

گزارش یک مورد

سمینوم اسپر ماتوسی تیک بیضه

مجله نظام پزشکی

سال پنجم، شماره ۵، صفحه ۴۱۳ - ۲۵۳۶

دکتر عبدالله خیری

مقدمه :

مطالعه تومورهای بدخیم بیضه که توسط مؤلف در آزمایشگاه مرکزی دانشکده پزشکی تهران انجام گردیده است، تا سال ۲۵۳۲ از ۸۴۰۰ نمونه آزمایش، ۳۴۵ مورد تومور بدخیم بیضه را از میدد که شامل ۲/۵ درصد تومورهای بدخیم میشود. از این تعداد، ۲۰۷ مورد سمینوم و ۶۰ درصد تومورهای بدخیم بیضه را تشکیل میدهد که شایع بودن سمینوم را نسبت به دیگر تومورهای بدخیم بیضه نمایان میسازد و با آمار کشورهای دیگر نیز مطابقت دارد. سن شیوع بیماران مبتلا به سمینوم بیضه (سمینوم خالص)، ۴۱-۳۰ سالگی است.

در سال ۱۹۶۰ (۷) Day.H.T.N. نادر بودن تومورهای بیضه را نزد سیاه پوستان نسبت به سفید پوستان آمریکائی و دانمارکی گزارش کرد. گزارش Grumet نیز تومور بیضه را در سفید پوستان شش برابر سیاه پوستان نشان میدهد. آمار سرطان سازمان بین‌المللی تومور بیضه را نزد سفید پوستان ده برابر بیش از سیاه پوستان نشان میدهد. (۸) Hirst E. در استرالیا گرفتاری سفید پوستان را به هر اتب بیش از سیاه پوستان و در روستاییان بیش از شهر نشینان مشاهده کرده است.

منشاء تومور را از پوشش سلولهای ژرمینال لولهای منی‌ساز میدانند. این سلولها خاصیت ضد ظرفیتی دارند و عمل پیدایش تومور مانند سایر سرطانها هنوز بدروستی معلوم نیست. عوامل زیر را از قبیل بیضه اکتوپیک، بیضه‌های کوچک، ضربه و دیس‌ذنسی گوناد، در پیدایش تومور مؤثر میدانند.

از نظر بالینی گاهی ممکن است بیماران مبتلا به تومور بیضه هیچ‌گونه نشانه‌ای از خود نشان ندهند و تومور مدتی در بیضه بطور نهان وجود داشته باشد. بطوریکه ۱۵ الی ۵۰ درصد موارد تومورهای

با اینکه تومورهای بیضه زیاد شایع نمیباشد معهذا تومورهای این عضو از چند نظر حائز اهمیت است. نخست آنکه تومورهای بدخیم بیضه بسیار فراوانتر از نوع نیک خیم آن میباشد. دوم آنکه اگر به موقع تشخیص داده شود و تحت درمان کافی و صحیح قرار گیرد، امید به‌آخذ نتیجه زیاد است. در این مقاله ضمن بررسی آمار سمینوم بیضه در ایران و مقایسه آن با آمار نقاط دیگر دنیا، یک مورد سمینوم اسپر ماتوسی تیک معرفی میگردد.

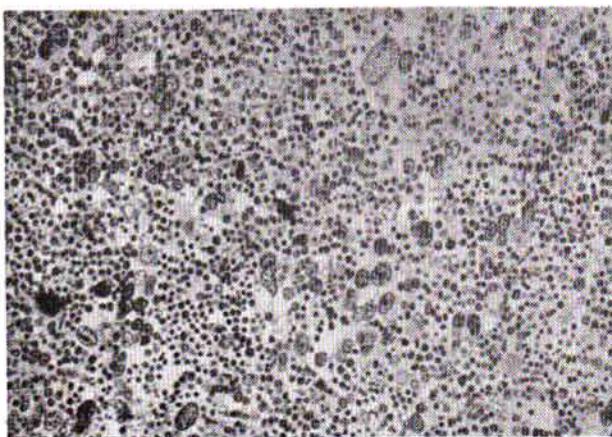
بطور کلی سرطان بیضه ۱/۲۱ درصد سرطانهای ایران را تشکیل میدهد (۱). در آمار متوفیات ایران تعداد در گذشتگان از سرطان بیش از ۳۰ درصد ثبت نشده است، در حالیکه این نسبت در کشورهایی که آمار صحیحی دارند بین ۱۵ الی ۲۰ درصد است. آمار کشورهای دیگر نشان میدهد که ۵ در هزار مرگ و میر سرطانها از سرطان بیضه میباشد.

