

## رابدومیوسارکومای بند بیضه (اسپرماتیک کورد) ومروزی بر آخرین یافته‌ها در زمینه این بیماری

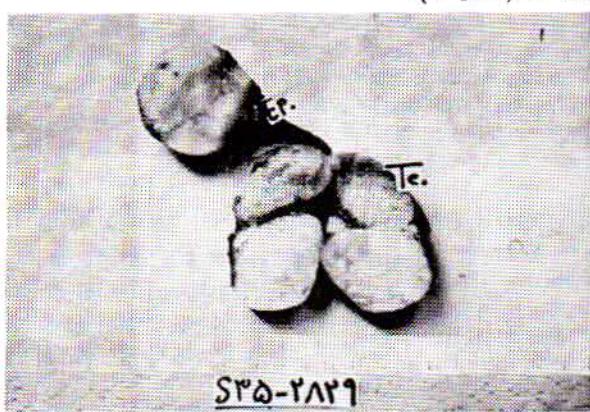
مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۴، صفحه ۲۸۶، ۲۵۳۶

\* دکتر مهدی جم - دکتر همایون خوانساری - دکتر اصغر صدر آنی

که بنظر میرسید از بیضه غیرقابل تشکیل باشد. با سرنگ از این توده توپر ما عی خارج نشد. بنا بر این یک پنس در بالاترین حد دسترسی بند بیضه گذارده و بیضه، تومور و بافت اعلاء کاملاً برداشته شد و به بخش آسیب‌شناسی ارسال گردید.

آسیب‌شناسی توموری به ابعاد  $6 \times 6 \times 6$  سانتی‌متر با کپسول مشخص که جدا از بیضه بود، با قوامی سفت گزارش کرد. سطح مقطع تومور رنگ خاکستری مایل به زرد برآق داشت و در نمای میکروسکوپی «رابدومیوسارکومای اسپرماتیک کورد» تشخیص داده شد (شکل ۱).



شکل ۱

دو هفته بعد از عمل جراحی از بیمار اوروگرافی به عمل آمد که نکته غیر طبیعی در آن مشهود نبود. بیمار یک ماه بعد از عمل تحت درمان با آکتینومایسین D و وینکرستین قرار گرفت.

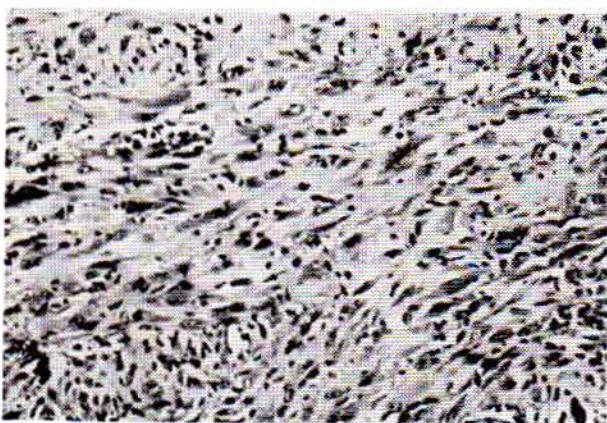
جوان ۱۷ ساله‌ای بنام ر-آ، در چهارم خرداد ماه سال ۲۵۳۵ به علت توده‌ای در دنک با اندازه یک پر تقال در بیضه راست در بخش فوریت‌های بیمارستان داریوش کبیر پذیرفته شد.

زمان پیدایش این توده یک هفته قبل از مراجعه بیمار به بیمارستان بوده و در طول این مدت توده مذکور رشد و پیشرفت محسوسی داشته است. ناگفته نماند که قبل از پیدایش تومور بیمار از سلامت کامل برخوردار بوده و هیچ‌گونه ناهنجاری در بیضه‌ها و کیسه آن نداشته است. درد آمامس کیسه بیضه در طول این یک هفته باعث شده بود که بیمار را از ادامه ورزش مورد علاقه‌اش (کاراته) باز دارد.

