CASE REPORT

Fallopian Tube Adenocarcinoma Presenting with Vaginal Bleeding: A Case Report

Zeinab Nazari[1],
Zhila Torabizadeh[2],
Samaneh Rokhghireh[3]

[1] Department of Gynecology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2]Department of Pathology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3]Resident in Gynecology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received March 18, 2012 ; Accepted June 10, 2012)

Abstract

Adenocarcinoma of fallopian tube is a rare malignancy of genital tract which bares many complications. If hysterectomy is performed without oophorectomy, saving the fallopian tubes is not necessary because they could cause tumors. In our case Cauliflower mass was seen many years after hysterectomy, accompanied by a rare condition in which the tube was attached to the vaginal cuff. The diagnosis of vaginal vault cancer was made and surgery was performed. However, post-operation diagnosis was fallopian tube cancer.

Keywords: Fallopian tube, adenocarcinoma, vaginal bleeding

J Mazand Univ Med Sci 2012; 22(90): 127-130 (Persian).

گزارش مورد

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و دوم شماره ۹۰ تیر سال ۱۳۹۱ (۱۳۰-۱۲۷)

آدنوکارسینوم لوله فالوپ در یک بیمار هیسترکتومی شده با تظاهر بالینی خونریزی واژینال

زینب نظری[۱]
ژیلا ترابی زاده[۲]
ثمانه رخ گیره[۳]

چکیده

آدنوکارسینوم لوله فالوپ یکی از بدخیمی‌های نادر ژنیکولوژیک است که در صورت بروز می‌تواند عوارض زیادی به همراه داشته باشد. در بیماری که به هر دلیلی تحت عمل جراحی هیسترکتومی قرار می‌گیرد ولی جهت جلوگیری از عوارض یائسگی تخمدان‌هایش حفظ می شود ضرورتی به حفظ لوله‌های فالوپ نمی‌باشد و نگه‌داشتن لوله می‌تواند در هر زمانی خطر ایجاد تومور را برای فرد داشته باشد. در بیمار ما باقی گذاشتن لوله‌ها، چند سال بعد از جراحی هیسترکتومی با تومور لوله فالوپ همراه با یک تظاهر نادر یعنی چسبیدن لوله به کاف واژن و توده گل کلمی واژینال تظاهر کرده بود و با تشخیص اولیه کانسر کاف واژن تحت جراحی قرار گرفته و بعد از جراحی تشخیص قطعی کانسر لوله فالوپ داده شده است.

واژه‌های کلیدی: لوله فالوپ، آدنوکارسینوم، خونریزی واژینال

مقدمه

لوله‌های فالوپ ساختمان‌های توخالی به طول ۷ تا ۱۲ سانتی‌متر هستند که به دو طرف قسمت فوندوس رحم باز می‌شوند و انتهای شیپور مانند آن‌ها در کنار تخمدان‌ها قرار می‌گیرد که وظیفه آن‌ها گرفتن تخمک آزاد شده، فراهم کردن محیط فیزیکی مناسب برای فرایند لقاح و انتقال تخمک بارور شده است(۱).

کارسینوم لوله فالوپ ۰/۳ درصد از کل کانسرهای دستگاه تناسلی را شامل می‌شود که اغلب در دهه پنجم و ششم زندگی دیده می‌شود(۴-۲). تریاد کلاسیک علایم و نشانه‌های بیماری شامل ترشح آبکی فراوان از واژن، درد لگن و توده لگنی می‌باشد. ترشح واژینال فراوان، شایع‌ترین علامت این بیماری می‌باشد(۳).

