یک مورد سرطان پیشرفتی در اکتوپی بیضه

دکتر کریم معلمی - دکتر فضل انتelles داودی‌پور - دکتر رووخان اقراری

اخیراً بیماری در سرویس میزره بیمارستان سینابستر شد که شرح حال او جالب است. چون از ناراحتی‌هایی غیر از دستگاه ادراری تناشی شکایت داشت وی مبدأ ناراحتی او از سرطان بیضه بود بدن جهت توجه ما را جلب و باعث نگارش این مقاله گردید.

مقدمت با درباره اکتوپی بیضه بحث شود.

اکتوپی بیضه به مواردی اطلاق میشود که بطور مادرزادی بیضه در محفظة طبیعی خود بطور دائم قرار گرفت. اکتوپی ممکن است یکطوری در جلوی جسم ولف (Wolf) و عقب بره صفاق در ناحیه کمربی قرار گرفته است. در سومین ماه جسم ولف شروع به از بین رفتن میکند و بیضه از ناحیه کمربی مهاجرت کرده بطرف ناحیه مغبینی (انگوستیال) می‌آید. در جراحی مغبینی توسط زایده‌ای بنام گورنالگومان کودال جسم (Gubernaculum testis) وolf مشتق است و بعدها لیگمان اسکروتال را به هم سخت و دور می‌کند. در اثر نیوپست کدال جین (ناحیه کمربی لگن آننده) بیضه به دره‌ی از ناحیه کمربی دور می‌شود و این را مهاجرت ظاهری می‌نماید.

پس از این مرحله مهاجرت حقیقی بیش‌تر می‌آید و بدين ترتیب است که بیش‌تر مانند صفاق مجاور بیضه در جلوی بیضه محفظه‌ای ایجاد می‌کند که همان جراحی پرینت واردی‌انال (Canal peritoneo-vaginal)
بیضه از این مجرا پائین می‌آید و در نه ماه‌گی زندگی جنینی خود را به کیسه بیضه میرساند.

بیضه اکتوبیک در ناحیه کمری و ایلیاک فوقانی یک اتفاق منفرد و آنچه شایع است قرار گرفتن بیضه اکتوبیک در ناحیه ایلیاک تحتانی و اکثر آن در مجرا می‌باشد. موقعیت ایجاد بیمار بیضه را مجاور سوراخ داخلی مجرا یا عمق مجرا یا نزدیک سوراخ خارجی مجرا یا می‌گذارد. خواهی یافت.

بیضه گاهی در مجرا یا میگفا متحرک است وبلا و پایین می‌رود و گاهی باندزاده متحرک است که ممکن است داخل بورس شده و گام‌گاه برای ازنظر ظاهری خروج را سالم میداند البته با این شکل اخیر نام اکتوبیک بیضه اطلاق نمی‌شود. بطور نادر ممکن است بیضه در جدار کالان و در بنست دو گلاس ویا در نسوب بر اثر بروز سر گردان باشد (Aberation de migration). و از نظر شکل حجم و قوام ممکن است بیضه اکتوبیک طبیعی باشد ولی اکثر اکتوبیک می‌باشد ویا یک چک و صغریافته است (Mounstrveve).

در موارد نادر بیضه اکتوبیک خالی حجم و برگنر از طبیعی است.

مکانیسم اکتوبیک بیضه

سابقاً اکتوبیک را از منشأ عیوب مکانیکی میدانند و تصویر می‌کنند بعلت انسداد مجرا یا میگفا بوسیله نسوج فیبروتیک بیضه نمی‌تواند مهاجرت را کامل کند و داخل بورس شود ولی امروز بیشتر این نسوج را عامل ناکارپس و غمان می‌رود پس از اکتوبیک بودن بیضه این نسوج تشکیل می‌شود.

اخيراً بفرضیه هورمونی بیشتر توجه یافته‌اند و این نظریه طرفداران بیشتری (Gonado-stimuline- place-plaints) و عیوب عروقی که بایستی احتمالاً اکتوبیک می‌باشد است. باشد و مؤید این نظریه اکتوبیک بیضه اکتوبیک است.

