

PRİMER TUBA UTERİNA KARSİNOMU (Vaka Takdimi)

Erdal Kaya*, Abdullah Sağlam**, Olgun Konaş***, Serhat Sakız****

Özet: Primer tuba uterina karsinomu (PTUK) kadın genital sisteminin çok nadir rastlanan bir tümördür. Sinsi kliniği nedeniyle genellikle ameliyat öncesi tanı konulması oldukça güçtür. Bu makalede Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında ameliyat olan bir primer tuba uterina karsinomu vakası takdim edildi ve tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Tuba uterina tümörü, primer tuba uterina karsinomu

Primary carcinoma of the uterine tube

Summary: Primary uterine tube carcinoma is one of the most rare tumors of the female genital tract. It is very difficult to diagnose preoperatively because of its insidious clinical course. In this paper case of a primary carcinoma of the uterine tube is presented and discussed.

Key Words: Uterine tube tumor, Primary carcinoma of the uterine tube

Tuba uterina sekonder karsinomlarının oldukça sık görülmesine karşılık primer karsinomlarına çok seyrek rastlanan bir organdır. Öyle ki arşivlerinde primer tuba uterina karsinomu olmayan klinikler bile vardır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde 1954-1978 yılları arasında sadece iki vaka tesbit edilmiştir (11). Şimdiye kadar literatürdeki vaka sayısı ancak 1000 kadardır (3,7,11). Görülme sıklığı 1 milyon kadın yılında 3 olup, genital karsinomlar arasında %0,2 ile %0,5 oranlarında rastlanmaktadır (3,5,6,7,8,11).

* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

***Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

****Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

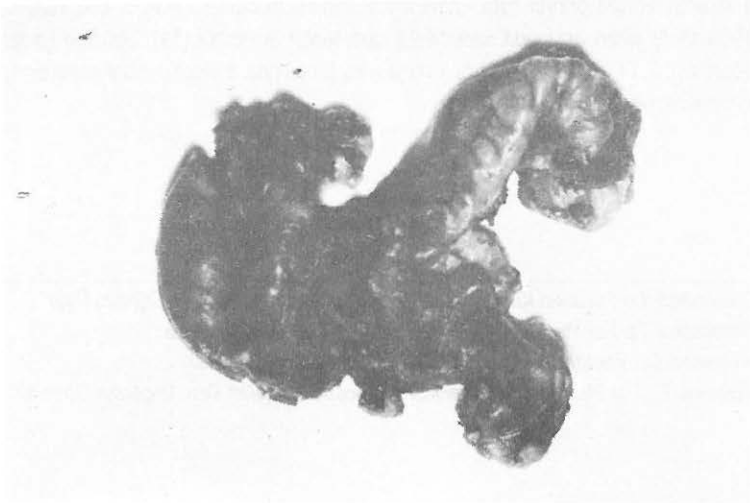
Vaka Takdimi

50 Yaşında , 6 çocuklu, 5 yıldır menapozda olan kadın hasta (Prot No: 465065), kasık ağrısı, genital akıntı ve geceleri ateş basması şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Hikayesinde kasık ağrısının 15 gün önce başladığı tesbit edildi. Öz ve soy geçmişinde bir özellik yoktu. Genital muayenede dış genital organlar, vajen ve serviks normal bulundu. Uterus normal irilikte ve sertlikte olup etrafına yapışık değildi. Sağ adneksiyal bölgede bir patoloji yoktu. Sol adneksiyal bölgede 15 cm çaplı semi-solid kitle mevcuttu. Hasta sol adneksiyal kitle tanısı ile yatırıldı.

Rutin tetkiklerinde orta derecede bir sedimantasyon yükselmesi dışında (40 mm/saat) özellik yoktu. Pelvik ultrasonografide solda uterustan ayrı olarak 105x107 mm büyüklükte heterojen ekoda kitle gözlemlendi. Yapılan servikal smear sonucu Class II, probe küretaj sonucu ise normal endometrium olarak tesbit edildi.

