

Prostatın Sarkomatoid Diferansiyasyon Gösteren Primer Transizyonel Hücreli Karsinomu: Olgu Sunumu

Fatih KURTULUŞ, Şener KARACA, Yılmaz SALMAN, Adem FAZLIOĞLU,
Zafer TANDOĞDU, Mete CEK

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, İSTANBUL

ÖZET

Transizyonel hücreli karsinomun prostatta izlenmesi genellikle mesaneden yayılım yolu ile olmaktadır. Prostat kaynaklı primer transizyonel hücreli karsinom oldukça nadir ve kötü bir prognozu olan bir hastalıktır. Biz, bu yazımızda oldukça dramatik seyreden prostat kaynaklı bir primer transizyonel hücreli karsinom vakası sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Transizyonel hücreli karsinom, prostat, tedavi

Primary Transitional Cell Carcinoma of the Prostate Showing Sarcomatoid Differentiation: Case Report

SUMMARY

Transitional cell carcinoma of the prostate is usually seen after the bladder cancer dissemination. Primary transitional cell carcinoma of the prostate is a very rare seen entity with a very bad prognosis. In this paper we are presenting a primary transitional prostate cancer patient which has had a very dramatic progress.

Key Words: Transitional cell carcinoma, prostate, treatment

GİRİŞ

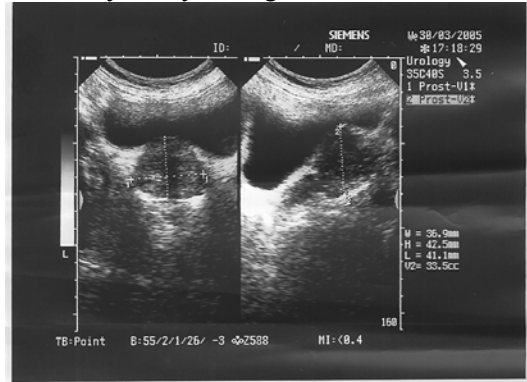
Mesanede görülen karsinomların büyük bir kısmını oluşturan transizyonel hücreli karsinom tüm prostat kanserlerinin yaklaşık %1-4'ünü oluşturmaktadır (1). Hastalığın oldukça nadir görülmesine bağlı olarak seyri ve tedavisiyle ilgili hala net veriler mevcut değildir. Primer prostat transizyonel hücreli karsinomlar, mesane boynuna ve çevre yumuşak dokuya hızlı yayılma eğilimi gösterip hastaların %50'sinde fazlası T3 ya da T4 evresinde bulunur. Primer transizyonel hücreli prostat karsinomu genellikle klasik alt üriner semptomları ile kendini gösterir ve teşhis ancak transüretal rezeksiyon materyalinin doğru patolojik değerlendirilmesi ile konur.

Biz, oldukça kötü prognoza sahip bu nadir kanser türünün görüldüğü, klinik seyir, teşhis ve tedavi aşamalarıyla farklı bir vaka sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

79 yaşında erkek hasta makroskopik hematurisi ve prostatizm şikayetleri ile

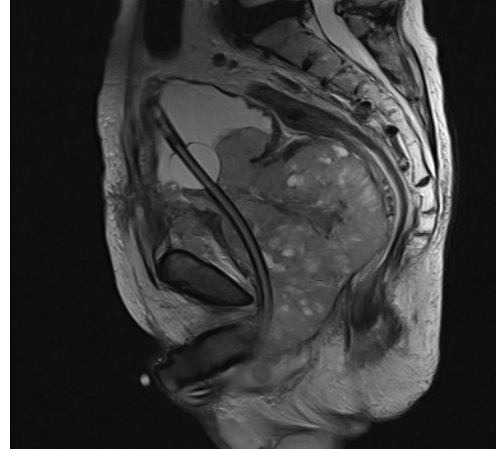
kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde DM ve HT olan hastanın semptom skoru (1991 yılında Paris'te yapılan Uluslararası Ortak Karar Konferansı'nda -International Consensus Conference- önerilen hastaların yakınmalarını değerlendirme skorlaması-IPSS)20 idi. Parmakla rektal incelemede prostat adenom kıvamında ve düzenliydi. Serum prostat spesifik antijen (PSA) 0,591ng/ml olarak ölçüldü. Kan sayımı ve serum biyokimyası değerleri normaldi



