

گزارش یک مورد تومور اسکواموس سل کارسینوما ای اسکروتوم

دکتر صمد هژیر: استادیار ارولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

E-mail: samadhazhir@yahoo.com

دکتر یداله احمدی اصل بدر: استادیار ارولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر کمال الدین حسن زاده: استادیار ارولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۵/۶/۵، پذیرش: ۸۵/۸/۲۱

چکیده

اسکواموس سل کارسینوما اسکروتوم بیماری نادری است که در اتیولوژی آن تماس های شغلی - سطح بهداشت پائین - بیماری پسوریازیس و درمان با (Psoralen and ultraviolet A, PUAV) و ویروس (Human papilloma viruses, HPV) بعنوان ریسک فاکتور مطرح می باشند. در این مقاله یک مورد اسکواموس سل کارسینوما غیر شغلی و بدون ریسک فاکتورهای شناخته شده قبلی گزارش می گردد. بیمار مرد ۵۰ ساله ای می باشد که با یک ضایعه پوستی برجسته و گل کلمی بدون انتشار به نودهای لنفاوی و سایر اعضا مراجعه و تحت اکسیژن کامل جراحی قرار گرفت که گزارش پاتولوژی اسکواموس سل کارسینوما اسکروتوم با دیفرانسیال خوب بود. در کنترل یک سال بعد از عمل هم بیمار بدون عارضه می باشد.

کلید واژه ها: تومور، اسکواموس سل کارسینوما، اسکروتوم

مقدمه

بدون هیچگونه سابقه ای از ریسک فاکتورهای شناخته شده و بدون انتشار به نودهای لنفاوی (۱۰) در یک مرد ۵۰ ساله گزارش می گردد.

گزارش مورد

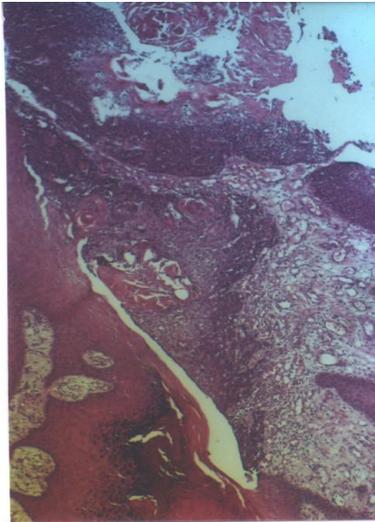
مرد ۵۰ ساله ای با یک ضایعه پوستی برجسته و گل کلمی به قطر حدود ۴ سانتی متر در روی نیمه راست اسکروتوم (شکل ۱، ۲) از کلینیک پوست به کلینیک ارولوژی معرفی شد. بیماری ایشان از حدود ۴ ماه قبل و بدنبال شیو ناحیه اسکروتوم به صورت یک ضایعه کوچک خونریزی دهنده تظاهر نموده است. در هفته های اول بیمار توجه زیادی به ضایعه نداشته ولی بعدها با عدم بهبود زخم به کلینیک پوست مراجعه نموده و تحت درمان دارویی موضعی با مالیدن های حاوی کورتیکواستروئید و آنتی بیوتیک قرار گرفته است. علیرغم ادامه درمان ضایعه پوستی بتدریج پیشرفت کرده و بشکل یک ضایعه برجسته و گل کلمی خونریزی دهنده که سطح آن حاوی ترشحات چرکی و کثیف بود، درآمد.

اسکواموس سل کارسینوما اسکروتوم، یک بیماری نادر می باشد (۱) و (۲)، بطوریکه از سال ۱۹۴۵ تا ۱۹۹۰ تنها ۱۴ مورد گزارش شده است (۳). شایع ترین شکل تظاهر آن یک ضایعه منفرد پوستی می باشد. آدنویاتی اینگوئینال نیز در ۳۶٪ بیماران وجود داشته و سن بیماران در هنگام تشخیص ۴۰ تا ۷۳ سال می باشد. تاخیر در تشخیص بیماران از ۲ ماه تا ۱۰ سال و بطور متوسط ۲۲ ماه بوده است. کانسر اسکروتوم قبلا یک بیماری شغلی محسوب می شد ولی امروزه ممکن است بیشتر ناشی از عوامل غیر اختصاصی از قبیل سطح بهداشت پایین و تحریک مزمن باشد تا تماس های صنعتی و شغلی (۴). بیماری پسوریازیس و درمان با PUVA هم ریسک فاکتورهای عمده محسوب می شوند (۵) و (۶) HPV هم در موارد نادری ممکن است در ایجاد کانسر اسکروتوم مؤثر باشد (۷) و (۸). وجود آنتی ژن HLA+ DR نیز بعضاً در ضایعات ژنیتال نشان داده شده است (۹). در این مقاله یک مورد خیلی نادر اسکواموس سل کارسینوما غیر شغلی اسکروتوم

HPV بروش PCR انجام شد که منفی بود. گزارش پاتولوژی که با رنگ آمیزی هماتوکسیلین - ائوزین نمونه ارسالی صورت گرفت اسکواموس سل کارسینومای اسکروتوم با دیفرانسیاسیون خوب بود (شکل ۳ و ۴). در کنترل و پیگیری یک سال بعد از عمل بیمار ضایعه ای ندارد.



