

تومر تکال تخمدان (۱)

نگارش

دکتر حسین رحمتیان
استاد دانشکده پزشکی

مقصود تومورهای هستند که عمدتاً از سلولهای تک داخلی (۲) پدید می آیند، نمای این تومرها ظاهراً شباهت به فیبرمها داشته و مانند آنها مدور - محدود و در برش منظره گردبادی را عیناً شبیه به فیبرمهای تخمدان دارند با این اختلاف که بین مناطق وسیع گردبادی ساختمانهای زردطلایی دیده میشوند که در حقیقت نشانی انباشتگی مواد چربی و لیپوئید و یا کالستیرین است. مناطق مزبور غالباً در نمای ما کروسکپی نظر آسیب شناس را جلب نموده و نوع تومر را تا حدی مشخص میسازد.

نکته مهمی که از نظر بیولوژی شایان توجه میباشد این است که در این قبیل تومرهای تکال در مخاط رحم بویژه تغییراتی از قبیل آندومتریته هیپرپلازیک (۳) و ضایعات گلانگولو کیستیک (۴) مخاط رحم همراه با خونریزی ظاهر میشود که همگی این علائم گواه بر ازدیاد ترشح فولیکولین میباشد. پس صفت مهمی که تومرهای تکال را از اقسام مشابه متمایز میسازد همانا تغییرات سیتوهورمونال یعنی هیپرپلازی مخاط رحم و خونریزی است. در ایران تعداد مبتلایان تا بحال زیاد نبوده و اگر هم بفرص فراوان باشد چون تحت آزمایش قرار نمیگیرند لذا نمیتوان آمار صحیحی از آنها در دست داشت. میکروفوتوگرافیهائی که در این مقاله بنظر خوانندگان محترم میرسد عکسهائی است که از یک قطعه ارسالی از تخمدان خانمی بدستور آقای دکتر طباطبائی دانشکده ارسال شده. تومر مزبور با اندازه یک پر تقال - محدود - منظم و در برش کاملاً نمای فیبرم تخمدان را حفظ کرده بود تنها در پرتونور کانوهای زرد رنگی نیز در بین مناطق فیبرمی جلب نظر مینمود.

