

Primer tuba adeno karsinomu

Bir olgu nedeniyle*

Dr. Ayşe Sertçelik** Dr. Zişan Özgüler** Dr. İlkser Akpolat** Dr. Fırat Ortaç***
Dr. Hikmet Yavuz***

ÖZET

Oldukça ender olan tuba uterina karsinomlarının en sık görülen tipi adeno karsinomlar olup, bu tümör jinekolojik malignitelerin yaklaşık %0,3'ünü oluşturur. Anabilim Dalımızda tesbit edilen bir olgu nedeni ile oldukça ender görülen tubanın primer adeno karsinomlarının tanı güçlükleri literatür eşliğinde gözden geçirilmiştir.

Sonuç olarak primer tubal adeno karsinom tanısı verilmenden önce tuba ve overlerin makroskopik ve histopatolojik olarak dikkatle incelenmesi gerektiği kanaatine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tubal kanser, fallopian tüp adeno kanseri.

Primer tuba uterina karsinomları oldukça nadir olup, tüm jinekolojik malignitelerin %0,15-1,8'ini meydana getirir.¹ Sıklıkla postmenapozal dönemde rastlanan bu tümör genellikle klinik olarak nonspesifik semptomlar ve diğer üst genital sistem maligniteleri ile birliktelik gösterebilir. Bu nedenle histopatolojik olarak doğru tanı verilmesi çok büyük önem taşımaktadır. Bu amaçla Hu ve arkadaşlarının belirttiği kriterler kullanılmaktadır.²

Biz, bu ender görülen tümörü anabilim dalımızda tesbit ettiğimiz bir olgu nedeni ile tartışmayı amaçladık.

OLGU SUNUSU

Ellibeş yaşında evli 2 yıldır menepozda bulunan kadın hasta iki aydır artarak devam eden vaginal kanama nedeni ile AÜTF Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvurmuştur. Yapılan jinekolojik muayenede dış genital organlar normal görünümde olup serviks erode olarak izlenmiştir. Uterus düzensiz, büyük ve antevverttir. Her iki over büyük olarak saptanmıştır. Diğer sistemlerin muayenesinde patolojik bulgu mevcut değildir.

Yapılan ultrasonografik incelemede uterus global olarak büyük düzensiz konturlu antevvert 121x80x78 mm boyutlarında saptanmış olup, endometrial eko mevcut değildir. Sol over net olarak izlenememiş, sağ adneksial bölgede de over olması muhtemel hipo ekojen 42x32

SUMMARY

Adenocarcinoma is the commonest of all tubal tumors but only constitutes a small fraction (about 3%) of malignant gynaecological tumors. Because of a newly diagnosed case in our pathology department, the diagnostic difficulties have been discussed according to the literature. We conclude that the macroscopic and histopathologic features of tuba and ovaries should be examined carefully, before the diagnosis of primary tubal adenocarcinoma.

Key Words: Tubal cancer, adenocancer of the tube.

mm'lik oluşum gözlenmiştir. Uterus sağ kornusuna yakın solid görünümlü 35x60 mm'lik boyutlarda ayrı bir oluşum izlenmektedir.

Yapılan vaginal smear sonucu Class II olarak değerlendirilen hastanın küretaj materyalinin histopatolojik incelenmesinde atrofik endometriumla uyumlu bulgular gözlenmiştir.

Bu verilerin sonucunda abdominal tümör ön tanısı ile ameliyata alınan hastada ameliyat sırasında sol ovarian tümör sağ hidrosalpins düşünümlü total abdominal histerektomi ve bilateral salpingoofektomi, sol ovarian tümör ekstirpasyonu, sağ iliak lenf nodu ovarian tümör ekstirpasyonu, peritoneal yıkama, sağ iliak lenf dolu nodu diseksiyonu, totale yakın parsiyel omentektomi yapılmıştır.

