

علاج جسؤ القضيب الليفي (داء بيروني)

الدكتور أيمن حسين حرفوش*

(تاريخ الإيداع 4 / 11 / 2007. قُبل للنشر في 2 / 3 / 2008)

□ الملخص □

في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية والفترة بين عامين 1996-2006م تمت معالجة 34 مريضاً مصاباً بجسؤ القضيب الليفي، خضع جميع المرضى لمعالجة محافظة بفيتامين E بمعدل 1000 وحدة دولية يومياً لمدة ثلاثة أشهر. كما عولج 19 مريضاً مصاباً بإنعطاف شديد في القضيب يعيق الممارسة الجنسية معالجة جراحية، وذلك بطريقة Nesbit .

المعالجة المحافظة أدت إلى زوال الألم عند 9 مرضى (26.47%)، بينما لم يطرأ أي تطور يذكر على الأعراض السريرية الأخرى.

نتائج المعالجة الجراحية كانت جيدة إذ أدت العملية الجراحية إلى تصحيح الإنعطاف في القضيب عند 16 مريضاً 84.21% من أصل 19 مريضاً، كما تم زوال الألم في القضيب عند 8 مرضى 42.1% من أصل 19 مريضاً.

كلمات مفتاحية : داء بيروني.

* أستاذ في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Treatment of Induratio Penis (Peyronie Diseases)

Dr. Aiman Harfoush*

(Received 4 / 11 / 2007. Accepted 2/3/2008)

□ ABSTRACT □

A treatment has been achieved in 34 patients with induratio penis were treated at AL–Assad University Hospital between 1996 – 2006. All patients were involved in a conservative treatment by using 1000 international units of E – Vitamine per day for 3 months. 19 patients with great bending in penis were involved in surgical treatment by the means of Nesbit.

The conservative treatment causes the disappearance of pain with 9 patients (26.47%), while there was no improvement that could be mentioned with regard to other clinical symptoms.

The results of the surgical treatment were good. The surgery corrected the inclination in the penis in 16 patients 84.21% out of 19 patients. The pain also diapered in penis in 8 patients 42.1% out of 19 patients.

Keywords: peyronie diseases.

* Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

جسؤ القضيب الليفي: هو عبارة عن تصلب أو كثافة ليفية في القضيب. حصل هذا المرض على اسمه من مؤسس الأكاديمية الجراحية في باريس Francois de La Peyronie الذي قام بتصنيف هذا المرض لأول مرة في عام 1743م. [1]

إن أسباب جسؤ القضيب الليفي غير معروفة بشكلٍ دقيق. وقد طرحت حول هذا الموضوع عدة فرضيات. الفرضية الأولى عن علاقة هذا المرض مع الأمراض المنقولة عن طريق الجنس. الفرضية الثانية تتعلق بدور الرضوح في نشؤ هذا المرض بما فيها الرضوح غير المرئية بالعين المجردة، للغلالة البيضاء Tunica Albginea. [2]

ولكن في الوقت الحاضر فإن غالبية الأطباء السريريين وأطباء التشريح المرضي يعزون حدوث جسؤ القضيب الليفي إلى الأمراض الكولاجينية (مجموعة من الأمراض التي تصيب النسيج الضام)، لأنه بتظاهراته السريرية و بمبادئ علاجه وفحصه النسيجي يملك خواص مشتركة مع الأمراض الكولاجينية. أحد أسباب حدوث الأمراض الكولاجينية بشكل عام وداء بيروني بشكل خاص هو حدوث خلل في إفراز الغدد ذات الإفراز الداخلي وبالأخص قشر الكظر - الغدة النخامية.

أهم مظاهر هذا الخلل هو الإنخفاض الشديد في تركيز الهرمونات الأيضية في البول وبالأخص: 11- Oxycorticosteroid و 17- Ketosteroid عند مرض جسؤ القضيب الليفي. [3]

تأخذ الكثافة الليفية شكل العقدة أو الصفيحة أو الحلقة وتكون قاسية، غضروفية القوام، حدودها واضحة، تتوضع على الغلالة البيضاء، غالباً على الوجه الظهري للقضيب. الجلد فوقها متحرك وغير مشدود، وهي لا تصاب بالتقرح وغير ميالة للخبثاة. [4]

عند الفحص السريري لهذه الكثافات الليفية من الممكن إيجاد الألياف الكولاجينية التي تتوضع بينها الخلايا الليفية وعدد قليل من الأوعية الدموية والألياف المرنة. أي العناصر التي نجدها عند الفحص النسيجي للأمراض الكولاجينية.

