

# تأثیر ضربه بلانت یک طرفه بیضه بر پارامترهای اسپرم در دوره‌های حاد و مزمن پس از آسیب در موش

مجید پورانتظاری<sup>۱</sup>، مریم دهقان<sup>۲</sup>، ساره عاشورزاده<sup>۳</sup>، علیرضا طالبی<sup>۴\*</sup>

## مقاله پژوهشی

**مقدمه:** تاکنون در مورد اثرات ترومای بلانت بر پارامترهای اسپرم و قدرت باروری، نظریه قاطع و محکمی وجود نداشته و گزارشات متفاوتی بیان شده است. این مطالعه، با هدف بررسی تأثیر ضربه بلانت یک طرفه بیضه بر پارامترهای اسپرم در دوره‌های حاد و مزمن پس از آسیب در موش انجام شد.

**روش بررسی:** در این مطالعه تجربی، ۴۰ سر موش سوری نر نابالغ با سن ۸ هفته از نژاد NMRI با وزن ۳۵-۳۰ گرم، به روش تصادفی انتخاب و به ۳ گروه کنترل، شم و تجربی (ضربه بلانت) تقسیم‌بندی شدند. نمونه‌گیری در دو زمان حاد (۴۸ ساعت پس از جراحی) و مزمن (۱ ماه و ۲ ماه پس از جراحی)، بدین صورت انجام گرفت که پس از بی‌هوشی دم اپیدیدیم جدا و در محلول Ham's F10 قرار داده شد سپس نمونه‌های اسپرم از نظر حرکت، تعداد (با لنز ۴۰×)، قابلیت حیات (رنگ‌آمیزی ائوزین و HOS) مورد بررسی میکروسکوپی قرار گرفتند. شاخص‌های آماری به صورت  $\text{mean} \pm \text{SD}$  و برای تحلیل از آزمون‌های غیرپارامتری من‌ویتنی و کروس‌کال‌والیس استفاده شد. در بررسی پارامترهای اسپرم از نرم‌افزار SPSS Inc., Chicago, IL; Version 11.5 استفاده گردید.

**نتایج:** در گروه‌های تجربی کاهش قابل ملاحظه‌ای در تحرک و حیات اسپرم نسبت به گروه کنترل مشاهده شد ( $P < 0.05$ ). همچنین کاهش قابل ملاحظه‌ای در تعداد اسپرم در گروه مزمن یک‌ماهه نسبت به کنترل مشاهده شد ( $P < 0.05$ ). نتیجه‌گیری: ضربه بلانت بیضه شاخص‌های اسپرم را تحت تأثیر قرار داده است. به‌عبارتی میانگین تعداد اسپرم (میلیون در میلی‌لیتر) و درصد میزان زنده ماندن اسپرم و درجات حرکتی (پیشرونده سریع، کند، عدم تحرک) در بین گروه‌های کنترل و شم و تجربی معنی‌دار بوده است که بر روی قدرت باروری بی‌تأثیر نیست.

**واژه‌های کلیدی:** ضربه بلانت، بیضه، پارامترهای اسپرم، موش

**ارجاع:** پورانتظاری مجید، دهقان مریم، عاشورزاده ساره، طالبی علیرضا. تأثیر ضربه بلانت یک طرفه بیضه بر پارامترهای اسپرم در دوره‌های حاد و مزمن پس از آسیب در موش. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۸؛ ۲۷ (۱۰): ۸۰-۱۹۶۸.

۱- گروه بیولوژی و علوم تشریحی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

۲- گروه بیولوژی و علوم تشریحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳- مرکز درمانی ناباروری افضل‌پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۴- مرکز تحقیقات سقط مکرر، پژوهشکده علوم تولیدمثل، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

\* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۳۵۳۸۲۰۳۴۱۰، پست الکترونیکی: prof\_talebi@ssu.ac.ir، صندوق پستی: ۸۹۱۵۱۷۳۱۴۹

جنسی را تغییر داده است (۱۱). در مطالعه‌ای دیگر بیان شده است که ترومای بیضه به صورت دوطرفه، سبب آرواسپرمی در بیماران می‌شود (۱۲).  
 Slavis SA و همکاران نشان دادند که ترومای دوطرفه بیضه، سبب کاهش حجم و تغییر در روند اسپرماتوژنز و کاهش اندازه لوله‌های اسپرم‌ساز و همچنین دانه‌دار شدن نسج بیضه به دلیل وجود عفونت و آماس به دنبال کاهش باروری می‌گردد (۱۳). از طرف دیگر، مطالعات نشان داده‌اند که چرخش یک طرفه بیضه سبب کاهش اسپرماتوژنز شده و می‌تواند بیضه مقابل را نیز درگیر سازد (۱۴). ضربه یک طرفه بیضه‌ای می‌تواند منجر به تغییراتی در مایع سمن شود. اما در بررسی بافتی، التهاب، کوتاه بودن لوله‌ها ایمنی‌ساز اختلال در اسپرماتوژنز برجسته نبود. همچنین بیان شد که ضربه یک طرفه بیضه به اختلال در باروری منجر شده و روش‌های مختلف ترمیم آسیب‌دیدگی، باروری را بهبود نمی‌بخشد و علی‌رغم اختلال در باروری، بافت بیضه ظاهری نرمال داشت (۱۵). در مطالعه‌ای دیگر که ضربه دوطرفه بیضه را بررسی کردند مشخص گردید که این وضعیت سبب بروز تغییراتی در مایع سمن، هورمون تستوسترون و نعوظ می‌شود (۱۶). علاوه بر ضربات بیضه، موارد دیگری همچون چرخش بیضه نیز قادرند پتانسیل باروری را کاهش دهند. به دنبال چرخش بیضه، آپوپتوز سلول‌های ژرم سل (۱۷)، تغییرات هورمون‌های FSH، LH و تستوسترون، تغییرات در مایع سمن (۱۸)، اختلال در خون‌رسانی بیضه و ترومبوز (۱۹) مشاهده می‌گردد. چرخش بیضه سبب ایسکمی به دنبال افزایش نوتروفیل و رادیکال‌های فعال اکسیژن می‌شود (۲۰). چرخش بیضه‌ای در بین افراد بزرگسال و نوجوان سبب آسیب به عملکرد بیضه و اختلال در نعوظ می‌شود. در مطالعه‌ای مشخص گردید که بعد از ۱۰ سال افرادی که دچار چرخش بیضه شده بودند، آرواسپرم بوده و سطح تستوسترون سرم آن‌ها کاهش پیدا کرده بود. البته در این بیماران با جایگزینی تستوسترون عمل نعوظ بهبود می‌یابد (۲۱). گروه تحقیقاتی Heindel نیز با بررسی چرخش طناب اسپرماتیک و دژنراسیون دوطرفه بیضه در رت‌های با سنین مختلف، دریافتند که حیواناتی

اغلب ضربه‌های وارده به بیضه، تصادفی بوده که در طی فعالیت‌های ورزشی، تصادفات و یا در اثر برخورد اشیاء نوک تیز ایجاد می‌شوند (۱). عمده ضربات وارده بر بیضه در اثر فعالیت‌های ورزشی، سبب بروز آسیب‌های گرید ۱ و ۲ شده که نیاز به عمل جراحی دارد (۲). بنابراین ورزشکاران از جمله کسانی هستند که به دلیل صدمات متفاوت در ورزش دچار آسیب بیضه‌ای مانند چرخش بیضه‌ای و آسیب‌های اپی‌دیدیم می‌گردند. در این موقعیت اورژانسی، پزشکان باید در تشخیص و مدیریت آسیب بیضه دقت لازم را داشته باشند (۳). ضربه به بیضه منجر به خروج آن از محل اصلی خود شده و تشخیص آن بستگی به معاینات کامل فیزیکی و سی‌تی‌اسکن از لگن دارد. اولتراسونوگرافی در تشخیص موقعیت بیضه آسیب‌دیده بسیار کمک کننده بوده و برای پی‌بردن به وجود پارگی بیضه، به سی‌تی‌اسکن نیاز می‌باشد. ذکر این نکته اهمیت فراوانی دارد که جراحی جهت بازگرداندن بیضه به حالت اولیه در داخل کیسه بیضه، بسیار اورژانسی است (۴-۶). مشخص گردیده است که چنانچه تا ۷۲ ساعت عمل جراحی ترمیم بیضه بعد از پارگی و ضربه صورت پذیرد، عملکرد بیضه بهبود می‌یابد (۷).

