

کارسینومای آلت تناسلی در مردان

مجله نظام پزشکی

سال هشتم، شماره ۵، صفحه ۳۰۹، ۱۳۶۱

دکتر سیدحبیب‌الله جعفری - دکتر آرام رضوی *

مقدمه و اپیدمیولوژی :

در مطالعاتی که تا کنون انجام شده سرطان آلت در افراد ختنه شده و بخصوص در نزد یهودیان بسیار نادر بوده و فقط پنج مورد در بین گروه اخیر توسط پاین‌ملمد (Pyne Melmed) گزارش شده است (۱).

خانولفیا (Khanolfia) از بیمارستان تناموریال (Tetame-morial) بمبئی گزارشی از ۸۸ مورد کارسینوم آلت ارائه میدهد که فقط ۲ بیمار مسلمان و بقیه هندو بوده‌اند (۱). با توجه باینکه نسبت بیماران بستری شده مسلمان به هندو $\frac{۱}{۴}$ بوده معیناً تفاوت فاحش شیوع این بیماری در افراد این دو گروه چشم گیر است. همچنین مشخص شده است که شیوع سرطان آلت در افراد ختنه شده غیر یهود بیشتر از یهودیان است و چنین نتیجه گیری شده است که مسلمانان معمولاً دیرتر یعنی در سنین بین ۱۴ تا ۱۶ سالگی ختنه میشوند، در صورتیکه در بین یهودیان این عمل در چند روزه اول زندگی انجام میشود.

در کنیا شیوع کارسینوم آلت نسبتاً کم است و در این کشور باستان‌دو قبیله بقیه افراد بطور معمول ختنه میشوند و جالب است که اکثر سرطانهای آلت بطوریکه دوج (Dodge) و لیسن سل (Linsell) (۱) گزارش میکنند متعلق به این دو قبیله است. در ایران متأسفانه تا کنون آمار قابل ذکری در مورد این بیماری داده نشده است ولی بطوریکه از مطالعه پرونده‌های بیمارستانی برمیآید در این کشور سرطان آلت فوق‌العاده نادر است (یک مورد از سال ۱۳۵۳ تا کنون در بیمارستان شهداء تجریش).

در کشور آمریکا شیوع کارسینوم آلت $\frac{۱}{۳}$ از هر صد هزار نفر مرد سفید پوست و $\frac{۲}{۹}$ از هر صد هزار نفر مرد سیاه پوست در سال است (۱).

در پورتوریکو در فواصل سالهای ۱۹۵۶ تا ۱۹۶۰ شیوع بیماری $\frac{۳}{۹}$ تا $\frac{۴}{۹}$ در هر صد هزار نفر از جمعیت مذکور در سال بوده است (۱).

بالا ترین ارقام شیوع این بیماری که از آسیا گزارش شده است توسط آگایی (Agai) از چین (۱) و کیونیر (Kewnear) از ژاپن (۱) و نگوین گزان (Nguyenxuan) از ویتنام میباشد (۱).

در کشور اوگاندا سرطان آلت یکی از شایعترین سرطانها در مرد بوده و در حدود ۷٪ تمام سرطانها در مردان میباشد (۶). سرطان آلت معمولاً در دهه‌های ششم و هفتم زندگی ظاهر میشود ولی در گروه مورد مطالعه دین (Dean) ۲۲ درصد بیماران کمتر از چهل سال داشته‌اند (۸).

در آمریکا از هر ده بیمار مبتلا به سرطان آلت ۶ نفر آنها بالای ۶۰ سال داشته و سنین پائین تر بیشتر از آسیا گزارش شده است (۱).

سرطان آلت کمتر از دودهم درصد از مرگ‌های را که نزد مردان در ایالات متحده آمریکا بوسیله سرطان ایجاد میشود تشکیل میدهد.

در هر حال سرطان آلت در افراد زیر ۳۰ سال بندرت دیده شده است.

* تهران - بیمارستان شهداء - تجریش.

مطالعه این آمارها و تحقیقات انجام شده عمل ختنه را بعنوان يك اقدام پیشگیری کننده توجیه مینماید (۲). واضح است که ختنه ننافت آلت را بالا برده و امکان تراکم و باقی ماندن اسمیگما (Smegma) و فیموزیس را که ممکنست زمینه‌ای مساعد برای ایجاد سرطان آلت فراهم کنند کم مینماید.

در اغلب موارد، این بیماری در نزد مردان طبقات پائین با بهداشت بد و بازندگی‌های مشترک و عادات انحرافی دیده میشود ولی بعید نیست که يك نوع مصنوعیت نژادی را بتوان مطرح کرد، همچنانکه این نظریه در مورد نادر بودن سرطان گردن رحم در نهای یهودی نیز بیان میشود. عده‌ای معتقد هستند که يك نوع ماده سرطان زا در اسمیگما وجود دارد که باعث ایجاد سرطان میشود (۹).

