

مرض بيروني او اعوجاج القضيب بواسطة mohsen



كان فالويوس أول من أبلغ عن هذا المرض عام ١٥٦١ قبل ان يصبح شائعا بفضل فرنسوا جيغو دو لا بيروني، جراح ملك فرنسا لويس الخامس عشر. وقد سمي هذا المرض تيمنًا باسمه. يتميز مرض بيروني بتكون صفائح ليفية على غلاف القضيب، ما يحول دون تمدده خلال الانتصاب. ويؤدي ذلك الى اعوجاج القضيب. ويترافق هذا المرض مع تقلصات دوبويتز وداء السكري والنقرس ومرض باجت واستخدام محصرات بيتا. وقد قدرت إحدى الدراسات معدل الإصابة بمرض بيروني بنسبة ١% تقريباً.

ويبلغ معدل الإصابة اوجه في متوسط سنه الخمسيه از يترافق مع فقدان قوة الانسجة وقدرة القضيب على الانتصاب بسبب العمر.

الاسباب و النتائج

ان البحث عن علاقة وراثية لمرض بيروني لم يتوصل بعد

الى ايجاد فئة معرضة أكثر من سواها. غير ان بعض التقارير تربط هذه الحالة بمرض " باجت" الذي يصيب

العظام ومرض " دوبويتز" وبعض مستضدات الكريات البيض البشرية. ALH و أظهرت الدراسات ان المصابين بهذا المرض يملكون مناعة ذاتية.

وقد يعد تشنج الغلاف المتكرر والاصابات التي تتعرض لها الأوعية الشعرية

من أكثر الاسباب الكامنة وراء داء بيروني. وان الاعوجاج الزائد او التعرض لإصابة مفاجئة على القضيب

المنتصب قد يؤدي الى نزف في المنطقة الواقعة تحت غلاف الخصيتين او الى ترقق في النقطة التي يندمج فيها

الحاجز بالطبقة المستديرة الداخلية لغلاف الخصيتين. أو كنتيجة حادّة أثناء الاختراق الذي فيه يخطئ

الرجل المعبل و يجرح القضيب .

في معظم الحالات، تكون بداية المرض ناشطة تتمثل بانتصاب مؤلم وتغير

في الصفيحة المتصلبة او في الاعوجاج، او في كليهما. الا ان ثلث المصابين بهذا المرض لا يترافق اعوجاج

القضيب لديهم بأي ألم. وبغض النظر عما اذا حصلت بداية الاعوجاج بشكل تدريجي او فجائي، يزول الألم

وتستقر الحالة المرضية بعد ١٢ او ١٨ شهرا، يعقبها مرحلة ثانوية تتميز سريريا باعوجاج مستقر وغير مؤلم،

ومرضيا بنديّة.

خلل الانتصاب في داء بيروني شائع وهو غالبا ما يكون نتيجة واحد او أكثر من العوامل

التالية: عامل نفسي او قلق من الاداء، تشوه حاد في القضيب، قضيب رخو او خلك وظيفي في أوعية القضيب.

وقد يكون اعوجاج القضيب حادا الى درجة يكون معها ولوح المعبد صعبا ومؤلما او مستحيلا. وتزداد هذه

المشكلة سوءا عندما يكون التشوه على الجهة الداخلية او الجانبية من القضيب، فيكون انحرافه عن الزاوية

الطبيعية لمدخل المعبد قد بلغ أقصاه. بعض المرضى المصابين بمرض بيروني يعانون من صفائح متصلة تحيط

بالقضيب من كافة جهاته، ودرجة تليف تجوفي يسبب رخاوة في القضيب.

يترافق مرض بيروني مع أحد العوارض

التالية: انتصاب مؤلم، تشوه القضيب او قصره خلال الانتصاب، ظهور تصلب على القضيب، او خلك في الانتصاب.

معظم المرضى يصابون بتصلب يمكن كشفه من خلال الفحص الطبي الفيزيائي، علما ان ٣٨ الى ٦٢ % من المرضى

غير واعين لوجوده.

غالبا ما يكون التصلب على ظهر القضيب مصحوبا بتشوه هذا العضو. في حين ان التصلب

من الجهتين الداخلية والجانبية لا يضاهي الاول شيوعا الا انه يسبب صعوبة أكبر خلال الجماع لانه أكثر

انحرافا عن الزاوية الطبيعية للجماع. وقد يترافق الانتصاب او الجماع بالألم في القضيب. وعلى الرغم من

ان الألم ليس حادا، الا انه قد يزعج الأداء الجنسي.

التشخيص و العلاجات

يمكن تشخيص مرض بيروني

عادةً مع خلال ملف المريض الطبي والفحص الفيزيائي. ومع المفترض ان يظهر مع خلال ملف المريض النفسي

والجنسي صلابة القضيب اثناء الانتصاب وتقلصه وتصلبه والشعور بالالام مع الانتصاب او مع دونه. وان شد

القضيب بعض الشيء يسهل عملية فحصه.

لتقييم موضع التصلب البيروني وحجمه، غالباً ما تكون الصورة

الصوتية كافية. كما انها تساعد في مراقبة تطور العلاج الطبي. اما بالنسبة الى المرضى الذي يشكون مع

خلل في الانتصاب، فلا بد مع تقييم إضافي. ان الصورة الصوتية الملونة المزودة قبل وبعد حقن العامل

الذي ينشط الأوعية بيه التجايف تسمح بتقييم بنية العضو ووظيفة شرايين وعروق التجايف. كما انه مع شأن

هذه الصورة الملونة ان تكشف مع الوصلات التي تربط بيه شرايين الجهة الخلفية مع القضيب وشرايين

التجايف والعضو الاسفنجي. الى ذلك، يمكن الاستعانة بمقياس cavernosometry الى جانب الصورة الصوتية

للتأكد مع تشخيص الخلل في انسداد الشرايين.

