

 <b>HELSE BERGEN</b> Haukeland universitetssjukehus	<h1 style="margin: 0;">Tubecancer</h1>	
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 25.07.2019/25.07.2021	
Organisasjon: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Gynekologisk seksjon kreft	Versjon: 2.03	
Godkjenner: Albrechtsen, Susanne	Retningslinje	
Dok. ansvarlig: Bjørge, Line	Dok.id: D35776	

## Innledning/bakgrunn ICD-10

- C 57.0 Neoplasma malignum salpingis

## Definisjon

- Cancer utgått fra egglederen

## Forekomst

- Meget sjelden cancerform, ca. 10 nye tilfeller årlig i Norge
  - Antallet er trolig underestimert fordi strenge makroskopiske og mikroskopiske kriterier må oppfylles før diagnosen tubecancer kan stilles
- Tubecancer utgjør 0,3-1% av all gynekologisk cancer
- Forekomst stabil eller lett økende<sup>1</sup>(III)
- Median alder 60 år

## Etiologi

- Ukjent
- Nedarvet mutasjon (BRCA1, BRCA2): 120 ganger økt risiko ved BRCA1-mutasjon<sup>2</sup>(IIb)  
16-18% av pasientene med tubecancer har mutasjon

## Risikofaktorer

- Økt risiko for tubecancer hos infertile kvinner<sup>3,4</sup>(IIb)
- Fødsel, amming og bruk av p-piller gir redusert risiko<sup>5</sup>(IIb)

## Diagnostikk

- Preoperativ utredning som ved epitelial ovarialcancer (se eget kap.)

## Symptomer og funn

- Ved avansert sykdom er symptomene ofte som ved ovarialcancer
- Symptomer opptrer hyppigere og i et tidligere stadium enn ved ovarialcancer<sup>3,6</sup>(IIb)
- Preoperativt sjeldent mulig å skille tubecancer fra ovarialcancer
- De vanligste symptomer og funn:
  - Unormal vaginalblødning
  - Abdominalsmerter
  - Vandig utflod
  - Bekkentumor
  - Maligne celler i cytologisk prøve fra cervix, der man ikke finner forklaringen i cervix eller corpus uteri, gir mistanke om tube- eller ovarialcancer<sup>6,7</sup>(IIb)
  - CA 125 forhøyet preoperativt hos 75% av pasientene

## Differensialdiagnoser

- Alle årsaker til tumor pelvis, hyppigst ovarialcancer
- Endometriecancer (uregelmessig blødning er hyppigere ved tube- enn ved ovarialcancer)<sup>3,8</sup>(IIb, III)

## Behandling

- Behandlingsprinsipper stort sett som ved ovarialcancer (Se eget kapitel)
  - Primær cytoreduktiv kirurgi
  - Platinumbasert kombinasjonskjemoterapi i primær situasjonen
  - Strålebehandling lite aktuelt bortsett fra i spesifikke palliative situasjoner
- Tidlig stadium ( $\leq$  stadium II) kan ha annen biologi enn ovarialcancer <sup>3,6,8,9</sup> (IIb, IIB, III, IIB)
  - Flere har lymfeknutemetastaser
    - lymfeknutetoilette i bekkenet og paraaortalt anbefales ved primæroperasjon <sup>3,8,9</sup>(IIB, III, IIB)
  - Stadium I med infiltrasjon i serosa eller ruptur gir økt residivfrekvens
    - adjuvant kjemoterapi som ved ovarialcancer (effekt på overlevelse ikke dokumentert i egne randomiserte studier)
    - det finnes ingen gode histologiske eller biologiske (ploiditet har ingen prognostisk betydning) kriterier for å selekttere pasienter som ikke trenger adjuvant behandling
- Residiv behandling: Som ved ovarial cancer (Se eget kapitel)

### Oppfølging

- Intervaller som ved ovarialcancer
- Gynekologisk undersøkelse
- Serum CA 125
- Ved mistanke om residiv, utredning med bildediagnostikk og/eller endoskopi

### Komplikasjoner

- Som ved behandling av ovarialcancer

### Prognose

- 5-års overlevelse:
  - alle pasienter: 56%
  - stadium I: 81%
  - stadium II: 67%
  - stadium III: 41%
  - stadium IV: 33%
- Viktigste prognostiske faktorer er:
  - Tidlig stadium: tumorruptur og infiltrasjonsdybde (i forhold til serosa) <sup>3,8,11</sup>(IIB, III, IIB)
  - Avansert stadium: gjenværende tumormengde etter primæroperasjon <sup>3,12</sup>(IIB)

### Råd

- Som for ovarialcancer

### Vurdering av dokumentasjon

- Bare 7 studier har inkludert flere enn hundre pasienter<sup>3,4,11,12</sup> (IIB)
- Det finnes ingen randomiserte studier av behandling av tubecancer, pasientene inngår i randomiserte studier for ovarialcancer

## Referanser

1. Stewart SL, Wike J, Foster SL, Michaud F. The incidence of primary fallopian tube cancer in the United States. *Gynecol Oncol* 2007; 107: 392-7.
2. Brose MS, Rebbeck TR, Calzone KA, Stopfer JE, Nathanson KL, Weber BL. Cancer risk estimates for BRCA1 mutation carriers identified in a risk evaluation program. *J Natl Cancer Inst* 2002; 94: 1365-72.
3. Baekelandt M, Nesbakken AJ, Kristensen GB, Tropé CG, Abeler VA. Carcinoma of the fallopian tube. Clinicopathologic study of 151 patients treated at The Norwegian Radium Hospital. *Cancer* 2000; 89: 2076-84. [PubMed](#)
4. Peters WA III, Andersen W, Hopkins M, Kumar NB, Morley GW. Prognostic features of carcinoma of the fallopian tube. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 757-62. [PubMed](#)
5. Jordan SJ, Green AC, Whiteman DC, Moore SP, Bain CJ, Gertig DM, Webb PM. Serous ovarian, fallopian tube and primary peritoneal cancers: A comparative epidemiological analysis. *Int J Cancer* 2008; 122: 1598-603.
6. Baekelandt M, Kockx M, Wesling F, Gerris J. Primary adenocarcinoma of the fallopian tube. Review of the literature. *Int J Gynecol Cancer* 1993; 3: 65-71. [PubMed](#)
7. Takashina T, Ito E, Kudo R. Cytologic diagnosis of primary tubal cancer. *Acta Cytologica* 1973; 29: 367-72. [PubMed](#)
8. Nikrui N, Duska R. Fallopian tube carcinoma. *Surg Oncol Clin North Am* 1998; 7:363-72. [PubMed](#)
9. Tamimi H, Figge D. Adenocarcinoma of the uterine tube: potential for lymph node metastasis. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 141: 132-7. [PubMed](#)
10. Heintz APM, Odicino F, Maisonneuve P, Quinn MA, Benedet JL, Creasman WT, Ngan HYS, Pecorelli S, Beller U. Carcinoma of the Fallopian Tube. FIGO Annual Report, Vol. 26. *Int J Gynecol Obstet* 2006; volume 95, supplement 1.
11. Alvarado-Cabrero I, Young R, Vamvakas E, Scully RE. Carcinoma of the fallopian tube: a clinicopathological study of 105 cases with observations on staging and prognostic factors. *Gynecol Oncol* 1999; 72: 367-79. [PubMed](#)
12. Rosen A, Ausch C, Hafner E, Klein M, Lahousen M, Graf AH, et al. A 15-year overview of management and prognosis in primary fallopian tube carcinoma. *Eur J Cancer* 1998; 34: 1725-9. [PubMed](#)