

## Prostate Cancer: A Case Report

Mohammad Abbasi<sup>1</sup>, Sareh Basiri<sup>2</sup>

1. Assistant professor, Department of Rheumatology, School of Medicine, Hamadan University of Medical Science, Hamedan, Iran
2. Scholar of. Speciality Doctorate in Internist Course. School of medicine, Hamadan University of Medical Science, Hamedan, Iran

### Article Information

#### Article History

Received: 2016/03/04

Accepted: 2017/11/04

Available online: 2018/01/17

JUR 2018; 2(1):029-032

DOI: [10.30699/acadpub.jru.2.1.29](https://doi.org/10.30699/acadpub.jru.2.1.29)

Use your device to scan  
and read the article online



#### Corresponding Author

Sareh Basiri, Scholar of.  
Speciality Doctorate in Internist  
Course. School of medicine,  
Hamadan University of Medical  
Science, Hamedan, Iran

Tel: 09183514113 Email:  
Sbasiri97@gmail.com

### Abstract

**Background and Objective:** Prostate cancer is reported to affect approximately 70% of men and is the second leading cause of death in men. An early diagnosis and screening can reduce the associated complications and mortality rate.

**Case Presentation:** A 52-year-old man complaining of a backache for eight months reported to the hospital. The initial examination showed him to be suffering from an infiltrative bone tumor. The patient was initially diagnosed with multiple myeloma and was provided chemotherapy. Owing to a lack of response of the patient to the treatment, he was referred to an oncologist. Further evaluations showed him to be suffering from metastatic prostate cancer, and appropriate treatment was initiated.

**Conclusion:** Despite the advances in diagnostic tools and increasing accuracy of tests, clinical examination is important and considered a key component of the diagnosis of prostate cancer.

**Keywords:** prostate, cancer

#### How to cite this article:

Abbasi M. Prostate Cancer: A Case Report. J Res Urol. 2017; 2 (1) :29-32

## گزارش موردی: سرطان پروستات

محمد عباسی<sup>۱</sup>، ساره بصیری<sup>۲</sup>

۱. استادیار، گروه هماتولوژی و انکولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۲. دانشجوی دوره دکتری تخصصی داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

## چکیده

## اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله

دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۱۴

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۸/۱۳

انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۱۰/۲۷

JUR 2018; 2(1):029-032

**زمینه و هدف:** سرطان پروستات در ۷۰ درصد مردان دیده می‌شود و دومین علت مرگ و میر مردان است که با غربالگری و تشخیص به موقع می‌توان از مرگ و میر و عوارض آن کاست.

**گزارش موردی:** این مطالعه از نوع گزارش موردی است. بیمار مرد ۵۲ ساله با شکایت از کمردرد هشت ماهه و تشخیص ندادن علت آن مراجعه کرد و در بررسی اولیه مشخص شد که تومور اینفیلتراتیو استخوان داشته است. ابتدا برای بیمار تشخیص مالتیپل میلوما داده می‌شود و بیمار کموتراپی می‌شود که به علت پاسخ داده نشدن به درمان در مراجعه به انکولوژیست، تشخیص سرطان متاستاتیک پروستات داده شد و تحت درمان مناسب قرار گرفت.

**نتیجه گیری:** در علم پزشکی با وجود پیشرفت انواع وسایل کمک تشخیصی و افزایش دقت آزمایش‌ها هنوز هم معاینه بالینی جایگاه خود را از دست نداده و جزء اصلی تشخیص بیماری است.

**کلمات کلیدی:** سرطان، پروستات

برای دانلود این مقاله،  
کد زیر را با موبایل خود  
اسکن کنید.



**نویسنده مسئول:** ساره بصیری، دانشجوی دوره دکتری تخصصی داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

تلفن: ۰۹۱۸۳۵۱۴۱۱۳ • ایمیل: Sbasiri97@gmail.com

## مقدمه

استخوان انجام می‌شود. پاسخ IHC آن Metastatic Adenocarcinoma گزارش می‌شود که به شرح زیر بوده است:

CK7: negative

CK20: negative

CDX2: negative

PSA: positive

لذا تشخیص نهایی بیماری او Metastatic adenocarcinoma with prostate origin می‌شود. بیمار با تشخیص سرطان متاستاتیک پروستات بیشتر بررسی می‌شود. در اسکن استخوان متاستازهای منتشر استخوانی داشته است و PSA > 100ng/mL بوده است. بیمار با دکاپیتیل همراه با بکلوتامید درمان شده و شرایط بالینی‌اش بهتر می‌شود.