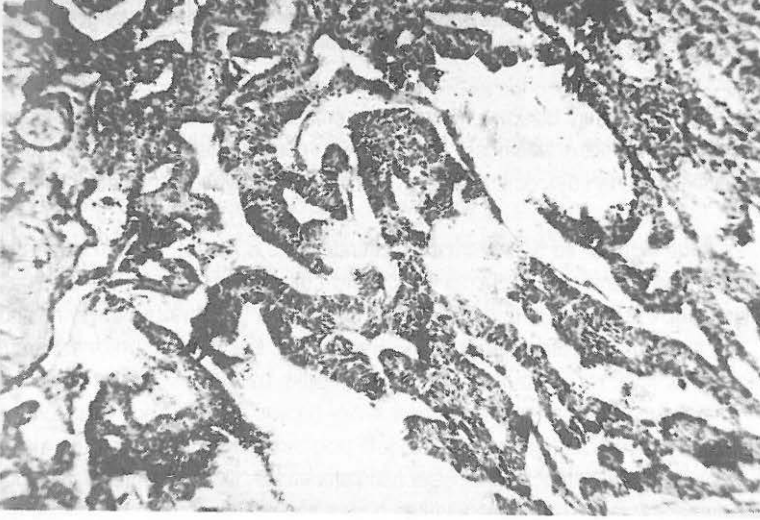
Hasta 2 Haziran 1989 tarihinde ameliyata alındı. Eksplorasyonda sol tuba uterina 1/3 distalinde 12 cm çaplı üzeri düzgün, lastik sertliğinde kitle mevcuttu. Kitle bir ileum segmentine invaze idi. Diğer pelvik ve batin içi organlar normal bulundu. Total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapıldı. Kitle tümöral invazyon gösterdiği ileum segmenti ile birlikte enblok çıkarıldı.

Ameliyat materyalinin makroskopik incelemesinde sol tuba uterininin normal anatomik yapısını tamamen kaybederek 6 cm çapa ulaşan bir kitle halini aldığı, kesit yapıldığında tuba lümeninin kanamalı, nekrotik materyalle dolu olduğu ve yer yer papiller yapılar ihtiva ettiği; 25 cm'lik bir ileum segmentinin serozal yüzden tuba uterinaya yapıştığı gözlemlendi (Resim 1).

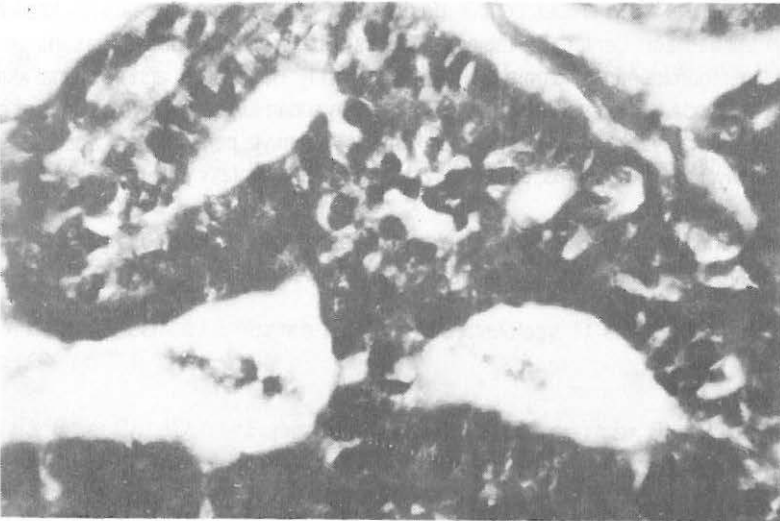


Resim1. Ameliyat materyalinin makroskopik görünümü

Hazırlanan çok sayıda kesitin mikroskopik incelemesinde kitlenin malign bir tümör dokusu olduğu; geniş sahalardaki nekroza rağmen doku bütünlüğünün daha iyi korunduğu kısımlarda tümör dokusunu meydana getiren hücrelerin düzensiz adenoid yapılar meydana getirdikleri izlendi (Resim 2). Tümör hücrelerinin atipik, belirgin büyüklük ve şekil farklılıkları gösteren mitotik aktivitesi yüksek hiperkromatik nüveli hücreler oldukları gözlemlendi (Resim 3). Bu bulgular ile histopatolojik olarak vakaya primer tuba uterina karsinomu tanısı kondu.



