

Πρωτοπαθής καρκίνος της σάλπιγγας: περιγραφή περίπτωσης μιας σπάνιας νοσολογικής οντότητας

Χριστίνα Τσιαμαντά¹, Ι. Θανασάς¹, Ι. Οικονόμου¹, Α. Χασιώτης¹, Μαρία Μούσια²

¹ Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική και ² Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε ασθενή αναπαραγωγικής ηλικίας 48 ετών η οποία προσήλθε στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο αιτιώμενη συνεχιζόμενη κολπική αιμόρροια, μετά από την εκτέλεση διαγνωστικής απόξεσης λόγω μηνομητρορραγιών, η ιστολογική εξέταση της οποίας δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα. Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο επιβεβαιώθηκε η παρουσία των γνωστών πολλαπλών ινομυωματωδών πυρήνων, με τη μεγαλύτερη σε μέγεθος βλάβη να εκτιμάται ότι καταλαμβάνει το δεξιό πλάγιο τοίχωμα της μήτρας και να επεκτείνεται προς το σύστοιχο εξάρτημα. Αποφασίσθηκε η χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς. Διεγχειρητικά, στην περιοχή του δεξιού παραμητρίου διαπιστώθηκε η παρουσία συμπαγούς μάζας που καταλάμβανε ολόκληρη τη σύστοιχη σάλπιγγα, χωρίς τη συμμετοχή της ωοθήκης. Εκτελέσθηκε κοιλιακή ολική υστερεκτομία και αμφοτερόπλευρη εξαρτηματεκτομία. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του καρκίνου της σάλπιγγας. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Ακολούθησε συμπληρωματική χημειοθεραπεία σε ογκολογικό κέντρο. Ένα χρόνο αργότερα η γενική κατάσταση της ασθενούς είναι καλή και παρακολουθείται συστηματικά από ομάδα παθολόγων ογκολόγων. Στην παρούσα εργασία επιχειρείται με βάση τα σύγχρονα δεδομένα μια σύντομη ανασκόπηση της σπάνιας αυτής νοσολογικής οντότητας, αναφορικά κυρίως με τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση, η έγκαιρη εφαρμογή της οποίας μπορεί να διασφαλίσει το καλύτερο δυνατό προγνωστικό αποτέλεσμα.



Λέξεις ευρετηρίου: σάλπιγγα, καρκίνος, διάγνωση, αντιμετώπιση, πρόγνωση



Χ. Τσιαμαντά, Ι. Θανασάς, Ι. Οικονόμου, Α. Χασιώτης, Μ. Μούσια. Πρωτοπαθής καρκίνος της σάλπιγγας: περιγραφή περίπτωσης μιας σπάνιας νοσολογικής οντότητας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2019; 24(1): 111-120

eoi: <http://eoi.citefactor.org/10.11212/exronika/2019.1.10>

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι εξαρτηματικοί όγκοι είναι συχνοί στη γυναικολογική πρακτική και συχνά παρουσιάζουν διλήμματα στη διάγνωση και αντιμετώπισή τους. Εκτός από τις περιπτώσεις που επιπλέκονται με οξεία συστροφή ή ρήξη και απαιτούν επείγουσα χειρουργική παρέμβαση, οι περισσότεροι εξαρτηματικοί όγκοι διαγιγνώσκονται τυχαία και συνήθως αφορούν σε νεοπλάσματα των ωοθηκών. Τα σαλπγγικά νεοπλάσματα είναι σπάνια. Διακρίνονται στους καλοήθεις σαλπγγικούς όγκους και τον καρκίνο των σαλπίγγων ο οποίος είναι ο πιο σπάνιος γυναικολογικός καρκίνος. Οι κυστικοί καλοήθεις σαλπγγικοί όγκοι, αν και δεν έχουν μελετηθεί αρκετά και δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητή η αιτιοπαθογένεια και η παθοφυσιολογία τους πιθανολογείται ότι είναι εμβρυολογικής προέλευσης. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, ακόμη και με τις σύγχρονες απεικονιστικές μεθόδους η προεγχειρητική διάγνωση είναι δύσκολη έως αδύνατη. Η διάγνωση συνήθως τίθεται διεγχειρητικά ή κατά την παθολογοανατομική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος [1].

