

Prostatın Primer Transizyonel Hücreli Karsinomu

Primary Transitional Cell Carcinoma of the Prostate

Akif TÜRK, Kadir DEMİR, Hasan ASLAN, Osman ÇELİK, Mehmet Kutlu DEMİRKOL, Aydın ÖZGÜL

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Özet

Transizyonel hücreli karsinomun prostatta görülmesi sıklıkla mesaneden direkt yayılımla olmaktadır. Prostat kaynaklı primer transizyonel hücreli karsinom oldukça nadir ama kötü prognozu olan bir hastalıktır. Bu yazıda, oldukça agresif seyreden prostat kaynaklı bir primer transizyonel hücreli karsinom olgusu sunuldu.

Anahtar sözcükler: Transizyonel hücreli karsinom; prostat; primer; tedavi.

Abstract

Transitional cell carcinoma of the prostate is usually seen after bladder cancer dissemination. Primary transitional cell carcinoma of the prostate is a rare entity with a very poor prognosis. In this report, we present a primary transitional prostate cancer patient who had a very dramatic progression.

Key words: Transitional cell carcinoma; prostate; primary; treatment.

Giriş

Mesanede görülen karsinomların büyük bir kısmını transizyonel hücreli karsinom oluştururken, prostatta görülen tümörlerin ise yaklaşık %0.7-2.8'ini transizyonel hücreli karsinom oluşturmaktadır.^[1-3] Hastalık oldukça nadirdir ve buna bağlı olarak da klinik seyri ve tedavisiyle ilgili hala net veriler pek yoktur. Primer ya da sekonder transizyonel hücreli karsinomda tek başına en önemli prognostik ölçüt prostatik stromal invazyon varlığıdır. Prostatik stromal invazyon veya prostat sınırları dışına yayılım varlığında prognoz kötüdür.^[2-4] Primeri prostat olan transizyonel hücreli karsinomlar, mesane boynuna, rektum ve çevre yumuşak dokuya hızlı yayılma eğilimi gösterir. Primer transizyonel hücreli prostat karsinomu genellikle klasik alt üriner sistem (AÜS) semptomları verir ve tanısı ancak transüretal rezeksiyon materyalinin dikkatli patolojik değerlendirilmesi ile konur.

Biz bu çalışmada, oldukça kötü prognoza sahip, ender görülen, klinik seyri, tanı ve tedavisi hayli zor olan bu kanser türüyle ilgili bir olguyu sunuyoruz.

Olgu Sunumu

Otuz sekiz yaşındaki hastanın yaklaşık 1 ay önce makroskopik hematüri ve AÜS şikayetleri başlamış. Yapılan 6 kadran transrektal ultrason eşliğinde *tru-cut* biyopsi (TRUS-bx) sonucunda prostat adenokarsinomu tanısı konulmuş. Patolojisinde toplam skor 9 (5+4) olarak raporlanmış. Kemoterapi ve radyoterapi önerilen hasta bu haliyle kliniğimize başvurdu. Hastanın parmakla rektal muayenesi normaldi ve 18F Foley sondasından hematürik vasıfta idrar gelişi mevcuttu. Total PSA: 3.89 ng/ml olarak ölçüldü. Tüm karın kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde mesane doğal izlenirken, prostat parankim yapısı ileri derecede heterojen, konturları düzensiz idi, internal iliak ve obtura-

İletişim: Dr. Akif Türk.
Başbüyük Mevlana Sk., No: 20/6,
Maltepe, İstanbul
Tel: 0216 - 441 39 00 / 1801

Başvuru tarihi: 10.08.2010
Kabul tarihi: 26.04.2011
e-posta: akifasena@mynet.com

tor zincirde multipl 1 cm çaplarında lenf nodları mevcuttu. Hastanın TRUS-bx piyesleri istenilerek hastanemiz patoloji kliniğine konsülte edildi. Yapılan değerlendirmede PSA boyası: (-) transizyonel hücreli karsinom olarak raporlandı. Bunun üzerine hastaya sistoüretroskopi yapıldı. Üretroskopisi ve sistoskopisi doğal olan hastanın mesane tüm duvarlarından ve prostat-tan multipl transüretal rezeksiyon (TUR) ile biyopsiler alındı. Mesaneden alınan biyopsiler nonspefisik enflamasyon ile uyumlu, prostat-tan alınanlar ise transizyonel hücreli karsinom olarak geldi. Bunun üzerine hastaya radikal sistoprostatektomi, ürektomi, bilateral iliak-obturator lenf nodu diseksiyonu ve ileal loop üriner diversiyon operasyonu uygulandı.

Cerrahi materyalin patolojik incelemesinde tümör prostatın her iki lobunu ve prostatın tüm katlarını tutmuş, prostatik üretrayı ve komşu mesane duvarını invaze etmiş, sağda iliyak lenf nodlarına metastaz yapmış transizyonel hücreli karsinom (T4N1)^[2] olarak raporlandı. Hasta onkoloji kliniğine konsülte edildi ve hastaya M-VEC (metotreksat, vinblastin, epirubisin, sisplatin) tedavisi başlandı. Hasta ilk ameliyattan 5 ay sonra yaygın metatazlara bağlı solunum durması ile hayatını kaybetti.

Tartışma

Prostatın transizyonel hücreli karsinomu 3 sınıfa ayrılabilir.^[5] Bunlardan ilki genellikle yüksek gradeli mesane tümörlerinde direk yayılım yoludur. İkincisi ise üriner sistemin herhangi bir yerinden kaynaklanıp posterior üretraya implantasyon sonrası meydana gelen tümörlerdir. Bizim olgumuzda söz ettiğimiz üçüncü durum ise prostat duktuslarında ortaya çıkan primer prostat kaynaklı karsinomdur.

