

ДЕРМОИДНАЯ КИСТА ЯИЧКА (анализ 10 литературных и 1 собственного наблюдения)

М. И. Давидов, А. Д. Маяков

Кафедра патологической анатомии (зав. - доц. Г. Г. Фрейнд) и урологическая клиника Пермской медицинской академии

Дермоидная киста яичка - очень редкое заболевание. За последние 20 лет мы обнаружили лишь 12 работ иностранных авторов, в которых описаны, как правило, единичные наблюдения. К сожалению, описания эти недостаточно подробны. К тому же не все иностранные авторы четко различают дермоидные и эпидермоидные кисты, хотя морфологически это разные патологические процессы. К 1986 г. в мировой литературе было описано лишь 186 случаев дермоидных и эпидермоидных кист яичка [1].

Дермоидные кисты являются врожденными пороками развития эмбрионального периода. При нарушении развития организма в этом периоде в участках, соответствующих эмбриональным щелям, остаются зачатки эпителия, из которых формируются кисты.

В связи с редкостью патологии мы решили проанализировать и обобщить клинику, диагностику и лечение дермоидной кисты яичка по материалам наблюдений отечественных авторов и привести собственное наблюдение. Изучена научно-медицинская литература с 1900 по 2000 г. При этом установлено, что за все годы 9 отечественными авторами [2-10] описано лишь 10 больных.

С 1975 по 2000 г. на 41,6 тыс. стационарных урологических больных мужского пола мы наблюдали лишь 1 (0,002%) случай дермоидной кисты яичка. При этом дермоидная киста относилась к числу всех заболеваний яичка как 1:3690.

Анализ 10 наблюдений отечественных авторов показал следующее.

Дермоидная киста яичка располагается интрапаренхиматозно. В 9 наблюдениях она имела размеры от 3 до 9 см, в 1 наблюдении - 16 см [5]. При больших размерах кисты железистая ткань яичка оттесняется к периферии и атрофируется. В. Е. Сасимчик [8] ткани яичка не обнаружил совсем, семенной канатик терялся в толще "опухоли". У 4 больных отмечено присоединение реактивной водянки со скоплением серозной жидкости соломенно-желтого цвета между висцеральным и париетальным листками собственной влагалищной оболочки яичка. Кистозное образование имеет плотную консистенцию, округлую форму, является преимущественно (9 наблюдений) однокамерным. На разрезе дермоидная киста содержит салные (жировые) массы, волосы, ороговевшие чешуйки эпидермиса, иногда бело-серые очаги уплотнения. Оболочка кисты хорошо выражена, обычно белесовато-серого цвета, часто утолщена, уплотнена. У 1 больного толщина оболочки достигала 2,5 см [6]. При гистологическом исследовании в препарате находят покровный (многослойный плоский) эпителий, придатки кожи, в основном группы салных желез, волосяные фолликулы. В оттесненной и сдавленной ткани яичка определяются атрофия семенных канальцев, уплощение и недоразвитие сперматогенного эпителия, фиброзирование.

Хрящеподобной и костной ткани, а также зубов в истинной дермоидной кисте быть не должно. Если они присутствуют, то патологический процесс нужно квалифицировать как организмоидную тератому яичка. От дермоидной кисты необходимо также отличать эпидермоидную кисту (холестеатому), которая выстлана многослойным плоским

эпителием и содержит кератин, но в которой отсутствуют элементы дермы, в частности потовые и сальные железы, волосы.

Дермоидная киста фактически уже существует с раннего детского возраста, и нередко родители отмечают увеличение яичка в первые недели или месяцы после рождения ребенка (5 наблюдений) или в сроки до 2 лет (2 наблюдения). Постепенно яичко увеличивается в размерах, что заставляет обратиться к врачу. Большинство (6) больных госпитализированы в возрасте от 1 года до 9 лет. Однако при медленном развитии и росте кисты заболевание может длительное время протекать латентно, без клинических проявлений. Такие больные могут быть госпитализированы в зрелом и даже пожилом возрасте. Так, 1 пациент обратился к врачу лишь в возрасте 63 лет [5], хотя увеличенное яичко у него прощупывалось с детского возраста. Одинаково часто поражаются правое и левое яички. 1 больной имел сопутствующую дермоидную кисту копчика, удаленную за 2 года до манифестации кисты яичка.