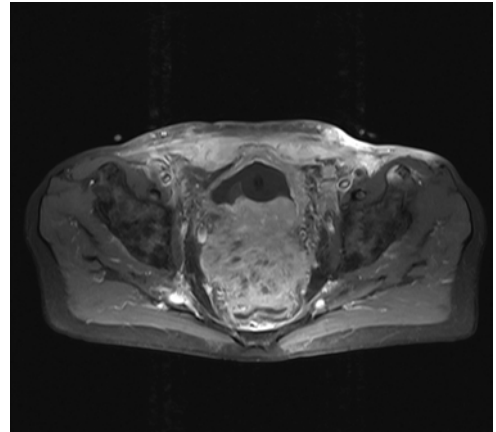
Resim 1: Operasyon öncesi yapılan üriner USG'de prostat büyüklüğü 33,5 cc ölçülmüş olup mesane ve üst üriner sistem doğal izlendi.

Üriner USG'de prostat volümü 33,5 cc olarak ölçüldü (Resim I) ve üst üriner sisteme ait patoloji izlenmedi. Aynı şekilde intravenöz pyelografide de üriner sistem patolojisine rastlanmadı. Tüm batın spiral BT'de prostat volümü: 41x48x40 mm olarak ölçüldü. Operasyon öncesi uygulanan idrar sitolojisi ve sistoskopi bulgularında bir anormalliğe rastlanmadı. Hastaya transüretal prostat rezeksiyonu yapıldı. Cerrahi şifa ile eksterne edilen hastanın transüretal rezeksiyon materyali patolojisi adenomiyomatöz hiperplazi olarak geldi. Taburcu olduktan sonra 2. haftada glob vezikale gelişen hastaya üretral kateter takıldı. 1 hafta sonra sondası çekilen hastada tekrar retansiyon gelişimi üzerine 2. kez kateter uygulaması yapıldı. Hastaya yapılan TUR-P sonrası kısa bir sürede böyle büyük bir prostat volümü ile karşılaşılması ve tekrar eden retansiyonları nedeniyle sistoskopi planlanarak servisimize yatırıldı. Sistoskopi'de prostat lojunu dolduran organize hematoma ile karşılaşıldı, mesane doğal izlendi. Hematomun rezeksiyon ile temizlenememesi üzerine açık cerrahi metod ile lojdaki hematoma boşaltıldı. Post-op 6. günde cerrahi şifa ile taburcu edilen hastanın patoloji sonucu yaygın sarkamatoid diferansiyasyon gösteren high grade ürotelyal karsinom geldi. Bunun üzerine eski transüretal rezeksiyon patolojisi tekrar incelettilerle tanı kesinleştirildi.

Post-op üretral hemorajisi oluşan hastaya çekilen tüm batın MRI (Resim II ve Resim III) değerlendirmesinde prostat lojunda 13x10x7,7 cm boyutlarında düzensiz sınırlı mesane tabanına infiltrate heterojen kontrast tutulumu gösteren, posteriorda rektuma bası oluşturan ve rektum ile arasındaki yağlı planlarda silinmeye neden olan, iskiorektal yağlı planlara infiltrate, bilateral seminal veziküllere infiltrasyon gösteren kitle ile karşılaşıldı. Suprapubik ve inguinal en büyüğü 25 mm'ye ulaşan lenfadenomegali ve yumuşak doku lezyonları görüldü. Hasta ilk operasyonundan 3 ay sonra solunum arresti ile ex oldu.



Resim II: Operasyon sonrası tüm batın MRI'da prostatik loju dolduran mesane tabanına doğru uzanan kitle görünümü izlenmektedir.



Resim III: Operasyon sonrası tüm batın MRI

TARTIŞMA

Prostatın transizyonel hücreli karsinomu 3 kategoride toplanabilir (1). Bunlardan birincisi genellikle yüksek gradeli mesane tümörlerinde direk yayılım yoludur. İkincisi ise üriner sistemin herhangi bir yerinden kaynaklanıp posterior üretraya implantasyon sonrası meydana gelen tümörlerdir. Bizim yazımızda söz ettiğimiz durum ise prostat duktuslarında ortaya çıkan primer karsinomdur. Primer prostatik transizyonel hücreli karsinom teşhisi ekstraprostatik transizyonel hücreli karsinom varlığı ekarte edildikten sonra doğrulanabilir. Periüretral glandlar ve prostat duktusları, zamanla transizyonel epitele dönüşen kolumnar epitel ile döşelidir. Bazı yazarlar primer transizyonel hücreli karsinomun bu bölgeden origin aldıklarını ileri sürmektedir (2). Karpas ve Moungis ise bazal membran ve ductus luminal epitelyum arasındaki rezerve

