أهمية أخذ عينة من الخصية في تقييم العلاج الهرموني لمرض الخصية المعلقة

رسالة مقدمة من

الطبيب / محمود شكرى العدوي ناصف

توطئة للحصول على درجة الماجستير في
جراحة المســـالك البولية و التناســلية

تحت إشراف السادة الأساتذة:

أ.د/ محمد عبد اللطيف عيسى
أستاذ جراحة المسالك البولية و التناسلية
كلية الطب- جامـــــــــعة القـــــــاهرة

أ.د/ عمر محمد عبد الرزاق
أستاذ جراحة المسالك البولية و التناسلية
كلية الطب- جامـــــــــعة القـــــــاهرة

أ.د/ خالد مرسي حمود
أستاذ مساعد جراحة المسالك البولية و التناسلية
كلية الطب- جامـــــــــعة القـــــــاهرة

كلية الطب- جامــعة القـاهرة
٢٠٠٧

الملخص العربي

إن مرض الخصية المعلقة من أكثر إمراض العيوب الخلقية التي يعانى منها الأطفال الذكور حديثي الولادة، حيث يتواجد هذا المرض في ٣- ٥ % من الأطفال مكتملي النمو و في ٩-٣٠ % من الأطفال المبتسرين.

إن مرض الخصية المعلقة له آثار سلبية خطيرة على صحة الطفل و مستقبله، حيث يؤثر على التطور الطبيعي للخلايا البشرية في الخصية (germ cells) مما يؤدي إلى انخفاض انتاج الخصية من الحيوانات المنوية عند البلوغ، و هذا بالطبع يؤثر سلبا على القدرة الإنجابية في المستقبل. وذلك بالإضافة إلى ازدياد فرص حدوث أورام بالخصية المصابة.

إن علاج مرض الخصية المعلقة الاساسى هو الجراحة لوضع الخصية في مكانها الطبيعي في كيس الصفن، مما قد يساعد على تجنب الآثار السلبية الخطيرة لهذا المرض. و هناك العلاج الهرموني بجانب الجراحة.

العلاج الهرموني ينقسم إلى نوعان: هرمون (HCG) و هرمون (LHRH) .و العلاج الهرموني له هدفان، الأول هو المساعدة في نزول الخصية باتجاه كيس الصفن ، الثاني هو استثارة أنسجة الخصية لإفراز هرمون التستوستيرون اللازم للحدوث التطور الطبيعي للخلايا البشرية في الخصية (germ cells).
و في هذه الدراسة نحاول أن ندرس قدرة العلاج الهرموني على تحقيق الهدف الثاني. لقد تم في هذه الدراسة عمل الجراحة اللازمة لمرض الخصية المعلقة لعشرون حالة من مرض الخصية المعلقة أحادي الجانب، يتراوح أعمارها من ٦ شهور إلى عامين. و لقد تم تقسيم الحالات إلى مجموعتين، المجموعة الأولى تشكلت من عشر حالات، تم عمل هذه الجراحة لهم بدون إعطاء العلاج الهرموني، أما في المجموعة الثانية فقد تم إعطاء هرمون (HCG) لعشر حالات أخرى لمدة شهر ثم تم عمل الجراحة اللازمة لمرض الخصية المعلقة. و قد تم أخذ عينة من الخصية المعلقة إثناء الجراحة لجميع الحالات في المجموعتين.

وأظهرت نتائج العينات وجود ارتفاع واضح في نسبة الخلايا البشرية المتطورة(Ad spermatogonia) إلى جميع الخلايا البشرية - التي في العينة – في المجموعة الثانية، حيث كان متوسط هذه النسبة في المجموعة الأولى ٢.٦% بعكس المجموعة الثانية التي كان متوسط هذه النسبة فيها ١٣.٧%. وهذه النتيجة تشير بقوة إلى أن إعطاء العلاج الهرموني قبل الجراحة قد يشكل متطلبا ضروريا لمرضى الخصية المعلقة.

و قد ذكرت بعض الدراسات الأخرى أن بعض مرضى الخصية المعلقة قد يحتاجون إلى إعطاء العلاج الهرموني بعد الجراحة أيضا إذا كان العلاج الهرموني قبل الجراحة غير كافي لاستثارة التطور الطبيعي للخلايا البشرية في الخصية (germ cells) مما يستلزم أخذ عينة من الخصية دوريا عند إجراء كل جراحة لمرضى الخصية المعلقة. وقد كانت دراسة هذه الفكرة ، الهدف الثاني لدراستنا.

ولكن يبدو من نتائج دراستنا أن أخذ عينة من الخصية دوريا عند إجراء كل جراحة لمرضى الخصية المعلقة ، يحتاج إلى مزيد من البحث و الدراسة، حيث أن جميع عينات الخصية من المجموعة الثانية أظهرت تأثرًا إيجابيا بالعلاج الهرموني مما قد ينفى الاحتياج إلى أخذعينة من الخصية دوريا عند إجراء كل جراحة لمرضى الخصية المعلقة.

وأخيرا لابد أن نؤكد أن البحث العلمي في علاج مرض الخصية المعلقة لابد أن يستمر نظرا لارتفاع نسبة إصابة الأطفال الرضع بهذا المرض الذي له آثار سلبية خطيرة على صحة الطفل و مستقبله.