Ο καρκίνος της σάλπιγγας είναι σπάνιος. Η βιολογική συμπεριφορά και πιθανότατα και η προέλευση του σαλπγγικού καρκίνου είναι παρόμοια με εκείνη του επιθηλιακού καρκίνου των ωοθηκών. Παρόλο που η προέλευση πολλών ανθρώπινων κακοήθων νεοπλασμάτων είναι σαφής, η προέλευση του ωοθηκικού καρκινώματος μέχρι σήμερα παραμένει ελάχιστα κατανοητή. Η έλλειψη αυτή γνώσεων περιορίζει σημαντικά την κατανόηση των παθογενετικών μηχανισμών της νόσου και δυσχεραίνει τις προσπάθειες

που καταβάλλονται για την ανάπτυξη καλύτερων εργαλείων έγκαιρης ανίχνευσης και αποτελεσματικών προληπτικών παρεμβάσεων. Η θεωρία της σαλπγγικής προέλευσης του ωοθηκικού καρκινώματος έχει υποστηριχθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Σειρά από κλινικές και μοριακές μελέτες, αναλύοντας τα χαρακτηριστικά των ενδοεπιθηλιακών καρκινωμάτων της σάλπιγγας και των κακοήθων ωοθηκικών επιθηλιακών όγκων υποστηρίζουν την κοινή προέλευση του καρκίνου της σάλπιγγας και του επιθηλιακού καρκίνου της ωοθήκης [2].

Στην παρούσα εργασία μετά την περιγραφή της περίπτωσης μας επιχειρείται με βάση τη συστηματική παράθεση και επεξεργασία των σύγχρονων βιβλιογραφικών δεδομένων μια σύντομη ανασκόπηση αναφορικά με την σπάνια αυτή νοσολογική οντότητα, η ορθή γνώση της οποίας θα μπορούσε να συμβάλλει σημαντικά στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση και στη διασφάλιση του καλύτερου δυνατού προγνωστικού αποτελέσματος.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

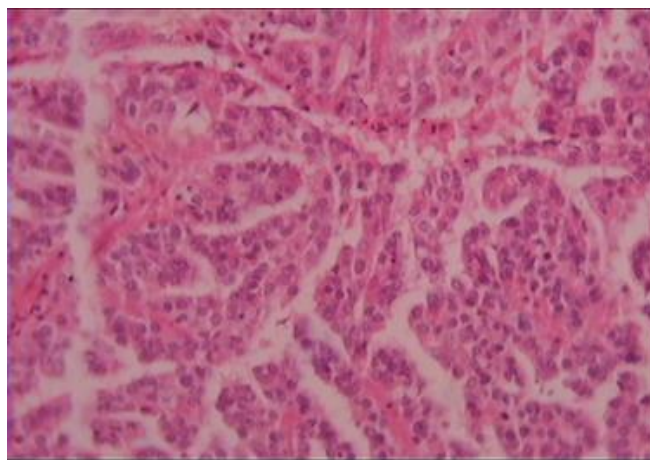
Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε ασθενή αναπαραγωγικής ηλικίας 48 ετών η οποία προσήλθε στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο αιτιώμενη συνεχιζόμενη κοιλιακή αιμόρροια από μηνός. Πριν από ένα μήνα περίπου η ασθενής υποβλήθηκε σε διαγνωστική απόξεση λόγω μηνομητρορραγιών, η ιστολογική εξέταση της οποίας δεν έδειξε υπερπλασία του ενδομητρίου και ήταν αρνητική για κακοήθεια. Το ατομικό και

κληρονομικό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Κατά τον διακολπικό υπερηχογραφικό έλεγχο η μήτρα ήταν αυξημένων διαστάσεων. Επιβεβαιώθηκε η παρουσία των γνωστών πολλαπλών ινομυωματώδων πυρήνων, με τη μεγαλύτερη σε μέγεθος βλάβη να καταλαμβάνει το δεξιό πλάγιο τοίχωμα της μήτρας και να επεκτείνεται προς το σύστοιχο εξάρτημα, η απεικόνιση του οποίου δεν ήταν ξεκάθαρη. Η αριστερή ωοθήκη ήταν φυσιολογικών διαστάσεων και χωρίς εμφανιζόμενη παθολογία. Χωρίς να κριθεί απαραίτητος ο περαιτέρω απεικονιστικός έλεγχος αποφασίσθηκε η χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς με προγραμματισμένη κοιλιακή ολική υστερεκτομία και αμφοτερόπλευρη σαλπιγγο-ωοθηκεκτομία, λόγω της ινομυωματώδους μήτρας και των συνεχιζόμενων μηνομητρορραγιών.

