

گزارش مورد

ادغام طحال و بیضه، نوع نادری از توده های خوش خیم بیضه، گزارش یک مورد

فهیمة کاظمی راشد: گروه اروولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

E-mail: kazemirashedf@yahoo.com

سعید اصلان آبادی: گروه جراحی اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
حمید دلداده مقدم: دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

دریافت: ۸۸/۹/۳ پذیرش: ۸۸/۱۱/۷

چکیده

ادغام طحال و بیضه یک پدیده نادر و غیر بدخیم است که معمولاً با موارد بدخیم در تشخیص افتراقی بوده و اکثراً تحت رزکسیون کامل به عنوان تومور قرار می گیرد. علیرغم اینکه گزارشات متعدد و مختلفی در مقالات از این ادغام صورت گرفته است، هنوز این پدیده به صورت مبسوط وارد کتب مرجع نشده و برای بسیاری از متخصصین ناشناخته است. در این گزارش ما یکی از این موارد را توضیح می دهیم.

کلید واژه ها: بیضه، تومور، طحال

مقدمه

فیوژن یا ادغام طحال و بیضه یک آنومالی نادر است که در آن به صورت مادرزادی طحال به غدد جنسی اتصال می یابد. به صورت پراکنده در طی سالهای متمادی مواردی از این اختلال گزارش شده است بطوری که شاید اولین گزارشات به سالهای ۱۸۸۳ توسط Bostrom برسد (۱).

این اختلال به دو صورت مرتبط یا Continuous و غیرمرتبط یا non-continuous گزارش شده است. در فرم مرتبط ارتباط ساختمانی سیستم بین طحال طبیعی و بیضه نابجا با یک رابط بافتی که ممکن است تماماً از جنس طحال بوده و یا حاوی ندولهای طحال توام با بافت فیروزی باشد برقرار است. این رابط بافتی ممکن است خلف صفاقی (رتروپریتونئال) یا داخل صفاقی (ترانس پریتونئال) باشد. در فرم غیرمرتبط ارتباط ساختمانی یک گناد با یک طحال فرعی یا نابجا است که قطعاً این حالت نادرتر است (۲).

تشخیص معمولاً زمانی اتفاق می افتد که بیمار به علت توده بیضه تحت بررسی یا ارکیکتومی قرار گرفته یا در صورت وجود

بیضه نزول نکرده برای ارکیوپکسی در نظر گرفته می شود (۳). بنظر می رسد که افزایش آگاهی از این اختلال به پیشگیری از انجام ارکیکتومی های غیرضروری کمک کرده و به حفظ بافت بیضه بیمار کمک کند. در این گزارش ما موردی از این ادغام را توضیح می دهیم.

معرفی بیمار

بیمار پسر بچه ۳ ساله ای بود که جهت بررسی توده بیضه به بیمارستان کودکان تبریز مراجعه کرده بود. در سابقه بیماری افزایش اندازه توده در طی ۴ ماه گذشته را ذکر می کرد. در معاینه بیضه سمت راست از نظر اندازه و محل نرمال بود. در سمت مقابل توده ۲/۵ × ۳/۵ سانتی متر چسبیده به قطب تحتانی بیضه قابل لمس بود. تومور مارکرهای تومور بیضه در حد نرمال بودند. آلفا فئوپروتئین ۱/۲۶ نانوگرم در میلی لیتر و β HCG برابر ۰/۰۹ mIU در میلی لیتر و نرمال بود. سونوگرافی نشانگر یک توده هیپو اکوئیک در قطب تحتانی بیضه بود که مطابق با وجود یک توده مشکوک به بدخیمی

ولی عملاً نمی توان از تعداد بیماران مونث که در آنها گناد قابل لمس نیست اطلاع دقیقی پیدا کرد. از نظر اتیولوژی در طی هفته پنجم دوره جنینی، نمایه طحال در قسمت خلفی و چپ مزوگاستریوم تشکیل شده و تمایز می یابد. طحال تمایز یافته به نزدیک چین ادراری - تناسلی در روده جنینی می آید. چین ادراری - تناسلی حاوی مزودرم غدد جنسی بوده و به ساختمانهای غدد جنسی تمایز می یابد. تا هفته هشت جنینی ارتباط بین گناد و طحال باقی می ماند، پس از آن نزول غدد جنسی شروع شده این ارتباط قطع می شود که در صورت اختلال در آن این ادغام دیده می شود (۲).