Клинические симптомы: увеличение яичка и мошонки в размерах, у половины больных наблюдались тупые, ноющие боли в мошонке и паховой области. Общие (эндокринные) симптомы (преждевременное половое созревание, гинекомастия и др.), характерные для гормонально-активных опухолей яичка, при дермоидной кисте отсутствуют.

При осмотре отмечают увеличение одной из половин мошонки. Пальпаторно определяется округлой формы увеличенное, безболезненное, подвижное яичко. Чаще всего оно плотной консистенции, в 1 наблюдении [2] достигает деревянистой плотности; поверхность его иногда бугристая. При небольшой кисте пальпируется плотное образование в яичке, остальная часть которого обычной консистенции. Придаток яичка нередко не дифференцируется, а семенной канатик не инфильтрирован и обычной консистенции.

Правильный диагноз до операции удалось установить лишь 1 больному [6]. Другие оперированы чаще всего с диагнозом злокачественной опухоли яичка, реже - гидроцеле (2 человека) и туберкулеза яичка (1).

В. П. Осипов и А. Т. Демидов [6] считают, что, несмотря на то что дермоидная киста занимает обычно лишь часть органа, лечение должно заключаться в орхиэктомии. Помимо них, орхиэктомию выполнили большинство других авторов. Лишь у 3 пациентов [2, 4, 10] произвели органосохраняющую операцию, тупым и острым путем выделив и удалив кистозную опухоль и сохранив оставшуюся часть паренхимы яичка.

Многие иностранные авторы настойчиво рекомендуют органосохраняющую операцию, при этом при длительных сроках наблюдения местных рецидивов не выявляется [11, 12].

Приводим собственное наблюдение.

Больной Г., 18 лет, поступил в 1-е урологическое отделение 5 января 1999 г. с жалобой на увеличение левого яичка. Болей в мошонке и других жалоб нет. Мочеиспускание свободное, широкой струей. Увеличение и уплотнение яичка впервые были обнаружены 2 нед назад на медицинской комиссии при военкомате. Направлен в урологический стационар с диагнозом "опухоль яичка". Ранее ничем не болел, до медицинской комиссии чувствовал себя совершенно здоровым, однако после нее всерьез обеспокоен состоянием яичка, по поводу чего консультировался уже у 2 урологов, которые выставили диагнозы "хронического эпидидимита" и "кисты придатка яичка". По словам матери, беременность и роды у нее протекали нормально, профессиональных вредностей не было, увеличения

яичка в раннем детском возрасте она у ребенка не отмечала. Пациент не женат, половую жизнь и венерические заболевания отрицает, либидо и эрекции сохранены.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Легкие и сердце в пределах нормы. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 70 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка и почки не пальпируются. Оволосение по мужскому типу. Половой член и вторичные половые признаки развиты хорошо. При ректальном пальцевом исследовании: простата не увеличена, эластической консистенции, безболезненная.

При осмотре левая половина мошонки увеличена в размерах, кожа ее умеренно растянута, обычной окраски, подвижна. Правое яичко размером 5 x 4 x 3 см, тугоэластической консистенции, безболезненное. Придаток правого яичка и правый семенной канатик без патологии. Левое яичко увеличено до размеров 7 x 5,5 x 4 см, подвижное, безболезненное, неправильно-округлой формы (верхний полюс по объему больше нижнего). В области верхнего полюса увеличенного левого яичка пальпируется очень плотное, округлое, безболезненное образование диаметром до 3 см. Поверхность яичка здесь слегка деформирована. Остальная часть левого яичка имеет обычную тугоэластическую консистенцию и гладкую, ровную поверхность. При методичной пальпации обнаружен неутрошенный придаток яичка. Левый семенной канатик не инфильтрирован. Варикоцеле нет. При диафаноскопии симптом "просвечивания" отрицательный.