Ο προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος πριν από την προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση ήταν φυσιολογικός. Δεν διαπιστώθηκε αναιμία (Hb 13.1 gr/dl) και η πήξη του αίματος ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Ο βιοχημικός έλεγχος και η γενική εξέταση των ούρων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Το τεστ Παπανικολάου ήταν αρνητικό για κακοήθεια. Διεγχειρητικά, μετά τη διάνοιξη του κοιλιακού τοιχώματος και του περιτοναίου στην περιοχή του δεξιού παραμητρίου διαπιστώθηκε η παρουσία συμπαγούς μάζας εντοπιζόμενη στη σάλπιγγα και στερεά συμφυόμενη με το οπίσθιο περιτόναιο. Εκτελέσθηκε κοιλιακή ολική υστερεκτομία και αμφοτερόπλευρη εξαρτηματεκτομία με επιμελή και χειρουργικό καθαρισμό της περιοχής στο δεξιό πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα. Η ιστολογική

TOMOΣ 24^{ος} - ΤΕΥΧΟΣ 1 - 2019

εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του καρκίνου της σάλπιγγας (εικόνα 1). Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Ακολούθησαν σχήματα χημειοθεραπείας μετά την εξέταση από ομάδα παθολόγων ογκολόγων. Ένα χρόνο αργότερα η γενική κατάσταση της ασθενούς είναι καλή και παρακολουθείται τακτικά σε ογκολογικό κέντρο.



Εικόνα 1. Ιστολογική εικόνα καρκίνου των σαλπίγγων (δική μας περίπτωση).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο πρωτοπαθής καρκίνος της σάλπιγγας είναι πολύ σπάνιος. Εκτιμάται ότι περίπου 2000 περιπτώσεις έχουν αναφερθεί μέχρι σήμερα στη βιβλιογραφία από την πρώτη περιγραφή της νόσου το 1847 [3]. Ο πρωτοπαθής καρκίνος της σάλπιγγας αποτελεί συνήθως τυχαίο εύρημα ερευνητικής λαπαροτομίας (δική μας περίπτωση) και σε γενικές γραμμές εκτιμάται ότι αφορά στο 0.14% - 1.8% του συνόλου των καρκίνων του γεννητικού συστήματος [4-6]. Παλαιότερη μελέτη προερχόμενη από τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έδειξε ότι η μέση ετήσια συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου

των σαλπγγων είναι 3.6 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο του γυναικείου πληθυσμού [7]. Παρόλα αυτά όμως, πολλοί είναι εκείνοι που υποστηρίζουν σήμερα ότι η συχνότητα εμφάνισης των κακοηθειών που αφορούν στη σάλπιγγα μπορεί να έχει υποτιμηθεί σημαντικά. Σειρά από πρόσφατες παθολογοανατομικές, μοριακές και γενετικές μελέτες έδειξαν ότι το 40% έως 60% των όγκων που ταξινομήθηκαν ως υψηλού βαθμού καρκινώματα της ωθήκης ή του περιτοναίου ήταν σαλπγγικής προέλευσης [8]. Η αβέβαιη ιστολογική προέλευση των κακοήθων καρκίνων ως προερχόμενων από τις ωθήκες καλό θα ήταν σήμερα να αντικατασταθεί από τον όρο «μη προσδιορισμένη προέλευση» εξαρτηματικών όγκων [9].

