

کارسینومای آلت تناسلی در مردان

مجله نظام پزشکی

سال هشتم، شماره ۵، صفحه ۳۰۹، ۱۳۶۱

دکتر سید حبیب‌الله جعفری - دکتر آرام رضوی *

در کشور امریکا شیوع کارسینوم آلت $\frac{1}{13}$ از هر صدهزار نفر مرد سفید پوست و $\frac{2}{9}$ از هر صدهزار نفر مرد سیاه پوست در سال است (۱).

در پورتوريکو در فواصل سالهای ۱۹۵۶ تا ۱۹۶۰ شیوع بیماری $\frac{3}{9}$ تا $\frac{4}{9}$ در هر صدهزار نفر از جمعیت مذکور در سال بوده است (۱).

بالاترین ارقام شیوع این بیماری که از آسیا گزارش شده است توسط آگای (Agai) از چین (۱) و کیونیر (Kewnear) از زبان (۱) و نگوین گزان (Nguyenxuan) از ویتنام میباشد (۱).

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

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

سلطان آلت کمتر از دو دهه درصد از عمر گهای را که نزد مردان در ایالات متحده آمریکا بوسیله سلطان ایجاد میشود تشکیل میدهد.

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

عقدمه و اپیدمیولوژی:

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

خانولفیا (Khanolfia) از بیمارستان تتماموریال (Tetame) (Korialfia) بمبئی گزارشی از ۸۸ مورد کارسینوم آلت ارائه میدهد که فقط ۲ بیمار مسلمان و بقیه هندو بوده‌اند (۱). با توجه بینکه نسبت بیماران بستری شده مسلمان به هندو $\frac{1}{3}$ بوده معهذا تفاوت فاحش شیوع این بیماری در افراد این دو گروه چشم گیر است. همچنین مشخص شده است که شیوع سلطان آلت در افراد ختنه شده غیر یهود بیشتر از یهودیان است و چنین نتیجه گیری شده است که مسلمانان معمولاً دیر ترینی در سنین بین سه تا ۴ 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 باستثناء دوقبیله بقیه افراد بطور معمول ختنه میشوند و جالب است که اکثر سلطانهای آلت بطوریکه دوج (Dodge) و لینسل (Linsell) (۱) گزارش میکنند متعلق بداین دوقبیله است. در ایران متأسفانه تا کنون آمار قابل ذکری درمورد این بیماری داده نشده است و لی بطوریکه از مطالعه پرونده‌های بیمارستانی بر می‌آید در این کشور سلطان آلت فوق العاده نادر است (یک مورد از سال ۱۳۵۳ تا کنون در بیمارستان شهداء تجریش).

* تهران - بیمارستان شهداء - تجریش.

جنسي را ذكر نمیکند.

در معاينات فيزيکي جز زخم سر آلت که ترشح چرکي خون آلود داشته و زخم انگشتان باها نکته مثبت مهمي مشاهده شده است. مناسفانه در تاریخچه بيماري بوجود ديار عدم وجود غدد لنفاوي تابعه هفتني اشاره اى نشه است. در آزمایش هاي پاراكلينيکي خون بيمار بجز قندخون که ۲۸۵ ميلی گرم درصد بوده نکته قابل ذكر ديگري مشاهده نشه است (بيمار نميادنسته است که بيماري قند دارد).

آزمایش ادرار ۱۱۶ گرم قند و ۱۵۰ ميلی گرم آلبومين در ليترو تعداد زيادي گلbul سفيد و باکتری نشان میداده است.

کشت ادرار در حدود ۱۰۰۰ کلنی آئر و باکتر آئروژنس در ميلی ليترو کشت ترشح سر آلت اشريشيا كولي (E. coli) نشان داده است.

الكتروكارديوگرام طبيعی و عکس ريه يك تصوير فير و كالسيفيدير قسمت ميانی ريه چپ را نشان داده است. اوروگرافی داخل وریدی نکته مهمی نداشته است. بيوپسي از سر آلت يك کارسينوم اپيدرموگيد (Squamous Cell Carcinoma) با ديرانسياسيون کم نشان داده که پس از آن بيمار تحت عمل جراحی برداشتن تمامی آلت (Radical Penectomy) قرار گرفته است. در مرحله بعد از عمل بيمار دچار يك آبسه پری آنسال گردیده که تخلیه و درمان شده سپس با وضع عمومی خوب مرخص ميگردد.