Общий анализ крови без патологии, СОЭ 11 мм/ч. Содержание в сыворотке крови белка, билирубина, глюкозы, мочевины и креатинина в пределах нормы. Реакция Вассермана отрицательная. Анализ мочи: белка нет, лейкоциты 1-3, эритроциты 1-2 в поле зрения. Микобактерии туберкулеза при трехкратной микроскопии осадка мочи не обнаружены. Рентгеноскопия органов грудной клетки, обзорная и экскреторная урография, нисходящая цистография - без патологии. Ультразвуковое исследование: печень и почки обычной структуры, почечные лоханки и мочеточники не сдавлены и не дилатированы, контуры мочевого пузыря ровные, простата не увеличена и однородная, правое яичко без патологии, в области верхнего полюса левого яичка лоцируется гипозоногенное неоднородное образование диаметром до 2,7 см (киста). Предоперационный диагноз: киста яичка. Не исключается опухоль яичка.

Под местной анестезией 11 января 1999 г. выполнена операция - удаление дермоидной кисты левого яичка. Произведен поперечный разрез левой половины мошонки. Вскрыт париетальный листок собственной влагалищной оболочки яичка. Жидкости в полости собственной оболочки яичка нет. Обнаженное яичко имеет размеры 6,5 x 5,5 x 4 см, белочная оболочка его обычной окраски. Придаток яичка патологически не изменен. Верхний полюс яичка несколько деформирован, расширен, пальпаторно плотный. В толще его определяется округлый, плотный узел диаметром около 3 см. Над пальпируемым образованием в поперечном направлении рассечены белочная оболочка и подлежащий тонкий слой атрофированной паренхимы. Осторожно и методично острым путем из яичка выделено и удалено опухолевидное образование размером 2,7 x 2,0 x 1,5 см, округлой формы, плотное, напряженное, в капсуле. Окруженное тонким слоем атрофированной паренхимы, оно занимало весь верхний полюс и часть среднего сегмента. Нижняя половина яичка обычной тугоэластической консистенции с макроскопически не измененной паренхимой. Гемостаз электрокоагуляцией. Разрез белочной оболочки ушит узловыми швами из полисорба на атравматической игле. В результате ушитое яичко приняло размеры 3,5 x 3,5 x 3 см. Ушивание раны с дренированием резиновой полоской.

Макропрепарат (рис. 1): округлое образование размером 2,7 x 2,0 x 1,5 см, с белесоватой уплотненной капсулой толщиной 2 мм, на разрезе полностью заполнено салыной (жировой) массой мягкой консистенции бело-желтого цвета, большим количеством волос сероватого цвета и клеточным детритом, костной ткани и зубов не обнаружено.

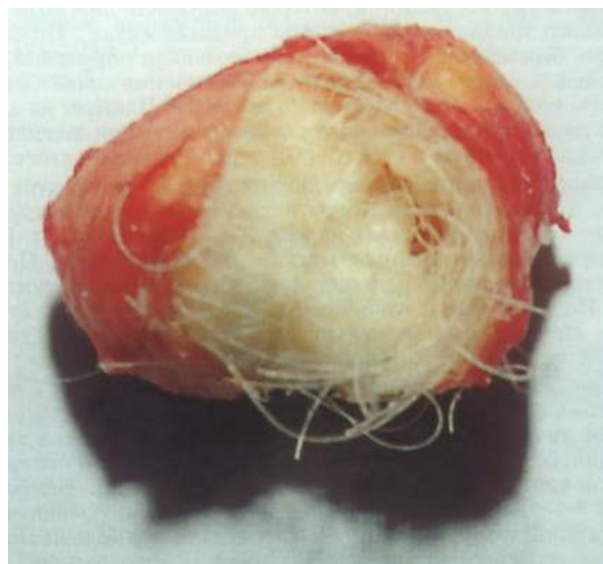


Рис.1

Удаленная у больного Г., 18 лет, дермоидная киста яичка.

