

# TUBA UTERİNANIN BİLATERAL PROLİFERATİF EPİTELİAL LEZYONU (\*)

Yrd. Doç. Dr. Ender DÜZCAN (\*\*) • Uzm. Dr. Reyhan EĞİLMEZ (\*\*) • Doç. Dr. Handan GÜNEŞ (\*\*)

**ÖZET:** Bu çalışmada 42 yaşında, her iki tubasında histopatolojik olarak proliferatif epitelial lezyon (PEL) saptanan bir olgu sunulmaktadır.

**SUMMARY:** A 42-year old woman, who had proliferative epithelial lesion of tuba uterina bilaterally, is presented.

## GİRİŞ

Tuba uterinanın proliferatif epitelial lezyonu (PEL) adenomatöz hiperplazi veya karsinoma in situ olarak da isim-

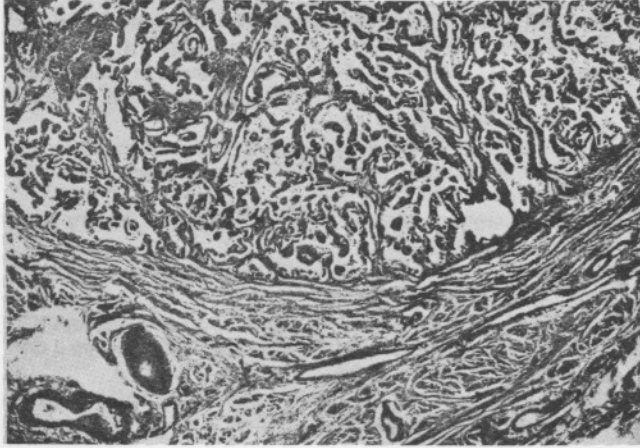
lendirilen ve oldukça nadir görülen bir lezyondur (1,5). Bu lezyonun üst genital sistem maligniteleri, endojen veya ekzojen östrojen stimülasyonu ve enfeksiyonlara eşlik edebileceği bildirilmektedir (1,4,5).

## OLGU SUNUMU

Z.P. 42 yaşında, 6 aydır düzensiz vajinal kanama yakın-

(\*) Bu çalışma IX. Ulusal Patoloji Kongresinde sunulmuştur.

(\*\*) C.Ü. Tıp Fak. Patoloji A.B.D., Sivas



Resim 1: Polarite kaybı gösteren, 3-4 sıralı epitel hücreleriyle döşeli papiller yapılar (H&E x 10).



Resim 2: Aynı yapının büyük büyütmede görünümü (H&E x 50).

masıyla Sivas Doğumevi Hastanesi'ne başvurmuş. Fizik bakı ve laboratuvar incelemelerinde patolojik bir bulgu saptanmamış. Pelvik incelemede uterusun iki aylık büyüklükte olduğu dikkati çekmiş ve leiomyoma uteri öntanısıyla total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi yapılmış. CÜTF Patoloji Anabilim Dalına gönderilen spesmenin makroskopik incelemesinde (Pat.No. 372/90) uterusu submüköz lokalizasyonlu, 7 cm çapında leiomyom nodülü yanısıra 7'şer cm uzunluğundaki her ik tuba uterinin kesitlerinde lumeni dolduran papiller yapılar dikkati çekti.

Tuba uterinanın farklı segmentlerinden alınan doku örneklerinin mikroskopik incelenmesinde 3-4 sıralı, polarite kaybı gösteren, iri hiperkromatik nükleuslu epitel hücreleriyle döşeli ince fibromuskuler stromaya sahip papiller yapılar görüldü (Resim 1,2). Her 10 HPF büyütme alanında 1-2 mitoz izlendi. Stromal invazyon gözlenmedi. Ziehl-Nelson ile boyanan doku kesitlerinde asidorezistan basillere (ARB) rastlanmadı. Bu histolojik bulgular ile mevcut lezyon tuba uterinanın bilateral proliferatif epitelial lezyonu şeklinde değerlendirildi. Mikroskopik incelemede, bunun yanısıra naboth kistleriyle karakterli kronik erozyone servisit, submüköz leiomyom ve her iki overde multipl folikül kistleri saptandı.

## TARTIŞMA

Tuba uterinanın PEL'u sık rastlanan bir lezyon değildir. Moore ve Enterline adlı araştırmacılar 124 adet histerektomi materyalini kapsayan serilerinde 23 adet (% 18.5) PEL saptamışlardır (1).

Pauerstein ve Woodruff, tuba uterina epitelinin enfeksiyon, tümör ve hormonal disfonksiyon gibi durumlarda hiperplazi gösterebileceğini belirtmişlerdir. Tubal mukozada adenomatöz epitelial proliferasyona yol açan enfeksiyonlardan en önemlisi tüberkülozdur (2,3). Novak, epitelial proliferasyon gösteren her olguda tüberküloz yönünden inceleme yapılmasını önermektedir (2). Bizim olgumuzda gerek laboratuvar incelemeleri sonunda, gerekse yapılan özel boyalar ile ARB'lere rastlanmadı. Ayrıca hastada spesifik ya da non-spesifik bir enfeksiyonu düşündüren bulgu gözlenmedi.

