

گزارش یک مورد متاستاز آدنوکارسینوم پروستات به مخاط بوکال

پرتو دانش
فصلنامه‌ی تخصصی پزشکی و پیراپزشکی

■ دکتر محمد مهدی مجاهد

متخصص رادیوتراپی انکولوژی

عضو انجمن سرطان

چکیده:

کanser پروستات علت ۱۰٪ مرگ و میر ناشی از سرطان مردان در آمریکاست. متاستاز در مراحل انتهایی بیماری معمولاً تظاهر می‌یابد. متاستاز ناشی از کانسر پروستات تمایل به درگیری استخوان‌های محوری بدن دارد. تومورهای متاستاتیک ناحیه اورال کاویته نادر است و در حدود ۱٪ تومورهای اورال می‌باشد که فک بیشتر از بافت نرم درگیر می‌شود.

در مطالعه جدید، ۲۲ مورد متاستاز به فک از کانسر پروستات، از ۳۹۰ مورد کانسر پروستات گزارش شده است. از طرفی دیگر یک مورد متاستاز به بافت نرم اورال نیز گزارش شده است.

در این گزارش مورد متاستاز بافت نرم ارال کاویته از کانسر پروستات که در ناحیه بوکال موکوزا ایجاد شده است. تمام همکاران می‌بایست به متاستازهای ناحیه ارال کاویته حتی در مواردی که می‌تواند به عنوان اولین علامت کانسر باشد توجه داشته باشند که این موارد به راحتی با ضایعات خوش خیم اشتباه می‌گردد. (۱)
در این گزارش مورد متاستاز آدنوکارسینوم از یک مرد ۷۲ ساله با شرح حالی از کانسر پروستات آورده شده است.

کلیدواژگان: متاستاز ارال کاویته، آدنوکارسینوم پروستاتیک.

پیشگفتار:

کanser پروستات علت ۱۰٪ مرگ و میر ناشی از سرطان مردان در آمریکا است. متاستازها در مراحل انتهایی بیماری ظاهر می‌گردند و متاستاز ناشی از کانسر پروستات تمایل به درگیری استخوان‌های محوری بدن دارد. درگیری متاستاتیک ناحیه ارال، ماگزیلا، مندیبل و بافت نرم مکرراً به عنوان تظاهراتی از متاستاز گسترده از بدخیمی‌های مختلف است که انسیدانس آن حدوداً ۱-۳٪ تمام موارد بدخیمی‌های ناحیه ارال می‌باشد. (۲و۳)
متاستاز بوکال از سرطان پرستات نادر است. (۲و۳و۴و۵) که این مسئله اولین بار در سال ۱۹۹۱ توسط WHO گزارش شده است.

بدخیمی از طریق پلئومورفیسم هسته‌ای، میتوز و الگوی رشد انفیلتراتیو مشخص می‌گردد. (۲)
تومورهای متاستاتیک به ارال کاویتد از کانسر پروستات نادر است و در حدود ۱٪ تومورهای اورال می‌باشد که فک بیشتر از بافت‌های نرم درگیر می‌گردد.

گزارش مورد:

آقای ۷۲ ساله که از توده دردناک داخل دهانی رنج می‌برده است به مرکز رادیوتراپی-انکولوژی ارجاع داده شده بود که در معاینه یک توده متحرک سخت به ابعاد ۴۰×۵۰ میلی‌متر که در سمت راست ارال کاویتد همراه با خونریزی

نکروزان سطح آن لمس می‌شد. سطح زبان نرم و صاف بود و ضایعه به سمت مقابل گسترش نیافته بود. لنفادنوپاتی نداشت.



شکل ۱: توده ۵۰ میلی‌متر در ارال کاوتید

شکل یک در CT اسکن انجام شده تومور با درگیری بافت نرم بدون درگیری استخوان بود.

بیمار شرح حالی از آدنوکارسینوم پروستات که با متاستازها متعدد استخوانی تظاهر یافته بوده است و به این خاطر یکسال قبل تحت درمان رادیوتراپی قرار گرفته بود را ارائه نمود. با توجه به شرح حال بیمار متاستاز تومور بسیار مطرح و در کنار آن PSA بیمار عدد ۴۵۰ بود. CXR بیمار نرمال و اسکن گالیوم متاستازهای متعدد را نشان می‌داد.

بیوپسی انسیزینال تحت بی حسی موضعی انجام شد و نتیجه بیوپسی آدنوکارسینوم گزارش شده و نتیجه IHC با PSA و PAP در نمونه مذکور مثبت بود. در نتیجه مورد متاستاز بوکال از آدنوکارسینوم پروستات

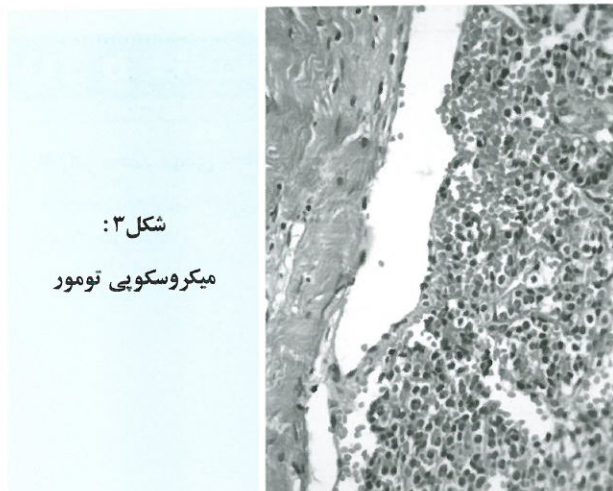


شکل ۲: IHC

مثبت گردید.

ماکروسکوپی، سطح برش از توده خاکستری و سخت و سایز ۴۰×۵۰ میلی‌متر بوده تومور کپسوله و گسترش به عضله ماستر داشت.

میکروسکوپی و ماکروسکوپی نشان دهنده یک تومور Low-grade بوده است. (شکل ۲ و ۳)



شکل ۳:
میکروسکوپی تومور

در نتیجه این تومور به عنوان متاستاز بوکال از آدنوکارسینوم پروستات گزارش شد.

این بیمار تحت درمان رادیوتراپی با توتال دوز ۳۰۰۰ cGy/10Fr با دو فیلد همراه وج قرار گرفت. در حین رادیوتراپی درد و خونریزی توده کم شده و بوی بد دهان نیز به مقدار زیادی کاهش یافت. اگرچه در پایان درمان توده تغییر سایز نداشت ولی بعد از ۳ هفته از درمان به طور جالبی سایز توده کاهش یافت و به اندازه ۵×۵ میلی‌متر رسید و هیچ علامتی از درد و خونریزی و بوی بد دهان وجود نداشت.

تومورهای بدخیم متاستاتیک به ارال کاوتید می‌بایست از بدخیمی اولیه دهان متمایز گردد.

در مورد گزارش شده اگرچه لنف نودی در گردن هنگام تشخیص لمس نشد ولی در ۲ مورد گزارش شده از قبل لنفادنوپاتی متاستاتیک هم بوده که ۶ ماه بعد از جراحی عود داشته است.

نتیجه:

مورد گزارش شده یک تومور Low-grade مطابق دسته بندی WHO می‌باشد. در نتیجه یک گزارش نادر از متاستاز بوکال ناشی از آدنوکارسینوم پروستات است.