

دوالي الحبل المنوي ونقص الخصوبة

صلاح الدين رمضان*

الملخص

معرفة العلاقة بين العقم الثانوي (نقص الخصوبة) والعلاج الجراحي لدوالي الحبل المنوي. أُجريت الدراسة على 73 مريض دوالي حبل منوي، 61 مريضاً راجعوا في البداية بشكوى عدم الإجاب مع دوالي الحبل المنوي و12 مريضاً راجعوا بشكوى دوالي الحبل المنوي مع الألم، وتراوح أعمار المرضى بين (17-40) سنة. أعطى العلاج الجراحي لدوالي الحبل المنوي عند مرضى نقص الخصوبة دون وجود أسباب أخرى نتائج حمل لدى بعض زوجات المرضى 47,5% وسطياً، وذلك بعد إجراء إحدى العمليات الجراحية الثلاث: مدخل خلف البرتوان، مدخل أربي، مدخل بالتنظير عبر البطن، وكانت نسبة نجاح العمل الجراحي بالمداخل الثلاثة على التوالي 83,3%، 92,1%، 90,9%. عند وجود أسباب أخرى لنقص الخصوبة غير دوالي الحبل المنوي فمن الضروري معالجتها، وإذا استمرت معاناة المريض من نقص الخصوبة بعد علاج الأسباب اللاحق ذكرها ولم يبق سبب آخر للعقم الثانوي سوى وجود دوالي الحبل المنوي فمن المستحسن إجراء إصلاح الدوالي بربط الأوردة المنوية، وكما ذكرنا كانت نسبة نجاح العمل الجراحي بالمداخل الثلاثة على التوالي 83,3%، 92,1%، 90,9%، وبعد الحصول على هذه النتائج يفضل إجراء إصلاح الدوالي بالمدخل الأربي لأن نسبة النكس التي حصلنا عليها في هذا المدخل أقل من نسبة النكس في المدخلين الباقيين، وللعلم إن نسبة نجاح إصلاح الدوالي لايعني بالضرورة أن تكون هي نسبة حصول حمل أكيد لدى زوجات المرضى، ومن الجدير بالذكر أنه حصل حمل عند 29 حالة من زوجات المرضى بعد العلاج وبلغت النسبة وسطياً 47,5%. في حال وجود خصية وحيدة يفضل إجراء ربط الدوالي بمساعدة مكبرة أو ربط الدوالي عبر التنظير البطني وذلك لتجنب المضاعفات القليلة المحتملة.

* أستاذ مساعد- قسم الجراحة- في كلية الطب البشري- جامعة دمشق.

Varicocele and Hypofertility

Salah Al-Dien Ramadan *

Abstract

Objective: this study aims to give the relationship of Hypofertility with the surgical treatment of varicoceles.

The studied Group: The study consisted of 73 patients who suffered from varicoceles 61 patients with complaint of infertility and varicocele at the beginning , 12 patients suffered from varicoceles and pain. The age ranged from 17-40 years.

Results :The surgical treatment of Hypofertility due to only varicoceles resulted in pregnancy rate of 47,5%. after the implementation of the three surgical techniques: Inguinal, Retroperitoneal, and laparoscopic varicocelectomy.

Conclusion: When other causes of hypofertility excluded , varicocele is necessary to be treated effectively , and if the problem persisted after curing all the other causes except varicocele, it is better to treat it by ligating the spermatic veins , by one of the three average techniques : retroperitoneal approach—inguinal approach—laparoscopic approach .

The success rates of these three procedure are :83,3% , 92,1% , 90,9% . After harvesting these results , it is proffered to cure the varicocele by inguinal approach because the lower recurrence rate of this approach compared to the others . Knowing that the cure of the varicocele dose not mean a consequent pregnancy other wise it was be a 29 case of pregnancy after curing the varicocele is our study and the average was 47,5%nearly.

* Ass. Prof. Dept. of Surgery-Urology .AL- Mouassat Hospital, Faculty of Medicine .Damascus University.

المقدمة:

تؤدي إلى رض نفسي وأثار اجتماعية سلبية.

المرضى وطريقة البحث:

أجريت الدراسة الإحصائية في فترة ما بين 2002-2005، وقد بلغ عدد المرضى 73 مريض، أجريت لهم الجراحة بثلاثة مداخل:

مدخل أربي، مدخل خلف البرتوان، مدخل تنظير عبر البطن، وتراوح أعمار المرضى بين (17-40) سنة. ولوحظ أن أعمار ثلثي المرضى يتراوح تقريباً بين 25-29 سنة والجدول رقم (1) يبين لنا ذلك:

العمر	عدد المرضى	النسبة المئوية
17-24	11	15.07
25-29	47	64.39
30-40	15	20.54
المجموع	73	100 %

نلاحظ من الجدول رقم (1) أن العمر بين 25-29 سنة يمثل 64.3% من المجموع، وهذا ينسجم مع الإحصائيات العالمية، لأن النسبة العظمى لأعمار مرضى دوالي الحبل المنوي (حتى أعمار 34 سنة) بلغت 60%⁽⁵⁾.

