

PRİMER BİLATERAL TUBAL KARSİNOM: NADİR BİR OLGU

Dr. Türkan Eraslan¹, Dr. Güldeniz Desteli¹, Dr. Ebru Demiralay², Dr. Ali Ayhan³

ÖZET

Fallop tüpü kanseri jinekolojik kanserlerden en nadir görülenidir. Bilateral olma ihtimali oldukça düşüktür. Adenokarsinom en sık görülen histolojik tipidir. Preoperatif olarak over kanseri veya tuboovarian abse ile karışabilir. Davranış ve tedavi olarak epitelyal over kanserine benzer. Literatürde az rastlanan, patolojik olarak bilateral in situ alanlar ve p53 mutasyonu gösterilerek tanı konmuş bir primer bilateral tubal karsinom olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Bilateral Fallop Tüp Kanseri, Primer Fallop Tüp Kanseri.

ABSTRACT

Primary fallopian tubal cancer is the rarest gynecologic malignancy. Bilaterality is also seldom. Adenocarcinoma is the most frequent histologic type. Preoperatively mostly confused with ovarian cancer or tuboovarian abscess. They share similar behavioral processes and similar treatment protocols with epithelial ovarian carcinomas. We present a primary bilateral fallopian tubal carcinoma proven with in situ areas of bilateral p-53 mutations.

Key Words: Bilateral Fallopian Tubal Carcinoma, Primary Fallopian Tubal Cancer.

Giriş

Kadın genital sisteminin epitelyal seröz karsinomları over, fallop tüpü ve peritoneal karsinomları içermektedir. Bunlar benzer klinik bulgulara, histopatolojik yapıya ve tedavi protokollerine sahiptir. Primer fallop tüpü kanseri (PFTK) jinekolojik maligniteler içinde en nadir görülenidir. Genelde preoperatif olarak over kanseri tanısı alır (1). Tuba kanserinin bilateral olma ihtimali de oldukça düşüktür. Bu tanıyı koymak için her iki tuba epiteline in-situ p-53 mutasyon alanlarının görülmesi gerekir. Burada cerrahi ve adjuvan kemoterapi ile tedavi edilmiş bilateral primer tubal karsinom vakası sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

49 yaşında multipar bayan hasta kliniğimize vajinal akıntı ve dış merkezde tesadüfen bulunmuş sağ adneksial alanda 6 cm heterojen kistik kitle ile başvurdu. Hasta 4 yıldır menopozda idi, hikayesinden bir yıl önce 5 gün süren postmenopozal kanaması olduğu ve herhangi bir merkeze başvurmadığı öğrenildi. Öncesinde hormon replasman tedavisi almamıştı. Medikal hikayesinde iki yıl önce lumbal herni nedeniyle geçirdiği operasyon dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde dış genital organlar normal görünümde idi, spekulum muayenesinde sulu vajinal akıntı izlendi, bimanuel muayenede uterus normal boyutta

Geliş tarihi: 11/09/2012

Kabul tarihi: 29/09/2012

¹Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

²Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Başkent Üniversitesi Maltepe Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ankara

İletişim: Dr. Ali Ayhan

Başkent Üniversitesi Maltepe Kadın Hastalıkları ve Doğum

ve antevretti, her iki adneksial alanlarda hassas olmayan dolgunluk fark edildi. Transvajinal ultrason incelemesinde uterus ve overler atrofikti, endometrial kalınlık 4,4 mm idi. Uterus arkasında muhtemelen adneks kaynaklı abse veya malignite olabilecek, 6x7 cm'lik heterojen kistik görünümler fark edildi. Ca125 seviyesi 205 idi, servikovajinal smearde malignite veya intraepitelyal lezyon izlenmedi. Abdominopelvik manyetik rezonans görüntüleme bilateral tübüler düzensiz kistik oluşumlar ve tuba duvarında en kalın yeri 2,67 cm'e ulaşan minimal kalınlaşma izlendi. Bu tübüler oluşumların arasında yoğun sıvı koleksiyonu vardı.

Operasyonda uterus ve bilateral overler atrofik izlendi. Yaklaşık 300 cc asit mai vardı, her iki fallop tüpü 10 cm uzunluğunda ve 6-7 cm çapında genişlemiş kistik kitleler halinde idi (Şekil 1). Kitlenin frozen sonucu adenokarsinom olarak bildirildi. Peritoneal yüzeylerde ve omentumda en büyüğü 1 cm çapında tümöral implantlar mevcuttu. Total abdominal histektomi+Bilateral salpingoofektomi+Omentektomi+Bilateral pelvik paraaortik lenf nodu diseksiyonu+apendektomi yapılarak operasyon sonlandırıldı.

Nihai patolojide sağ ve sol tüpte seröz papiller karsinom tespit edildi. Batın sitolojisi malign idi. Omentum, periton ve apendiks serozasında karsinom metastazları vardı. Bir adet sağ eksternal iliak lenf nodunda karsinom metastazı izlendi. Her iki tüp epitelyumi p-53 ile pozitif boyandı ve insitu karsinom alanları görüldü (Şekil 2a, 2b ve 3a, 3b). Tanı seröz papiller tip, primer bilateral fallop tüp kanseri olarak kanıtlandı.