در سال ۲۰۱۰ گروه تحقیقاتی Ghilan آسیب‌های وارده به دستگاه تناسلی خارجی ۲۰ مرد را بررسی نموده و بیان کردند که ۴۵/۵ درصد از آسیب‌ها مربوط به پارگی و ضربه بیضه بوده و این در حالی است که ۹۰ درصد از افراد دچار آسیب‌دیدگی عضلات ناحیه تناسلی شده بودند (۸). Mohr و همکاران (۲۰۰۳) ضربه بر روی دستگاه تناسلی خارجی ۱۱۶ مرد را بررسی کردند و بیان نمودند که تروما به بیضه یکی از عوامل وجود ناتوانی جنسی یا اشکال در باروری می‌باشد (۹). مشخص گردیده است که ضربات بیضه قادرند که قسمت اعظمی از این بافت را تخریب کرده و بر باروری و فعالیت جنسی فرد تأثیر بگذارند (۱۰).

در گزارشی نشان داده شد که ضربه یک طرفه بیضه در رت‌های جوان، بلوغ سلول‌های زایای اولیه در همان بیضه و بیضه مقابل را تحت تأثیر قرار داده و کیفیت هورمون‌های

که سن آن‌ها بین ۳۵ تا ۵۰ روزمی‌باشد، بسیار مستعد آسیب تولیدمثلی به‌دنبال چرخش یک‌طرفه طناب اسپرماتیک هستند. آن‌ها نشان دادند که حیوانات با سن بالاتر از ۵۰ روز مقاومت بیشتری را در مقابل چرخش طناب اسپرماتیک نشان می‌دهند (۲۲). چرخش بیضه سبب کاهش جریان خون بیضه شده و سبب بروز آسیب‌های جدی به بیضه می‌گردد. از طرف دیگر به‌دنبال چرخش طناب اسپرماتیک آنتی‌بادی‌های خاص بر علیه سلول‌های لایدیگ و ژرم‌سل ترشح می‌شود (۲۳). در نهایت می‌توان اظهار نمود که از آنجایی که هورمون تستوسترون روی وزن و حجم بیضه اثرگذار است بعد از چرخش بیضه تستوسترون کاهش یافته و روی وزن و حجم بیضه اثر گذاشته است و مصرف تستوسترون پس از چرخش بیضه‌ای در بهبود آتروفی و آسیب‌های بافتی بیضه موثر است (۲۴). اگرچه مطالعات زیادی نشان‌دهنده تأثیر ضربه بیضه بر ساختار لوله‌های اسپرم ساز و روند تولید اسپرم می‌باشند ولی مطالعاتی نیز وجود داشته که به‌کاهش باروری به‌دنبال آسیب بیضه‌ای معتقد نمی‌باشند. لذا با توجه به اهمیت و شیوع ضربه بیضه و اثرات آن بر باروری، و با توجه به فقدان اطلاعات کافی مبنی بر پاتولوژی آسیب‌های حاد و مزمن بیضه‌ای، مطالعه‌ای با هدف بررسی تأثیر ضربه بلات یک‌طرفه بیضه بر پارامترهای اسپرم در دوره‌های حاد و مزمن در مدل موش سفید آزمایشگاهی، طراحی گردید.

### روش بررسی

روش تحقیق در این پژوهش روش مداخله گر و از نوع آزمایشگاهی بود. در این تحقیق ۴۰ سر موش سوری نر نابالغ با سن ۸ هفته از نژاد NMRI با وزن ۳۵-۳۰ گرم، از لانه حیوانات پژوهشکده علوم تولید مثل یزد تهیه گردید و به‌روش تصادفی و با هدف بررسی پارامترهای اسپرم به‌دنبال ضربه وارده بر بیضه به ۳ گروه تجربی، شم و کنترل تقسیم‌بندی شدند. حیوانات به مدت حداقل ۴ هفته قبل از شروع آزمایش در درجه حرارت کنترل شده (۲۴-۲۲ درجه سانتی‌گراد) و سیکل نوری ۱۲ ساعت روشنایی و تاریکی نگهداری گردیدند.

### گروه کنترل

حیوانات در این گروه بدون انجام هیچ عمل جراحی به‌مدت ۳۵ روز (بیشتر از یک دوره اسپرماتوژنز در موش) به‌صورت انفرادی در قفس‌های تمیز نگهداری شدند.

### گروه شم

حیوانات این گروه تحت عمل جراحی قرار گرفتند. در این عمل با برش اسکروتوم، بیضه خارج و سپس مجدداً در درون کیسه قرار گرفت. در نهایت حیوانات این گروه به مدت ۳۵ روز به‌صورت انفرادی در قفس‌های تمیز نگهداری شدند. گروه تجربی (ضربه بلات به بیضه): در این گروه پس از بیهوش نمودن حیوان توسط تزریق داخل صفاقی کتامین (۸۰ میلی‌گرم بر کیلوگرم) و زایلازین (۱۰ میلی‌گرم بر کیلوگرم) سطح شکم در ناحیه اینگوئینال توسط تیغ تراشیده شده و پوست توسط محلول بتادین ضدعفونی گردید. سپس یک برش عرضی بر روی شکم ایجاد گردیده و پوست از بافت‌های زیرین جدا شد. در مرحله بعد بیضه چپ را خارج کرده و سپس تونیکا واژینالیس را باز و آن را در چهار نقطه ثابت کردیم. برای وارد کردن ضربه بلات به بیضه، وزنه ۵ گرمی به شکل استوانه از ارتفاع ۱۰ سانتی‌متری در داخل استوانه تو خالی رها کرده که پس از برخورد با تونیکا آلبوژینه و بروز ضایعه، بلافاصله از محل برداشته شد (۲۵). جهت تأیید ضربه، تونیکا آلبوژینه توسط میکروسکوپ استریو مورد بررسی قرار گرفت و کبودی مشاهده گردید. سپس بیضه درون اسکروتوم قرار گرفته و پوست حیوان توسط نخ (silk 6-0) بخیه زده شد. محل توسط بتادین و سپس آب اکسیژنه ۲ درصد ضدعفونی شده و تزریق داخل عضلانی آنتی‌بیوتیک سفازولین انجام گردید. حیوانات را تا به‌هوش آمدن کامل بر روی تشک الکتریکی گرم قرار داده و در نهایت به‌مدت ۳۵ روز به صورت انفرادی در قفس‌های تمیز تحت مراقبت ویژه قرار گرفتند.

### نمونه‌گیری

نمونه‌گیری در دو زمان حاد (۴۸ ساعت پس از جراحی) و مزمن (۱ ماه و ۲ ماه پس از جراحی) انجام گردید. در طی نمونه‌گیری، به‌دنبال بیهوش نمودن موش‌ها در هر ۳ گروه

## تجزیه و تحلیل آماری

پس از جمع‌آوری داده‌ها، آن‌ها را کدگذاری کرده و اطلاعات به کامپیوتر وارد گردید. در گزارش داده‌ها از جداول و شاخص‌های آماری به صورت  $\text{mean} \pm \text{SD}$  و برای تحلیل از آزمون‌های غیرپارامتری من‌ویتنی و کروس‌کال‌والیس استفاده شد. در بررسی پارامترهای اسپرم از نرم افزار SPSS Inc., Chicago, IL; Version 11.5 استفاده گردید. در تمام موارد  $P < 0.05$  به عنوان سطح معنی‌دار در نظر گرفته شد.

## ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد تایید شده است.

## نتایج

با توجه به جدول ۱، میانگین درصد اسپرم‌های پیشرونده کند در بیضه سمت چپ (تروما)  $10.7 \pm 9.4$  و در بیضه سمت راست  $14.8 \pm 7.5$  بود و اختلاف معنی‌داری در اسپرم بیضه‌ها وجود نداشت. درصد اسپرم‌های پیشرونده سریع به‌عنوان شاخصی برای ارزیابی قدرت تحرکات اسپرم در بیضه ترومایی و سمت مقابل بررسی شد که میانگین این درصد در گروه ضربه وارد بیضه در سمت چپ  $17.5 \pm 19.1$  و در بیضه مقابل (سمت راست)  $25.2 \pm 16.3$  به‌دست آمد که ارتباط معنی‌داری از این نظر در بیضه‌های سمت راست و چپ وجود نداشت در حالی که اختلاف معنی‌داری از نظر درصد اسپرم‌های غیرپیشرونده (درجا) در بین سمت راست و چپ ملاحظه شد ( $P = 0.006$ ). از این نظر نیز میانگین درصد اسپرم‌های غیرپیشرونده در بیضه سمت چپ  $9.9 \pm 8.3$  و در سمت راست  $15.9 \pm 6.5$  بود هم‌چنین میانگین درصد اسپرم‌های بی‌تحرک در بیضه هر دو طرف راست و چپ ارتباط معنی‌داری نداشتند. در بررسی درصد میزان زنده ماندن اسپرم در بیضه‌های سمت راست و چپ هیچ اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. میانگین تعداد اسپرم (میلیون در میلی‌لیتر) در بیضه سمت چپ  $17 \pm 16$  و در بیضه سمت راست  $37 \pm 26$  بود که اختلاف معنی‌داری از نظر تعداد اسپرم بیضه‌های سمت چپ و راست وجود داشت ( $P = 0.004$ ) (جدول ۱). با توجه به جدول ۲، میانگین درصد اسپرم‌های با

تجربی، شم و کنترل توسط تزریق داخل صفاقی کتامین و زایلازین دم اپیدیدم بیضه هر حیوان طی عمل جراحی جدا گردید. برای برداشتن این ناحیه از اپی‌دیدیم، پس از ایجاد برش در پوست بیضه چپ و بالا بردن این عضو، دم اپی‌دیدیم در قطب تحتانی هر بیضه پدیدار گشته و توسط قیچی استریل بریده و داخل ۱ میلی‌لیتر محیط کشت T6 حاوی ۴ میلی‌گرم آلبومین سرم گاوی در هر میلی‌لیتر که از قبل آماده و به‌مدت ۲ ساعت انکوبه شده بود قرار داده شد. جهت خروج اسپرم‌ها از این عضو، چند برش در دم اپی‌دیدم صورت گرفته و توسط فشردن آرام و تکان دادن ملایم این بافت، اسپرم‌ها به‌صورت شناور وارد محیط کشت شدند (۲۶). نمونه‌ها به‌مدت یک ساعت در انکوباتور ۳۷ درجه سانتی‌گراد و فشار ۵ درصد  $\text{CO}_2$  نگهداری شدند. دم اپی‌دیدم راست جهت مقایسه با سمت چپ برداشته شده و در محیط کشت T6 قرار داده شد.

## آنالیز اسپرم

جهت بررسی تحرک اسپرم، مقدار  $10 \mu\text{l}$  از هر نمونه توسط سمپلر برداشته و در محفظه Mackler chamber تخلیه شد. در بررسی میکروسکوپی نمونه‌ها با بزرگ‌نمایی  $\times 20$  طبق معیارهای سازمان بهداشتی جهانی (WHO)، اسپرم‌ها به ۳ گروه تحرک پیشرونده، تحرک درجا (غیرپیشرونده) و غیرمتحرک تقسیم شدند. اسپرم پیشرونده شامل اسپرم‌هایی بوده که با ضربات شلاقی دم خود حرکت رو به جلو دارند. اسپرم با حرکت درجا اسپرم‌هایی هستند که فقط دم آن‌ها حرکت داشته و سر آن‌ها ثابت است و در نهایت اسپرم‌های بی‌تحرک هیچ حرکتی ندارد. پس از شمارش صد اسپرم توسط کانتور، درصد هر گروه مشخص گردید. جهت بررسی قابلیت حیات اسپرم، مقدار ۵-۶ میکرولیتر از سوسپانسیون اسپرم را بر روی یک لام گذاشته و یک قطره کوچک اتوزین یک درصد، اضافه گردید. پس از ۳ دقیقه با بزرگ‌نمایی  $\times 40$  میکروسکوپ نوری درصد اسپرم‌های زنده متحرک، زنده غیرمتحرک و مرده مشخص گردید (۲۶، ۲۷). برای تایید قابلیت زنده ماندن اسپرم از روش HOS نیز استفاده شد.

تحرك پیشرونده (سریع و کند) در گروه‌های تجربی حاد، مزمن یک ماهه و مزمن ۲ ماهه نسبت به گروه‌های شام و کنترل کاهش معنی‌داری داشت. همچنین میانگین درصد اسپرم‌های غیرپیشرونده (درجا) وعدم تحرك در گروه‌های تجربی حاد، مزمن یک ماهه و مزمن دو ماهه نسبت به گروه‌های شام و کنترل افزایش یافته است. تفاوت در مورد تحرك درجا (غیرپیشرونده) در بین گروه‌ها معنی‌دار نبود. در مقایسه دو به دو گروه‌ها، تمامی درجات حرکتی بین گروه‌های شام و کنترل بدون تفاوت است و معنی‌دار نبوده. میانگین درصد اسپرم‌های پیشرونده سریع و عدم تحرك در بین گروه‌های کنترل و تجربی حاد اختلاف معنی‌دار وجود دارد ( $P=0/004$ ) ولی میانگین درصد اسپرم‌های پیشرونده کند در بین گروه‌های کنترل و تجربی حاد اختلاف معنی‌دار وجود ندارد. در بررسی تحرك اسپرم‌های پیشرونده سریع، کند و عدم تحرك در بین گروه‌های کنترل و تجربی مزمن یک ماهه اختلاف معنی‌دار مشاهده شد ( $P=0/002$ ). میزان درصد اسپرم‌های پیشرونده سریع بین گروه‌های کنترل و گروه تجربی مزمن ۲ ماهه اختلاف معنی‌دار وجود داشت ( $P=0/014$ ). ولی تحرك اسپرم‌های پیشرونده کند و عدم تحرك در بین گروه‌های کنترل و گروه تجربی مزمن ۲ ماهه اختلاف معنی‌دار وجود نداشت.

