

Przypadek pierwotnego raka jajowodu

The case of primary fallopian tube carcinoma

Agata Kołodziejczyk-Melon, Andrzej Malinowski

Klinika Ginekologii Operacyjnej, Endoskopowej i Ginekologii Onkologicznej, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;
kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Andrzej Malinowski

Przeгляд Menopauzalny 2013; 6: 501-503

Streszczenie

Najrzadziej występującym nowotworem żeńskich narządów płciowych jest pierwotny rak jajowodu. Częstość jego występowania szacuje się na 1–2% wszystkich nowotworów narządów płciowych. Do czynników ryzyka rozwoju tego nowotworu zalicza się niepłodność oraz przewlekłe stany zapalne narządów płciowych. Objawy raka jajowodu są mało specyficzne. Należą do nich: bóle brzucha o charakterze kolkowym, nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych oraz obecność guza w jamie brzusznej lub w miednicy. W stadium zaawansowanym pojawiają się bóle okolicy krzyżowej, uczucie parcia na mocz oraz wodobrzusze. Typowy obraz makroskopowy ograniczonego raka jajowodu to poszerzony jajowód przypominający wodniak jajowodu bądź ropniak jajowodowo-jajnikowy. W świetle jajowodu na przekroju poprzecznym może być widoczna masa lita lub brodawkowata. Pierwotny rak jajowodu rozpoznawany jest zazwyczaj podczas diagnostyki łagodnych zmian narządu płciowego lub na podstawie wyniku badania histopatologicznego materiału pobranego od pacjentki operowanej z powodu raka jajnika. Autorzy przedstawiają przypadek pierwotnego raka jajowodu u 41-letniej pacjentki diagnozowanej z powodu nieprawidłowych krwawień z dróg rodnych oraz dolegliwości bólowych w podbrzuszu. Po wykonaniu szeregu badań laboratoryjnych i obrazowych chorą zakwalifikowano do histerektomii laparoskopowej (*total laparoscopic hysterectomy* – TLH) z powodu macicy mięśniakowatej i wycięcia prawego jajowodu. Dopiero po uzyskaniu ostatecznego wyniku badania histopatologicznego usuniętego jajowodu – *carcinoma male differentiatum oviducti dextri*, podjęto decyzję o poszerzeniu zabiegu celem usunięcia przydatków, sieci, wyrostka robaczkowego i węzłów chłonnych miednicy mniejszej. Opisany przypadek potwierdza, że rozpoznanie pierwotnego raka jajowodu jest dość trudne ze względu na mało charakterystyczne objawy. Jedynie wynik badania patomorfologicznego pozwala na ostateczne rozpoznanie.

Słowa kluczowe: pierwotny rak jajowodu, nieprawidłowe krwawienia, diagnostyka.

Summary

Primary cancer of the fallopian tube is the least frequent female genital cancer. The incidence is estimated to be 1-2% of all genital cancers. The risk factors include infertility and chronic genital inflammation. Symptoms of the fallopian tube cancer are not specific enough. These include: colicky abdominal pain, abnormal vaginal/genital bleeding, and the presence of a tumor in the abdomen or pelvis. In the advanced stage, pain in the sacrum, feeling the urge to urinate, and ascites occur. A typical macroscopic image of limited fallopian tube cancer is a widened fallopian tube resembling a hydrocele or tubo-ovarian abscess. In the cross-section of the fallopian tube, a solid or pendula mass may be visible.

Primary fallopian tube cancer is usually detected during the diagnosis of benign genital lesions or based on the results of the histopathological examination of material taken from patients operated on because of ovarian cancer. The authors present a case of primary fallopian tube carcinoma in a 41-year-old patient diagnosed because of abnormal uterine bleeding and pain in the lower abdomen. After a series of laboratory and imaging tests, the patient underwent laparoscopic hysterectomy (TLH) due to uterine myoma and resection of the right fallopian tube. Only when the final result of the histopathological examination of the removed fallopian tube was obtained (*Carcinoma male differentiatum oviducti dextri*), it was decided to expand the operation to remove appendages, omentum, vermiform appendage and pelvic lymph nodes. The presented case confirms that no specific symptoms of this cancer makes the diagnosis rather difficult.

Key words: Primary fallopian tube carcinoma, abnormal bleeding, diagnostic.

Adres do korespondencji:

lek. Agata Kołodziejczyk-Melon, Klinika Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź, e-mail: agata.melon@gmail.com

