

Paratestikulární cystadenom s ovariálním stromatem

MUDr. Radka Bulínová¹, MUDr. Pavel Holan², MUDr. Leoš Handrejch¹, MUDr. Marek Koch¹, MUDr. Jiří Ladman¹

¹Urologické oddělení nemocnice Písek a. s

²Patologické oddělení nemocnice Písek a. s

V následujícím článku prezentujeme kazuistiku pojednávající o prvotně zachyceném případě paratestikulárního cystadenomu s ovariálním stromatem ze skupiny epiteliálních tumorů z paratestikulární tkáně. Jedná se o první zachycený případ na našem pracovišti. Vzhledem k velmi sporadickému výskytu těchto tumorů si jistě zaslouží publikaci a je dobré o možném výskytu těchto vzácných tumorů vědět.

Klíčová slova: paratestikulární cystadenom, nádor varlete.

Paratesticular cystadenoma with ovarian stroma

In the following article we present a case report dealing with the case initially recognized paratesticular cystadenoma with ovarian stroma of epithelial tumors of group paratesticular tissue. This is the first recorded case in our department. Due to very sporadic occurrence of these tumors certainly deserves publication and is good on the possible occurrence of these rare tumors know.

Key words: paratesticular cystadenoma, testicular tumor.

Urol. praxi, 2014; 15(5): 237–238

Úvod

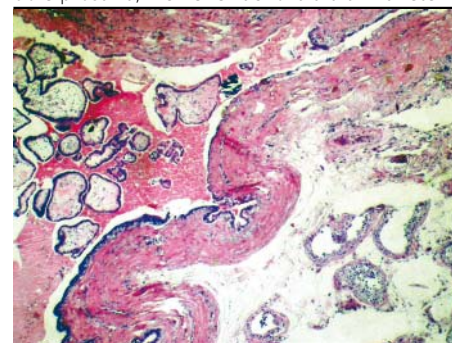
Novotvary varlat představují asi jen 1–1,5 % všech zhoubných nádorů mužů a asi 5 % všech urologických nádorů. Jejich význam spočívá v tom, že postihují mladší muže, ve věkové skupině 15–35 let jsou nejčastějším nádorem mužské populace (1). Jejich incidence z nejasných důvodů v delším časovém sledování nadále stoupá. Incidence v roce 2010 byla 7,86 a mortalita 0,57 na 100 000 osob (2). V porovnání s tímto je výskyt benigních novotvarů varlat a paratestikulárních struktur minimální, vyskytující se přibližně v 1–3 % všech nádorů varlat. Naše kazuistika pojednává o prvotně zachyceném případě paratestikulárního cystadenomu s ovariálním stromatem ze skupiny epiteliálních tumorů z paratestikulární tkáně na našem pracovišti.

Kazuistika

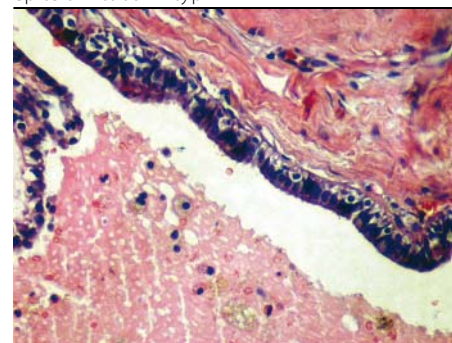
Prezentujeme kazuistiku 44letého muže. Rodiče a sourozenci zdraví, bez onkologického či jiného závažného onemocnění. Pacient jinak celkově zdravý, pouze v dětství častější záněty průdušek a horních dýchacích cest. Operován byl pouze pro úraz pravého loketního kloubu, z dalších úrazů prodělal frakturu pravého předloktí a palce. Občas po námaze vertebrogenní algický syndrom bederní páteře. Alergická anamnéza negativní, z léků užíval pouze občas analgetika při bolesti zad. Pacient je dále vášnivý kuřák nejméně 30 let 20–40 cigaret za den, denně 5 černých káv a 7 velkých piv. Je nezaměstnaný, dříve pomocná síla u technických služeb, rozvedený, žije s přítelkyní. K lékaři jej přivedl nález bulky na pravém varleti, před