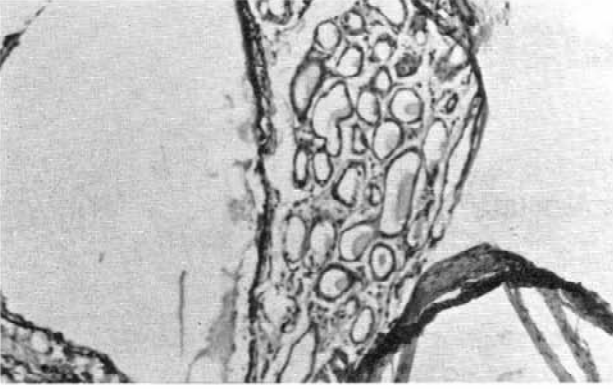
PATOLOJİ

Makroskopik Bulgular: 4 cm serviks içeren 6x5x2 cm boyutlarında histerektomi ve sağ tüp ile over izlenmiştir. Serviks ve endometriumda patolojik bir bulgu izlenmemiş olup, myometriumda büyüğü 0,5 cm uzun çaplı iki adet myom nodülü dikkati çekmiştir. Bir overin 4x2x2 cm boyutlarında olduğu gözlenmiştir. Yapılan kesitlerde over içinde sarı macun kıvamında kıl bulunduran materyal ve kist duvarında ise yüzeyden 4 mm kabarıklık gösteren papiller yapı izlenmiştir. Sağ tubanın 11x4x2 cm boyutlarında olduğu ve ileri derecede genişlemiş görünüm kazandığı dikkati çekmiştir. Tüpe yapılan kesitlerde içinden seröz materyal boşaldığı ve lümenine doğru uzanan 4x2,5x2 cm'lik bir alanı tutan frajil sarı kırmızı

* X. Ulusal Patoloji Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı

*** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

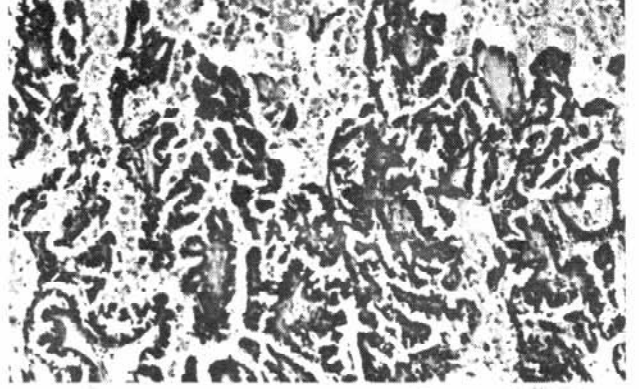


Resim 1: Yer yer prizmatik epitel ile döşeli duvar içerisinde fibröz dokular, tiroid follikülleri (HE x 400).

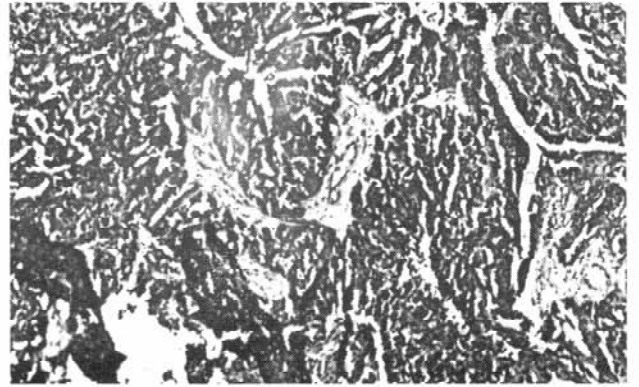


Resim 2: Tümöral yapı ile basıklaşmış normal epitel arasındaki geçiş zonu (HE x 100).

renkli çok sayıda papiller yapılar saptanmıştır. Bu tümöral gelişimin serozayı aşmadığı makroskopik olarak gözlenmiştir. 14x10x5 cm boyutlarındaki diğer overde de daha önce tanımlanan overde bulunan tümöral gelişim ile benzer özellikte makroskopik bulgular dikkati çekmiştir. Omentumda makroskopik olarak patolojik bulgu mevcut



Resim 3: Papiller tümöral gelişim (HE x 40).



Resim 4: Alveolar ve solid alanları içeren tümöral yapı (HE x 40)

değildir.

Mikroskopi: Histerektomi materyalinden hazırlanan kesitlerin incelenmesinde, atrofik endometrium, leiomyoma uteri ve kronik servisit histolojik olarak saptanmıştır. Malignite lehine herhangi bir odağa kesitlerin hiç bir sahasında rastlanmamıştır. Her iki overde bulunan kistik yapılardan hazırlanan kesitlerde yer yer çok katlı yassı epitel yer yer prizmatik epitel ile döşeli duvar içerisinde kas dokusu, fibröz dokular, tiroid dokusu, müsinöz gland yapıları ve kıvrımdak dokusu gözlenmiştir (Resim 1). Her iki overde histolojik olarak malignite lehine bulgu mevcut değildir.

