

Prostatın Sarkomatoid Karsinomu

Prostatic Sarcomatoid Carcinoma: Case Report

Dr. Zülfü SERTKAYA,^a
Uz.Dr. Metin İshak ÖZTÜRK,^a
Uz.Dr. Gülistan GÜMRÜKÇÜ^b

^a2.Üroloji Kliniği,
^bPatoloji Kliniği,
Haydarpaşa Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 23.09.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 10.01.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Zülfü SERTKAYA
Haydarpaşa Numune
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
2.Üroloji Kliniği, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
zfsertkaya@gmail.com

ÖZET Prostatın sarkomatoid karsinomu (karsinosarkom), malign karakterde epitelyal ve mezenkimal komponentler içeren, nadir görülen mikst tip bir prostatik karsinomdur. Sarkomatoid karsinomda epitelyal komponent daha çok yüksek dereceli adenokarsinom, mezenkimal komponent ise yaygın nekrozun yer aldığı iğsi hücreler içerir. Ayrıca osteosarkom ve kondrosarkom gibi heterolog elemanlar da görülebilir. Bu çalışmamızda, 79 yaşında alt üriner sistem semptomlarıyla başvuran, PSA değeri 98 ng/dL olarak tespit edilen, parmakla rektal muayenesi yaygın sert olan, 3 ay önce yapılmış biyopsi sonucu prostat adenokarsinomu olarak gelen olgumuzun verilerini ve tedavisini sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Prostat; karsinom; sarkoma

ABSTRACT Sarcomatoid carcinoma of the prostate (carcinosarcoma) is of a very rare mixed type which contains both malignant epithelial and mesenchymal components. The epithelial component contains more high-grade adenocarcinoma while mesenchymal component consists of spindle-shaped cells that shows widespread necrosis. Additionally, heterologous elements, such as osteosarcoma and chondrosarcoma may also occur. In this article, we presented health data and therapy of our patient who is a 79 year old man diagnosed with prostatic adenocarcinoma as a result of the biopsy carried out 3 months ago and admitted to our hospital with lower urinary tract symptoms with the PSA level of 98 ng/dL. He has an area of wide spread hardness in the prostate by digital rectal examination.

Key Words: Prostate; carcinoma; sarcoma

Türkiye Klinikleri J Urology 2012;3(1):20-3

Sarkomatoid karsinom, nadir görülen malign bifazik neoplazmlardır.¹ Farklı kaynaklarda sarkomatoid karsinom olarak da adlandırılırlar. Sarkomatoid karsinom vücudun çeşitli sistemlerinde görülebilir ancak sıklıkla genitoüriner sistemden gelişir.¹ Kadınlarda en sık uterus, erkeklerde ise en sık mesanede gözlenir.¹

Prostat sarkomatoid karsinomu malign, kötü diferansiye epitelyal ve mezenkimal komponentler içeren bifazik heterolog neoplazmidir.² Epitelyal komponent daha çok glandların yoğun olduğu yüksek dereceli adenokarsinom iken, glandüler yapılar olmadan, sadece skuamöz ve ürotelyal komponentlerin yer aldığı olgular da mevcuttur.² Sarkomatoid komponent oranı %5 ile 99 arasında değişebilir ve yaygın nekroz içerir. Yoğun olarak iğsi hü-

relerden oluşur ancak içeriği oldukça değişkendir. Osteosarkom, kondrosarkom, rabdomyosarkom, anjiyosarkom, leimiyosarkom gibi komponentler içerebilir.²

Prostat sarkomatoid karsinomu başvuru anında, lokalize olabileceği gibi yaygın metastazla da gelebilir. Genellikle kötü prognoza sahiptir. Farklı tedaviler uygulansa bile ölüm genellikle 2 yıl içinde gerçekleşir.

Bu çalışmamızda; 79 yaşında, alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ile gelen, 3 ay önce prostat spesifik antijen (PSA) yüksekliği ve rektal muayenesi sert olması nedeniyle yapılan transrektal biyopsi sonucu adenokarsinom gelen, yapılan sistoskopide prostattan kaynaklanıp üretraya uzanan kitlesel lezyonu nedeniyle transüretral prostat rezeksiyonu (TURP) yapılan ve histopatolojik inceleme sonucu prostat sarkomatoid karsinomu olarak raporlanan olgumuzu sunduk.