Ο ακριβής αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός του καρκίνου των σαλπγγων παραμένει άγνωστος. Σε αντίθεση με τον επιθηλιακό καρκίνο των ωθηκών δεν φαίνεται να υπάρχουν γνωστοί προδιαθεσικοί παράγοντες. Παρόλα αυτά όμως, ορμονικοί, αναπαραγωγικοί και ενδεχομένως γενετικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση του κινδύνου εμφάνισης του ωθηκικού καρκίνου, ενδέχεται πιθανότατα να αυξάνουν και τον κίνδυνο εμφάνισης κακοήθειας στις σάλπιγγες [10]. Η ηλικία, η φυλή, το σωματικό βάρος, το επίπεδο εκπαίδευσης, το ιστορικό πυελικής φλεγμονώδους νόσου, υπογονιμότητας, προηγούμενης υστερεκτομής, ή ενδομητρίωσης, καθώς και το κάπνισμα δεν φαίνεται να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τον καρκίνο των σαλπγγων. Αντίθετα, η προηγούμενη εγκυμοσύνη και η από του στόματος χρήση αντισυλληπτικών δισκίων μειώνει σημαντικά

ΤΟΜΟΣ 24^{ος} - ΤΕΥΧΟΣ 1 - 2019

τον κίνδυνο εμφάνισης κακοήθειας στις σάλπιγγες [11,12]. Το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού και των ωθηκών με μεταλλάξεις BRCA - 1 και BRCA - 2 εκτιμάται ότι αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των σαλπγγων [13,14]. Παρόμοια ασθενείς με το σύνδρομο Lynch το οποίο χαρακτηρίζεται από αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του ενδομητρίου και καρκίνο των ωθηκών εκτιμάται ότι έχει αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου στις σάλπιγγες [15].

Η προεγχειρητική διάγνωση του πρωτοπαθούς καρκινώματος της σάλπιγγας, ιδιαίτερα απουσία κλινικής συμπτωματολογίας είναι πολύ δύσκολη. Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα είναι ο κοιλιακός πόνος, αποτέλεσμα κυρίως της εξαναγκασμένης σαλπγγικής περισταλτικής κίνησης και της διάτασης της σάλπιγγας και η αιμορραγία από τον κόλπο ή η «κλασική» υδαρής κολπική έκκριση [16]. Ο κοιλιακός πόνος αποτελεί το συχνότερο κλινικό σύμπτωμα και αφορά σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 50% των περιπτώσεων. Η κλασική τριάδα συμπτωμάτων αποτελούμενη από κοιλιακό άλγος, άλλοτε άλλου βαθμού κολπική αιμορραγία ή υδαρή κολπική έκκριση και παρουσία πυελικής μάζας χαρακτηρίζει λιγότερο από το 15% των περιπτώσεων κακοήθειας στη σάλπιγγα. Ασκήτης, όπως και στον καρκίνο των ωθηκών μπορεί να υπάρξει μόνο σε περίπτωση προχωρημένης νόσου [17]. Σε περιπτώσεις μετεμμηνοπαυσιακής κολπικής αιμόρροιας η διαγνωστική απόξεση της ενδομητρίου κοιλότητας είναι αρνητική για κακοήθεια (δική μας περίπτωση). Αντίθετα, η κυτταρολογική εξέταση του τραχήλου της μήτρας με τεστ Παπανικολάου μπορεί να

βοηθήσει στην έγκαιρη διάγνωση του σαλπγγικού καρκίνου σε ποσοστό 10% - 36% [18], καθώς τα κακοήθη κύτταρα, μετά την απολέπισή τους από τον πρωτογενή σαλπγγικό όγκο μεταναστεύουν μέσω του σαλπγγικού αυλού και εναποτίθενται στον ενδοτράχηλο ή στον οπίσθιο κολπικό θόλο [19].

Ο απεικονιστικός έλεγχος που συνήθως επιλέγεται για τη διερεύνηση των σαλπγγικών νεοπλασμάτων περιλαμβάνει υπερηχογράφημα, υπολογιστική αξονική τομογραφία και απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού της κοιλίας. Το διακολπικό και διακοιλιακό υπερηχογράφημα, αν και αποτελεί μια βασική τεχνική απεικόνισης στη διαγνωστική διερεύνηση των ασθενών με πιθανή σαλπγγική παθολογία, ωστόσο οι περισσότερες από τις υπερηχογραφικές απεικονίσεις της σάλπιγγας είναι μη ειδικές, μιμούμενες άλλες πυελικές παθήσεις, όπως είναι το σαλπγγο - ωθηκικό απόστημα, τα ωθηκικά νεοπλάσματα και η έκτοπη εγκυμοσύνη [10]. Ευρήματα από την αξονική τομογραφία, όπως είναι η παρουσία σταθερής θηλοειδούς ενδοσωληνιακής μάζας συνηγορούν υπέρ της διάγνωσης του πρωτοπαθούς καρκίνου των σαλπγγων [20]. Παρόμοια είναι και τα ευρήματα από τη μαγνητική τομογραφία. Η τομογραφία μαγνητικού συντονισμού εκτιμάται ότι είναι καλύτερη από την αξονική τομογραφία ή το υπερηχογράφημα κυρίως στην ανίχνευση της διήθησης του όγκου στην ουροδόχο κύστη, στον κόλπο, στα πλάγια πυελικά τοιχώματα και στο ορθό [10].