Hidropik görünümdeki tüp içerisindeki lezyondan hazırlanan kesitlerde tüpün kas tabakasına ulaşan tümöral yapı ve bu yapı ile basıklaşmış normal epitel arasındaki geçiş zonu izlenmiştir (Resim 2).

Yer yer papiller, geniş alanlarda solid ve birkaç sahada alveolar yapıda olan tümörü oluşturan hücreler papiller alanlarda silindirik geniş sitoplazmalı hiperkromatik nükleuslu özelliklerdir (Resim 3).

Solid alanlar ise dar sitoplazmalı hiperkromatik nükleuslu hücrelerden oluşmaktadır (Resim 4). Solid alanlarda bir kaç sahada skuamöz metaplazi izlenmiştir. Tümörde çok sayıda atipik mitoz dikkati çekmektedir. Tümöral gelişimin serozayı aşmamış olduğu mikroskopik olarak da

saptanmıştır. Diğer tüp histopatolojik olarak normal sınırlardadır. Omentumda ve lenf bezinde histopatolojik olarak metastatik gelişim mevcut değildir.

Tüm bu histopatolojik kriterler eşliğinde vakaya "kronik servisit, leiomyoma uteri, atrofik endometrium, her iki overde dermoid kist, tubal adeno ca grade2-3, reaktif lenf bezi" tanısı verilmiştir.

TARTIŞMA

Tuba uterina karsinomları tüm jinekolojik malignitelerin %0,15-1,8'ini oluşturur.¹ Genellikle postmenapozal dönemde izlenen^{2,3,4} bu neoplazi literatürde 18-82 arasında değişen yaşlarda bildirilmiştir.⁵ Olgular çoğunlukla premenopozal veya postmenopozal vaginal kanama, pelvik ya da abdominal ağrı, seröz kanlı vaginal akıntı, abdominal distansiyon gibi nonspesifik bulgular gösterir. Bu nonspesifik bulgular nedeni ile preoperatif tanı verilme oranı oldukça düşük olup (%2),³ patolojik tanının doğru olarak verilmesi büyük önem taşımaktadır.

Tuba karsinomu genellikle ünilateral olup, bilateralite %13-26 oranları arasında bildirilmektedir.^{5,6} bizim olgumuzda olduğu gibi daha sık olarak sağ tarafta ve ampulada görüldüğünü öne süren literatürler mevcuttur.²

Pek çok çalışmada tuba kanserlerinin multifokal bir tümör olarak gözlemlendiği üzerinde de durulmuştur ve over, uterus, servikte ikincil primer tümörlerle birlikteliği gösterilmiştir.⁴ 1592 over karsinomunun incelenmesinde %1.3 oranında tubal neoplazi saptanmıştır.⁷ Yine bir başka çalışmada over tümörlerinin %5-10'unda dikkatli bir makroskobik inceleme ile tubal neoplazinin saptanacağı üzerinde durulmuştur.⁸ Bu durumu açıklamak için Mülleri-an epitelin neoplastik değişikliğinin multipl üst genital neoplazilerine neden olduğu öne sürülen bir teoridir.^{9,10} Bu nedenle üst genital organ neoplazilerinin incelenmesinde tubal neoplazi riski her zaman göz önünde bulundurularak, dikkatli bir makroskobik incelemenin yapılması, tümör gelişimlerin primer lokalizasyonlarının saptanması büyük önem taşımaktadır. Ayırıcı tanıda üst genital bölgenin neoplazilerinin tubaya invazyonu düşünülerek primer tüp karsinomu tanısı vermeden önce tüm genital organlar incelenmelidir. Ancak, bizim olgumuzda her iki over ve uterusda malign tümör bulunmaması ayırıcı tanı açısından bize kolaylık sağlamıştır. Günümüzde primer

tubal ca tanımlamasında Hu ve arkadaşlarının belirttiği kriterler kullanılmaktadır. Bu kriterler şunlardır;

1-Tümör endosalpinksden kaynaklanmakta ve tüp içinde yer almaktadır.

