

DIFUZNÍ FIBROTICKÁ PROLIFERACE NADVARLETE

MUDr. František Kučera

Urologické oddělení nemocnice Vyškov

Kazuistika se týká diagnostiky a léčby benigních fibroproduktivních onemocnění paratestikulárních tkání, které svou lokalizací a charakterem růstu imitují tumory nadvarlete. U nemocného šlo o vzácně se vyskytující difuzní fibrotickou proliferaci nadvarlete.

Klíčová slova: paratestikulární tumor, vazivová proliferace, nadvarle.

Urolog. pro Praxi, 2007; 3: 135–136

Úvod

Difuzní fibrotická proliferace nadvarlete patří do velké skupiny onemocnění, kterou patologové souhrnně nazývají paratestikulární nodulární nebo difuzní fibróza a označují zkratkou (PNDF).

Jedná se o skupinu benigních onemocnění, pro které je charakteristická nodulární nebo difuzní fibrotická přestavba paratestikulárních tkání. Nejčastěji postiženou paratestikulární tkání je tunica vaginalis testis, vzácně je izolovaně postižena tkáň nadvarlete. Nomenklatura těchto onemocnění není ustálená, proto se můžeme v literatuře setkat s označeními jako: paratestikulární fibróza, fibromatózní periorchitis, nodulární periorchitis, nodulární či difuzní fibrózní paratestikulární proliferace, fibrózní pseudotumor či chronická proliferativní periorchitida.

Tato onemocnění svou lokalizací a charakterem růstu mohou imitovat tumorózní afekce nadvarlete.

Kazuistika

Pěťadvacetiletý muž s tříměsíční anamnezou mírně bolestivého a zvětšeného levého nadvarlete byl doporučen obvodním lékařem na naše pracoviště. V posledních čtrnácti dnech byl léčen makrolidovými antibiotiky pro levostrannou epididymitidu. Pacient dříve nebyl nemocen, úraz skrota popíral. Objektivní vyšetření odhalilo pohmatově nebolestivé, izolované zvětšené, dobře ohraničené a vůči okolí volné levé nadvarle. Laboratorní nálezy při příjmu: hemoglobin 145 g/l, leukocyty 14×10^9 CRP 45, močový nález – pH 6, bílkovina 0, leukocyty 0–5, ostatní laboratorní nález fyziologický. Dle sonografického vyšetření byla varlata a pravé nadvarle bez patologického nálezu. Levé nadvarle bylo zvětšené na 11×45 mm, vůči okolí dobře ohraničené, bez ložiskových změn. Doplerovské vyšetření prokázalo fyziologickou perfuzi pravého nadvarlete a varlat. Levé nadvarle bylo téměř avaskulární, varikokéla nebyla přítomna (obrázek 1). Nádorové markery testikulární tumorů (beta-HCG, AFP, LDH) byly ve fyziologickém rozmezí. Byl proveden spermio-

gram s nálezem oligoastenozoospermie a následně byla provedena předoperační kryoprezervace spermatu. Na základě provedených vyšetření bylo přistoupeno k revizi levého hemiskrota z inguinálního přístupu. Peroperačně byl vyloučen tumor nadvarlete a pouze odebrán materiál na histologii. Pooperační průběh byl bez komplikací. Dle patologického vyšetření se jednalo o benigní fibrotickou přestavbu nadvarlete.

Vzhledem k histologickému nálezu byl další léčebný postup konzervativní. Léčba spočívala v zavedení kortikoterapie v rozpisu: iniciálně první měsíc dávka 40 mg prednisonu, druhý měsíc 20 mg prednisonu. V třetím měsíci postupné snižování dávky až do úplného vysazení. Pacient byl během léčby ambulantně sledován s pravidelnými kontrolami TK, iontogramu a glykemie. Postupně došlo k regresi zvětšeného nadvarlete a následné doplerometrické vyšetření nadvarlete vykazovalo fyziologické prokrvení (obrázek 2).

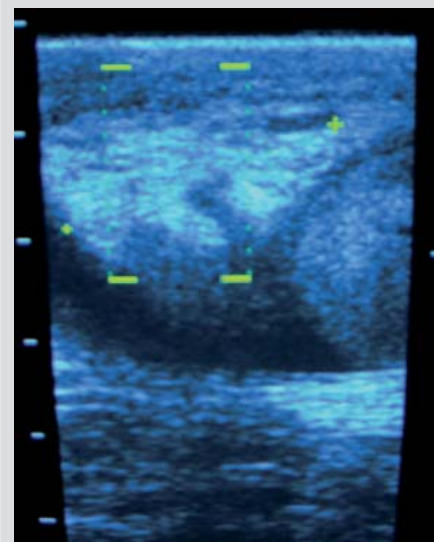
Diskuze

Zatím bylo publikováno jen několik prací týkajících se difuzní fibrotické proliferace nadvarlete.

Etiologie tohoto a příbuzných onemocnění (PNDF) není jasná. Postižení jsou většinou mladí muži s maximem výskytu od 21 do 30 let věku, jak

uvádí Woodward a spol. (tabulka 1). Nemocní popírají dřívější trauma či zánět orgánů skrota, stěžují si na nebolestivé nebo jen mírně bolestivé zvětšení na-

Obrázek 1. Vstupní sonografické vyšetření skrota 25letého pacienta s nálezem zvětšeného avaskulárního levého nadvarlete



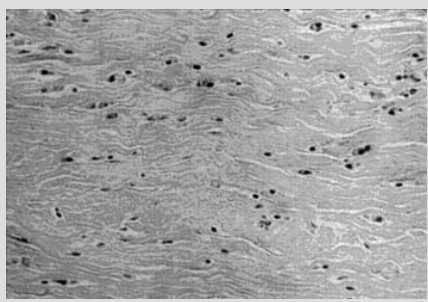
Obrázek 2. Sonografické vyšetření skrota po kortikoterapii, kde je již patrný fyzikální nález na levém nadvarletě



Tabulka 1. Procentní výskyt finrotické proliferace paratestikulárních tkání dle Woodwarda a spol.

