

Disciplina de urologie (cond.: conf. dr. P. Kótay) și Disciplina de morfopatologie (cond.: conf. dr. Fr. Gyergyay, doctor în medicină) ale I.M.F. Tîrgu Mureș

## ADENOMIOMATOZĂ ȘI CARCINOM PE ACEEAȘI PROSTATĂ

P. Kótay, A. Pop, C. Stoica, I. Bakos

Literatura de specialitate indică o creștere a numărului carcinoamelor de prostată în întreaga lume. Acest număr ridicat, impresionant după unele statistici, se datorește pe de o parte perfecționării metodelor de investigație, iar pe de altă parte creșterii duratei medii a vieții.

După *Boeminghaus*, în complexul prostatic, carcinomul poate fi întâlnit în următoarele ipostaze:

- a) carcinomul țesutului prostatic propriu-zis,
- b) malignizarea procesului de adenomiomatoză,
- c) coexistența carcinom-adenomiomatoză.

În cadrul primei grupe, carcinomul pornit din zona caudală a prostatei determină apariția unor noduli consistenți, duri la palpare. Fenomenele disurice apar relativ târziu.

În cazurile grupei a doua, la palpare se obțin relații corespunzătoare adenomiomatozei (mărire în volum a prostatei), fenomenele disurice fiind prezente de timpuriu.

Datele statistice privind malignizarea adenomului sînt foarte variabile (0,2—32%). La această variabilitate contribuie factori subiectivi și obiectivi ca gradul de experiență a examinatorului, complexitatea examinării, metodele de lucru întreprinse etc.

Coexistența adenomiomatozei și a carcinomului în aceeași prostată constituie o problemă veche a urologiei, mult controversată care nu a fost lămurită complet nici pînă azi. Ambele afecțiuni apar la bărbați din aceeași grupă de vîrstă, fiind în strînsă legătură și totodată dependente de sistemul endocrin. Controversa principală privește punctul de plecare al carcinomului, și anume dacă acesta avînd punctul de plecare periferic invadează în mod secundar adenomul sau adenomul însuși ar putea degenera malign invadînd apoi și periferia?

După *Wildbolz* (1948), carcinomul este foarte frecvent pe terenul unei prostate „hipertrofice”, fiind rar pe un teren „nehipertrofic”. *Andrews și Edwards* (1955) subliniază frecvența mai mare a celor două afecțiuni în mod concomitent.

La antipod se situează *Horstmann* (1952), după părerea căruia cele două entități se exclud reciproc.

Este oare totuși, posibilă malignizarea adenomului?

*Bibus, Frumkin, Kahler, Rich* ș. a. neagă posibilitatea malignizării, punînd sub semnul întrebării observațiile de acest fel. *Ashoff, Horstmann, Noszkay, Burghel, Clay și Shaw* ori neagă direct această posibilitate, ori o indică ca fiind foarte rară. *Iancu, Mihăilescu și Mihalache* (1966) susțin că de obicei carcinomul nu se dezvoltă pe un teren adenomatos.

Contrar acestora, *Dossot, Ilyés, Hryntschak, Albertini, Barringer, Szendrői și Balogh*, admit malignizarea adenomului ca fiind posibilă sau chiar frecventă.

Nu putem să ne atașăm celui grup de autori care exclud posibilitatea malignizării adenomului și care susțin deci că acest proces s-ar dezvolta întotdeauna doar din periferie, adică din prostata propriu-zisă, această reticență fiind bazată pe materialul și rezultatele de care dispunem.

#### Material și metodă

Ca material ne-au servit datele referitor la 200 de bolnavi operați pentru adenomiomatoză prostatică în perioada 1 VII 1964 și 27 VII 1967. Clinic, bolnavii au prezentat tabloul tipic al adenomiomatozei, atît cazurile suspecte cît și cele confirmate ca fiind carcinoame, nu au fost cuprinse în studiu.

La 100 de bolnavi au fost efectuate cistografii; pe baza numărului lobulilor, a poziției lor și a raportului dintre aceștia, afecțiunea a putut fi grupată în 7 tipuri, constatînd în același timp imposibilitatea de apreciere a naturii benigne sau maligne a procesului, pe baza acestei metode de examinare (Kötay și colab. 1969).

Piesele obținute prin adenomectomie au fost fixate în sol. formalină 10%, apoi s-au efectuat prelevări seriate și orientate, în fiecare caz recoltînd astfel 4—6 fragmente cu suprafețe cît mai mari, cuprinzînd toată piesa, cu predilecție zonele care prezentau macroscopic un aspect suspect. Fără această metodă de prelucrare a materialului este foarte greu, dacă nu imposibil de a diferenția un carcinom cu punct de plecare capsular de unul pornit din adenom. Piesele au fost incluse în parafină și secționare în grosimi de 5—7 micrometri, după care au fost colorate prin metodele de colorare uzuale (hematoxilina—eozină, van Gieson). Lamele au fost examinate în amănunțime de către același histopatolog (amănunt ce nu este lipsit de importanță), care, în anumite cazuri, a dispus efectuarea de secțiuni seriate sau de reprelevări.