Η οριστική και ακριβής διάγνωση σε κάθε περίπτωση (όπως και στην περιπτώσή μας) πρέπει να επιβεβαιώνεται με την

ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος. Ο συνηθέστερος ιστολογικός τύπος του πρωτοπαθούς σαλπγγικού καρκίνου είναι το θηλώδες αδενοκαρκίνωμα. Το θηλώδες αδενοκαρκίνωμα εκτιμάται ότι αφορά σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 90% των περιπτώσεων πρωτοπαθούς καρκίνου των σαλπγγων. Τα διαγνωστικά παθολογοανατομικά κριτήρια, όπως αυτά καθορίστηκαν από τον Hu και τους συνεργάτες του το 1950 [21] και αναθεωρήθηκαν αργότερα από τον Sedlis το 1961 [22] και το 1978 [23] είναι απαραίτητα για την ορθή διάγνωση της νόσου. Έτσι, η παρουσία του κύριου ανιχνεύσιμου όγκου στον ενδοσαλπγγικό αυλό, η αποδεδειγμένη ιστολογικά μετάβαση από καλοήγη σε κακοήγη σαλπγγικό επιθήλιο και η παρουσία φυσιολογικών ωθηκών ή ενδομήτριας κοιλότητας ή τουλάχιστον να περιέχουν όγκο ο οποίος είναι μικρότερος από τον όγκο του ενδοσαλπγγικού αυλού, συνηγορούν υπέρ της ιστολογικά επιβεβαιωμένης διάγνωσης του πρωτοπαθούς καρκινώματος της σάλπιγγας.

Η βέλτιστη αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο των σαλπγγων χωρίς αμφιβολία είναι ακόμη αβέβαιη, λόγω της σπανιότητας της νόσου. Σε γενικές γραμμές η θεραπεία του καρκίνου των σαλπγγων βασίζεται στις ίδιες κατευθυντήριες οδηγίες με εκείνες που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του επιθηλιακού καρκίνου των οωθηκών, λόγω της ενδοπεριτοναϊκής εξάπλωσης της νόσου [24]. Παρόμοια με τον επιθηλιακό καρκίνο των οωθηκών η πλήρης χειρουργική επέμβαση στα πρώιμα στάδια του πρωτοπαθούς καρκίνου των σαλπγγων, συμπεριλαμβανομένων της κυτταρολογίας,

της κοιλιακής ολικής υστερεκτομίας, της αμφοτερόπλευρης σαλπγγο - ωθηκεκτομίας και του λεμφαδενικού καθαρισμού του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου με βιοψίες από όλες τις ύποπτες ενδοπεριτοναϊκές βλάβες αποτελεί την καλύτερη αρχική θεραπευτική προσέγγιση [25]. Προς αυτή την κατεύθυνση ο Klein και οι συνεργάτες του αναλύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης τους έδειξαν ότι σε περιπτώσεις πρωτοπαθούς καρκίνου των σαλπίγγων με πλήρη εκτομή της νόσου, συμπεριλαμβανομένης της επιπρόσθετης ριζικής λεμφαδεκτομής, η πενταετής επιβίωση ήταν 83%, ενώ οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική υστερεκτομία και αμφοτερόπλευρη σαλπγγο - ωθηκεκτομία είχαν πενταετή επιβίωση 58% [26].