همچنین میزان درصد اسپرم‌های پیشرونده سریع، کند و غیرمتحرك بین گروه‌های شام حاد و گروه تجربی حاد معنی‌دار بود ( $P=0/002$ ). میزان درصد اسپرم‌های پیشرونده سریع و غیرمتحرك در بین گروه تجربی حاد و شام ۲ ماهه معنی‌دار بود ( $P=0/008$ ). ولی درصد اسپرم‌های پیشرونده کند در بین این دو گروه معنی‌دار نبود. میزان درصد اسپرم‌های پیشرونده سریع در بین دو گروه مزمن ۱ ماهه و شام ۱ ماهه و بین دو گروه مزمن ۱ ماهه و شام دو ماهه و همچنین بین دو گروه مزمن ۲ ماهه و شام ۲ ماهه اختلاف معنی‌دار وجود داشت ( $P=0/002$ ). میانگین تعداد اسپرم (میلیون در میلی‌لیتر) در بین گروه کنترل و گروه تجربی مزمن یک ماهه اختلاف معنی‌دار وجود دارد ( $P=0/002$ ). همچنین میانگین تعداد اسپرم در بین

گروه‌های شام حاد و تجربی مزمن یک ماهه ( $P=0/014$ ) و بین گروه تجربی حاد و گروه تجربی مزمن یک ماهه ( $P=0/000$ ) و بین گروه مزمن یک ماهه و شام یک ماهه ( $P=0/014$ ). همچنین بین گروه مزمن یک ماهه و شام ۲ ماهه ( $P=0/002$ ) اختلاف معنی‌دار وجود دارد. تعداد اسپرم در گروه‌های تجربی شروع به کاهش نموده بدین‌صورت که میانگین درصد اسپرم در گروه تجربی حاد  $27 \pm 13$  و در گروه تجربی مزمن یک ماهه  $6 \pm 6/1$  و در نهایت در گروه تجربی مزمن دو ماهه به  $37 \pm 37$  رسید. در بررسی درصد میزان زنده ماندن اسپرم با hos در بین گروه کنترل و تجربی مزمن یک ماهه اختلاف معنی‌دار وجود دارد ( $P=0/014$ ) ولی در بررسی درصد میزان زنده ماندن اسپرم با ائوزین بین گروه کنترل و تجربی مزمن یک ماهه وجود ندارد. در بررسی درصد میزان زنده ماندن اسپرم با hos و ائوزین بین گروه شام حاد و تجربی حاد اختلاف معنی‌دار وجود دارد ( $P=0/002$ ) درصد میزان زنده ماندن اسپرم با hos و ائوزین بین شام حاد و تجربی مزمن یک ماهه معنی‌دار است ( $P=0/002$ ) درصد میزان زنده ماندن اسپرم با ائوزین بین شام حاد و تجربی مزمن ۲ ماهه معنی‌دار است ( $P=0/014$ ) ولی میزان زنده ماندن اسپرم با hos در بین شام حاد و تجربی مزمن ۲ ماهه معنی‌دار نیست و همچنین میزان زنده ماندن اسپرم با hos در بین گروه تجربی حاد و تجربی مزمن یک ماهه معنی‌دار است ( $P=0/029$ ) ولی میزان زنده ماندن اسپرم با ائوزین بین دو گروه تجربی حاد و تجربی مزمن یک ماهه وجود ندارد. در بررسی درصد میزان زنده ماندن اسپرم با hos و ائوزین بین دو گروه تجربی مزمن یک ماهه و تجربی مزمن دو ماهه وجود ندارد. درصد میزان زنده ماندن اسپرم با hos در بین گروه تجربی مزمن یک ماهه و شام یک ماهه معنی‌دار است ( $P=0/014$ ) ولی درصد میزان زنده ماندن اسپرم با ائوزین در بین گروه تجربی مزمن یک ماهه و شام یک ماهه وجود ندارد. همچنین در بررسی درصد میزان زنده ماندن اسپرم با hos و ائوزین بین گروه‌های تجربی مزمن دو ماهه و شام دو ماهه معنی‌دار نبود (جدول ۲).

جدول ۱: مقایسه میانگین شاخص‌های اسپرم در بیضه سمت چپ (تروما) و بیضه سمت راست (عدم تروما)

P-value	بیضه عدم تروما(سمت راست) Mean±SD	بیضه تروما(سمت چپ) Mean±SD	گروه متغیرها
۰/۱۶۲	۲۵/۲±۱۶/۳	۱۷/۵±۱۹/۱	تحرك پیشرونده سریع(%)
۰/۱۰۳	۱۴/۸±۷/۵	۱۰/۷±۹/۴	تحرك پیشرونده کند(%)
۰/۰۰۶	۱۵/۹±۶/۵	۹/۹±۸/۳	تحرك درجا(غیر پیشرونده) (%)
۰/۰۶۶	۴۶/۵±۲۰/۵	۶۲/۶±۲۹/۸	عدم تحرك(%)
۰/۱۵۵	۵۵/۳±۱۵/۵	۴۳/۹±۲۳/۷	زنده ماندن اسپرم با HOS(%)
۰/۱۶۶	۶۰/۷±۱۵/۱	۴۸/۷±۲۶/۴	زنده ماندن اسپرم با ائوزین(%)
۰/۰۰۴	۳۷±۲۶	۱۷±۱۶	تعداد اسپرم(میلیون در میلی لیتر)

شاخص‌های آماری به صورت Mean±SD و (P<۰/۰۵) معنی‌دار در نظر گرفته شد. برای تحلیل از آزمون‌های غیر پارامتری من‌ویتنی و کروس کال‌والیس استفاده شد.

جدول ۲: مقایسه میانگین شاخص‌های اسپرم پس از مداخله در گروه‌های آزمون با گروه‌های شم و کنترل

گروه متغیرها	کنترل Mean±SD	شم حاد Mean±SD	شم یک ماهه Mean±SD	شم دو ماهه Mean±SD	تجربی حاد Mean±SD	تجربی مزمن یک ماهه Mean±SD	تجربی مزمن دو ماهه Mean±SD
تحرك پیشرونده سریع(%)	۴۱/۲±۸/۵	۴۸/۷±۸/۵	۲۶/۲±۴/۷ b	۴۲/۷±۰/۹۵d	۱۲/۸±۱۳/۰ abc	۴/۵±۵/۹abdc	۱۶/۵±۵۱/۱abc
تحرك پیشرونده کند(%)	۲۱/۲±۸/۵	۲۳/۷±۴/۷	۱۶/۲±۶/۲	۱۱±۴/۰۸b	۱۱/۴±۶/۳b	۶/۳±۷/۹ab	۱۲/۲±۹/۲b
تحرك درجا(غیر پیشرونده) (%)	۹±۴/۵	۹±۴/۵	۱۸/۷±۴/۷	۱۵/۷±۲/۷	۱۵/۵±۶/۸	۱۰/۷±۱۲/۱	۱۲/۳±۷/۶
عدم تحرك(%)	۲۸/۵±۵/۰۶	۲۱±۱۰/۹	۴۶/۲±۱۲/۵b	۳۰/۵±۲/۳b	۶۱/۳±۱۷/۵abc	۷۸/۵±۲۲/۲abc	۶۱±۲۸/۵b
زنده ماندن اسپرم با HOS(%)	۵۵±۶/۶	۸۱/۷±۴/۷a	۶۴/۷±۸/۶b	۶۱±۱۲/۵b	۵۰/۱±۱۶/۰۲b	۴۳/۵±۲۲/۸ab	۵۳/۳±۳۱/۹be
زنده ماندن اسپرم با ائوزین(%)	۵۴±۴/۸	۷۷/۷±۵/۳a	۵۷±۸/۱b	۵۲/۲±۱۵/۲	۴۶/۴±۷/۸be	۳۲/۶±۱۵/۹abd	۵۳±۳۱/۱e
تعداد اسپرم(میلیون در میلی لیتر)	۴۰±۱۳	۲۴±۱۳	۴۶±۲۹	۲۳±۴/۵	۲۷±۱۳e	۶±۶/۱abdc	۳۷±۳۷

a: اختلاف معنی‌دار با گروه کنترل. b: اختلاف معنی‌دار با گروه شم. c: اختلاف معنی‌دار با گروه شم ۱ ماهه. d: اختلاف معنی‌دار با گروه شم ۲ ماهه. e: اختلاف معنی‌دار با گروه مزمن ۱ ماهه. شاخص‌های آماری به صورت Mean±SD و (P<۰/۰۵) معنی‌دار در نظر گرفته شد. برای تحلیل از آزمون‌های غیر پارامتری من‌ویتنی و کروس کال‌والیس استفاده شد.

