



مركز الحسين للسرطان
King Hussein Cancer Center

ما لذي يجب أن تعرفه عن سرطان الخصية



المقدمة

يهدف هذا الكتيب الصادر عن مركز الحسين للسرطان الى تزويد المرضى وعائلاتهم وأصدقائهم بمعلومات عن سرطان الخصية. حيث يحتمل أن يثير تشخيص سرطان الخصية العديد من الأسئلة حول هذا المرض وطرق علاجه، ومع أن هذه الأسئلة يمكن الإجابة عنها على الوجه الأفضل من قبل الطبيب، إلا أنه من المفيد في معظم الحالات الحصول على معلومات مكتوبة أيضا. وعليه فإن المواضيع التي يغطيها هذا الكتيب هي وصفا تشريحيًا للخصية ووظائفها، والأسباب المحتملة للإصابة والأعراض والتشخيص وأخيرا المتابعة الصحية.

الخصية، الوصف التشريحي والوظائف

تتكون الخصيتان، وهما الغدتان الجنسيان الذكريتان في التجويف البطني عند الذكر، في حدود الشهر الثاني من تكون الجنين، وقبل الولادة، أو بعدها بفترة وجيزة تتحد الخصيتان إلى الصفن، وهو كيس جلدي يقع خلف القضيب، وتنتج الخصيتان الحيوانات المنوية، وفي نفس الوقت هما المصدر الرئيس لإنتاج الهرمونات الذكرية، التي توجه تطور الأعضاء التناسلية ونموها، وتؤثر على تكون علامات الذكورة، من حيث نمو الشعر في الوجه والعانة، وعلى سطح الجسم، إضافة إلى العلامات الأخرى مثل خشونة الصوت، وشكل جسم الذكر، كما أنها تعتبر مسؤولة عن الإنجذاب الجنسي.

وترتبط الخصيتان بالحبل المنوي الذي يخرج من أسفل البطن باتجاه كل خصية، وهذا الحبل يحتوي على أنسجة وأوعية دموية وليمفاوية، وعضلات وأعصاب أما الحيوانات المنوية فتصنع في الخصية، في الجزء المسمى (الأنابيب ناقلة المنى) "Seminiferous Tubule" وهي أنابيب ملتوية تشكل كتلة مميزة داخل الخصية، وبعدها يتحرك المنى، ويخزن في (البربخ) "Epididymis" وهو وعاء يقع في الجهة الخلفية للخصية. وفي عملية القذف، يغادر المنى البربخ بواسطة أنبوب يسمى الأَسْهَر "Vas Deferens" حيث يختلط بالسوائل التي تنتجها الأوعية المنوية في البروستاتا "prostate" وغدة كوبر "Cowper's" ومن ثم يندفع المنى بقوة عبر الإحليل "Urethra" وهي نفس الطريقة التي يسلكها البول.

وكما هو الحال في الأنسجة الأخرى فإن الخصية تتكون من خلايا مميزة، تقوم بالإنشطار والتكاثر حسب ترتيب منظم معين، وذلك ليتسنى لها القيام بوظائفها، وإذا اختل نظام انشطار الخلايا وتكاثرها، فإن التكاثر يصبح عشوائيا مما يؤدي إلى تكون كتل من الأنسجة تسمى الأورام قد تكون

حميدة (غير سرطانية) أو غير حميدة (سرطانية).

إن معظم الأورام في أجزاء الجسم المختلفة غالباً ما تكون حميدة. بعكس أورام الخصية التي نادراً ما تكون حميدة. وغالباً ما ينشأ الورم السرطاني في خصية واحدة، وهو نتيجة للإنشطار العشوائي لخلايا غير طبيعية، وتراكم هذه الخلايا. وتقوم الخلايا السرطانية بتدمير الأنسجة السليمة المتاخمة لهذه الخلايا، إضافة إلى أن هذه الخلايا السرطانية تقوم بالإنشطار والانتقال خلال الأوعية الليمفاوية والدم إلى أنحاء الجسم المختلفة. والمسار المألوف لانتشار خلايا سرطان الخصية هو العقد الليمفاوية التي تقع خلف غشاء الصفاق، وإلى الرئتين والكبد والدماغ، حيث تستقر هناك، وتواصل التكاثر مشكلة بذلك أوراماً ثانوية. وتحفظ الخلايا السرطانية المنتقلة بصفاتها الأولية. وهي صفات خلايا العضو الذي جاءت منه. ولذلك توصف هذه الأورام المتكونة في هذه الأعضاء بأنها أورام انتشارية خصوية، وليست أوراماً رئوية أو كبدية أو دماغية مثلاً. وبتلك التسمية يتحدد أصل هذه الأورام، ومكان انتشارها. وتبعاً لذلك فإن المعالجة الطبية يجب أن تأخذ بعين الاعتبار أصل هذه الخلايا السرطانية، والعضو الجديد الذي انتقل إليه السرطان.

