

# Primer Tuba Uterina Adenokarsinomu: Bir Olgu Sunumu

Yılmaz Baş\*, Nihal Kılınç\*\*, Süreyya Demir\*\*\*, Bülent Demir\*\*\*

\*Hitit Üniversitesi Çorum Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Patoloji

\*\*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

\*\*\*Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü

## ÖZ

Primer fallop tüp karsinomu ender bir tümör olup, kadın genital malign tümörlerinin %0,14-1,8'i oranında görülür. Elli iki yaşında, gebelik 9, parite 6 düşük 3 olan bir primer tuba karsinomu olgusu sunulmuştur. Hasta vajinal kanama ile başvurdu, jinekolojik muayenesinde pelvik kitle saptandı. Total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooferektomi yapıldı. Histopatolojik olarak sol tubadan köken alan Stage Ia tuba uterina adenokarsinomu tespit edildi.

**Anahtar kelimeler:** primer fallop tüp karsinomu, prognoz, tanı

## ABSTRACT

### Primary Carcinoma of the Fallopian Tube: A Case Report

Primary fallopian tube carcinoma is an uncommon tumor accounting for approximately 0.14%-1.8% of female genital malignancies. A 52 year-old, gravida 4, parity 4, abortus 3 woman having primary fallopian tube carcinoma is presented. Her complaint was vaginal hemoragy, and a pelvic mass was found by gynecological examination. Abdominal total hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy were performed. Histopathological examination revealed a Stage Ia primary tuba uterina adenocarcinoma of the left fallopian tube.

**Keywords:** diagnosis, primary fallopian tube carcinoma, prognosis

## GİRİŞ

Tuba uterinanın primer karsinomları çok nadirdir ve jinekolojik kanserlerin %0,14-1,8'ini oluşturmaktadır (1-3). Ülkemizde sıklığı bu oranlarda beklenmekle birlikte belirsizdir. Az olgu sayısı, bütünleşmeyen evreleme sistemi ve tedavi metotları, diğer olgularla mukayeseyi ve aktüel tedavi kararını güçleştirmektedir (4).

Histopatolojik yapı ve davranış olarak over karsinomu ile benzerlik gösterir. Başvuru semptomları değişken ve non-spesifiktir. Bu nedenle pre-operatif tanı koymak zordur. Fallopian tüp karsinomu çok hızlı yayıldığı için erken tanı olanaksız denecek derecede azdır. Tanı genellikle başka bir nedenle uygulanan operasyonlar sırasında konulur. Beş yıllık sağ kalım oranı evrelere bakılmaksızın %30-50 oranında bildirilmektedir (5,6).

Primer tuba adenokarsinomu ender görüldüğünden

dolayı, özellikle erken evrede optimal tedavi yaklaşımı belirlenmemiştir. Bugün, her evre fallop tüp karsinomu için adjuvan terapi önerilmektedir. Post-operatif radyasyon tedavisinin gerekliliği ve yararı çalışmalarda tam olarak ortaya konulamamıştır (6).

## OLGU

Gebeliği 9, doğumu 6, düşüğü 3 ve yaşayan çocuğu 4 olan, rutin biyokimyasal tetkikleri normal sınırlarda, 52 yaşındaki hastaya disfonksiyonel uterin kanama nedeniyle total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi uygulandı. Batın içi asit sıvısı yoktu.

Makroskobik olarak sol tuba uterina 10 cm uzunlukta ve duvar yapısı tüm alanlarda korunmuştu. Ampulla kısmında lokalize 6.7x3.6x3.3 cm ölçülerinde lümeni dolduran, kirli beyaz renkli, solid ve lobüle yapıda tümör saptandı (Resim 1). Tümörün sol over dokusuyla ilişkisi yoktu. Servikste, endometriumda, myometri-

**Alındığı Tarih:** 17.05.2015

**Kabul Tarihi:** 09.10.2015

**Yazışma adresi:** Doç. Dr. Bülent Demir, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği, 34000 / Fatih / İstanbul

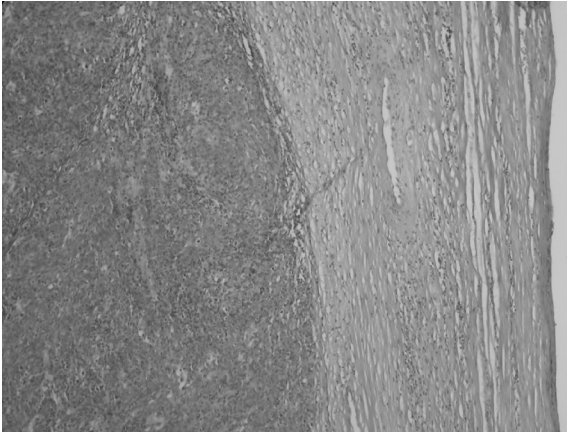
**e-posta:** bulentdemird@hotmail.com

umda, sol overde, sağ over ve sağ tubada makroskobik olarak özellik saptanmadı.



