

## **Post-transurethral resection of bladder tumor urethral squamous cell carcinoma: A case report**

Baghinia MR(M.D)<sup>1\*</sup>, Godarzi D(M.D)<sup>1</sup>

1- Department of Urology, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Received: 19 Feb 2011 , Accepted: 1 March 2011

---

### **Abstract**

**Background:** Transitional cell carcinoma is the most common bladder tumor that can be treated by surgery, BCG instillation, chemotherapy, and radiotherapy. This study deals with urethral squamous cell carcinoma (SCC) in a patient with history of transurethral resection (TUR-T) of bladder transitional cell carcinoma treated by BCG instillation.

**Case:** A 68-year-old man was admitted with gross hematuria, lateral prostatic lobe kissing, and a pedunculated 2×3mm mass in bladder in cystoscopy. He had undergone TUR-T and BCG instillation and had been followed regularly every 3 months with cystoscopy. In the follow up, 9 months later, several pedunculated tumors in penile urethra that were of SCC type were indicated in pathological analysis.

**Conclusion:** Since membranous urethra is the most common site and TCC is the most common type of urethral cancers in this site, SCC in penile urethra was unexpected. This could be because of chronic inflammation due to treatment and cystoscopic follow ups.

**Keywords:** Squamous cell carcinoma, Transitional cell carcinoma, Urethral neoplasms

\*Corresponding author:

Address: Department of Urology, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran  
Email: Mahmood382462001@yahoo.com

## گزارش یک مورد سرطان سلول سنگفرشی پیشابراه به دنبال جراحی تومور مثانه

محمود رضا باغی نیا<sup>\*</sup>، داوود گودرزی<sup>۱</sup>

۱- استادیار، متخصص اورولوژی، گروه اورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۱/۳۰ تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۲/۱۱

### چکیده

**مقدمه:** سلول ترانزیشنال شایع ترین تومور مثانه می باشد که با درمان های جراحی و ایمونوتراپی BCG و شیمی درمانی و رادیوتراپی قابل درمان است. در این مطالعه به بروز سرطان سلول سنگفرشی در پیشابراه یک بیمار با سابقه سرطان سلول ترانزیشنال درمان شده با TUR-T و BCG می پردازیم.

**مورد:** بیمار یک مرد ۶۸ ساله با خون واضح در ادرار، وجود kissing در لوب های جانبی مجرای پروستاتیک و یک توده ۲×۳ میلی متر پدانکوله در اطراف مجرای ورودی حالب راست به مثانه در سیستوسکوپی بود که تحت درمان TUR-T و BCG قرار گرفته و با تشخیص پاتولوژیک سرطان سلول ترانزیشنال هر سه ماه یک بار بوسیله سیستوسکوپی پیگیری شد. در پیگیری ها ۹ ماه بعد توده های متعدد پدانکوله در قسمت penile urethra مشاهده شد که در بررسی پاتولوژیک SCC گزارش شد.

**نتیجه گیری:** با توجه به این که شایع ترین محل گرفتاری مجرا ممبرانوپیورترا می باشد و سرطان سلول ترانزیشنال شایع ترین تومور این ناحیه است، بروز تومور سرطان سلول سنگفرشی در penile urethra غیر قابل انتظار بوده و می تواند ناشی از تحریک مزمن این ناحیه در طی درمان و پیگیری باشد.

**واژگان کلیدی:** سرطان سلول سنگفرشی، تومور پیشابراه، سرطان سلول ترانزیشنال

<sup>\*</sup>نویسنده مسؤل: اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، گروه اورولوژی

**مقدمه**

سونوگرافی کلیه، مجرای ادراری و مثانه نیز نکته غیر معمولی دیده نشد. در نهایت بیمار تحت سیستوسکوپی قرار گرفت. در سیستوسکوپی، مجرای قدامی نرمال و در لوب‌های لترال مجرای پروستاتیک مختصری kissing مشاهده شد و بقیه قسمت‌های مجرای پروستاتیک و گردن مثانه نرمال بود. در مثانه نیز در اطراف مجرای ورودی حالب راست یک توده ۲×۳ میلی‌متر پدانکوله وجود داشت و بقیه قسمت‌های مثانه نرمال بود.