## بحث

سرطان پروستات در ۷۰ درصد اتوپسی مردان بالای ۷۰ سال مشاهده می‌شود. از هر شش مرد یک نفر با تشخیص این بیماری زیر نظر بوده یا درمان قرار می‌شود و دومین عامل مرگ در اثر سرطان در مردان است؛ ولی از هر سی مرد مبتلا، یک نفر در اثر این بیماری می‌میرد. لذا در بسیاری از موارد، فقط کافی است بیمار تحت نظر باشد [۱].

درباره غربالگری این بیماری اختلاف نظر بسیار زیاد است؛ ولی انجمن اورولوژی آمریکا توصیه می‌کند، مردان از سن ۵۵ تا ۶۹ سالگی PSA را سالانه انجام داده و معاینه DRE شوند [۲].

بر اساس Grade, Stage و میزان PSA بیماران با سرطان پروستات غیر از مرحله چهار در گروه‌های خیلی کم‌خطر تا خیلی پرخطر قرار می‌گیرند و نوع درمان موضعی این بیماران بسته به گروه مد نظر، سن بیمار، بیماری‌های همراه و عمری است که از بیمار انتظار می‌رود [۳].

اساس درمان سطح چهار، خارج کردن بیضه‌ها است. جایگزین آن Antagonist های LHRH یا Agonist های آن است. در صورت مصر Antagonist های LHRH در ماه اول مصرف، یک مهار کننده رسپتور آندروژن الزامی است. به هردلیل، PSA سریعاً سقوط می‌کند [۴-۵]. بیماران حدود دو سال به این درمان پاسخ می‌دهند. سپس به تدریج مقاوم می‌شوند؛ یعنی این که PSA بیمار که در فاصله هر سه تا شش ماه چک می‌شود رو به افزایش می‌رود و اگر مجدداً دو برابر شود به درمان بیمار یک آنتی آندروژن اضافه می‌گردد. این بیماران در تمام مراحل باقی مانده عمر باید کاملاً

سرطان پروستات یکی از شایع‌ترین علت‌های مرگ و میر مردان است. این بیماری معمولاً تا مراحل پیشرفته ممکن است بدون علامت باشد و خود را با متاستازهای دوردست نشان دهد. بنابراین شک بالینی قوی و همچنین معاینه بالینی دقیق بیمار و درخواست آزمایش‌ها و تصویربرداری مناسب و به موقع برای تشخیص و غربالگری بیمار می‌تواند در تشخیص زودرس بیماری پیش از متاستاز و عوارض بیشتر کمک کننده باشد. بدیهی است که با بیماری‌های زودهنگام می‌توان از میزان مرگ و میر ناشی از بیماری و شیوع بیماری (Morbidity Rate) کاست.

## گزارش مورد

بیمار مرد ۵۲ ساله که با شکایت از کمردرد از هشت ماه قبل به پزشکان متعدد مراجعه و در نهایت به جراح مغز و اعصاب مراجعه می‌کند. هنگام مراجعه در شرح حال خود از کمردرد بدون ارتباط با فعالیت شاکی بوده و مشکل دیگری نداشته است. در معاینه تنها یافته بالینی تندرست مهره‌های لومبار بود. از بیمار MRI گرفته شده و توصیه شد که علاوه بر تنگی کانال ناحیه لومبار و استئوآرتروپاتی، از نظر تومورهای اینفیلتراتیو استخوانی بررسی بیشتری انجام شود. سپس بیمار به اونکولوژیست ارجاع گردید که در معاینه نکته‌ای مشاهده نشده است.

در آزمایش‌ها تعداد گلبول‌های سفید طبیعی بود؛ ولی آنمی، ترومبوسیتوپنی و شیف‌ت به چپ یا واکنش لوکواریتروبلاستیک گزارش گردید. میزان کراتینین، کلسیم، فسفر سرم، طبیعی و سی تی اسکن ریه، شکم و لگن نیز طبیعی بود ولی آلکالین فسفاتاز یک و نیم برابر حد طبیعی بود. آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان نیز روی بیمار انجام می‌شود که مشکوک به مالتیپل میلوما بوده است. الکتروفورز روتین‌های سرم و بررسی ایمنوالکتروفورز ادرار طبیعی بوده است. در بررسی IHC روی نمونه مغز استخوان، تشخیص مالتیپل میلوما تأیید می‌شود. رادیوتراپی مهره‌های کمری و درمان همزمان با داروی Bortezomib + Dexametasone روی بیمار انجام می‌شود که پاسخ به درمان مناسب نبوده است. بعد از دو ماه، به اونکولوژیست دیگری مراجعه می‌کند. در بررسی مجدد ایشان آنمی، ترومبوسیتوپنی و واکنش لوکواریتروبلاستیک و آلکالین فسفاتاز بیش از پنج برابر نرمال داشته است. ESR=51 و LDH=1051 بود و علی‌رغم نداشتن تمایل، مجدداً از بیمار نمونه‌برداری مغز

استرونیوم که علاقه به بافت استخوان دارند و از خود اشعه ساطع می‌کنند، در درگیری مقاوم استخوان مصرف می‌شوند [۸،۱].