در معاینه‌ای که از بیمار بعمل آمد توده بزرگ حساسی در بیضه راست حس شد و تشخیص بیضه از سایر عناصر داخل کیسه آن غیر ممکن بود. با توجه به هم‌atomی که در این ناحیه مشهود بود با تشخیص پیچ‌خوردگی بند بیضه ویاضر به، بی‌درنگ تحت عمل جراحی (laparatomی) قرار گرفت.

قبل از عمل آزمایش‌های لازم خون و ادرار انجام شد که طبیعی بود. با شکاف «اسکروتوانگوئیتال» پس از باز کردن توپیکا و اژنیالیس در حدود ۲۰۰-۱۵۰ میلی‌لتر خون خارج شد. از نظر پیچ‌خوردگی بند بیضه بررسی به عمل آمد که نتیجه‌منفی بود. پس از تمیز کردن محیط عمل توده‌ای نمایان شد که مایع درون آن بسوزن شماره ۱۹ تخلیه شد (هیدروسل). پس از تخلیه مایع بررسی ادامه یافت. در پل تحتنی بیضه توده‌ای مشاهده شد

\* دانشکده پزشکی داریوش کبیر - دانشگاه تهران.



شکل ۳

(۵) منشاء میگیرند در حالیکه خاستگاه تومورهای بد خیم بخصوص رابدومیوسارکوما اکثر آبزند (کورد) مجاور بیضه است. پیشرفت و سیر بالینی و تتابع درمان تومورهای بند بیضه بی شباخت به تومورهای بیضه نیست ولی بطور کلی مرگ و میر این تومورها بیشتر است.

**آسیب‌شناسی:** از نظر آسیب‌شناسی رابدومیوسارکوما معمولاً بصورت توده‌های لبو له نسبتاً حجمی دیده میشود که دارای رشد سریع است و معمولاً پوشش مخاطی آنها سالم باقی میماند. از نظر بافت‌شناسی چهار شکل برای این تومورها میتوان قائل شد:

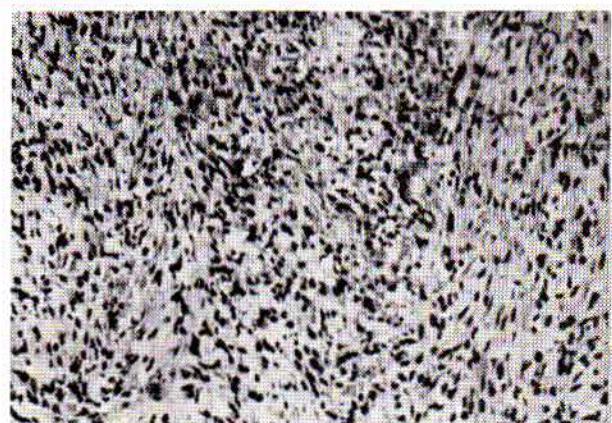
۱- **Embryonal-Rhab.** که نسبت به اشکال دیگر پیش‌آگاهی بهتری دارد ویشتر در ناحیه سروگردن و شانه بروز میکند. گسترش این تومور از انواع دیگر محدودتر است.

۲- **Botryoid-Rhab.** این نوع اغلب در ناحیه گردان مثانه و یا جدار مثانه و یا راههای تناسلی زنانه پدید می‌آید.

۳- **Alveolar-Rhab.** که نسبت به اشکال دیگر دارای پیش‌آگاهی بدتر است. این نوع بیشتر در انداهها و تنبو بخصوص در جدار لگن بوجود می‌آید.

۴- **Poleomorphic-Rhab.** که در نزد کودکان نادر است. محل پیدایش آن بیشتر در انداهها بخصوص اندام تحتانی است. تومور در این نوع اغلب بصورت توده حجمی بطرف عمق رشد میکند. باید دانست که علاوه بر انواع فوق اشکال مخلوط و نادر دیگری وجود دارد که گاهی در آنها نواحی میگزما تو همراه یک یادو طرح ذکر شده در بالا دیده میشود که مورد گزارش شده فوق از نوع اخیر بود (۴).