بیمار تحت روش تراش تومور از راه مجرا قرار گرفت. شواهدی از سنگ در مثانه و حالب رویت نشد و نمونه پاتولوژی ارسال شده از تومور با درجه پایین سلول‌ترانزیشنال TCC اعلام شد. برای بیمار در ادامه، درمان با واکسن BCG انجام شده و هر سه ماه جهت پی‌گیری از نظر عود تومور تحت سیستوسکوپی قرار گرفت. در دو دوره اول و دوم پی‌گیری هیچ‌گونه شواهدی از عود تومور در مثانه و مجرای ورودی حالب راست و چپ رویت نشد اما در دوره سوم پی‌گیری یعنی نه ماه پس از انجام تراش تومور از راه مجرا علیرغم نرمال بودن مثانه و مجرای پروستاتیک، توده‌های متعدد پدانکوله در قسمت پنیس مشاهده شد که در بررسی پاتولوژیک سرطان سلول سنگفرشی گزارش شد.

**بحث**

بدخیمی‌های مجرای پیشابراه کمتر از ۱ درصد کل سرطان‌های دستگاه ادراری مردان را تشکیل می‌دهند (۴). بروز این بیماری با افزایش سن بیشتر شده و با نسبت جنسی ۷ به ۳ در مردان بیشتر رخ می‌دهد (۴).

در بررسی‌های اخیر سرطان سلول‌ترانزیشنال به عنوان شایع‌ترین تومور پیشابراه معرفی شده است، که در تقابل با بررسی‌ها قدیمی‌تر است. در این بررسی‌ها آدنوکارسینوما ۱۶/۴ درصد، سرطان سلول سنگفرشی ۲۱/۵ درصد و سرطان سلول‌ترانزیشنال ۵۵ درصد سرطان‌های پیشابراه را تشکیل می‌دهند و قسمت بولبو ممبرانوس مجرا شایع‌ترین محل بروز تومورهای پیشابراه می‌باشد (۴). سرطان سلول‌ترانزیشنال بیشتر در مجرای خلفی که به طور طبیعی با سلول‌های اپیتلیوم ترانزیشنال پوشیده شده است و در ادامه

تومور مثانه چهارمین تومور شایع مردان در ایالات متحده می‌باشد. شایع‌ترین نوع تومور در این ناحیه سرطان سلول‌ترانزیشنال است (۱، ۲). درمان تومورهای مثانه با توجه به شدت بیماری و لایه‌های درگیر از تراشیدن بافت سرطانی تا سیستکتومی متفاوت می‌باشد. جهت کاهش میزان عود بیماری از روش‌های ایمونوتراپی چون BCG تراپی و روش‌های شیمی‌درمانی و رادیوتراپی نیز استفاده می‌شود. پس از درمان نیز بیمار باید پی‌گیری شده و بروز هرگونه عود یا متاستاز بررسی شود (۳).

تومورهای سرطان سلول‌ترانزیشنال شایع‌ترین تومور مثانه، حالب و پیشابراه و دومین تومور شایع کلیه است (۲). این تومور قادر است نقاط متعددی از سیستم ادراری تناسلی را درگیر نماید. مجرای پیشابراه یکی از محل‌هایی است که ممکن است تومورال شود. تومورهای پیشابراه نادر بوده و در کل کمتر از ۱ درصد کل تومورهای دستگاه ادراری را تشکیل می‌دهند (۴).

در این مطالعه ما به معرفی بیماری می‌پردازیم که ۹ ماه پس از درمان سرطان سلول‌ترانزیشنال با درجه پایین مثانه در محل ورودی حالب راست به مثانه به روش تراش تومور از راه مجرا و واکسن باسیل کالمت - گرین (BCG) به تومور سلول سنگفرشی مجرای پیشابراه مبتلا شده است.

**مورد**

بیمار مرد ۶۸ ساله‌ای بود که به علت وجود خون واضح در ادرار به بیمارستان قدس اراک مراجعه نموده و تحت معاینه و بررسی قرار گرفت. در بررسی‌ها علائم حیاتی بیمار پایدار و معاینات بالینی وی نرمال بود. در توشه رکتال بیمار بزرگی خفیف پروستات با قوام آدنوماتوز گزارش شد. در آزمایش کامل ادرار درخواست شده برای بیمار نیز گلبول قرمز به مقدار زیاد و گلبول سفید به میزان ۸-۶ در هر میدان میکروسکوپی با بزرگنمایی بالا گزارش شد. از این رو برای بیمار سونوگرافی کلیه و مجاری ادراری درخواست شد که در آن یک توده هایپراکو با ابعاد ۳×۵ میلی‌متر در اطراف مجرای ورودی حالب راست به مثانه دیده شد. در

درمان سرطان سلول ترانزیشنال وجود ندارد. در بررسی‌های انجام شده شایع‌ترین محل درگیری پیشابراه ناحیه بولبومبرانوس (۴) می‌باشد اما در این بیمار ناحیه پنیس درگیر بوده است که به نظر می‌رسد تحریک و التهاب مزمن ناشی از سونداژ و درمان TUR-T در بروز سرطان سلول سنگفرشی پیشابراه تأثیر داشته است.