prvním vyšetření o ní věděl nejméně rok, nicméně se styděl a na vyšetření nešel, nakonec podlehl naléhání přítelkyně. Udával postupné zvětšování velikosti rezistence, rychlejší v posledním půl roku, bolesti neudával, močové obtíže neměl. Zánět či úraz varlat negoval, ale byl v minulosti několikrát kopnut či udeřen do varlat při potyčkách. Při klinickém vyšetření palpován nerovný okraj a tuhá konzistence v oblasti celého dolního pólu varlete. Ihned provedeno ultrazvukové vyšetření, kde v celé dolní polovině varlete zastižena kulovitá nerovná rezistence o průměru 30 milimetrů, nejasného ohraničení. Ložisko mělo v sonografickém obraze nehomogenní, granulózní texturu s mírně nerovným okrajem a minimálně zřetelným dopplerovským signálem. Nabraná kompletní laboratoř včetně tumor markerů byla zcela v normě. Vzhledem k poškození dolní poloviny varlete neprováděna revize, ale po domluvě s pacientem přistoupeno k radikální orchiektomii vpravo. Při exploraci preparátu na operačním sále tumorózním procesem prostoupena celá dolní polovina varlete, zbytek se zdál bez poškození. Při histologickém vyšetření byl zastižen cystopapilární novotvar tvořený cylindrocylárními elementy s řasinkami, někde oploštělý, vycházející nejspíše z tunica vaginalis testis (obrázky 1, 2). Nebyly prokázány známky invazivního růstu ani angioinvaze. V těsné blízkosti tumoru byla popsána atrofie přiléhajících semenotvorných kanálků. Jinak zbylá tkáň varlete, nadvarlete i spermatického funikulu byla normálního histologického vzhledu. Definitivní histologie byla uzavřena jako paratestikulární cystadenom, jehož epitel je

Obrázek 1. Paratestikulární cystadenom, vpravo dole prosáklá, nicméně zachovalá tkáň varlete



Obrázek 2. Detail cylindrického řasinkového epitelu – tubární typ



identický s výstelkou fallopiánské trubky a stroma odpovídá ovariálnímu. Jednalo se tedy o zvláštní skupinu nádorů – paratestikulární cystadenomy s ovariálním stromatem. Biologické chování nádoru je benigní. Pacient se po výkonu zhojil per primam. Pooperačně bylo provedeno CT břicha a malé pánve, bez patologického nálezu v rozsahu vyšetření, rtg S+P byl v rámci předoperačního vyšetření negativní. Pacient je nadále dispenzarizován.

Diskuze

Ovariální typy epiteliálních nádorů ve varleti jsou poměrně vzácné. Histologicky jsou prakticky identické s ovariálními nádory povrchového epitelu. Nádory ovariálního typu mohou vznikat několika způsoby. Jednak je pravděpodobné, že část z nich vzniká metaplazií z peritoneálního povrchu tunica vaginalis, který vykazuje metaplastický potenciál mülleríanského epitelu. Další část z nich vzniká z appendix testis nebo mohou vznikat z mülleríanských struktur v oblasti spermatického provazce či v prostoru mezi testikulárním parenchymem a nadvarletem. Další teoretickou histogenetickou možností je, zejména u čistě testikulárních nádorů, vznik těchto nádorů jako čistě monodermálně diferencovaných teratomů. Poslední možností je vznik ovariálního typu tumoru v dysgenetické gonádě (3, 4, 8). Ve světové literatuře je popsáno pouze několik desítek těchto nádorů, z nich je velmi málo případů paratestikulárního cystadenomu se strukturami napodobující výstelku fallopiánské trubky (5). Nádory se mohou vyskytovat v širokém věkovém rozmezí mezi 14 a 68 lety, většina se vyskytla u mladých dospělých jedinců. Klinicky se nádory projevují obvykle zvětšením varlete či skrota bez dalších doprovodných příznaků. Vzácně bývá popisována souvislost s hydrokélou (6). Výskyt nádorů je obvykle jednostranný, byl ale popsán jeden případ mucinózního cystadenomu, kdy v kontralaterálním varleti byl nalezen totožný tumor (7). Jde o tumory vycházející z povrchové tuniky, které připomínají epiteliální nádory ovaria. V diferenciální diagnóze je nutno odlišit možnost metastázy z jiného primárního tumoru varlete či prorůstání z okolních struktur. Dále vylučujeme Brennerův tumor, který je v této lokalizaci extrémně vzácný, ale je u něho popsána lokální invaze nádoru s lymfatickou propagací a metastázami v paraaortálních lymfatických uzlinách (3). Vzácným nálezem může být i karcinom z rete testis (10). Dalším typem, který je nutno odlišit od nádorů ovariálního typu, je mezoteliom, světlóbněčný adenom a karcinom nadvarlete (3, 5, 7, 8). Při vyšetření pacienta s podezřením na testikulární nádor je nutno odebrat kompletní podrobnou anamnézu. Důležité je zjistit možnost traumatu nebo

