

تومور تکمال تخمدان (۱)

نگارش

دکتر حسین رحمانیان
استاد دانشکده پزشکی

مقصود تومورهای هستند که عمدتاً از سلولهای تک داخلی (۲) پدید می آیند، نمای این تومورها ظاهراً شباهت به فیبروما داشته و مانند آنها مدور - محدود و در برش منظره گردبادی را عیناً شبیه به فیبروماهای تخمدان دارند با این اختلاف که بین مناطق وسیع گردبادی ساختمانهای زردطلایی دیده میشوند که در حقیقت نشانی انباشتگی مواد چربی و لیپوئید و یا کالسترین است. مناطق مزبور غالباً در نمای ماگنوسکپی نظر آسیب شناس را جلب نموده و نوع تومور را تا حدی مشخص میسازد.

نکته مهمی که از نظر بیولوژی شایان توجه میباشد این است که در این قبیل تومورهای تکمال در مخاط رحم بویژه تغییراتی از قبیل آندومتریته هیپرپلازیک (۳) و ضایعات گلانگولو کیستیک (۴) مخاط رحم همراه با خونریزی ظاهر میشود که همگی این علائم گواه بر ازدیاد ترشح فولیکولین میباشد. پس صفت مهمی که تومورهای تکمال را از اقسام مشابه متمایز میسازد همانا تغییرات سیتوهورمونال یعنی هیپرپلازی مخاط رحم و خونریزی است. در ایران تعداد مبتلایان تا بحال زیاد نبوده و اگر هم بفرص فراوان باشد چون تحت آزمایش قرار نمیگیرند لذا نمیتوان آنها را صحیحی از آنها در دست داشت. میکروفوتوگرافیهائی که در این مقاله بنظر خوانندگان محترم میرسد عکسهائی است که از یک قطعه ارسالی از تخمدان خانمی بدستور آقای دکتر طباطبائی دانشکده ارسال شده. تومور مزبور با اندازه یک پر تقال - محدود - منظم و در برش کاملاً نمای فیبروما تخمدان را حفظ کرده بود تنها در پرتو نور کانوهای زرد رنگی نیز در بین مناطق فیبرومی جلب نظر مینمود.