Periuretral glandlar ve prostat duktusları, zamanla transizyonel epitele dönüşen kolumnar epitel ile döşelidir. Bazı yazarlar primer transizyonel hücreli karsinomun bu bölgeden orijin aldıklarını ileri sürmektedir.^[2,6] Karpas ve Moumgis^[7] ise bazal membran ve duktus luminal epitelyum arasındaki rezerv hücrelerinin bu kansere öncülük ettiği sonucuna varmışlardır.

Primer prostatik transizyonel hücreli karsinom tanısı ancak ekstraprostatik transizyonel hücreli karsinom varlığı ekarte edildikten sonra doğrulanabilir. Primer transizyonel hücreli prostat kanserli hastalar hematüri, obstrüktif ve/veya iritativ belirtilerle başvururlar. Parmakla rektal muayenede birçok hastada anormallik bulunmasına karşılık, her zaman gözlenen bir bul-

gu değildir. PSA değeri değişkendir ve tanıda değeri sınırlıdır.^[1,2] Çoğunlukla iğne biyopsisi negatiftir ve transüretal rezeksiyon doğru tanıya götürür.^[2,3,8] Bizim olgumuzda makroskopik hematüri ile başvuran hastanın dış merkezde yapılan transrektal prostat biyopsisi prostat adenokarsinomu lehine pozitif. Patoloji preparatlarının tekrar değerlendirilmesinde prostatik transizyonel hücreli karsinom olarak gelmişti. Sistoskopisinde mesanede ve üretrada özellik yoktu. Yapılan TUR biyopsi ile primer odağın prostata ait olduğu kesinleştirilmişti.

Prostatın primer ürotelyal tümörlerinin ayrı bir evrelendirme sistemi vardır. Üretal mukoza, asini, duktal ve/veya stromal dokuların tutulumu evrelendirmedeki temel farkı oluşturmaktadır.^[2]

Primer prostat transizyonel hücreli karsinomu oldukça nadir bir hastalık olduğundan tedavisi ile ilgili bir konsensüs yoktur. Ancak erken lokalize olgularda radikal sistoprostatektominin en uzun sağkalım sağladığını öne sürenler vardır.^[3,9,10] Tutulumun tipine göre tedaviyi düzenlemek gerekmektedir. Prostatın kasa invaze olmayan ürotelyal kanserlerinde tartışma vardır. Daha sıklıkla konservatif intravezikal tedavilerle tedavi edilmektedir. Fakat stromal tutulum tespit edildiği an radikal cerrahi zorlanmalıdır.^[2] Bizim olgumuz ise dış merkezde prostat adenokarsinomu tanısı konarak tarafımıza refere edilmiş olup, hastalık çok hızlı seyretmiş ve hastanın sağkalımı radikal sistoprostatektomiye rağmen 5 ay olmuştur. Pek çok serilerde ortalama sağkalım prostatektomi veya sistoprostatektomiye rağmen 3 yılın altında bildirilmiştir.^[3,8,10]

Sonuç olarak, primer transizyonel hücreli prostat karsinomu çok kötü prognoza sahip nadir bir kanser türüdür. Tümör sarkomatoid dejenerasyon gösterip hızla lokal invazyon ve erken nodal, pulmoner ve kemik yayılımı gösterebilmektedir. Transüretal rezeksiyon sonrası doğru bir patolojik değerlendirme tanı için oldukça değerlidir. Patolojik değerlendirme özellikle indiferansiye 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 belirtilmiştir.^[11]

Kaynaklar

1. Mazzucchelli R, Lopez-Beltran A, Cheng L, Scarpelli M, Kirkali Z, Montironi R. Rare and unusual histological vari-

- ants of prostatic carcinoma: clinical significance. *BJU Int* 2008;102(10):1369-74.
2. Adsan Ö. Prostatin primer ürotelyal tümörlerinde tedavi yaklaşımları. *Üroonkoloji Bülteni* 2010;1:22-4.
 3. Epstein JI, Algaba F, Yang XJ. Tumours of the prostate. In: Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA, editors. *Tumours of the urinary system and male genital organs*. Chapter 3. Lyon: IARC Press; 2004. p. 160-208.
 4. Cheville JC, Dundore PA, Bostwick DG, Lieber MM, Batts KP, Sebo TJ, et al. Transitional cell carcinoma of the prostate: clinicopathologic study of 50 cases. *Cancer* 1998;82(4):703-7.
 5. Tan MO, Tuncel A, Deniz N, Uzcüm N, Dursun A, Bozkirli I. Case report: Incidental primary transitional cell carcinoma of the prostate treated with transurethral prostatectomy only. *Tumori* 2003;89(4):440-2.
 6. Ende N, Woods LP, Shelley HS. Carcinoma originating in ducts surrounding the prostatic urethra. *Am J Clin Pathol* 1963;40:183-9.
 7. 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* 1969;101(2):201-5.
 8. Greene LF, O'Dea MJ, Dockerty MB. Primary transitional cell carcinoma of the prostate. *J Urol* 1976;116(6):761-3.
 9. Sawczuk I, Tannenbaum M, Olsson CA, deVere White R. Primary transitional cell carcinoma of prostatic periurethral ducts. *Urology* 1985;25(4):339-43.
 10. Queipo Zaragoza JA, Budía Alba A, Pérez Ebrí M, Vera Donoso CD, Vera Sempere F, Jiménez Cruz JF. Primary transitional carcinoma of the prostatic ductus. *Actas Urol Esp* 2000;24(5):406-12.
 11. Palou J, Baniel J, Klotz L, Wood D, Cookson M, Lerner S, et al. Urothelial carcinoma of the prostate. *Urology* 2007;69:50-61.