zánětlivou afekci varlete či nadvarlete, včetně možných operačních zákroků v této oblasti. Pacient přichází často na vyšetření pro bolesti ve skrotu či jeho zvětšení, občas udává bolesti spíše tupého charakteru či jen nepříjemné pocity. Při samovyšetření si často nahmatá zvětšení varlete či tuhou rezistenci, dále bulky na varleti či nadvarleti a obalech, velikosti rezistence kolísají od velikosti hrášku až po několika centimetrové rezistence. Dále může jít o náhodný nález při fyzikálním vyšetření pro jiné obtíže, či se může jednat i o zcela náhodný nález při ultrasonografickém vyšetření pro jiné onemocnění skrota jako varikokéla, epididymitida či při diferenciální diagnóze syndromu akutního skrota. Dále se nabírají hodnoty onkomarkerů, tyto jsou u těchto afekcí negativní. Dle EAU Guidelines musí každý pacient s podezřením na testikulární tumor podstoupit inguinální exploraci varlete. Pokud je zřetelné, že se jedná o maligní tumor, pokračuje se v radikální orchiektomii. V případě nejasného nálezu hmoty ve varleti se provádí perioperační biopsie. Na základě sdělení histopatologa se pokračuje v radikální orchiektomii nebo v záchovné operaci. Záchovné operace varlete mají několik přesných indikací. Jedná se o bilaterální testikulární tumor varlete, dále metachronní kontralaterální tumor. Další indikací je tumor v solitárním varleti, kde by objem tumoru měl být menší než 30 % objemu varlete a normální předoperační hladina testosteronu. V případě benigní léze se provede resekce tumoru, pokud je to z anatomického a funkčního hlediska reálné. V 90 % jsou benigního charakteru a k vyléčení vede pouhá radikální orchiektomie. Maligně se chovají v 10 %. U nemocných s nádorem, který byl původně patologem hodnocen jako benigní, se mohou objevit vzdálené metastázy i mnoho let po orchiektomii. A proto, i když se potvrdí nemaligní léze, je nutno dbát na pečlivou dispenzarizaci.

Závěr

S diagnostikou a nálezem benigní tumorů léze varlete se v urologických ordinacích nesetkáváme tak často. K diagnostice slouží primárně podrobná anamnéza, následovaná fyzikálním vyšetřením a odběrem onkomarkerů. Dále pokračujeme zobrazovacím ultrazvukovým

vyšetřením skrota. Při nálezů suspektní léze či tumoru indikujeme operační revizi z inguinálního přístupu. V případě podezření na benigní lézi nebo při indikaci resekce tumoru varlete je doporučeno provést urgentní kryotomové vyšetření peroperační biopsie z tumoru. Dle histologického nálezu se postupuje buďto radikální orchiektomií či resekci tumoru, pokud je to anatomicky, funkčně a z hlediska onkologické bezpečnosti možné. Paratestikulární cystadenom s ovariálním stromatem má primárně benigní chování, ale vzhledem k velmi malému množství jejich výskytu je vhodné pacienta nadále dispenzarizovat.

Literatura

1. Dvořáček J, Babjuk M, et al. Onkourologie. 1. vyd. Praha: Galén 2005: 471–488.
2. Incidence a mortalita tumorů varlat – vývoj v čase [on-line]. [cit. 2013-09-29]. Dostupný z: <http://www.svod.cz/>
3. Hes O, Michal M, Mukenšnabl P, et al. Nádory varlat. 1. vyd. Euroverlag: Plzeň 2007: 213–218.
4. Elliot JE, Klein JRH, Drachenberg DE. Primary testicular mucinous neoplasms: case report and literature review. Can Urol Assoc J. 2010; 4 (4): 112–115.
5. Uschuplich V, Hilsenbeck JR, Velasco CR. Paratesticular mucinous cystadenoma arising from an oviduct-like müllerian remnant: a case report and review of the literature. Arch Pathol Lab Med. 2006; 130 (11): 1715–1717.
6. Albino G, Nenna R, Inchingolo CD, Marucco EC. Hydrocele with surprise. Case report and review of literature, Arch Ital Urol Androl. 2010; 82 (4): 287–290.
7. Nistal M, Revestido R, Pananigua R. Bilateral mucinous cystadenocarcinoma of the testis and epididymis. Arch Pathol Lab Med 1992; 116: 1360–1363.
8. Michal M, Kazakov DM, Kacerovska D, Kuroda N, Lovric E, Wachter DL, Agaimy A, Hes O. Paratesticular cystadenomas with ovarian stroma, metaplastic serous müllerian epithelium, and male adnexal tumor of probable wolffian origin A series of 5 hitherto poorly recognized testicular tumors, Annals of Diagnostic Pathology 2013; 17: 151–158.
9. EAU guidelines [on line]. [cit. 2013-09-29]. Dostupný z: http://www.uroweb.org/gls/pdf/10_Testicular_Cancer.pdf.
10. Slatinová K, Šalomon Z, Labovský M. Karcinom rete testis. Ces Urol 2012; 16 (2): 108–111.

Článek přijat redakcí: 19. 11. 2013

Článek přijat k publikaci: 4. 12. 2013

Autorka prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno farmaceutickou firmou.

MUDr. Radka Bulínová

Urologické oddělení, Nemocnice Písek
Karla Čapka 589, 397 01 Písek
Radka@outlook.cz