**نشانه‌ها:** رابدومیوسارکومای بند بیضه «اسپرماتیک کورد» چنانچه همراه ضربه‌ای خونریزی نباشد، وجود یک توده بی درد در ناحیه اعضای تناسل تنها نشانه‌ای است که یمار را متوجه می‌سازد.



شکل ۴

سدها بعد از عمل یمارجهت پیگیری مراجعه کرد و نکته غیرطبیعی دیده نشد.

گزارش بخش آسیب‌شناسی مرکز پزشکی داربوش کبیر عیناً نقل می‌شود.

**ماکرو‌سکوپی:** نمونه ارسالی شامل قطعه‌ای است از بیضه و اپیدیدیم و ندولی مجاور آن که ندول مذکور از وسط قطع شده است. ندول مذکور دارای سطح مقطعی خاکستری مایل بزرد برآق میباشد که قوام آن نسبتاً سفت است. قطر ندول ۶ سانتی‌متر است و کپسول مشخصی اطراف آنرا احاطه کرده است و ظاهرآ هیچگونه ارتباطی با بیضه ندارد.

**میکرو‌سکوپی:** در آزمایش ریز بینی بر شهای تهیه شده از نمونه ارسالی ساختمان بافت، توموری مجاور که حدود آن نسبتاً مشخص ولی تومور در بعضی نواحی پرسلوول واژ سلولهای: و کی تشکیل یافته که درجهات مختلف با منظره گردبادی قرار گرفته‌اند. بعضی نواحی دیگر تومور کم سلوول و منظره میگزروند داشته و سلولهای ستاره‌ای شکل و همچنین سلولهای گرداندیفرانسیه در این نواحی دیده میشود که درین آنها جایجا اشکال میتوپیک وجود دارد. همچنین پرتوپلاسم نواری اوزرینوفیل در بعضی سلولهای مشخص است. میتوزهای آتی‌پیک متعدد بخصوص در نواحی پرسلوول تومور مشاهده میگردند.

**تشخیص:** رابدومیوسارکوم میگزروند.

\*\*\*

**تاریخچه:** Rokitamst نخستین کسی بود که در سال ۱۸۴۹ به رابدومیوسارکومای بند بیضه «اسپرماتیک کورد» توجه کرد و آنرا توموری فوق‌العاده (۱) و خیم ولی نادر توصیف کرد. برخلاف لیومیوسارکوما که بیشتر نزد مردان مسن اتفاق میافتد رابدومیوسارکومای بند بیضه «اسپرماتیک کورد» گرایش خاصی باطفال و نوجوانان دارد. سن شیوع تومور بین ۲ تا ۶ سالگی است (۳). تومورهای خوش‌خیم اسپرماتیک کورد اکثر از کانال انکوئینال

وتومور اثر مرگ که زای وحشتناکی دارد باید هر کاری که از دست نمان بر می آید انجام دهیم و خطر آنرا قبول کنیم.

اشعه باید بطور وسیعی مورد استفاده قرار گیرد. مقدار (دوز) اشعه برای رادیو تراپی حدود ۴۵۰۰ راد است (۵) ولی عده ای مقدار (دوز) تام رادر حد ۵۰۰ راد نیز بکار بین دهان دارد. در شیمی درمانی این تومورها داروهای مورد استفاده عبارتند از اکتینومایسین (۱) D و وینکرستین، سیتوکسان، بهتر است برای بیماری که متاستاز خونی تومور معلوم و مشخص نشده آخرین سلاحی که در دسترس است بکار برد شود. این ملاج عبارتست از:

(۱) رادیکال ارکیکتومی + برداشتن غدد لنفاوی پارا آئورتیک درخلف صفاق + رادیو تراپی + شیمیو تراپی.

پیش آگاهی: پیش آگاهی بیماری بستگی بدرجۀ پیشرفت تومور و نوع بافت شناسی آن دارد.

(۱) گزارشی روی یک مورد تومور ناحیه تناسلی داده است که ۵۰ سال از زمان پیدایش آن گذشته و پس از عمل جراحی و درآوردن توده مذکور گزارش آسیب شناسی رابdomyosarcoma کوما بود.

