

دراسة تحليلية إحصائية استرجاعية لخبرة مشفى الأسد الجامعي بجامعة تشرين في تدبير الخصى سيئة النزول

الدكتور محمد يوسف*

(تاريخ الإيداع 22 / 12 / 2008. قُبِلَ للنشر في 13 / 5 / 2009)

□ الملخص □

راجع مشفى الأسد الجامعي بجامعة تشرين 46 طفلاً مصاباً بعيب نزول الخصية، وذلك خلال سنة وشهر، وكان العمر الوسطي 4.2 سنوات، وتوضع العيب في الجهة اليسرى بنسبة 47.8%، وفي الجهة اليمنى بنسبة 28.3%، وكان ثنائي الجانب بنسبة 23.9%، ووجدت تشوهات خلقية مرافقة في 13%، وكانت الخصية مجسوسة في 82.6% وغير مجسوسة في 17.4%. وكانت الفحوص المخبرية الدموية الروتينية والهرمونية طبيعية، وأجري التصوير بالأشعة فوق الصوتية في 12 حالة (28.2%)، وحُدِّد موقع الخصية في 10 حالات (77%) وشك بوجودها في حالتين. أما المعالجة فقد كانت هرمونية في (41.3%) مع نتائج تامة وجيدة في (36.8%)، أو جراحية في (73.9%) مع نتائج جيدة في (87.2%). ونستنتج أنه من أجل التشخيص المبكر والمعالجة المبكرة يجب فحص الأعضاء التناسلية الخارجية عند كل وليد من قبل اختصاصي الجراحة البولية أو اختصاصي الأطفال، ويجب استعمال التصوير بالأشعة فوق الصوتية عند كون الخصية غير مجسوسة سريرياً.

الكلمات المفتاحية: عيوب نزول الخصية.

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

Analytical, Retrospective Statistical Review of Mal Descent Testes-Management at Alassad University Hospital at Tichreen University

Dr. Mohammad Youssef *

(Received 22 / 12 / 2008. Accepted 13 / 5 /2009)

□ ABSTRACT □

46 cases of mal descent testes were treated at ALASSAD University Hospital during thirteen months. Average age was 4.2 years. The mal descent was at left side in 47.8%, at the right side in 28.3%, and bilateral in 23.9%. Congenital malformations were found in 13%. The testes were palpable in 82.6% and not palpable in 17.4%. Laboratory investigations (blood & hormones) were normal. Ultra sonography was done in 12 cases (28.2%). It detected the exact location of testes in 10 cases (77%), and it suspected the testes location in 2 cases. Treatment was either hormonal in 41.3% with excellent results in 36.8% or surgical in 73.9% with good results in 87.2%. We concluded that for early diagnosis and early treatment the external genitalia are supposed to be examined by urologist or by paediatrician for each newborn,, and ultra sonography is supposed to be applied for each non palpable testis.

Key words: Mal descent testes.

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

مقدمة:

تتشكل الخصية مبدئياً في البطن بدءاً من الأسبوع السادس من الحمل، ومن ثم تنزل لتتوضع في مكانها التشريحي الطبيعي الذي هو كيس الصفن [1-2-3] إذ يتم النزول بدءاً من الشهر السادس من الحمل، وتكون غالباً في كيس الصفن عند الولادة. ولكن لسبب ما قد لا تتحقق تلك التطورات الفيزيولوجية الطبيعية مما يؤدي إلى ما يسمى عيوب نزول الخصية mal descent testis التي تتميز فيها [4-5]:

1. اختفاء الخصية Cryptorchidism
 2. هجرة الخصية Testicular ectopy
 3. توقف نزول الخصية Incomplete descent of testes
 4. الخصية القفازة (النطاطة) Retractable testis
 5. غياب الخصية Absent testis
 6. الخصية المتلاشية Vanish testis
- وقد تتعرقل الخصية سيئة النزول بمضاعفات كثيرة منها:

1. التسرطن
2. لوي الخصية
3. العقم

وقد توجد تشوهات خلقية مرافقة مثل متلازمة كلاين فلتر Klinefelter's syndrome ومتلازمة تورنر Turner's syndrome.