باfoxs (Bayls) عقیده دارد بیضه اکتوبیک جنون در محل خود قرار ندارد و بهصورت میروید اخلاقی در جغرافیا را اعمال آن میداند. احتمال در جغرافیا رات کیسه بیضه و شکم یکی باشد. بطور کلی در بیضه‌های اکتوبیک ایالات آپلیا و یا بیلی (Asperm.) ویا می‌شود و نور در صدای‌های اکتوبیک اسپرماتوزیدن می‌شود.

سلول‌های انس‌سود سیل کمتر تغییر یافته و بیضه اکتوبیک دارای نشان دهنده است.
موضوع جالب در اینجا اشاره باین مطلب است که آیا اگر بیضه اکتوپیک عمل شود دوباره اسپرمه میسازد یا خیر؟ و درمان را در چه سنی باید شروع کرد و تا چه حد مؤثر است؟

عدداً معتقدند که تا قبل از بلع بیضه‌ها اکتوپیک سالم هستند و قطع اتک نشده است. تأخیر رشد دارند پس در این زمان باید در فکر درمان بود و بیشتر ناجات داد. (Balye)

معتقد است که بلع‌یک اتک نشده در سال‌های لیدیک (Leydig) در صورتی که اولین مرحله تشکیلات بیضه قبل از بلع در حدود شش سالگی است و در این سن است که سلولهای اولدهای سمنیفر (Tobe Seminifers) حجمشان اضافه شده و در وسط‌شان نقاطی ایجاد شده و اولین رده اسپراتوگونی (Spermatogonie) پیدا می‌گردد.

پیش‌های اکتوپیک که بعداً بلع عمل می‌شوند خاصیت ساختن اسپراتوگونی نخواهند داشت.

معاینه بیمار

در موقع معاینه بیمار باید با استناد به هوا یا نقاط گرم باشد. در مشاهده کیسه بیضه گاهی اصلاً دیده نمی‌شود و گاهی کیسه بیضه و دیگر میشود ولی کوچک و خالی است. در معاینه کلینیکی همیشه باید توجه داشت که آیا اکتوپیک همراه فتق است یا نیز باید تحقیق کرد و انواع روانی (Malformation) بیمار را مورد مطالعه قرار داد.

احتمالاً دامن‌کری بیمار خواهد شد چون در سنین پایین تشخیص داده شود تا از عوارضی که اکتوپیک باید هرچه زودتر در سنین پایین تشخیص داده شود تا از عوارضی که گاهی بیماران از درد خفیف موضوعی بیش به بیماری خود می‌برند چون بیضه در جرای مغزی است و در اثر فشار دردناک است. ورم بیضه‌های سوزاکی یا غیرسوزاکی در بیضه اکتوپیک با علائم شکمی و
جراحی است. درمان طبی هورمونوتراپی است و بهتر است قبل از اقدام به عمل جراحی انجام شود زیرا گاهی باعث بایین آمدن بیضه و رفع اکتوپیک می‌شود. در بیضه‌های اکتوپیک کوچک نیز باید حتماً قبل از عمل جراحی اقدام به هورمونوتراپی کرد زیرا این کار باعث بهبود عملیاتی آوردن صحیح و راحت بیضه می‌شود.

بیل (Bayle) و چارپیش اکتوپیک هستند. مطالعه این کرده و نتایج زیر عمده شده‌اند:

1- عمل ترشح داخلی (Endocrine)

2- از نظر ترشح خارجی (Exocrine) و اسپرماتوزیدیز 198 بیمار 137

(Aspermie).
3- پس از کبدپکسی آزوسپرمیا (azoospermie) دیده شده است.
4- در بیمارانی که با درمان هورمونی بیضه‌ها پایین آمده اکثر اسپرماتوزن محفوظ مانده است.
5- اگر بیمار قبل از بلوغ تحت درمان قرار گیرد، با حتمال پنجم درصد و بعد از بلوغ ۹۵ درصد دارای اسپرم می‌شود. بطور کلی باید گفت که درمان طبی بدن خطر و رضایت بخش است ببرطاطیک درمان را زود شروع کنیم.

