مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره چهاردهم، شمارهٔ ۲، اسفند۱۳۹۰، صفحه ۹۴-۸۹

مقاله گزارش مورد

گزارش یک مورد متاستاز بیضه از کارسینومای پروستات

حمید شافی(MD)[1*]، مهرداد رفعتی رحیم زاده(MSc)[2]، بیژن پورداداش(MD)[3]، علیرضا فیروزجاهی(MD)[4]

۱- مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری حضرت فاطمه زهرا (س) دانشگاه علوم پزشکی بابل
۲- گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بابل
۳- آزمایشگاه (خصوصی)
۴- گروه پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۰/۷/۲۳، اصلاح: ۹۰/۸/۱۸، پذیرش: ۹۰/۱۱/۱۹

خلاصه

سابقه و هدف: بیضه ها یک محل نادر متاستاز سرطان پروستات می باشند که معمولا" بصورت اتوپسی ها یا بصورت تصادفی بعد از درمان ارکیدکتومی یافت می شوند. پیش آگهی برای بیماران خیلی بد است. بطور کلی، برای بیماران ارکیدکتومی دو طرفه انجام می شود. هدف از این گزارش معرفی یک مورد متاستاز بیضه از کارسینومای پروستات می باشد.

گزارش مورد: بیمار آقای ۷۵ ساله ای است که با علایم پروستاتیسم مراجعه نمود. در آزمایشات اولیه آنتی ژن سطحی پروستات بالا بود. برای بیمار تقاضای بیوپسی و اسکن هسته ای شد. پاتولوژی انفیلتراسیون مولتی فوکال آدنوکارسینومای پروستات همچنین ضریب گلیسون ۹=۵+۴ مطرح شده است، در ضمن ستون فقرات بیمار نیز درگیر بود. بیمار کاندید ارکیدکتومی دو طرفه شد و ده جلسه رادیاسیون برای ستون فقرات تقاضا گردید. وضعیت پاتولوژی و مطالعه ایمنو هیستو کیمیکال بیضه ها کارسینوما را مطرح کرده است. در حال حاضر سپتوم های مربوط به دردهای استخوانی بیمار کاهش یافته و PSA=۶۸ng/ml به PSA=۶ng/mlرسیده است.

نتیجه گیری: با توجه به مورد گزارش شده، در بیماران با کارسینومای پروستات ارزیابی دقیق با انجام معاینات بالینی و بررسی پاتولوژی بافت بیضه و بیومارکرهای ضروری به نظر می رسد.

واژه های کلیدی: کارسینومای پروستات، بیضه ها، متاستاز، ارکیدکتومی دو طرفه.

مقدمه

علی رغم بروز بالای آدنوکارسینومای پروستات، توانایی انتشار متاستاز به بیضه نسبتا" غیر معمول و نادراست (۲و۱). اولین مورد متاستاز کارسینومای پروستات به بیضه در سال ۱۹۳۸ توسط Semens گزارش شد. همچنین در سال ۱۹۵۷، Howard اولین مورد متاستاز دو طرفه بیضه از کارسینومای پروستات را مطرح نموده است (۳). بیشترین موارد گزارش شده توسط اتوپسی های بعمل آمده یا ارکیدکتومی دو طرفه تسکینی جهت کنترل پیشرفت بیماری گزارش شده است (۵و۴). پیش آگهی برای بیماران معمولا" خیلی بد خواهد بود و اغلب متاستازهای استخوانی در هر موردی آشکار می شود (۶و۱). بطور کلی جراحی ترانس یورترال پروستات و ارکیدکتومی دو طرفه برای این بیماران ارائه می شود و اقدامات محافظه کارانه گواه بر تاکید توسعه کیفیت زندگی برای بیماران می باشد (۷و۳). هدف از گزارش این مورد نادر، توانایی بالای انتشار آدنوکارسینومای پروستات و متاستاز به بیضه می باشد که در جهت نیاز دقیق ارزیابی صحیح پروستات و ساختمان حاشیه ای آن برای طبقه بندی صحیح تومورها و جلوگیری از امکان هر گونه متاستاز از جمله به بیضه ها و فراهم نمودن کیفیت بالاتر زندگی برای بیماران، معرفی می گردد.