وسيركز بحثنا على العيوب الثلاثة الأولى وهي على الرغم من بساطتها تعدُّ من أهم الاضطرابات التطورية في سن الطفولة، إذ إن معدل اختفاء الخصية في سن الـ 5 سنوات هو 10%. وبالفعل كلما كان الوليد خديجاً وناقص الوزن ازداد احتمال حدوث عيوب نزول الخصية. وإذا حدث نزول الخصية إلى كيس الصفن بعد الولادة فإنه يحدث خلال الشهور الثلاثة الأولى من السنة الأولى [6] بينما تتكون الأعضاء التناسلية الخارجية بين الأسبوع الثامن والأسبوع السادس عشر من الناحية الجنينية.

أهمية البحث وأهدافه:

تأتي أهمية البحث من كونه:

1. كثير المصادفة في بلدنا.
 2. وفي كثير من الحالات لا يشخص إلا متأخراً مما يؤدي إلى إصابة الخصية بمضاعفات كثيرة.
 3. وكذلك فإن سن المريض عند المعالجة لا يزال قيد النقاش ونوع المعالجة غير متفق عليه.
- ويهدف البحث إلى:

1. تقويم نتائج معالجتنا في مشفى الأسد الجامعي بجامعة تشرين في اللاذقية.
2. تقديم الاقتراحات بشأن التشخيص المبكر والمعالجة الباكرة.

طرائق البحث ومواده:

أُجريت دراسة تحليلية إحصائية استرجاعية لأضابير مرضى عيوب نزول الخصية في مشفى الأسد الجامعي بجامعة تشرين، إذ بلغ عدد الحالات ستاً وأربعين حالة خلال سنة وشهر.

النتائج والمناقشة:

لقد عولجت 46 حالة من عيوب نزول الخصية في مشفى الأسد الجامعي بجامعة تشرين، وذلك خلال فترة سنة وشهر بدءاً من 2007\10\1 وحتى 2008\10\31 إذ تراوحت أعمار المرضى بين شهرين وعشر سنوات، أي كان العمر الوسطي 4.2 سنوات.

الجدول (1) العلاقة بين عمر المريض وتشخيص عيب نزول الخصية

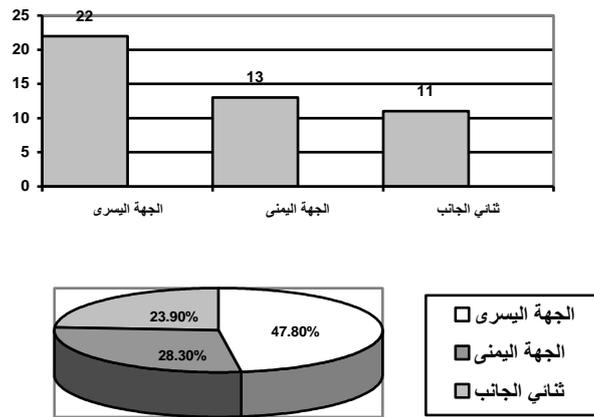
عدد الحالات	الفئة العمرية
7	2 شهر - 3.2 سنوات
9	3.2 سنوات - 6.2 سنوات
20	6.2 سنوات - 9.2 سنوات
10	9.2 سنوات - 12.2 سنة

يُلاحظ من الجدول رقم (1) أن معظم الحالات تتوضع في الشريحة العمرية (6.2 سنوات - 9.2 سنوات) وعددها عشرون حالة.

توضع عيب نزول الخصية في الجهة اليسرى في 22 حالة (أي بنسبة 47.8%) وفي الجهة اليمنى في 13 حالة (أي بنسبة 28.3%) وكان ثنائي الجانب في 11 حالة (أي بنسبة 23.9%)

الجدول (2) توزع الخصى سينة النزول حسب الجهة

المجموع	ثنائي الجانب	الجهة اليمنى	الجهة اليسرى
46	11	13	22
%100	%23.9	%28.3	%47.8



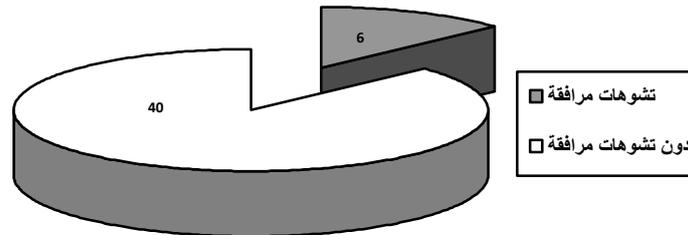
وجدت تشوهات خلقية مرافقة في ست حالات (أي بنسبة 13%) وكانت موزعة كالتالي:

- 3 حالات مبال تحني صفتي.
- حالتان من بقاء الناتئ الغمدي.
- حالة واحدة من فتق إربي في الجهة المقابلة لعيب نزول الخصية.