بهر حال حد متوسط زندگی در رابdomyosarcoma ۸ تا ۹ ماه می باشد.

#### خلاصه:

۱- رابdomyosarcoma کومای بند بیضه نادر و فوق العاده بدخیم است.

۲- گرایش تومور به سوی اطفال است.

۳- درمان قطعی هنوز وجود ندارد.

۴- تاکنون (۱) ۵۳ مورد رابdomyosarcoma کومای بند بیضه در نوشته های پژوهشی گزارش شده که با موردی که در فوق گزارش دادیم تعداد آن به ۵۴ می رسد.

۵- بیماری که شرح آن گذشت سه ماه پس از عمل معاینه شد و هیچ گونه شکایتی از بیماری خود نداشت.

از آنجا که غدد لنفاوی بند بیضه مستقیماً به غدد لنفاوی کمر که در امتداد آئورت و ورید اجوف تختانی درخلف صفاق قرار دارند مربوط نمی شود، لنفازو گرافی جهت بررسی متاستاز تومور و تعیین نحوه درمان، آزمایش بالارزشی است.

تشخیص: علت کمبایی نسبی تومورهای بند بیضه شاید بدین دلیل باشد که تشخیص صحیح داده نمی شود زیرا بیمار موقعی مراجعت می نماید که تسوده اضافه ای در بیضه احساس می کند. بهر حال تشخیص زودرس این تومورها خیلی هم است.

- تومورهای بند بیضه، باضمائی بیضه، فتق، توده التهابی (اپی دیدیمیت مزمن - اورکیت) و کیست و هیدروسل گاهی اشتباه می شود. آزمون ترانس ایلومیناسیون تاحدودی تکلیف کیست و هیدروسل را روشن می کند گرچه گاهی هیدروسل هم در ورای خود توموری پنهان دارد. جالب اینکه بعضی (۵) از تومورهای کanal انکوئیتال جارونده هستند و پزشک را بفکر فتق میاندازند که البته اشتباه فاحشی است.

با توجه به وفور تومورهای ضمایم بیضه در مواردی که مشکو کیم، جراحی کاوشی مناسب است و حتماً باید انجام بدهد.

درمان: بطور کلی درمورد تومورهای بدخیم باید بند بیضه را از محل سوراخ داخلی کanal انکوئیتال قطع کرد و برداشت. درمورد ادامه درمان عقیده دارند که برداشتن غدد لنفاوی پارا آئورتیک خلف صفاق و آنگاه یک دوره شیمیو تراپی طریقه مناسبی است. چنانچه تومور از طریق خون متاستاز داده باشد برداشتن غدد لنفاوی شاید چندان مؤثر نباشد. رابdomyosarcoma کومای بند بیضه (۳) ۲۵% متاستاز لنفاوی دارد در حالی که Banowsky و Shultz در یک گروه از بیماران شان ۱۵% متاستاز خونی را ذکر کرده اند. آنچه میتوان گفت این است که اصولاً سارکومهای از راه خون انتشار میابند.

بهر حال با توجه باینکه این بیماران در گروه سنی پائینی هستند

#### REFERENCES :

- 1- Skeel, D.A., et al: Rhabdomyosarcoma of the spermatic cord. J. Urol. Vol. 113.279, 1975.
- 2- Jaffe, N., et al: Rhabdomyosarcoma in children, improved out look with a multidisciplinary approach. Am. Surg. 125. 482 - 487, 1973.
- 3- Sutow, W.W., et al. Prognosis in children Rhabdomyosarcoma Cancer 25. 1374-1390, 1970.
- 4- Fox, T. A. Jr, and Collier, R. L.: Rhabdomyosarcoma of the spermatic cord. A review and case presentation. Am. Surg. 33.483. 1967.
- 5- Campbell, M. F., and Harrison, J. H.;: Rhabdomyosarcoma of the spermatic cord. Text Book of Urology Volume 2.