

گزارش یک مورد سرطان سنگفرشی اولیه پروستات

دکتر توفیق جواد زاده*، دکتر محسن نوروزیان**

* دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی شهید مدرس، بخش پاتولوژی
** دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی امام حسین (ع)، بخش پاتولوژی

خلاصه

اسکواموس سل کارسینومای اولیه پروستات تومور فوق العاده نادری می‌باشد که هیستوپاتولوژی آن هنوز مورد بحث است. این تومور ۵/۰ تا ۱ درصد تومورهای بدخیم پروستات را شامل می‌شود. در اکثر موارد، متاپلازی شدید و آتیپیک غدد پروستات ممکن است منظره شبیه به این تومور ایجاد کند.

بیمار مورد بحث آقای ۶۶ ساله‌ای است که به خاطر سوزش و تکرار ادرار به پزشک مراجعه می‌نماید. در معاینه‌های اولیه با توجه به وجود علائم تومور پروستات آزمایشات PSA و PAP برای بیمار انجام می‌گیرد. مقدار PSA بیمار قدری بالا و PAP طبیعی بود. پس از اقدامات لازم، بیمار تحت عمل TURP قرار گرفت و نمونه جراحی پروستات بیانگر کارسینوم با سلولهای سنگفرشی می‌باشد. برای اثبات منشأ سنگفرشی بودن تومور، رنگ آمیزی سیتوکراتین (Immunohistochemistry) به کار رفت که این تشخیص را تایید می‌نمود.

بررسی‌های به عمل آمده هیچ منشأ اولیه دیگری را که دال بر ثانویه بودن تومور مذکور در پروستات باشد، نشان نداد.

واژگان کلیدی: اسکواموس سل کارسینوم، پروستات، PSA، PAP، سیتوکراتین

مقدمه

است. البته این بدخیمی به طور مشخص از نظر علائم بالینی، هیستوپاتولوژی، درمان و پیش آگهی با آدنوکارسینوماهای شایع پروستات متفاوت می‌باشد (۲). تعدادی از محققان منشأ آن را از اورتلیوم اورترای پروستاتیک، برخی دیگر، اپیتلیوم ترانزیشنالی مجاری پری اورترال و بالاخره عده‌ای، Reserve cell سلولهای پایه می‌دانند (۱، ۲).

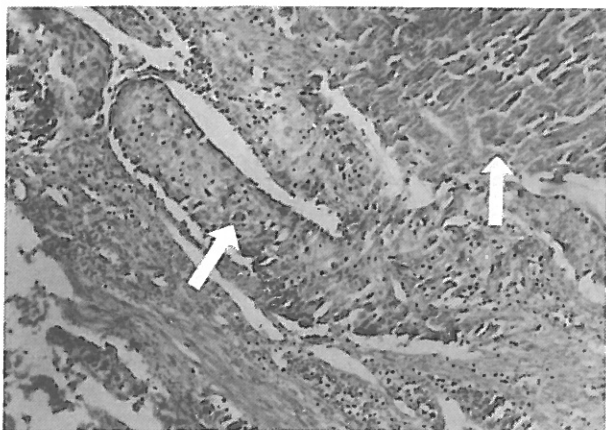
معرفی بیمار

بیمار مردی ۶۶ ساله اهل میانه با شکایت از سوزش و تکرار ادرار به مدت ۶ ماه به یکی از بیمارستانهای تهران مراجعه می‌کند. معاینه‌های بالینی به عمل آمده بدین قرار می‌باشند: در توشه رکتال اندازه پروستات طبیعی و قوام سفت و ندولی نداشت. در بررسی اعضای داخل شکم

سرطان سنگفرشی (SCC) پروستات بسیار نادر می‌باشد به گونه‌ای که فقط نیم تا یک درصد از کل بدخیمی‌های پروستات را تشکیل می‌دهد. برای اولین بار Altenahr و Kastendick این نوع سرطان را توصیف کرده‌اند. آنها معتقد بودند که SCC پروستات حاصل یک متاپلازی در تومورهای دیگر از قبیل آدنوکارسینوما است. این نظریه تا هنگامی که Mott معیار تشخیصی خود را در سال ۱۹۷۹ توضیح داد، به قوت خود باقی ماند. Mott دو مورد SCC پروستات را در مقالات خود شرح داد. یکی دیگر از محققان در ۶۰۰ مورد اتوپسی در افرادی که در اثر سرطان پروستات فوت کرده بوده‌اند، ۱۳ مورد SCC گزارش کرد (۱).