بنا به تئوریهای موجود وجود این ادغام در دوره جنینی با نزول طبیعی بیضه تداخل دارد. لذا اختلالات متعددی با آن دیده می شود که شایعترین آنها فتق مغربی و بیضه نزول نکرده است (۴). بنا بر یک مطالعه بر روی ۱۱۴ مورد گزارش شده قبلی ۳۰٪ بیماران همزمان با بیضه نزول نکرده داشتند که ۵۹٪ آنها به صورت دوطرفه بود (۵).

تشخیص بالینی این بیماری بسیار دشوار و مشکل ساز است. یافته های سونوگرافیک این اختلال که معمولاً برای تشخیص اختلالات اسکروتوم به عنوان اولین قدم استفاده می شود کاملاً شبیه تومور است. مشکل تشخیصی بیشتر از پیش در زمانی ایجاد می شود که در طول زمان نیز افزایش رشد توده ایجاد شده باشد. به طور کلی تعداد مواردی که قبل از عمل تشخیص داده شده باشد بسیار کم است و بیشتر موارد تشخیص با بررسی پاتولوژی پس از ارکیکتومی است (۶). بیمار مورد معرفی در این گزارش از موارد غیرمرتبط (یا ارتباط بین بیضه نرمال با طحال نابجا) که نادرتر است بود.

نتیجه گیری

با توجه به میزان بالای ارکیکتومی در برخورد با این آنومالی پیشنهاد می شود در موارد مشکوک به ضایعات شبه بدخیم از بررسی های بیشتر برای پیشگیری از ارکیکتومی های غیر ضروری استفاده شود.

در بیضه چپ بیمار بود. با توجه به عدم امکان تشخیص قطعی قبل از عمل بر غیر بدخیم بودن ضایعه با رضایت والدین پیش بینی یک عمل برداشت بیضه و توده همراه آن به صورت کامل شده و عمل جراحی رادیکال ارکیکتومی صورت گرفت. در حین عمل جراحی یک توده قرمز - قهوه ای متصل به قطب تحتانی بیضه که یک دیواره قابل افتراق از بیضه نداشت متصل به بیضه قابل مشاهده بود (شکل ۱). نمونه جهت هیستوپاتولوژی فرستاده شد که نشانگر وجود بافت لنفوئید با فولیکولهای هیپرپلاستیک (طحال) در کنار نسج توبولهای نرمال بیضه بود. در حال حاضر این بیمار با توجه به تک بیضه بودن تحت کنترل و پیگیری است.



شکل ۱: نمای ادغام بیضه و طحال در حین جراحی

بحث

در حدود ۱۵۰ مورد از ادغام طحال با بیضه یا تخمدان پس از اولین گزارش این اختلال در مقالات مختلف آمده است. در سال ۱۹۹۰ یک جمع بندی برای موارد گزارش شده قبلی توسط Carragher انجام شد (۳) که به تفصیل این آنومالی را شرح داده بود. بنا به گزارش فوق در حدود ۵۰٪ از این موارد تا زمان اتوپسی کشف نمی شوند. در حدود ۵۰٪ از این آنومالی به صورت مرتبط می باشد که همانگونه که ذکر شد در آن بیضه یا گناد اکتوییک و طحال نرمال است و در حدود ۴۴٪ به صورت غیر مرتبط است که در آن طحال اکتوییک در کنار گناد نرمال است. علیرغم اینکه این اختلال در افراد مذکر در حدود ۱۶ برابر شایعتر گزارش شده است

References

- Chen SL, Kao YL, Sun HS, Lin WL. Splenogonadal fusion. *J Form's Med Assoc* 2008; **107**(11): 892-895.
- Le Roux PJ, Heddle RM. Splenogonadal fusion: is the accepted classification system accurate? *BJU Int* 2000; **85**: 114-115.
- Carragher AM. One hundred years of splenogonadal fusion. *Urology* 1990; **35**: 471-475.
- Mag JE, Bourne CW. Ectopic spleen in the scrotum: report of two cases. *J Urol* 1974; **111**: 120-123.
- Cortes D, Tharup JM, Visfeldt J. The pathogenesis of cryptorchidism and splenogonadal fusion: A new hypothesis. *Br J Urol* 1996; **77**: 285-290.
- Karaman MI, Gonzales ET. Splenogonadal fusion: report of 2 cases and review of the literature. *J Urol* 1996; **156**: 309-311.