در ایران سرطان بیضه ۲/۲ درصد کل سرطانهای مردان را تشکیل میدهد. آمار تهیه شده نشان میدهد که وفور سرطان بیضه در ممالک شرقی، به هر اتب بالاتر از کشورهای اروپائی و آمریکائی است. دکتر حبیبی در بررسی تومورهای بدخیم بیضه نشان داد که سمینوم در درجه اول قرار دارد و ۵۴ درصد از موارد را نشان میدهد (۱). در مطالعه دکتر عبدالله حبیبی از ۹۵۰۰ نمونه آزمایش، ۳۶۷ مورد مر بوط به بیضه بوده است که ۳۱ مورد آن تومور بدخیم بیضه و ۱۶۸ مورد آن سمینوم خالص یا کلاسیک می‌باشد که شامل ۵۴ درصد کل تومورهای بدخیم بیضه و ۴۵ درصد کل تومورهای بیضه می‌گردد.

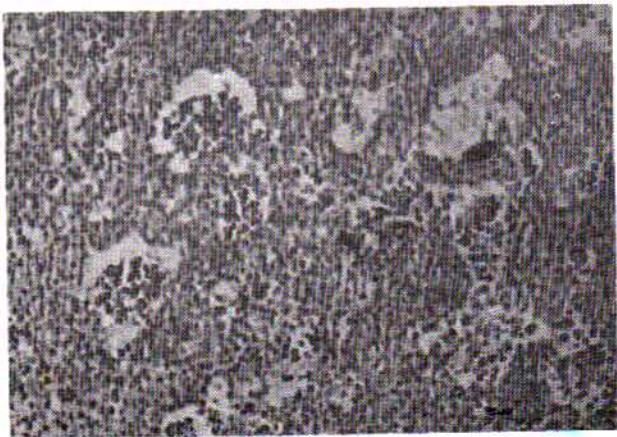
* بیمارستان امیر اعلم - مرکز پزشکی رازی - دانشگاه تهران.



شکل ۱ - بیضه بزرگ و تومورال شده است (ماکروسوکپی).



شکل ۲ - باشاره ضعیف : سلو لیاگ درشت و کوچک و متوسط با سیتو بالاسم قرمز با هسته های کروماتین گرانوله دیده می شود .



شکل ۳ - باشاره ضعیف همان شاره قبلی است در این برش تعدادی میکرو کوت دیده عی شوندکه از سلو لیاگ تومورال پرولیفره شده اند .

میکروسکوپی

برشهای متعدد از بافت تومور تهیه گردید . نمای بافت تومور از

بیضه در مراحل اولیه ناشناخته می ماند(۱۲) . درد کمر یکی از نشانه های تومورهای معمولی بینه است و این به علت گرفتاری غدد لنفاوی پشت صفاق میباشد . ۷۷ درصد بیماران از درد بیضه، ۵۷ درصد از تورم و بر جستگی بینه و اسکر توم و ۶۶ درصد از درد توأم با تورم شکایت دارند . در ۸۸ درصد موارد تشخیص اشتباهی هیدروسل داده میشود (۱۶) .

بطور کلی تومورهای بینه را به سه دسته تقسیم کرده اند (۶) :

- ۱- تومورهای ژرمینال
- ۲- تومورهای غیر ژرمینال و بافت همبند
- ۳- تومورهای ممتازاتیک

تومورهای ژرمینال کلا ۹۶ درصد تومورهای بینه را تشکیل می دهند و اکثر آنها شامل سینیومها میباشد(۱۱) . دکتر مستوفی سینیوم بینه را به سینیوم کلاسیک ، سینیوم آنابلاستیک و سینیوم آتی بینه یا سینیوم اسپرماتوسی تیک تقسیم کرده است . به علت نادر بودن سینیوم اسپرماتوسی تیک ، در زیر به شرح حال یک مورد این بیماری که در آزمایشگاه ما مورد بررسی قرار گرفته است، مبادرت می کنیم .

معرفی بیمار :

بیمار مردی است ۳۶ ساله ، که به علت بزرگی و درد بینه و کمر مراجعت کرده است . قبل از مراجعت بیمار در شهر دیگر بیوپسی بینه انجام شده و جواب آزمایش ، سینیوم بوده است . سپس بیمار با تشخیص سینیوم در بیمارستان بستری میگردد . در سابقه بیمار ناراحتی پوست ذکر شده که نوع آن مشخص نگردیده است . سابقه بیماریهای مقابلي و بیماریهای خانوادگی را ذکر نکرده است . معابینات بالينی به جز تومور بینه و تشخیص سینیوم نکته قابل توجه دیگری را نشان نداد . آزمایشهاي انجام شده خون و ادرار طبیعی ، رادیو گرافی ریتین و عکس کلیه طبیعی گزارش شده است . بیمار تحت عمل جراحی قرار میگیرد .