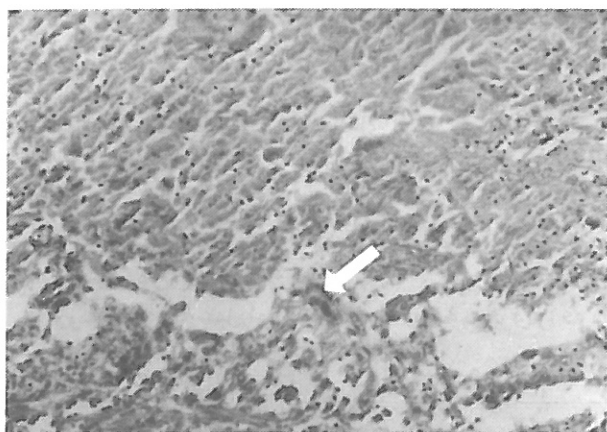
تشخیص این نوع سرطان و اثبات آن کاری مشکل

نکته عمده‌ای به چشم نخورد. اندازه و قوام غدد لنفاوی Inguinal طبیعی بودند. در سیستوسکوپی مثانه نکته خاصی مشاهده نگردید. مجاری ادرار طبیعی بود. در آزمایش‌های پاراکلینیک، X-Ray قفسه سینه طبیعی و سونوگرافی از شکم و لگن نکته خاصی را نشان نمی‌داد. مقدار اسید فسفاتاز تام خون U/l ۸ (حد طبیعی ۱۳/۵ - ۴/۸) و بخش پروستاتیک آن U/l ۲/۳ (حد طبیعی تا ۳/۷)، مقدار PSA، ۱۲ ng/ml (حد طبیعی تا ۱۰)؛ تعداد گلبول‌های سفید در ادرار HPF / ۷ - ۸، تعداد گلبول‌های قرمز در ادرار HPF / ۴ - ۳ و بقیه موارد آزمایش ادرار طبیعی بودند.



شکل ۱ - مناطق متعدد با خون‌ریزی و نکروز در بیمار مورد بررسی مبتلا به SCC (×۱۰)

بیمار به دنبال بررسی‌های مذکور با احتمال تومور پروستات تحت عمل TURP قرار گرفت و بافت‌های حاصل جهت بررسی به پاتولوژی ارسال گردید. پاتولوژی ماکروسکوپی - نمونه ارسالی شامل قطعات نامنظم خاکستری - صورتی به ابعاد ۵ × ۴ × ۳ cm می‌باشد که دارای مناطقی با خون‌ریزی و نکروز بوده است.



شکل ۲ - مناطق متعدد با خون‌ریزی و نکروز در بیمار مورد بررسی مبتلا به SCC (×۴۰)

پاتولوژی میکروسکوپی - در بررسی‌های میکروسکوپی ضایعه توموری به چشم می‌خورد که در آن غدد پروستات جابه‌جا محفوظ مانده‌اند و توده‌های سلولهای بدخیم با تمایز اسکواموس و مناطق دیسکراتوز وجود دارند. این سلولها در حال ساختن کراتین می‌باشند. مناطق متعددی با خون‌ریزی و نکروز مشاهده می‌گردد (شکل‌های ۱ و ۲). برای اثبات منشأ سنگفرشی برای این تومور رنگ‌آمیزی سیتوکراتین انجام گرفت که در آن توده‌های سلولهای توموری با تمایز اسکواموس به رنگ آجری و در حال ساختن کراتین ملاحظه شدند.

بیمار پس از TURP برای ادامه درمان به بخش اونکولوژی معرفی گردید و تا زمان تحریر این مقاله مراجعه دیگری نداشته است.

بحث

بیشتر سرطانهای پروستات از آسینی‌ها منشأ می‌گیرند و بدخیمی‌هایی که از مجاری پروستات سرچشمه می‌گیرند، تنها ۵ - ۳ درصد از بدخیمی‌های این عضو را تشکیل می‌دهند. گستره تغییراتی که منجر به نئوپلازی‌های داکتال

می‌شوند به ترتیب شامل: آتیپی اپیلیوم، هیپرپلازی، کارسینوم درجا، کارسینوم پاپیلاری و کارسینوم مهاجم می‌باشند (۳).

کارسینوم مجرای که توسط Catalonia و همکارانش شرح داده شدند (۳)، شامل ۴ گروه می‌باشند:

۱ - کارسینوم سلول ترانزیشنال (شامل SCC هم می‌گردد).