Wstęp

Najrzadszym nowotworem żeńskich narządów płciowych jest pierwotny rak jajowodu (PRI). Częstość występowania szacuje się na 1–2 % wszystkich nowotworów narządów płciowych [1]. Na świecie nowotwór ten rozpoznaje się u 3,6/1 mln kobiet na rok. Do czynników ryzyka rozwoju PRI zalicza się nieplodność oraz przewlekłe stany zapalne narządów płciowych [2]. Pierwotny rak jajowodu występuje u kobiet między 40. a 60. rokiem życia, ze szczytem zachorowań w 55. roku życia. Należy on do grupy nowotworów związanych z przewodem Müllera BRCA1/BRCA2 [3]. Zwiększone ryzyko występowania raka jajowodu obserwuje się u pacjentek z genetycznym uwarunkowaniem raka piersi i jajnika (nosicielki mutacji genu *BRCA1*) [4]. Do najczęstszych objawów raka jajowodu należą: ból brzucha o charakterze kolkowym, nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych oraz obecność guza w jamie brzusznej lub w miednicy [3]. Niekiedy pierwsze objawy nowotworu imitują ropnie przydatków, manifestując się dolegliwościami bólowymi i podwyższonymi wskaźnikami stanu zapalnego [5]. W stadium zaawansowanym pojawiają się bóle okolicy krzyżowej, uczucie parcia na moc oraz wodobrzusze. Najczęściej spotykanym typem histologicznym jest rak gruczolowy brodawkowaty. Nowotwór ten rozprzestrzenia się poprzez naciekanie na sąsiednie narządy, drogą limfatyczną oraz rzadko poprzez naczynia krwionośne. Typowy obraz makroskopowy ograniczonego raka jajowodu to poszerzony jajowód przypominający wodniak jajowodu bądź ropniak jajowodowo-jajnikowy. W świetle jajowodu na przekroju poprzecznym może być widoczna masa lita lub brodawkowata [3]. W badaniu ultrasonograficznym raki jajowodu opisywane są jako: guzy lite w kształcie kiełbasy (*sausage shaped mass*), torbiele z pogrubiałą torebką lub guzy torbielowato-lite przypominające koto zębate [6]. Pierwotny rak jajowodu rozpoznawany jest zazwyczaj podczas diagnostyki łagodnych zmian narządu płciowego lub na podstawie wyniku badania histopatologicznego materiału pobranego od pacjentki operowanej z powodu raka jajnika [7]. Pięcioletnie przeżycie wynosi średnio 30–35%. Istniejąca klasyfikacja zaawansowania raka jajowodu wg FIGO (*Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique*) oraz TNM ma podstawowe znaczenie w podjęciu optymalnego leczenia [9]. Współczesne leczenie raka jajowodu jest podobne do raka jajnika. Wykonuje się całkowitą przezbrzuszną histerektomię, obustronną salpingo-ooforektomię, usunięcie węzłów chłonnych miednicznych i okołoaortalnych, omentektomię oraz appendektomię. W leczeniu uzupełniającym stosuje się chemioterapię z użyciem związków platyny i paklitakselu oraz radioterapię [3].

Opis przypadku

Do Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi przyjęto

41-letnią pacjentkę z powodu dolegliwości bólowych w podbrzuszu, nieregularnych uporczywych krwawień z dróg rodnych oraz przewlekłych brunatnych upławów. Nie rodziła, jeden raz poroniła ciążę w 12. tygodniu jej trwania. Wywiad rodzinny onkologiczny okazał się nieistotny. W badaniu ginekologicznym stwierdzono powiększony trzon macicy przez drobne mięśniaki oraz wyczuwalny opór w rzucie prawych przypadków. Badanie ultrasonograficzne uwiarydociło dość niejednorodny *myometrium* z licznymi drobnymi mięśniami oraz jednym większym mięśniakiem śródściennym w dolnym odcinku przedniej ściany trzonu macicy (38 mm × 30 mm), echo endometrium o równym przebiegu, szerokości do 5 mm, bez widocznych zmian ogniskowych. W lewym jajniku nie wykazano żadnych nieprawidłowości. W rzucie prawych przydatków i za macicą stwierdzono unaczyniony twór mięsisty o wymiarach 105 mm × 45 mm × 60 mm. W zatoce Douglasa była obecna niewielka ilość płynu. Pacjentkę zakwalifikowano do histerektomii laparoskopowej (*total laparoscopic hysterectomy* – TLH) z powodu macicy drobnomięśniakowatej i wycięcia prawego jajowodu (11.12.2009 r.). Po wprowadzeniu trokaru i optyki laparoskopu uwiarydociło trzon macicy zmieniony drobnomięśniakowato oraz powiększony jajowód prawy, poszerzony na całej swojej długości, twardy, wypełniony mętną żółtawą treścią, w zroście z otrzewną załamka odbytniczo-macicznego, obrazem przypominający ropniaka jajowodu. Wykonano histerektomię oraz wycięto zmieniony jajowód prawy, który następnie przekazano do badania patomorfologicznego. Ze względu na niejednorodny wynik badania śródoperacyjnego podjęto decyzję o zakończeniu operacji i ewentualnej reoperacji po uzyskaniu ostatecznego wyniku badania histopatologicznego. Szczegółowy wynik badania patomorfologicznego wykazał rozrastający się w jajowodzie nisko zróżnicowany rak wykazujący dojrzewanie w kierunku nabłonka surowiczego, przejściowego oraz gruczolowego – *carcinoma male differentiatum oviducti dextri*. Oznaczono poziom markera CA 125, który znacznie przekraczał dopuszczalną normę (523). Pacjentka została zakwalifikowana do powtórnej operacji (14.01.2010 r.). Z cięcia podłużnego pośrodkowego dolnego usunięto obustronnie przydatki, sieć większą, wyrostek robaczkowy oraz węzły chłonne biodrowe zewnętrzne, wewnętrzne i zastońowe. Pacjentkę skierowano do ośrodka onkologicznego celem dalszego leczenia, gdzie zastosowano chemioterapię przy użyciu karboplatyny i taksolu (7 cykli). W trakcie leczenia chemicznego zaobserwowano regresję zmian oraz spadek poziomu markera CA 125 do 13,0. Pacjentka do dnia dzisiejszego znajduje się pod kontrolą Ośrodka Onkologicznego i Poradni Ginekologicznej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki. Stan ogólny chorej jest dobry i nie stwierdzono cech progresji nowotworu.