Resim 2. Düzensiz adenoid yapılar meydana getiren tümör hücreleri (HEx160).



Resim 3. Hiperkromatik nüveli, belirgin şekil ve büyüklük farklılıkları gösteren tümör hücreleri (Hex400)

Ameliyat sonrası dönem komplikasyonsuz seyretti. Hasta kemoterapi ve radyoterapi önerilerek taburcu edildi.

Tartışma

Primer tuba karsinomalı ilk vaka 1847 de Renaud tarafından bildirilmiş daha sonra 1888'de Orthmann PTUK'nu geniş olarak tanımlamıştır (4,7,11). 17-80 yaşlar arasında olabilirse de bir yaşlı kadın hastalığı olarak bilinen tümör en sık 60 yaşlarında görülmektedir. (2,3,6,7,8,11).

Etyolojisinde kesin bir etkenin varlığı bulunamamıştır. Tuba enfeksiyonları suçlanmışsa da salpenjitin yüksek sıklığıyla karşılaştırıldığında görüme sıklıkları arasındaki orantısızlık bu görüşün değerini zayıflatmıştır. Ayrıca bazı vakalarda tuba karsinomu ile birlikte bulunan tüberküloz salpenjitin etyolojide rol oynadığı gösterilebilmiş değildir (8,9).

PTUK genellikle unilateral olup %8 ile %26 oranında bilateraldir (2,3,6,7,8,11). Hemen hemen tamamı adenokarsinom tipindedir. Tuba uterinanın yassı epitel hücreli karsinomu çok nadirdir. Bizim hastamızda tümör unilateral olup adenokarsinom tipinde idi. Parsons ve Sommers histolojik olarak tuba uterina karsinomlarını sınıflandırmanın faydadan çok karışıklığa yol açacağını bildirmişlerdir (11). Sanger ve Barth tuba uterina karsinomlarını papiller ve papiller-alveoler tip olarak ikiye; Hu, Taymor ve Herting ise papiller, papiller-alveoler ve alveoler-meduller tip olarak üçe ayırmışlardır (8). Primer tuba uterina karsinomu sinsi kliniği nedeni ile yanlışlıkla over tümörü, endometriozis veya inflamatuvar pelvik hastalık tanıları ile takip edilebilir. Goetz preoperatif doğru tanı konmuş vaka sayısının ancak 577 de 2 olduğunu rapor etmiştir (8). Başlangıçta klinik seyir asemptomatiktir. İlk semptomlar vaginal kanama, ağrı ve vaginal akıntıdır. Uzun bir menapoz devresi geçirmiş kadında birden vaginal kanamanın başlaması diğer genital kanserlerin yanında tuba karsinomunu da düşündürmelidir. Kanama devamlı ve az miktarda olur. Ağrı vakaların yarısında görülüp dismenore ve intestinal spazma benzer. Diğer kanserlerden daha erken ortaya çıkar. Bir başka semptom ise serosanginö vaginal akıntıdır. Genellikle ağrıyı takiben görülür. Bu dönemde yapılan vaginal smearlerde atipik hücreler gösterilebilir. Vaginal akıntıyı takiben ağrı geriler. Bu tabloya "hidrops tuba proflüens" denir. Parsons ve Sommers vakaların %25'inde bu tablonun görüldüğünü bildirmişlerdir (3,5,6,7,8,10,11). Hastamızda ağrı ve vajinal akıntı şikayetleri vardı. Primer tuba karsinomunda lenfatik yayılma oranı %30'dur. Bir yandan lumbal, iliak ve sakral lenf ganglionlarına yayılım olurken, öte yandan vena ovarikalari izleyen lenfatik kanallar yardımıyla periaortik lenf zinciri boyunca daha yukarılara, renal ganglionlara yayılım olabilir. Uterus, overler ve vajene de yayılım lenfatik yolla olur (3,8,10,11).