أهم الأعراض السريرية لجسؤ القضيب الليفي هي:

- 1- وجود الكثافة الليفية في القضيب.
 - 2- الألم في أثناء نعوظ القضيب ومن دونه. ونادراً ما يتطور المرض دون ألم.
 - 3- الإنعطاف في القضيب في أثناء النعوظ. ومع تراقق الإنعطاف مع الألم من الممكن أن يؤدي ذلك إلى صعوبة أو استحالة الممارسة الجنسية.
 - 4- وفي الحالات المتقدمة من الممكن أن يصاب المريض بالعنانة نظراً لإصابة النهايات العصبية من جهة وخلل في التروية الدموية والعود الوريدي من جهة أخرى. [5]
- يتم تشخيص جسؤ القضيب الليفي عن طريق:
- 1- جس الكثافة الليفية في القضيب.
 - 2- إجراء إيكو للقضيب إذ يتم عن طريقه تحديد حجم وتوضع الكثافة الليفية، حيث تكون عالية الصدى.
 - 3- الصورة الشعاعية البسيطة: تفيد بإظهار الكثافات الليفية المتكلسة.

4- التصوير الطبقي _ المحوري للقضيب: حيث يظهر بوضوح علاقة الكثافات الليفية مع الأجسام الكهفية والجسم الاسفنجي. [6]

المعالجة:

تعتبر معالجة داء بيروني من المشكلات الطبية غير المحلولة حتى الآن، وهذا عائد لعدم وجود نظرة واضحة عن سبب وآلية تطور هذا المرض.
غالبية الطرق العلاجية الموجودة لا تؤدي إلى شفاء المريض التام.
تقسم طرق المعالجة إلى: 1- معالجة محافظة.
2- معالجة جراحية.

المعالجة المحافظة: مستتية:

- 1- في المراحل الأولى من المرض، طالما أن المريض لا يعاني من مشكلة في أثناء الممارسة الجنسية.
- 2- لوقف تطور المرض.
- 3- لتحضير المريض للعمل الجراحي في حالة وجود صعوبة أو عدم القدرة على الممارسة الجنسية.
تتضمن المعالجة المحافظة :
1- معالجة فيزيائية وشعاعية.
2- إعطاء التاموكسيفين 20mg مرتين يومياً لتثبيط الآلية الإلتهابية.
3- إعطاء الكولشيسين: لإنقاص تصنيع الكولاجين وتحريض تحلله.
4- فيتامين E .
5- حقن موضعي لمركبات الكورتيكو سترويد.
6- حقن موضعي للكولاجيناز. [7]

المعالجة الجراحية:

يجب إجراء العمل الجراحي فقط باستطببات عالية جداً. لأنه من الضروري التنبه على أن النتيجة النهائية للعملية الجراحية في كثير من الأحيان من الممكن أن لا تلبى الآمال المعقودة عليها. لهذا السبب يجب إجراء العمل الجراحي فقط في الحالات الآتية:

1. وجود الخلل في نعوظ القضيب.
2. انعطاف القضيب الشديد الذي يعيق الممارسة الجنسية.
عند وجود النعوظ فإن العملية الجراحية تكون موجهة لتصحيح الانعطاف في القضيب.
إن العمليات الجراحية الموجهة لإستئصال الكثافات الليفية وتعويض الفجوة الحاصلة في الغلالة البيضاء (بطعم من نسيج جلدي، أو جزء من الغلالة البيضاء للخصية أو وريد) وغيرها. لم تثبت فعاليتها. إذ سرعان ما ينكس

الانعطاف في القضيب وسبب النكس يعود إلى ضمور وتليف الطعم وانخفاض مرونة الغلالة البيضاء عند تشكل الندب بعد العمل الجراحي.

