



Prostatta endometrioid adenokarsinom

Endometrioid adenocarcinoma of the prostate

Damlanur SAKIZ *, Banu YILMAZ *, Aysim ÖZAĞARI *
Fevziye KABUKÇUOĞLU *, M.İhsan KARAMAN **

* Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Laboratuvarı

** Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Üroloji Kliniği

ÖZET

Prostat spesmenlerinin incelenmesinin artmasıyla prostat hipertrofisi nedeniyle operasyon uygulanan olgularda insidental karsinom yakalama oranı da artmıştır. Prostatın endometrioid adenokarsinomu ise prostat tümörleri arasında oldukça nadir görülen bir formdur. Benign prostat hipertrofisi nedeniyle opere edilen bir hastanın prostat spesmeninde insidental olarak endometrioid tip adenokarsinom tespit edildi. Tümör, immunhistokimyasal olarak prostat spesifik antijen (PSA) ile pozitif boyanma gösterdi. Daha önceden prostatın endometrioid karsinomunun Müllerian orijinli olduğu kabul edilmesine rağmen günümüzde pek çok çalışma bu karsinomun primer duktus kaynaklı olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Prostat, endometrioid adenokarsinom

SUMMARY

With the increased number of the prostate specimens submitted for pathologic examination, the detection of incidental prostatic carcinoma and the variety of lesions discovered in prostate tissue has widened. The endometrioid adenocarcinoma of prostate is very rare. An endometrioid adenocarcinoma is incidentally detected in a transvesical prostatectomy specimen. Immunohistochemically the tumor showed positive staining with PSA. In position to the earlier arguments suggesting the endometrioid carcinoma of the prostate as of Müllerian remnant origin, many studies indicate that it is actually an adenocarcinoma of primary duct origin.

Key Words: Prostate, endometrioid adenocarcinoma

GİRİŞ

Prostatı anatomik olarak periferik, santral, transizyonel ve periüretral olarak 4 bölgeye ayırabiliriz. Prostatın transizyonel ve periüretral bölgelerinden, daha sıklıkla nodüler hiperplazi gelişirken, periferik bölge inflamasyon ve karsinomların tercih ettiği bölgedir. Prostat karsinomlarının %98'i asinuslardan köken almaktadır (1, 2). Prostatın büyük (primer) duktuslardan gelişen adenokarsinomu, karsinomlar için nadir lokalizasyon olan periüretral bölgeden kaynaklanmasının yanısıra oldukça nadir oluşu nedeniyle de farklılık gösterir.

Prostatın, büyük (primer) duktus adenokarsinomlarının bir subtipi olan endometrioid adenokarsinomu, ilk kez 1967'de Melicow &

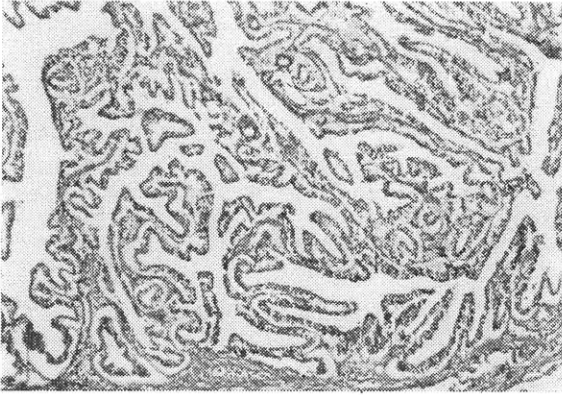
Pachter tanımlamıştır (3). Histolojik paterninin uterusun adenokarsinomu ile aynı olduğu kanısına varmışlar ve kadınlardaki uterus ve vaginanın homologue olan prostatik utrikuldan köken aldığını ileri sürmüşlerdir. Buna rağmen bu lezyonun histogenezisi hakkındaki tartışmalar devam etmektedir (4). Son zamanlarda yapılan çalışmalar histokimyasal ve ultrastrüktürel bulgularla birlikte değerlendirildiğinde prostatın büyük duktuslarından geliştiğini ortaya koymuştur (5-7).