Εκτιμάται σήμερα ότι το υψηλό ποσοστό μεταστάσεων στους λεμφαδένες, η τάση για μικροσκοπικές απομακρυσμένες μεταστάσεις και ο σχετικά υψηλός κίνδυνος επανεμφάνισης του καρκίνου, παρά την πλήρη χειρουργική εκτομή της νόσου από τα αρχικά ακόμη στάδια της, καθιστούν επιτακτική και αναγκαία την εφαρμογή μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας [27], αν και ορισμένοι αντιτίθενται σε αυτή την πρακτική [17]. Γενικά, για περισσότερα από δεκαπέντε χρόνια ο συνδυασμός πλατίνης και ταξανίου αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της συμπληρωματικής θεραπείας των ασθενών με πρωτοπαθή κακοήθεια στις σάλπιγγες [28]. Η χρήση μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση των ασθενών με πρωτοπαθή σαλπιγγικό καρκίνο, λόγω της χαμηλής αποτελεσματικότητας και του υψηλού ποσοστού σοβαρών επιπλοκών δεν συνιστάται πλέον. Η ενδοπεριτοναϊκή ενστάλαξη των ραδιοϊσοτόπων δεν φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου

TOMOΣ 24^{ος} - ΤΕΥΧΟΣ 1 - 2019

σε περιπτώσεις ασθενών που διαγνώστηκαν με πρωτοπαθή καρκίνο της σάλπιγγας σε πρώιμο στάδιο [29].

Η πρόγνωση εξαρτάται σημαντικά από το στάδιο της νόσου. Το στάδιο της νόσου κατά τη στιγμή της διάγνωσης είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει την πρόγνωση των ασθενών με πρωτοπαθές καρκίνωμα των σαλπίγγων. Γενικά, η πενταετής επιβίωση εκτιμάται ότι αφορά σε ποσοστό περίπου 65% [30]. Με βάση τα νεότερα δεδομένα εκτιμάται σήμερα ότι οι βελτιώσεις που έχουν επιτευχθεί στη χειρουργική τεχνική και η καλύτερη ομαδική ιατρική συνεργασία έχουν συμβάλει σημαντικά στη βέλτιστη χειρουργική επέμβαση και στην παρατεταμένη συνολική επιβίωση των ασθενών, η οποία ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου μπορεί να κυμανθεί μεταξύ 36% έως 73% [31]. Η αμφοτερόπλευρη σαλπγγο - ωθηκεκτομή σε κάθε περίπτωση προσφέρει το πλεονέκτημα της αποτελεσματικής εξάλειψης του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου των ωθηκών και της αποφυγής πιθανής επανεπέμβασης, αλλά μπορεί να αποβεί επιζήμια για τις νεαρές γυναίκες που επιθυμούν τη διατήρηση της γονιμότητας και την επίτευξη μελλοντικής εγκυμοσύνης [32].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο πρωτοπαθής καρκίνος των σαλπίγγων είναι μια σπάνια κλινική οντότητα η οποία πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στη διαφορική διάγνωση των ασθενών με ήπιο, βύθιο πόνο στο υπογάστριο και ανώμαλη κολπική αιμορραγία κατά την περιεμμηνοπαυσιακή ή μετεμμηνοπαυσιακή

ηλικία. Η προεγχειρητική διάγνωση δεν είναι εύκολη και η θεραπευτική αντιμετώπιση εμφανίζει σοβαρές δυσκολίες. Η θεραπευτική στρατηγική που βασίζεται στις κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπεία του επιθηλιακού καρκίνου των οωθηκών, παρόλο που εξακολουθεί να είναι αβέβαιη, ακολουθούμενη από χημειοθεραπεία είναι δυνατό να βελτιώσει στατιστικά σημαντικά τη συνολική επιβίωση των ασθενών με πρωτοπαθή καρκίνο της σάλπιγγας. Η

