گزارش یك مورد
سمینوم اسپرماتوسی تیك بیضه

دکتر عبدالله خیریه*

مجله نظام پزشکی
سال پنجم ، شماره ۵، صفحه ۴۱۳ ، ۲۵۳۶

مقدمه :

بااینکه تومورهای بیضه زیاد شایع نمیباشد معهذا تومورهای این عضو از چند نظر حائز اهمیت است . نخست آنکه تومورهـای بدخیم بیضه بسیار فراوانتر از نوع نیك خیم آن میبـاشد . دوم آنکه اگر به موقع تشخیص داده شود وتحت درمان کافی وصحیح قرارگیرد ، امید بهاخذ نتیجه زیاد است .

دراین مقاله ضمن بررسی آمار سمینوم بیضه در ایران ومقایسه آن باآمار نقاطدیگر دنیا، یك مورد سمینوم اسپرماتوسی‌تیك معرفی میگردد .

بطورکلی سرطان بیضه۱/۲۱ درصد سرطانهای ایران را تشکیل میدهد (۱). درآمار متوفیات ایران تعداد درگذشتگان‌ازسرطان بیش از۳ درصد ثبت نشده‌است، درحالیکه این‌نسبت درکشورهائی که‌آمارصحیحی دارند بین۱۵ الی۲۰درصد است .آمارکشورهای دیگر نشان میدهد که ۵ در هزار مرگ ومیر سرطانها از سرطان بیضه میباشد .

درایران سرطان بیضه ۲/۲ درصدکل سرطانهای مردان‌راتشکیل میدهد. آمار تهیه شده نشان میدهدکه وفورسرطان بیضه درممالك شرقی ، به مراتب بالاتر ازکشورهای اروپائی وآمریکائی است . دکتر حبیبی دربررسی تومورهای بدخیم بیضه نشان دادکه‌سمینوم دردرجه اول قرار دارد و۵۴ درصد ازموارد را نشان میدهد(۱). درمطالعه دکتر عبدالله حبیبی از ۹۵۰۰۰ نمونه آزمایش ، ۳۶۷ مورد مربوط به‌بیضه بوده است‌که ۳۱۱ مورد آن تـومور بدخیم بیضه و۱۶۸ مورد آن سمینوم خالص یاکلاسیك می‌باشد که شامل ۵۴ درصدکل تومورهای بدخیم بیضه و ۴۵ درصدکل تومورهای بیضه می گردد.

مطالعه تومورهای‌بدخیم‌بیضه که‌توسط مؤلف درآزمایشگاه‌مرکزی دانشکده پزشکی تهران انجـام گردیده‌است، تـا سال ۲۵۳۲ از ۸۴۰۰۰ نمونه آزمایش ، ۳۴۵ مورد تومور بدخیم بیضه‌رانشان میدهدکه شامل ۲/۵ درصد تومورهای‌بدخیم میشود.ازاین‌تعداد، ۲۰۷ مورد سمینوم و۶۰ درصد تومورهای بدخیم بیضه را تشکیل میدهدکه شایع بودن سمینوم را نسبت به دیگر تومورهای بدخیم بیضه نمایان میسازد وبا آمارکشورهای دیگر نیز مطابقت دارد . سن‌شیوع بیماران مبتلا به سمینوم بیضه(سمینوم خالص)، ۴۱ـ۳۰ سالگی است .

درسال ۱۹۶۰ Day.H.T.N. (۷) نادربودن تومورهای بیضه را نزد سیاه‌پوستان‌نسبت به‌سفید پوستان‌آمریکائی ودانمارکی گزارش کرد. گزارش Grumet نیزتومور بیضه را در سفید پوستان شش برابر سیاه پوستان نشان میدهد. آمار سرطان سازمان بین‌المللی تومور بیضه‌را نزدسفید پوستان ده برابربیش از سیاه پوستان‌نشان میدهد.(۸) Hirst E. در استرالیا گرفتاری سفید پوستان را به مراتب بیش از سیاه پوستان و در روستائیان بیش از شهر نشینان مشاهده‌کرده است .