Resim 1. Sol tuba uterina, kitlenin kesit yüzü makroskobisi.

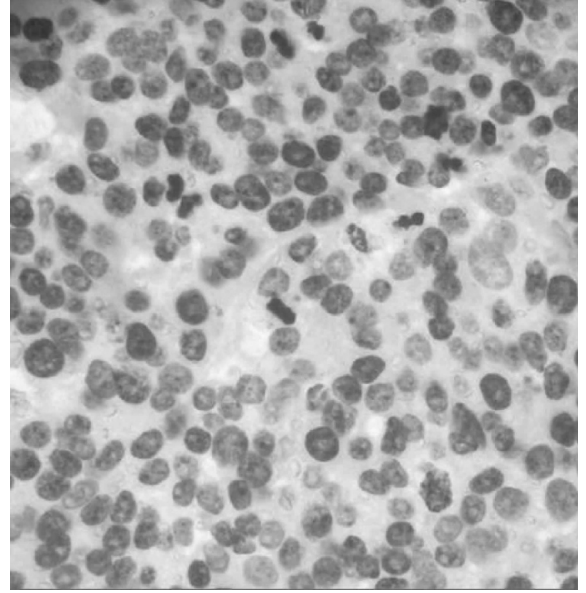
Mikroskobik olarak HE boyalı kesitlerde normal tuba uterina yapısını ortadan kaldıran, serozaya aşmamış, muskuler tabakaya invaze, geniş alanlarda solid ve yer yer papiller yapılar biçiminde lümeneye doğru gelişim gösteren tümör mevcuttu. Tümör sitoplazmik sınırları seçilemeyen, dar sitoplazmalı, pleomorfik, kaba granüler kromatin dağılımına sahip, nükleollerini seçilebilen nükleuslu atipik epitelyal hücrelerden oluşmaktaydı (Resim 2). Proliferasyon indeksi [Ki67] %80 olarak değerlendirildi (Resim 3).



Resim 2. Solid yapılar biçiminde gelişim gösteren tümör izlenmektedir (HEx100).

Tanıdan sonra hastaya infrakolik omentektomi, apendektomi, bilateral pelvik ve paraaortik lenf nodu diseksiyonu ve “vajinal cuff” eksizyonu uygulandı. Sağ ve sol paraaortik, douglas ve diafragma altından sıvılar alındı ve bu sıvıların incelemesinde atipik hücre saptanmadı. Vücuttaki diğer organlarda, servikste, endometriumda, myometriumda, sağ-sol over ve sağ

tubada neoplazi saptanmaması nedeniyle sol tuba kitlesi primer tuba uterina adenokarsinomu evre Ia olarak rapor edildi.



Resim 3. Büyük büyütmede yüksek Ki67 proliferasyon indeksi (x400).

Hastada ameliyat sonrası ilk Ca-125 42.90 U/ml saptandı. 4 kür Taxol - Carboplatin uygulandı. Takipleri Ca-125 ile yapıldı. Ca-125, 4.82'ye kadar geriledi. Kontrolerinde rekürrens bulgusu saptanmadı.

## TARTIŞMA

Primer tuba uterina kanserleri tüm jinekolojik malignitelerin %0,1-1,8'ini oluşturur (5-7,10,13). Görülme sıklığı 18-87 yaşları arasında değişmektedir (7,13).

Ortalama yaş 55-60'tır (5,7). En sık tubanın ampulla kısmında görülür. Teşhis edildiğinde olguların %10-20'si bilateraldir (5,7).

Tubalardaki tümör genellikle over, endometrium, gastrointestinal sistem veya meme gibi başka primer odaklardaki tümörün tubaya metastazı şeklindedir. Tanısı konulmadan önce tüm organlar incelenmelidir. Bu yüzden tanı için bu bölgelerden metastaz ekarte edilmelidir (7,8).

Olgumuzda tümör sol tubada sınırlıydı. Overler, uterus ve batın içi diğer organlar tümör odağı yoktu. Bu nedenlerle olgumuz primer tuba kanseri kabul edildi.

Bol miktarda seröz veya seroanjinoz vajinal akıntı, pelvik ağrı ve pelvik kitle tuba kanserinin klasik belirti ve bulgularıdır (5,7,9). Vajinal kanama hastalarda en sık görülen bulgudur ve hastaların en az %50'inde görülmektedir (5,6). Ancak klinik olarak oldukça belirsiz ve özellik göstermeyebilir. Primer tuba kanseri, over kanserinde olduğu gibi uzun yıllar asemptomatik seyredebilir. Bu yüzden tuba kanserinin tanısı oldukça zordur. Pre-operatif tanı güçlükleri nedeniyle genellikle ileri evrelerde (5,7,9) rastlantısal olarak saptanmaktadır.