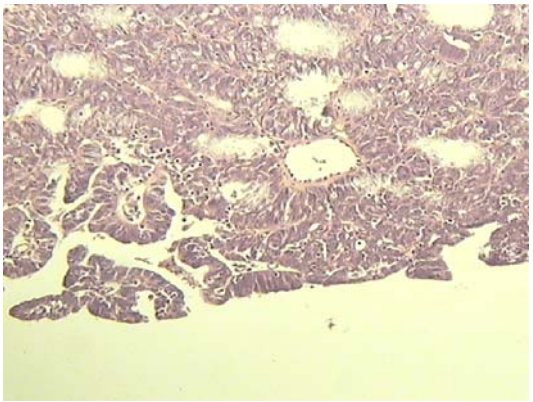
آدنوکارسینوم لوله فالوپ شبیه کانسر تخمدان و بیشتر از طریق ریزش سلول‌های تومورال به داخل حفره لگن و شکم گسترش می‌یابد(۵). تظاهر اولیه کانسر لوله فالوپ به صورت یک توده واژینال بسیار ناشایع می‌باشد و به همین دلیل در مواردی که توده‌ای در واژن وجود داشته باشد بیشترین احتمال تشخیصی ضایعات و بیماری‌های اپیتلیوم واژن و یا در مواردی که سرویکس و رحم وجود داشته باشند. بیماری‌های بدخیم سرویکس و رحم با گسترش به واژن می‌باشند و بیماری‌های لوله با درگیری واژن بسیار دور از ذهن می‌باشند. هدف از گزارش حاضر معرفی یک مورد نادر از کانسر لوله فالوپ با درگیری واژن، سال‌ها بعد از انجام هیسترکتومی

مولف مسئول: زینب نظری- ساری: بلوار امیر مازندرانی، مرکز آموزشی درمانی امام خمینی(ره) E-mail: Zinabnazari@ yahoo.com
۱. گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۲. گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۳. دستیار زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
تاریخ دریافت : ۹۰/۱۲/۲۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۹۱/۲/۵ تاریخ تصویب: ۹۱/۳/۲۱

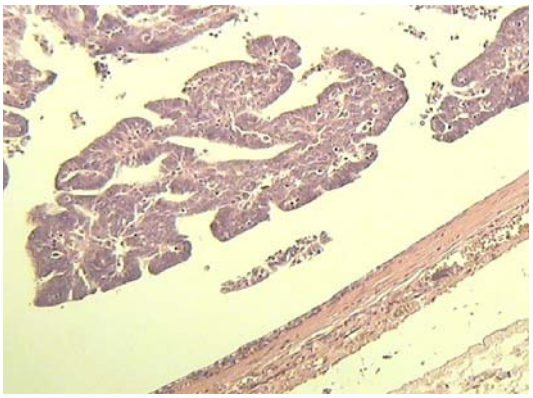
به علت ضایعه خوش‌خیم می‌باشد.