#### منابع

1. Hemelt M, Yamamoto H, Cheng KK, Zeegers M. The effect of smoking on the male excess of bladder cancer: A meta analysis and geographical analyses. *International Journal of Cancer*. 2009;124(2):412-9.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2009. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2009;59(4):225-49.
3. Alexandroff AB, Jackson AM, O'Donnell MA, James K. BCG immunotherapy of bladder cancer: 20 years on. *The Lancet*. 1999;353(9165):1689-94.
4. Swartz MA, Porter MP, Lin DW, Weiss NS. Incidence of primary urethral carcinoma in the United States. *Urology*. 2006;68(6):1164-8.
5. Gilliland FD, Key CR. Male genital cancers. *Cancer*. 1995;75(S1):295-315.
6. Nelles JL, Konety BR, Saigal C, Pace J, Lai J. Urethrectomy following cystectomy for bladder cancer in men: Practice patterns and impact on survival. *The Journal of urology*. 2008;180(5):1933-7.
7. Tobisu K, Kanai Y, Sakamoto M, Fujimoto H, Doi N, Horie S, et al. Involvement of the anterior urethra in male patients with transitional cell carcinoma of the bladder undergoing radical cystectomy with simultaneous urethrectomy. *Japanese journal of clinical oncology*. 1997;27(6):406.
8. Ergun O, Kosar A, Ciris IM. Urethral Recurrence of Bladder Tumor Occurring as a Perineal Mass 2 Years After Transurethral Resection: A Case Report. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 2010;26(11):624-7.
9. Kaplan G, Bulkey G, Grayhack J. Carcinoma of the male urethra. *The Journal of urology*. 1967;98(3):365-71

اپیتلیوم مثانه قرار دارد رخ می‌دهد (۵). بروز سرطان سلول ترانزیشنال در مجرای قدامی که به طور طبیعی با سلول‌های اپی‌تلیوم سنگفرشی کاذب استوانه‌ای و استوانه‌ای پوشیده شده بسیار نادر بوده و در صورت بروز، توضیح ممکن می‌تواند متاستاز سلول‌های تومورال از سایر نقاط دستگاه ادراری یا تناسلی و یا وجود بافت اکتوپیک در ناحیه باشد. کشف تومور پیشابراه در مراحل پیشرفته بیماری سبب شده است تا امکان تشخیص انواع اولیه و متاستاتیک مشکل شود. از طرف دیگر داده‌های این بیماری به علت بروز کم آن اندک است. تومورهای اولیه و انواع متاستاتیک و عود پس از درمان جراحی سرطان دستگاه ادراری تناسلی در این ناحیه در کل نادر می‌باشد. عود سرطان سلول ترانزیشنال مثانه در پیشابراه در ۱۷-۴ بیمار گزارش شده است (۶). در مطالعه دیگری نیز عود سرطان سلول ترانزیشنال در بولبار یورترا در ۱۹ درصد بیمارانی که تحت روش تراش تومور از راه مجرا به طور متعدد در سرطان مثانه قرار گرفته بودند گزارش شده است (۷). عثمان ارگون و همکاران در مطالعه‌ای به معرفی یک بیمار با یک توده در ناحیه پرینه دو سال پس از تراش تومور از راه مجرا در کاسینوم سلول ترانزیشنال مثانه پرداخته‌اند (۸).

در بیمار معرفی شده، در دوره سوم بیمار از سوزش و تکرر ادرار شاکی بود که در پی‌گیری به وسیله سیستم اسکوپ، ضایعات متعدد پدانکوله در ناحیه پنیس وجود داشته که در گزارش پاتولوژی سرطان سلول سنگفرشی گزارش شده است. با توجه به تومور اولیه در مثانه انتظار می‌رفت ضایعه پیشابراه نیز از نوع کاسینوم سلول ترانزیشنال باشد که این طور نبود.

در مطالعات انجام شده سابقه ابتلا به سرطان‌های مثانه عامل خطری برای درگیری پیشابراه و التهاب و تحریک مزمن مجرای پیشابراه عامل خطری برای بروز سرطان سلول سنگفرشی مجرا معرفی شده‌اند (۹) ولی به علت تشخیص دیر هنگام سرطان‌های پیشابراه اطلاعات دقیقی از بروز کاسینوم سلول سنگفرشی در مجرای پیشابراه به دنبال