گزارش مورد

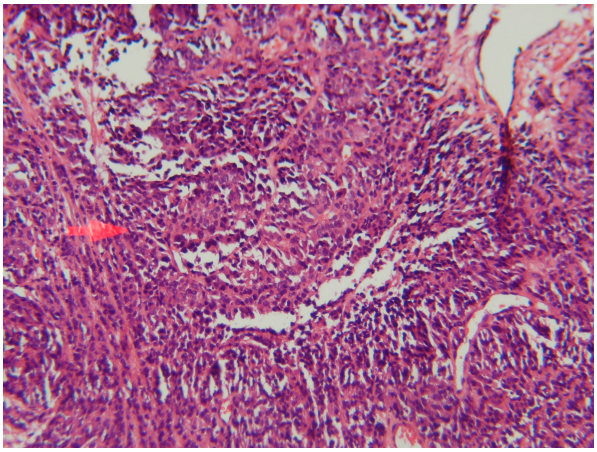
بیمار آقای ۷۵ ساله ای است که از یک سال گذشته بعلت علائم بزرگی پروستات (تکرر ادرار و قطره قطره ادرار کردن)، به پزشکان مختلف مراجعه کرد و تحت درمان دارویی قرار گرفت. از حدود ۲ ماه قبل کاهش وزن شدید حدود ۱۵ کیلوگرم داشت. بعلت بالا بودن آنزیمهای کبدی بیمار و خواص هپاتوتوکسیک،

* مسئول مقاله:
آدرس: بابل، بیمارستان آیت اله روحانی، ۴-۲۲۳۸۳۰۱ تلفن: ۴-۲۱۲۹۵۹۱-۰۱۱۱
e-mail:hamidshafi@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.14.2.12.6]

فلو تامید قطع گردید. با قطع دارو از حدود ۲ ماه قبل، علائم بیمار مجددا" بصورت تکرر ادرار، تاخیر در ادرار کردن، دیزوری همراه با درد در ناحیه اینگوینال شروع شد، هماچوری منفی و علائم دال بر تب، لرز، اسهال و استفراغ نداشته است. در آزمایشات انجام شده، Hg=11gr/dl,MCH=62fl, PSA=29/ml بوده است، در آزمایش مجدد PSA=68ng/ml گزارش شد.

در آزمایشات تکمیلی برای بیمار بیوپسی از پروستات و اسکن هسته ای در خواست گردید. بیوپسی از پروستات با گاید سونوگرافی ترانس رکتال انجام شد. گزارش پاتولوژی، پرولیفراسیون کم و بیش منتشر و متراکمی از سلولهای اپی تلیال نئوپلاستیک بصورت مجموعه های توپر و یا ندرتا" اشکال ترابکول مانند و تجمعات کوچک و نامنظم و همچنین ساختمانهای کریبریفرم نادر برخورد می شود. در کل، انفیلتراسیون مولتی فوکال آدنو کارسینومای پروستات مطرح میشود. قابل ذکر است که Gleason grade score ۴+۵=۹ برآورد شد (شکل۱).

