

مشاهده نمود اما ویژگی سرطانی مطرح نمی باشد.

#### نکاتی مهم در مورد PSA

۱- ۹۵ درصد PSA در مایع سمینال به حالت آزاد وجود دارد و در حدود ۵ درصد آن نیز به مهارکننده پروتئینی متصل است، در حالی که در سرم میزان کمی از PSA به حالت آزاد وجود دارد و ۸۰ درصد آن به آلفا یک آنتی کیموتریپسین و آلفا دو ماکروگلوبولین متصل است.

۲- مقدار PSA در افراد طبیعی که کمتر از ۵۹ سال سن دارند حداکثر به ۴ میکروگرم در لیتر و در افراد ۶۰-۶۹ سال حداکثر ۴/۵ و در افراد بالاتر از ۷۰ سال حتی به ۵/۵ میکروگرم در لیتر می رسد.

۳- مقدار PSA در سرطان پروستات افزایش می یابد و میزان افزایش آن با حجم تومور و مرحله پاتولوژیک آن تناسب دارد. اگر پس از جراحی مقدار PSA به کمتر از ۴ میکروگرم در لیتر برسد نشان دهنده آن است که تومور تنها محلود به بافت پروستات بوده است ولی اگر پس از جراحی مقدار آن بیش از ۱۰ باشد نشانه گرفتار بودن کپسول پروستات است. چنانچه مقدار آن بیش از ۵۰ باشد تومور به غدد لنفاوی لگن نیز سرایت کرده است.

۴- اگر سرعت افزایش PSA از ۰/۷۵ میکروگرم در لیتر در سال افزایش داشته باشد احتمال سرطان پروستات مطرح است. در این مورد عوامل افزایش کاذب مانند بیوپسی پروستات، ماساژ پروستات و التهاب باکتریایی را باید در نظر گرفت.

۵- با افزایش سن و حجم پروستات PSA بالا می رود و هم چنین بین درصد f PSA و نتیجه مثبت یک بیوپسی ارتباط به خصوصی وجود دارد.

۶- دستکاری های بالینی غده پروستات میزان PSA سرمی را به طور کاذب افزایش می دهد. میزان PSA در تشخیص سرطان پروستات باید بر اساس سن بیمار تفسیر گردد و باید دانست که در سرم زنان نیز PSA یافت می شود. هم چنین بین نسبت PSA و اسیدفسفاتاز پروستات و پیش آگهی سرطان پروستات رابطه وجود دارد. هر قدر این نسبت کوچکتر باشد پیش آگهی بهتر است.

۷- احتمال کانسر در بیماران با درصد پائین f PSA (کمتر یا مساوی ۱۰٪) نسبت به بیماران با درصد بالای f PSA (بیشتر یا مساوی ۲۶٪) بیشتر است. پس برای محاسبه درصد f PSA باید f PSA را به t PSA تقسیم نمود و حاصل را در ۱۰۰ ضرب کرد. لذا بر اساس تحقیق فوق بهترین روش برای تشخیص سرطان پروستات و تمایز آن از هیپرپلازی خوش خیم پروستات اندازه گیری t PSA و f PSA و محاسبه درصد f PSA می باشد.

#### References:

- 1- Use of the percentage of free prostate-specific Antigen to Enhance.... JAMA Vol.279 No, 19, may 20, 1998.
- 2- Prostate specific Antigen in patients of benign Prostate hypertrophy and carcinoma Prostate. Indian Journal of clinical Biochemistry, 2006, 21(1) 34-40.
- 3- prostate- specific Antigen Levels JAMA, 51: 2695-700, 2003.
- 4- prostate-specific Antigen. J Urol, 1999, 162 (2): 293-306.
- 5- Stability of Free prostate-specific Antigen in serum samples ... Urology, 1996, 48(6A): 33-9.

## تشخیص اتوانتی بادی های سیتوپلاسمیک ضد نوتروفیل (ANCA)

با الگوهای متفاوت مشاهده می گردند، که یک نوع آن را سیتوپلاسمیک C-ANCA و الگوی دیگر را پری نوکلئار P-ANCA می نامند، البته الگوی سیتوپلاسمیک را کلاسیک هم می گویند.