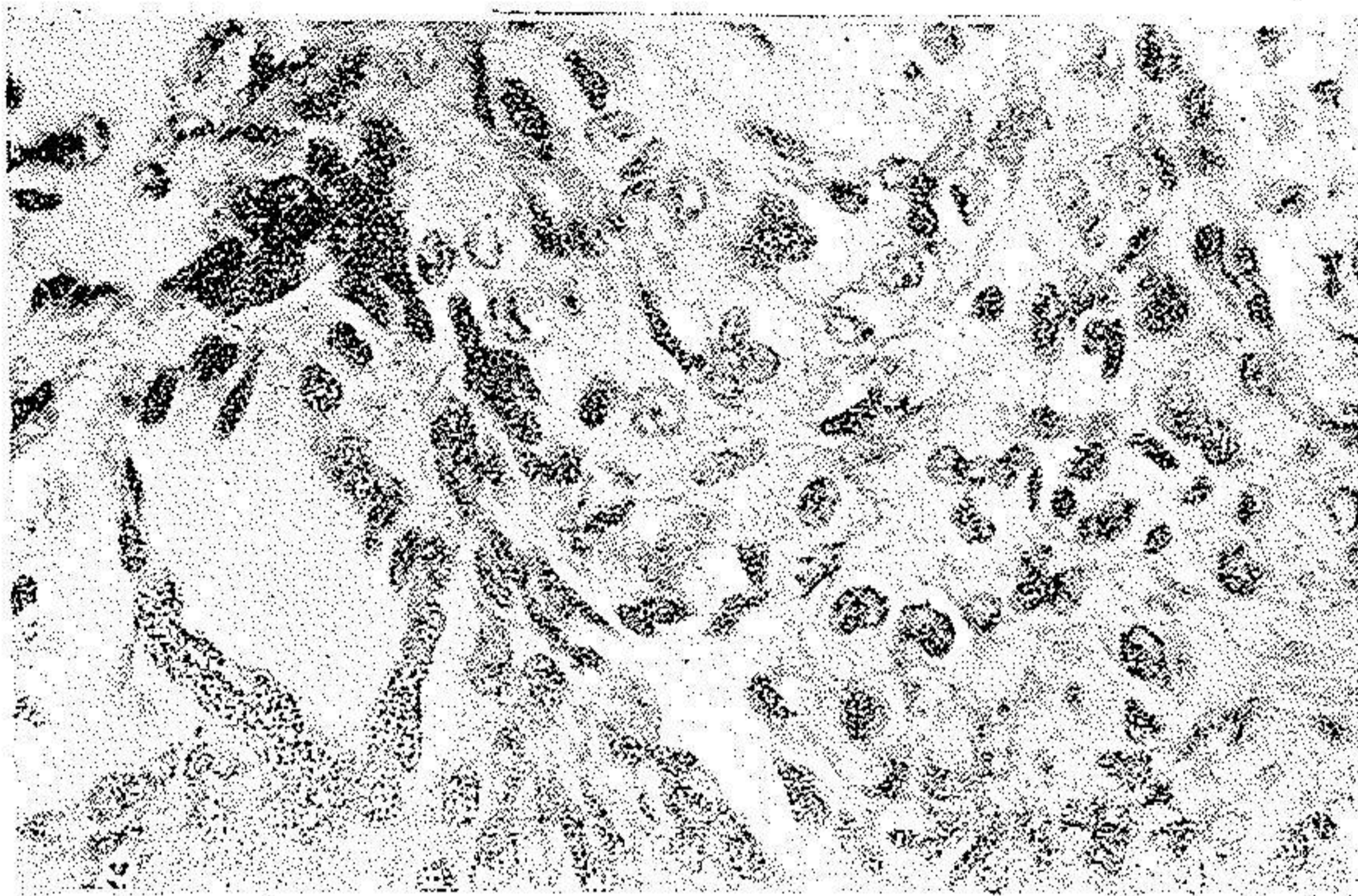


(شکل ۱)

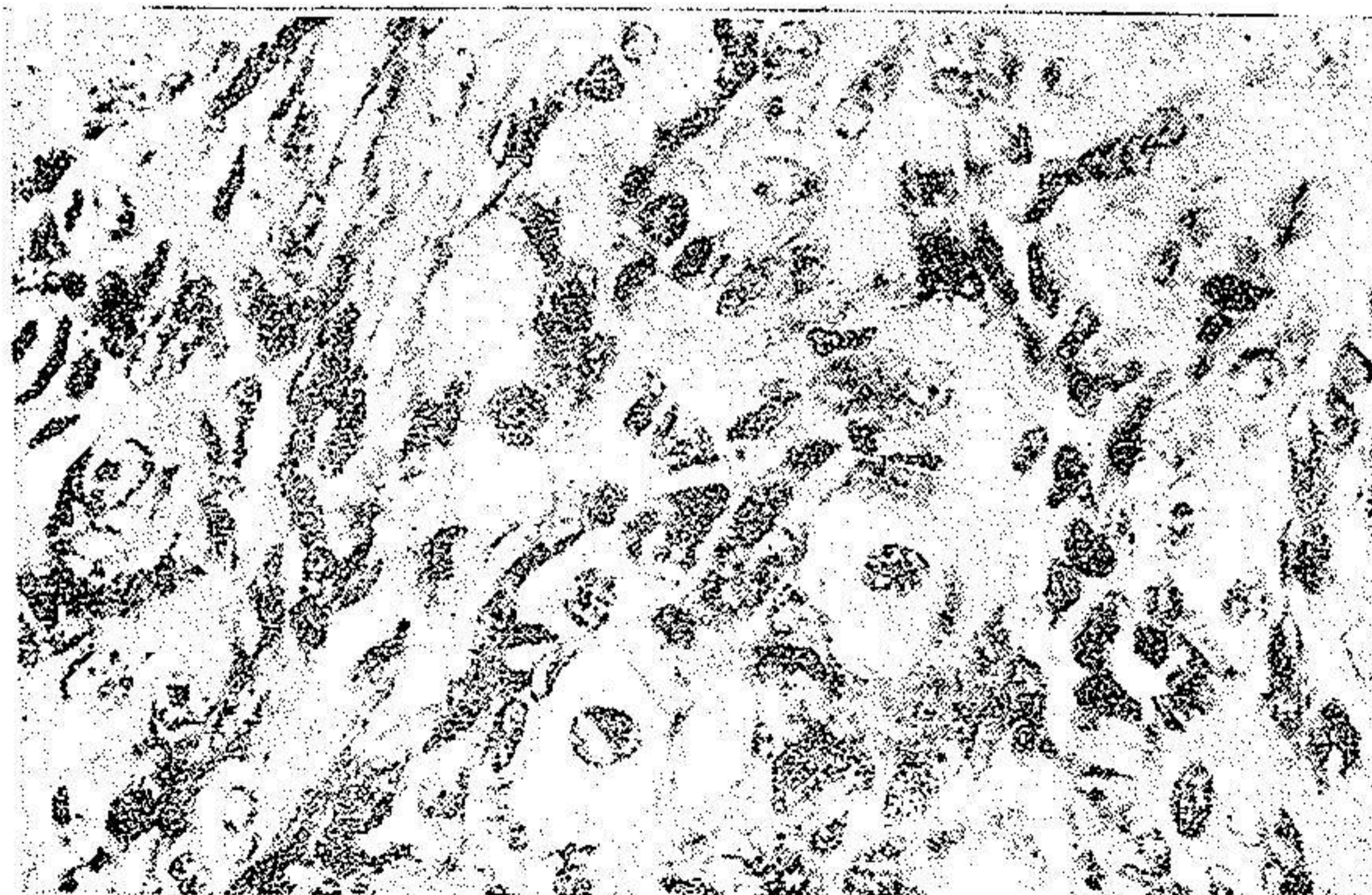
در آزمایش میکروسکوپی قسمت وسیع بافت از سلولهای فیبروبلاست دو کی شکل همراه با تکثیر رشته‌های کلاژن دیده میشود. در بعضی نقاط جدار عروق مبتلا به هیالینیزاسیون^(۱) شده و منفذ آنها را تنگ کرده است.