نسبة الإصابة ونسبة الوفيات

نسبة سرطان الخصية لا تتجاوز الـ 1% من كل أنواع السرطان التي تصيب الذكور، وبعكس أنواع السرطان الأخرى، فإن هذا النوع من السرطان ينتشر بشكل عام أكثر بين الذكور الشباب، فهو مثلاً أكثر أنواع السرطان انتشاراً بين الذكور الأميركيين الشباب في الفئة العمرية من 20-34 سنة.

الأسباب المحتملة

لم يتمكن العلماء من معرفة أسباب سرطان الخصية، كما أنهم لم يفسروا لماذا يصاب بها بعض الذكور ولا يصاب بها البعض الآخر. وللتعرف على الأسباب التي قد تزيد من تعرض المرء للإصابة بهذا السرطان، قام العلماء بدراسة عوامل عدة بما فيها الاختلافات الخلقية عند الولادة، وبعض الأمراض، والإصابات، وكذلك التاريخ الصحي قبل الولادة، والتاريخ الصحي للعائلة.

الخصية الهاجرة

إن أحد الأخطار المعروفة، التي قد تؤدي لسرطان الخصية هو العيب الخلقي الذي يعرف بـ (الخصية

الهاجرة) وقد يصيب إحدى الخصيتين أو كليهما معا. وهذا العيب ينتج عن فشل الخصية في النزول من البطن إلى الصفن، وقد تبين إحصائيا أن مصابا واحدا بسرطان الخصية من بين عشرة مرضى مصابين من ذوي العيب الخلقي. والإحصائيات الأخيرة تدل على أن الذكور اللذين يعانون من مرض (الخصية الهاجرة) مهددون بالإصابة بسرطان الخصية بمقدار 3-71 ضعفا من الذكور العاديين. خصوصا إذا لم تعالج هذه الحالة جراحيا في فترة الطفولة المبكرة. كما وقد دلت الدراسات المختلفة أن التدخل الجراحي قبل سن السادسة يقلل من خطر إصابتهم بهذا السرطان ويكون شأنهم شأن الذكور اللذين لم يصابوا بهذا العيب الخلقي أصلا.

تناذر كلاين فلتز والخنوثة

وهناك بعض العيوب الخلقية الأخرى التي تؤثر على الذكور المصابين بها، وتجعلهم أكثر استعدادا للإصابة بهذا السرطان، ومن ذلك العيب الخلقي المسمى (تناذر اكلاين فلتز) Kline Felter's وهو يظهر عند الذكور على شكل بروز الثديين، وصغر حجم الخصيتين الناجم عن فشل نموها في بلوغ الحجم العادي، والحالات الأخرى مثل الخنوثة التي لها نفس المخاطر.

عدوى فيروسية

والمصابون بسرطان الخصية، يبلغون عادة أن هذه الحالة قد سبقتها عدوى، وهذا ما حدا ببعض العلماء أن يظنوا أن تلف أنسجة الخصية الناجم عن تأثير الفيروس وقد يزيد من أخطار الإصابة بسرطان الخصية، إلا أن هذه النظرية لم تؤكد بعد. كما أن بعض المصابين يتذكرون حدوث إصابات لهم بالصفن، وليس واضحا إذا كان لإصابة الصفن علاقة بالسرطان، أو أنها مجرد لفت انتباه إلى وجود ورم في الخصية.