بيمار مجدداً پنج ماه بعد با حال عمومی بد و در درد و تورم تابعه بالاي پويس مناجمه نموده که با تشخيص آبه بالاي پويس بستری ميگردد.

آزمایش هاي انجام شده در اين نوبت بدین قرار بوده است: قندخون ۲۷۴ ميلی گرم درصد و آزمایش ادرار ۱۰۰/۰۰۰ کلنی اشريشيا كولي در ميلی ليترا نشان داده است. در راديوجرافی ريه نيمه چپ ديافراگم بالاتر از حد طبیعی قرار داشته و در قاعده ريه چپ تصاویر تيره خطی نشانه آلتکتازی مشهود بوده است.

آبسه بيمار شاكته شده و در محبت کشتن مثبت استافيلوكث سفيد رشد نموده است. با وجود درمان مناسب و کافي حال عمومی بيمار روز بروز بدقير ميشده تاينکه ۱۸ روز بعد بيمار فوت ميکند.

مناسفانه از علت دقیق فوت بيمار در پرونده ذکری نشه است.

كلينيک و پاراكلينيک:

تقريباً تمام سرطانهای آلت از داخل حفره پری پوینتال شروع ميشوند. نقطه دقیق منشاء غالباً معلوم نیست ولی احتمالاً حشفه (Glans) و شبار پشت آن شایعترین محل است. ضایعه آلت ممکنست از يك قرحه خیلی کوچک يا نقطه قرمز رنگ ياند قول ذگي-ل ماقد تايك

مطالبه اين آمارها و تحقيقات انجام شده عمل ختنه را بعنوان يك اقدام پيشگيري کننده توجيه مينماید (۲). واضح است که ختنه نظافت آلت را بالا برده و امكان تراكم و باقی ماندن اسمايگما (Smegma) و فيموزيس را که ممکنست زمينه اى مساعد برای ايجاد سرطان آلت فراهم کنند کم مينماید.

در اغلب موارد، اين بيماري در فرزد مردان طبقات پائين با بهداشت بد و بازنگرهای مشترك و عادات انحرافی دидеه ميشود ولی بعيد نیست که يك نوع مصونیت نژادی را بتوان مطرح کرده همچنان که اين نظریه در مورد نادر بودن سرطان گردن رحم در زنهای يهودی نيز بيان ميشود. عده اى معتقد هستند که يك نوع ماده سرطان زا در اسمايگما وجود دارد که باعث ايجاد سرطان ميشود (۹).

سيفيليس و سائر بيماريهاي مقاربتي نيز احتمالاً مি�توانند زمينه ساز اين بيماري باشند بطوريکه استايبيز (Staubiz) و همسكارانش گزارشي از ۲۰۴ بيمار ارائه ميدهند که چهل نفر سابقه بيماريهاي مقاربti و باست و اسر من مثبت داشته اند (۴).

معرفی بيمار:

مرد ۴۶ ساله ايست اهل اراك، شغل خيات، که در تاريخ ۱۲/۱۲/۵۳ بعلت زخم سر آلت مناجمه نموده و در اين بيمارستان بستری ميشود.

بيمار در سن ۱۲ سالگي ختنه شده و حدود ۲۰ سال قبل از بستری شدن دچار احتباس ادرار شده که پس از سونداتو گشاد گردن مجرأ بهبود يافته و تا ۱۵ سال بعد هم شکایتی نداشته است. بيمار ۵ سال قبل از بستری شدن مجدداً دچار اختلالاتي در دفع ادرار از قبيل تکرر و قطره قطره ادرار گردن گردیده که با درديگر سنداري شده و بهبود نسبی مي باشد ولیکن از همان زمان قدرت مردانگي (نوعوظ) خود را ازدست ميدهد.