لذلك في الوقت الحاضر إن العمليات التصنيعية المعقدة تركت مكانها للعمليات البسيطة الموجهة لتصحيح الانعطاف في القضيب عن طريق تقصير الغلالة البيضاء في الجهة المقابلة للكثافة الليفية. [8]

أهمية البحث وأهدافه:

- تكمُن أهمية البحث في أن هذا المرض يؤدي إلى خلل كبير في نعوظ القضيب وأحياناً من الممكن أن يؤدي إلى استحالة الممارسة الجنسية. ومالهذا من أثر نفسي واجتماعي كبير عند المرضى. يهدف البحث إلى:
- 1- دراسة مدى فعالية المعالجة المحافظة بفيتامين E عند مرضى جسؤ القضيب الليفي .
 - 2- دراسة مدى فعالية المعالجة الجراحية بطريقة Nesbit في تصحيح انعطاف القضيب عند مرضى جسؤ القضيب الليفي.
 - 3- دراسة التبدلات السريرية لمرضى جسؤ القضيب الليفي بعد المعالجة.

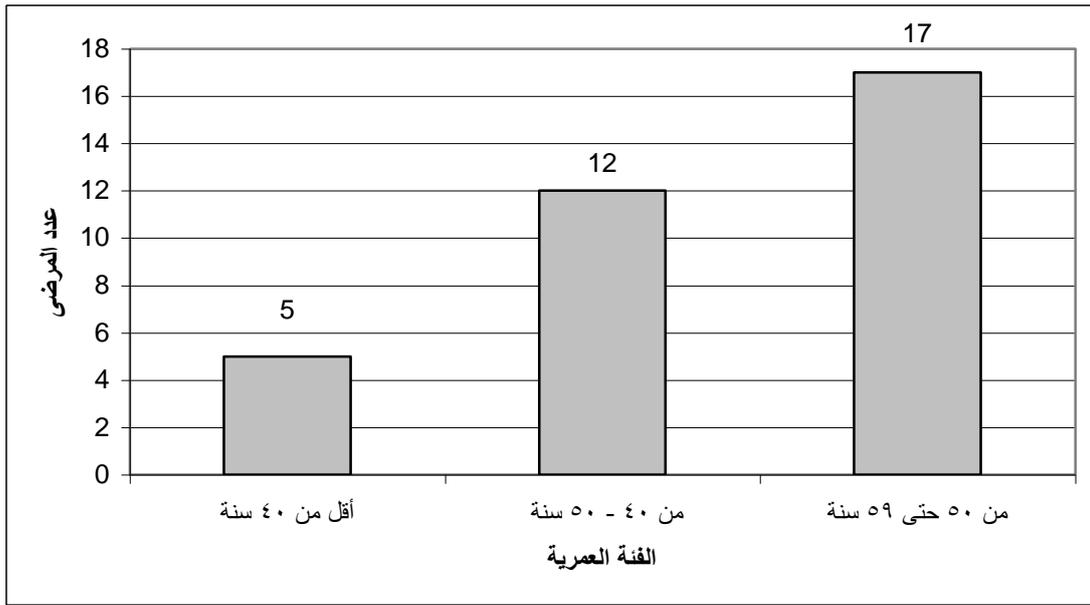
طرق البحث ومواده:

- 1) لقد خضع جميع المرضى لفحص سريري دقيق بما فيها فحص الأعضاء التناسلية وخاصة القضيب.
 - 2) إيكو للجهاز البولي والقضيب.
 - 3) تصوير طبقي - محوري للقضيب.
 - 4) صورة شعاعية بسيطة للحوض والقضيب.
- في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية، وفي الفترة الواقعة بين عامي 1996 - 2006 م تمت دراسة ومعالجة 34 مريضاً مصاباً بجسؤ القضيب الليفي. تراوحت أعمارهم ما بين 35- 59 سنة . ومتوسط أعمارهم (49.41) سنة. مدة المرض تراوحت بين الستة أشهر و السنتين.
- في الجدول رقم (1) نورد توزع مرضى جسؤ القضيب الليفي حسب العمر.