التعرض للهرمون الأنثوي (داي إثيل ستيلبسترول)

وقد اهتم العلماء بموضوع التعرض للهرمون الأنثوي (داي إثيل ستيلبسترول) "Diethyl Stilboestrol" في أثناء المرحلة الجينية حيث تتعاطى النساء الحوامل هذا الهرمون كعلاج للإجهاض المهدد. لقد وجد العلماء أن التعرض لهذا الهرمون يزيد فعلا من أخطار الإصابة بتشوهات خلقية في الجهاز التناسلي، والإصابة بسرطان المهبل لدى المواليد الإناث، وأن له ارتباطا ببعض التشوهات الخلقية في الخصية لدى بعض الذكور، إلا أنه لم يثبت أن له تأثيرا في زيادة أخطار الإصابة بسرطان الخصية.

بالإضافة إلى ما سبق، يبدو أن اللذين يولدون ووزنهم أقل من 2.250 غم معرضين للإصابة بسرطان الخصية أكثر من غيرهم وأن الأخطار تزيد أكثر لدى الذكور المولودين لأمهات يشير تاريخهن المرضي إلى الإصابة بنزف غير عادي في أثناء الحمل، والأمهات اللواتي تعودن على تعاطي المسكنات أو تناول الكحول أو ممن تعرضن في أثناء الحمل لتأثير أشعة إكس.

وكذلك فإن الذكور المصابين بحالات طبية خاصة مثل الفتاق أو ازدواج حلمات الثدي أو اللذين يتضمن تاريخهم العائلي المرضي وجود حالات سرطان الخصية معرضون أكثر من غيرهم للإصابة بسرطان الخصية.

الأعراض والتشخيص

لقد تحقق تقدم ملحوظ في أسلوب التعامل مع سرطان الخصية، وفي الغالب فإن هذا المرض قابل للعلاج التام غالباً، وبخاصة إذا تم التشخيص في مراحل مبكرة. وفي مايلي عرض للأعراض والتشخيص:

الأعراض

في معظم الحالات يكتشف مرضى سرطان الخصية مرضهم بأنفسهم، إما بالصدفة المحضة أو بالتدرب على ما يسمى (الفحص الذاتي). ويفضل القيام بهذا الفحص مرة كل شهر. عقب حمام دافئ، حيث يسترخي الصفن وبالتالي يمكن ملاحظة أي تغير في حجم وملمس الخصية.

ويتم الفحص بأن يقوم الذكر وهو في موضع الوقوف بتحسس الخصية بين الأصابع والإبهام لتحري أي كتلة غير عادية أو ورم غير عادي أو أي تبدلات أخرى. ويعاد نفس الفحص مع الخصية الأخرى في خصية دون الأخرى. وإذا وجد فرق بسيط في الحجم بين خصية أخرى فليس لهذا أي دلالة مرضية.

وأكثر أعراض سرطان الخصية شيوعاً، هو وجود كتلة صلبة صغيرة في أي من الخصيتين، إلا أن أي أعراض عادية في منطقة الصفن، مثل تضخم حجم الخصية أو الإحساس بالثقل، أو تجمع السوائل في الصفن، أو وجود ألم غير عادي تستوجب إبلاغ الطبيب فوراً ودون تأخير. كما أن الشعور بألم في أسفل البطن أو منطقة العانة أو أي تضخم في الثدي هي من الأعراض التي يجب مراجعة الطبيب بشأنها. ومع أن هذه الأعراض ليست علامات أكيدة للسرطان، وقد تكون ناتجة عن حالات مرضية أخرى مختلفة، إلا أن القادر على وضع التشخيص الصحيح لهذا هو الطبيب. إن التشخيص المبكر مهم جداً، إذ كلما كان تشخيص السرطان أبكر كانت معالجته أبكر، كانت معالجته أبكر، وكانت فرصة الشفاء التام منه أفضل.

التشخيص

إذا كانت الفحوص السريرية والمخبرية (مثل فحص البول الروتيني أو زراعة البول) تستبعد وجود التهاب في المسالك البولية، فإن الأعراض التي ذكرت آنفاً يمكن ردها إلى وجود ورم ولأن معظم أورام الخصية غير حميدة، فإن الأسلوب المتبع لتقييم الورم في الصنف هو الاستئصال الكلي للخصية المصابة. وتسمى هذه العملية استئصال الخصية الأربي (Inguinal Orchiectomy).