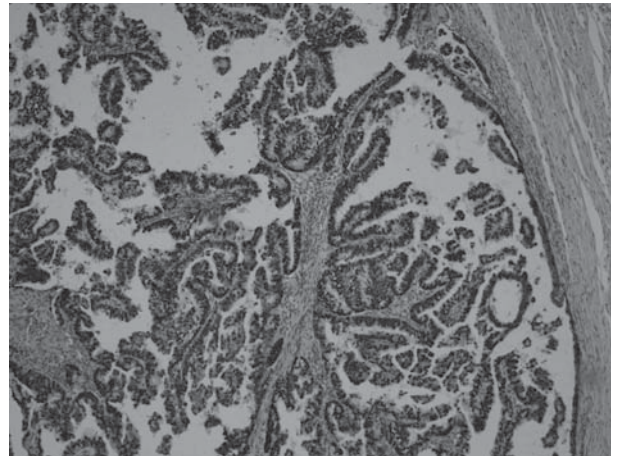
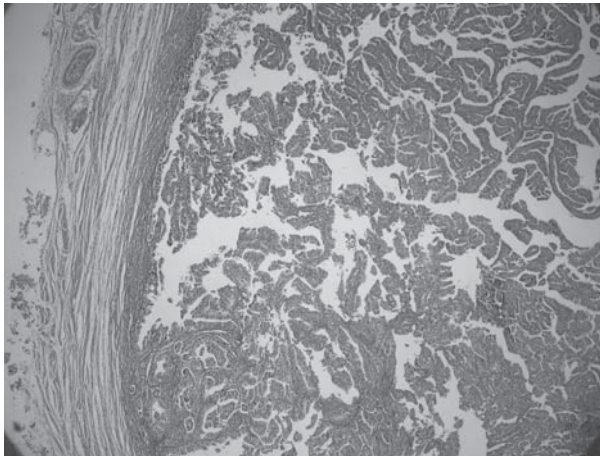


Şekil 1–Uterus ve adnekslerin makroskopik görünümü.

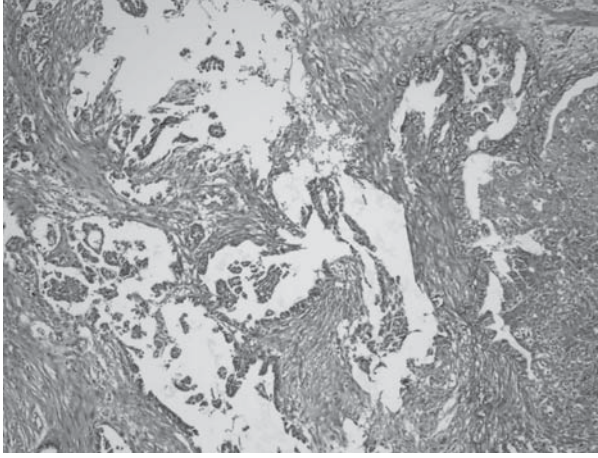
Operasyon sonrası hasta 6 kür karboplatin paklitaksel kemoterapisi aldı. Genel sağlık durumu iyi olan hastanın son Ca125 seviyesi 6,7 idi. Abdominal ultrasonu normal idi.

TARTIŞMA

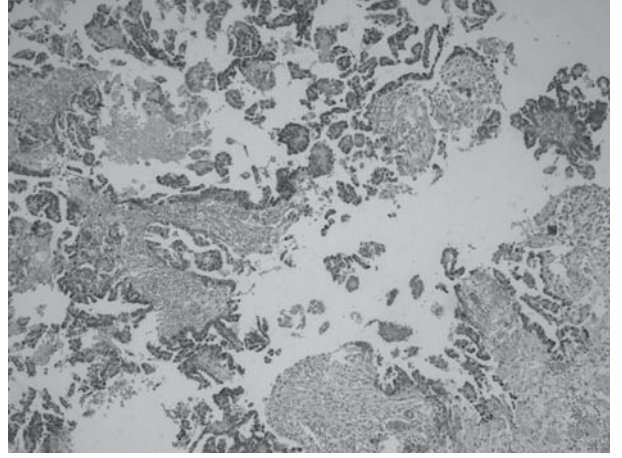
Jinekolojik kanserler içinde primer fallop tüpü kanseri oldukça nadir olarak karşımıza çıkar. Kadınlarda tanı almış tüm jinekolojik kanserlerin %0,14-2'sini oluşturur (2). Yıllık insidansının bir milyon kadında 3,9 olduğu düşünülmektedir (3). Woolas ve arkadaşlarının 1993 ile 2009 yılları arasındaki vakaları incelediği çalışmasında toplam 2779 PFTK olgusu sunulmuştur (4). GOG'nin 2007 yılında yayınlanan bir çalışmasında ise 1998-2003 yılları arasında Amerika Birleşik Devletlerinde 3051 vaka bildirilmiştir (5). Son yıllarda PFTK insidansında artış izlenmektedir, bu-



Şekil 2–A. Sol tubada lümene doğru papiller yapılar oluşturan tümör, H&E, x40, B. Sol tubadaki tümörün p53 immunohistokimyası, immunoperoxidase, x100.