است که بر روی قدرت باروری بی‌تاثیر نیست. در مطالعه‌ای Chan و همکاران (۲۰۰۵) که در حین عمل جراحی واریکوسل که به‌طور تصادفی شریان بیضه‌ای بسته شد نتایج نشان داد که چند درصد از بافت بیضه‌ای دچار آتروفی شده است و میزان باروری به‌دلیل کاهش تعداد اسپرم مرد کاهش پیدا کرده است (۲۸). در مطالعه‌ای نشان داده شده است که وازکتومی

## بحث

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ضربه بلانت بیضه شاخص‌های اسپرم را تحت تاثیر قرار داده است. به‌عبارتی میانگین تعداد اسپرم (میلیون در میلی‌لیتر) و درصد میزان زنده ماندن اسپرم و درجات حرکتی (پیشرونده سریع، کند، عدم تحرك) در بین‌گروه‌های کنترل و شم و تجربی معنی‌دار بوده

سبب نکرور بیضه، عفونت اپی‌دیدیم، نکرور پوست اسکروتوم شده هم‌چنین درمایع سمن اسپرم‌های فاقد تحرک دیده شد (۲۹). در مطالعه‌ای اثرات آنتی‌اکسیدانت گالرین بر روی کیفیت اسپرم‌هایی که بیضه آن‌ها دچار آسیب شده بود بررسی شد و پارامترهای اسپرم به‌دنبال آسیب بیضه در مقایسه با گروه کنترل کاهش پیدا کرده بود اما به‌دنبال مصرف گالرین تحرک و غلظت اسپرم‌ها افزایش یافته. بنابراین گالرین با اثر آنتی‌اکسیدانی از آسیب بیضه‌ای جلوگیری می‌کند (۳۰).

Lin و همکاران ضربه یک‌طرفه بیضه، کیفیت اسپرم و پارامترهای آندوکرین را در مطالعه‌ای بررسی کردند و نتایج نشان داد که غلظت اسپرم نرمال بود اما قدرت باروری در مقایسه با گروه کنترل کاهش پیدا کرده است و با گروه ارکیدکتومی (برداشتن بیضه) اختلاف معنی‌دار مشاهده شد ( $P=0/04$ ) تاثیر برجسته‌ای روی تحرک اسپرم وجود نداشت هم‌چنین هورمون‌های گنادوتروپین LH و FSH در مقایسه با گروه کنترل اختلاف معنی‌داری وجود داشت ( $P=0/01$ ) در گروه تجربی ضربه به بیضه مقدار LH و FSH به‌طور برجسته افزایش پیدا کرده بود در گروهی که تحت درمان و ترمیم ضربه بیضه غلظت، تحرک و میزان LH و FSH در مقایسه با گروه کنترل اختلاف معنی‌دار وجود نداشت در گروه‌های تجربی بیضه مقابل و مقدار هورمون تسترون نرمال بود (۳۱).

در مطالعه‌ای بیان شده است که ایسکمی بیضه‌ای سبب کاهش غلظت اسپرم شده و تعداد اسپرم‌های غیرنرمال را افزایش می‌دهد اما تغییری در تحرک اسپرم دیده نشده است. ملاتونین برای درمان ایسکمی بیضه مطرح شده و تعداد اسپرم‌های غیرنرمال را کاهش می‌دهد (۳۲). چرخش بیضه‌ای یک اورژانس ارولوژی مربوط به کیسه بیضه است و چنانچه درمان مناسب صورت نگیرد به ناباروری و عقیمی در مرد منجر می‌شود یکی از دلایل ایسکمی بیضه‌ای به دلیل رادیکال‌های آزاد اکسیژن می‌باشد هم‌چنین بیان شده است که چرخش بیضه‌ای سبب جدا شدن سلول‌های ژرمینال در لوله‌های سمی نفر بیضه شده است (۳۳). ایسکمی به‌دنبال چرخش بیضه‌ای اتفاق می‌افتد و منجر به ناباروری یک‌طرفه و دوطرفه بیضه

شده و مکانیسم آن ناشناخته است این ایسکمی در ارتباط با گونه‌های فعال اکسیژن (ROS) است که می‌تواند سبب آسیب بافتی از طریق پراکسیدیشن چربی‌های غشا سلول و دنا توره شدن پروتئین‌ها و آسیب DNA شود. نوتروفیل یکی از منابع تولید ROS است و بیان شده است که تارین اثرات مفیدی روی بهبودی ایسکمی بعد از چرخش بیضه دارند تارین گونه‌ای فعال اکسیژن را به‌دلیل کم کردن نوتروفیل‌های خون کاهش می‌دهد و سبب بهبودی ایسکمی بعد از چرخش بیضه را دارد بنابراین بیان شده است که تارین اثرات مفیدی روی درمان چرخش بیضه دارد (۳۴). چرخش بیضه‌ای سبب ایسکمی و عدم خون‌رسانی بیضه شده و منجر به ناباروری در مرد می‌شود ایسکمی بیضه سبب شروع آبخاری از تغییرات پاتوفیزیولوژیکال و فعال شدن سیتوکین‌های التهابی و تولید نیتریک‌اکساید و گونه‌های فعال اکسیژن می‌شوند و فاکتور رشد اندوتلیال عروقی سبب آنژیوژنز و بقا سلول‌های اندوتلیال می‌شود (۳۵). در مطالعه‌ای بیان شد که به‌دنبال چرخش بیضه‌ای پدیده آپوپتوز در اپی‌تلیوم ژرمینال بیضه مقابل مشاهده شده خصوصاً اسپرماتوسیت اولیه و ثانویه به صورت چشمگیری تحت تاثیر قرار می‌گیرد اسپرماتوگونی و اندوتلیوم عروقی و بافت همبند و فیبروبلاست درگیر می‌شوند هم‌چنین صدمه به سدخونی بیضه‌ای به‌دنبال چرخش بیضه‌ای سبب آزاد شدن فاکتورهای فعال کننده آپوپتیک مثل سیتوکین می‌شود و آپوپتوز سبب ناباروری در مردان می‌شود (۳۶).

Dokmeci و همکاران در سال ۲۰۰۷ اثرات حفاظتی ایبوپروفن را در چرخش بیضه‌ای که به‌دنبال آن ایسکمی بیضه‌ای رخ می‌دهد را گزارش کردند و در بررسی بیضه با میکروسکوپ الکترونی نشان دادند که ایبوپروفن به‌دلیل اثرات آنتی‌اکسیدان و ضدالتهابی از دژنراسیون میتوکندری در سلول‌های سرتولی و اسپرماتید جلوگیری می‌کند (۳۷). در مطالعه‌ای اثرات طولانی مدت ضربه بیضه روی عملکرد دستگاه تناسلی برای تعیین ارتباط بین آسیب بیضه و باروری انسان بررسی کردند در آنالیز سمت الیگواسپرمی و آزاواسپرمی خیلی شدید نبود و در بیضه آتروفی دیده شد (۳۸).

باروری و جمعیت سلول‌های هاپلوئید بهبود پیدا کرده است بنابراین ضربه یک‌طرفه بیضه می‌تواند بر روی بیضه تاثیرگذار باشد و آنتی‌بادی ضد اسپرم واسطه کننده این آسیب هست چنانچه ۶ ساعت پس از ضربه از سیکلوسپرین کوتاه‌مدت و ارکیدکتومی استفاده شود از آسیب به بیضه مقابل جلوگیری به عمل می‌آید (۴۳). چرخش بیضه‌ای سبب ایسکمی یک‌طرفه بیضه و ناباروری در کودکان می‌شود و بیان شده که چند روز پس از چرخش بیضه‌ای ضایعات جدی در بیضه یک‌طرفه و بیضه مقابل دیده می‌شود سطح سرم کراتین کیناز افزایش پیدا کرده و سبب ایسکمی می‌شود هم‌چنین متیلن‌بلو آسیب‌های بیضه‌ای را در چرخش یک‌طرفه بیضه به دلیل افزایش وقایع اکسیداتیو را افزایش می‌دهد (۴۴).