وفي الأورام الأخرى يتم التشخيص بفحص خزعة "Biopsy" من الورم. ويسمى هذا الأسلوب (فحص الخزعة) أي (العينة) ولسوء الحظ فإن أخذ الخزعة من الخصية قد يؤدي إلى انتشار الورم الناتج عن أخذ الخزعة. وعندما يتم استئصال الخصية كاملة في مرحلة مبكرة، فإن ذلك يحول دون انتشار الورم إلى الأجزاء الأخرى من الجسم. والفحص المجهرى للخصية ونسيجها يمكن الطبيب المختص بعلم الأمراض من التشخيص، فإذا دل التشخيص على وجود السرطان فإن الطبيب يستطيع تمييز الخلايا التي تكون السرطان. وبالتالي يستطيع تصنيفه. وإن معظم أورام الخصية تنشأ من الطبقة المولدة وهي التي تصنع الحيوانات المنوية، أما أورام الطبقة غير المولدة مثل الأورام الليمفاوية "Mesenchymal" أو الطبقة اللحمية "Mesoderm" فهي نادرة الحدوث، ولن يتم التعرض لها في هذا الكتاب.

تحديد المرحلة

إذا أكد الطبيب المختص بعلم الأمراض وجود سرطان، فإن الطبيب المشرف يطلب عادة فحوصاً أخرى ليحدد مدى انتشار الورم. وهذا ما يسمى تحديد المرحلة أو التطور. ومن شأنه مساعدة الطبيب في تحديد نوع العلاج المناسب للمريض. وتصنف مراحل سرطان الخصية عادة في ثلاثة مراحل هي:

- المرحلة الأولى: وتتمثل بانحصار السرطان في الخصية فقط.
- المرحلة الثانية: وتتمثل بانتشار المرض ووصوله إلى العقد الليمفاوية خلف الصفاق، التي لا تتعدى الحجاب الحاجز.
- المرحلة الثالثة: وفيها يتعدى انتشار السرطان العقد الليمفاوية الباطنية إلى أعضاء أخرى.

ويستعمل الأطباء عادة أساليب أكثر دقة لتحديد مرحلة انتشار السرطان، وهذا يتضمن استعمال التقنيات التصويرية الشعاعية، والواسمات السرطانية، والوسائل الجراحية.

التقنيات التصويرية الشعاعية

وهذه التقنيات تزود الأطباء بصورة إيضاحية لوضع الأعضاء الداخلية وتتضمن ما يلي:

- التصوير الشعاعي "X-Ray" للصدر، لاستبعاد انتشار السرطان إلى الرئتين.
- التصوير المحوري المحوسب "C.T scan" وهو أخذ صور متعددة للجسم، حيث تدور آلة التصوير على محور حول جسم المريض، ويستعمل الحاسوب ليعطي تفاصيل دقيقة عن المقاطع العرضية للجسم أثناء التصوير.
- استعمال الموجات فوق الصوتية "Ultrasound Studies Waves" ورسم الموجات الصوتية التي تعطي صورة عن مختلف الأنسجة بالجسم، ويقوم الحاسوب بتحليلها طبقا لتردداتها.

الواسمات السرطانية

وهي المواد التي توجد عادة بكميات غير عادية في دم المصاب بالسرطان أو في أي من سوائل جسمه لدى حدوث ورم معين. ولذلك فازديادها يدل على وجود ورم ما، وكل واسمة تختص بنوع من أنواع أورام الخصية، فمثلا AFP، BHCG، LDH هي واسمات أكيدة للأورام غير المنوية "Non-Seminomas"

الوسائل الجراحية

وتتضمن استئصال العقد الليمفاوية لفحصها مجهريا لتحديد مدى انتشار السرطان، وبالتالي تحديد المرحلة، وغالبا ما يتم استئصال العقد الليمفاوية البطينية لفحصها مجهريا. وتساعد هذه العملية الجراحية أيضا في الحد من انتشار السرطان، مع أنها قد تحدث صعوبات في عملية القذف.