گزارش مورد

بیمار خانم ۴۶ ساله، شش سال بعد از هیسترکتومی ابدومینال که به‌علت میوم رحمی و با حفظ لوله‌ها و تخمدان‌ها انجام شده بود با شکایت خونریزی واژینال مراجعه کرد. در معاینه شکم، آسیت، دیستانسیون و توده وجود نداشت. در معاینه واژینال توده قرمز رنگ پولیپوئید به اندازه cm ۳-۲ در کاف واژن مشاهده شد و در امتداد آن یک توده cm ۵-۴ در سمت چپ لگن قابل لمس بود. در بیوپسی انجام شده از توده کاف واژن، تومور آدنوئید کیستیک گزارش شد. در CT اسکن توده نیمه کیستیک cm ۵-۴ کف لگن با گسترش به آدنکس چپ دیده شد. بیمار با تشخیص احتمالی تومور کاف واژن از بقایای سرویکس تحت عمل لاپاراتومی به منظور انجام واژینکتومی و لنفادنکتومی قرار گرفت. یافته حین جراحی توده تومورال در لوله فالوپ چپ را نشان داد که در ناحیه فیمبریا به کاف واژن چسبندگی و تهاجم داشت. تومور دیگری در لگن و شکم مشاهده نشد. تخمدان‌ها نرمال بود. تومور به سروز لوله گسترش نداشت. لوله و تخمدان دوطرف همراه با قسمت درگیر واژن با حاشیه سالم برداشته شد. از غدد لنفاوی لگنی بیوپسی و سیتولوژی برداشته شد و شستشوی پریتوئن و امنتکتومی انجام شد. در بررسی نهایی پاتولوژیک، لوله طول ۸ سانتی‌متر و قطر ۱/۵تا ۳ سانتی‌متر داشت و نزدیک به قسمت فیمبریال آن توده تومورال خاکستری به ابعاد۲ ×۴×۳ سانتی‌متر وجود داشت. بررسی میکروسکوپیک، نئوپلاسم بدخیم با ساختمان‌های پاپیلری، غدد آناستوموز شونده اتیپیک و طناب‌های توپر سلولی با سلول‌های پلئومورف و میتوز فراوان را نشان داد. نوع تومور سروزسیست آدنو کارسینوم گرید ۲ لوله فالوپ چپ با درگیری واژن گزارش شد (تصاویر شماره ۱ و۲). لوله راست و هر دو تخمدان از نظر ماکروسکوپی و میکروسکوپی طبیعی بودند. حاشیه واژن عاری از تومور بود. تومور به غدد لنفاوی و امنتوم گسترش نداشت و سیتولوژی منفی بود. با توجه به درگیری واژن بیماری در مرحله چهار بوده و بیمار دو هفته بعد از جراحی تحت شیمی درمانی با تاکسول و کاربو پلاتین قرار گرفت و تا حدود یک‌سال بعد از اتمام شیمی درمانی زنده بود و مشکل خاصی نداشت.



تصویر شماره ۱: نمای میکروسکوپی تومور



تصویر شماره ۲: نمای پاپیلری تومور داخل لومن لوله

بحث

در جستجوی به‌عمل آمده در pubmed و در مقالات انگلیسی زبان به سه مورد مشابه با بیمار حاضر برخورد شد، که در هر سه بیمار هیسترکتومی چند سال قبل انجام شده بود و لوله‌های فالوپ باقی گذاشته شده بود و این بیماران با تظاهراتی از قبیل خونریزی واژینال

یا ترشح واژینال مراجعه کرده بودند در مورد اول بیمار خانم ۶۴ ساله، ۲۵ سال بعد از هیسترکتومی واژینال با شکایت خونریزی واژینال مراجعه کرد. در معاینه واژینال ندول ۵ سانتی در واژن وجود داشت. در لاپاراسکوپی لوله فالوپ چپ دیلاته بود و به واژن چسبندگی داشت. واژینکتومی و سالپنگوافرکتومی دو طرفه انجام شد. در بررسی پاتولوژی آدنوکارسینوم پاپیلری لوله چپ با درگیری مستقیم مخاط واژن گزارش شد(۶). مورد دوم بیمار خانم ۴۹ ساله بوده که ۶ سال بعد از هیسترکتومی واژینال با شکایت ترشحات شدید آبکی از واژن مراجعه کرد. در معاینه واژینال ترشحات شفاف آبکی از واژن وجود داشت. بیوپسی واژن و سیتولوژی مایع نرمال بود. به‌دنبال شک تشخیصی به فیستول وزیکوواژینال، پیلوگرام وریدی و سیستوگرام انجام شد که ارتباطی بین سیستم ادراری و واژن نشان نداد. با تزریق ماده از طریق فیستول فضای کیستیک ۷ cm–۵ به همراه یک توده ۴ cm پدانکوله در لومن کیست مشاهده شد. به‌دنبال جراحی اکتشافی تشخیص کارسینوم لوله فالوپ راست داده شد. توده تومورال به‌صورت کامل برداشته شد. شواهدی از انتشار توده به خارج لوله وجود نداشت. بیمار در ۶ دوره تحت کموتراپی ترکیبی با پلاتین قرار گرفت و تا ۵ سال بعد از بیماری علامتی نداشت(۷). مورد سوم بیمار خانم ۷۶ ساله بوده که ۳۴ سال بعد از هیسترکتومی واژینال با گزارش آدنوکارسینوم در پاپ اسمیر مراجعه کرد. در معاینه رکتو واژینال افزایش ضخامت آپکس واژن مشاهده شد. در کولپوسکوپی در واژن سوراخ سر سوزنی یا pin point مشاهده شد. در سیتوبراش حفره مذکور آدنوکارسینوم گزارش شد. سی‌تی‌اسکن، سونوگرافی لگن و CA125 نرمال بود. تخمدان و لوله فالوپ راست به واژن چسبیده بود. در بررسی پاتولوژی آدنوکارسینوم پاپیلری سروز گرید دو مشاهده شد(۸).