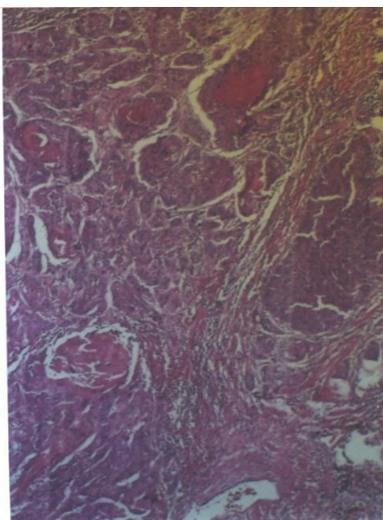
شکل ۱: ضایعه تومورال برجسته و گل کلمی اسکروتوم در نمای نیم رخ که ترشحات چرکی در روی تمام تومور بطور پراکنده دیده میشود.



شکل ۳ با بزرگنمایی $\times 40$: بافت پوست با هیپرکراتوزیس - هیپرگرانولوزیس آکانتوزیس و زخم همراه پرولیفراسیون نئوپلاستیک Pearl سلولهای اسکواموسی (رنگ آمیزی هماتوکسیلین - ائوزین H&E)



شکل ۲: ضایعه تومورال اسکروتوم در نمای روبرو با یک ناحیه زخمی در مرکز ترشحات چرکی در حاشیه آن



شکل ۴ با بزرگنمایی $\times 10$: در درم انوازیون توده های سلولهای نئوپلاستیک با هسته های درشت - هستک واضح - سیتوپلاسم ائوزینوفیلیک - formation - نکروزیس - آماس و میتوزهای متعدد تیپیک و آتی پیک دیده می شود اطراف توده های نئوپلاستیک واکنش فیروز و آماس وجود دارد. (رنگ آمیزی هماتوکسیلین - ائوزین H&E)

بحث

اسکواموس سل کارسینومای اسکروتوم بوسیله فاکتورهای محیطی مختلف ایجاد شده و یک بدخیمی قابل پیشگیری می

بعد از چند دوره درمان سیستمیک و موضعی با آنتی بیوتیک و آنتی هیستامین و کورتیکواستروئید و داروهای ضدقارچ بهبودی ایجاد نگردیده ضمن اینکه ضایعه بتدریج بزرگتر نیز شده تا اینکه بیمار جهت بیوپسی به کلینیک ارولوژی معرفی شد. در کلینیک ارولوژی بیمار بدقت معاینه و بررسی شد و شرح حال کامل اخذ گردید. بیمار اهل یکی از روستاهای اطراف تبریز و ساکن شهر تبریزی باشد. شغل بیمار کشاورزی و در بعضی مواقع در زمستان قالببافی می باشد. سابقه هیچگونه کار یا تماس با مواد شیمیایی را ذکر نمی کند. سابقه بیماری یا مصرف داروی خاصی را ندارد. به سیگار یا مواد مخدر معتاد نیست.

در معاینه فیزیکی یک ضایعه آگزوفیتیک به قطر حدود ۴ سانتی متر در روی نیمه راست اسکروتوم مشاهده میشود که سطح آن از ترشحات چرکی خون آلود پوشیده شده و حاشیه ضایعه تومورال در لمس سفت می باشد. نیمه چپ اسکروتوم و بیضه ها طبیعی بوده و نودهای لنفاوی اینگوینال بزرگ نیستند. آزمایشهای روتین خون طبیعی گزارش گردید. بیمار با تشخیص ضایعه بدخیم بستری و تحت عمل جراحی قرار گرفت و تمام ضایعه همراه با یک سانتی متر اطراف ضایعه اکسیزیون شده و نسج جهت مطالعه هیستوپاتولوژیک به بخش پاتولوژی ارسال گردید. بررسی از نظر

شده اند. این ضایعه ممکن است بعدها تبدیل به یک ضایعه زخمی یا تومور دارای آروزیون با حاشیه سفت و سطح آگزوداتیو چرکی درآید که به آسانی خونریزی می کند. حدود آن ممکن است گرد باشد، اما اغلب نامنظم بوده و در ضایعات پره مالینگان سفتی و برآمدگی در اوایل اغلب غیر قرینه است. در روی نواحی متحرک مثل لب و یا ژنیتال علامت بروز کننده ممکن است یک فیسور یا آروزیون کوچک یا زخمی باشد که بهبود نمی یابد و مکررا خونریزی می کند. از نظر درمان بعنوان یک قانون یک تومور با دیفرانسیاسیون خیلی خوب با جراحی یا برداشتن موضعی و یک تومور با دیفرانسیاسیون ضعیف با جراحی یا رادیو تراپی بخوبی درمان می شود.