قد تصل نسبة حدوث دوالي الحبل المنوي عند الذكور البالغين إلى 15%⁽¹⁾، كما أنها تشكل بحدود 30% من أسباب العقم الثانوي عند الذكور⁽²⁻³⁾، وهو السبب الأكثر قابلية للإصلاح الجراحي في حالات العقم الثانوي (نقص الخصوبة)؛ وعلى الرغم من أن الدوالي تؤثر في نوعية الحيوانات المنوية من حيث تعدادها وحركتها، فبالمقابل هناك العديد من المصابين بدوالي حبل منوي لكنهم مخصبون في الوقت نفسه. وكما هو معروف فإن وجود الدوالي قد يؤدي إلى زيادة في الخلايا عديمة الشكل والخلايا المنوية غير الناضجة والأشكال غير النظامية⁽⁴⁾، وفي حال كشف العقم الثانوي مع وجود دوالي حبل منوي وبغياب الأسباب الأخرى أو علاجها- إن وجدت- مع بقاء نقص في الخصوبة يجب على الطبيب إجراء إصلاح جراحي (ربط الأوردة المنوية) للحصول على أعلى نسبة خصوبة ممكنة، وذلك لوقاية المرضى من انعكاسات مستقبلية

وُدُرِسَ المرضى حسب نوعية الإصابة (أحادية الجانب أوثنائية الجانب) والجدول رقم (2) يبين لنا ذلك:

يسرى	يمنى	مزدوجة	المجموع
67	4	2	73
%91.78	%5.47	%2.73	%100

نلاحظ من الجدول رقم (2) أن 91.78% من المرضى كانت الإصابة في الجهة اليسرى (أحادية الجانب)، وهذه النسبة تتوافق مع النسب العالمية؛ وقد يعود ذلك لسبب تشريحي بالأوعية المنوية الباطنة بالأيمن والأيسر، ويفسر جزء من الأسباب بأن الأوردة المنوية اليسرى تصب في الوريد الكلوي الأيسر، في حين الوريد المنوي الأيمن يصب في الوريد الأجوف السفلي مباشرة، وهذا الاختلاف يؤدي إلى اختلاف بالضغط الهيدروستاتيكي بالطرفين ويكون الضغط في الأيسر المنوي أعلى من الأيمن⁽⁶⁾، فضلاً عن ذلك فإن ارتفاع الضغط في الوريد الكلوي الأيسر الناجم عن مروره بين الأبهر في الخلف والشريان المساريقي العلوي في الأمام يؤدي إلى

جريان راجع للدم إلى الضفيرة الوريدية بسبب تأذي دسامات الوريد المنوي الباطن والذي يؤدي بدوره إلى التوسع في الجهاز الوريدي. ومن الأسباب الأخرى المؤدية إلى أذية الوظيفة الخصوية هي نظرية الأذية الحرارية للخصية، وهي النظرية الأكثر إثباتاً من بين الدراسات على الإنسان والحيوان، حيث تؤثر الدوالي في التنظيم الحراري للخصية بمنعها الآلية التبادل الحراري بواسطة الضفيرة الوريدية، وعلى الرغم من أن موقع الخصية في الصنف يساعد في عملية التنظيم الحراري؛ فإن الآلية التي تؤدي إلى أذية خصوية بسبب الدوالي تبدو متعددة العوامل⁽¹¹⁾.

كما أُجريت الدراسة على مرضى الدوالي الذين يعانون من نقص في الخصوبة ومن الألم الغامض الذي يزداد بالجهد الفيزيائي، وفي بعض الأحيان يلاحظ خلال التحريض الجنسي والجدول رقم (3) يبين لنا.

الجدول رقم(3)

النسبة المئوية	عدد المرضى	الشكوى
%83.56	61	دوالي + عقم
%16.44	12	دوالي + ألم
%100	73	المجموع

نلاحظ من هذا الجدول أن نسبة المرضى كما دُرِسَ عدد المرضى حسب درجة الذين راجعوا بسبب الدوالي ونقص في الإصابة في الأوعية المنوية (الدوالي) و الخصوبة كانت (%83.56)، أما مرضى الجدول رقم (4) يبين ما يأتي: الدوالي مع شكوى الألم فكانت نسبتهم (%16,44).