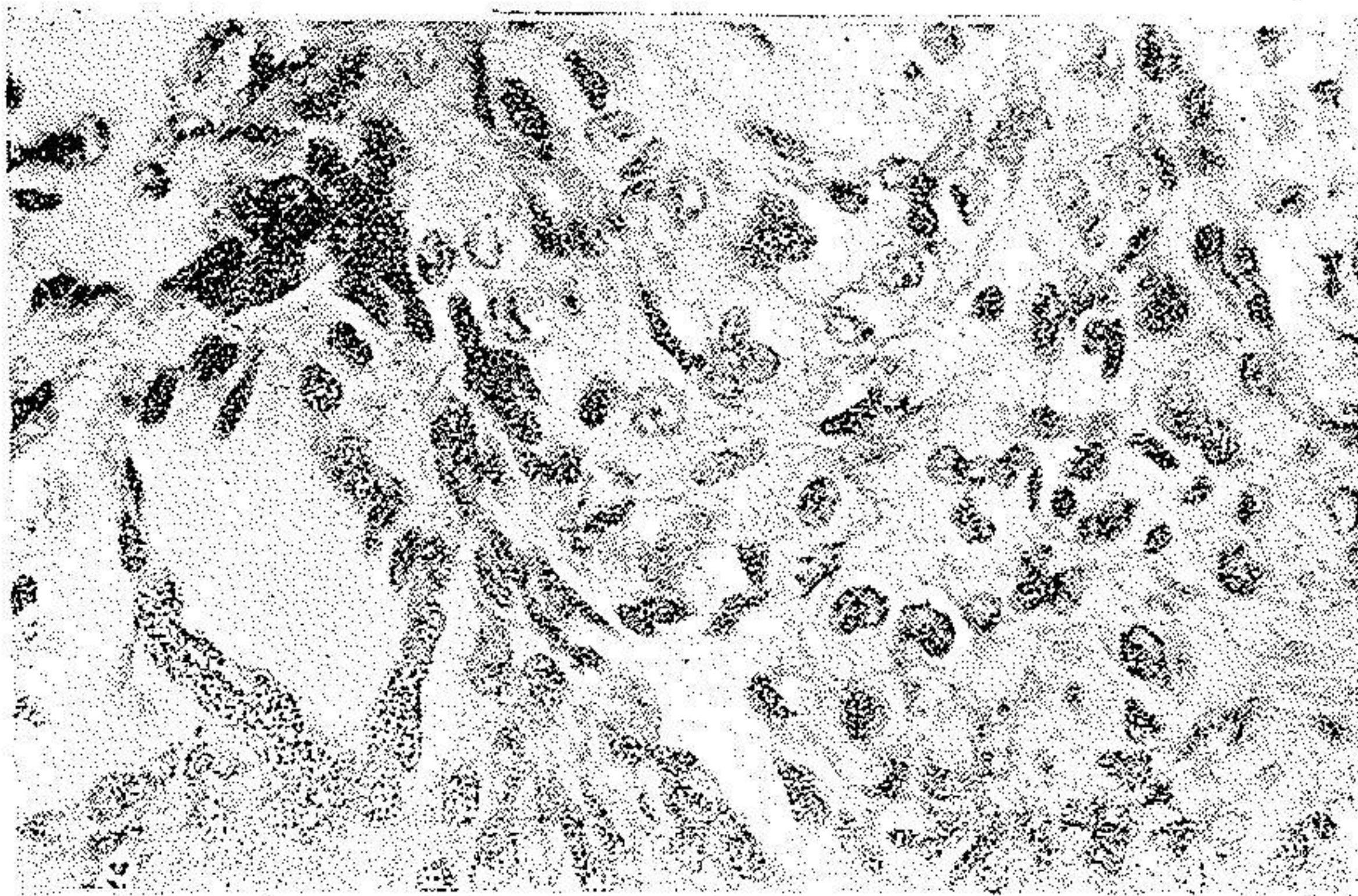


(شکل ۱)

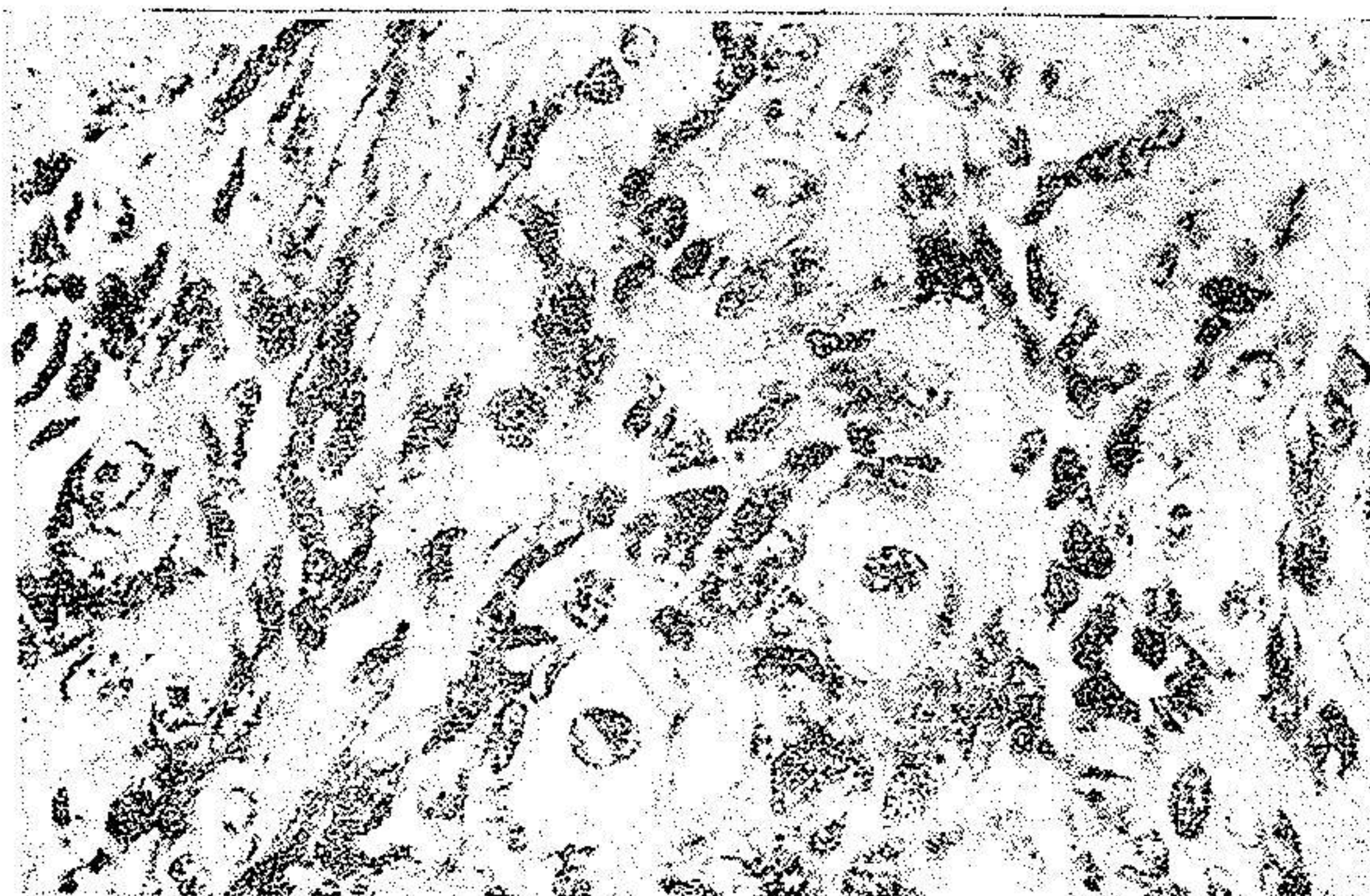
در آزمایش میکرسکوپی قسمت وسیع بافت از سلولهای فیبروبلاست دو کی شکل همراه با تکثیر رشته‌های کلاژن دیده میشود. در بعضی نقاط جدار عروق مبتلا به هیالینیزاسیون^(۱) شده و منفذ آنها را تنگ کرده است.