منشاء تومورراازپوشش‌سلولهای ژرمینال‌لوله‌های‌منی‌سازمیدانند. این سلولها خاصیت ضد ظرفیتی دارند وعلت پیدایش تومور مانند سایر سرطانها هنوز به‌درستی معلوم نیست . عوامل زیر را ازقبیل بیضه اکتوپیك ، بیضه‌های کوچك ، ضربه ودیس‌ژنزی گوناد ، در پیدایش تومور مؤثر میدانند .

از نظر بـالینی گاهی ممکن است بیماران مبتلا بـه تومور بیضه هیچگونه نشانه‌ای ازخود نشان ندهند وتومور مدتی دربیضه‌بطور نهان وجود داشته‌باشد. بطوریکه۵ الی۱۵درصد مواردتومورهای

* بیمارستان امیراعلم ـ مرکزپزشکی رازی ـ دانشگاه تهران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

بیضه در مراحل اولیه ناشناخته می‌ماند(۱۲). درد کمر یکی از نشانه‌های تومورهای معمولی بیضه‌است واین به‌علت گرفتاری غدد لنفاوی پشت صفاق میباشد . ۷۷ درصد بیماران از درد بیضه، ۵۷ درصد ازتورم وبرجستگی بیضه واسکرتوم و۴۶ درصد از دردتوأم باتورم شکایت دارند . در۸ ۱درصدموارد تشخیص‌اشتباهی‌هیدروسل داده میشود (۱۶) .

بطورکلی تومورهای بیضه را به سه دسته تقسیم کرده‌اند :(۶)

۱ــ تومورهای ژرمینال

۲ــ تومورهای غیر ژرمینال وبافت همبند

۳ــ تومورهای متاستاتیك

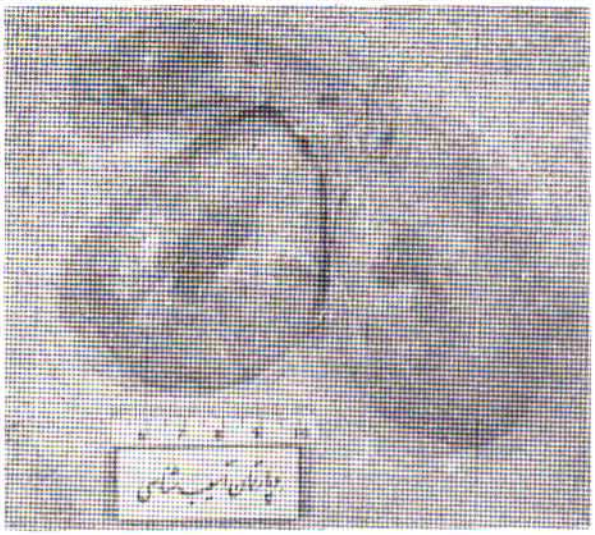
تومورهای ژرمینال کلا ً ۹۷درصدتومورهای بیضه‌را تشکیل‌می‌دهند و اکثرآن‌ها شامل سمینومها میباشند(۱۱). دکترمستوفی سمینوم بیضه را به سمینوم‌کلاسیك ، سمینوم آنابلاستیك وسمینوم آتی‌پیك یاسمینوم اسپرمـاتوسی تیك تقسیم‌کرده است . به‌علت نادر بودن سمینوم اسپرماتوسی تیك ، در زیر به شرح حـال یك مورد این بیماری که‌درآزمایشگاه ما مورد بررسی قرار گرفته‌است، مبادرت می کنیم .