۲ - آدنوکارسینوم اینتراداکتال

۳ - کارسینوم اندومتروئید

۴ - Mixed ductal carcinoma یا آدنواسکواموس

کارسینوما

متاستازهای SCC پروستات استئوکلاستیک هستند. همان گونه که ذکر گردید در مورد هیستوژنز SCC پروستات هنوز بحث وجود دارد (۱،۲). سلولهای استوانه‌ای آسینی‌ها نیز ممکن است منشا SCC باشند، زیرا قدرت تمایز سنگفرشی را دارند، بسیاری از گزارشها در مورد کارسینومهای آدنواسکواموس یا Mixed نشان داده که موارد زیادی از آدنوکارسینوماهای پروستات به خصوص بعد از پرتو درمانی یا هورمون درمانی می‌توانند دارای مناطقی از بافت اسکواموس شوند (۲).

بررسی‌های ایمنو‌هیستوشیمیایی در SCC پروستات شامل اندازه‌گیری (PSA، Epithelial membrane، EMA (CK, antigen) (سیتوکراتین) و PACP (اسیدفسفاتاز پروستاتیک) می‌باشند. در بسیاری از موارد متاپلازی اسکواموس بالا است، در حالی که PSA معمولاً طبیعی می‌باشد ولی با این وجود، در مواردی که PSA هم بالا است، احتمالاً از غدد اطراف کانونهای نئوپلاستیک منشا می‌گیرد. این یافته پیشنهاد می‌کند که هرگاه ایتلیوم غددی در پروستاتی که دچار نئوپلاسم می‌شود، وجود داشته باشد، PSA بالا است ولی این توانایی در سلولهای متاپلاستیک و نئوپلاستیک با تمایز اسکواموس وجود ندارد. در بیمار مورد نظر ما مقدار PSA مختصری بالا هست که می‌تواند به خاطر منشا اسکواموس خالص در این تومور باشد. EMA و CK می‌توانند هم در متاپلازی و هم در سرطان اسکواموس مثبت باشد (۵). رنگ‌آمیزی سیتوکراتین در بیمار ما هم مثبت بود. از نظر پیش‌آگهی باید گفت این نوع سرطان دارای پیش‌آگهی به مراتب بدتری نسبت به آدنوکارسینوم می‌باشد. SCC بسیار مهاجم بوده و به سرعت به غدد لنفاوی و ریه متاستازهای ندولی و به استخوانهای متاستازهای استئولیتیک می‌دهد (۳). گاهی حتی ممکن است بیماران قبل از تشخیص SCC پروستات از بین بروند (۱).

متاسفانه، روشهای درمانی که در آدنوکارسینوم پروستات موثر هستند (پرتو درمانی و شیمی درمانی با ترکیبات آندروژنی) بر روی SCC پروستات هیچ تاثیری ندارند که این خود می‌تواند نشان‌دهنده منشا متفاوت این دو تومور باشد (۲). روشهای جراحی

یکی دیگر از محققان در سال ۱۹۷۹، SCC پروستات را نوعی از کارسینوم سلول ترانزیشنال توصیف کرد که دچار تغییرات متاپلاستیک شده است. این تومورها که از مجاری مرکزی پروستات منشا می‌گیرند، همگی دارای علائم بالینی مشترکی می‌باشند (۳).

SCC پروستات را به خاطر نادر بودن آن باید از متاپلازی اسکواموس که به طور شایعی در اطراف انفارکت‌های پروستات، پروستاتیت مزمن، استروژن درمانی یا پرتو درمانی به وجود می‌آید، افتراق داد.

برای افتراق و تشخیص صحیح SCC پروستات می‌توان از معیارهای خاصی استفاده کرد که عبارتند از:

۱ - نئوپلاسم بدخیم که به صورت ماکروسکوپی، مهاجم و به شکل میکروسکوپی دارای آناپلازی سلولی می‌باشد.

۲ - نمای اسکواموسی که با کراتینیزاسیون و Pearls اسکواموس و Intercellular bridge همراه است.

۳ - فقدان تمایز غددی در سلولهای بدخیم

۴ - عدم وجود سابقه استروژن درمانی

۵ - عدم وجود SCC در اعضای دیگر به خصوص در مثانه

در زمینه بیمار مورد بحث ما همه این معیارها صادق بودند، یعنی همان طور که در تصویرها مشخص است نمای میکروسکوپی تومور شامل سلولهایی با تمایز اسکواموس و کراتینیزاسیون و فقدان تمایز غددی در آنها است و بیمار سابقه استروژن درمانی و SCC در اعضای دیگر بدن را ندارد.

از نقطه نظر بالینی، افتراق آدنوکارسینوم از SCC پروستات مشکل می‌باشد. تظاهرات معمول شامل انسداد اورترای پروستاتیک، دیزوری، هماچوری و علائم متاستاز استخوانی در یک مرد سالخورده است.