در مطالعه ضربه یک‌طرفه بیضه زیر مجموعه‌ای از لنفوسیت‌های T در موش‌هایی که به بیضه آن‌ها تروما وارد شده است را بررسی کردند میزان لنفوسیت‌های T به‌طور چشمگیری به‌دنبال ضربه به بیضه افزایش پیدا کرده است هم‌چنین مقدار لنفوسیت‌های T در بیضه مقابل هم افزایش پیدا کرده است که یکی از دلایل ناباروری در بیضه‌های آسیب دیده می‌باشد (۲۵). Anderson و همکاران کیفیت اسپرم و پارامترهای اندوکرین را پس از چرخش بیضه‌ای بررسی کردند و نشان دادند که چرخش بیضه‌ای طولانی‌مدت با کاهش معنی‌داری در کیفیت اسپرم همراه است و سطح هورمونی FSH غیر نرمال است هم‌چنین دریافتند که آسیب بیضه‌ای یک‌طرفه و دوطرفه به‌دنبال چرخش بیضه‌ای اتفاق افتاده است (۴۵). چرخش بیضه‌ای و انسداد مجرای دفران رفلکس جریان خون بیضه را کاهش می‌دهد و سطح اسید لاکتیک و هیپوگوانتین به شکل یک‌طرفه و دوطرفه در بیضه به‌طور چشمگیر افزایش پیدا می‌کند (۴۶). در آسیب بیضه‌ای فعالیت اسپرماتوژنیک در بیضه دوطرفه کاهش پیدا کرده بود و تناسب سلول‌های هاپلوئید در چرخش بیضه‌ای کاهش پیدا کرده بود (۴۷). پستانداران به آسیب‌های رادیکال‌های آزاد اکسیژن حساس هستند سنندرم بالینی اسکروتوم به‌دنبال چرخش طناب اسپرماتیک ایجاد می‌شود که در بچه‌ها و بزرگسالان به عمل جراحی اورژانسی

Arap و همکاران (۲۰۰۷) بیان کردند که بعد از چرخش بیضه، هورمون‌های گنادوتروپین در اندازه نرمال باقی می‌مانند و ارتباطی با شکل‌گیری آنتی‌بادی ضد اسپرم ندارند بنابراین کیفیت اسپرم در بیشتر بیماری‌ها نرمال است اما مورفولوژی اسپرم غیرنرمال است (۳۹). در مطالعه‌ای که چرخش بیضه را بررسی کردند نشان دادند که تمام بیماران دچار اختلال در عملکرد بیضه، آتروفی بیضه شده و هم‌چنین عملکرد سلول‌های لایدیگ و فرایند اسپرماتوژنز مختل شده است (۴۰) که نتایج مطالعه حاضر با این یافته‌ها مطابقت دارد. در مطالعه حاضر درصد اسپرم‌های غیرپیشرونده (درجا) به عنوان شاخصی برای ارزیابی قدرت تحرک اسپرم در بیضه ترومایی و سمت مقابل بررسی شد در حالی که اختلاف معنی‌داری از نظر درصد اسپرم‌های غیرپیشرونده در بین سمت راست و چپ ملاحظه شد ( $P=0/006$ ). هم‌چنین اختلاف معنی‌داری از نظر تعداد اسپرم در بیضه‌های سمت چپ (تروما) و راست (عدم تروما) وجود داشت ( $P=0/004$ ) در مطالعه‌ای میزان آسیب دوطرفه بیضه را به‌دنبال ضربه یک‌طرفه و آسیب کپسول بیضه‌ای را به وسیله سطح سرم مهار کننده B که یه نشانه مرسوم روند اسپرماتوژنز است را مورد ارزشیابی قرار دادند در این مطالعه وزنه ۲۱۵ گرمی از ارتفاع ۵/۵ بر روی بیضه پرتاب شد و کپسول بیضه دچار له شدگی شد نتایج نشان داد که سطح سرم مهارکننده B به‌دنبال ترومای یک‌طرفه بیضه، بیضه مقابل را هم تحت تاثیر قرار می‌دهند کاهش پیدا کرده است (۴۱). چرخش یک‌طرفه بیضه سبب تغییرات بافتی و مرگ برنامه‌ریزی شده سلول‌های زایای اولیه در بیضه شده هم‌چنین سبب ایجاد تغییرات بافتی و وسعت زیاد مرگ سلول‌های زایا در بیضه مقابل شده است (۴۲). در مطالعه‌ای ضربه یک‌طرفه بیضه در رت‌های نابالغ ۲۰ روزه بررسی شد و نتایج نشان داد که آسیب به تونیکا آلبوژینه بیضه بر روی باروری اثر می‌گذارد اما ضربه به بیضه بدون آسیب به تونیکا واژینالیس بر روی بافت بیضه تاثیری ندارد. هم‌چنین ۱۰۰ روز بعد از ضربه درصد باروری و سلول‌های هاپلوئید از بیضه مقابل به‌شدت کاهش پیدا کرده است ۱۵۰ روز آنتی‌بادی ضد اسپرم به‌شدت کاهش یافته است و



تدریجی در شاخص‌های اسپرم ایجاد می‌شود که بیشترین تاثیر بر روی زنده ماندن اسپرم، تعداد اسپرم و تحرک اسپرم خصوصاً حرکت پشرونده سریع و کند و عدم تحرک مشاهده شده است و کمترین تاثیر را بر روی حرکت درجا اسپرم داشته می‌تواند یکی از دلایل ناباروری در مردان باشد این وضعیت می‌تواند به تاثیر نامطلوب ROS بر پارامترهای اسپرم و همچنین افزایش میزان آپوپتوز در اسپرم اشاره نمود.

### نتیجه‌گیری

ضربه بلات بیضه شاخص‌های اسپرم را تحت تاثیر قرار داده است. به عبارتی میانگین تعداد اسپرم (میلیون در میلی‌لیتر) و درصد میزان زنده ماندن اسپرم و درجات حرکتی (پیشرونده سریع، کند، عدم تحرک) در بین گروه‌های کنترل و شم و تجربی معنی‌دار بوده است که بر روی قدرت باروری بی‌تاثیر نیست.

### سپاس‌گزاری

این تحقیق حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در مرکز تحقیقاتی و درمانی ناباروری یزد است، که بدین وسیله از ریاست و پرسنل این مرکزکمال تشکر را داریم. حامی مالی آن دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می‌باشد. تعارض منافع: وجود ندارد.

نیاز است این سندرم اغلب به عقیمی یک‌طرفه و دوطرفه بیضه موجب می‌شود همچنین اثرات ایسکمی و عدم خون‌رسانی بیضه بعد از بیضه چرخش طناب اسپرماتیک وجود دارد که سبب آپوپتوز و مرگ سلولی می‌شود کاهش جریان خون در بیضه سمت مقابل بعد از چرخش بیضه‌ای یک‌طرفه با تولید بیش از حد گونه‌های فعال اکسیژن (ROS) و ایجاد آسیب بافتی همراه است مکانیسم‌های مولکولی و وضعیت آنتی‌اکسیدان‌ها در مشارکت گونه‌های فعال اکسیژن جهت آسیب بافتی بعد از چرخش طناب اسپرماتیک ضروری است. (۴۸) که نتایج مطالعه حاضر با این یافته‌ها مطابقت دارد. به‌دنبال چرخش و کاهش جریان خون تکنیک ایمونوهیستوشیمی نشان داد که سنتز نیتریک‌اکساید در سلول‌های مشابه ماکروفاژ در بافت بیضه‌ای صورت می‌گیرد و نیتریک‌اکساید سبب پیشرفت آپوپتوز و مرگ سلولی ژرم سل‌ها می‌شود که آپوپتوز با تکنیک تانل و شکست DNA با تکنیک الکتروفورز با ژل آگار مشاهده شد که می‌توانند اسپرماتوزن را دچار مختل می‌کند (۴۹).