العلاج

أحرز علاج السرطان في الآونة الأخيرة تقدما كبيرا، فالتحسن الذي طرأ على وسائل التشخيص وتحديد المرحلة أدى إلى فهم أعمق لطبيعة المرض مما قاد إلى تحسين العلاج بحيث أصبح أكثر فعالية، مما انعكس ايجابيا على إطالة مدى حياة المرضى المصابين. وذلك حسب مرحلة المرض. ويمكن القول الآن أن ثلاثة أرباع المرضى المصابين بسرطان الخصية في مراحله المتأخرة المذكور سابقا لديهم فرصة في الشفاء التام.

بالإضافة للعلاج المتوافر حاليا، يواصل الأطباء والعلماء البحث عن وسائل وطرق أكثر نجاحا في

محاربة سرطان الخصية وذات تأثيرات جانبية أقل. فالوسائل العلاجية التي تجرب في المختبر وعلى الحيوانات المخبرية، والتي فتحت باب الأمل واسعا أمام الأطباء تقوم وتجهز للتأكد من فاعليتها. وقد صمم كثير من التجارب السريرية لتجيب على أسئلة علمية محددة، ولتبين إذا ما كانت المعالجة الجديدة مؤثرة ضد المرض ومأمونة النتائج بالنسبة للمريض. وجليد بالذكر أن معظم الأدوية الفعالة المستخدمة حاليا في علاج السرطان إنما تطورت بهذا الأسلوب.

إن سرطان الخصية المنوي وغير المنوي يختلفان في قدرتهما على الانتشار، وأسلوبهما في الانتشار واستجابتهما للمعالجة بالأشعة. ويقرر الأطباء نوع العلاج الذي سيستعمل بعد معرفة نوع الخلايا التي يتكون منها الورم، والمرحلة التي قد بلغها الورم.

وفيما يلي موجز للاختيارات المتاحة أمام الطبيب، مع الأخذ بعين الاعتبار المرحلة ونوع الخلايا:

سرطان الخصية المنوي "Seminoma"

يميل هذا النوع من السرطان إلى البقاء في منطقة الخصية لفترة طويلة وعدم الانتشار خارجها، ويجري تشخيص غالبية هذه الأنواع من سرطان الخصية وهي في المرحلة الأولى أو الثانية من المرض. وعلاج سرطان الخصية المنوي قد يجمع بين الجراحة والمعالجة بالأشعة أو المعالجة الكيماوية، وذلك حسب المرحلة التي يكون قد بلغها هذا السرطان. وكما ذكرنا سابقا فإن استئصال العقد الليمفاوية للحد من انتشار هذا المرض ليس ملزما، إذ يتميز هذا السرطان بأنه يستجيب استجابة عالية للمعالجة بالأشعة، حيث توجه حزم الأشعة عادة للمنطقة التي خلف البريتون للقضاء على كل الخلايا السرطانية، والتي تتمركز في العقد الليمفاوية. كما أن العقد الليمفاوية التي فوق الحجاب الحاجز والعقد التي دونه والمنطقة الأربية تعالج أيضا بالأشعة. أما العلاج الكيماوي فيتضمن السيسبلاتين (Cisplatin) مع علاج آخر أو أكثر في أن واحد. وهناك ثلاث مراحل لعلاج سرطان الخصية المنوي هي:

- **المرحلة الأولى:** العلاج النموذجي للمرحلة الأولى من سرطان الخصية المنوي هو الاستئصال الجراحي للخصية، على أن يتبع ذلك استعمال الأشعة للمنطقة خلف غشاء الصفاق، ويمكن لسرطان الخصية أن يعالج بنجاح بجراحات متوسطة من الأشعة. أما العقد الليمفاوية فيجب معالجتها بالأشعة. حتى وإن أظهرت المرحلة خلوها من الخلايا السرطانية، ذلك أن بعض المرضى قد يخزنون في هذه العقد خلايا سرطانية يتعذر الكشف عنها بالأساليب الروتينية، بينما قد يقضي العلاج بالأشعة عليها ويؤدي إلى الشفاء.