### نتیجه‌گیری:

با وجود پیشرفت‌های فراوان در علم پزشکی و افزایش دقت آزمایش‌ها و کمک تشخیصی، هنوز هم شرح حال مناسب و معاینه دقیق ۸۰ درصد مراحل تشخیص بیماری است. علاوه بر آن IHC روش قطعی تشخیص میلوم مالتیپل نبوده و بررسی دقیق لام مغز استخوان همراه با تفسیر لام خون محیطی، در کنار سایر علایم بالینی و آزمایشگاهی برای این تشخیص الزامی است. هم چنین در این بیمار الکلان فسفاتاز بالا نادیده گرفته شده که در تشخیص اولیه توجه‌پذیر نبوده و پزشک باید در ابتدا متاستازهای استخوانی را هم مد نظر قرار می‌داد.

### تعارض منافع

بین نویسندگان، هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد

اخته بوده و سطح تستوسترون زیر ۵۰ ng/mL باشد [۱،۶]. در ادامه مسیر درمان، بیمار مجدداً بعد از یک تا دو سال مقاوم شده و PSA بالا می‌رود. در این زمان بهترین درمان، هشت جلسه شیمی درمانی با داروی پردنیزولون + Docetaxol است. بعد از قطع آن آنتی‌اندروژن مجدداً شروع می‌شود. اگر مقاوم شد از داروهای آبیرون استات یا انزالوتامید استفاده می‌شود. خط بعدی درمان Cabazitaxol است. بعد از مصرف هشت سیکل این دارو، به بیمار یکی از دو داروی آبیرون یا انزالوتامید را تجویز می‌گردد که قبلاً مصرف نکرده است. در صورت مقاومت از ترکیب پردنیزولون + میتوگزانترن استفاده می‌شود [۷]. در درمان‌های بعدی بیماران مقاوم، ترکیبات پرژسترون همراه با آنتی‌اندروژن و یا استروژن (دی اتیل سترول) استفاده می‌شود. بسته به Grade و میزان اولیه PSA و درگیری اولیه احشایی، این بیماران 2 تا 10 سال عمر می‌کنند [۷]. برای موارد با متاستاز استخوان، برای کاهش درد و کاهش خطر شکستگی از مهار کننده رسپتور RANK به نام Denzumab استفاده می‌شود. جایگزین آن Zoledronic Acid است که برای این بیمار استفاده شد. رادیوم و

### References

1. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine, 19<sup>th</sup> ed. USA 2015. 2015. p 579-583. 2015
2. Society AC. Cancer Facts & Figures 2016: American Cancer Society; 2016 [Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2016/cancer-facts-and-figures-2016.pdf>].
3. Wolf AM, Wender RC, Etzioni RB, Thompson IM, D'Amico AV, Volk RJ, et al. American Cancer Society guideline for the early detection of prostate cancer: update 2010. *CA Cancer J Clin*. 2010;60(2):70-98. DOI:10.3322/caac.20066. PMID:20200110.
4. Hayes JH, Ollendorf DA, Pearson SD, Barry MJ, Kantoff PW, Stewart ST, et al. Active surveillance compared with initial treatment for men with low-risk prostate cancer: a decision analysis. *JAMA*. 2010;304(21):2373-80. DOI:10.1001/jama.2010.1720. PMC3055173.
5. Al Olama AA, Kote-Jarai Z, Giles GG, Guy M, Morrison J, Severi G, et al. Multiple loci on 8q24 associated with prostate cancer susceptibility. *Nat Genet*. 2009;41(10):1058-60. DOI:10.1038/ng.452. PMID:19767752.
6. Ewing CM, Ray AM, Lange EM, Zuhlke KA, Robbins CM, Tembe WD, et al. Germline mutations in HOXB13 and prostate-cancer risk. *N Engl J Med*. 2012;366(2):141-9. DOI:10.1056/NEJMoa1110000. PMC3779870.
7. Tourinho-Barbosa RR, Pompeo AC, Glina S. Prostate cancer in Brazil and Latin America: epidemiology and screening. *Int Braz J Urol*. 2016;42(6):1081-90. DOI:10.1590/S1677-5538.IBJU.2015.0690. PMC5117963.
8. Raymond VM, Mukherjee B, Wang F, Huang SC, Stoffel EM, Kastrinos F, et al. Elevated risk of prostate cancer among men with Lynch syndrome. *J Clin Oncol*. 2013;31(14):1713-8. DOI:10.1200/JCO.2012.44.1238. PMC3641694.