النسبة المئوية	عدد المرضى	درجة الدوالي
% 10.9	8	درجة 1 + دوپلر
% 35.6	26	درجة 2
% 53.4	39	درجة 3
%100	73	المجموع

نلاحظ من الجدول رقم (4) أن أكثر من تمت دراسة عدد المرضى الـ61 %50 من المرضى راجعوا مع دوالي المصابين بالعقم الثانوي (نقص بدرجة متقدمة، وربما يعود السبب إلى الخصوبة) ودرجة الدوالي لديهم وهذا عدم الوعي الصحي وعدم مراجعة الطبيب بشكل دوري، وعدم توعية الطبيب للمرضى.

الجدول رقم (5)

النسبة المئوية	عدد المرضى	نقص الخصوبة ودرجة الدوالي
%13.11	8	1
% 31.14	19	2
% 55.73	34	3
%100	61	المجموع

في الجدول رقم (5) لاحظنا أن مرضى نقص الخصوبة يعانون من وجود دوالي درجة ثالثة بنسبة 55% تقريباً وهي النسبة الأكبر، أمّا مرضى الدوالي الدرجة الثانية فكانت النسبة 31% تقريباً، وكانت النسبة الأقل لمرضى الدوالي الدرجة الأولى حيث بلغت 13% تقريباً. كما تمت دراسة الـ61 مريضاً المصابين بالدوالي ودراسة درجة نقص الخصوبة لديهم والجدول رقم (6) يبين لنا ذلك:

الجدول رقم (6):

الحالة	عدد المرضى	الحركية	النسبة المئوية للحالات
اللانطفية (فقد النطاف)	7	%0	% 11.4
1-10 مليون	8	% 8-15	% 13.1
11-20 مليون	25	% 10-25	% 40.98
أكثر من 21 مليون	21	% 30-45	% 34.4

في الجدول رقم (6) نلاحظ وجود اللانطفية عند سبعة مرضى ، ثلاثة مرضى منهم كان هرمون الـ FSH مرتفعاً مع نقص في حجم الخصية. كانت تتم دراسة المرضى ووضع تشخيص الدوالي بدءاً من الدراسة السريرية التي شملت استجواب المرضى عن علاجات (أدوية) سابقة أدت إلى تأذي الخصيتين في إنتاج النطاف وعن طبيعة العمل والتعرض للإشعاعات أو الحرارة والعمل بالأصبغة والمعادن والسؤال عن الأمراض الجهازية والسرطانات والداء السكري والأخماج، كما تم التأكد من سلامة الزوجات والتحقق من عدم وجود أي مانع للحمل لديهن بعد مراجعتهم للأطباء المختصين، ثم تم الفحص السريري للخصيتين والبربخين والأسهريين، وأجريت التحاليل الطبية اللازمة؛ تحليل السائل المنوي (مرتين على الأقل)، وهرمون الـ FSH، وأجري لبعض المرضى تحليل هرمون البرولاكتين وهرمون LH والتستستيرون، وبعد ذلك أجري للمرضى إيكو دوبلر للأوعية المنوية والخصيتين والبربخين وبالأخص لمرضى الدوالي ذوي الدرجة الأولى

للتأكد من التشخيص، كما أُجريتُ خزعة خصية للمرضى الثلاثة الذين شكوا من فقد النطاف (Azoospermia) مع ارتفاع في نسبة هرمون الـFSH ونقص في

حجم الخصية وكانت النتيجة sloughing

باكرلأرومات النطاف spermatids في لمعة الأنبوب المنوي، أو وجود نطاف بأعداد قليلة ولايوجد تصلب بجدار الأنابيب المنوية، توجد كثرات النوى ضمن عدد قليل من الأنابيب المنوية.

ولم تجرَ خلال دراستنا الاستقصاءات الآتية: ومضان بالنظائر المشعة، تخطيط حراري للصفن⁽⁷⁾، تصوير الأوردة بالمادة الظليلة.

وبعد الاطلاع والدراسة الشاملة السريرية والمخبرية والإيكو دوبلر للمرضى الـ 61 تبين أن 58 مريضاً لديهم نقص في الخصوبة (عقم ثانوي)، ولم يُلاحظ أي سبب آخر لديهم لنقص الخصوبة (التهابي

أو هرموني أو وراثي أو اجتماعي أو دوائي) سوى وجود دوالي الحبل المنوي، أما عند بقية المرضى الثلاثة فكان سبب اللانطفية Azoospermia هو

ارتفاع في نسبة هرمون الـFSH مع نقص في حجم الخصية بسبب التهابي سابق أوخصية هاجرة بالطرفين تم إنزالهما في وقت متأخر.