معرفی بیمار :

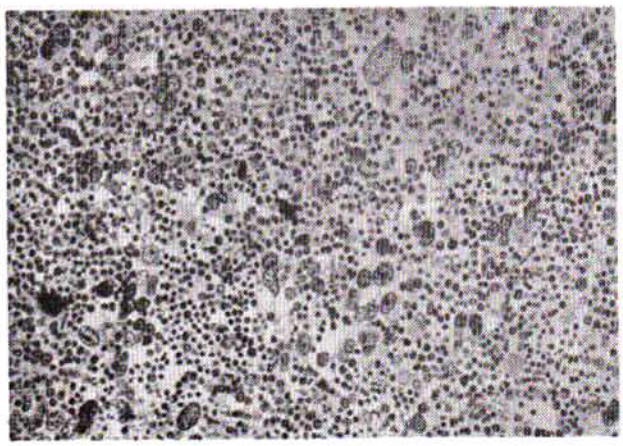
بیمار مردی است ۳۶ ساله ،که به‌علت بزرگی و درد بیضه وکمر مراجعه‌کرده است . قبل ازمراجعه بیمار درشهر دیگری بیوپسی بیضه انجام شده وجواب‌آزمایش ، سمینوم بوده است . سپس‌بیمار با تشخیص سمینوم در بیمارستان بستری میگردد . در سابقه بیمار نـاراحتی پوست ذکر شده که نوع آن مشخص نگردیده است . سابقهٔ بیماریهای مقاربتی و بیماریهای خانوادگی را ذکر نکرده است . معاینات بـالینی به‌جز تومور بیضه وتشخیص سمینوم نکته قابل توجه دیگری را نشان نداد . آزمایشهای انجام شده خون وادرارطبیعی ، رادیوگرافی ریتین وعکس‌کلیه طبیعی گزارش‌شده است . بیمار تحت عمل جراحی قرار میگیرد .

ماکروسکوپی

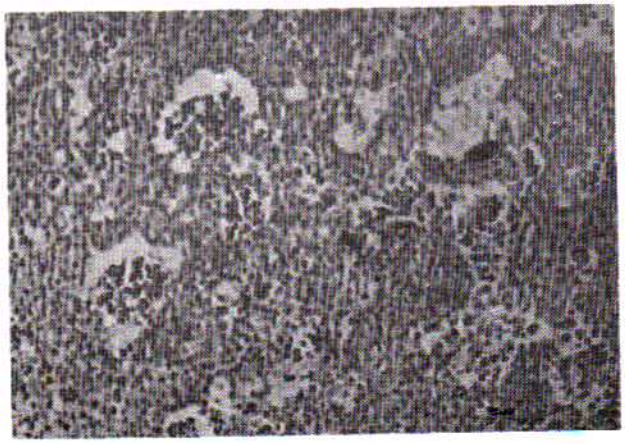
بافت ارسالی شامل بیضه راست و بیضه چپ وهریك به اندازه‌های تقریبی ۵ × ۶ × ۸ سانتی متر باقوام نرم‌الاستیك می‌باشد . در برش هردوبیضه مناطقی شبیه بافت بیضه و در نقاطی لوبولها بـا منظره متفاوت دیده شد ودرقسمتی از بافت تشکیلات شبیه بندبیضه وجود داشت . رنگ بافت ، قهوه‌ای مایل به زرد بود (شکل ۱). در برشهای متقاطع کانونهای نکروز و بافت خراب شده مشاهده گردید .



شکل ۱ــ بیضه بزرك وتومورال شده‌است (ماکروسکپی).



شکل ۲ــ باشماره ضعیف : سلولهای درشت وکوچك و متوسط باسیتوپلاسم قرمز باهسته‌های‌کروماتین گرانوله دیده می‌شود .



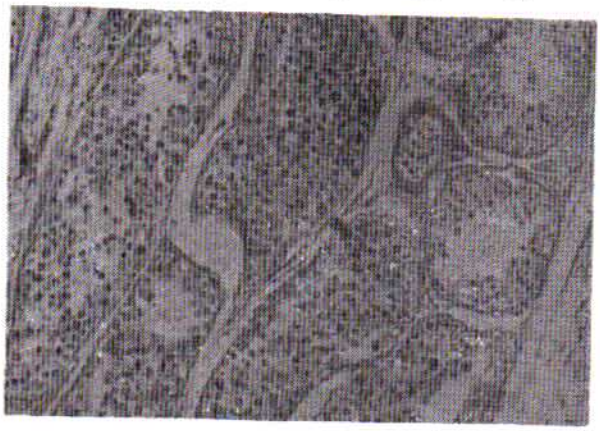
شکل ۳ــ باشماره ضعیف‌همان‌شماره قبلی‌است دراین‌برش‌تعدادی میکروکیست دیده می‌شوندکه از سلولهای تومورال پرولیفره شده‌اند.