الجدول رقم (1) توزع مرضى جسؤ القضيب الليفي حسب الفئات العمرية

الفئة العمرية	أقل من 40 سنة	من 40 - 50 سنة	من 50 حتى 59 سنة
عدد المرضى	5 (14.70 %)	12 (35.29 %)	17 (50 %)

يبين الشكل البياني رقم (1) أن نصف المرضى 17 مريض كانت أعمارهم أكثر من 50 سنة.



الشكل 1: توزع مرضى جسؤ القضيب الليفي حسب الفئات العمرية

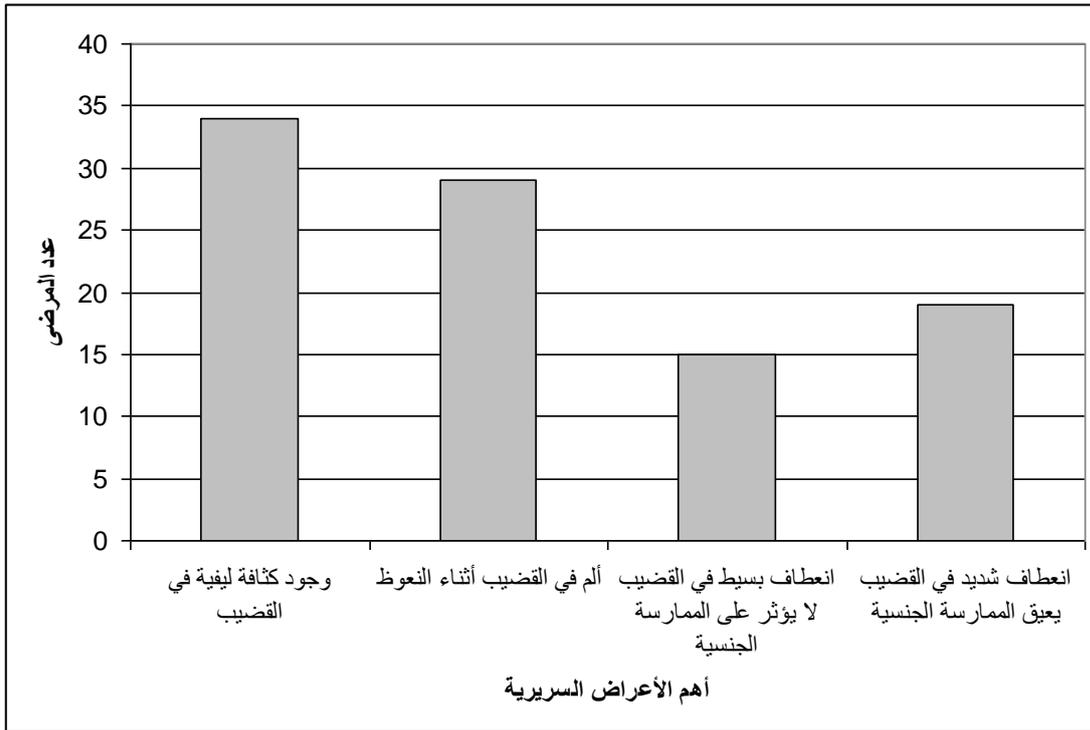
أهم الأعراض السريرية عند المرضى المصابين بجسؤ القضيب الليفي موجودة في الجدول رقم (2) .

الجدول رقم (2) أهم الأعراض السريرية عند المرضى المصابين بجسؤ القضيب الليفي:

أهم الأعراض السريرية	وجود كثافة ليفية في القضيب	ألم في القضيب في أثناء النعوظ	انعطاف بسيط في القضيب لا يؤثر على الممارسة الجنسية	انعطاف شديد في القضيب يعيق الممارسة الجنسية
عدد المرضى	34 (100%)	29 (85.29%)	15 (44.11%)	19 (55.88%)

من الجدول رقم (2) نلاحظ أن أكثر الأعراض السريرية تواتراً كان وجود الكثافة الليفية في القضيب، وذلك عند جميع المرضى. يليها الألم في القضيب في أثناء النعوظ عند 29 مريضاً 85.29% ثم الإنعطاف الشديد في القضيب الذي يعيق الممارسة الجنسية عند 19 مريضاً 55.88% وأخيراً الإنعطاف البسيط في القضيب الذي لا يؤثر على الممارسة الجنسية عند 15 مريضاً 44.11% .