Serum Ca 125 ölçümü erken tanıda yardımcı değildir fakat artmış serum seviyeleri ilerlemiş fallopian tüp karsinomunu veya over kanserini gösterir (6). Hastamızda ameliyat sonrası ilk Ca-125 42.90 U/ml saptandı. Takipleri Ca-125 ile yapıldı. Ca-125, 4.82'ye kadar geriledi.

Sitogenetik çalışmalarda Tp53, HER2/neu ve c-myb'nin aşırı ekspresyonu görülmüştür. Olguların büyük bir kısmı BRCA1 ve BRCA2 mutasyonlarının taşıyıcılarında rapor edilmiştir (10,12).

Direkt olarak yayılım dışında lenfatik hematojen ve transçölemik yayılım beklenir. Prognozu kötüdür. Tuba kanserli hastaların %50'den fazlası evre 1 ve evre 2 döneminde yakalanırken over kanserlerinde %60'tan fazlası evre 3-4'de yakalanmaktadır. Bu durum fallop tübü kanserlerinin over kanserlerine göre daha iyi prognozlu olduğunu göstermektedir (10). Hastaların %33'ü tanı konulduktan sonra 5 yıl yaşamaktadır (11). Tüm evrelerde göre ortalama 5 yıllık yaşam %30-50 oranındadır (6). Tubal karsinomlarda c-erbB-2 protoonkogen ekspresyonunun, tümör "growth promotion" ve p53 gen mutasyonunun prognostik değeri açık değildir (10).

Tuba kanserinin tedavisi over kanserine benzer. Primer tümörü çıkartmak, evreleme yapmak ve metastatik kitleyi küçültmek için lapararotomi yapmak gerekir. Cerrahi sonrası, seçilmiş olgularda radyoterapi de bir seçenek olmakla birlikte, en çok tedavi yöntemi kombine kemoterapidir (7,8).

Bizim olgumuza cerrahi tedavi olarak total abdominal histerektomi + bilateral salpingo-ooferektomi + omentektomi + apendektomi + bilateral pelvik ve paraaortik lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Adjuvan tedavi uygulandı. Olgumuz ilk ameliyatı olduğu tarihinden beri yaklaşık 13 yıldır sağlıklı olarak yaşamını sürdürmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Pectasides D, Pectasides E, Economopoulos T. Fallopian tube carcinoma: A review. *The Oncologist* 2006;11:902-12. <http://dx.doi.org/10.1634/theoncologist.11-8-902>
2. Deffieux X, Morice P, et al. Anatomy of pelvic and para-aortic nodal spread in patients with primary fallopian tube carcinoma. *J Am Coll Surg* 2005;200:45-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2004.09.017>
3. Khan Y. et al. Primary fallopian tube carcinoma presenting with a sinus in the posterior portion of cervix. *Int J Gynecol Cancer* 2004;14:166-68. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1048-891x.2004.014195.x>
4. Maral İ, Sözen U, Balık E, Velibeşe S, Isparta T. Tuba uterina'nın primer karsinomu. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 1992;2(4):271-2.
5. Güngördük K, Akabyır Ö, Numanoğlu, Odabaş E, Ark HC, Güllük A. Primer tuba uterina kanseri: Olgu serisi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 2007;4(3):208-13.
6. Osmanağaoğlu MA, Osmanağaoğlu S, Bozkaya H. Primer tuba uterina kanseri: Bir olgu sunumu. *Erciyes Tıp Dergisi* 2004;26(4):197-200.
7. Yüksel A, Ateşer G, Kaya SA, Ünal F, Çelik S, Boran B. İnvaziv tuba karsinomu; Olgu sunumu. *İstanbul Tıp Dergisi* 2009;1:37-9.
8. Berek JS. Ovarian cancer. In Berek JS, ed. *Novak's Gynecology*. 13<sup>rd</sup> ed. Philadelphia Lippincott Williams and Wilkins 2002;1303-7.
9. Gadducci A. Current management of fallopian tube carcinoma. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002;14(1):27-32. <http://dx.doi.org/10.1097/00001703-200202000-00005>
10. Rosai J. *Surgical Pathology*, tenth edition, vol. Two. Mosby Elsevier, 2011;1546-1547.
11. Kurjak A, Kupesic S, et al. Preoperative diagnosis of primary fallopian tube carcinoma. *Gynecologic oncology* 1998;68:29-34. <http://dx.doi.org/10.1006/gyno.1997.4873>
12. Mladenović-Segedi L. Primary fallopian tube carcinoma. *Med Pregl* 2009;62(1-2):31-6. <http://dx.doi.org/10.2298/MPNS0902031M>
13. Yücesoy G, Gökten M, Çorakçı A, Vural B, Özeren S, Yücesoy İ, Yumbul, Z. Bir primer tuba kanseri olgusu. *T Klin J Gynecol Obst* 2004;14:117-9.