OLGU SUNUMU

Son 6 ayda hızla artan AÜSS nedeniyle başvuran 79 yaşında erkek hastanın yapılan değerlendirilmesinde, parmakla rektal muayenede prostat yaygın sert ve nodüler yapıda, serum total PSA değeri 98 ng/dL idi. İdrar sedimentinde 35 eritrosit ve 10 lökosit görüldü. İdrar kültüründe üreme olmadı. Üroflowmetrik değerlendirmede işeme paterni obstrüktif, Q_{max} 9 mL/sn olarak tespit edildi. Hastaya 3 ay önce dış merkezde yapılan transrektal ultrason eşliğinde biyopsi sonucu Gleason 9 (4+5), prostatik adenokarsinom tanısı konmuş, yapılan tüm vücut kemik sintigrafisinde metastaz saptanmamış. Hastaya önerilen radikal retropubik prostatektomi (RRP) seçeneğini ve izlemi kabul etmemiş.

Hastanın kliniğimize başvuru sırasında obstrüktif şikâyetleri nedeniyle yapılan sistoskopisinde prostattan kaynaklanan ve distal üretraya uzanan kitlesel lezyon görüldü. Hastada metastaz araştırılmak amacıyla yapılan PA akciğer grafisi, abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) ve tüm vücut kemik sintigrafisinde metastaz saptanmadı.

Hastaya bu veriler eşliğinde tedavi seçenekleri sunuldu. Hasta idrar akım bozukluğuna yönelik TURP ve prostat adenokarsinomuna yönelik olarak

maksimal androjen blokajı yapılması seçeneğini kabul etti.

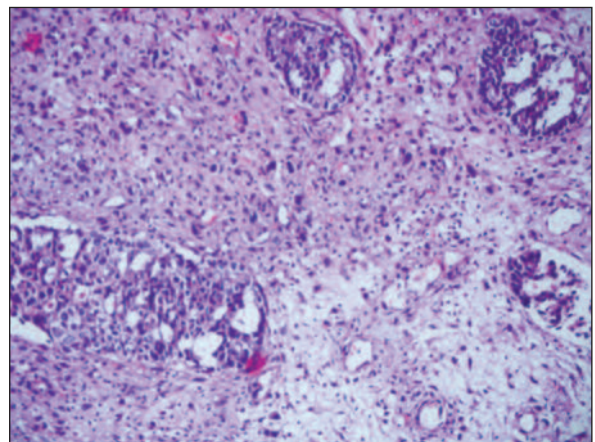
Yapılan TURP sırasında, prostattan kaynaklanan ve distal üretraya doğru uzanan, yaklaşık 7-8 cm uzunluğunda, dış yüzeyi nekrotik oluşum gözlemlendi (Resim 1). Tümörün görülebilen kısmı ve prostat rezeke edildi.

Patoloji laboratuvarında, 45x40x30 mm ölçülerinde prostat ve 80x70x30 mm ölçülerinde prostattan kaynaklandığı düşünülen ve üretraya uzanan kitleden yapılan TURP materyallerin tümü rutin takibe alındı ve parafin bloklara gömüldü. 4 mikronluk kesitler alınarak Hematoksilin-Eozin (H&E) ile boyandı (Resim 2).

Kesitlerde fragmanların çoğu nekroze idi. Sağlam doku fragmanlarında iri hiperkromatik çekirdekli, nükleolusları belirgin, bazıları atipik karakterde, çok sayıda mitoz izlenen, oval-yuvarlak



RESİM 1: TUR sırasında çıkarılan materyallerin makroskopik görüntüsü. (Renkli hali için Bkz. <http://uroloji.turkiyeklinikleri.com/>)

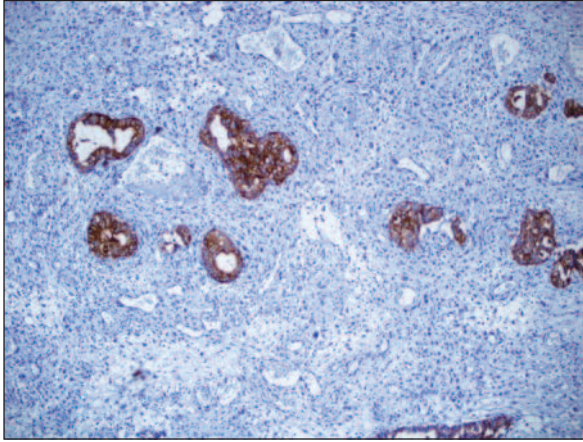


RESİM 2: İğsi hücrelerden oluşan stromada glandüler yapılardan meydana gelmiş bifazik tümör (H&E, x200). (Renkli hali için Bkz. <http://uroloji.turkiyeklinikleri.com/>)