OLGU SUNUMU

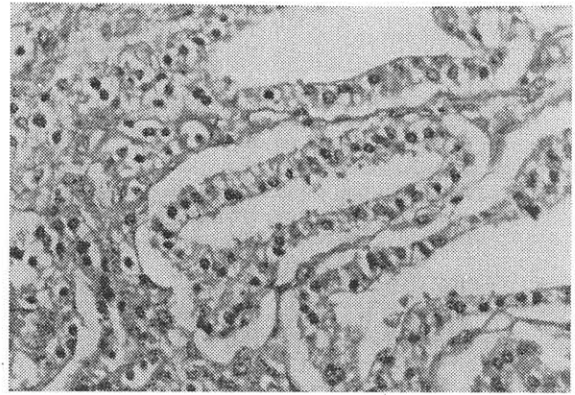
İdrar yapamama, idrar kaçırma ve idrarda çatalanma klinik şikayetleriyle Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Üroloji Kliniğine başvuran 68 yaşındaki hastanın yapılan muayenesinde rektal tuşede prostatın (++) adenom kıvamında olduğu tespit edildi. Serum PSA'sı 7,5 ng/ml olup yapılan ultrasonografide prostat ağırlığı 55 g olarak bulundu. Transrektal ultrasonografi eşliğinde alınan iğne biopsilerinin histopatolojik incelenmesi sonucu adenomyo-

Yazışma Adresi:

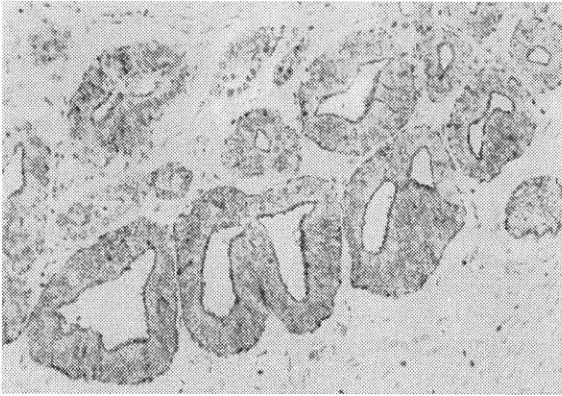
Dr. Damlanur SAKIZ
Ataköy 2. Kısım L-22 Blok D: 5 Bakırköy-İST.
Tel : (0212) 560 75 11- (0212) 231 22 09/1348
Faks: (0212) 234 11 21
E-mail: dsakiz@yahoo.com



Resim I: Tümörde belirgin papiller yapılanma (Hematoksilen Eozin, x100)



Resim II: Berrak sitoplazmalı tümör hücreleri (Hematoksilen Eozin, x 400)



Resim III: Tümör hücrelerinde belirgin PSA(+) boyanma (x 200)

matöz hiperplazi ve beraberinde kronik prostatit tanıları verildi. Hastanın laboratuvarımıza gönderilen transvezikal prostatektomi materyalinin makroskopik incelemesinde en büyüğü 4,5x3,5x3 cm, en küçüğü 2,5x2x0,8 cm boyutlarda gri-beyaz renkte, elastik kıvamda, kapsüllü görünümde 3 adet prostat dokusu izlendi. Dokulara kesit yapıldığında kanama alanları ve nodüler alanlar yanısıra bir alanda sarı-yeşil renkte, 0,5 cm çapında düzensiz sınırlı lezyon dikkati çekmekteydi. Lezyondan alınan örneklerin histopatolojik incelemesinde geniş alanda papiller, yer yer glandüler gelişim gösteren, sınırları düzensiz, çevre stroma içine infiltrasyon gösteren malign neoplastik oluşum izlendi (Resim I).