Beheshtian و همکاران در سال ۲۰۰۸ گزارش کردند که تجویز داروی سایلینافیل در طول چرخش بیضه‌ای، آسیب سلول‌ها را کاهش می‌دهد که اثر آنتی‌اکسیدان این ماده نقش مهمی را در حفاظت سلول‌ها دارد (۵۰). یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که به‌دنبال ضربه به بیضه تغییرات

### References:

- 1-Hendry W. *Testicular, Epididymal and Vasal Injuries*. BJU International 2000; 86(3): 344-8.
- 2-Sacco E, Marangi F, Pinto F, D'Addressi A, Racioppi M, Gulino G, et al. *Sports and Genitourinary Traumas*. Urologia J 2010; 77(2): 112-25.
- 3-Sandella B, Hartmann B, Berkson D, Hong E. *Testicular Conditions in Athletes: Torsion, Tumors, and Epididymitis*. Curr Sports Med Rep 2012; 11(2): 92-5.
- 4-Lok U, Gulacti U, Polat H. *An Evaluation of Testicular Torsion Management in the Emergency Department*. Kuwait Med J 2017; 49(4): 327-31.
- 5-Phuwapraisirisan S, Lim M, Suwanthanma W. *Surgical Reduction in a Delayed Case of Traumatic*

- Testicular Dislocation*. J Med Assoc Thai 2010; 93(11): 1317-20.
- 6- Ječmenica DS, Alempijević DM, Pavlekić S, Aleksandrić BV. *Traumatic Testicular Displacement in Motorcycle Drivers*. J Forensic Sci 2011; 56(2): 541-3.
- 7- Pogorelić Z, Jurić I, Biočić M, Furlan D, Budimir D, Todorčić J, et al. *Management of Testicular Rupture after Blunt Trauma in Children*. Pediatric Surgery International 2011; 27(8): 885-9.
- 8- Ghilan AM, Ghafour MA, Al-Asbahi WA, Al-Khanbashi OM, Alwan MA, Al-Badani TH. *Gunshot Wound Injuries to the Male External Genitalia*. Saudi Med J 2010; 31(9): 1005-10.
- 9- Mohr AM, Pham AM, Lavery RF, Sifri Z, Bargman V, Livingston DH. *Management of Trauma To the Male External Genitalia: The Usefulness of American Association for the Surgery of Trauma Organ Injury Scales*. J Urol 2003; 170(6): 2311-5.
- 10- Phonsombat S, Master VA, McAninch JW. *Penetrating External Genital Trauma: A 30-Year Single Institution Experience*. J Urology 2008; 180(1): 192-6.
- 11- Srinivas M, Chandrasekharam V, Degaonkar M, Gupta D, Jha P, Jagannathan N, et al. *Effects of Unilateral Grade I Testicular Injury in Rat*. Urology 2002; 60(3): 548-51.
- 12- Sakamoto H, Iwasaki S, Kushima M, Shichijo T, Ogawa Y. *Traumatic Bilateral Testicular Dislocation: A Recovery of Spermatogenesis by Orchiopexy 15 Years After the Onset*. Fertil Steril 2008; 90(5): 20.
- 13- Slavis SA, Scholz JN, Hewitt CW, Black KS, Campbell RS, Patel M, et al. *The Effects of Testicular Trauma on Fertility in the Lewis Rat And Comparisons to Isoimmunized Recipients of Syngeneic Sperm*. J Urol 1990; 143(3): 638-41.
- 14- Sun J, Liu Gh, Zhao Ht, Shi Cr. *Long-Term Influence of Prepubertal Testicular Torsion on Spermatogenesis*. Urologia Internationalis 2006; 77(3): 275-8.
- 15- Shaul DB, Xie HW, Diaz JF, Mahnovski V, Hardy BE. *Surgical Treatment of Testicular Trauma : Effects on Fertility and Testicular Histology*. J Pediatric Surgery 1997; 32(1): 84-7.
- 16- Cass A, Ferrara L, Wolpert J, Lee J. *Bilateral Testicular Injury from External Trauma*. J Urology 1988; 140(6): 1435-6.
- 17- Yang SK, Attipoe S, Klausner AP, Tian R, Pan D, Rich TA, et al. *In Vivo Detection of Apoptotic Cells in the Testis Using Fluorescence Labeled Annexin V in a Mouse Model of Testicular Torsion*. J Urology 2006; 176(2): 830-5.
- 18- Goldwasser B, Weissenberg R, Lunenfeld B, Nativ O, Many M. *Semen Quality and Hormonal Status of Patients Following Testicular Torsion*. Andrologia 1984; 16(3): 239-43.
- 19- Jansen R, Kandzari SJ, Zaslau S. *Testicular Trauma Resulting in Spermatic Vessel Thrombosis and Testicular Loss: A Casereport*. Can J Urol 2012; 19(1): 6128-30.
- 20- Avlan D, Erdouğan K, Cimen B, Apa DD, Cinel I, Aksöyek S. *The Protective Effect of Selenium on Ipsilateral and Contralateral Testes in Testicular*

- Reperfusion Injury*. *Pediatric Surg Int* 2005; 21(4): 274-8.
- 21- Baker BW, Surratt JK, Run W. *Missed Testicular Torsion Presenting with Male Infertility and Erectile Dysfunction*. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2005; 11(8): 615-6.
- 22- Heindel RM, Pakyz RE, Cosentino MJ. *Spermatic Cord Torsion Contralateral Testicular Degeneration at Various Ages in the Rat*. *J Androl* 1990; 11(6): 506-13.
- 23- Zanchetta R, Mastrogiacomo I, Graziotti P, Foresta C, Betterle C. *Autoantibodies Against Leydig Cells in Patients after Spermatic Cord Torsion*. *Clin Exp Immunol* 1984; 55(1): 49-57.
- 24- Dokmeci D. *Testicular Torsion, Oxidative Stress and the Role of Antioxidant Therapy*. *Folia Med* 2006; 48(3-4): 16-21.
- 25- Sharma RB, Srinivas M, Mitra DK, Das SN. *T-Lymphocyte Subsets in the Contralateral Testis after Unilateral Blunt Testicular Trauma in Pre-Pubertal Mice*. *Pediatr Surg Int* 1999; 15(3-4): 238-9.
- 26- Abedi N, Nabi A, Mangoli E, Talebi AR. *Short And Long Term Effects of Different Doses of Paracetamol on Sperm Parameters and DNA Integrity in Mice*. *Middle East Fertility Society J* 2017; 22(4): 323-8.
- 27- Pouretezari M, Talebi A, Abbasi A, Khalili MA, Mangoli E, Anvari M. *Effects of Acrylamide on Sperm Parameters, Chromatin Quality, and the Level of Blood Testosterone in Mice*. *Iran J Reprod Med* 2014; 12(5): 335-42.
- 28- Chan PT, Wright EJ, Goldstein M. *Incidence and Postoperative Outcomes of Accidental Ligation of the Testicular Artery during Microsurgical Varicocelectomy*. *J Urology* 2005; 173(2): 482-4.
- 29- Rolfes N, Lümnen G. *Ischemic Testicular Necrosis Following Vasectomy: Rare and Typical Complications of an Outpatient Procedure*. *Der Urologe Ausg A* 2011; 50(10): 1306-10.
- 30- Taati M, Moghadasi M, Dezfoulian O, Asadian P, Kheradmand A, Abbasi M, et al. *The Effect of Ghrelin Pretreatment on Epididymal Sperm Quality and Tissue Antioxidant Enzyme Activities after Testicular Ischemia/Reperfusion in Rats*. *J Physiol Biochem* 2012; 68(1): 91-7.
- 31- Lin WW, Kim ED, Quesada ET, Lipshultz LI, Coburn M. *Unilateral Testicular Injury from External Trauma: Evaluation of Semen Quality And Endocrine Parameters*. *J Urol* 1998; 159(3): 841-3.
- 32- Kurcer Z, Hekimoglu A, Aral F, Baba F, Sahna E. *Effect Of melatonin on Epididymal Sperm Quality after Testicular Ischemia/Reperfusion in Rats*. *Fertil Steril* 2010; 93(5): 1545-9.
- 33- Dokmeci D, Inan M, Basaran UN, Yalcin O, Aydogdu N, Turan FN, et al. *Protective Effect of L-Carnitine on Testicular Ischaemia-Reperfusion Injury in Rats*. *Cell Biochem* 2007; 25(6): 611-8.
- 34- Wei SM, Yan ZZ, Zhou J. *Beneficial Effect of Taurine on Testicular Ischemia-Reperfusion Injury in Rats*. *Urology* 2007; 70(6): 1237-42.
- 35- Hashimoto H, Ishikawa T, Yamaguchi K, Shiotani M, Fujisawa M. *Experimental Ischaemia - Reperfusion Injury Induces Vascular Endothelial Growth Factor Expression in the Rat Testis*. *Andrologia* 2009; 41(4): 216-21.
- 36- Hadziselimovic F, Geneto R, Emmons L. *Increased Apoptosis in the Contralateral Testes of Patients With Testicular Torsion as a Factor for Infertility*. *J Urology* 1998; 160(3): 1158-60.