При микроскопическом исследовании (рис. 2) установлено, что внутренняя поверхность стенки кисты покрыта многослойным плоским ороговевающим эпителием. В толще кисты волосяные фолликулы, салыные и потовые железы. Залладки других органов и тканей отсутствуют. Заключение: дермоидная киста яичка. Микропрепараты консультированы доц. Т. Б. Пономаревой.

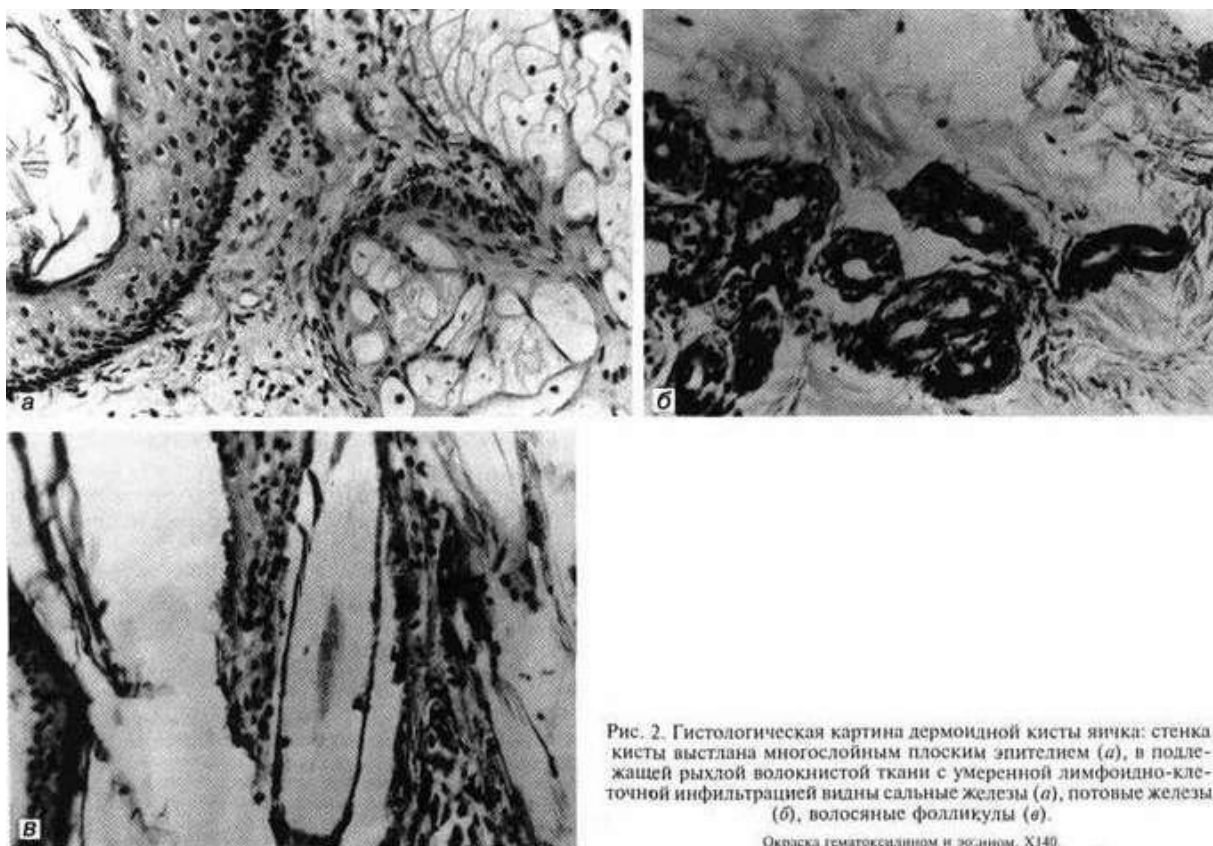


Рис. 2. Гистологическая картина дермоидной кисты яичка: стенка кисты выстлана многослойным плоским эпителием (а), в подлежащей рыхлой волокнистой ткани с умеренной лимфоидно-клеточной инфильтрацией видны сальные железы (а), потовые железы (б), волосяные фолликулы (а).
Окраска гематоксилином и эозином. X140.