Tümör hücreleri lezyonun merkezi kısmında berrak sitoplazmalı, hiperkromatik nükleuslu olup periferik alanlarda ise tek sıralı, silindirik veya psödostratifiye nitelikte, nükleusları hücrelerin bazal kısmında yerleşmiş eozinofilik sitoplazmalı hücrelerden oluşmaktaydı (Resim II). Atipik hücrelerde mitoz sık görüldü. Tümöre komşu alanlardan hazırlanan doku kesitlerinde ise bezleri döşeyen epitelde bazal hücre hiperplazisi yanısıra geniş alanda skuamöz metaplazi ve değişici epitel hücre metaplazisi gösteren odaklar dikkati çekmekteydi. Bazı bez epitelinde ise sıralanma artışı, polarite kaybı, pleomorfizm ve nükleuslarda hafif irileşme mevcuttu. Prostat spesifik antijenle yapılan immunhistokimyasal çalışma sonucu tümör hücrelerinde pozitif boyanma saptandı (Resim III). Bu bulgularla olgu, Tip A endometrioid adenokarsinom olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Prostatın büyük duktus adenokarsinomlarında hastalar prostatın asiner adenokarsinomlarına benzeyen üriner obstrüksiyon ve hematüri semptomlarıyla başvurumaktadırlar. PSA seviyeleri sıklıkla normaldir, fakat yüksek de olabilir. Metastatik alanlar pelvik lenf nodları, kemik ve akciğerdir. Kemik metastazları genellikle osteoblastiktir, fakat litik-osteoblastik olmak üzere mikst de olabilir. Sunulan olguda serum PSA düzeyi hafif yüksekti.

Duktal adenokarsinomda iki histolojik gelişim paterni görülür (5). Tip A tek sıralıdan çok sıralıya değişen, yüksek kolumnar epitelle döşeli papiller gelişim paterni gösteren formdur. Tümör hücrelerinde nükleuslar bazalde yerleşmiştir, belirgin iri nükleol ve eozinofilik sitoplazma içerirler. Mitoz genellikle sıktır. Subnükleer vakuoller ve sekretuar aktivite genellikle gözlenmektedir. Tip A tümörler prostatik üretraya doğru gelişim gösterir veya santral yerleşmiş büyük duktuslar içindedir.

Tip B tümörlerde intraduktal papiller gelişim ile glandüler, solid ve komedokarsinomatöz patern birlikte. Tümör hücreleri Tip A tümörlerle aynı özelliktedir.

Mikroasiner karsinom, duktal adenokarsinoma eşlik edebilmektedir, fakat genellikle fokal ve düşük gradelidir. Sunulan olguya eşlik eden asiner karsinom saptanmamıştır. Epstein ve Woodruff'un bildirdiği 10 olgudan 5'inde papiller gelişim paterni gözlenmiş olup olgulardan birinde berrak sitoplazmalı subnükleer ve supranükleer vakuol içeren hücrelere rastlanmıştır (7). İncelediğimiz tümöral yapının merkezi kısmında berrak sitoplazmalı hücreler dikati çekmekte olup, periferik alanlarda ise eozinofilik sitoplazmalı, silindirik hücreler izlenmiştir. Çevre stromaya da infiltrasyon görülmüştür.

Literatür bilgilerinde, duktal adenokarsinomlarda PSA ve PAP için immunreaktivite görülmektedir (5-8). Her ne kadar PSA'nın (+) olması nedeniyle prostatik büyük duktuslardan köken aldığı görüşü kabul edilmiş ise de Stavropoulos ve ark. bu tümörde PSA ve Leu7 ile boyanma saptamamaları nedeniyle Müllerian kaynaklı olduğunu iddia etmişlerdir (4). Olgu-

muzda immunohistokimyasal olarak PSA ile pozitif boyanma saptanmıştır. Bu olgularda karsino embriyonik antijen pozitifliği olabilir fakat zayıf ve fokal olarak izlenebilmektedir.