میکروسکوپی

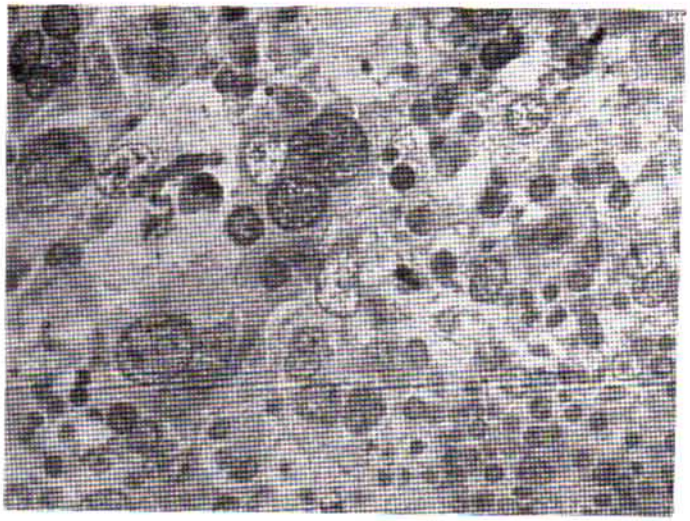
برشهای متعدد ازبافت تومور تهیه گردید . نمای بافت تومور از

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

سلولهای درشت وکوچك ومتوسط باسیتوپلاسم قرمز به‌وجودآمده بوده . سلولها گرد ، باکروماتین دانه‌دار (شکل۲) وبااندازه‌های مختلف‌بودند. سلولها، اکثراً نامساوی (شکل۲) وبااشکال‌متفاوت



شکل ۴ الف ــ باشماره قوی پرولیفراسیون داخل لوله‌ای از سلولهای تومورال بچشم میخورد.



شکل ۴ ب ــ سلولهای تومورال باشماره قوی‌تر نشان داده میشود.

دیده شد. مناطق‌حفرات‌کوچك Microcyst باسلولهای توموری در داخل آن ، مشاهده‌گردید (شکل ۳). سلولهای غول‌آسا پنج ویا چهار هسته‌ای نیز به‌چشم می‌خورد و در بعضی نواحی دربافت تومور، رشد داخل‌لوله‌ای دیده‌شد(شکل‌الف وب۴). میتوزبه‌تعداد زیاد مشاهده‌گردید. بعضی‌ازسلولها شبیه سلولهای‌اسپرماتوسی‌تیك اولیه‌بودند. بطورکلی نمای میکروسکوپی، سمینوم‌اسپرماتوسی‌تیك را تأیید کرد .

بحث :

درسال ۱۸۹۵ Coat ومحققین دیگربه‌غیر از تراتوم بیضه،متوجه تومور دیگری بامنشاء سلولهای اپی‌تلیال لوله‌های منی‌ساز شدند وآن را کانسر نامیدند . سپس به‌مرور زمان اسامی مختلفی برای این‌تومور پیشنهاد شد . تااینکه درسال ۱۹۰۶ توسط Chevassu سمینوم نـامیده‌گشت . بعد در سال ۱۹۴۶ Masson شش مورد سمینوم اسپرماتوسی‌تیك با مشخصات میکروسکوپی جداگانه از این تومورگزارش کردکه‌تاکنون به‌همین‌نام مورد قبول همه‌قرار گرفته‌است . درسال۱۹۴۹ Freddi و Martin دومورد سمینوم مشابه سمینوم اسپرماتوسی‌تیك را معرفی کردند(۹). تاسال۱۹۶۹ رویهمرفته درمطبوعات پزشکی ۱۶ مورد سمینوم اسپرماتوسی‌تیك گزارش شده است (۹).