ولم توجد تشوهات أخرى في 40 حالة أي بنسبة (87%).

الجدول (3) توزيع الخصى سينة النزول حسب وجود التشوهات المرافقة

عدد الحالات	تشوهات مرافقة	دون تشوهات مرافقة
46	6	40
%100	%13	%87



يُلاحظ من الجدول رقم (3) أن سوء نزول الخصية لا يترافق في معظم الحالات مع تشوهات مرافقة (بنسبة 87%).

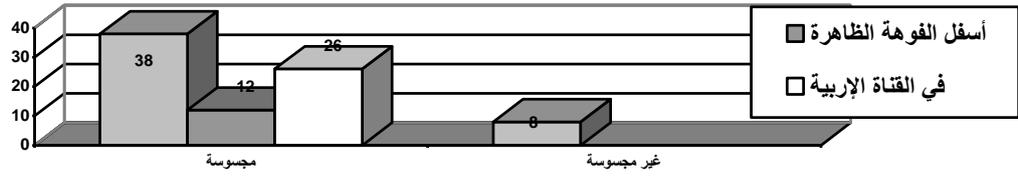
بالفحص السريري للطفل كانت الخصية مجسوسة في 38 حالة (أي بنسبة 82.6%):

- أسفل الفوهة الإربية الظاهرة في 12 حالة (أي بنسبة 31.6%).
- في القناة الإربية في 26 حالة (أي بنسبة 68.4%).

وغير مجسوسة في 8 حالات (أي بنسبة 17.4%).

الجدول (4) توزع الخصى سيئة النزول حسب إمكانية جسها بالفحص السريري

المجموع	غير مجسوسة	مجسوسة
46	8	38
%100	%17.4	%82.6
		أسفل الفوهة الظاهرة
		في القناة الإربية
		26
		%68.4
		12
		%31.6



يستفاد من الجدول رقم (4) أن الخصية مجسوسة في معظم الحالات ومجسوسة بنسبة (68.4%) في القناة الإربية.

كان التطور الروحي الحركي للأطفال طبيعياً وكذلك بقية الفحوص السريرية.

الفحوص المتممة كانت مخبرية وشعاعية:

مخبرية دموية: (أ) روتينية: تعداد عام وصيغة - خضاب وهيماتوكريت - بولة دموية - كرياتينين الدم - سكر

الدم. وكانت نتائجها ضمن الحدود الطبيعية.

(ب) هرمونية استقصائية: عيار FSH وعيار LH وأجريت عندما كان عيب نزول الخصية ثنائي الجانب،

وأجريت في 10 حالات (أي بنسبة 21.7%) وكانت نتائجها ضمن الحدود الطبيعية.

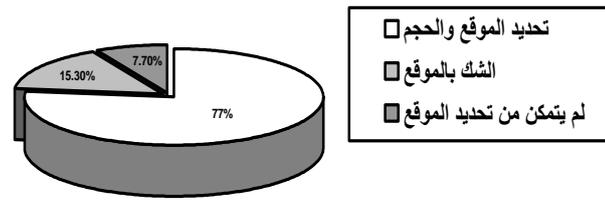
التصوير بالأموح فوق الصوتية Ultrasonography للبطن والحوض بما فيها القناة الإربية وقد أُجريت

في 13 حالة (أي بنسبة 28.2%). وكانت نتائجها على الشكل التالي:

1. حدد موقع الخصية في القناة الإربية الموافقة مع تحديد حجمها في 10 حالات (بنسبة 77%).
2. شك بوجود الخصية في البطن قرب الفوهة الإربية الباطنة وذلك في حالتين (بنسبة 15.3%).
3. لم تُشاهد الخصية في حالة واحدة (بنسبة 7.7%).

الجدول (5) نتائج التصوير بالأموح فوق الصوتية في تحديد موقع الخصية وحجمها

المجموع	لم يتمكن من تحديد الموقع	الشك بالموقع	تحديد الموقع والحجم
13	1	2	10
%100	%7.7	%15.3	%77



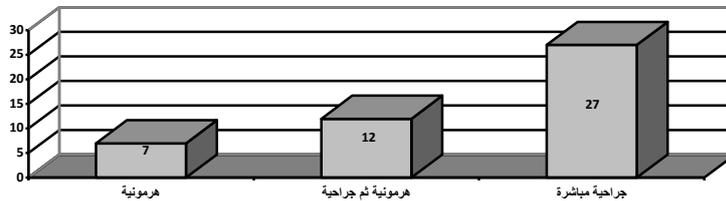
يلحظ من الجدول رقم (5) أن التصوير بالأشعة فوق الصوتية يؤكد موقع الخصية وحجمها في معظم الحالات وبنسبة 77%.