ماکروسوکوپی

بافت اراسالی شامل بینه راست و بینه چپ و هریک به اندازه های تقریبی $5 \times 6 \times 8$ سانتی متر با قوام نرم الاستیک می باشد . در برش هر دو بینه مناطقی شبیه بافت بینه و در نقاطی لوبولها با منظره متفاوت دیده شد و در قسمتی از بافت تشکیلات شبیه بند بینه وجود داشت . رنگ بافت ، قهوه ای مایل به زرد بود (شکل ۱) . در برشهای متقاطع کانونهای نکروز و بافت خراب شده مشاهده گردید .

این تومور پیشنهاد شد . تا اینکه در سال ۱۹۰۶ توسط Chevassu سینیوم نامیده گشت . بعد در سال ۱۹۴۶ Masson شش مورد سینیوم اسپرما توسي تیک با مشخصات میکروسکوپی جدا گانه از این تومور گزارش کرد که تا کنون به همین نام مورد قبول هم قرار گرفته است . در سال ۱۹۴۹ Freddi و Martin دو مورد سینیوم مشابه سینیوم اسپرما توسي تیک را معرفی کردند (۹) . تا سال ۱۹۶۹ روی هم رفته در مطبوعات پزشکی ۱۶ مورد سینیوم اسپرما توسي تیک گزارش شده است (۹) .

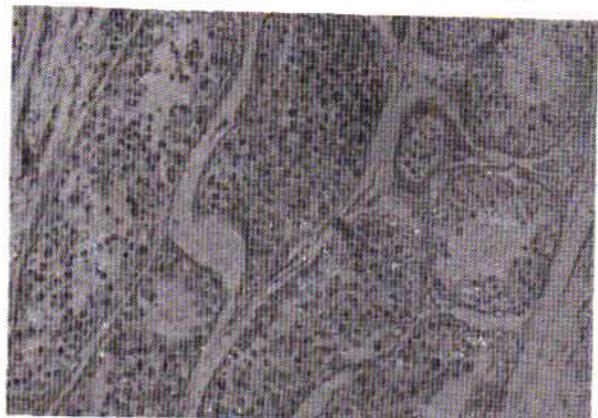
سینیوم اسپرما توسي تیک از نظر بافت شناسی و گروه سنی از جهات دیگری نیز با سینیوم کلاسیک کاملا فرق دارد (رجوع شود به جدول) . ولی نشانه های بالینی مشخص تا به حال درباره آن گزارش نشده است . اصولاً نشانه های بالینی بستگی به گرفتاری خود عضو و تظاهرات متأسازی آن در اعضای دیگر دارد . نشانه هایی که معمولاً همیشه دیده می شود آمام، بزرگی و درد بیضه، درد کمر، بر جستگی روی بیضه و اسکر توم است .

تومور معادل سینیوم در تخمدان ، دیس ژر نیوم خوانده می شود و تا به حال نوع غیر کلاسیک آن در تخمدان گزارش نشده است . انتشار سینیوم اسپرما توسي تیک ، مشابه سینیوم کلاسیک است و کمتر از تراatom و کارسینومهای بیضه و کوروبوکارسینوما، متأساز میدهد . اعضا ایکه بیشتر در معصر متأساز قرار می گیرند به ترتیب گرفتاری بقفار زیر است : عقده های لنفاوی ناحیه لگن و اطراف آورت ۵۲ درصد، کبد ۵ درصد، ریه ۱۵ درصد، استخوانها ۴ درصد، جمجمه ۲ درصد، عقده های لنفاوی زیر ترقوه ۱۱ درصد، عقده های لنفاوی مدیاستن ۵ درصد و عقده های مغبنی ۱ درصد (۹) . سینیوم بیضه ممثل تومورهای بد خیم اعضا دیگر از قبیل پستان و هیپر نفروم ممکن است بعدها سالیان دراز متأساز بدهد . ریموند یک مورد متأساز سینیوم را بعداز ۳۱ سال در عقده های لنفاوی ناحیه لگن گزارش کرده است (۵) . سینیوم ممکن است با زینکو ماستی همراه باشد (۱۰) .

خلاصه :

در ایران سرطان بیضه ۲٪ تومورهای مردان و ۳۶٪ کل سرطانهای دستگاه ادرار و تناسل مردان را تشکیل میدهد . شایعترین آن سینیوم است . سینیوم را به سه دسته : کلاسیک ، آنابلاستیک و اسپرما توسي تیک تقسیم می کنند . سینیوم اسپرما توسي تیک از نظر مشخصات میکروسکوپی و شیوه گروه سنی (۵۰-۶۰ سال) و جایگزینی، با سینیوم کلاسیک کاملا متفاوت است . مطبوعات پزشکی بیش از ۱۶ مورد سینیوم اسپرما توسي تیک را ذکر نمی کند . با

سلولهای درشت و کوچک و متوجه باستیوپلاسم قرمز بوجود آمده بوده . سلو لها گرد، باکر و ماتین دانه دار (شکل ۲) و با اندازه های مختلف بودند . سلو لها، اکثرآ نامساوی (شکل ۲) و با اشکال متفاوت



شکل ۴ الف — باشماره قوی برو لیفر اسیون داخل لوکهای از سلو لایای قومورال بجهنم بیخورد.