#### Rezultate

Tabelul nr. 1 indică vîrsta bolnavilor, datele noastre racordîndu-se la cele din literatură. Cel mai tînăr bolnav a fost de 46 de ani, cel mai bătrîn de 85 de ani, vîrsta medie fiind de 67,3 ani. Incidența cea mai crescută s-a semnalat la grupa de vîrstă de 61—70 ani (109 cazuri, adică 54,5%).

Tabelul nr. 1

Repartizarea cazurilor de adenomectomie pe grupe de vîrste

Vîrsta	Nr. cazurilor	%
41—50	3	1,5
51—60	21	10,5
61—70	109	54,5
71—80	63	31,5
81—90	4	2,0
Total:	200	100

În repartizarea cazurilor după ocupație este interesant de menționat proporția scăzută a muncitorilor. Acest număr scăzut se datorește faptului că în urma grijii statului nostru socialist la această vîrstă marea majoritate a muncitorilor din industrie profită deja de o pensie binemeritată.

Din cele 200 de piese, în 8 cazuri (4%) am întîlnit carcinoame, în 11 (5,5%) metaplazii pavimentoase și în 10 (5%) atipii glandulare

În 2 din cele 8 cazuri de carcinoame, procesul de malignizare a avut punctul de plecare din adenomiomatoză:

1. Bolnavul F. F. de 62 de ani, pensionar, de un an acuză disurie. De mai multe ori înainte și chiar la internare a prezentat retenție completă. Palparea prin tușeu, cistografia, cit și rezultatele de laborator nu indică malignitatea. Cu ocazia intervenției, constatăm că adenomul de formă trilobată este ușor enucleabil. Examenul histopatologic (109.107.108) indică o adenomiomatiză prostatică simplă, fără semne de malignitate. După 1 an apare o piurie accentuată însoțită de disurie. Tușeul rectal indică relații normale. Examenul radiografic pune în evidență o umbră de mărimea unei nuci verzi la nivelul vezicii urinare, corespunzând unui calcul. Cu ocazia cistolitotomiei, după îndepărtarea concremenului, deasupra orificiului intern se constată un nodul median pediculat de mărimea unei nuci, avînd aspectul macroscopic al adenomului de prostată. Se execută enuclearea, după care vindecarea survine fără complicații. La examenul histopatologic (121.412—413—414) se pune în evidență o adenomiomatiză prostatică pe care este grefat un carcinom pavimentos cu punct de plecare din epiteliul canaliculilor prostatice. Se exclude astfel punctul de plecare din capsula chirurgicală a organului. La un an după intervenție la examenul citologic se constată Papanicolou negativ, lipsesc acuzele. cistografia nu indică prezența unui proces tumoral.

2. P. V., 75 de ani, pensionar. Se internează pentru disurie și o retenție de 80 ml. Datele clinice și de laborator nu indică malignitatea. La intervenție se enuclează ușor mai mulți sferuli de diverse mărimi. Examenul histopatologic (98.381) pune în evidență un proces de adenomiomatiză prostatică, în centrul acestui proces un focar circumscris de adenocarcinom, cribriform parțial schiros. Repetatele încercări de a repera originea periferică a procesului malign au fost sortite eșecului. La 6 zile după intervenție, bolnavul sucombă în urma unui infarct miocardic, cu ocazia autopsiei (449/1966), neputîndu-se pune în evidență aspecte de malignitate la nivelul capsulei prostatice restante.

Cele 2 cazuri prezentate vin în sprijinul teoriei care admite posibilitatea malignizării adenomului.

Tabelul nr. 2

Frecvența diferitelor forme de adenom în funcție de profesie

Felul tumorii Profesie	Adenom pur		Metaplasie pavimentosă		Carcinom pur		Atipie celulară		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Agricultori	72	32,0	6	3,0	4	2,0	4	2,0	86	43,0
Muncitori	12	6,0	1	0,5	—	—	—	—	13	6,5
Intelectuali	19	9,5	—	—	1	0,5	—	—	20	10,0
Pensionari	68	34,0	4	2,0	3	1,5	6	3,0	81	40,5
Total	Abs.	171	11		8		10		200	
	%		81,5	5,5		4		5,0		100

P. KOTAY ȘI COLAB.: ADENOMIOMATOZA ȘI CARCINOM  
PE ACEEAȘI PROSTATĂ



Fig. nr. 1: B. I. de 63 de ani; preparatul histologic nr. 81.942. Adenocarcinom parțial cribriform invadant din capsulă. Jos în stînga aspect de adenomyomatoză.