العلاج:

في حال وجود أسباب أخرى لنقص الخصوبة غير الدوالي الحبل المنوي فمن الضروري معالجتها، وإذا استمرت شكوى المريض من نقص الخصوبة بعد علاج الأسباب السابق ذكرها ولم يبق سبب آخر سوى وجود دوالي الحبل المنوي فمن الأفضل إجراء إصلاح الدوالي بربط الأوردة المنوية لأن هذا الإصلاح يمكن أن يحسن في نوعية السائل المنوي مما يؤدي إلى حصول حمل عند نسبة معينة من زوجات المرضى، وهذه النسبة مؤكدة في الدراسات العالمية والتي تتراوح بين (24-53%)⁽¹⁾.

وأثبتت الدراسات العالمية أن وجود دوالي الحبل المنوي قد تترافق مع تدنٍ تدريجي في وظيفة إنتاج النطاف، وهذا التدني مرتبط بالفترة الزمنية المنقضية

على وجود الدوالي ودرجته المتقدمة، وإن ربط الأوردة المنوية لن يؤدي إلى توقف التأذي المستقبلي لوظيفة الخصية في إنتاج النطاف فحسب ولكنه سوف يحسن الوظيفة المكونة للنطاف عند نسبة مئوية مهمة من المصابين⁽¹¹⁾.

المدخل الجراحية:

- 1- مدخل أربي.
 - 2- مدخل خلف البرتوان
 - 3- مدخل التنظير عبر البطن
- الجدول رقم (7) يبين أساليب المدخل الجراحية المستخدمة في الإصلاح:

الجدول رقم (7)

المدخل المستخدم	عدد الحالات	النسبة المئوية
أربي	38	52.05
خلف البرتوان	24	32.87
تنظير عبر البطن	11	15.06

ثلاثة من الـ 11 مريضاً الذين أجري لهم تنظير عبر البطن كان عندهم خصية يسرى وحيدة.

- 1- تقنية المدخل الأربي: تم على 38 مريضاً إجراء شق بطول 5 سم فوق القناة الأربية وفتح صفاق العضلة

المنحرفة الظاهرة ثم بعزل الحبل المنوي وتباعد العصب وربط الأوردة المنوية حذاء الفوهة الباطنة مع الحفاظ على الأسهر وأوعيته فضلاً عن محاولة كشف الشريان الخصوي والحفاظ عليه وكذلك الأوعية للمفاوية عن طريق عزل الأوردة وذلك بـ أقل رض؛ ومن ثم إغلاق الجرح حتى الجلد ووضع ضماد.

2- تقنية المدخل خلف البرتوان: تم على 24 مريضاً إجراء شق يبدأ إنسي الشوك الحرقفي الأمامي العلوي بـ 2 سم وينتهي عند الفوهة الأربية الباطنة ومن ثم شطر splitting للعضلات المنحرفة الظاهرة والباطنة وبعد حصول تباعد جيد ندفع البرتوان بالتسليخ الكليل إلى الإنسي؛ نجري كشف الشريان والوريد المنوي الباطن والذي نجده قريباً من الحالب (قد نجد وريداً أو وريدين كبيرين) بعد عزل الوريد نقوم بوضع ربطتين من الحرير وربط محيط كل وريد ونقص بين القطب، و بعد التأكد من الإرقاء نقوم بإجراء إغلاق نظامي للطبقات حتى الجلد وضماده.

3- **تقنية التنظير عبر البطن:** تمت هذه التقنية على 11 مريضاً و التي تشبه تشريحياً مدخل خلف البرتوان. حيث يتم ربط الأوردة المنوية عند المستوى نفسه الذي يتم فيه ربطه بواسطة المقاربة الكلاسيكية خلف البرتوان، ولكن التكبير الذي يسمح به المنظار يساعد في رؤية الشريان الخصوي. يكون الشريان المشمري (cremaster a) الشريان الأسهري (Deferentise a) خارج حقل الجراحة ويتم عزل الشريان المنوي في أغلب الحالات، وقبل إجراء هذه الطريقة يجب سؤال المريض هل

تعرض لجراحات على البطن والتي قد تزيد من صعوبة إجراء العمل الجراحي التنظيري وتزيد من المضاعفات. في هذه التقنية تحضير الأمعاء غير مطلوب كما أن المريض يعامل كمريض خارجي و تجري هذه العملية تحت التخدير العام.