اگرچه اتیولوژی دقیقی برای کانسر لوله فالوپ شناخته نشده و انجام هیسترکتومی به‌عنوان یک عامل مطرح نمی‌باشد(۹،۱۰)، ولی با توجه به عدم عملکرد لوله فالوپ (انتقال تخمک، اسپرم و سلول تخم) بعد از جراحی هیسترکتومی، اگر به هر دلیل، نیاز به حفظ تخمدان‌ها جهت جلوگیری از استئوپروز و سایر عوارض یائسگی باشد، ضرورتی به حفظ لوله‌های فالوپ نیست و بهتر است جراحان زنان خارج کردن آن‌ها را در زمان هیسترکتومی جهت جلوگیری از کانسر احتمالی بعدی مد نظر داشته باشند. از طرفی در بیمارانی که تحت جراحی هیسترکتومی توتال قرار گرفته‌اند، در صورت بروز خونریزی واژینال باید احتمال کانسر لوله را در نظر داشت.

References

1. Jonathan SB. Berek & Novak's Gynecology. 14th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 107.
2. Scully RE, Young RH, Clement PhB. Tumors of the ovary, maldeveloped gonads, fallopian tube and broad. Atlas of tumour pathology. Third Series. Fascicle 23, Washington DC: AFIP; 1998.
3. Berek JS, Hacker NF. Practical Gynecologic Oncology. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
4. Jordan SJ, Green AC, Whiteman DC, Moore SP, Bain CJ, Gertig DM, Webb PM. Australian Cancer Study Group (ovarian cancer); Australian Ovarian Cancer Study Group.Serous ovarian, fallopian tube and primary peritoneal cancers: a comparative epidemiological analysis. Int J Cancer 2008; 122(7): 1598-1603.
5. Alvarado-Cabrero I, Young RH, Vamvakas 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(3): 367-379.

6. Ehlen T, Randhawa G, Turko M, Clement PB. Posthysterectomy carcinoma of the fallopian tube presenting as vaginal adenocarcinoma: a case report. Gynecol Oncol 1989; 33(3): 382-385.
7. Muntz HG, Goff BA, Thor AD, Tarraza HM. Post-hysterectomy carcinoma of the fallopian tube mimicking a vesicovaginal fistula. Obstet Gynecol 1992; 79(5(Pt 2)): 853-856.
8. Warshal DP, Burgelson ER, Aikins JK, Rocereto TF. Post-hysterectomy fallopian tube carcinoma presenting with a positive Papanicolaou smear. Obstet Gynecol 1999; 94(5 Pt 2): 834-836.
9. Watkin E, Devouassoux-Shisheboran M. Fallopian tube: the dark face of pelvic carcinogenesis. Ann Pathol 2011; 31(5): 345-352.
10. Crum CP, Drapkin R, Miron A, Ince TA, Muto M, Kindelberger DW, et al. The distal fallopian tube: a new model for pelvic serous carcinogenesis. Curr Opin Obstet Gynecol 2007; 19(1): 3-9.