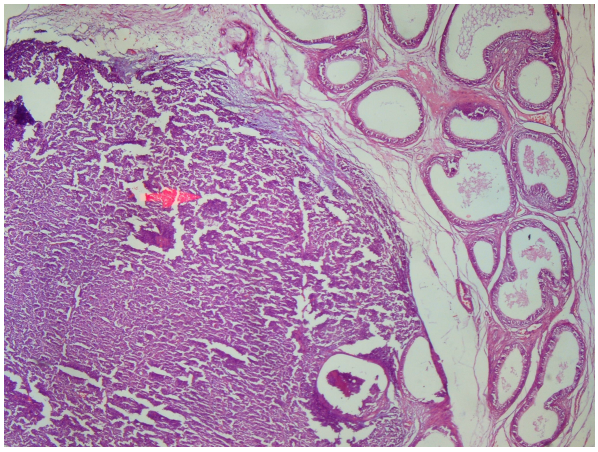


شکل ۱. آدنوکارسینومای پروستات (بزرگنمایی ۲۰)

همچنین، اسکن هسته ای، ضایعات متاستاتیک در ستون مهره ای گزارش کرد. برای بیمار روش های مختلف درمانی از جمله هورمون تراپی با ترکیبات استروژن مثل دی اتیل استیل بسترول، آگونیست های LHRH (که هر ۲۸ روز تزریق می گردد) و مهار کننده های ضد آندروژن مثل فلوتامید، مژسترول استات و سپیرون استات و ارکیدکتومی دو طرفه پیشنهاد شد.

دی اتیل استیل بسترول بعلت اینکه تاثیری بر طول عمر نداشت، LHRH بعلت آنکه بسیار دیر جواب می دهد و همچنین گران بوده و ضد آندروژن ها مثل فلوتامید بعلت بالا بودن آنزیمهای کبدی رد شد و بیمار خود ارکیدکتومی دو طرفه را انتخاب کرد و بعلت دردهای استخوانی ناشی از متاستاز ۱۰ جلسه تحت رادیاسیون قرار گرفت.

در گزارش پاتولوژی و با مطالعات IHC در یکی از بیضه ها ندول های سفید رنگی مشاهده شد که در بررسی میکروسکوپی منطبق بر کارسینوم بوده است، در واقع ضایعه نئوپلاستیک به صورت دو ندول مجزا در خارج تونیکا آلبوژینه و همچنین در تعدادی از توبولها و در بافت بینابینی بیضه و نیز اپیدیدیم مشاهده شده است (شکل۲). در حال حاضر یعنی بعد از ۴ ماه PSA=6ng/ml بوده و علائم بالینی دال بر پیشرفت بیماری وجود ندارد.



شکل ۲. متاستاز آدنوکارسینومای پروستات به بافت بیضه (بزرگنمایی ۴)

بحث و نتیجه گیری

در این مورد گزارش شده بدنبال ارکیدکتومی دو طرفه متاستاز به بیضه مشخص شد. بیشتر موارد متاستاز کارسینومای پروستات و انفیلتراسیون به بیضه بدون نشانه بوده و بطور تصادفی بدنبال اتوپسی یا ارکیدکتومی دو طرفه آشکار می شود (۱۱-۸)، Menon و همکاران عنوان می کنند، هر چند در بیماران تحت درمان ارکیدکتومی یافتن تصادفی افزایش یافته است و بطور استثناء مشخصه درگیری دو طرفه نادر بوده و متاستاز یک طرفه جزء بیشترین اتفاقات در این امر می باشد (۱۲).