hücrelerinin bu kanser öncülük ettiği sonucuna varmışlardır (3). Primer transizyonel hücreli prostat kanserli hastalar hematüri, obstruktif ve/veya iritativ semptomlar ile başvururlar. Karakteristik olarak iğne biyopsisi negatiftir ve transuretral rezeksiyon doğru teşhise götürür (4,5). Bizim olgumuzda makroskobik kanama ile başvuran hastanın transuretral rezeksiyon patalojisi adenomiyomatöz hiperplazi lehine gelmiştir. Cerrahi sonrası gelişen prostatik loj hematomunun açık prostatektomi ile tedavisi sonrası elde edilen patolojisinde sarkamatoid dejenerasyon gösteren prostat transizyonel hücreli karsinom teşhisi konmuştur. Eski patoloji lamaları tekrar incelendiğinde teşhis doğrulanmıştır.

Primer prostat transizyonel hücreli karsinomu oldukça nadir bir hastalık olduğundan tedavisi ile ilgili bir fikir birliği yoktur. Ancak erken lokalize olgularda radikal sistoprostatektominin en uzun sağkalım sağladığı öne sürülmüştür (5). Bizim vakamız insidental olarak tesbit edilmiş olup çok hızlı seyretmiş ve hastanın sağkalımı 3 ay olmuştur. Benzer bir başka olguda TUR-P sonrası teşhis edilen primer transizyonel hücreli karsinomda 16 ay sağkalım bildirilmiştir (1). (Bu olgunun yayın yapıldığında hastanın hala hayatta olduğu belirtilmiş) Bu vakada başvuru şikayetleri benzer olup TUR-P sonrası patolojik tanı konulmuş ve radikal prostatektomi planlanmış fakat hastanın genel sağlık durumu elvermediği ve hastanın rızası olmadığı için operasyon uygulanamadığı belirtilmiştir. Pek çok serilerde ortalama sağkalım prostatektomi veya sistoprostatektomiye rağmen 3 yılın altında bildirilmiştir (4,6,7).

Sonuç olarak, primer transizyonel hücreli prostat karsinomu çok kötü prognoza sahip nadir bir kanser türüdür. Tümör sarkamatoid dejenerasyon gösterip hızla lokal invazyon ve erken nodal, pulmoner ve kemik yayılımı gösterebilmektedir. Transuretral rezeksiyon sonrası doğru bir patolojik değerlendirme teşhis için oldukça değerlidir. Patolojik değerlendirme özellikle undiferansiye prostat kanserleri açısından zor olduğundan şüpheli durumlarda immünohistokimyasal analizler gerekli olabilir. Hastalık ile ilgili

kesin tedavi yöntemi tanımlanamamıştır fakat erken tanı ve bunu izleyen radikal tedavi sonrası hastalık kontrol altına alınıp sağkalımın uzatılabileceği belirtilmiştir⁸.

Yazışma adresi: Fatih Kurtuluş

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Üroloji Kliniği, İSTANBUL Tel: 0212

2524300-1504

fokurtulus@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Tan MO, Tuncel A, Deniz N, Uzcum N, Dursun A, Bozkirli I: Case report: Incidental primary transitional cell carcinoma of the prostate treated with transurethral prostatectomy only. *Tumori* 89:440-442, 2003
2. Ende N, Woods LP, Shelley MS: Carcinoma originating in ducts surrounding the prostatic urethra. *Am J Clin Pathol*, 40:183-186, 1963
3. Karpas CM, Moumgis B: Primary transitional cell carcinoma of prostate gland: Possible pathogenesis and relationship to reserve cell hyperplasia of prostatic periurethral ducts. *J Urol*, 101:201, 1969
4. Greene LF, O'Dea MJ, Dockerty MB: Primary transitional cell carcinoma of prostate. *J Urol*, 116:761-763, 1976
5. Sawczuk I, Tannenbaum M, Olsson CA, White RD: Primary transitional cell carcinoma of prostatic periurethral ducts. *Urology*, 25:339-343, 1985
6. Queipo Zaragoza JA, Budia Alba A, Perez Ebri M, et al. Primary transitional cell carcinoma of the prostatic ducts. *Actas Urol Esp*, 24:406-412, 2000
7. Rubenstein AB, Rubnitz ME. Transitional cell carcinoma of the prostate. *Cancer* 24:543-546, 1969
8. Palou J, Baniel J, Klotz L, et al. Urothelial carcinoma of the prostate. *Urology Jan*;69: 50-61, 2007