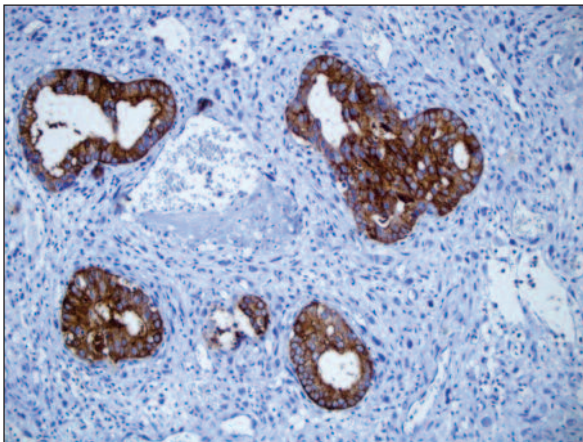
hücrelerden oluşan stromada, az sayıda, bazal tabakaları seçilemeyen, belirgin nükleolusları olan, atipik hücrelerle döşeli, değişen boyutlarda glandüler yapılardan oluşan tümör alanları izlendi.

Yapılan immünohistokimyasal incelemede prostatik asit fosfataz (PSAP) ve PSA ile yalnızca epitelyal komponentte pozitif boyanma izlenirken, stromal hücrelerde boyanma görülmedi (Resim 3, 4). Stromal hücrelerde vimentin ile pozitif boyanma saptandı, ancak aktin, desmin ve S-100 ile boyanma görülmedi (Resim 5).

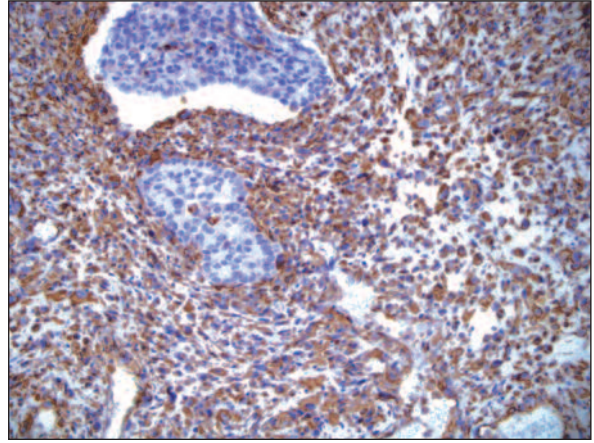
Ameliyat sonrası 3. günde üretral kateter alındı ve hastanın miksiyonu gözlemlendi ve hasta taburcu edildi.



RESİM 3: PSA ile epitelyal komponentte pozitif boyanma (İHK, x100).
(Renkli hali için Bkz. <http://uroloji.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 4: PSAP ile epitelyal komponentte pozitif boyanma (İHK, x200).
(Renkli hali için Bkz. <http://uroloji.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 5: Vimentin ile stromal komponentte pozitif boyanma (HK, x400).
(Renkli hali için Bkz. <http://uroloji.turkiyeklinikleri.com/>)

Birinci ay kontrolünde AÜSS'leri devam eden hastanın, total PSA değeri 50,9 ng/dL, üroflovetrik incelemede Qmax 11 mL/sn ve Qort 6 mL/sn olarak bulundu. Hastaya yeniden TURP yapıldı. Postoperatif 3. gün üretral kateter alınarak miksiyonu gözlemlendi ve taburcu edildi.

Hastanın ameliyat sonrası yapılan 3. ay kontrolünde, AÜSS'ler azalmış, total PSA değeri 12.2 ng/dL, üroflovetride ise Qmax 16 mL/sn, Qmean 8 mL/sn olarak bulundu. Ek şikâyeti yoktu.

Hastanın yapılan 6. ay kontrolünde ise PSA değeri 5.2 ng/dL, üroflovetride Qmax 15 mL/sn, Qort 8 mL/sn olarak bulundu. Ek şikâyeti yoktu.

Hastanın ameliyat sonrası 7. ayda solunum arresti nedeniyle eks olduğu öğrenildi.

TARTIŞMA

Prostat sarkomatoid karsinomu agresif seyirli bir neoplazidir. Ortalama sağkalım süresi 9,5 aydır. Mesaneye ait sarkomatoid karsinomda ise ortalama sağkalım 12 ila 17 ay arasında değişmektedir.¹ Etiyolojisi, histogenezi ve patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. Ancak prostat KS'ye ait desinin gelişiminin, epitelyal hücrelerin sarkomatöz yapılara dönüşümü ile veya kök hücrelerin hem epitelyal hem de sarkomatöz yapılara dönüşümü ile ortaya çıktığı öne sürülmüştür.² Prostat sarkomatoid karsinomuna ait bu bifazik yapıda epitelyal ve sarkomatöz komponentler eş zamanlı mı ortaya