النتائج: بعد إجراء العمل الجراحي على 73 مريضاً كانت النتائج كما يأتي في الجدول الآتي رقم(8):

الجدول رقم (8)

المدخل	عدد المرضى	نجاح العمل الجراحي للدوالي	نكس الدوالي
أربي	38	35 ← 92.1 %	3 ← 7.8 %
خلف البرتوان	24	20 ← 83.3 %	4 ← 16.6 %
تنظير عبر البطن	11	10 ← 90.9 %	1 ← 9.9 %

نلاحظ أن نسبة نجاح العمل الجراحي بالمدخل الأربي بلغت 92,2% في حين بلغت النسبة بالمدخل خلف البرتوان 83,3% ومدخل عبر تنظير البطن 90,9%. لم نلاحظ في دراستنا أي مضاعفة خلال العمل الجراحي كالتنزف مثلاً، كما أننا لم نلاحظ مضاعفات في الفترة القريبة بعد العمل الجراحي كخمج الجرح أو نقص تروية الخصية بسبب تضيق الفوهة الأربية الظاهرة بالخياطة التي تؤدي فيما

بعد إلى ضمور الخصية، ولم يحصل معنا ربط الشريان لأننا كنا حذرين من ذلك، وهذا ماتأكد فيما بعد بعدم وجود أي ضمور نسبي لأية خصية، أما المضاعفات التي لاحظناها بعد العمل الجراحي فهي القيلة اللمفية عند مريض واحد أجري له ربط الدوالي بالمدخل الأربي (1,3%) والتي تم استئصالها فيما بعد، كما لاحظنا نكس بعض حالات الدوالي بالمداخل الثلاثة وكانت نتائج النكس في المدخل الأربي تقارب 7.8%، وهذه النسبة تتوافق مع النسب العالمية، أما نتائج النكس في المدخل خلف البرتوان فكانت بحدود 16,6% وهذه النسبة أعلى بقليل من النسب العالمية، في حين كانت نتائج النكس عبر التنظير البطني 9،9%، علماً

أن هذين المدخلين الأخيرين تم فيهما ربط الوريد المنوي الباطن عند المستوى نفسه ولكن بمدخلين مختلفين وربما يعود سبب التفاوت إلى قلة عدد المرضى.

إن المرضى الثمانية الذين حصل عندهم نكس الدوالي بعد العمل الجراحي، أربعة مرضى منهم أُجريت لهم الجراحة خلف البرتوان ومريض واحد أجري له ربط الدوالي بمدخل التنظير عبر البطن، أجري لهؤلاء المرضى الخمسة فيما بعد ربط الأوردة بالمدخل الأربي، والمرضى الثلاثة الذين أجري لهم العمل الجراحي بالمدخل الأربي تم فيما بعد العمل الجراحي بالمدخل خلف البرتوان وفي الجدول رقم 9 نبين النتائج:

الجدول رقم (9):

نكس الدوالي	نجاح	عدد المرضى	المدخل الجراحي
1 (20%)	4 (80%)	5	اربي
1 (33%)	2 (66%)	3	خلف البرتوان

من الجدول رقم (9) نلاحظ بعد إجراء الجراحة للمرة الثانية للمرضى الثمانية حصل نكس عند مريض واحد من المرضى الخمسة الذين أجري لهم جراحة للمرة الثانية بالمدخل الأربي؛ ووجد نكس عند المريض الآخر الذي

أجري له للمرة الثانية الجراحة بالمدخل خلف البرتوان. وبعد فترة ستة أشهر تقريباً تقرر لهما إجراء عمل جراحي للمرة الثالثة بتقنية تصليب الأوردة، علماً أنه في إحدى الدراسات العالمية أثبتت أن نسبة النكس في عملية التصليب تراوحت حتى 15%⁽¹⁰⁾، لكن المريضين لم يراجعا فيما بعد لإجراء عملية التصليب. تم تصنيف المرضى الـ 61 والذين يعانون من العقم إلى مجموعتين: المجموعة الأولى: 32 مريضاً (52.4%)؛ 14 منهم مضى على زواجهم سنتين و11 منهم مضى على زواجهم سنة واحدة ولم يحصل الحمل عند زوجاتهم — علماً أنه تم التأكد أن الزوجات ليس لديهن أي سبب لمنع الحمل بعد مراجعتهم للأطباء المختصين —، 7 مرضى عولجوا سابقاً بالأدوية وكان لديهم أطفال ولكن على مدى ثلاث سنوات على الأقل لم يحصل لزوجاتهم حمل، فأجري للجميع عمليات إصلاح الدوالي الواضحة سريرياً، وعلى الرغم من أن معايير تحليل السائل المنوي كانت متباينة بشكل واضح لم يحدث حمل لدى أي من الزوجات بعد مضي ستة أشهر على الأقل من الإصلاح (معدل الحمل 0%)، مما يؤكد أن إمرضية الدوالي لوظيفة إنتاج النطاف مرتبطة بالزمن وتصل إلى حد غير قابل للتحسن رغم إصلاح الدوالي، الجدول رقم (10).