πρώιμη αναγνώριση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη νόσο και η σωστή εφαρμογή της σύγχρονης εξελιγμένης τεχνολογίας είναι πιθανό να επιτρέψουν σήμερα την έγκαιρη διάγνωση και την άμεση εφαρμογή των πλέον κατάλληλων σύγχρονων διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών, προκειμένου να διασφαλισθεί η καταλληλότερη αντιμετώπιση της νόσου και το καλύτερο δυνατό προγνωστικό αποτέλεσμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Runnebaum IB, Stickeler E. Epidemiological and molecular aspects of ovarian cancer risk. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2001; 127(2): 73 - 79.
2. Lin SF, Gerry E, Shih IM. Tubal origin of ovarian cancer - the double - edged sword of haemoglobin. *J Pathol*. 2017; 242(1): 3 - 6.
3. Stewart SL, Wike JM, Foster SL, Michaud F. The incidence of primary fallopian tube cancer in the United States. *Gynecol Oncol*. 2007; 107(3): 392 - 397.
4. Berek JS. Ovarian Cancer. In: Berek JS (ed). *Novaks Gynecology*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2002.
5. Berek JS, Friedlander M, Hacker NF. Epithelial ovarian, fallopian tube, and peritoneal cancer. J.S. Berek, N.F. Hacker (Eds.), *Berek and Hacker's Gynecologic Oncology (6th ed.)*, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia (2015), pp. 464 - 529.
6. Chaudhry S, Hussain R, Zuberi MM, Zaidi Z. Rare primary fallopian tube carcinoma; a gynaecologist's dilemma. *J Pak Med Assoc*. 2016; 66(1): 107 - 110.
7. Rosenblatt KA, Weiss NS, Schwartz SM. Incidence of malignant fallopian tube tumors. *Gynecol Oncol*. 1989; 35(2): 236 - 239.
8. Carlson JW, Miron A, Jarboe EA, Parast MM, Hirsch MS, Lee Y, et al. Serous tubal intraepithelial carcinoma: its potential role in primary peritoneal serous carcinoma and serous cancer prevention. *J Clin Oncol*, 2008; 26(25): 4160 - 4165.
9. Kurman R.J., Carcangiu M.L., Herrington C.S., Young R.H. (Eds.), *WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs*, IACR, Lyon, France (2014), pp. 11 - 40.

10. Pectasides D, Pectasides E, Economopoulos T. Fallopian tube carcinoma: a review. *Oncologist*. 2006; 11(8): 902 – 912.
11. Inal MM, Hanhan M, Pillanci B, Tinar S. Fallopian tube malignancies: experience of Social Security Agency Aegean Maternity Hospital. *Int J Gynecol Cancer*. 2004; 14(4): 595 – 599.
12. Demopoulos RI, Aronov R, Mesia A. Clues to the pathogenesis of fallopian tube carcinoma: a morphological and immunohistochemical case control study. *Int J Gynecol Pathol*. 2001; 20(2): 128 – 132.
13. Zweemer RP, van Diest PJ, Verheijen RH, Ryan A, Gille JJ, Sijmons RH, et al. Molecular evidence linking primary cancer of the fallopian tube to BRCA1 germline mutations. *Gynecol Oncol*. 2000; 76(1): 45 – 50.
14. Aziz S, Kuperstein G, Rosen B, Cole D, Nedelcu R, McLaughlin J, et al. A genetic epidemiological study of carcinoma of the fallopian tube. *Gynecol Oncol*. 2001; 80(3): 341 – 345.
15. Palma L, Marcus V, Gilbert L, Chong G, Foulkes WD. Synchronous occult cancers of the endometrium and fallopian tube in an MSH2 mutation carrier at time of prophylactic surgery. *Gynecol Oncol*. 2008; 111(3): 575 – 578.
16. Lau HY, Chen YJ, Yen MS, Chen RF, Yeh SO, Twu NF. Primary fallopian tube carcinoma: a clinicopathologic analysis and literature review. *J Chin Med Assoc*, 2013; 76: 583 – 587.
17. Kalampokas E, Kalampokas T, Tourountous I. Primary fallopian tube carcinoma. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013; 169: 155 – 161.
18. Ajithkumar TV, Minimole AL, John MM, Ashokkumar OS. Primary fallopian tube carcinoma. *Obstet Gynecol Surv*. 2005; 60(4): 247 – 252.
19. Pusiol T, Pisciolli F, Morelli L, Parolari AM, Licci S. Cervicovaginal smears in the diagnosis of asymptomatic primary fallopian tube carcinoma. *Cytopathology*, 2009; 20: 409 – 411.
20. Haratz – Rubinstein N, Russell B, Gal D. Sonographic diagnosis of Fallopian tube carcinoma. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2004; 24: 86 – 88.
21. Hu CY, Taymor ML, Hertig AT. Primary carcinoma of the fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol*, 1950; 59: 58 – 67.
22. Sedlis A. Primary carcinoma of the fallopian tube. *Obstet Gynecol Surv*, 1961; 16: 209 – 222.
23. Sedlis A. Carcinoma of the fallopian tube. *Surg Clin North Am*, 1978; 58: 121 – 129.
24. Horng HC, Teng SW, Huang BS, Sun HD, Yen MS, Wang PH, et al. Primary fallopian tube cancer: domestic data and up – to – date review. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2014; 53(3): 287 – 292.