مکانیسم های فرض شده گسترش تومورها و ضایعات بطور وسیع به بیضه شامل: گسترش بصورت رتروگرید در وریدها، آمبولی شریانی، بطور مستقیم به حالت تهاجمی بدرون سیستم لنفاتیک و لوله های وازودفران صورت می گیرد (۱۳و۷و۳). در مطالعه Tu و همکاران هماچوری ماکروسکوپی و انسداد ادراری را گزارش شد. بیماران گاهگاهی، دیزوری، درد در پرینه و پری در رکتال را مطرح می نمودند. در معاینات رکتال، بزرگی رکتال، وجود ندول یا سختی آشکار بود (۱۴). این بیمار تکرر و تاخیر در ادرار، دیزوری همراه با درد در ناحیه اینگوینال را ذکر کرده، اما هماچوری وجود نداشت. ضمنا علایم گوارشی را ذکر نمی کند. طبق تحقیقات Korkes و همکاران، همه مردان توصیف شده با الگوی تهاجمی زیاد کارسینومای پروستات دارای آنتی ژن سطحی پروستات و ضریب گلیسون بالا هستند (۱۵)، که هر دو این مورد درباره بیمار معرفی شده صادق می باشد. پیگیری بالینی بیماران با آنتی ژن سطحی پروستات بالا از نظر جدا سازی، تمرکز و قابلیت درمان در موارد متاستاتیک اهمیت دارد و بررسی آنتی ژن سطحی پروستات در خلال سه ماه اول بعد از درمان توصیه می شود (۱۷و۱۶). این آزمایش در مورد بیمار یاد شده به کرات انجام گردید. در مطالعه Figg و همکاران سودمندی آنتی ژن سطحی پروستات در سرطان پیشرفته پروستات به خوبی مطرح می شود (۱۸). Wangو همکاران گزارش کردند که در تحقیقاتشان ضریب گلیسون ۸ یا بیشتر از ۸ در ۸۵٪ موارد بدست آمده است (۱۹)، در مورد این بیمار ضریب گلیسون ۹ بود. Tu و همکاران معتقدند که بیومارکرها جهت درک و تشخیص زیر گروههای مختلف کارسینومای پروستات غیر قابل ارزش هستند (۱۴). برای بیمار معرفی شده، بیوپسی پروستات از طریق گاید سونوگرافی ترانس رکتال انجام

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.14.2.12.6]

گردید، که گزارش پاتولوژی انفیلتراسیون مولتی فوکال آدنوکارسینومای پروستات یکی از بیشترین مشکلات در پیش رو پاتولوژی جراحی خواهد بود (۲۰). بعد از انجام اسکن هسته ای در بیمار مورد نظر، ضایعات متاستاتیک در ستون مهره ها گزارش شد که جهت تسکین دردهای استخوانی، ۱۰ جلسه رادیاسیون تقاضا شد. Tang و همکاران اظهار مکنند که سرطان پروستات تمایل قوی انتشار به استخوانها را دارد (۲۱)، همچنین Thobe و همکاران او بیان میکنند که استخوان بیشترین مکان عمومی متاستاز در سرطان پروستات انسان است (۲۲). با توجه به توضیحات لازم در زمینه راههای درمان برای بیمار ارکیدکتومی دو طرفه انجام گرفت.

در مرحله بالینی کارسینومای T2 و در ۸۵٪ تومورهای غیر قابل لمس، تشخیص با بیوپسی سوزنی انجام می گیرد (۲۳). Manikandan و همکاران او بیان می کنند، متاستاز به بیضه ها عمومی نیست، و موقعی در نظر گرفته می شود که بیمار اظهار توده در بیضه را داشته باشد، بخصوص در بیمارانیکه با یک بدخیمی اولیه دیگر شناخته شده باشند (۲۴). در گزارش پاتولوژی از بیضه که مطالعه IHC برای بیمار انجام گردید، در بررسی میکروسکوپی، منطبق بر کارسینوما بوده است. Haupt و همکاران اظهار می کنند که بطور کلی مطالعه ایمنوهیستوکیمیکال جهت رسیدن به تشخیص صحیح، کمک کننده است (۲۵)، همچنین Hameed و همکاران عنوان می کنند که این مطالعه نقش با اهمیتی در تشخیص پاتولوژی جراحی خواهد داشت (۲۶). با توجه به زیر گروه های متفاوت کارسینومای پروستات و متاستاز به بیضه ها و قابل اثبات از نظر پاتولوژی و به لحاظ بد بودن پیشگویی، انجام می گردد (۲۷و۱۵).