الحالة	عدد المرضى	معدل الحمل لدى زوجات المرضى بعد الجراحة
فقد النطاف (الأنطوية)	5	0%
1-10 مليون	6	0%
11-20 مليون	16	0%
21مليون- فما فوق	5	0%

المجموعة الثانية: 29 مريضاً من أصل 61 مريضاً حصل حمل لدى زوجاتهم بعد الإصلاح لدوالي الحبل المنوي؛ أي بمعدل 47,5% وهذه النسبة تتوافق مع النسب العالمية التي تتراوح بين 34 - 53%، وتصل هذه النسبة حسب GOIDSTEIN إلى 69 % بعد السنة الأولى من الإصلاح الجراحي⁽⁸⁾ والجدول رقم (11) يبين لنا مرضى المجموعة الثانية.

الجدول رقم (11)

الحالة	عدد المرضى	النسبة المئوية
فقد النطاف (اللاتطفية)	2	6,8%
1-10 ملايين	2	6,8%
11-20 مليوناً	9	31%
21-فما فوق	16	55,17%
المجموع	29	100%

أما الجدول رقم (12) فإنه يبين لنا نتائج بجنس أوعية الحبل المنوي كما أجري العمل الجراحي من 6 أشهر حتى السنة لبعض المرضى إيكو دوبلر ، وإن حيث حصل ارتفاع في التعداد والحركية حصول الحمل هو تأكيد آخر لنجاح وحصل الحمل لدى زوجات المرضى، العمل الجراحي . وتم التأكد من نجاح العمل الجراحي

الجدول رقم (12):

درجة العقم	عدد المرضى	نجاح العمل الجراحي وحصول الحمل	النسبة
عقم ثانوي (نقص في الخصوبة) + دوالي درجة 1	8	3	4,91% من مجموع المرضى الـ61
عقم ثانوي (نقص في الخصوبة) + دوالي درجة 2	19	7	11,47% من مجموع المرضى الـ61
عقم ثانوي (نقص في الخصوبة) + +دوالي درجة 3	34	19	31,14% من مجموع المرضى الـ61

في الجدول رقم(12) نلاحظ أن عدد ونسبة هذه المجموعة أعلى وأفضل المرضى من الدرجة الثالثة 34 مريض مقارنة مع مجموعة مرضى الدرجة هو العدد الأكبر في هذه المجموعة الثانية وهذا ما يؤكد أنه توجد علاقة قوية

بين الدوالي عالية الدرجة سريرياً وبين تراجع وظيفة إنتاج النطاف مع إمكانية تحسن ذلك بإصلاح الدوالي من الدرجة الثانية بشكل أفضل وعدم وجود تراجع شديد في حجم الخصية لدى هؤلاء المرضى، مما يعني أن لديهم عدداً جيداً من الأنايب المنوية ويمكن للبشرة المنتشة أن تستجيب بإصلاح الدوالي.

بعد دراسة مرضى الدوالي الذين راجعوا بسبب الألم وعددهم 12 مريضاً وبعد العمل الجراحي لاحظنا أن بحدود 50% من هذه المجموعة زال عنهم الألم ، وقد أكدت إحدى الدراسات العالمية إصلاح الدوالي في حال ترافقها مع ألم⁽⁸⁾.

المناقشة:

في هذه الدراسة نلاحظ أن ثلثي المرضى كانوا في أعمار 25-29 سنة، والعدد الأكبر من المرضى راجعوا بدوالي خصية يسرى 91.78%؛ أما مرضى دوالي الحبل المنوي بالطرفين فكانت نسبتهم هي الأقل بين مجموعة المرضى المدروسة حيث بلغت 2,7%، وحسب الدراسات العالمية فإن نسبة حصول الحمل لدى زوجات هؤلاء المرضى أقل كثيراً من مرضى الدوالي أحادية الجانب⁽⁹⁾، وراجع 12 مريضاً (16.4%) بسبب الألم، و61 مريضاً (83.5%) راجعوا بسبب العقم كما لاحظنا أن 39 مريضاً يعانون من الدوالي من الدرجة الثالثة (53.4%) - منهم 34 مريضاً (87.1%) راجعوا بعقم ثانوي، وأن نسبة النجاح بعد إصلاح الدوالي كانت أعلى وأفضل من مرضى المجموعة الأولى والثانية حيث بلغت نسبة النجاح 31,14% مقارنة مع هاتين المجموعتين 4,91% و 11,47% وهذا ما أكدته إحدى الدراسات العالمية بأن الدوالي ذات الدرجات المتقدمة تؤدي إلى تأذٍ خصوي أكبر من تلك المترافقة مع الدوالي خفيفة الدرجة، وإن إصلاح الدوالي ذات الدرجة المتقدمة تؤدي إلى تحسن في مشعرات السائل المنوي بدرجة أكبر من إصلاح الدوالي الخفيفة⁽¹¹⁾. ولاحظنا أن 7 مرضى كان لديهم انعدام النطاف مؤكد في تحليل السائل المنوي المُجرى عدة مرات.