لم يجر التصوير الطبقي المحوري CT scan ولا تنظير البطن Laparoscopy وذلك إما لأسباب فنية وأما لعدم وجود استئطاب لهما.

وبالنسبة للمعالجة فقد كانت إما هرمونية في 19 حالة (أي بنسبة 41.3%) وأما جراحية في 34 حالة (أي بنسبة 73.9%)، وذلك إما مباشرة أو بعد فشل المعالجة الهرمونية.

الجدول (6) طرق المعالجة المتبعة في تدبير عيوب نزول الخصية

المجموع	جراحية مباشرة	هرمونية ثم جراحية	هرمونية
46	27	12	7
%100	%58.7	%26.1	%15.2



يوضح الجدول رقم (6) أنه قد تم تدبير عيوب نزول الخصية بالجراحة المباشرة في 58.7% من الحالات.

1) المعالجة الهرمونية:

بإعطاء الغونادوتروبين الزغابي البشري Human Chorionic Gonadotropin (H.C.G) في 19 حالة وذلك بمعدل (1500 iu) كحقنة عضلية كل أسبوع ولمدة 3 أسابيع، وكانت نتائج هذه المعالجة كالتالي:

• استجابة جيدة في 7 حالات (بنسبة 36.8%) إذ تم نزول الخصية وتوضعها في كيس الصفن وبالتالي لم تجر أية معالجات إضافية.

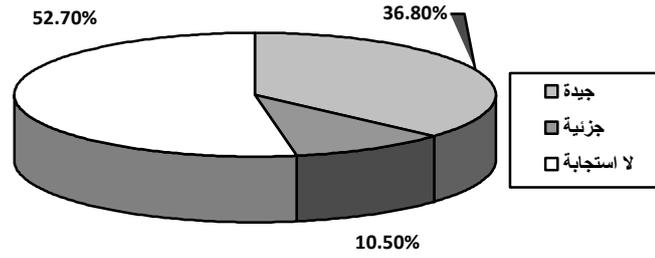
• استجابة جزئية في حالتين (بنسبة 10.5%) إذ نزلت الخصية إلى الجزء السفلي من القناة الإربية قرب الفوهة الظاهرة، وبالتالي كان لا بد من التداخل الجراحي على الخصية.

• لم تحدث أية استجابة في 10 حالات (بنسبة 52.7%).

• لم تلحظ أية تأثيرات جانبية أو اختلاطات لهذه المعالجة.

الجدول (7) نتائج المعالجة الهرمونية في تدبير الخصى سيئة النزول

المجموع	لا استجابة	جزئية	جيدة
19	10	2	7
%100	%52.7	%10.5	%36.8



يلحظ في الجدول رقم (7) أن حالات عدم الاستجابة للمعالجة الهرمونية هي أكبر بكثير من حالات الاستجابة، علماً أن المعالجة الهرمونية طبقت في معظم الحالات في عيوب نزول الخصية ثنائية الجانب وفي حالات أقل بكثير في الحالات أحادية الجانب، وكانت النتائج أفضل في حالات عيوب نزول الخصية ثنائية الجانب.

أما نتائج المعالجة الجراحية فقد كانت أفضل في الأعمار المبكرة.

(2) **المعالجة الجراحية:** وقد أجريت مباشرة في 27 حالة (بنسبة 58.7%) وذلك دون معالجات سابقة، وأجريت في 12 حالة (بنسبة 26.1%) وذلك بعد فشل العلاج الهرموني.

كان المدخل الجراحي إريبياً في كل الحالات وتحت التخدير العام، وحُوّل المدخل إلى بطني في حالة واحدة حيث كانت الخصية متوضعة في البطن قرب الفوهة الإربية الباطنة، أما بقية الحالات فكانت فيها الخصية متوضعة في القناة الإربية أو حتى أسفل الفوهة الإربية الظاهرة بقليل. وكانت نتائج المعالجة الجراحية كالتالي:

- إنزال الخصية وتنشيتها في نصف الصنف الموافق كما هو معتاد Routine Orchiopexy وذلك في 34 حالة (بنسبة 87.2%) وعثر على كيس فتق إربي موافق في كل الحالات تقريباً إذ تم تسليخه وربطه على مستوى الفوهة الإربية الباطنة.