شکل ۴ ب — سلو لایای قومورال باشماره قوی تر نشان داده می شود .
دیده شد . مناطق حفرات کوچک *Microcyst* با سلو لهای توموری در داخل آن ، مشاهده گردید (شکل ۳) . سلو لهای غول آسا پنج و یا چهار هسته ای نیز به چشم می خورد و در بعضی نواحی در بافت تومور، رشد داخل لوکهای دیده شد (شکل الف و ب) . میتوز به تعداد زیاد مشاهده گردید . بعضی از سلو لها شبیه سلو لهای اسپرما توسي تیک اولیه بودند . بطور کلی نمای میکروسکوپی، سینیوم اسپرما توسي - تیک را تأیید کرد .

بحث :

در سال ۱۸۹۵ Coat و محققین دیگر به غیر از تراatom بیضه، متوجه تومور دیگری با منشاء سلو لهای اپی تیلیال لوکهای منی ساز شدند و آن را کانسر نامیدند . سپس به مرور زمان اسامی مختلفی برای

تفاوت و تشابه سینیوم اسپرماتوسی تیک و سینیوم کلاسیک

سینیوم اسپرماتوسی تیک	سینیوم کلاسیک	
۵۰-۵۵	۳۰-۴۰	سن شیوع
سلولهای ژردینال	سلولهای ژردینال	منشأ تومور
فقط در بیضه	بیضه‌ها، نازوفارنیکس، اپیفیزو و دیواره خلفی شکم.	جایگزینی تومور
باتومورهای بدخشم دیگر بیضه همراه نمیباشد.	باتومورهای بدخشم دیگر بیضه ممکن است همراه باشد.	مخلوط و یا تنها بودن
میکروکیست دارد، خونریزی دیده نمیشود.	کیست ندارد، خونریزی فراوان دیده میشود.	مشاهدهات ماکروسکوپی
سلوهای مختلف الشکل، برخی رسیده شبیه اسپرماتوسیت اولیه. واکنش لنفاوی و گرانولوماتوز ندارد.	سلوهای یکنواخت شبیه سلوهای ژردینال. ارتashان لنفاوی دارد، واکنش گرانولوماتوز دیده میشود.	مشاهدهات ماکروسکوپی
همانند سینیوم کلاسیک.	عقده‌های لنفاوی نزدیک و دور دست، کبد، ریه، استخوانها، مدیاستن جمجمه.	متاستاز
مؤثر است.	مؤثر است.	شیمیوتراپی
نامساعدتر از سینیوم کلاسیک است.	بهتر از سینیوم اسپرماتوسی تیک است.	پیش‌آگاهی

شده، سینیوم بیضه از تومورهای دیگر آن بیشتر دیده می‌شود. علت و سبب و نشانهای بالینی آن با آنچه در سینیوم کلاسیک می‌توان یافت و مشاهده کرد فرقی ندارد، اما جایگزینی آن با جایگزینی سینیوم کلاسیک تفاوت دارد. سینیوم اسپرماتوسی تیک عارضه انحصاری بیضه است و به اشعه حساس می‌باشد. درمان، همانند درمان سینیوم کلاسیک جراحی، وی در نگه رادیوتراپی و شیمیوتراپی است.

یک موردی که توسط مادر این مقاله گزارش شد جمعاً تا کنون ۱۷ مورد می‌شود و این گویای نادر بودن سینیوم اسپرماتوسی تیک بیضه می‌باشد.

پیش‌آگاهی سینیوم اسپرماتوسی تیک از فرجام سینیوم کلاسیک نامساعدتر است. بطوط کلی سلطان بیضه $\frac{1}{3}$ کل سلطان‌های ایران را تشکیل می‌دهد و این نسبت با نسبتی که در کشورهای دیگر دنیا به دست آمده، تقریباً مطابقت دارد. بر طبق هردو آمار ارائه

REFERENCES:

- 1- حبیبی عبدالله، بررسی صایعات و تومورهای بیضه در ایران، مجله پزشکی و جراحی ایران، شماره ۴، دوره چهاردهم، سال ۱۳۴۸-۹۷، ۷۹-۹۷.
- 2- Ansfield 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 bilatérale d'amblée. (Rapport d'un cas et revue, de la littérature) 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.

- 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.