أربعة مرضى من المرضى السبعة لم يلاحظ لديهم ارتفاع في نسبة هرمون الـ FSH ولا نقص في حجم الخصية، وبعد العمل الجراحي لاحظنا كيف تم التحسن عند مريضين وحصل الحمل لدى زوجاتهما بعد الجراحة؛ وهذا ما يؤكد العلاقة - ولو بنسبة معينة - بين الحالات: الجدول رقم (13):

الحالات	عدد المرضى	تحسن الصيغة (التعداد) حتى الحدود الطبيعية (40 مليوناً)	تحسن دون الحد الطبيعي	عدم تحسن
فقد النطاف (اللائطفية)	7	2 ← 2,85%	1 ← 1.63%	4
1-10 ملايين	8	2 ← 3.27%	5 ← 8.19%	1
10-20 مليوناً	25	9 ← 14.75%	11 ← 18.03%	5
20 مليوناً فما فوق	21	16 ← 26.2%	4 ← 19%	1

إن نسبة تحسن الصيغة المنوية في تعدادها وحركيتها وأشكالها الشاذة قد تختلف حسب درجة نقص الخصوبة، فنلاحظ عند مرضى اللانطفية أن التحسن كان ملحوظاً عند مريضين من أصل سبعة مرضى (5,28%)، أما نسبتهم من المجموع الكلي لمرضى نقص الخصوبة فكانت (2,85%)، بينما في المجموعة الثانية من (1-10) ملايين نلاحظ أن التحسن حصل عند مريضين من أصل ثمانية مرضى والنسبة (25%) أي (3,27%) من المجموع الكلي لمرضى تعدادها وحركيتها وأشكالها الشاذة قد تختلف حسب درجة نقص الخصوبة، فنلاحظ عند مرضى اللانطفية أن التحسن كان ملحوظاً عند مريضين من أصل سبعة مرضى (5,28%)، أما نسبتهم من المجموع الكلي لمرضى نقص الخصوبة فكانت (2,85%)، بينما في المجموعة الثانية من (1-10) ملايين نلاحظ أن التحسن حصل عند مريضين من أصل ثمانية مرضى والنسبة (25%) أي (76,1%) (أي (26,2%) من المجموع الكلي لمرضى نقص الخصوبة، لكن من المفيد ذكره أن التحسن في الصيغة المنوية لمجموعة المرضى بمختلف درجاته (التعداد والحركية والأشكال

تتقارب من إحدى النسب العالمية وهي (70%)⁽¹²⁾ في حين نلاحظ أن نسبة التحسن الملحوظ للأشكال الشاذة بلغت (31,1%) وهذه النسبة أقل من النسب العالمية التي بلغت بحدود (40%)⁽¹²⁾.

إن نسبة نجاح العمل الجراحي وسطياً بالتقنيات الثلاث كانت (88.85%) ولكن المفيد ذكره أن نسبة النجاح بالمدخل الأربي بلغت (92.35%) وهذه النسبة تتوافق مع النسب العالمية، في حين بلغت نسبة نجاح كلتا التقنيتين بالمدخل خلف البرتوان وتنظير عبر البطن على التوالي (83.3%) و(90.9%)، وهذا التفاوت في نسب المدخلين الأخيرين، ربما يعود إلى قلة مجموعة المرضى المأخوذة. في حصيلة دراستنا والدراسات العالمية تبين أن نسبة النجاح في التنظير البطني والمدخل خلف البرتوان أقل من نسبة النجاح في المدخل الأربي .

- معدل زمن الجراحة: لاحظنا أن زمن الجراحة بالتقنيات الثلاث: الأربي، خلف البرتوان لا تتجاوز 40 دقيقة، في حين بلغت بالتنظير عبر البطن 60 دقيقة.

الشاذة) وصل إلى الحدود المتوقعة بعد إصلاح الدوالي، وإن تحسن تعداد النطاق عند المرضى موضح في الجدول رقم (13) وتحسن الحركية عند المرضى بلغ (65%) وهذا موضح في الجدول رقم (14).