يبين الشكل البياني رقم (2) أهم الأعراض السريرية عند المرضى المصابين بجسؤ القضيب الليفي



الشكل 2: أهم الأعراض السريرية عند المرضى المصابين بجسؤ القضيبي الليفي

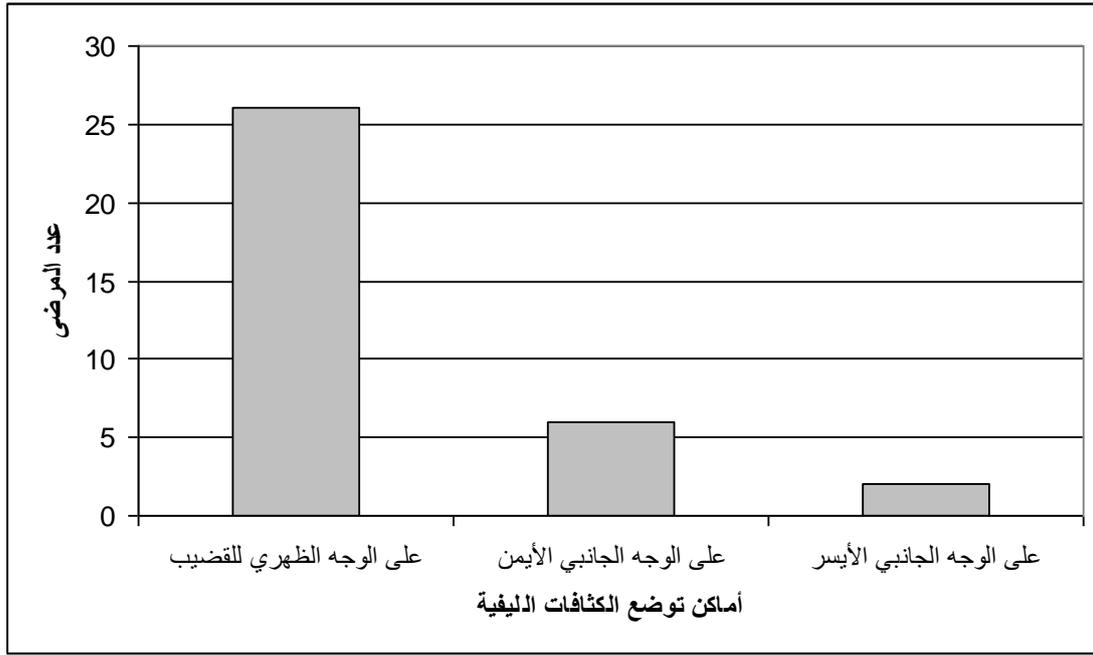
توضعت الكثافات الليفية على ظهر القضيبي وعلى الوجهين الجانبيين. في الجدول رقم (3) نورد توزيع الكثافات الليفية عند مرضى جسؤ القضيبي الليفي.

الجدول رقم (3) توزيع الكثافات الليفية عند مرضى جسؤ القضيبي الليفي:

أماكن توزيع الكثافات الليفية	عدد المرضى	على الوجه الجانبي الأيسر	على الوجه الجانبي الأيمن	على الوجه الظهري للقضيبي
	26 (67.74%)	6 (17.64%)	2 (5.88%)	

من الجدول رقم (3) نلاحظ أن أكثر أماكن توزيع الكثافات الليفية عند مرضى جسؤ القضيبي الليفي كان على الوجه الظهري للقضيبي. إذ شوهد عند 26 مريضاً أي 67.74% ثم على الوجه الجانبي الأيمن عند 6 مرضى أي 17.64%، وأخيراً على الوجه الجانبي الأيسر عند مريضين أي 5.88% .

يبين الشكل البياني رقم (3) أماكن توزيع الكثافات الليفية عند مرضى جسؤ القضيبي الليفي



الشكل 3: أماكن توزيع الكثافات الليفية عند مرضى جسؤ القضيبي الليفي

نتائج الفحوص الشعاعية والتصوير بالأشعة فوق الصوتية:

أظهر التصوير الطبقي المحوري للقضيبي وجود كتلة وحيدة متوضعة على الغلالة البيضاء قطرها حوالي 1-2 سم حدودها واضحة غير متداخلة مع الأجسام الكهفية والجسم الاسفنجي والأحليل. لقد كانت هذه الكتلة غير متجانسة عند 7 مرضى نظراً لوجود التكتلات فيها. أظهر التصوير بالأشعة فوق الصوتية للقضيبي وجود كتلة عالية الصدى متوضعة تحت جلد القضيبي متجانسة عند 27 مريضاً.