ارزیابی دقیق بیماران با کارسینومای پروستات، با انجام معاینات بالینی و بررسی بیومارکرها و حتی احتمال متاستاز به بیضه ها که دارای پیش آگهی بدی نسبت به موارد مشابه بدون متاستاز به بیضه بوده اند، ضروری بنظر می رسد. در صورت صحت موضوع، اقدامات مقتضی جهت درمان مناسب- دقیق و توسعه کیفیت زندگی برای بیماران لازم می باشد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از همکاری صمیمانه خانم دکتر سپیده سیادتی و پرسنل بخش پاتولوژی و بایگانی بیمارستان شهید بهشتی، که ما را در این امر یاری رساندند، تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.14.2.12.6]

Testicular Metastasis from Prostate Carcinoma: A Case Report

H. Shafi (MD) [1×], M. Rafati Rahimzadeh (MSc) [2], B. Pourdadash (MD) [3], A.R. Firouzjahi (MD) [4]

1. Infertility and Reproductive Health Research Center, Babol University of Medical Science, Babol, Iran
2. Department of Nursing, Babol University of Medical Science, Babol, Iran
3. Private Laboratory, Babol, Iran
4. Department of Pathology, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

J Babol Univ Med Sci; 14(2); Mar 2012; pp: 89-94
Received: Sep 15th 2011, Revised: Nov 9th 2011, Accepted: Feb 8th 2012.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: The testis is a rare site for prostate cancer metastases and is usually found in autopsies or incidentally after therapeutic orchiectomies. The prognosis for such patients is very poor. Bilateral orchiectomies were done for patients. The aim of this report was to introduce one case of testicular metastases from prostate carcinoma.

CASE: The patient was a 75 year old male that has prostatism signs. Primary examination showed the increase of prostate-specific antigen (PSA). Biopsy and nuclear scan were requested for patient. Pathology reported multifocal infiltrating prostate adenocarcinoma, also estimated Gleason score of 4+5=9 and vertebral column involvement. The patient was candidate for bilateral orchiectomies and ten sessions of radiation for vertebral column was requested. After pathology feature and immunohistochemical (IHC) study for testis, deposits of carcinoma were posed. Now, symptoms related to bone pain are decreased, and PSA=68 ng/ml change to PSA=6 ng/ml.

CONCLUSION: Considering the reported case, evaluation in patients with prostate carcinoma by clinical examination, pathology assessment of testis tissue and biomarkers seems to be necessary.

KEY WORDS: *Prostate carcinoma, Testicular, Metastases, Bilateral orchiectomies.*

×Corresponding Author;
Address: Ayatollah Roohani Hospital, Babol, Iran
Tel: +98 111 2238301-4
E-mail:hamidshafi@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.14.2.12.6]

References

1.Denes FT, Brito AH, Dos Santos AM. Subcutaneous and testicular metastasis from prostatic adenocarcinoma with neuroendocrine differentiation. Braz J Urol 2001;27(1):52-4.

2.DebP, Chander Y, Rai RS. Testicular metastasis from carcinoma of prostate: report of two cases. Prostate Cancer Prostatic Dis 2007;10(2):202-4.

3.Rahardjo HE, Umbas R, Sutisna H. Testicular metastases from prostate carcinoma. Asian J Surg 2010;33(3):154-6.

4.Jesus CM, Goldberg J, Camargo JL. Single testicular metastasis mimicking primary testicular neoplasm: A rare manifestation of prostate cancer. International Braz J Urol 2005;31(1):54-6.

5.Dutt N, Bates AW, Baithun SI. Secondary neoplasms of the male genital tract with different patterns of involvement in adults and children. Histopathology 2000;37(4):323-31.

6.Kotake Y, Gohji K, Suzuki T, et al. Metastases to the penis from carcinoma of the prostate. Int J Urol 2001;8(2):83-6.

7.Rohan V, Hanji A, Patel J, Goswami J, Tankshali R. Penile metastases from prostate cancer. Urol J 2009;6(3):217-9.