سیفیلیس و سایر بیماریهای مقاربتی نیز احتمالاً میتوانند زمینه‌ساز این بیماری باشند بطوریکه استابیز (Staubiz) و همکارانش گزارشی از ۲۰۴ بیمار ارائه میدهند که چهل نفر سابقه بیماریهای مقاربتی و با تست واسرمن مثبت داشته‌اند (۴).

معرفی بیمار :

مرد ۴۶ ساله ایست اهل اراك ، شغل خیاط ، که در تاریخ ۱۲/۱۲/۵۳ بعلت زخم سر آلت مراجعه نموده و در این بیمارستان بستری میشود.

بیمار در سن ۱۲ سالگی ختنه شده و حدود ۲۰ سال قبل از بستری شدن دچار احتباس ادرار شده که پس از سونداژ و گشاد کردن مجرا بهبود یافته و تا ۱۵ سال بعد هم شکایتی نداشته است . بیمار ۵ سال قبل از بستری شدن مجدداً دچار اختلالاتی در دفع ادرار از قبیل تکرر و قطره قطره ادرار کردن گردیده که بار دیگر سنداژ شده و بهبود نسبی می‌یابد ولیکن از همان زمان قدرت مردانگی (نموظ) خود را از دست میدهد.

یکسال قبل بیمار متوجه سفیدی در سر آلت شده که مدتی بعد زخمی میشود و پس از مراجعه به پزشک تحت درمان با آنتی بیوتیک بعنوان يك بیماری عفونی قرار میگردد و چون نتیجه‌ای گرفته نمیشود هفت ماه قبل از بستری شدن از زخم بیوپسی شده که جواب آن کارسینوم بوده است . در نتیجه به بیمار پیشنهاد عمل جراحی میشود که نمی‌پذیرد.

پس از مدتی زخم سر آلت چرکی و بیمار دچار سوزش و تکرر ادرار شدید شده که در بیمارستان بستری میشود.

بیمار سابقه سوزاک داشته و از یکسال قبل بدنبال کشیدن ناخنهای زخماهای متعددی در انگشتان اول و دوم هر دو پا پیدا کرده است . وی متأهل و ۷ فرزند داشته که همگی سالم بوده‌اند.

از ۳۰ سال قبل روزانه ۲۰ عدد سیگار میکشیده و اعتیاد دیگری را ذکر نمیکند. تماس با مواد شیمیائی بخصوصی نداشته و انحراف

جنسی را ذکر نمیکنند.

در معاینات فیزیکی جز زخم سر آلت که ترشح چرکی خون آلود داشته و زخم انگشتان پاها نکته مثبت مهمی مشاهده نشده است . متأسفانه در تاریخچه بیماری بوجودی عدم وجود غدد لنفاوی ناحیه منبئی اشاره‌ای نشده است . در آزمایش‌های پاراکلینیک بی‌خون بیمار بجز قند خون که ۲۸۵ میلی گرم درصد بوده نکته قابل ذکر دیگری مشاهده نشده است (بیمار نیدانسته است که بیماری قند دارد).

آزمایش ادرار ۱/۶ گرم قند و ۱۵۰ میلی گرم آلبومین در لیتر و تعداد زیادی گلبول سفید و باکتری نشان میداده است .

کشت ادرار در حدود ۲۰۰/۱۰۰۰ کلنی آئروباکتر آئروژنس در میلی لیتر و کشت ترشح سر آلت اشریشیا کولی (E. coli) نشان داده است.

الکتروکاردیوگرام طبیعی و عکس ریه يك تصویر فیبر و کالسیفیه در قسمت میانی ریه چپ را نشان داده است . اوروگرافی داخل وریدی نکته مهمی نداشته است. بیوپسی از سر آلت يك کارسینوم اپیدرموئید (Squamous Cell Carcinoma) با دیفرانسیاسیون کم نشان داده که پس از آن بیمار تحت عمل جراحی برداشتن تمامی آلت (Radical Penectomy) قرار گرفته است. در مرحله بعد از عمل بیمار دچار يك آبسه پری آنال گردیده که تخلیه و درمان شده سپس با وضع عمومی خوب مرخص میگردد.

بیمار مجدداً پنج ماه بعد با حال عمومی بد و درد تورم ناحیه بالای پویس مراجعه نموده که با تشخیص آبسه بالای پویس بستری میگردد.