النتائج والمناقشة:

لقد أجريت معالجة محافظة لجميع المرضى الـ 34، وذلك بإعطائهم فيتامين E نظراً لما يتمتع به فيتامين E من فعالية مضادة للتخثر وفعالية مضادة للتصلب. لقد تم إعطاء المرضى فيتامين E بمعدل 1000 وحدة دولية يومياً لمدة ثلاثة أشهر، وقمنا بعدها بتقييم نتائج المعالجة المحافظة اعتماداً على التغيرات في الأعراض السريرية الموجودة عند المرضى. في الجدول رقم (4) نورد نتائج المعالجة المحافظة لمرضى جسؤ القضيبي الليفي بعد ثلاثة أشهر من المعالجة.

الجدول رقم (4) نتائج المعالجة المحافظة لمرضى جسؤ القضيبي الليفي

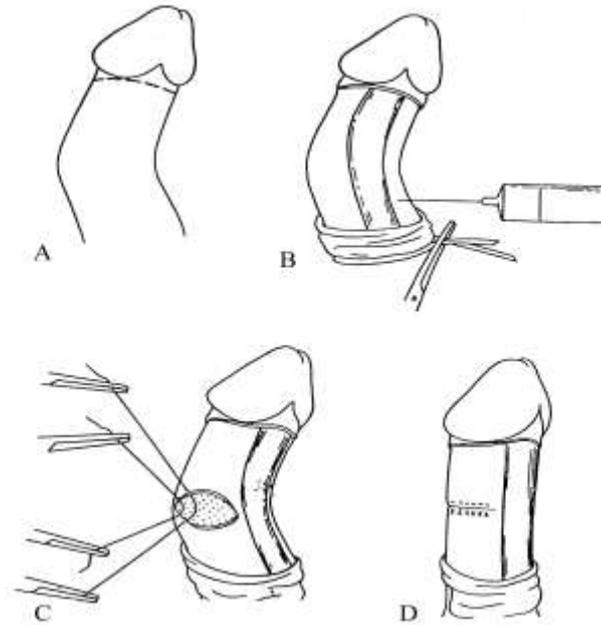
الأعراض السريرية	تقييم الكثافة الليفية في القضيبي			عدد المرضى
	بقيت على حالها	أصبحت أصغر قليلاً في الحجم	ازداد حجمها	
وجود الإنعطاف الشديد في القضيبي	وجود الإنعطاف البسيط في القضيبي	زوال الألم في القضيبي في أثناء النعوظ	وجود الإنعطاف	
24 70.58%	7 20.58%	3 8.82%	19 55.88%	15 44.11%

من الجدول رقم (4) نلاحظ أن المعالجة المحافظة بفيتامين E لمرضى جسؤ القضيب الليفي لم تكن مجدية نهائياً بالنسبة للمرضى الذين يعانون من انعطاف القضيب. إن زوال الألم في أثناء النعوظ عند 9 مرضى 26.47% وبقاء الكثافة الليفية على حالها دون تطورها نحو الأسوأ عند 24 مريضاً 70.58%، وكذلك صغر حجم الكثافة الليفية عند 7 مرضى 20.58%، يمكن اعتباره نتيجة إيجابية للمعالجة المحافظة لمرضى جسؤ القضيب الليفي. لقد قمنا أيضاً بمعالجة 19 مريضاً لديهم انعطاف شديد في القضيب يعيق الممارسة الجنسية معالجةً جراحيةً وذلك بطريقة Nesbit. تهدف العملية الجراحية إلى تصحيح انعطاف القضيب.

طريقة Nesbit:

مبدأ العملية يقوم على استئصال جزء من الغلالة البيضاء في الجهة المقابلة لإنعطاف القضيب موازاً لحجم الكثافة الليفية ثم إعادة خياطة الغلالة البيضاء.