نتایج نهایی هر کدام از متدها بیشتر به تجربه شخص بستگی دارد تا خود تکنیکی که بکار رفته است. در دستهای مجرب تمام تکنیکها با میزان بهبود ۵ ساله در حدود ۹۰٪ موارد در طیف وسیعی از اسکواموس سل کارسینوماها در محل های مختلف همراه است.

نتیجه گیری

علیرغم اینکه اسکواموس سل کارسینوما اسکروتوم بیماری نادر می باشد، باید در مورد زخمهایی که بهبود نیافته و بخصوص همراه با ترشحات خونی و چرکی می باشند، ضایعات بدخیم و بخصوص اسکواموس سل کارسینوما را مد نظر قرار داد تا با تشخیص و درمان بموقع از تبدیل آن به یک بیماری سیستمیک با عوارض جدی جلوگیری شود.

باشد. کانسر اسکروتال که در افراد با سطح اجتماعی اقتصادی پایین شایع تر است (۱۱)؛ بنظر می رسد در اثر تماس با روغنهای معدنی و نمکی (Tars) ایجاد می شود. مردانیکه از کانسر اسکروتوم جان سالم بدر می برند، بنظر می رسد شیوع بالاتری از سایر بدخیمی های اولیه را دارند. افزایش شیوع در سالهای اخیر ممکن است بعلت اپیدمی HPV باشد (۱۲).

یک بررسی بر روی ۱۲ مورد کانسر اسکروتوم (۹ مورد اسکواموس سل کارسینوما و ۳ مورد بازال سل کارسینوما) نشان داد که بهداشت پایین و تحریک مزمن نیز ممکن است حائز اهمیت باشند (۴). شیوع بالایی از تومورهای اسکواموس سل آلت تناسلی و اسکروتوم در بیماران مبتلا به پسوریازیس که در معرض پورالان و UVA (PUVA) قرار گرفته اند دیده شده است (۵و۶).

نکته قابل توجه در بیمار ما در مقایسه با سایر گزارشات عدم وجود هیچگونه ریسک فاکتور شناخته شده قبلی است. چون اکثر موارد گزارش شده قبلی یا شغلی بوده و یا دارای زمینه قبلی از قبیل پسوریازیس یا درمان با PUVA را داشته و یا در موارد نادری HPV نقشی داشته است.

از نظر اشکال کلینیکی ناحیه تومورال ممکن است شبیه پلاک - Verrucous - Tumid یا زخمی باشد، اما در تمام موارد وقتی که ضایعه بین انگشتان فشرده می شود سفت است. حدود سفتی مشخص نیست و معمولا فراتر از حاشیه قابل رویت توسعه یافته است. مقاومت ضایعه در مقابل فشردن بسیار بیشتر از ضایعات التهابی یا هیپرپلازی اپی تلیال خوش خیم می باشد. بافت اطراف تومور التهابی است و لبه های ضایعه برنگ قرمز متمایل به زرد می باشد. تومورهای با دیفرانسیاسیون خوب معمولا پایلری بوده و در مراحل اولیه بوسیله پوسته های (Crust) کراتوتیک پوشیده

References

1. Lowe FC. Squamous cell carcinoma of the scrotum. *Urology*. 1985; **25**(1): 63-5
2. Futter NG. Scrotal cancer dejaVU. *Can J Urol*. 1998; **5**(2): 558-559
3. Andrews PE, Farrow GM, Oesterling JE, Squamous cell carcinoma of the scrotum. Long term follow-up of 14 patients. *J Urol*. 1991; **146**(5): 1299-304
4. Mc Donald MW. Carcinoma of scrotum. *Urology*, 1982; **19**(3): 269-74
5. Taniguchi S, Furukawa M, Kutsuna H, sowa J, Ishii M . Sguamous cell carcinoma of scrotom. *Dermatology*. 1996; **193**(3): 253-4.
6. De la Brassinne M, Richert B. Genital squamous – cell carcinoma after PUVA therapy. *Dermatology*. 1992; **185**(4): 316-8.
7. Orihuela E, Tying SK, Pow– Sang M, Dozier S, Cirelli R, Arany I, et al. Development of human papillomavirus typ 16 assciated squamous cell carcinoma of the scrotum in a patient with Dariev’s disease treated with systemic isotretinoin. *J Urol* 1990; **153**(6):1940–3.
8. Burmer GC, True LD, Krieger JN. Squamous cell carcinoma of the scrotum associated with human papilloomaviruses. *J Urol*. 1993; **169** (2): 344-7.
9. ViacJ, Chardonnet Y, Chignol MC, SchmittD. Papilloma viruses, warts, carcinoma and langerhans cells. *In Vivo* .1993; **7**(3): 207-12.
10. Saracoglu M, Ugras S. Sguamous cell carcinoma of scrotum. *Int Urol Nephrol*.1994; **26**(5): 571-2.
11. Lee WR, Alderson MR, Downes JE. Scrotal cancer in the North – West of England. *BrJ Ind* 1972; **29**: 188-95.
12. LoweFC. squamous –cell carinoma of the scrotum. *Urol Clin North Am*. 1992; **19**(2): 397-405.