- **المرحلة الثانية:** لتحديد معالجة هذه المرحلة يتم أحيانا تقسيمها إلى قسمين رئيسيين هما: المرحلة المثقلة (Bulky) والمرحلة غير المثقلة (Nonbulky) أما المرحلة المثقلة فتعني أن حجم العقد الليمفاوية خلف البريتون يزيد عن 5 سم مع عدم وجود دلالات تشير إلى أن الخلايا السرطانية قد تعدت هذه العقد. ويتضمن العلاج استئصال الخصية. ويتبع ذلك إما علاج كيميائي مركب أو العلاج بالأشعة للعقد الليمفاوية في المنطقة بأسرها. أما مرضى المرحلة الثانية غير المثقلة فيتضمن العلاج استئصال الخصية، ويتبع ذلك علاج العقد الليمفاوية خلف البريتونية بالأشعة، وهذا هو العلاج العادي المتبع. إلا أن المعالجة بالأشعة تمتد في بعض الحالات الخاصة لتشمل منطقة وسط الصدر والمنطقة التي فوق الترقوة بما في ذلك الرقبة وكامل الصدر.
- **المرحلة الثالثة:** المعالجة الاعتيادية في هذه المرحلة تشمل استئصال الخصية، ثم العلاج بعدة أنواع من الأدوية الكيميائية.

السرطان غير المنوي "Non-Semnomia"

ويعكس السرطان المنوي المنشأ، فإن هذا السرطان يشخص غالبا في فترة متأخرة، مع وجود درجة معينة من الانتشار لدى 65% من الرجال المصابين بهذا المرض، عندما يفحصون لأول مرة من قبل الطبيب. وعلاج هذا النوع عادة يتضمن إما الجراحة خصوصا للمراحل الأولية فقط، أو الجراحة التي يتبعها العلاج الكيميائي. وهناك ثلاث مراحل لعلاج سرطان الخصية غير المنوي هي:

- **المرحلة الأولى:** إذا ثبت بعد استئصال الخصية والعقد الليمفاوية البريتونية (غدد الصفات) أن الورم محدود فقط في الخصية مرحلة (I) فلا داعي عندها لمزيد من العلاج، إلا أنه يجب في هذه الحالة إخضاع المريض لمتابعة دقيقة لمدة سنتين. والعدد الضئيل من المرضى اللذين يعاودهم المرض (نسبتهم لا تتجاوز 10%) يعالجون عادة كيميائيا. وبعد توفر الواسمات السرطانية، انصب اهتمام الأطباء على معرفة ما إذا كان من الضروري استئصال العقد الليمفاوية. وفي حالة صرف النظر عن استئصال هذه العقد عند بعض المرضى فإن هناك بعض التحفظات الواجب اتباعها، وهي ضرورة إجراء فحص الدم لهؤلاء المرضى شهريا لمدة عامين، وبشكل دوري بعد ذلك بغية التأكد من عدم وجود ارتفاع في نسبة الواسمات السرطانية التي قد تكون مؤشرا على عودة السرطان مجددا أو انتشاره. الصور الشعاعية كجزء من فحوصات المتابعة الشهرية.

● **المرحلة الثانية:** إذا تراجع مستوى الواسمات السرطانية إلى المستوى الطبيعي عند مرضى المرحلة الثانية اللذين أجريت لهم عمليات استئصال للخصية والعقد الليمفاوية، فإن الأمر لا يحتاج إلى استعمال أي معالجة إضافية. أما الأسلوب الثاني المتبع لعلاج هذه المرحلة وفي حال غياب ما يدل على وجود السرطان بعد الجراحة فهو معالجة قصيرة المدى من العلاج الكيماوي الداعم لاستبعاد مخاطر تجدد الإصابة. والبيانات الواردة حول نتائج المعالجة بهاتين الطريقتين تفيد بأنهما متماثلتان إيجابيا في النتيجة. ومع أن نسبة معاداة المرض عند المرضى اللذين عولجوا جراحيا فقط أعلى منها عند اللذين عولجوا بالجراحة مع العلاج الكيماوي الداعم، فإن علاج المرض المعاد يمكن أن يتم بنجاح باستعمال العلاج الكيماوي فقط. ويستعمل العلاج الكيماوي مع المرضى اللذين يستمر عندهم ارتفاع مستوى الواسمات السرطانية بعد إجراء العلاج الجراحي للخصية والعقد الليمفاوية، أما الطريقة الثانية المتبعة فهي استئصال الخصية بدون استئصال العقد الليمفاوية، ثم استعمال العلاج الكيماوي لمرضى المرحلة الثانية اللذين يزيد حجم العقد الليمفاوية عندهم عن 5 سم. ويجب متابعة هؤلاء المرضى جيدا، أما إذا استمرت العقد الليمفاوية في تضخمها فيجب استئصالها.