Prostatik duktus adenokarsinomunun solid formu (Tip B paternde) üretranın papiller adenomu ve prostatik duktusun değişici epitel hücreli karsinomu ile karışabilir (5-7). İmmunohistokimyasal olarak PAP ve PSA (+)'liği gösteren prostatik duktus adenokarsinomunu bu nedenle bu tümörlerden ayırabiliriz (9).

Bazı duktal endometrioid karsinomlarda orta şiddetteki sellüler görünüm utrikulun benign papiller adenomunu andırabilir. Bu vakalarda klinikopatolojik korelasyon lezyonu tanımlamakta yardımcı olacaktır.

Bildirilen hastaların yaşı 50-86 arasında değişmektedir (ortalama 65 yaş). Diğer prostatik adenokarsinomlar gibi hormonal tedavi sonucu klinik semptomlarda hafifleme gözlenmesi de tümörün prostatik kökenini destekleyen bir unsurdur (5, 7).

Melicow ve arkadaşları bu tümörün düşük evreli olduğuna inanmaktadır ve genel prostat adenokarsinomlarından daha az agresif davranışlı olduğunu bildirmişlerdir (10).

Daha sonra bildirilen vakalarda da duktal adenokarsinomların santral periüretral lokalizasyonlarından ve erken semptomlarından dolayı düşük evreli oldukları belirtilmiştir (1, 2).

Son zamanlarda pek çok geniş seride yapılan çalışmalarda, tümörlerin önceden belirtilenden daha ileri evrede oldukları gösterilmiştir (11).

Sunulan olgu kardiak nedenlerden dolayı operasyondan 1 yıl sonra ex olmuştur.

KAYNAKLAR

1. Rosai J : Prostate and seminal vesicles. In: Ackerman's Surgical Pathology, 8th ed. St Louis, Mosby-Year Book, Inc. 1996 ; 1221-1256.
2. Petersen RO : Prostate and seminal vesicles. In : Urologic Pathology, 2nd ed. Philadelphia, JB Lippincott Company 1992 ; 575-651.
3. Melicow MM, Pachter MR : Endometrial carcinoma of prostatic utricle (uterus masculinus). Cancer 20 :1715-1722,1967.
4. Stavropoulos NE, Ioachim-Velogianni E, Sidoni K, Stefanou D, Klouvas G, Pavlidis N: Endometrioid carcinoma of the prostate. The diagnostic value of Leu7 and prostatic specific antigen. Br J Urol 71(3) : 309-312,1993.
5. Ro JY, Ayala AG, Wishnow K1 : Prostatic duct adenocarcinoma with endometrioid features : immunohistochemical and electron microscopic study. Semin Diagn Pathol 5: 301-311,1988.

6. Zaloudek C, Williams JW, Kempson RL : "Endometrial" adenocarcinoma of the prostate : a distinctive tumor of prostatic duct origin. *Cancer* 37 : 2255-2262,1976.
7. Epstein JI, Woodruff JM : Adenocarcinoma of the prostate with endometrioid features: a light microscopic and immunohistochemical study of ten cases. *Cancer* 57 : 111-119,1986.
8. Howell LP, Teplitz RL : Papillary carcinoma of prostatic ductal origin. A cytologic case report with immunohistochemical and quantitative DNA correlation. *Diagn Cytopathol* 5(2) : 211-216,1989.
9. Samaratunga H, Singh M : Distribution pattern of basal cells detected by cytokeratin 34 beta E12 in primary prostatic duct adenocarcinoma. *Am J Surg Pathol* 21(4): 435-440,1997.
10. Melicow MM, Tannenbaum M : Endometrial carcinoma of uterus masculinus (prostatic utricle). Report of 6 cases. *J Urol* 106 : 892-902,1971.
11. Brinker DA, Potter SR, Epstein JI : Ductal adenocarcinoma of the prostate diagnosed on needle biopsy. Correlation with clinical and radical prostatectomy findings and progression. *Am J Surg Pathol* 23(12): 1471-1479,1999.