

گزارش یک مورد کیست درموئید با جراحی، حفظ و نگهداری بیضه

ارسلان علی رمجی*، یوسف رضا یوسف نیا پاشا، حمید شافی

استادیار گروه ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: کیست درموئید بیضه بعد از بلوغ بسیار نادر است. روشهای درمانی مختلف از جمله برداشتن بیضه و یا نگهداری بیضه و برداشتن کیست انجام می شود. در این بررسی یک مورد از کیست درموئید به روش برداشتن فقط کیست، با حفظ نگهداری بیضه، گزارش می گردد.

گزارش مورد: پسر ۱۸ ساله ای با توده ای به اندازه ۲-۱/۵ سانتی متر در بیضه طرف چپ با سابقه یکساله به بخش ارولوژی مراجعه کرد و در معاینه کلینیکی توده با قوام سفت و بدون درد در قسمت مرکزی بیضه طرف چپ قابل لمس بود. بیضه طرف راست و بقیه معاینه عمومی بدن طبیعی بوده، سونوگرافی بیضه ها نیز موید وجود یک توده هیپو اکوئیک در بیضه طرف چپ بود. تومور مارکرهاي اختصاصی تومور بیضه یعنی (آلفافتوپروتئین و β -H.C.G) نیز طبیعی بودند. بیمار به منظور جراحی رادیکال (برداشتن تومور بیضه) تحت عمل قرار گرفت و فقط کیست درموئید که تشخیص نهایی پاتولوژی آن بود، خارج شد. بیمار تا دو سال بعد از جراحی علائمی دال بر عود بیماری نداشت. **نتیجه گیری:** کیست بیضه را که خوش خیم بودن آن مسجل شود می توان با حفظ بیضه و برداشتن فقط کیست درمان نمود.

واژه های کلیدی: تومور بیضه، کیست درموئید، حفظ و نگهداری بیضه.

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هشتم، شماره ۱، زمستان ۱۳۸۴، صفحه ۱۱۱-۱۱۳

مقدمه

کیست درموئید بیضه یک کیست خوش خیم و بسیار نادر است و معمولا در افراد قبل از بلوغ دیده می شود(۱). شایعترین سرطان در مردان در سنین بین ۳۵-۱۵ سال سرطان بیضه است که حدود یک درصد از کل سرطانهای بدن و ۵٪ از کل سرطانهای سیستم ادراری را تشکیل می دهد. در افراد بعد از سن بلوغ ۹۵-۹۰٪ این سرطانها از نوع ژرمینال (از سولهای زاینده اسپرم) و ۱۵-۱۰٪ از نوع غیر ژرمینال (یعنی سلولهایی که در تولید اسپرم نقش ندارند) می باشد. این درصد در بچه های زیر بلوغ به ترتیب ۶۵٪ و ۳۵٪ است. در یک تا دو درصد از بیماران بطور همزمان و یا غیر همزمان هر دو بیضه گرفتار تومور می شود. در افراد بالای ۶۰ سال نیز تومور بیضه گاهی با هیستولوژی دیگری مشاهده می گردد(۲و۳). گاهی

نیز بیضه بصورت ثانویه (یعنی تومور اولیه در جای دیگر بدن با هیستولوژی دیگری می باشد) درگیر می گردد. دلیل واضح و مشخصی برای تومور بیضه بیان نشده ولی بیضه هایی که مادرزادی درون شکم و یا در ناحیه اینگوئینال باشند و به ناحیه اسکروتوم نرسند بیشتر دچار تومور بیضه می گردند. دلایل دیگر از جمله بیضه های کوچک و آتروفیک و یا ضربه و یا دلایل هورمونی و ژنتیک نیز گاهی به عنوان عوامل مختلف مطرح می گردند. این بیماری در سفیدپوستها تا سه برابر شایعتر از سیاهپوستان است(۲). مراجعه بیماران تقریبا در تمام موارد با توده قابل لمس به اندازه های مختلف و مدت زمان مختلف و بی درد می باشد. درصد کمی حدود ۱۵-۱۰٪ از بیماران با عفونت بیضه یا هیدروسل مراجعه و درصد