çıkarak, yoksa var olan epitelyal komponente ait adenokarsinom daha sonra sarkomatöz değişime mi uğrar? Bu soruya Hansel ve ark., hastalarda adenokarsinom öyküsü bulunması, sarkomatöz komponentlerdeki sitokeratin ve PSAP ile boyanma nedeniyle ikinci seçeneğin daha doğru olduğu yanıtını vermişlerdir.³

Hansel ve ark. yayınladıkları seride, hastaların geçmişte prostat kanseri öyküsünün bulunması ve mevcut epitelyal komponentin önceki biyopsi sonucuna göre daha yüksek dereceli olması; radyasyon ve hormonal tedavinin prostat sarkomatoid karsinomu gelişimine neden olabileceğini bildirmişlerdir.³ Aynı şekilde, Dundore ve ark. da 21 hastalık serilerinde 10 hastanın primer patolojisinin prostat adenokarsinomu olduğunu ve 8 hastanın androjen baskılayıcı tedavi veya radyoterapi öyküsünün olduğunu bildirmişlerdir.⁴

Hastaların çoğu iritatif veya obstrüktif AÜSS ile başvurur ve bu hastalarda tekrarlayan TURP'lara ihtiyaç olabilir.⁵

Weiss ve ark., prostat sarkomatoid karsinomu olan hastalarda sağkalım üzerinde etkili olabileceğini düşündükleri yaş, radyoterapi öyküsü, histolojik tip, nekroz oranı, adenokarsinomun Gleason derecesi, sarkomatöz komponent oranları gibi birçok parametreyi incelemiş, ancak hiçbirinin sağkalımı öngörmede istatistiksel olarak anlamlı olmadığını, sadece cerrahi sınır negatifliği ve metastaz olup olmadığının uzun süreli sağkalımda etkili olduğunu bildirmişlerdir.⁶

Şahan ve ark.nın 2 olguluk çalışmasında, hastaların her ikisinin de muayenesinde prostatın sert ve infiltratif oluşu, ileri yaşlarda görülmüş olması ve PSA değerlerinin 10'un altında olduğu dikkat çekicidir.⁷

Opere edilebilen tümörler radikal retropubik prostatektomi (RRP), radikal sistoprostatektomi ve suprapubik prostatektomi gibi yöntemlerle tedavi edilebilir. Cerrahi tedaviyi takiben adjuvan kemoterapi ve/veya radyoterapi uygulanabilir. Ancak bu hastaların prognozu çok iyi değildir. İlk 1 yıl içerisinde bu hastaların %20'si prostat sarkomatoid karsinomu nedeniyle ölür. Cerrahi haricinde androjen ablasyonu şeklinde hormonal tedavi ve kemoterapi (taksotere, estramustin, karboplatin veya sisplatin) uygulanabilir. Ancak hastaların %55'i kemoterapiye yanıt vermez.³

SONUÇ

Prostat sarkomatoid karsinomu nadir görülen, farklı oranlarda epitelyal ve sarkomatoid komponentler içeren, agresif seyirli bir neoplazidir. Hastaların yaşam süreleri tarama, tanı ve tedavilere rağmen uzun değildir. Prostat sarkomatoid karsinomuna sahip hastaların PSA değerlerinin genelde düşük olması sebebiyle tanı atlanabilir.

Prostat sarkomatoid karsinomu üroloji pratiğinde nadir görülmesi nedeniyle biz klinisyenlere yönelik tedavi ve takip standardizasyonunun oluşturulabilmesi için daha fazla çalışma ve bildirim ihtiyacı vardır.

KAYNAKLAR

- Jayamohan Y, Urs L, Rowland RG, Woolums S, Lele SM. Periurethral carcinosarcoma: a report of 2 cases with a review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 2005;129(4):e91-3.
- Rogers CG, Parwani A, Tekes A, Schoenberg MP, Epstein JI. Carcinosarcoma of the prostate with urothelial and squamous components. *J Urol* 2005;173(2):439-40.
- Hansel DE, Epstein JI. Sarcomatoid carcinoma of the prostate: a study of 42 cases. *Am J Surg Pathol* 2006;30(10):1316-21.
- Dundore PA, Cheville JC, Nascimento AG, Farrow GM, Bostwick DG. Carcinosarcoma of the prostate. Report of 21 cases. *Cancer* 1995;76(6):1035-42.
- Grignon DJ. Unusual subtypes of prostate cancer. *Mod Pathol* 2004;17(3):316-27.
- Weiss SW, Enzinger FM. Malignant fibrous histiocytoma: an analysis of 200 cases. *Cancer* 1978;41(6):2250-66.
- Şahan EK, İğdem AA, Budak T, Erdoğan N. [Prostatic carcinosarcoma (sarcomatoid carcinoma): report of two cases]. *J Kartal TR* 2009;20(1):50-3.