25. Chao KC, Chen YJ, Juang CM, Lau HY, Wen KC, Sung PL, et al. Prognosis for advanced - stage primary peritoneal serous papillary carcinoma and serous ovarian cancer in Taiwan. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2013; 52: 81 - 84.
26. Klein M, Rosen AC, Lahousen M, Graf AH, Rainer A. The relevance of adjuvant therapy in primary carcinoma of the fallopian tube, stages I and II: irradiation vs. Chemotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2000; (48): 1427 - 1431.
27. Rosen AC, Sevelde P, Klein M, Graf AH, Lahousen M, Reiner A, et al. A comparative analysis of management and prognosis in stage I and II fallopian tube carcinoma and epithelial ovarian cancer. *Br J Cancer.* 1994; 69: 577 - 579.
28. Katsumata N, Yasuda M, Isonishi S, Takahashi F, Michimae H, Kimura E, et al., Japanese Gynecologic Oncology Group. Long - term results of dose - dense paclitaxel and carboplatin versus conventional paclitaxel and carboplatin for treatment of advanced epithelial ovarian, fallopian tube, or primary peritoneal cancer (JGOG 3016): a randomised, controlled, open - label trial. *Lancet Oncol.* 2013; 14: 1020 - 1026.
29. Rose PG, Piver MS, Tsukada Y. Fallopian tube cancer. The Roswell Park experience. *Cancer.* 1990; 66(12): 2661 - 2667.
30. Inal MM, Hanhan M, Pilanci B, Tinar S. Fallopian tube malignancies: experience of Social Security Agency Aegean Maternity Hospital. *Int J Gynecol Cancer.* 2004; 14(4): 595 - 599.
31. Horng HC, Teng SW, Lai CR, Chang WH, Chang YH, Yen MS, et al. Prognostic factors of primary fallopian tube cancer in a single institute in Taiwan. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014; 127(1): 77 - 81.
32. Evans EC, Matteson KA, Orejuela FJ, Alperin M, Balk EM, El - Nashar S, et al.; Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review Group. Salpingo - oophorectomy at the Time of Benign Hysterectomy: A Systematic Review. *Obstet Gynecol.* 2016; 128(3): 476 - 485.

Primary fallopian tube carcinoma: case report of a rare disease

Xristina Tsiamanta,¹ Ioannis Thanasas,¹ Ioannis Oikonomou,¹ Athanasios Chasiotis,¹ Maria Mousia²

¹Department of Obstetrics - Gynecology and ²Department of Pathology in General Hospital of Trikala, Trikala, Greece

ABSTRACT

This is a case report about a 48-year old patient of reproductive age who was referred to our outpatient clinic because of persistent vaginal hemorrhages following a diagnostic D & C due to menometrorrhagia, whose histological examination did not show any pathological findings. During ultrasound testing, the presence of known multiple fibrous nuclei was confirmed, the largest one estimated to occupy the right lateral wall of the uterus and to extend to the adjacent appendage. Surgical treatment of the patient was decided. Intraoperatively, the presence of a solid mass was observed which occupied the entire right fallopian tube, without any participation of the ovary. Abdominal total hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy was performed. The histological examination of the tissue specimen from the operation confirmed the diagnosis of fallopian tube cancer. The postoperative course was uneventful. Follow - up chemotherapy followed at an oncology center. A year later, the general condition of the patient is good and is monitored systematically by a group of oncologists. This case report attempts a brief review of the diagnostic and therapeutic approach of this rare disease entity, according to the latest scientific data, the timely implementation of which can ensure the best possible prognostic outcome.



Keywords: fallopian tube, cancer, diagnosis, treatment, prognosis



Citation

X. Tsiamanta, I. Thanasas, I. Oikonomou, A. Chasiotis, M. Mousia. Primary fallopian tube carcinoma: case report of a rare disease. *Scientific Chronicles* 2019; 24(1): 111-120

DOI: <http://eoi.citefactor.org/10.11212/exronika/2019.1.10>