يکسال قبل بيمار متوجه سفتی در سر آلت شده که مدتی بعد زخم ميشود و پس از مناجمه به پيشکش تحت درمان با آتنی بيوتيك بعنوان يك بيماري عفونی قرار ميگيرد و چون نتيجه اى گرفته نميشود هفت ماه قبل از بستری شدن از زخم بيوپسي شده که جواب آن کارسينوم بوده است. در نتيجه به بيمار پيشنهاد عمل جراحی ميشود که نمى پذيرد.

پس از مدتی زخم سر آلت چرکي و بيمار دچار سوزش و تکرر ادرار شديد شده که در بيمارستان بستری ميشود.

بيمار سابقه سوزاك داشته و از يکسال قبل بدنبال کشیدن ناخنها زخمهاي متعددی در انگشتان اول و دوم هردو پا پيدا کرده است. وی متاحله و ۷ فرزند داشته که همگي سالم بوده اند.

از ۳۰ سال قبل روزانه ۲۰ عدد سیگار ميکشیده و اعتياد ديگري را ذكر نمiekند. تماس با مواد شيم باقی بخصوصی نداشته و انحراف

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

ب: درمان متاباستازهای غدد لنفاوی:

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

برداشتن غدد باید دوطرف باشد زیرا لنفاتیک‌های این ناحیه از طریق لنفاتیک‌های زیر چشمی باهم ارتباط دارند. کاملاً واضح است که برداشتن غدد ناحیه مغبنی در کسانی که متاباستاز دور دست را متاباستازهای لنفاتیک فیکس شده دارند، موردی ندارد (۱).

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

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

شیوه درمانی:

روش‌های جاری شیمیوتراپی در مورد سلطان آلت باموقعت کمی انجام شده ولی گزارش‌های از بیلومایسین (Bleomycin) منتشر شده که تاثیر این دارو را در درمان کارسینومای آلت میرساند. البته اشکال بزرگ‌گه استفاده‌این 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 ۲۳ درصد موارد سلطان آلت موثر بوده است (۱۰).

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

خلاصه:

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

هر رخدانی در روی آلت اگر با درمان با آلتی بیوپتیک در مدت مناسب

قرحة سفت بزرگ یا یک توذه پاپیلر متفاوت باشد. شکایت بیمار ممکنست از یک تورم زیرپرپوس یا از درد موضعی، خارش و ترشح باشد. در ۳۰ درصد موارد بیمار ممکنست بملت لنف آدنوباتی مغبنی مراجعه نماید. سلطانهای آلت ممکنست بشکل اگزوفتیک و یا آندوفتیک باشد.

غدد لنفاوی مغبنی شایعترین محل متاباستاز سلطان آلت بوده و غدد لنفاوی ایلیاک - اوپتوراتور معمولاً ثانویه میباشد.

متاستاز دور است به استخوانها، کبد، ریه و سایر نواحی در نتیجه انتشار عروقی بندرت دیده میشود. در آزمایش‌های پاراکلینیکی یک تست سرولوزیک برای سیفیلیس باید انجام شود، اگرچه یک تست مثبت امکان وجود سلطان آلت را رد نمیکند.

تشخیص‌های اقتصادی محدودی 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 سلطان آلت دو مطلب مورد نظر است: اول درمان ضایعه اولیه و دوم درمان متاباستازها.

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

در برداشتن کامل آلت ایجاد یک مه آی جدید در ناحیه پرینهجهت ادرار کردن کاملاً ضرور است.

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

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

مقدار توصیه شده بر حسب روش آن متفاوت بوده و بهر حال مقدار موقعت آمیز بترتیب از ۵۰۰۰ تا ۶۰۰۰ راد در ۵ تا ۷ هفته گزارش شده است.

بارادیوتراپی میتوان خط محدود اطمینان را از جراحی وسیع نمود.

البته در بسیاری از موارد مخفست 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 تابع 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 هبادرت به بیوپسی آن کرد و تنها وسیله تشخیص همین بیوپسی است. در این مقاله یک بیمار معرفی شده که جطور غیر معمول در ۱۲ 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- 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.: A clinical 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.