لمس بود. با برش عرضی روی تونیکا آلبوجینا، بیضه باز شد و توموری با حدود مشخص و کپسول واضح و ضخیم که درون آن فقط مواد کراتین و سفید بدون هیچ علامتی از خونریزی و نکروز بود که فقط غده خارج گردید، قسمتهای دیگر بیضه کاملاً طبیعی و برش با نخ کرومیک ۵ صفر دوخته و کلمپ عروقی باز و رنگ بیضه طبیعی گردید. بیضه به داخل اسکروتوم منتقل و بدون گذاشتن درن، زخم بسته و روز بعد بیمار با شرایط کاملاً طبیعی از بیمارستان مرخص گشت. جواب پاتولوژی کیست درموئید شامل لایه های ضخیم کراتوهایالین + قسمتهایی از یک کیست اپی اتلیال با پوشش اپی تلیوم سنگفرشی که در مجاورت آن دو فولیکول مو بود، گزارش گردید. در مورد بیمار فوق Frozen section انجام نشد چون با پاتولوژی هماهنگی نشده بود. تا دو سال بعد از جراحی هیچ علامتی دال بر عود بیماری در معاینه، بالینی، آزمایشگاهی و سونوگرافی دیده نشد.

بحث و نتیجه گیری

این بیمار تحت عمل جراحی حفظ و نگهداری بیضه قرار گرفت. حفظ و نگهداری بیضه در مورد تومورهای خوش خیم و یا بدخیم دوطرفه از سال ۱۹۹۵ مطرح گردیده است (۸-۱۰). Crankson در سال ۱۹۹۷ در یک کودک ۵ ساله، با وجودیکه پاتولوژی زمان جراحی کیست درموئید و هدف، نگهداری بیضه بود، به علت بزرگی تومور و اینکه هیچ قسمتی از بیضه سالم نمانده بود عمل برداشتن کامل بیضه انجام گرفت (۱۱). در مطالعه ای که توسط Ulbright و همکاران روی ۵ بیمار بعد از بلوغ با تشخیص کیست درموئید با پی گیری ۱/۵ تا ۹/۵ ساله در سال ۲۰۰۱ گزارش شد در تمام بیماران جراحی رادیکال بصورت برداشتن کامل بیضه انجام گرفت، البته در این مقاله در مورد حفظ و نگهداری بیضه بحث نگردید (۱۲).

Passarella و همکاران در سال ۲۰۰۳ در ۱۱ بیمار که جواب پاتولوژی زمان جراحی و جواب پاتولوژی قطعی بعد از جراحی یکسان داشتند در ۷ بیمار به علت خوش خیم بودن ضایعه حفظ و نگهداری بیضه و در ۴ مورد دیگر به علت بدخیمی عمل جراحی رادیکال انجام دادند، این مقاله ارزش پاتولوژی زمان عمل را

کمتری نیز با علائم دیگر از جمله بزرگ شدن پستانها مراجعه می کنند. بعد از معاینه کلینیکی اولین اقدام تشخیصی انجام سونوگرافی است که در بیش از ۹۰٪ موارد توده هیپوآکوئیک مشخص (۴) و بعد از آن اندازه گیری تومور مارکرهای مختلف در خون از جمله آلفافتو پروتئین و β .H.C.G است که در انواع مختلف بیماری مقادیر آنها متفاوت است. تاکید می گردد که هر تومور یا غده درون بیضه باید به عنوان سرطان بیضه تلقی گردد مگر خلافش ثابت شود (۵). اگرچه در یک مطالعه که توسط Haas و همکاران در طی ۲۰ سال (۱۹۸۵-۱۹۶۵) روی ۲۸۰۰ بیضه جراحی شده انجام گرفت، حدود ۳۱٪ تومور خوش خیم گزارش شده است (۷). عمل جراحی استاندارد برای این بیماران جراحی رادیکال برداشتن بیضه از ناحیه اینگوینال می باشد. در موارد بسیار نادری، با در نظر گرفتن تمام شرایط (سونوگرافی، آزمایشگاه و نتیجه پاتولوژی در زمان جراحی و شکل ضایعه) می توان اقدام به حفظ و نگهداری بیضه نمود، اگرچه توسط افراد بسیار زیادی هنوز این روش تأیید نمی گردد (۸و۹). از سال ۱۹۹۵ حفظ و نگهداری بیضه در مورد تومورهای خوش خیم و حتی گاهی بدخیم توصیه شده است. در این مقاله یک مورد از این کیست که با حفظ و نگهداری بیضه بوده گزارش می گردد.