PTUK'un klinik evrelendirilmesi konusunda çalışmalar yapılmasına rağmen bu konuda görüş birliğine varılamamıştır (3). Schiller ve Silverberg tarafından sunulan sınıflama Tablo 1'de gösterilmiştir (2).

Tablo I. Tuba karsinomunun klinik evrelendirilmesi.

Evre 0	Karsinoma in situ
Evre I	Submukoza veya muskularise yayılmış, serozaya ulaşmamış tümör
Evre II	Serozaya yayılmış tümör
Evre III	Over ya da endometriuma yayılmış tümör
Evre IV	Genital organların ötesine yayılmış tümör

Tedavideki başarı tüm diğer kanserlerde olduğu gibi tanının erken dönemde konulmasıyla orantılıdır. Cerrahi tedavi olarak total abdominal histerektomi+bilateral salpingooferektomi+omentektomi yapılır. Ayrıca tümörün yapışıklık yaptığı bölge de geniş olarak çıkartılmalıdır (1,6). Bizim hastamızda uyguladığımız tedavi de böyledir. Literatürde daha radikal ameliyatlardan bahsedilmemektedir. Eksternal radyoterapi nadiren gereksinme duyulan bir yöntemdir. Progesteron, antiöstrojenler, yaygın periton tutulumunda intraperitoneal kolloidal izotoplar kullanılabilir. Postoperatif kemoterapi over kanserlerinde olduğu gibi kombine olarak uygulanır (1,3,6). Prognoz genellikle kötü olup 5 yıllık yaşama şansı %0'dan %44'e kadar değişmektedir.

Kaynaklar

1. Amendola BE, LaRouere J, Amendola MA et al: Adenocarcinoma of the fallopian tube. *Surgery Gynecol Obstet* 157:223-227, 1983.
2. Blaustein A: *Pathology of The Female Genital Tract*. 2. Edition, Springer-Verlog, Newyork Inc. 1982, pp 464-466.
3. Danforth DN, Scott Jr: *Obstetrics and Gynecology*. 5. Edition, JB Lippincott Company, Philadelphia 1986, pp 1100-1105.
4. Dodson MG, Ford JH Jr, Averette HE: Clinical aspects of fallopian tube carcinoma. *Obstet Gynecol* 36:935-939, 1970.
5. Eddy GL, Copeland LJ, Gershenson DM, et al: Fallopian tube carcinoma. *Obstet Gynecol* 64:546-551, 1984.
6. Jones HW, Wentz AC, Burnett LS: *Novak's Textbook of Gynecology*. 11. Edition. Williams and Wilkins, Baltimore 1988, pp 773-777.
7. Kankipati RS, Baker GH, Wiltshaw E: Primary carcinoma of the fallopian tube. *Br J Obstet Gynecol* 88:1124-1129, 1981.

Primer Tuba Uterina Karsinomu:KAYA, Erdal ve ark.

8. Novak ER, Woodruff DJ: **Novak's Gynecologic and Obstetric Pathology** 6. Edition, WB Saunders Company, Philadelphia 1967, pp 272-276.
9. Podratz KC, Podczaski ES, Gaffey TA, et al: Primary carcinoma of the fallopian tube. **Am J Obstet Gynecol** 154:1319-1325, 1986.
10. Tamimi HK, Figge DC: Adenocarcinoma of the uterine tube; potential for lymph node metastases. **Am J Obstet Gynecol** 141:132-137, 1981.
11. Yavuz H: **Kadın Genital Kanserleri**. Yargıçoğlu Matbaası, Ankara 1978, ss 357-364.