- استئصال الخصية في حالتين (بنسبة 5.1%) بسبب الضمور الشديد فيهما وكونهما مقتصرتين على مجرد بقايا خصوية.

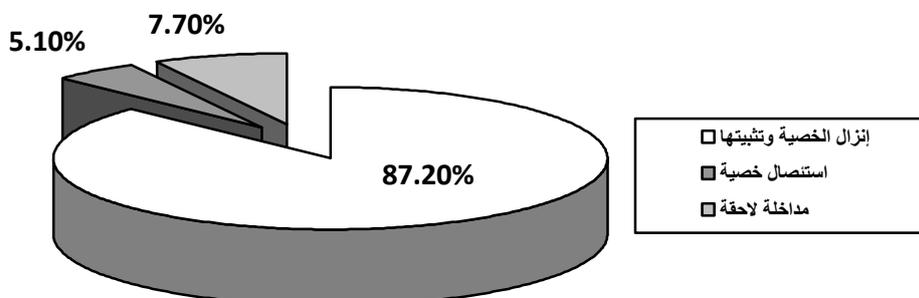
- في 3 حالات (بنسبة 7.7%) لم تنزل الخصية إلا إلى الجزء السفلي من القناة الإربية لأن التوضع البدني لتلك الخصى كان عالياً وكان الحبل المنوي قصيراً، وتم تدبير الأمر بإجراء عمل جراحي ثانٍ في زمن لاحق.

- لم تحدث اختلاطات بعد العمل الجراحي إلا في حالة واحدة، فقد حدثت وذمة في الخصية والحبل المنوي.

- تخرج المرضى من المشفى بعد فترة يومين من الاستشفاء.

الجدول (8) نتائج المعالجة الجراحية في تدبير الخصية سينة النزول

المجموع	مداخلة لاحقة	استئصال خصية	إنزال الخصية وثبيتها
39	3	2	34
%100	%7.7	%5.1	%87.2



الاستنتاجات والتوصيات:

- 1) يجب أن يفحص الأعضاء التناسلية الخارجية عند كل وليد اختصاصي الجراحة البولية أو اختصاصي جراحة الأطفال.
- 2) ضرورة استعمال التصوير بالأشعة فوق الصوتية عند كون الخصية غير مجسوسة سريريًا.
- 3) غالباً ما تستطب المعالجة الجراحية لعيوب نزول الخصية وفي حالات أقل تستطب المعالجة الهرمونية.
- 4) يجب متابعة مراقبة المريض المعالج حتى فترة ما بعد الزواج، وذلك لضبط أية مضاعفات أو عقابيل ومعالجتها.

المراجع:

1. ALBERTO F, PhD; MARIA R C, MD; GIOVANNI F Z, MD; CARLO F, MD; *Genetic Alterations Associated With Cryptorchidism* JAMA. 300,19, 2008, 2271-2276.
<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/short/300/19/2271>
2. CRYSTAL P, Staff Writer; MedPage Today, *Undescended Testicles in Infants Linked to Genetic Abnormalities* Published, 18, 2008.
<http://www.medpagetoday.com/Genetics/GeneralGenetics/11833>
3. DANIELA Z, MD; BIAGIO Z, MD; CARLO F, MD, *Male Birth Defect May Be Linked To Genetic Mutations* JAMA. 300,19, 2008,2271-2276. Article Date: 03 Dec 2008 - 0:00 PST
<http://www.medicalnewstoday.com/articles/131470.php>
4. Healthscout Staff, *Cryptorchidism (Undescended testicles) - Symptoms & Treatment*
<http://www.healthscout.com/ency/68/390/main.html>
5. Mayo Clinic Staff, *Undescended testicle (cryptorchidism)* Oct. 16, 2008
<http://www.mayoclinic.com/health/undescended-testicle/DS00845>.

6. PETERSSON A; RICHIARDI L; NORDENSKJOLD A; KAIJSER M; AKRE O;
Age at surgery for undescended testis and risk of testicular cancer. N Engl J Med 356 18,
2007,1835-1841.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17476009?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed>. Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
. Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum