کارسینومای آلت تناسلی در مردان

مجله نظام پزشکی
سال هشتم ، شماره ۵ ، صفحه ۳۰۹ ، ۱۳۶۱

دکتر سیدحبیب‌اله جعفری ـ دکتر آرام رضوی *

مقدمه و اپیدمیولوژی :

درمطالعاتی که تاکنون انجام شده سرطان آلت درافراد ختنه شده وبخصوص درنزد یهودیان بسیار نادر بوده وفقط پنج مورد در این گروه اخیر توسط پاین‌ملمد (Pyne Melmed) گزارش شده است (۱).

خانولفیا (Khanolfia) ازبیمارستان تتاموریال (Tetame-morial) بمبئی گزارشی از ۸۸ موردکارسینوم آلت ارائه میدهد که فقط ۲ بیمار مسلمان و بقیه هندو بوده‌اند (۱). باتوجه‌باینکه نسبت بیماران بستری‌شده مسلمان به‌هندو $\frac{1}{2}$ بوده معهذا تفاوت فاحش شیوع این بیماری درافراد این دوگروه‌چشم‌گیر است . همچنین مشخص شده است که شیوع سرطان آلت در افراد ختنه شده غیر یهود بیشتر از یهودیان است و چنین نتیجه‌گیری شده است که مسلمانان معمولا دیرتر یعنی درسنین بین سه تا۱۴سالگی ختنه میشوند ، درصورتیکه در بین یهودیان این عمل درچند روزه اول زندگی انجام میشود.

درکنیا شیوع کارسینوم‌آلت نسبتاً کم است و دراین کشور باستثناء دوقبیله بقیه افراد بطورمعمول ختنه میشوند وجالب است که‌اکثر سرطانهای آلت بطوریکه دوج (Dodge) ولین‌سل (Linsell) (۱) گزارش میکنند متعلق‌به‌این دوقبیله است. درایران‌متأسفانه تاکنون آمار قابل ذکری درمورد این بیماری داده نشده‌است ولی بطوریکه ازمطالعه پرونده‌های بیمارستانی برمیآید دراین کشور سرطان‌آلت فوق‌العاده نادر است (یک‌مورد ازسال۱۳۵۳ تاکنون دربیمارستان شهداء تجریش).

درکشور امریکا شیوع کارسینوم آلت ۱/۳ ازهرصدهزار نفرمرد سفید پوست و ۲/۹ ازهر صد هزار نفر مرد سیاه پوست درسال است(۱).

درپورتوریکو درفواصل سالهای ۱۹۵۶ تا ۱۹۶۰ شیوع‌بیماری ۳/۹ تا ۴/۹ درهرصدهزار نفر ازجمعیت مذکر درسال بوده است (۱).

بالاترین ارقام شیوع این بیماری که ازآسیا گزارش شده است توسط آگایی (Agai) ازچین(۱) و کیونیر (Kewnear)ازژاپن (۱) ونگوین‌گزان (Nguyenxuan) از ویتنام میباشد(۱).

در کشور اوگاندا سرطان آلت یکی ازشایعترین سرطانها در مرد بوده و درحدود ۷٪ تمام سرطانها درمردان میباشد(۶).

سرطان آلت معمولا در دهه‌های ششم وهفتم زندگی ظاهر میشود ولی‌درگروه مورد مطالعه دین(Dean) ۲۲ درصد بیماران کمتر ازچهل‌سال داشته‌اند(۸).

در آمریکا از هرده بیمار مبتلا به سرطان آلت ۶ نفر آنها بالای ۶۰ سال داشته و سنین پائین‌تر بیشتر ازآسیا گزارش شده است(۱).

سرطان آلت کمتر از دودهم‌درصد ازمرگ‌هائی راکه نزدمردان درایالات متحده آمریکا بوسیله سرطان ایجاد میشود تشکیل میدهد .

درهرحال سرطان آلت درافراد زیر ۳۰ سال بندرت دیده شده است .

---

* تهران ـ بیمارستان شهداء ـ تجریش .

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

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

دراغلب موارد، این بیماری درنزد مردان طبقات پائین با بهداشت بد و بازندگی‌های مشترك وعادات انحرافی دیده میشود ولی بعید نیست که یك نوع مصونیت نژادی را بتوان مطرح کرد، همچنانکه این نظریه درمورد نادر بودن سرطان گردن رحم درزنهای یهودی نیز بیان میشود. عده‌ای معتقد هستند که یك نوع ماده سرطان زا دراسمیگما وجود دارد که باعث ایجاد سرطان میشود (۹).

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

معرفی بیمار :

مرد ۴۶ ساله‌ایست اهل اراك ، شغل خیاط ، که در تاریخ ۵۳/۱۲/۱۲ بعلت زخم سرآلت مراجعه نموده و دراین بیمارستان بستری میشود.

بیمار درسن ۱۲ سالگی ختنه شده و حدود ۲۰ سال قبل از بستری شدن دچار احتباس ادرار شده که پس از سوندا ژو 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 تکرروقطره قطره ادرار کردن گردیده که باردیگر سنداژ شده و بهبود نسبی می‌یابد ولیکن ازهمان زمان قدرت مردانگی (نعوظ) خود را ازدست میدهد.

یکسال قبل بیمار متوجه سفتی در سرآلت شده که مدتی بعد زخمی میشود وپس ازمراجعه به‌پزشك تحت درمان با آنتی بیوتیك بعنوان یك بیماری عفونی قرار میگیرد وچون نتیجه‌ای گرفته نمیشود هفت ماه قبل ازبستری‌شدن از زخم بیوپسی‌شده که جواب آن کارسینوم بوده است . درنتیجه به بیمار پیشنهاد عمل جراحی میشود که نمی‌پذیرد.

پس از مدتی زخم سرآلت چرکی و بیمار دچار سوزش و تکرر ادرار شدید شده که دربیمارستان بستری میشود.

بیمار سابقه سوزاك داشته و ازیکسال قبل بدنبال کشیدن ناخنها زخمهای متعددی درانگشتان اول و دوم هردوپا پیدا کرده است . وی متأهل و ۷ فرزند داشته که همگی سالم بوده‌اند.

از ۳۰ سال قبل روزانه ۲۰ عدد سیگار میکشیده واعتیاد دیگری را ذکر نمیکند. تماس باموادشیمیائی بخصوصی نداشته وانحراف جنسی را ذکر نمیکند.

درمعاینات فیزیکی جز زخم سرآلت که ترشح چرکی خون آلود داشته و زخم انگشتان پاها نکته مثبت مهمی مشاهده نشده است . متأسفانه درتاریخچه بیماری بوجودیاعدم وجود غدد لنفاوی ناحیه مغبنی اشاره‌ای نشده است . در آزمایش‌های پاراکلینیکی خون بیمار بجز قندخون که ۲۸۵ میلی گرم درصد بوده نکته قابل ذکر دیگری مشاهده نشده است (بیمار نمیدانسته است که بیماری قند دارد).

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

کشت ادرار درحدود ۲۰۰/۰۰۰ کلنی آئروباکتر آئروژنس درمیلی‌لیتر و کشت ترشح سرآلت اشریشیاکولی (E. coli) نشان داده است.

الکتروکاردیوگرام طبیعی وعکس ریه یك تصویر فیبروکالسیفیه در قسمت میانی ریه چپ را نشان داده است . اوروگرافی داخل وریدی نکته مهمی نداشته است. بیوپسی ازسرآلت یك کارسینوم اپیدرموئید (Squamous Cell Carcinoma) بادیفرانسیاسیون کم نشان داده که پس ازآن بیمار تحت عمل جراحی برداشتن تمامی آلت (Radical Penectomy) قرار گرفته‌است. درمرحله بعد ازعمل بیمار دچار یك آبسه‌پری آنال گردیده که تخلیه و درمان شده سپس باوضع عمومی خوب مرخص میگردد.

بیمار مجدداً پنج ماه‌بعد باحال‌عمومی بد ودردوتورم ناحیه بالای پوبیس مراجعه نموده که با تشخیص آبسه بالای پوبیس بستری میگردد.

آزمایش‌های انجام شده دراین نوبت بدین قرار بوده است:

قندخون ۲۷۴ میلی گرم درصد وآزمایش ادرار ۱۴۰/۰۰۰ کلنی اشریشیا کولی درمیلی‌لیتر نشان داده است. در رادیوگرافی ریه نیمه چپ دیافراگم بالاتر ازحدطبیعی قرار داشته و درقاعده ریه چپ تصاویر تیره خطی نشانه آتلکتازی مشهود بوده است.

آبسه بیمار شکافته شده و درمحیط کشت استافیلوکك سفید رشد نموده است. باوجود درمان مناسب وکافی حال عمومی بیمار روز بروز بدتر میشده تااینکه ۱۸ روز بعد بیمار فوت میکند.

متاسفانه ازعلت دقیق فوت بیمار درپرونده ذکری نشده است.

کلینیك و پاراکلینیك :

تقریباً تمام سرطانهای آلت ازداخل حفره پری پوبیتال شروع میشوند. نقطه دقیق منشاء غالباً معلوم نیست ولی احتمالا حشفه (Glans) وشیار پشت آن شایعترین محل است. ضایعه آلت ممکنست از یك قرحه خیلی کوچك یا نقطه قرمز رنگ یا ندول زگیل مانند تا یك

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

قرحه سفت بزرگ یایك توده پاپیلر متفاوت باشد.
شکایت بیمار ممکنست از یك تورم زیرپرپوس یا ازدرد موضعی، خارش وترشح باشد . در ۳۰ درصد موارد بیمار ممکنست بعلت لنف آدنوپاتی مغبنی مراجعه نماید . سرطانهـای آلت ممکنست بشکل اگزوفتیك ویاآندوفتیك باشند.
غدد لنفاوی مغبنی شایعترین محل متاستاز سرطان آلت بوده وغدد لنفاوی ایلیاك ـ اوبتوراتور معمولا ثانویه میباشند .
متاستاز دوردست به‌استخوانها ، کبـد ، ریه و سایر نواحی در نتیجه انتشار عروقی بندرت دیده میشود.
درآزمایش‌های پارا کلینیکی یك تست سرولوژیك برای سیفیلیس باید انجام شود ، اگرچه یك 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 دومطلب مورد نظراست: اول درمان‌ضایعه اولیه و دوم درمان متاستازها .

الف ـ درمان‌ضایعه‌اولیه: که یاعمل‌جراحی‌است ویارادیوتراپی:

درمان باعمل جراحی: برداشتن کامل‌ویاقسمتی‌ازآلت بایکمحدوده سالم به اندازه ۱/۵ سانتیمتر درمان اساسی است (۳).
دربرداشتن کامل آلت ایجاد یك‌مه‌آی جدید درناحیه پرینه‌جهت ادرار کردن کاملا ضروراست.
یکی ازمزایای جراحی کوتاه شدن مدت بستری بودن بیمار در بیمارستان میباشد (۶).