سير العملية: تحت التخدير العام وبالابتعاد اسم عن الحشفة، يتم إجراء شق دائري لجلد القضيب، يتم بعدها إبعاد جلد القضيب إلى منطقة جذر القضيب، كما في الشكل رقم (4) (A)، ثم يتم الكشف عن الغلالة البيضاء في الجهة المقابلة للكثافة الليفية. يوضع رباط ضاغط على جذر القضيب، ويحقن سائل فيزيولوجي في الأجسام الكهفية لأجل الحصول على انتصاب القضيب. الشكل (4) (B). يتم بعدها تحديد مكان انعطاف القضيب. ينزع الرباط الضاغط ويتم استئصال جزء من الغلالة البيضاء موازياً لحجم الكثافة الليفية. تخاط بعدها الفجوة الحاصلة في الغلالة البيضاء بالبرولين 3/0 كما في الشكل رقم (4) (C, d). يوضع بعدها الرباط الضاغط على جذر القضيب وتحقن الأجسام الكهفية بالمحلول الفيزيولوجي للحصول على انتصاب القضيب لأجل تقييم حالة القضيب في وضعية الإنتصاب. يعاد الجلد إلى وضعه الأولي وتتم خياطته دائرياً بقطب متفرقة، ويوضع ضماد ضاغط على القضيب لمدة يومين. بهذه الطريقة تمت معالجة جميع المرضى الـ 19، حيث تم إجراء فتحة واحدة في الغلالة البيضاء عند كل مريض.



الشكل رقم 4: طريقة Nesbit للعلاج الجراحي لمرضى جسؤ القضيب الليفي.

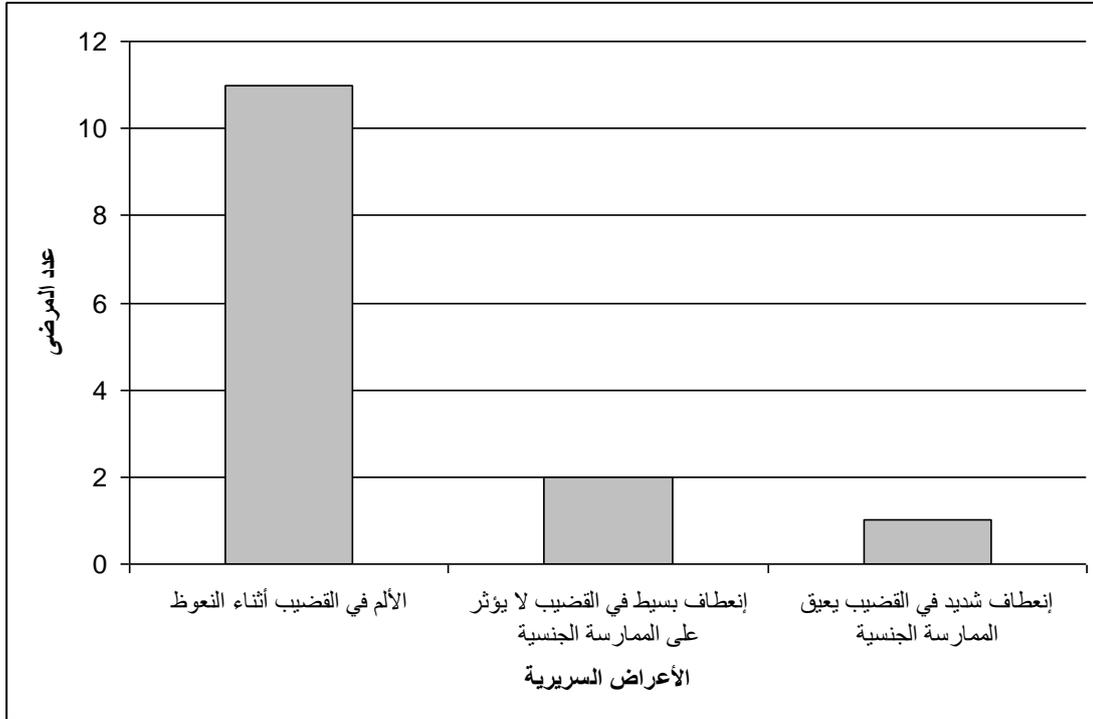
لقد قمنا بتقييم نتائج المعالجة الجراحية بعد ستة أشهر من إجراء العملية الجراحية نتائج المعالجة الجراحية موجودة في الجدول رقم (5).