- 37- Dokmeci D, Kanter M, Inan M, Aydogdu N, Basaran UN, Yalcin O, et al. *Protective Effects of Ibuprofen on Testicular Torsion/Detorsion-Induced Ischemia/Reperfusion Injury in Rats*. Arch Toxicol 2007; 81(9): 655-63.
- 38- Kukadia AN, Ercole CJ, Gleich P, Hensleigh H, Pryor JL. *Testicular Trauma: Potential Impact on Reproductive Function*. J Urol 1996; 156(5): 1643-6.
- 39- Arap MA, Vicentini FC, Cocuzza M, Hallak J, Athayde K, Lucon AM, et al. *Late Hormonal Levels, Semen Parameters, and Presence of Antisperm Antibodies in Patients Treated for Testicular Torsion*. J Andrology 2007; 28(4): 528-32.
- 40- Fisch H, Laor E, Reid RE, Tolia BM, Freed SZ. *Gonadal Dysfunction after Testicular Torsion: Luteinizing Hormone and Follicle-Stimulating Hormone Response to Gonadotropin Releasing Hormone*. J Urol 1988; 139(5): 961-4.
- 41- Özkan KU, Küçükaydın M, Muhtaroglu S, Kontaş O, Karaca F. *Serum Inhibin B Levels Reflect Contralateral Testicular Damage Following Unilateral Testicular Trauma*. Urol Int 2003; 71(1): 73-6.
- 42- Yao QS, Ye ZQ, Wang XK, Yi JH, Zhang JC, Chen CB. *Experimental Study of Contralateral Testicular Changes after Unilateral Testicular Torsion in Rats*. Zhonghua Nan Ke Xue 2003; 9(8): 586-8.
- 43- Srinivas M, Hashim S, Mitra D. *Unilateral blunt Testicular Trauma in Pre-Pubertal Rats*. Pediatr Surg Int 1999; 15(7): 457-60.
- 44- Inan M, Basaran UN, Dokmeci D, Yalcin O, Aydogdu N, Turan N. *Methylene Blue Increases Contralateral Testicular Ischaemia-Reperfusion Injury after Unilateral Testicular Torsion*. Clin Exp Pharmacol Physiol 2008; 35(1): 50-4.
- 45- Anderson MJ, Dunn JK, Lipshultz LI, Coburn M. *Semen Quality and Endocrine Parameters After Acute Testicular Torsion*. J Urology 1992; 147(6): 1545-50.
- 46- Andiran F, Okur D, Kilinc A, Gedikoglu G, Kilinc K, Tanyel F. *Do Experimentally Induced Ipsilateral Testicular Torsion, Vas Deferens Obstruction, Intra-Abdominal Testis or Venous Obstruction Damage the Contralateral Testis Through a Common Mechanism?* BJU Int 2000; 85(3): 330-5.
- 47- Oguzkurt P, Okur D, Tanyel F, Büyükpamukçu N, Hiçsönmez A. *The Effects of Vasodilatation and Chemical Sympathectomy on Spermatogenesis after Unilateral Testicular Torsion: A Flow Cytometric DNA Analysis*. British J Urol 1998; 82(1): 104-8.
- 48- Wilhelm Filho D, Torres MA, Bordin AL, Crezcynski-Pasa TB, Boveris A. *Spermatic Cord Torsion, Reactive Oxygen and Nitrogen Species and Ischemia-Reperfusion Injury*. Molecular Aspects Med 2004; 25(1-2): 199-210.
- 49- Shiraiishi K, Naito K, Yoshida Ki. *Nitric oxide promotes germ cell necrosis in the delayed phase after experimental testicular torsion of rat*. Biology Reproduction 2001; 65(2): 514-21.
- 50- Beheshtian A, Salmasi AH, Payabvash S, Kiumehr S, Ghazinezami B, Rahimpour S, et al. *Protective Effects of Sildenafil Administration on Testicular torsion/detorsion damage in rats*. World J Urol 2008; 26(2): 197-202.

## Effect of One-Way Blunt Testis on Sperm Parameters in Acute and Chronic Periods after Injury in Mice

Majid Pouretezari<sup>1</sup>, Maryam Dehghan<sup>2</sup>, Sare Ashoorzadeh<sup>3</sup>, Ali Reza Talebi<sup>\*4</sup>

### Original Article

**Introduction:** So far, the effects of blunt trauma on sperm parameters and reproductive capacity have not been firmly established and different reports have been presented. The aim of this study was to investigate the effect of unilateral blunt testis on sperm parameters in acute and chronic periods after injury in mice.

**Methods:** In this study, 40 adult male NMRI mice with a weight of 35-30 gr were selected randomly and divided into 3 groups control, sham and experimental (blunt). Then sperm samples were examined microscopically in terms of motility, number, viability (eosin stain color and Hypoosmotic Swelling) in two acute and chronic.

**Results:** In experimental groups, there was a significant decrease in sperm motility and viability compared to the control group ( $P<0.05$ ). There was also a significant reduction in the number of sperm in the chronic group compared to the control ( $P<0.05$ ).

**Conclusion:** Results showed that mice testicular trauma has adverse effects on sperm viability, number and progressive motility. Therefore, it can be concluded that testicular blunt trauma may impair the fertility of males.

**Keywords:** blunt trauma, testis, sperm parameters, mice.

**Citation:** Pouretezari M, Dehghan M, Ashoorzadeh S, Talebi A.R. **Effect of one-way blunt testis on sperm parameters in acute and chronic periods after injury in mice.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2020; 27(10): 1968-80.

<sup>1</sup>Department of Biology and Anatomical Sciences, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

<sup>2</sup>Department of Anatomy, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

<sup>3</sup>Afzalipour Clinical Center for Infertility, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

<sup>4</sup>Recurrent Abortion Research Center, Yazd Reproductive Sciences Institute, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

\*Corresponding author: Tel: 03538203410, email: prof.talebi@ssu.ac.ir