به علت مرکزی بودن این تومور در پروستات، در توشه رکتال معمولاً نکته پاتولوژیک یافت نمی‌شود (۴). بیمار معرفی گردیده از علائم مذکور، دیزوری را داشت و در توشه رکتال نیز توده قابل لمس به چشم نمی‌خورد.

از لحاظ پرتوشناسی، متاستازهای آدنوکارسینوماهای پروستات اغلب استئوپلاستیک می‌باشند، در صورتی که

شامل جراحی رادیکال پروستات، مثانه و حتی پنیس، اسکروتوم و احشا درگیر لگن و شکم است (۳). روشهای شیمی درمانی شامل استفاه از سیس پلاتین و Pepleomycine (CDDP) هستند (۱۶).

نقش کتوکونازول در مهار رشد این تومور مورد توجه قرار گرفته است که اثر آن رادر کاهش تولید استروئیدهای آدرنال و کاهش وزن تومور می دانند (۷). درمان متاستازهای این تومور با آدریامایسین انجام می گیرد.

References:

- 1 . Silverberg SG. Principles & practice of surgical pathology. 3rd ed. Vol 2. New york: Churchill - Livingstone; 1994: 1612.
- 2 . Sarama DP, Weilbaecher TG, Moon TD. Squamous cell carcinoma of prostate. J Urol. 1991; 37: 260 - 262.
- 3 . Catalona WJ, Scott WW. Campble 's textbook of urology. 5th ed. vol 2. Philadelphia: WB Saunders; 1986: 472 - 473.
- 4 . Rosai J. Ackerman 's surgical pathology. 7th ed. Vol 2. St Louis: CV Mosby; 1989: 993 - 995.
- 5 . Lager DS, Geeke JA, Kemp JD, Rebinso RA. Squamous metaplasia of prostate. An immunohistochemical study. Am J Clin Pathol. 1988; 90: 507 - 601.
- 6 . Kuwahara M, Matsushita K. Primary squamous cell carcinoma of the prostate: A case report. J Hinyokika Kiyo. 1993; 39: 77 - 80.
- 7 . Masubuchi Y, Watanabe M. Ketoconazole inhibits the growth of prostate squamous carcinoma. Nippon Yakurigaku Zasshi. 1991; 98: 283 - 292.

Presentation of the first case of bladder aspiration in a fetus with occlusive uropathy in Shaheed Akbarabadi hospital

Amini, A.¹, Zanozi, F.², Larijani, T.²

1. Department of Obstetrics and Gynecology, Shaheed Akbarabadi Hospital, Iran Univ. of Med. Sci.
2. Department of Radiology, Shaheed Akbarabadi Hospital, Iran Univ. of Med. Sci.

Considering the significance of in time diagnosis of fetal occlusive uropathy and with regard to successful reports on intrauterine treatment of this condition in other countries, in this study one such case was examined in Shaheed Akbarabadi hospital.

The patient was a 18 years woman and his husband was her relative with a family history of Prune-belly syndrome. At 24th week of pregnancy, the presence of occlusive uropathy was verified by sonography and bladder aspiration was done every two weeks for three times.

Fetal bladder aspiration by the aid of sonography was performed easily and no complication like bleeding, infection and trauma was observed.

Therefore with regard to the success of this report and other similar reports in other countries, it is recommended to perform intrauterine treating strategies in clinical centers for fetal diseases.

Keywords: Occlusive Uropathy, Intrauterine treatment, Sonography, Prune-belly Syndrome

A case report of primary squamous cell cancer of prostate

Javadzadeh, T.¹, Noroozian, M.²

1. Department of Pathology, Shaheed Modarres Hospital, Shaheed Beheshti Univ. of Med. Sci.
2. Department of Pathology, Imam Hossein Hospital, Shaheed Beheshti Univ. of Med. Sci.

The primary squamous cell carcinoma of prostate is a rare tumor that its histogenesis has not been clearly identified. This tumor comprises 0.5 to 1% of malignant tumors of prostate. In most cases, there exists a severe and atypical metaplasia.

The case was a 66 years man that admitted for increased frequency of urination and a burning sensation. In initial examinations, because of the existence of signs for prostate tumor, the tests PSA and PAP were done for the patient. The PSA level was to some extent high and the PAP level was normal. After performing the necessary procedures, the patient underwent TURP operation and through studying the tissue samples stained with cytochrome (immunohistochemistry), the presence of squamous cell carcinoma was verified.

The results of examinations showed that there is no primary focus in other sites for this tumor.

Keywords: Squamous Cell Carcinoma, Prostate, PSA, PAP, Cytochrome