آزمایش‌های انجام شده در این نوبت بدین قرار بوده است:

قند خون ۲۷۴ میلی گرم درصد و آزمایش ادرار ۱۴۰/۱۰۰ کلنی اشریشیا کولی در میلی لیتر نشان داده است. در رادیوگرافی ریه نیمه چپ دیافراگم بالاتر از حد طبیعی قرار داشته و در قاعده ریه چپ تصاویر تیره خطی نشانه آتلکتازی مشهود بوده است.

آبسه بیمار شکافته شده و در محیط کشت استافیلوکوک سفید رشد نموده است. با وجود درمان مناسب و کافی حال عمومی بیمار روز بروز بدتر میشده تا اینکه ۱۸ روز بعد بیمار فوت میکند.

متأسفانه از علت دقیق فوت بیمار در پرونده ذکر نشده است.

کلینیک و پاراکلینیک :

تقریباً تمام سرطانهای آلت از داخل حفره پری پویتال شروع میشوند. نقطه دقیق منشاء غالباً معلوم نیست ولی احتمالاً حشفه (Glans) و شیار پشت آن شایعترین محل است. ضایعه آلت ممکنست از يك قرچه خیلی کوچک یا نقطه قرمز رنگ یا اندول زگیل مانند تاپک

رادیوتراپی عموماً در بیماران خیلی مسن و ناتوان که از دست دادن آلت در آنها اهمیت کمتری دارد و همچنین وقتی که اجسام غاری گرفتار شده اند غالباً بی مورد است. همچنین رادیوتراپی کافی برای کنترل تومور خود بطور شایع باعث تنگی مجرا میگردد. عوارض رادیوتراپی عبارتند از تنگی مجرا - ورم مزمن و آتروفی آلت.

ب: درمان متاستازهای غدد لنفاوی:

برداشتن غدد ناحیه مغبنی در تمام بیماران با احتمال متاستاز متحرک (Mobile) نشده ضرور است و بطور کلی تمام غددی که قطر آنها از ۳ سانتیمتر متجاوز باشد متاستاتیک تلقی میگردد. تشخیص بالینی وجود یا فقدان متاستاز در غدد لنفاوی بسیار مشکل بوده و تنها راه اثبات آن از طریق بیوپسی است.

برداشتن غدد باید دوطرفه باشد زیرا لنفاتیک‌های این ناحیه از طریق لنفاتیک‌های زیرجلدی با هم ارتباط دارند. کاملاً واضح است که برداشتن غدد ناحیه مغبنی در کسانی که متاستاز دوردست و یا متاستازهای لنفاتیک فیکس شده دارند، موردی ندارد (۱).

رادیوتراپی غدد لنفاوی مغبنی بعنوان عمل تسکینی در سورتیکه جراحی ممکن نباشد میتواند انجام گیرد.

دادن اشعه باین ناحیه بعنوان یک درمان قطعی احتیاج به مقادیر زیاد اشعه دارد.

شیمی درمانی:

روش‌های جاری شیمیوتراپی در مورد سرطان آلت با موفقیت کمی انجام شده ولی گزارش‌هایی از بلیومایسین (Bleomycin) منتشر شده که تاثیر این دارو را در درمان کارسینومای آلت می‌رساند. البته اشکال بزرگ استفاده این دارو ایجاد فیروز ریوی است که میتواند کشنده باشد.

در سال ۱۹۷۳ توسط Blum مروری در مورد ۶۷ بیمار در مقالات سراسر دنیا بعمل آمده که نشان میدهد بلیومایسین در ۷۳ درصد موارد سرطان آلت موثر بوده است (۱۰).

در سال ۱۹۷۲ Mills گزارش نمود که متوترکسیت (Methot- raxate) داخل وریدی نیز میتواند در درمان سرطان آلت تاحدی موثر باشد (۱۱).

خلاصه:

کارسینومای آلت تناسلی در مردان بسیار نادر بوده و بنظر میرسد که در ایران نیز چنین باشد. همچنین عقیده اکثر متخصصان بر اینست که ختنه یک عامل جلوگیری کننده از بروز این بیماری است.

هر زخمی در روی آلت اگر با درمان با آنتی بیوتیک در مدت مناسب

قرحه سفت بزرگه یا یک توده پاپیلا متفاوت باشد.

شکایت بیمار ممکنست از یک تورم زیر پرپوس یا ازدرد موضعی، خارش و ترشح باشد. در ۳۰ درصد موارد بیمار ممکنست بعلت لنف آدنوپاتی مغبنی مراجعه نماید. سرطانهای آلت ممکنست بشکل اگزوفتیک و یا آندوفتیک باشند.