Roky	Procentní výskyt
0-10	6,4 %
11-20	7,7 %
21-30	25,6 %
31-40	10,3 %
41-50	14,1 %
51-59	10,3 %
61-69	11,5 %
70-79	9,0 %
80 a více	5,1 %

Obrázek 3. Mikroskopický náález difuzní fibrotické proliferace nadvarlete



dvarlete. Jsou často léčeni antibiotiky pro nesprávně stanovenou diagnózu epididymitidy.

Histologicky je tkáň nadvarlete tvořena fibroblasty a hustou sítí kolageních vláken. Ve fibrózní

tkáni je někdy přítomna příměs zánětlivých buněk a granulační tkáň (obrázek 3). Tato přestavba postihuje nadvarle difuzně nebo nodulárně.

Je-li pochybnost o charakteru postižení nadvarlete, zahajujeme léčbu revizí hemiskrota z inguinálního přístupu a odebereme tkáň k histologickému zpracování nazmrzlo. Pokud vyloučíme maligní onemocnění nadvarlete, je možno postupovat při nálezu fibrózní přestavby konzervativně jako v našem případě. Konzervativní léčbě dáme přednost u bezdětných jedinců s patologickým spermioqramem. Léčba zahrnuje kortikoterapii a observaci pacienta. Za jiný správný postup v léčbě je možno považovat, dle rozsahu postižení, resekci nadvarlete či epididymectomii. K operačnímu výkonu též indikujeme pacienty, kteří nereagují v prvním měsíci na účinnou terapii

prednisonem. Zatím nebyly popsány případy maligní transformace fibrotického procesu.

Závěr

Difuzní proliferativní fibróza nadvarlete je vzácným onemocněním, na které v rámci diferenciální diagnostiky expanzivních procesů nadvarlete musíme myslet. U pacientů postižených tímto onemocněním volíme na podkladě benigního histologického nálezu konzervativní nebo méně radikální operační výkon šetřící orgány skrota.

MUDr. František Kučera

Urologické oddělení, Nemocnice Vyškov
Purkyňova 36, Vyškov 682 01
e-mail: f.kucera@email.cz

Literatura

1. Al-Otaibi L, Whitman GJ, Chew FS. Fibrous pseudotumor of the epididymis. *AJR Am J Roentgenol* 1997; 168: 1586–7.
2. Beccia DJ, Krane RJ, Olsson CA. Clinical management of non-testicular intrascrotal tumors. *J Urol* 1976; 116: 476–9.
3. Bruijnes E, Ladde BE, Dabhoiwala NF, Stukart RA. Fibrous pseudotumor of the tunica vaginalis testis. *Urol Int* 1984; 39: 314–7.
4. Cecchi M, Sepich CA, Pagni GL, Ippolito C, Summonti D, Di Benedetto A et al. Fibrous pseudotumor of the tunica vaginalis testis. A clinical case. *Minerva Urol Nefrol* 1999; 51: 227–30.
5. Coue O, De Pinieux G, Lamy ML, Auberget JL, Galateau-Salle F, Vieillefond A A tunica vaginalis testicular tumor in a 20 year old man. *Ann Pathol* 2000; 20: 633–4.
6. Gogus O, Bulay O, Yurdakul T, Beduk Y. A rare scrotal mass: . Fibrous pseudotumor of epididymis. *Urol Int* 1990; 45: 63–4.
7. Iwata H, Kamizuru M. A case of fibrous pseudotumor in the scrotum. *Hinyokika Kyo* 2001; 47: 445–6.
8. Jones MA, Young RH, Scully RE. Benign fibromatous tumors of the testis and paratesticular region: a report of 9 cases with a proposed classification of fibromatous tumors and tumor-like lesions. *Am J Surg Pathol* 1997; 21: 296–305
9. Krainik A, Sarrazin JL, Camparo P, Vincendeau S, Houlgatte A, Cordoliani YS. Fibrous pseudotumor of the epididymis: imaging and pathologic correlation. *Eur Radiol* 2000; 10: 1636–8.
10. Orosz Z, Besznyak I. Diffuse inflammatory pseudotumor of the testis, the epididymis and the spermatic cord. *Pathol Oncol Res* 1995; 1: 75–9.
11. Polsky MS, Ball TP Jr, Smith RB, Weber CH Jr. Benign fibrous paratesticular tumors. *Urology* 1976; 8: 174–6.
12. Rodríguez-Fernández AM, Sevilla-Chica FI. Pseudotumor fibroso paratesticular. *Patología* 1992; 25: 53–5.
13. Saginoya T, Yamaguchi K, Toda T, Kiyuna M. Fibrous pseudotumor of the scrotum: MR imaging findings. *AJR Am J Roentgenol* 1996; 167: 285–6.
14. Takebayashi K, Fukiova, Nagashima K, Nagakawa T, Kubota M. Immunohistological studies of fibrous pseudotumor of the testicular tunica vaginalis. *Acta Pathol Jpn* 1989; 39: 810–3.
15. Ushida H, Maegawa M, Maekawa S, Maekawa S, Inoue K, Kaneko Y et al. Fibrous pseudotumor of the tunica vaginalis testis: a case report. *Hinyokika Kyo* 2002; 48: 101–3.
16. Woodward PJ, Schwab CM, Sesterhenn IA. Extratesticular scrotal masses: radiologic-pathologic correlation. From the archives of the AFIP. *Radiographics* 2003; 23: 215–40.