A, Taylor KH, Janda M, et al. Primary fallopian tube carcinoma: the Queensland experience. *Int J Gynecol Cancer* 2001;11: 69–72.