2-Histolojik olarak genellikle papiller yapılar oluşturmakta ve tubal mukozayı taklit etmektedir.

3-Eğer duvar tümör tarafından işgal edilmişse malign ve benign epitel arasındaki geçiş zonu gösterilmelidir.²

Tüm neoplazilerde olduğu gibi primer tubal adeno kanserlerin prognozunun belirlenmesinde stage ve histolojik grade'in önemi vurgulanmaktadır.³ Tümörün histolojik grade'i şu mikroskobik özelliklere dayanılarak saptanmaktadır.

Grade1 (papiller):Tümör lümen içinde sınırlı olup, benign ve malign epitel arasında geçiş zonu gözlenmektedir. Kolumnar iyi differansiye hücreler ve düşük mitotik aktivite bulunmaktadır.

Grade2 (papiller-alveoler): Papiller patern predominanttır. Erken duvar invazyonu ve gland formasyonu göstermektedir. Hücreler çok iyi differansiye olmayıp, orta derecede mitotik aktivite göstermektedir.

Grade3 (alveolar-medüller): Papiller yapılar kaybolmuştur ve nadir gland yapıları içeren solid bir tümör dokusu izlenmektedir.Tümörü oluşturan az differansiye hücrelerde sık mitoz gözlenmektedir. Lenfatik invazyon mevcuttur.¹¹

Hu'nun ilk kriteri ile uyumlu olarak bizim vakamızın makroskobik olarak incelenmesinde; sağ tuba uterina içerisine sınırlı papiller yapıda tümöral gelişim izlenmiştir. Tüp içerisinde yer alan bu tümöral gelişimin mikroskobik olarak incelenmesinde küçük alanlarda papiller (grade 1), geniş alanlarda solid, birkaç sahada alveolar yapıda (grade 2-3) olan tümöral gelişim izlenmiştir. Tümör içerisinde çok sayıda atipik mitozlar mevcuttur, tümör makroskobik ve mikroskobik olarak serozayı aşmamıştır. Bu nedenlerle olgumuz grade 2-3 adenokarsinom olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak nadir görülen tuba karsinomlarının, üst genital organ neoplazilerinin değerlendirilmesinde ayırıcı tanıda akılda tutulması ve makroskobik, mikroskobik olarak dikkatle incelenmesinin gerektiğini bir kez daha vurgulamak istiyoruz.

KAYNAKLAR

- 1 Finikiotis G., O'Shea R.T., Sanders R.R. An unusual hysteroscopic finding in association with primary carcinoma of the fallopian tube. British Journal Of Hospital Medicine. 1990,44:124-125
- 2 King A., Seraj I.M., Trasher T., Slater J., Wayner R.J.Fallopian Tube Carcinoma:A Clinicopathological Study of 17 Ca-

ses. Gynecologic Oncology. 1989,33:351-355

- 3 Jones O.V.Primary carcinoma of uterin tube. Obstet. Gynec. 1965,26:122-129

- 4 Roberts J.A., Liftshitz S.Primary adeno carcinoma of the fallopian tube. Gynecol Oncol 1982,13:301-3085

- 5 Yonesi M., Carcinoma of the fallopian tube. Obstet. Gynec.

- col. Surv. 1979,34:257-270
- 6 Schiller H.M., Silverberg S.G. Staging and prognosis in primary carcinoma of the fallopian tube. Cancer, 1971;28:389-395
- 7 Rose Peter G., Piver M.S., Tsukada Y. Fallopian tube cancer. 1990,66:2661-2667
- 8 Bannatyne P., Rusel P. Early adenocarcinoma of the fallopian tubes. Diagn. Gynecol. Obstet. 1981,3:49-60
- 9 Woodruff J.D., Solomon D., Sullivant H. Multifocal disease in the upper genital canal. Obstet Gynecol 1985,65:695-698
- 10 Russel P., Bannatyne P.M., Solomon H.J., Stoddard L.D. Tatsensall M.H.N. multifocal tumorigenesis in the upper female genital tract: Implications for staging and management. Int.J.Gynecol Pathol 1984,4:192-210
- 11 Honor'e L.H., Pathology Of the fallopian tube. In Fox H. editors Obstetrical and gynaecological pathology. 3th.Ed. (val1) London 479-518.