سمینوم اسپرماتوسی تیك ازنظر بافت‌شناسی وگروه سنی‌ازجهات دیگری نیز باسمینوم‌کلاسیك‌کاملا فرقدارد(رجوع‌شود به‌جدول). ولی نشانه‌های بالینی مشخص تا به حال درباره آن‌گزارش نشده است . اصولا نشانه‌هـای بالینی بستگی به گرفتاری خود عضو و تظاهرات‌متاستازی‌آن دراعضای دیگر دارد . نشانه‌هائی که‌معمولا همیشه دیده میشودآماس، بزرگی و دردبیضه، دردکمر، برجستگی روی بیضه واسکرتوم است .

تومور معادل سمینوم در تخمدان ، دیس ژرمینوم خوانده میشود و تابه‌حال نوع غیرکلاسیك‌آن درتخمدان‌گزارش نشده‌است. انتشار سمینوم اسپرماتوسی تیك ، مشابه سمینوم‌کلاسیك است و کمتر از تراتوم وکارسینومهای بیضه وکوریوکارسینوما ، متاستاز میدهد . اعضائیکه بیشتر درمعرض‌متاستاز قرارمی‌گیرند به‌ترتیب‌گرفتاری به‌قرار زیر است : عقده‌های لنفاوی ناحیه لگن و اطراف آئورت ۵۲ درصد ،کبد ۵ درصد ، ریه ۱۵ درصد ، استخوانها ۴ درصد ، جمجمه۲درصد ، عقده‌های لنفاوی زیر ترقوه ۱۱ درصد،عقده‌های لنفاوی مدیاستن ۵ درصد وعقده‌های مغبنی ۱ درصد (۹). سمینوم بیضه‌مثل تومورهای بدخیم اعضای دیگر ازقبیل پستان‌وهیپرنفروم ممکن است بعداز سالیان دراز متاستاز بدهد . ریموند یك مورد متاستاز سمینوم را بعداز ۳۱ سال در عقده‌های لنفاوی ناحیه‌لگن گزارش‌کرده است (۵). سمینوم ممکن‌است باژینیکوماستی‌همراه باشد (۱۰).

خلاصه :

در ایران سرطـان بیضه ۲/۲٪ تومورهـای مردان و ۳۶٪ کل سرطانهای‌دستگاه ادراروتناسل مردان‌را تشکیل‌میدهد. شایعترین آن سمینوم است . سمینوم را به سه دسته : کلاسیك ، آنابلاستیك واسپرماتوسی تیك تقسیم می‌کنند . سمینوم اسپرمـاتوسی تیك از نظر مشخصات میکروسکوپی و شیوع گروه سنی (۶۰ـ۵۰ سال) وجایگزینی، باسمینوم‌کلاسیك‌کاملامتفاوت‌است. مطبوعات‌پزشکی بیش از ۱۶ مورد سمینوم اسپرماتوسی تیك را ذکر نمی‌کند . با

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

تفاوت و تشابه سمینوم اسپرماتوسی تیك وسمینوم کلاسیك

	سمینوم کلاسیك	سمینوم اسپرماتوسی تیك
سن شیوع	۳۰-۴۰	۵۰-۵۵
منشأ تومور	سلولهای ژرمینال	سلولهای ژرمینال
جایگزینی تومور	بیضه‌ها، نازوفارنکس ، اپی‌فیزو دیواره خلفی‌شکم.	فقط در بیضه
مخلوط ویا تنها بودن تومور	باتومورهای بدخیم دیگر بیضه ممکن است همراه باشد.	باتومورهای بدخیم دیگر بیضه همراه نمیباشد.
مشاهدات‌ماکروسکوپی	کیست ندارد ، خونریزی فراوان دیده میشود .	میکروکیست دارد ، خونریزی دیده نمیشود .
مشاهدات‌ماکروسکوپی	سلولهـای یکنواخت شبیه سلولهـای ژرمینال . ارتشاح لنفاوی دارد ، واکنش گرانولوماتوز دیده میشود .	سلولهـای مختلف الشکل ، بـرخـی رسیده شبیه اسپرماتوسیت‌اولیه. واکنش‌لنفاوی وگرانولوماتوز ندارد .
متاستاز	عقده‌های لنفاوی نزدیك و دور دست ، کبد ، ریه ، استخوانها ، مدیاستن‌جمجمه.	همانند سمینوم کلاسیك .
شیمیوتراپی	مؤثر است .	مؤثر است .
پیش‌آگاهی	بهتر از سمینوم اسپرماتوسی تیك است .	نامساعدتر از سمینوم کلاسیك است .