پرتو درمانی : درمانهای‌قبلی ازقبیل کاشتن رادیوم‌امروزه دیگر بکار نرفته و رادیوتراپی بطور متناوب بهترین نتیجه را داردکه ترجیحاً بااشعه ایکس انجام میگیرد.
مقدار توصیه شده بـرحسب روش آن متفـاوت بوده و بهرحال مقدار موفقیت‌آمیز بترتیب از ۵۰۰۰ تا ۶۰۰۰ راد در ۵ تا۶ هفته گزارش شده است.
بارادیوتراپی میتوان خط محدود اطمینان را ازجراحی وسیعتر نمود.
البته دربسیاری ازموارد ممنست جراحی برای خارج کـردن تومور باقی مانده لازم باشد.
مزایای‌آشکار رادیوتراپی بـه‌جراحی آنست‌که بیمار به‌احتمال زیاد ازیك عمل جراحی ناقص‌کننده با همه اهمیت فیزیولوژیکی و نتایج فیزیکی آن نجات پیدا میکند. رادیوتراپی مخصوصاًدر کنترل ضایعات کوچك ونسبتاً سطحی خیلی موثر میباشد.
رادیوتراپی عموماً دربیماران‌خیلی‌مسن‌وناتوان که ازدست دادن آلت درآنها اهمیت‌کمتری دارد وهمچنین وقتی که اجسام غاری گرفتار شده‌اند غالباً بی‌مورد است . همچنین رادیوتراپی کافی برای‌کنترل تومور خود بطور شایع باعث تنگی مجرا میگردد.
عوارض رادیوتراپی عبارتند ازتنگی‌مجرا ـ ورم مزمن‌وآتروفی آلت .

ب : درمان متاستازهای غدد‌لنفاوی :

برداشتن‌غدد ناحیه مغبنی درتمام بیماران بااحتمال متاستازمتحرك (Mobile) نشده‌ضروراست و بطورکلی‌تمام غددی‌که قطرآنها از ۳ سانتیمترمتجاوز باشد متاستاتیك تلقی میگردد . تشخیص‌بالینی وجود یا فقدان متاستاز در غدد لنفاوی بسیار مشکل بوده و تنها راه اثبات‌آن ازطریق بیوپسی است.
برداشتن غدد باید دوطرفه باشد زیرا لنفاتیك‌های این ناحیه از طریق لنفاتیك های زیرجلدی باهـم ارتباط دارند. کاملا واضح است‌که برداشتن غدد ناحیه مغبنی درکسانیکه متاستاز دوردست‌و یامتاستازهای لنفاتیك فیکس شده دارند ، موردی ندارد(۱).
رادیوتراپی غدد لنفاوی مغبنی بعنوان عمل تسکینی درصورتیکه جراحی ممکن نباشد میتواند انجام‌گیرد.
دادن اشعه باین ناحیه بعنوان یك درمان قطعی احتیاج به‌مقادیر زیاد اشعه دارد.

شیمی درمانی :

روش‌های جاری شیمیوتراپی درمورد سرطان‌آلت باموفقیت‌کمی انجام شده ولی‌گزارش‌هایی ازبلیومایسین (Bleomycin) منتشر شده‌که تاثیر این دارو را دردرمان کارسینومای‌آلت میرساند . البته اشکال بزرگ استفاده‌این دارو ایجاد فیبروز ریوی است‌که میتواندکشنده باشد.
درسال۱۹۷۳ توسط Blum مروری درمورد ۶۷ بیمار درمقالات سراسردنیا بعمل آمده‌که نشان میدهد بلیومایسین در۷۳ درصد موارد سرطان آلت موثر بوده است (۱۰).
درسال ۱۹۷۲ Mills گزارش نمودکه‌متوترکسیت (Methotraxate) داخل وریدی نیز میتواند دردرمان سرطان‌آلت‌تاحدی موثر باشد (۱۱).

خلاصه :

کارسینومای آلت‌تناسلی درمردان بسیار نادر بوده و بنظرمیرسد کـه درایران نیز چنین بـاشد . همچنین عقیده اکثر متخصصان براینست‌که خنثه یك عامل جلوگیری‌کننده از بروز این‌بیماری است .
هرزخمی درروی‌آلت اگر با درمان‌باآنتی‌بیوتیك درمدت‌مناسب

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

بهبودکامل پیدا نکرد، مشکوك تلقی‌شده وباید مبادرت به‌بیوپسی آن کرد وتنها وسیله تشخیص‌همین بیوپسی‌است.
دراین مقاله یك بیمار معرفی شده که بطور غیر معمول در ۱۲ سالگی‌ختنه شده‌است وشاید همین‌موضوع باعث‌بروز کارسینومای آلت درایـن 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- Sclindler, 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.

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