A



B

Şekil 3–A. Sağ tubada lümeneye doğru papiller yapılar oluşturan tümör, H&E, x40, **B.** Sol tubadaki tümörün p53 immünohistokimyası, immunoperoxidase, x100.

nun nedeni muhtemelen önceden bu vakaların gözden kaçması veya cerrahi ya da patolojik inceleme sırasında yanlışlıkla over kanseri tanısı konmasıdır (6,7) Bilateralite oranı yaklaşık % 10 olarak belirtilmiştir. (8)

En sık 40'lı yaşların sonlarında tanı alır. En genç hasta 18, en yaşlı ise 88 yaşındadır. Siyah ırkta daha sık izlenmektedir (5). Önceleri risk faktörü olarak düşünülen geçirilmiş kronik pelvik enflamatuvar hastalık veya tüberküloz, günümüzde PFTK ile ilişkili olarak görülmemektedir. Primer infertiliteye hastalar arasında sıklıkla rastlanmaktadır. Çalışmalarda sterilizasyon, histerektomi, HPV veya klamidy enfeksiyonunun da PFTK ile ilişkisi gösterilememiştir. Diğer seröz kanserlerde olduğu gibi bilinen tek risk faktörü kalıtsal BRCA 1 veya BRCA 2 mutasyonudur (9,10). BRCA mutasyon taşıyıcıları genel popülasyona kıyasla 120 kat artmış tüp kanseri riskine sahiptir.

Bir teoriye göre seröz kanser fallop tüp fimbriasındaki epitelden köken alır. P-53 mutasyonu tubal epitelin fimbriyal tarafında prekürsör lezyon olarak başlar, ilk önce tüp epiteli etkilenir, sonrasında lümen tümörle dolar ve tüp genişler, daha sonra mukoza ve serozaya sırasıyla metastaz yapar. Histolojik tipleri %90'dan fazlasında adenokarsinomdur, en sık olarak da seröz adenokarsinom izlenir. Daha nadir tipleri transizyonel hücreli karsinom, endometrioid ve berrek hücreli karsinomdur. (11)

Tedavisi epitelyal over kanseri gibidir. Hastalara debulking veya evreleme cerrahisinin ardından gere-

kirse paklitaksel ve karboplatin kemoterapisi uygulanır. Hastaların prognozu, yaş, evre ve cerrahi sonrası rezidü tümör miktarına bağlıdır.

Sonuç olarak fallop tüp kanserleri son yıllarda insidansı artsa da jinekolojik maligniteler içinde en az görülenidir. Bu grupta primer ve bilateral olgular çok daha nadir olarak izlenir. Vakaların çoğu pelvik abse veya over kanseri düşünülerek operasyona alınır. Akıntı, pelvik kitle ile başvuran ve özellikle overleri ultrasonda normal olarak gözlenen hastalarda tuba kanseri akla gelmelidir.

KAYNAKLAR

1. Çelik H, Karaoğlu A, Çobanoğlu B, Altıngül A, Parmaksız C. Primer Tubal Adenokarsinom. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi:2004;7(4):154-156.
2. Sedlis A. Primary carcinoma of the fallopian tube. Obstet Gynecol Surv 1961;16:209–226.
3. Rosenblatt KA, Weiss NS, Schwartz SM: Incidence of malignant fallopian tube tumors. Gynecol Oncol 1989;35:236–239.
4. Woolas R, Jacobs I, Davies AP. What is the true incidence of primary fallopian tube carcinoma? Int J Gynecol Cancer 1994;4:384–8.
5. Sherri L. Stewart A, Jennifer M. Wike B, Stephanie L. Foster A, Frances Michaud A. The incidence of primary fallopian tube cancer in the United States. Gynecologic Oncology 2007; 107:392–397
6. Nordin AJ. Primary carcinoma of the fallopian tube: A 20-year literature review. Obstet Gynecol Surv. 1994;49:349–61.

7. Riska A, Leminen A, Pukkala E. Sociodemographic determinants of incidence of primary fallopian tube carcinoma, Finland 1953–97. *Int J Cancer* 2003;104:643–5.
8. Alvarado-Cabrero I, Young RH, Vamvakakas 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.
9. Aziz S, Kuperstein G, Rosen B, Cole D, Nedelcu R, McLaughlin J, et al. A genetic epidemiological study of carcinoma of the fallopian tube. *Gynecol Oncol* 2001;80:341–5.
10. Zweemer RP, van Diest PJ, Verheijen RH, Ryan A, Gille JJ, Sijmons RH, et al. Molecular evidence linking primary cancer of the fallopian tube to BRCA1 germline mutations. *Gynecol Oncol* 2000;76:45–50.
11. Dursun P, Kaya D, Kuşcu E, Ayhan A. Tubal Transizyonel hücreli karsinom. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*:2007;3(10):26-28.