آنتی بادی ها در معرض یک سرین پروتئیناز ۳ یا میلیولاستین

ANCA مختص اجزای گرانول های اولیه نوتروفیل ها و لیزوزوم های مونوسیت ها می باشد. دو تیپ مختلف از این اتوانتی بادی ها ANCA با خصوصیات متفاوت وجود دارند که با روش ایمنوفلورسانس غیر مستقیم می توان آن را تشخیص داد. در ایمنوفلورسانس غیر مستقیم (IIF) دو تیپ



اواخر تابستان اتفاق می افتد. معمولا بیماری های کلیه به دنبال یک شرایط سریع و پیشرونده همراه با نفریت ایجاد می گردد و هم چنین به علت نکروران مویرگ های آلوئولار گرفتاری سیستمیک مانند پلومونری همورازیک اتفاق می افتد.

### تکنیک های تشخیص ANCA

به کمک تکنیک ایمونوفلورسانس غیرمستقیم (IIF) و روش الایزا قابل تشخیص می باشد و پزشکان محترم می توانند تحت عنوان تست ANCA آن را درخواست نمایند.

### اقدامات کنترلی جهت بیماری هایی که در ارتباط با

#### ANCA هستند

ازسیکلو فسفامید داخل عروقی همراه با استروئید که نوع خوراکی آن هم همین اثر را دارد می توان استفاده کرد.

### References:

- 1-Small-vessel vasculities. N Engl J Med 1997; 337; 1512-23.
- 2-The syndrome of lung hemorrhage & nephritis is usually an ANCA-associated condition. Arch intern Med 1996; 156; 440-5.
- 3-Development & validation of a consensus methodology for the classification of the ANCA-associated vasculitides & polyarteritis nodosa for epidemiological studies. Ann Rheum. Dis, 2007. 66 (2): p. 222-7.
- 4-A review of immunofluorescent patterns associated with ANCA and their differentiation from other antibodies. J Clin pathol, 1998, 51 (8): P. 568-75.
- 5-Serial ANCA determinations for monitoring disease activity in patients with ANCA - associated vasculitis; Am J kidney Dis, 2006.47(1):p.15-23.

نامیده می شود موجب افزایش الگوی C-ANCA می گردند در صورتی که در الگوی P-ANCA میلوپراکسیداز در افزایش الگو دخالت دارد، همین طور پروتئیناز ۳ به خوبی میلوپراکسیداز در گرانول های اولیه نوتروفیل ها حضور دارند. P-ANCA و C-ANCA دارای ویژگی های بسیار می باشند که انتشار بیماری های وابسته به آن بستگی به میزان این ویژگی ها دارد.

### اتوانتی بادی های ANCA در خون چه بیماریانی

#### یافت می شود؟

در سرم خون بیماران با واسکولیت نکروران مانند گرانولوماتوزیس وگنر، پلی آرتریت نودوزا و گلمرونفریت Crescentic ناشناخته را باید جستجو نمود و هم چنین در گرفتاری های سیستمیک مانند پلومونری همورازیک و واسکولیت سیستمیک که ممکن است با گرفتاری کلیه یا بلون آن همراه باشد مشاهده کرد.

IgG اتوانتی بادی ها (ANCA) در بیماری های نسبت داده به آن به طور مستقیم در صدمات عروقی نقش موثری دارند. در این بیماری ها محل ضایعات و اسکولار مهم نیست کجا باشند (کلیه، شش، احشا، ماهیچه ها یا پوست) بلکه وجه متمایز آنها در این بیماران التهاب نکروران و ایمنی کم می باشد.

باید دانست که IgG اتوانتی بادی ها (ANCA) چه در ضایعات گلمولار بیماریانی که به شکل سیستمیک دچار آن شده اند و چه در ناراحتی های کلیوی محدود مشابه یکدیگر می باشند. به طور مثال در گرانولوماتوز و گنر اغلب دارای C-ANCA و در بیماران با ناراحتی محدود کلیه، لوپوس اریتماتوز و روما توئید آرتریت عموما دارای P-ANCA می باشند.

### علائم کلینیکی در بیماران دارای ANCA

در بیشتر موارد شروع علائم کلینیکی متعاقب بیماری هائی شبیه سرماخوردگی است و حمله بیماری اغلب در زمستان و