گزارش مورد

پسر ۱۸ ساله ای با توده ای در بیضه طرف چپ به مدت یکسال به بیمارستان مراجعه کرده و در سابقه هیچ تاریخچه ای از عفونت و ضربه نداشت. در معاینه کلینیکی به غیر از وجود یک توده (۲-۱/۵ سانتی متر)، سفت و بدون درد در مرکز بیضه طرف چپ، بقیه معاینات طبیعی بود. سونوگرافی از بیضه ها و شکم فقط یک توده هیپوآکوئیک به اندازه ۲ سانتی متر در بیضه طرف چپ را نشان داد. تومور مارکرهای مخصوص این بیماری یعنی α .Fprotein و β .H.C.G هر دو طبیعی بود. بیمار تحت عمل جراحی به منظور برداشتن رادیکال بیضه طرف چپ از طریق شکاف اینگوینال چپ قرار گرفت. ابتدا کورد اسپرماتیک بصورت کامل از ناحیه (رینگ اینترنال) با کلمپ عروقی بسته شد و سپس بیضه کاملاً از ناحیه اسکروتوم آزاد و به بالای زخم یعنی ناحیه اینگوینال منقل گشت. تونیکا واژینالیس باز شده و در وسط بیضه یک توده سفت قابل

ضایعه باشد بهتر است بیضه را حفظ کرد و بیمار را با ویزیت‌های به موقع و انجام آزمایش و رادیولوژی مورد نیاز پی گیری نمود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از زحمات خانمها مهرانگیز بالغی و فاطمه بنار، تشکر می گردد.

مشخص می کند(۱۳). در بیمار ما با توجه به جواب سونوگرافی قبل از جراحی و طبیعی بودن تومور مارکرها و شکل ضایعه در هنگام جراحی و عدم دسترسی به پاتولوژی هنگام جراحی اقدام به روش حفظ بیضه گردید که تاکنون یعنی ۲ سال بعد از جراحی علائمی از عود بیماری در بررسی های مکرر نداشت. بنابراین توصیه می گردد که اگر تمام شرایط یک بیمار با تومور بیضه به نفع خوش خیم بودن

References

1. Greenlee RT, Hill Harmon MB, Murray T, et al. Cancer statistics. CA cancer. J Clin 2001; 51: 15-36.
2. Richie JP. Neoplasms of the testis. in: Walsh PC, Retik A, Vaughn D, Wein AJ, eds. Campell's urology. Philadelphia, WB Saunders Co 1998; pp: 2411-52.
3. Ulbright TM. Neoplasms of the testis. in: Bostwick D, Eblen eds, Urologic surgical pathology, chap. II. St. Louis: Mosby 1997; pp: 573.
4. Benson CJ. The role of ultasound in diagnosis and staging of testicular cancer. Semin Urology 1998; 6: 189-202.
5. Coret A, Leibovitch I, Heyman Z. Ultrasonographic and clinical correlation of intratesticular lesions: a series of 34 cases. Br J Urolo 1995; 76: 216-9.
6. Strauss S, Gottlieb P, Kessler A, et al. Non-neoplastic intratesticular lesions mimicking tumor on ultrasound. Eur Radiol 2000; 10: 1628-35.
7. Hass GP, Schumaker BP, Cerny JC. The high incidence of benign testicular tumors. J Urolo 1986; 135: 494-6.
8. Weissbach L. Organ preserving surgery of malignant germ cel tumors. J Urolo 1995; 153: 90-3.
9. Kirkali Z, Tuzel E, Canda AE, et al. Testis sparing surgery for the treatment of a sequential bilateral testicular germ cell tumor. Int Jur Urolo 2001; 8: 710-12.
10. Mostofi FK, Sesterhenn IA, Davis CJ JR. Developments in histopathology of testicular germ cell tumours. Semin Urology 1988; 6: 171-88.
11. Crankson SJ, Shabra S, Al Hawashim N. Dermoid cyst of the testis. Annals of Saudi Medicine 1997; 17(6): 634-5.
12. Ulbright TM, Sringley JR. Dermoid cyst of the testis: a study of five postpubertal cases, including a pilomatrixoma-like variant, with evidence supporting its separate classification from mature testicular teratoma. Am J Surg Pathol 2001; 25(6): 788-93.
13. Passarella M, Usta MF, Bivalacqua TJ, Hellstrom WJ, Davis R. Testicular sparing surgery. B J Urolo 2003; 91: 337-40.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، گروه اورولوژی، تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۵۲۰۷۱-۷.

drramaji@yahoo.com