در تصویر شماره یک بخوبی مشاهده میشود که بافت اصلی تخمدان حاوی تخمک‌های اولیه^(۲) از تومر اصلی بواسطه یک تیغه پیشنی که در حقیقت غلاف تومر را تشکیل میدهد مجزا میباشند.

همانطور که در بالا ذکر شد مناطق وسیع سلولهای چندضلعی یا اپی‌تلیوئید یا تخم مرغی شکل با پرتوپلاسم روشن، بین انبوه سلولهای فیبر و بلاستی بصورت همان مناظر زرد طلائی (با چشم) جلب نظر بیننده رامینماید. این سلولها مملو از لیپوئید و مخصوصاً اطراف عروق متمرکز بوده و دارای مواد چربی از نوع کاسترول میباشند. در بین علمای کارشناس ترشح داخلی یک بحث اصولی راجع بعمل فیزیولوژیکی این سلولها وجود دارد بدین معنی که بعضیها ترشح فولیکولین را منحصر بسلولهای گرانولز



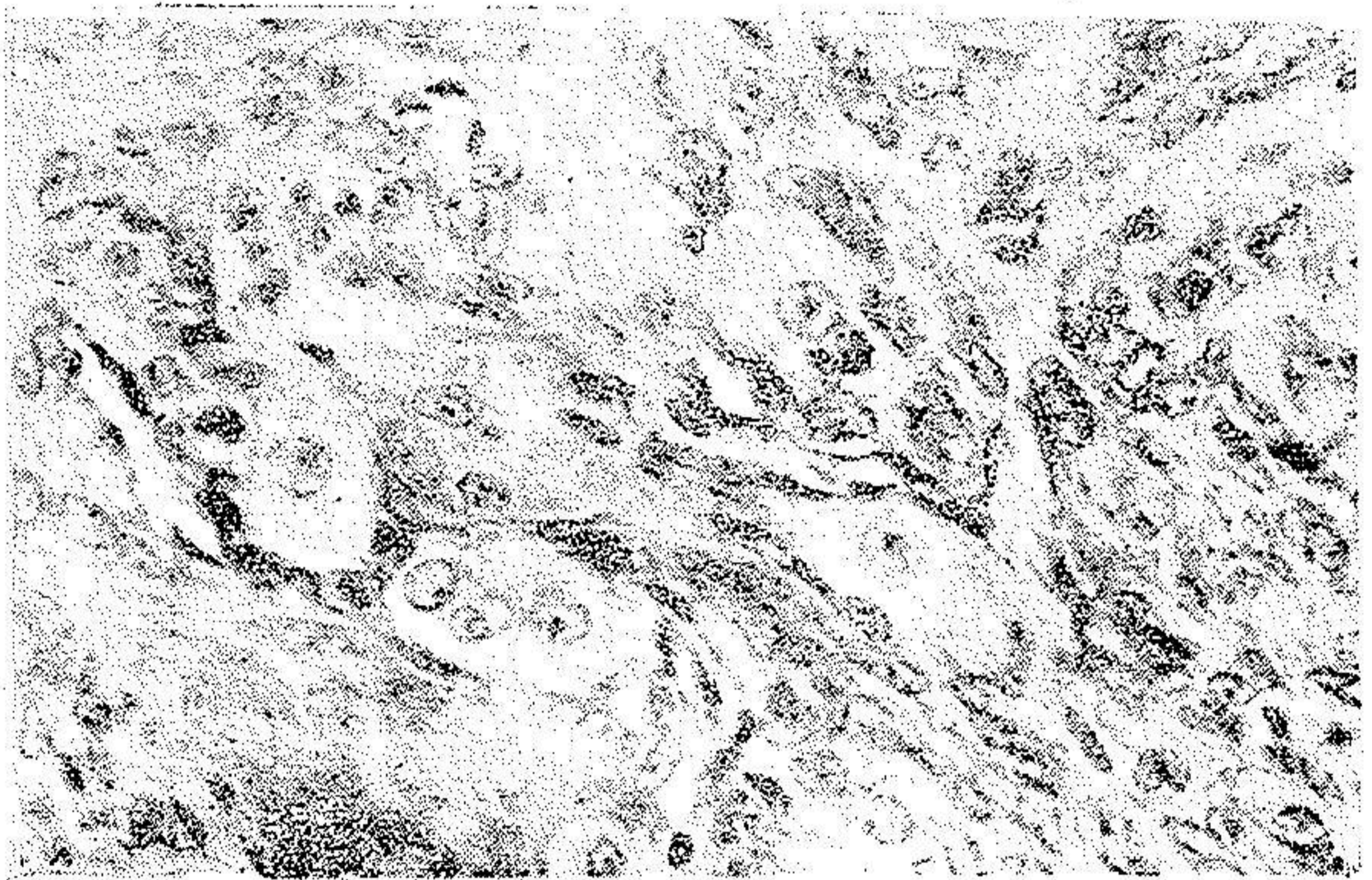
(شکل ۲)



(شکل ۳)

میدانند و برخی بخلاف این عمل را بعهدده سلولهای تک داخلی میسپارند .
بعقیده عده زیادی از علما سلولهای تکال بهترین نمونه غدد ترشح داخلی بوده

و ترشح فولیکولین را انجام میدهند چه اینان قائلند که سلولهای چند ضامی یا اپی تلیوئید با پیرتوپلاسم مملو از کلاسترل جدار رگهای موئیندر را پوشانده و عیناً منظره غدد ترشح داخلی را دارند در حالیکه سلولهای گرانولز بندرت دارای چربی بوده و فاقد عروق میباشند.



شکل ۴

اگر قبول کنیم که غدد ترشح داخلی لازم است دارای رگهای موئینه سینوزئید باشند بنا بر این سلولهای گرانولز چگونه غده داخلی هستند که فاقد موی رگ میباشند؟ نکته مهم این است که نباید مایع فولیکولی وسط سلولهای گرانولوز را مترشح از سلولهای تکال دانست. قاعدتاً ترشح مایع فولیکولی بوسیله سلولهای گرانولوز از حیث زمان مقارن با ترشح فولیکولین توسط سلولهای تکال است و این دو فنومن را نباید با یکدیگر منطبق ساخت بلکه صرفاً یک حادثه زمانی است دلیل مهمتر اینکه توسط R.X توانسته اند ترشح مایع فولیکولی را که توسط سلولهای گرانولز تولید میشود قطع نمایند ولی هورمون فولیکولی کماکان وجود داشته است (بر اثر ترشح سلولهای تکال) ولی بعقیده ایندسته از علماء فنومن استروس در نتیجه سلولهای

تکال داخلی است .

بنابراین بر اثر ترشح داخلی همین ساولهای تکال است که اختلالات مخاط رحم از قبیل آندومتریته هیپر پلازیک و یا هموراژی و یا تغییرات گلاندرولوکیستیک پدیدار میگردد .

پس تشخیص تو مرهای تکال از روی تغییرات مخاط رحم نسبت آسان میگردد و در حقیقت آزردهای مخاط رحم بمنزله آئینه هستند که کیفیت ترشحات تخمدان را نمودار میسازند .

صرف نظر از آزمایش سیتوهورمونال آزمایش نسجی خودتومر نیز تشخیص قطعی را مشخص مینماید .