Wnioski

Ze względu na brak charakterystycznych objawów pierwotny rak jajowodu rzadko uwzględniany jest w al-

gorytmie diagnostycznym nieprawidłowych krwawień z dróg rodnych i dolegliwości bólowych w podbrzuszu. Najczęściej rozpoznaje się go podczas szczegółowej analizy przypadków pacjentek zgłaszających się z podejrzeniem łagodnych guzów miednicy mniejszej lub na podstawie wyniku badania patomorfologicznego materiału pobranego podczas operacji wykonywanych z innej przyczyny. Czterdziestoletnia kobieta przyjęta do Kliniki zgłaszała objawy sugerujące obecność mięśniaków macicy. Charakterystyczna dla raka jajowodu triada objawów, zwana *hydrops tubae profluens Latzki*, występuje jedynie u 5–10% chorych. Do objawów tych należą ból o charakterze kolkowym, którego natężenie zmniejsza się wraz z wydzielaniem obfitej, wodnistej treści z dróg rodnych, oraz guz wyczuwalny w badaniu ginekologicznym [9, 10]. W niektórych przypadkach obraz makroskopowy jajowodu pozwala podejrzewać raka, ale najczęściej jajowód jest niezmieniony. Dopiero wynik badania patomorfologicznego daje pewne rozpoznanie pierwotnego raka jajowodu. Dlatego też w opisywanym przypadku w pierwszej kolejności usunięto mięśniakowato zmienioną macicę oraz prawy jajowód, a dopiero po uzyskaniu ostatecznego wyniku badania histopatologicznego usuniętego jajowodu podjęto decyzję o poszerzeniu zabiegu celem usunięcia przydatków, sieci, wyrostka robaczkowego i węzłów chłonnych miednicy mniejszej. Zasadniczą metodą leczenia jest zabieg chirurgiczny, który uzupełnia się następnie chemioterapią mono- lub wielolekową oraz radioterapią

[11]. Pierwotny rak jajowodu jest nowotworem o złym rokowaniu. Pomimo stosowania wielokierunkowego leczenia średni czas przeżycia chorych kobiet nie wydłuża się i wynosi 44 miesiące [10].

Piśmiennictwo

1. UCSF Gynecologic Cancer. Fallopian Tube Cancer. 2008.
2. Gaym A, Getaneh W, Tsion Y. Primary fallopian tube carcinoma comorbidity with infertility and bilateral hydrosalpinx. *Ethiop Med J* 2007; 1: 95-102.
3. Rosen AC, Klein M, Hafner E, et al. Management and prognosis of primary fallopian tube carcinoma. *Gynecol Obstet Invest* 1999; 47: 45-51.
4. Carlson JW, Miron A, Jarboe EA, et al. Serous tubal intraepithelial carcinoma: its potential role in primary peritoneal serous carcinoma and serous cancer prevention. *J Clin Oncol* 2008; 26: 4160-5.
5. Szubert M, Suzin J, Kowalczyk-Amico K. Rak jajowodu – analiza przypadków i przegląd piśmiennictwa. *Prz Menopauz* 2010; 14: 44-7.
6. Yuen JH, Wong GC, Lam CH. Preoperative sonographic diagnosis of primary fallopian tube carcinoma. *J Ultrasound Med* 2002; 21: 1171-3.
7. Liapis A, Michailidis E, Deligeorgiou E, et al. Primary fallopian tube cancer—a ten year review. *Clinicopathological study of 12 cases. Eur J Gynaecol Oncol* 2004; 25: 522-4.
8. Benedet JL, Bender H, Jones H 3rd, et al. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *Int J Gynaecol Obstet* 2000; 70: 209-62.
9. Maeda D, Takazawa Y, Ota S, et al. Bilateral microscopic adenocarcinoma of the fallopian tubes detected by an endometrial cytologic smear. *Int J Gynecol Pathol* 2010; 29: 273-7.
10. Płoszyński A, Grzybowska W, Wojtylak S, et al. Analiza kliniczno-morfologiczna 11 przypadków pierwotnego raka jajowodu. *Ginekol Pol* 2000; 71: 1184.
11. Krasnodębski J, Korzeniowska M, Dawid P. Przypadek pierwotnego raka jajowodu PRJ. *Ginekol Prakt* 2003; 2: 40-1.