8.Ulbright TM, Young RH. Metastatic carcinoma to the testis: a clinicopathologic analysis of 26 nonincidental cases with emphasis on deceptive features. Am J Surg Pathol 2008;32(11):1683-93.

9.Bubendorf L, Schopfer A, Wagner U, et al. Metastatic patterns of prostate cancer: an autopsy study of 1,589 patients. Hum Pathol 2000;31(5):578-83.

10.Wang WP, Guo C, BernyDM, et al. Primary carcinoid tumors of the testis: a clinicopathologic study of 29 cases. Am J Surg Pathol 2010;34(4):519-24.

11.Kim SO, Choi YD, Jung SI, et al. Prostate cancer with solitary metastases to the bilateral testis. Yonsei Med J 2011;52(2):362-4.

12.Menon S, Gujral S, Bakshi G, Tongaonkar HB. Bilateral testicular metastasis from prostatic adenocarcinoma mimicking an intertubular pattern of seminoma and expressing Rhamm. J Cancer Res Ther 2010;6(1):97-9.

13.Akbal C, Erdem E, HamadaH, Uygur MC, OzenH. Prostatic cancer with metastasis to the testis. Turk J Cancer 2001;31(1):35-8.

14.Tu SM, Reyes A, Maa A, et al. Prostate carcinoma with testicular or penile metastases. Clinical, pathologic, and immunohistochemical features. Cancer 2002;94(10):2610-7.

15.Korkes F, Gasperini R, Korkes KL, Silva Neto DC, Castro MG. Testicular metastases: a poor prognostic factor in patients with advanced prostate cancer. World J Urol 2009;27(1):113-5.

16.Janssen S, Bemhards J, Anastasiadis AG, Bruns F. Solitary testicular metstasis from prostate cancer: a rare case of isolated recurrence after radical prostatectomy. Anticancer Res 2010;30(5):1747-9.

17.Benchikh El Fegoun A, Villers A, Morreau JL, Richaud P, Rebillard X, Beuzeboc P. PSA and follow-up after treatment of prostate cancer. Prog Urol 2008;18(3):137-44.

18.Figg WD, Franks ME, Venzon D, et al. Gleason score and pretreatment prostate-specific antigen in survival among patients with stage D2 prostate cancer. World J Urol 2004;22(6):425-30.

19.Wang W, Epstein JI. Small cell carcinoma of the prostate. A morphologic and immunohistochemical study of 95 cases. Am J Surg Pathol 2008;32(1):65-71.

20.Epstein JI. Diagnosis and reporting of limited adenocarcinoma of the prostate on needle biopsy. Mod Pathol 2004;17(3):307-15.

21.Tang H, Zhang ZY. Bone metastasis of prostate cancer: an update. Zhonghua Nan Ke Xue 2010;16(4):364-7.

22.Thobe MN, Clark RJ, Bainer RO, PrasadSM, Rinker Schaeffer CW. From prostate to bone: Key players in prostate cancer bone metastasis. Cancers (Basel) 2011;3(1):478-93.

23.Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters. CA. Campbell-walsh urology. 9th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier 2007; p: 2875.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.14.2.12.6]

24.Manikandan R, Nathaniel C, Reeve N, Brough RJ. Bilateral testicular metastases from prostatic carcinoma. Int J Urol 2006;13(4):476-7.

25.Haupt B, Ro J, Ayala A, Zhai J. Metastatic prostatic carcinoma to testis: histological features mimicking lymphoma. Int J Clin Exp Pathol 2009;2(1):104-7.

26.Hameed O, Humphrey PA. Immunohistochemistry in diagnostic surgical pathology of the prostate. Semin Diagn Pathol 2005;22(1):88-104.

27.Lu LY, Kuo JY, Lin ATL, et al. Metastatic tumors involving the testes. J Urol R.O.C 2000;11:12-7.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.14.2.12.6]