Fig. nr. 2: F. F. de 62 de ani; preparatul histologic nr. 121.414. Canaliculi prostatice cu epiteliul proliferat malign.



Fig. nr. 3: F. F. de 62 de ani; preparatul histologic nr. 121.414. Focar carcinomatos constituit din celule pavimentatoase. Col. H. E., mărire 300 x

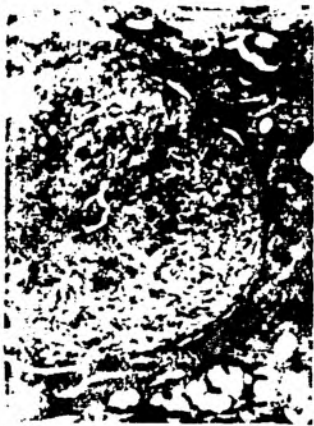


Fig. nr. 4: P. V. de 75 de ani; preparatul histologic nr. 98.381. Focar carcinomatos în mijlocul masei adenomyomatoase. Col. H. E., mărire 44 x.

*Tabelul nr. 3*  
Tabloul histologic al bolnavilor cu carcinom

Nr. curent	Bolnavul Virsta	Diagnosticul clinic	Dg. anatomopatologic	Nr. lamei
1.	K.I. 65 ani	Adenomiomatoza prostatei	Adenomiomatoza prostatei. Carcinom cu celule clare, punct de plecare capsular.	89.805
2.	B.I. 65 ani	Adenomiomatoza prostatei	Adenomiomatoza prostatei. Adenocarcinom în parte cu caracter cribriform. Punct de plecare capsular.	89.942
3.	A.G. 74 ani	Adenomiomatoza prostatei	Adenomiomatoza prostatei. Adenocarcinom cu punct de plecare capsular.	90.819—92
4.	P.V. 75 ani	Adenomiomatoza prostatei	Adenomiomatoza prostatei. Adenocarcinom parțial cribriform, parțial schimos. Punct de plecare în centrul adenomiomatozei.	98.381
5.	N.I. 78 ani	Adenomiomatoză	Adenomiomatoză. Adenocarcinom cu celule clare, punct de plecare capsular.	98.939
6.	K.I. 64 ani	Adenomiomatoză	Adenomiomatoză. Adenocarcinom cu punct de plecare capsular.	100.801—802
7.	D.G. 72 ani	Adenomiomatoză	Adenomiomatoză prostatică. Carcinom prostatic cu punct de plecare capsular.	102.348—350
8.	F.F. 62 ani	Adenomiomatoză recidivantă Calcul vezical	Adenomiomatoză prostatică. Carcinom pavimentos cu punctul de plecare: epiteliul canaliculilor prostatici.	121.412—414

#### *Bibliografie*

1. ALBARRAN L., HALLE H.: Cit. 23; 2. ALBERTINI A.: Histologische Gewulstsdagnostik, G. Thieme, Stuttgart, 1955; 3. ANDREWS G. S.: J Clin. Path. (1947), 17, 571; 4. ASCHOFF L.: Patologische Anatomie, Fischer Ver., Jena, 1923; 5. BARRINGER B. S.: J. Urol. (1942), 47/2, 306; 6. BIBUS B.: Z. Urol. Chir. (1938), 43, 357; 7. BOEMINGHAUS H.: Urologie, E. Banaschewski, München, 1969; 8. BURGHELE TH.: Urologie, Ed. didactică și pedagogică, București, 1969; 9. DOSSOT R.: J. Urol. (1930), 23/2, 217; 10. EDWARDS C.: Med. J. Aust. (1955), 42/1/7, 223; 11. FRUMKIN A. P.: Magy. Seb. (1950), 3/2, 164; 12. HORTSMANN W.: Z. Urol. (1952), 45/1, 50; 13. HRYNTSCSAK T.: Die Hypertrophie und das Carcinom der Prostata, Maudrich, Wien, 1948; 14. ILYÉS G.: Surgical-Urologie, Constab, London,

1940; 15. IANCU I. V., MIHAILESCU GR. și colab.: Rev. Med. Chir. (1966), 91; 16. KAHLER J. E.: J. Urol. (1939), 41/4, 557; 17. KÓTAY P. și colab.: Chirurgia (1969), 3; 18. MOORS R.: Surgery (1944), 16/7, 152; 19. NICULESCU I. și colab.: Chirurgia (1964), 4, 85; 20. NOSZKAY A.: Magy. Seb. (1953), 6/4, 281; 21. OBERDORFER S.: Henke—Lubrasch. (1931), VI, 3, 486; 22. RICH A L.: J. Urol. (1935), 32/2, 215; 23. SZENDRŐI Z., BALOGH F.: Der Prostatakrebs, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1965; 24. WILDBOLTZ E.: Dtsch. Med. Wschr. (1948), 73/29, 305.