● **المرحلة الثالثة:** يعتبر علاج مرضى المرحلة الثالثة ناجحا عند استعمال العلاج الكيماوي والتركيبات الكيماوية، والاستقصاءات والدراسات قائمة الآن لابتكار مركبات أخرى أكثر فعالية وذات تأثيرات جانبية أقل. وفي بعض الحالات تبقى بعض الكتل النسيجية عند بعض المرضى المصابين بانتشار السرطان غير المنوي رغم المعالجة الكيماوية، وهذه الكتل في الغالب غير سرطانية مرتفعا بعد أربع دورات من العلاج الكيماوي. فإن ذلك يعني استمرار وجود السرطان، مما يقتضي مواصلة العلاج الكيماوي.

ومن الناحية الأخرى إذا لم يكن مستوى الواسمات السرطانية مرتفعا فيتوجب إجراء الجراحة للتأكد من أن كتل الأنسجة هذه لا تحتوي على خلايا سرطانية، فإذا تبين وجود خلايا سرطانية فإنه يوصى باستخدام العلاج الكيماوي. ومع ذلك فإن استئصال الكتل السرطانية يساعد عادة على السيطرة على السرطان عند بعض المرضى. أما عندما يكون مستوى الواسمات السرطانية عاديا ولا يمكن استقصاء خلايا سرطانية بعد إجراء الجراحة، فليس ثمة داع لأي علاج كيماوي.

“Recurrent Disease” معادوة المرض

يعتمد علاج سرطان الخصية المعادود على نوع الخلايا السرطانية والمعالجة الأولية، ومكان المعادوة، واعتبارات أخرى تختص بالمريض نفسه.

وبشكل عام فالمرضى اللذين يعادوهم المرض بعد الشفاء التام يمكن معالجتهم ضمن برامج علاج كيميائي متعدد. أو زراعة النخاع.

الآثار الجانبية للعلاج

إن كل علاج للسرطان لا بد وأن يصاحبه آثار جانبية غير مرغوب فيها، وقد لا تظهر هذه الآثار عند كل المرضى، وإذا ما ظهرت فإنها لا تكون عندهم جميعا بنفس الحدة. وأكثر ما يقلق الشباب صغار السن هو تأثير المعالجة على حياتهم الجنسية وعلى سلامة أعضائهم التناسلية.

الجراحة

إن استئصال خصية واحدة للذكر لا يؤثر على الخصوبة ولا على القدرة الجنسية، فالخصي المتبقية قادرة على إنتاج الحيوانات المنوية والهرمونات الكافية للإنجاب.

والمرضى اللذين يساورهم القلق على مظهرهم بإمكانهم استعمال خصية صناعية تزرع مكان الخصية المفقودة في الصفن، ويمكن زراعة كمية من المادة الميجيلاتينية التي تشبه الخصية شكلا وحجما، إما بعد استئصال الخصية مباشرة أو فيما بعد.

أما الجراحة التي تستهدف استئصال العقد اللمفاوية خلف البريتونية، فغالبا ما تؤدي إلى فقدان القدرة على الإنجاب، وهي تتجم من تأثير الجراحة على الأعصاب التي تتحكم بعملية القذف. إلا أن هذه الجراحة نادرا ما تؤثر على القدرة على الانتصاب. كما أن الجراحين الآن يستخدمون أساليب جراحية متطورة تهدف إلى حماية الأعصاب للمحافظة على إمكانية القذف الطبيعي. وكما ذكرنا فإن استئصال العقد اللمفاوية هو جزء من الجراحة النموذجية المستخدمة في علاج سرطان الخصية غير المنوي، وتعتبر هذه الجراحة من العمليات الجراحية الكبرى، لذلك يعمل العلماء جاهدين لإيجاد وسائل أخرى غير جراحية لتحديد المرحلة السرطانية، واستحداث علاجات كيميائية جديدة لكي تغني عن عملية استئصال العقد اللمفاوية خلف البريتون.