یك موردی که توسط مادر این مقاله گزارش شد جمعاً تاکنون۱۷ مورد می‌شود واین گویای نادربودن سمینوم اسپرماتوسی تیك‌بیضه میباشد .

پیش‌آگاهی سمینوم اسپرماتوسی تیك از فرجام سمینوم کلاسیك نامساعدتر است . به‌طورکلی سرطان بیضه $\frac{۱}{۲۱}$ کل سرطان‌هـای ایران را تشکیل می‌دهد واین نسبت با نسبتی که درکشورهای‌دیگر دنیا به دست‌آمده ، تقریباً مطابقت دارد. برطبق هردوآمار ارائه شده ، سمینوم بیضه از تومورهای دیگر آن بیشتر دیده می‌شود . علت وسبب ونشانه‌های‌بالینی‌آن‌باآنچه درسمینوم‌کلاسیك می‌توان یافت ومشاهده‌کرد فرقی ندارد ، اما جایگزینی آن باجایگزینی سمینوم کلاسیك تفاوت دارد . سمینوم اسپرمـاتوسی تیك عـارضه انحصاری بیضه‌است وبه‌اشعه حساس‌میباشد. درمان، همانند درمان سمینوم‌کلاسیك‌جراحی،وبی‌درنگ رادیوتراپی‌وشیمیوتراپی‌است.

REFERENCES:

۱- حبیبی- عبدالله، بررسی‌ضایعات وتومورهای‌بیضه درایران، مجله‌پزشکی‌وجراحی‌ایران، شماره۴ ،دوره‌چهاردهم، ۹۷-۷۹، سال۱۳۴۸ .

2- Ansfid F.J. et al: Triple drug therapy in testicular tumor. Cancer 24; 442-446, 1972.

3- Arvis G.F. et al: Seminome spermatocytique du testicule à forme bilaterale d'amblée. (Rapport d' un cas et revue, de la litérature) J. Urol. Nephrologie (Paris) 76: 228-96, 1969.

4- Bradfield J.S.et al: Carcinoma of the testis; an analysis of 104 patients with germinal tumors of the testis other than seminoma. cancer. Vol 31: 633-40. 1973.

5- Bung R.G. et al: An early seminoma. JAMA, Vol 193: N-11. Sept. 13. 1965.

6- Collin D.H. and puck R.C.B.: Classification and frequency of testicular tumors. Br. J. Urol. 36: Suppl 1-11. Jun, 1964.

7- Day H.T.N. et al.: Rarity of testis cancer in negroes. Lancet. 1, 35, 6. January 1973.

8- Hirst E.: Pathology of testis tumors, Bri. J. Urol 44:123, 1972.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

9- Jackson J R., et al.: Spermatocytic seminoma microscopical and clinical characteristics. Cancer. Vol 18: 751, 1969.

10- Leonard s.J.et al. : Testicular seminoma. Archive of surger, Vol. 90; 306_312. 1965.

11- Palani P.E.: Cancer and sex chromomes. Bri. Med. J. Vol. 3:312_August. 1968.

12- Resnick M.L. et al. : Testicular tumor presenting as inferior vena caval thromosis. J. Urol. 109: 656_8. 1973.

13- Rosai J. et al: Spermatocytic seminoma. Cancer 24: 62_102, 1969.

14- Scully R.E.: Spermatocytic seminoma of the testis and review of the literature. Cancer. 14: 788_94. July_August 1961.

15_ Strichland. P.: Seminoma of testis with metastasis ofter 31 years. Bri. Med. J.1: 456_6 Feb. 1965.

16- Thomas H. : Testicular tumor. the proceeding of the urological society, Australia. Bri J. Urolog. 44_1. 124. Feb. 1972.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]