الجدول رقم (5) نتائج المعالجة الجراحية لمرضى جسؤ القضيب الليفي

الأعراض السريرية	الألم في القضيب في أثناء النعوظ	انعطاف بسيط في القضيب لا يؤثر على الممارسة الجنسية	إنعطاف شديد في القضيب يعيق الممارسة الجنسية
عدد المرضى	11	2	1

من الجدول رقم (5) يتبين أن الألم في القضيب في أثناء النعوظ اختفى عند 8 مرضى 42.1% من أصل 19 مريضاً .

يبين الشكل البياني رقم (5) نتائج المعالجة الجراحية لمرضى جسؤ القضيب الليفي



الشكل 5 : نتائج المعالجة الجراحية لمرضى جسؤ القضيب الليفي

كما أن الانعطاف البسيط الذي لا يؤثر على الممارسة الجنسية وجد فقط عند مريضين 10.52% من أصل 19 مريضاً والانعطاف الشديد الذي يعيق الممارسة الجنسية وجد عند مريض واحد فقط 5.26% . لهذا بإمكاننا القول إن المعالجة الجراحية لمرضى جسؤ القضيب كانت فعالة في تصحيح انعطاف القضيب إذ تم تصحيح الانعطاف عند 16 مريضاً 84.21% من أصل 19 مريضاً. كما زال الألم في القضيب في أثناء النعوظ عند 8 مرضى 42.1% من أصل 19 مريضاً.

الاستنتاجات والتوصيات:

- (1) إن المعالجة المحافظة لمرضى جسؤ القضيب الليفي باستخدام فيتامين E مستتابة نظراً لأنها أدت إلى عدم تطور الكثافة الليفية في القضيب نحو الأسوأ عند 78.58% من المرضى.
- (2) المعالجة المحافظة لمرضى جسؤ القضيب الليفي بفيتامين E أدت إلى زوال الألم في أثناء النعوظ عند 9 مرضى (26.47%)، بينما التغيرات في الأعراض السريرية الأخرى كانت طفيفة.
- (3) المعالجة الجراحية لمرضى جسؤ القضيب الليفي بطريقة Nesbit فعالة في تصحيح الانعطاف في القضيب عند 84.21% من المرضى، كما أدت إلى زوال الألم في أثناء النعوظ لدى 8 مرضى من أصل 19 مريضاً (42.1%).
- (4) ما تزال معالجة جسؤ القضيب الليفي تعد من المشكلات الطبية الصعبة التي تتطلب المزيد من البحث لإيجاد الحلول العلاجية الناجعة لهذا المرض.

المراجع:

- 1) LAPATKIN, H.A; *In a book a bout Urinary Surgery Diseases*. Moscow, 2005, T.3. P.630-634.
- 2) AILAMAZIAN. *Sexually Transmitted infections*. Moscow; 2006,197 – 198.
- 3) KAN, D.B.; MAZO, B.; *the modern means in peyronie diseases diagnosis*. The Russian magazine of urinary surgery. 1992, N° 5, 34-38.
- 4) PHILIP HANNOC; *Clinical Manual of Urology*. Moscow; 2006 , 541.
- 5) MOHAR, N; *induratio penis plastica Ossifications- possibiltes of radiologic and diagnostic ultrasound interpretation*. Acta Med. Jur-1980, vol.34, N° 5, 405-412.
- 6) PRYOR, J.P . FITZPATRICK, G.M ; *Anew approach To the correction of the penile deformity in peyronie's disease*. J.Urol- 1999, vol.122, 622-623.
- 7) WILLIAMS, G ; GREEN, N. A; *the non- Surgical treatment of peyronies*. Disease. Brit. J, Urol- 2001, vol.52, 392.
- 8) KELAMI, A; *Nesbet procedure in the treatment of congenital penile deviation*. Urol. Int, vol.36, N° 6, 2003, 386-389.