لا يزال اختيار العلاجات المناسبة لمرض بيروني يشكل

مسألة حرجة لطبيب المسالك البولية.

ان استعمال الفيتامين E شائع في معالجة هذا المرض وهو العلاج

الاولي المستعمل نظرا لعدم خطورة آثاره الجانبية وقلة كلفته، على الرغم مع نقص الدراسات التي تظهر

فوائده.

تمت دراسة البوتاسيوم أمينوبنزوات ومفعوله في علاج البيروني. ويعتقد انه يخفف تكون الالياف

مع خلال خفضه للسيتوتونين عبر زيادة استعمال الخلايا للأكسجين وزيادة نشاط الأوكسيداز الأمينية

الأحادية. بيد ان الحماس لاستعماله مقيد ببعض التحفظ نظرا لنتائجه القليلة في الطب وكلفته المرتفعة نسبيا وكثرة آثاره الجانبية.

وقد بينت بعض الدراسات القصيرة الاجل ان لاستعمال التاموكسيفين بعض الفوائد، فهو يخفض الالتهاب وتكون الألياف والعروق.

اما العلاج بالكولشيسيب فهو الأحدث بين

العلاجات التي يتم تناولها بواسطة الفم. والكولشيسيب يمنع تفشي الخلايا الملتهبة والأرومات الليفية.

وقد يزيد من نشاط الكولاجيناز ويخفض من تركيز الكولاجين.

استعملت الستيرويدات كعلاج لمرضى البيروني،

علما ان لهذا النوع من العلاج آثار جانبية موضعية كثيرة بما في ذلك ضمور النسيج الموضعي وترقق الجلد،

لكنه يحسن قليلا اعوجاج القضيب.

اما الارغوتيين وهو بروتين معدني مضاد للالتهاب وذو نشاط كبير

لديموستاز سوبرأكسيد، فقد استعملته عدة مجموعات في اوروبا.

وكان الفيراباميل الذي يسد قناة

الكالسيوم في البداية علاجاً يستعمل بين اصابة واخرى، وهو اسوة بغيره من محصرات قناة الكالسيوم يؤثر على

السيوتوكين الذي يترافق مع المراحل الاولى من اندمال الجرح والتهابه ويزيد من نشاط الكولاجيناز المحلل

للبروتينات.

وقد وجد العلماء ان طريقة عزل الايونات بحقل كهربائي موضعي تعزز اقبال الفيراباميل

والدكساميثازون لدى ١٥ شخصا مصابا بداء بيروني. في حينه اقترح بعضهم تقنين حصة القضيب لمعالجة هذا

الداء، ولم يفد سوى عدد محدود من المرضى.

ان التطور التقني لم يجد حتى الآن علاجاً موثوقاً به للمرض

بيروني. ويبقى تصحيح اعوجاج القضيب بالجراحة مخصصاً للمرضى الذين يعجزون عن حل مشكلتهم بالطريقة العلاجية العادية.

ان التشوه الذي يصيب الجهة الامامية من القضيب يسبب صعوبة في ولوج المهبل أكثر

من ذلك الذي يصيب الجهة الخلفية او الجانبية. يوصى بالجراحة في الحالات التالية:

اعوجاج حاد وتضيق أو

نتوء لأكثر من عام.

صعوبة في المجامعة ناجمة عن هذا التشوه

تقلص كبير في طول القضيب

اجتماع اثنين

او أكثر من العوامل السابقة

ملخص

يبقى داء بيروني أحد الأمراض الأكثر حرجاً في طب المسالك

البولية. لك فهم هذا المرض المحيط ومعالجته سيتحسنان بفضل البحوث المستمرة في مجال شفاء الجروح

واندمالها. على العلاج الأولي لهذا المرض ان يكون متحفظاً وصبوراً، وعندما تستقر حالة اعوجاج القضيب

وتصلبه، يمكن للمرضى الذين يعانون تشوهاً حاداً ان يخضعوا للجراحة بحسب عوارضهم. وان اختيار المريض هو

العلاج المناسب. على الجراحين القليلي الخبرة ان يلتفتوا بإعطاء علاج طبي للمريض او القيام بعلاج جراحي

بسيط للمرضى بما في ذلك اتباع اجراءات نيسبيت. اما عمليات تطويل القضيب او تركيب عضو بديل فيجب ان تحصر

بالجراحين الذين يتمتعون بخبرة واسعة في هذا النوع من الترميم الجراحي. وان تثقيف المريض حول نشأة

المرضى ومساره سيسمح له ولشريكته باتخاذ قرار حكيم بشأن العلاج ونتائج

المتوقعة.

منقول

lmth.0٧٤٢-t/php.xedni/evihcra/bv/ten.zerla.www//:ptth

لكم في الطب البديل

والحمد لله يوجد علاج ممتاز لهذه الحالة

ومع المتيسر شفاؤها باذن الله

لكنها تحتاج الى صبر

والى

راحة البال مع المريض

وكذلك الثقة في ان الشافي هو الله ودمتم سالمين