الجدول رقم(14)

عدد المرضى	الحركة وسطياً %
39 (63,9%)	(50 ± 5)
22 (36,1%)	(30 ± 5)

كما أنه طرأ تحسن في الأشكال الشاذة بنسبة (31,1%) تقريباً من المرضى، علماً أن بعض المرضى من المجموعة المدروسة كانت الأشكال الشاذة لديهم (10) فما دون، والجدول رقم (15) يبين تحسن الأشكال الشاذة حتى (10±2) حيث كانت الأشكال الشاذة (40±10).

الجدول رقم (15)

عدد المرضى	الأشكال الشاذة وسطياً
19 (31,1%)	(10±2)

من الجداول الثلاثة (13) و(14) و(15) نلاحظ أن تحسن نسبة التعداد تتناسب مع النسب العالمية ، أما نسبة تحسن الحركية في دراستنا فبلغت (63,9%) وهذه النسبة

- بلغت الإقامة في المشفى لجميع المرضى بإجراء المداخل الجراحية الثلاثة عدة ساعات؛ كما لاحظنا أن الألم كان متوسط الشدة بمدخل خلف البرتوان والمدخل الأربي في حين كان خفيفاً بمدخل التنظير عبر البطن.
- استعمال المسكنات: لاحظنا أن استعمال المسكنات عند مرضى التنظير عبر البطن أقل كثيراً بالنسبة للمدخل الأربي وخلف البرتوان.
- معدل الرجوع إلى النشاط الطبيعي لمرضى تنظير البطن 4 أيام، في حين بالتقنيتين الباقيتين من أسبوع إلى أسبوعين، وهذا ما أكدته الدراسات العالمية⁽⁷⁾.
- بالنسبة للتكلفة المادية: لاحظنا أن ربط الدوالي بعملية التنظير عبر البطن تكلف ضعفي الجراحة التقليدية.
- التوصيات:** في ضوء النتائج التي توصلنا إليها في هذه الدراسة نتقدم بالتوصيات الآتية:
- 1- يتم علاج العقم الثانوي مع وجود دوالي حبل منوي بربط الأوردة المنوية بعد علاج الأسباب الأخرى إن وجدت ، لأن نسبة حصول الحمل لزوجات المرضى بعد إصلاح الدوالي في دراستنا بلغت 47,5% وسطياً .
- 2- يفضل إجراء ربط دوالي الحبل المنوي بالمدخل الأربي؛ لأن نسبة النكس التي حصلنا عليها في دراستنا هذه بهذا المدخل هي النسبة الأقل من بين النسب بالمدخلين الباقيين.
- 3- في حال وجود خصية وحيدة مع دوالي حبل منوي من الأفضل في أثناء الجراحة استعمال مكبرة أو إجراء التنظير عبر البطن وذلك لتجنب المضاعفات المحتملة وخاصة رض الشريان الخصوي والمحافظة على الأوعية الصغيرة وربطها والتي قد تكون سبباً في حدوث النكس.
- 4- في حال وجود دوالي حبل منوي في الطرفين يفضل إجراء إصلاح الدوالي عبر تنظير البطن داخل البرتوان، لأن العمل الجراحي يتم من شق واحد والوقت تقريباً متساوٍ.

References

- 1- Steker JF,Jr.Varicocele.American Urological Association Update Series 1985; vol.4 lesson32.
- 2- Pryor JL, Howards SS. Varicocele.Urol Clin N Am 1987: 14:499-513.
- 3- Dubin C,Amelar RD. Etiologic factors in 1294 consecutive cases of male infertility.
- 4- MacLeod J. Seminal cytology in the presence of Varicocele. Fertile steril 1965: 16:735-757.
- 5- Winfield HNDonovan JF.Jr Laparoscopic Varicoectomy.Semin Urol 1992: 10:152-160.
- 6- Zerhouni EA Siegelman SS,Walsh PC,et al.Elevated pressure in the left renal vein in patients treated with Varicocele: preliminary observations .JUrol 1980: 123:512-513.
- 7- Grillo-Lo'pez AJ. Primary right Varicocele. JUrol 1980: 123:512-513.
- 8- Glenn's Urologic Surgery 2004; Garin.V.Hopps Marc Goldstein Vol 75, p.597.
- 9 – Marks JI ,McMahonR,Lipshultz LI,Predictive Parameters Of successful varicocele repair .j urol 1986,136;609-612.
- 10- Tauber R johnsen N ;Antigrade scrotal sclerotherapy for the treatment of varicocele. Technique and late results . 1996 ; 151:386-390.
- 11- Glenn's Urologic Surgery 2004; Garin.V.Hopps Marc Goldstein Vol 75, p.592.
- 12- Campbell's Urology 2002 ;MARK SIGMAN and JONATHAN P.JAR ; Part 2; P 1508.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2006/2/15.

تاريخ قبوله للنشر: 2006/6/25.