غدد لنفاوی مغبنی شایعترین محل متاستاز سرطان آلت بوده و غدد لنفاوی ایلیاک - اوبورتور تور معمولاً ثانویه میباشند.

متاستاز دوردست به استخوانها، کبد، ریه و سایر نواحی در نتیجه انتشار عروقی بندرت دیده میشود.

در آزمایش‌های پاراکلینیک یک تست سرولوژیک برای سیفیلیس باید انجام شود، اگر چه یک تست مثبت امکان وجود سرطان آلت را رد نمیکند.

تشخیص‌های افتراقی متعددی برای کارسینومای آلت وجود دارد که ما آنها را نام نبرده و فقط یادآوری میکنیم که تشخیص قطعی با بیوپسی امکان پذیر است.

درمان:

در درمان سرطان آلت دو مطلب مورد نظر است: اول درمان ضایعه اولیه و دوم درمان متاستازها.

الف - درمان ضایعه اولیه: که با عمل جراحی است و یا رادیوتراپی: درمان با عمل جراحی: برداشتن کامل و یا قسمتی از آلت با یک محدودده سالم به اندازه ۱/۵ سانتیمتر درمان اساسی است (۳).

در برداشتن کامل آلت ایجاد یک مه‌آی جدید در ناحیه پرینه جهت ادرار کردن کاملاً ضرور است.

یکی از مزایای جراحی کوتاه شدن مدت بستری بودن بیمار در بیمارستان میباشد (۶).

پرفو درمانی: درمانهای قبلی از قبیل کاشتن رادیوم امروزه دیگر بکار نرفته و رادیوتراپی بطور متناوب بهترین نتیجه را دارد که ترجیحاً با اشعه ایکس انجام میگردد.

مقدار توصیه شده بر حسب روش آن متفاوت بوده و بهر حال مقدار موفقیت آمیز بترتیب از ۵۰۰۰ تا ۶۰۰۰ راد در ۵ تا ۶ هفته گزارش شده است.

بارادیوتراپی میتوان خط محدود اطمینان را از جراحی وسیعتر نمود.

البته در بسیاری از موارد ممکنست جراحی برای خارج کردن تومور باقی مانده لازم باشد.

مزایای آشکار رادیوتراپی به جراحی آنست که بیمار به احتمال زیاد از یک عمل جراحی ناقص کننده با همه اهمیت فیزیولوژیکی و نتایج فیزیکی آن نجات پیدا میکند. رادیوتراپی مخصوصاً در کنترل ضایعات کوچک و نسبتاً سطحی خیلی موثر میباشد.

بهبود کامل پیدا نکرد، مشکوک تلقی شده و باید مبادرت به بیوپسی آن کرد و تنها وسیله تشخیص همین بیوپسی است.
 در این مقاله يك بیمار معرفی شده که بطور غیر معمول در ۱۲ سالگی ختنه شده است و شاید همین موضوع باعث بروز کارسینومای آلت در این شخص شده باشد ، همچنین طرق مختلف درمان در این مقاله مورد بحث قرار گرفته است.

REFERENCES :

- 1- Lauren , V . , Ackerman and Juan Adil Regata : Cancer , Male Genital Organs . Fourth Edition 1970 .
- 2- Gupta , O . P . , et al : Tumors of The Penis and Male Urethra . Indian Cancer J. 32: 182, 1972 .
- 3- Lichteneauer , P., et al : Classification , Cause and Treatment of Penile Carcinoma . Urol. , 12: 66, 1973 .
- 4- Scindler, E., et al : Carcinoma of the Penis . Med. Web., 24: 1205, 1973.
- 5- Dagher, R., et al : Carcinoma of the Penis and the Anticircumcision Crusade . J . Urol. , 110 : 49, 1979 .
- 6- Khezri, A. A., Dunn, M., Smith, P. J.B. , and Mitchell, J.P.: Carcinoma of the Penis . British J of Urol . , 50: 275, 1978.
- 7- Weitzner, S. : Secondary Carcinoma in the Penis. Am. Surgery, 37: 563, 1971.
- 8- Dean, A.L.: Epithelioma of the Penis. J. Urol.: 33: 252, 1935.
- 9- Reddy, D.G., and Baruach, I.K.S.M.: Carcinogenic Action of the Human Smegma. Arch. Pathol., 75: 414, 1963.
- 10- Blum, R.H., Carter, S.K., and Agre, K.: Aclinical Review of Bleomycin, a New Antineoplastic Agent. Cancer, 31: 903, 1973.
- 11- Mills, E. E. D . : Intermittent Intravenous methotraxate in the Treatment of Advanced Epidermoid Carcinoma. S. Afr. Med. J., 46: 398 , 1972.