موقعیت مناسب شروع درمان قبل از بلوغ سالانه است. بیضه‌های اکتوپیک در کنار مغبی قرار دارند. اگر دراین سن بیمار تحت درمان طبی قرار گیرد، شانس پایین آمدن بیضه‌اش زیاد است. و چنانچه در ناحیه‌ای لیالیک باشد اکثریت از سوراخ‌داخلی کنال پایین میاد و تازه چنانچه نتیجه کامل این نشود در این موارد عمل آسان‌تر خواهد شد.

در صورت انجام عمل اکتوپیک دو ورطه باشد باید بهتر است در یک جلسه عمل شود و با اینکه عمل حتی المقدور ازدستگاه و فشار و ضربه خودداری شود.

در موقع عمل اگر بیضه آپلازیک بود بهتر است برداشته شود چون سرطان بیضه اکتوپیک عمل شده هم به نسبت زایمردی از بیضه سالم و دیگر مشروت (پیست تا پنجم) گزینه‌های زیادتر از بیضه سالم است.

ابسروایی‌نامه:

بیمار جوانی است سی ساله یا لاغر اندازه که بعلت درد و تورم شکم مراجعه کرده از پکسالوئوم پیش در شکم احساس درد و سنجشی داشت و خود از وجود توموری در شکم مطلع است میگوید ابتدای باناده نازکی بود که بزرگ شد.

باورهایی کلینیکی:

در لمس شکم توموری سفت و فوق العاده بزرگ از لبه دنده تا داخل لگن

حس میشود در اثر فشار به تومور درد بیمار اضافه میشود. تومور در دق مات و در لمس در طرفین حید برای تومور نمیتوان یافت. بعلت بزرگی تومور در لمس از وضع کلیه به تومور مطلع شد. در بوس طرف چپ بیش از اندام طبیعی بدست میخورد و چند کیسه پیله طرف راست خالی است و بیمار اظهار میکند از زمینه‌که
به‌خاطر دارد در طرف راست بیضه نداشته است. ناحیه مجاری مغبی طرف راست معاونه شد آثاری از بیضه حس نشد.

آزمایش‌ها:

بیمار اوره‌گرافی شد کلیه طرف راست اصلات‌شاخ نداشت (شکل‌های 1 و 2).

شکل 1

کلیه طرف چپ اتساع دارد در سیستوگرافی فشار خارجی برمانده مشاهده می‌شود.

در رادیوگرافی کول زیبایی‌های مربوطی مشاهده نیست (شکل 3).

در سیستوگرافی سقف مثانه به پایین رانده شده و ظریف مثانه فوقالعاده کم است یا برای بیمار خواسته‌های پنجوگرافی صعودی انجام نمی‌شود. علت ظریف کم‌مانه مقدور نشد.

در آزمایش میکروسکوپی ادرار چرک و خون مشاهده شد. فرمول خون کم‌خونی نسبتاً شدیدی نشان می‌دهد.

رادیوگرافی قفسه صدیع طبیعی است و آثاری از متاستاز مشاهده نمی‌شود.

با توجه به اکتوپی بیضه با تشخیص احتمالی تومور بد‌خیم از مبدا بیضه اکتوپیک
نسمبنداری از تومور بعمل آمد و نتیجه سینیوم پیشنه بود و بیمار برای رادیوتراپی معرفی شد.

آمار بیماران اکتوپیک که به بخش میزراه بیمارستان سینا مراجعه کردهاند در ۳۶ ماه اخیر با اینکار است:

جمع بیماران ۷۹ نفر بوده است و ۱۵ نفر تحت درمان پزشکی و بدون عمل جراحی و ۶۴ نفر تحت عمل جراحی (ارکیدوپکسی) قرار گرفته‌اند.

از این ۷۹ نفر ۵۷ نفر به‌طور مشابه ۱۳ سال بالا و ۲۲ نفر سنان دهسال کمتر بوده است.

این افراد اکثر بیماران قبل از عمل تحت درمان گوناگون تروپ ها قرار گرفته‌اند. از این میزان ۷۹ نفر اکتوبیپی در طریق داشته‌اند که در یک م(PC) تهای عمل شده‌اند.

نتیجه:

۱- اکتوپیپی بیشتر از شش سالگی بدون عمل شناس درمان دارد و پس از شش سالگی هورمونوتراپی ممکن است علایم قطعی باشد.