Рис.2

Послеоперационное течение гладкое. Выписан из клиники в удовлетворительном состоянии через 5 сут после операции. Заживление раны первичным натяжением. Осмотрен через 3 года: жалоб нет, на мошонке нежный послеоперационный рубец, оперированное яичко имеет размеры 3,5 x 3,5 x 3 см, безболезненное. Рецидива "опухоли" не выявлено. Либи́до сохранено. Живет половой жизнью, спонтанные и адекватные эрекции хорошие. Спермограмма без патологии.

Особенностью наблюдения является длительное (до 18-летнего возраста) бессимптомное течение заболевания со случайным выявлением увеличения и уплотнения яичка на медицинской комиссии, а также органосохраняющий характер выполненного оперативного вмешательства.

Дермоидная киста яичка встречается крайне редко (у 0,002% стационарных урологических больных мужского пола), относясь к числу всех заболеваний яичка как 1:3690. При этой аномалии развития в яичке имеется кистозное образование с утолщенной капсулой, содержащее преимущественно жировые массы и волосы. Гистологически обнаруживаются многослойный плоский эпителий, сальные и потовые железы, волосяные фолликулы. Зубы, хрящеподобная и костная ткань в истинной дермоидной кисте отсутствуют. Одинаково часто поражаются правое и левое яички. Клинически заболевание проявляется обычно с детского возраста (увеличение мошонки и яичка, у половины больных наблюдаются боли). Пораженное яичко пальпаторно уплотнено, деформировано и увеличено при отсутствии местной инвазии образования, интактных регионарных лимфатических узлов. В диагностике решающее значение имеет ультразвуковое исследование. При отсутствии признаков малигнизации показана органосохраняющая операция - удаление дермоидной кисты с сохранением паренхимы яичка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Badalament R. A., Haas G. P., Cerny J. C., Farah R. N. Conservative management of epidermoid cyst of testis. *Urology* 1986; 28 (1): 28-30.
2. Агаев Б. А., Салихов Я. С. Дермоидная киста яичка. *Азерб. мед. журн.* 1980; 1: 75-76.
3. Аннаев А. А., Зюзько Ф. К. Дермоидная киста яичка. *Здра-воохр. Туркменистана* 1974; 2: 33.
4. Глушкова О. И. Дермоидная киста правого яичка у ребенка. *Клин. хир.* 1970; 6: 78.
5. Гришель И. И. Дермоидная киста яичка. *Здравоохр. Белоруссии* 1965; 12: 72.
6. Остов В. П., Демидов А. Т. Дермоидная киста яичка. *Урол. и нефрол.* 1977; 2: 66-67.
7. Пристай Я. П. Дермоидная киста правого яичка у мальчика 2,5 лет. В кн.: *Материалы Научной практической конф. хирургов Забайкальской железной дороги.* Чита; 1961. 166-168.
8. Сасимчик В. Е. Дермоидная киста яичка. *Здравоохр. Белоруссии* 1961; 2: 55.
9. Скавинская Е. М. К вопросу о дермоидных кистах яичка. *Труды Туркменского мед. ин-та* 1955; 5-6: 44-45.
10. Тюлькин Е. П., Фоминых Г. Я. Дермоидная киста яичка у годовалого ребенка. *Урол. и нефрол.* 1967; 4: 58.
11. Schlecker B. A., Siegel A., Weiss J., Wein A. G. Epidermoid cyst of the testis. *J. Urol. (Baltimore)* 1985; 133 (4): 610-611. 12.
12. Schnell D., Than W. P., Stief C. G. et al. Organerhaltendes Vorgehen bei gutartigem Hodentumor? *Aktuel. Urol.* 1987; 18 (3): 127-132.