در تصویر شماره یک بخوبی مشاهده میشود که بافت اصلی تخمدان حاوی تخمک‌های اولیه^(۲) از تومر اصلی بواسطه یک تیغه پیشنی که در حقیقت غلاف تومر را تشکیل میدهد مجزا میباشند.

همانطور که در بالا ذکر شد مناطق وسیع سلولهای چندضلعی یا اپی‌تلیوئید یا تخم مرغی شکل با پرتوپلاسم روشن، بین انبوه سلولهای فیبر و بلاستی بصورت همان مناظر زرد طلائی (با چشم) جلب نظر بیننده رامینماید. این سلولها مملو از لیپوئید و مخصوصاً اطراف عروق متمرکز بوده و دارای مواد چربی از نوع کالسترول میباشند. در بین علمای کارشناس ترشح داخلی یک بحث اصولی راجع بعمل فیزیولوژیکی این سلولها وجود دارد بدینمعنی که بعضیها ترشح فولیکولین را منحصر بسلولهای گرانولز



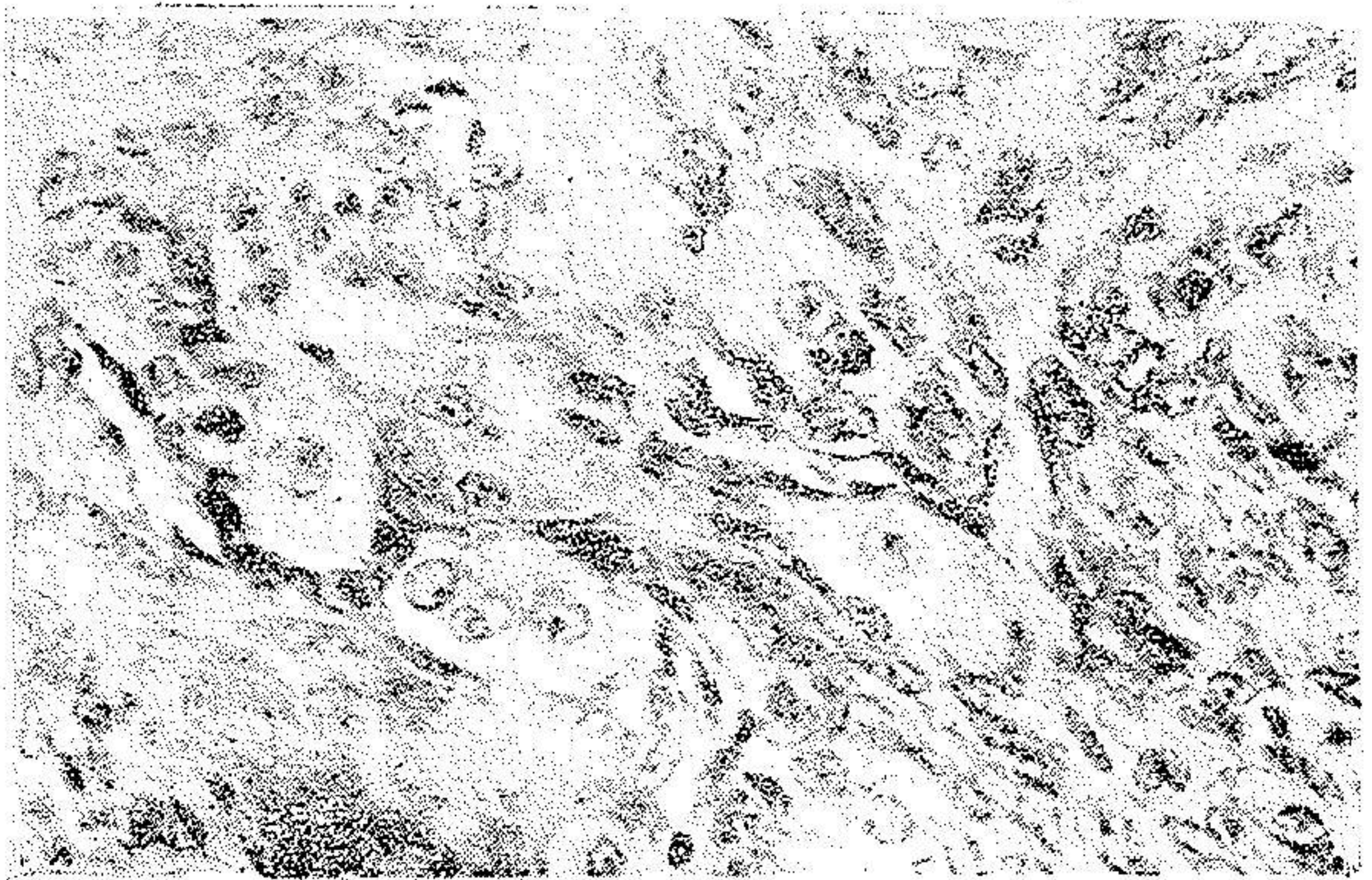
(شکل ۲)



(شکل ۳)

میدانند و برخی بخلاف این عمل را بعهده سلولهای تک داخلی میسپارند.
بعقیده عده زیادی از علما سلولهای تکال بهترین نمونه غدد ترشح داخلی بوده

و ترشح فولیکولین را انجام میدهند چه اینان قائلند که سلولهای چند ضلعی یا پی تلیوئید بایر توپلاسم مملو از کلاسترل جدار رگهای موئینه را پوشانده و عیناً منظره غدد ترشح داخلی را دارند در حالیکه سلولهای گرانولز بندرت دارای چربی بوده و فاقد عروق میباشند.



شکل ۴

اگر قبول کنیم که غدد ترشح داخلی لازم است دارای رگهای موئینه سینوزئید باشند بنا بر این سلولهای گرانولز چگونه غده داخلی هستند که فاقد موی رگ میباشند؟ نکته مهم این است که نباید مایع فولیکولی وسط سلولهای گرانولوز را مترشح از سلولهای تکال دانست. قاعدتاً ترشح مایع فولیکولی بوسیله سلولهای گرانولوز از حیث زمان مقارن با ترشح فولیکولین توسط سلولهای تکال است و این دو فنومن را نباید با یکدیگر منطبق ساخت بلکه صرفاً یک حادثه زمانی است دلیل مهمتر اینکه توسط R.X توانسته اند ترشح مایع فولیکولی را که توسط سلولهای گرانولز تولید میشود قطع نمایند ولی هورمون فولیکولی که کان وجود داشته است (بر اثر ترشح سلولهای تکال) ولی بعقیده ایندسته از علماء فنومن استروس در نتیجه سلولهای

تکال داخلی است .

بنابر این بر اثر ترشح داخلی همین سلولهای تکال است که اختلالات مخاط رحم از قبیل آندومتریوت هیپر پلازیک و یا هموراژی و یا تغییرات گلا ندولو کیستیک پدیدار میگردد .

پس تشخیص تو مرهای تکال از روی تغییرات مخاط رحم نسبت آسان میگردد و در حقیقت آزر د گیهای مخاط رحم بمنزله آئینه هستند که کیفیت ترشحات تخمدان را نمودار میسازند .

صرف نظر از آزمایش سیتوهورمونال آزمایش نسجی خود تو مر نیز تشخیص قطعی را مشخص مینماید .