PEL özellikle üst genital traktus tümörlerine eşlik edebi-

li. Stern ve arkadaşları, PEL ile malign veya benign over tümörleri, endometrium adenokarsinomu ve leiomyosarkomların birlikte görülebileceğini belirtmişlerdir (7). Moore ve Enterline de PEL'ların endometrium adenokarsinomuna eşlik edebileceğini bildirmişlerdir (1). Woodruff bu birlikteliği "field effect" hipotezi ile açıklamaktadır (3). Tuba uterina, uterus ve over yüzey epitelii müllerian epiteliden köken aldıkları için aynı uyaran her üç dokunun epitelierini de etkileyerek multi-santrik tümör oluşumuna yol açabilir. Bizim olgumuzda submüköz yerleşimli bir adet leiomyom dışında genital sisteme ait herhangi bir tümöre rastlamadık.

Woodruff ve Pauerstein PEL ile birlikte endokrin fonksiyon gösteren ovarial lezyonlar tanımlamışlardır (8). Ryan, PEL'a eşlik eden ovarial kortikal stromal hiperplazi bildirmiştir (6). Moore ve Enterline ise serilerinde böyle bir özellik saptamamışlardır (1). Bizim olgumuzda, overlerde bilateral folikül kistleri bulunduğu için tubalarda saptanan PEL'un östrojen stimülasyonuna bağlı hormonal disfonksiyon sonucunda gelişmiş olabileceğini düşünmekteyiz.

Literatürdeki PEL olgularının yaklaşık yarısının (% 52-54) bilateral oldukları belirtilmektedir (7). Bizim olgumuzda da her iki tarafta aynı lezyon saptanmıştır.

PEL'ların histopatolojik özellikleri konusunda tam bir fikir birliğine varılmış değildir. Moore ve Enterline ile Ackerman, bu lezyonları nükleus sayısı ve sıralanışında artma, polarite kaybı, minimal veya orta derecede atipi ve 1-2 mitoz gösteren papiller yapılar şeklinde tanımlamışlardır (1,5). Stern ve arkadaşları ise bu lezyonları benign tubal hiperplazi (BTH), atipik tubal hiperplazi (ATH) ve karsinoma in situ (CIS) olarak üç grupta incelemişlerdir (7). Buna göre BTH 2-4 sıralı epitelile karakterli, indifferansiye hücre sayısında artış hafif gösteren minimal mikropapiller yapılar şeklinde tanımlanmaktadır. ATH ise BTH'de tanımlanan özelliklere ek olarak hafif veya orta derecede atipi gösteren ve mitoz içermeyen lezyonlar için kullanılan bir tanımdır. CIS, 3-5 sıralı epitelin oluşturduğu orta derecede belirgin mikropapiller proliferasyon gösteren, belirgin nükleer atipi ve mitotik aktivite ile karakterli lezyonları tanımlamak için kullanılmaktadır.

Bizim olgumuz, 3-4 sıralı, polarite kaybı gösteren, iri hiperkromatik nükleuslu atipik epitel hücreleriyle döşeli papiller yapılarla karakterliydi. Her 10 HPF büyütme alanında 1-2 mitoz içeriyordu. Stromal invazyon göstermiyordu. Olgumuz

bu bulgular ile Stern'e göre CIS olarak değerlendirilebilirse de biz bu lezyonların Ackerman'ın yaptığı gibi PEL adı altında tek grup halinde değerlendirilmesinin histopatolojik ve prognostik açıdan daha pratik sonuçlara yol açacağı görüşündeyiz. Çünkü Stern de 26 olguluk serisinde 1-8 yıl süreyle takip edilen olguların hiçbirinde karsinom gelişmediğini belirtmiş ve bunlarda lezyona eşlik edebilecek başka bir genital tümör yönünden iyi bir araştırma ile dikkatli bir takibin tedavi açısından yeterli olacağı görüşünü ileri sürmüştür (7).

#### KAYNAKLAR

1. Moore SW, Enterline HT. Significance of proliferative epithelial lesions of the uterine tube. *Obstet Gynecol* 45 (4): 385, 1975.
2. Novak ER, Woodruff JD. *Gynecologic and Obstetric Pathology*. Philadelphia. WB Saunders Company, p: 299 (1974).
3. Pauerstein CJ, Woodruff JD. Cellular patterns in proliferative and anaplastic disease of the fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 96: 488, 1966.
4. Robey S, Silva E. Epithelial hyperplasia of the fallopian tube. Association with serous borderline tumors of ovary (abstract). *Lab Invest* 58: 78A, 1988.
5. Rosai J. *Ackerman's Surgical Pathology*. St Louis. The CV Mosby Co., p: 1099 (1989).
6. Ryan GM Jr. Carcinoma in situ of the fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 84: 198, 1962.
7. Stern J, Buscena J, Parmley T, Woodruff JD, Rosenshein NB. Atypical epithelial proliferations in the fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol* 140: 309, 1981.
8. Woodruff JD, Pauerstein CJ. *The Fallopian Tube*. Baltimore. The Williams and Williams Co., p: 266 (1969).