العلاج بالأشعة

للأشعة تأثير على الخلايا العادية لا يقل عن تأثيرها على الخلايا السرطانية. لذا فإن لهذه المعالجة مضاعفات جانبية كثيرة. ويعاني كثير من المرضى من الإجهاد وفقر الدم كتأثيرات جانبية للمعالجة، بينما يعاني بعضهم الآخر من الإسهال والغثيان والقيء. ومن الممكن معالجة هذه الآثار باستعمال الأدوية المختلفة. وغالبا ما تتراجع هذه الأعراض وتختفي عند إنهاء العلاج بالأشعة.

وقد يعيق العلاج بالأشعة عملية إنتاج الحيوانات المنوية. لكن وبعد توقف العلاج فإن عودة إنتاج الحيوانات المنوية إلى سابق عهده ممكن، إلا أن هذا يعتمد بالطبع على جرعات الأشعة التي استخدمت في العلاج. وعلى مساحة الأنسجة المستهدفة. وإن استعمال الحماية الصحيحة للخصية السليمة والأجزاء الأخرى من القناة التناسلية يقلل من خطورة مضاعفات العلاج على تلك الأعضاء.

العلاج الكيماوي

تصل الأدوية الكيماوية المضادة للسرطان إلى كل من الخلايا السرطانية والخلايا العادية عن طريق الدم وتتلفهما، كما تؤثر هذه الأدوية على الخلايا ذات النمو السريع في الجسم مثل الأنسجة المكونة للدم والأنسجة التي تبطن الجهاز الهضمي أكثر من تأثيرها على باقي الخلايا في الجسم. ولذا فالعلاج الكيماوي قد يخلف آثارا جانبية كثيرة كمخاطر الإصابة بالعدوى الالتهابية نتيجة انخفاض عدد كريات الدم البيضاء.

بالإضافة إلى سقوط الشعر والغثيان والقيء. وإلى مشاكل أخرى تتجم عن استعمال مضادات السرطان. كما تؤدي الأدوية الكيماوية إلى العقم.

المتابعة الصحية

عندما ينهي المصاب بسرطان الخصية الدورة العلاجية، فإن من الضروري متابعته ومراقبته، وذلك لتشخيص معاودة المرض. وبعدها مباشرة العلاج فورا. ومتابعة المريض تعني إجراء الفحص الشهري لمستوى الواسمات السرطانية في الدم. وإجراء فحوص الأشعة التشخيصية بانتظام خلال أول عامين، ذلك أن احتمال معاودة المرض يكون في هذه الفترة كبيرا جدا. ويتبع ذلك فحوصات دورية تنظم عادة بمعدل مرة أو مرتين سنويا. ونادرا ما يعود المرض للمريض قبل ثلاث سنوات من تاريخ المعالجة.

وفي الماضي كانت الأدوية المضادة للسرطان تعطى للمريض شهريا في فترة انحسار المرض لتلا يعود المرض، إلا أن الأبحاث الجديدة بينت أن هذا الأمر غير ضروري وأن إعطاء العلاج المضاد ضروري فقط في حالة عودة المرض.

ولا تزيد نسبة احتمال إصابة الخصية الأخرى للمرضى اللذين تمت معالجتهم من سرطان الخصية عن ١٪ وإذا ظهر السرطان في الخصية الثانية بعد الخصية الأولى بسنوات فإن الاحتمال الأكبر أن هذا السرطان هو سرطان جديد وليس امتدادا للسرطان الأول. ومن هنا فإن الاكتشاف المبكر للسرطان الثاني ذو فائدة في إمكانية المعالجة التامة. لذلك فإن من الواجب على الأشخاص اللذين عانوا من سرطان الخصية أن يمارسوا الفحص الذاتي للخصية بالإضافة إلى الفحص الدوري عند الطبيب.



مركز الحسين للسرطان
King Hussein Cancer Center