

M. Hajný<sup>1</sup>, A. Čermák<sup>1</sup>, D. Pacík<sup>1</sup>, J. Feit<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Urologická klinika LF MU a FN Brno  
přednosta prof. MUDr. Dalibor Pacík, CSc.

<sup>2</sup>Patologicko-anatomický ústav LF MU a FN Brno  
přednosta prof. MUDr. Jirka Mačák, CSc.

# ADENOMATOIDNÝ TUMOR EPIDIDYMYDY: KAZUISTIKA

## KLÍČOVÁ SLOVA

Paratestikulárne nádory  
Adenomatoidný tumor  
Epididymis

## KEY WORDS

Paratesticular tumors  
Adenomatoid tumor  
Epididymis

## SOUHRN

Autori textu predkladajú článok, týkajúci sa problematiky benígnych paratestikulárnych tumorov epididymidy, v článku prezentujú konkrétny prípad pacienta s relatívne zriedkavo sa vyskytujúcim adenomatoidným tumorom epididymidy.

## SUMMARY

ADENOMATOID TUMOR OF EPIDIDYMIS

Author of this text presents article, concerning problems of benign tumors of epididymis, in article is presented concrete case of patient with relatively rare paratesticular adenomatoid tumor of epididymis.

## ÚVOD

Paratestikulárne nádory sú pomerne zriedkavo sa vyskytujúce ochorenia. Sú to predovšetkým mezenchymálne nádory. Takmer 40 % malígnych nádorov tejto lokalizácie tvorí rabdomyosarkóm, na druhom mieste je leiomyosarkóm, zriedkavejšie sa vyskytujú aj liposarkóm a fibrosarkóm. Najčastejšie sa vyskytujúci paratestikulárny nádor je adenomatoidný tumor, ktorý tvorí 30 % paratestikulárnych nádorov [5], k menej častým nádorom benígnej povahy patria leiomyóm a papilárny cystadenóm.

Adenomatoidný tumor bol prvýkrát popísaný Goldenom a Ashom v roku 1945 [1]. Najčastejšou lokalizáciou adenomatoidného tumoru sú paratestikulárne tkanivá, predovšetkým v oblasti epididymis, ale často sa vyskytuje aj vo funiculus spermaticus, tunica albuginea testis, ductus ejaculatorius, pomerne zriedkavo sa môže vyskytnúť aj intratestikulárne, či v oblasti prostaty a suprarenálne [2,3].

Jedná sa o tumor mezoteliálneho pôvodu, tuhšej konzistencie, bledej až žltó-hnedej farby, priemernej veľkosti 1–2 cm [8].

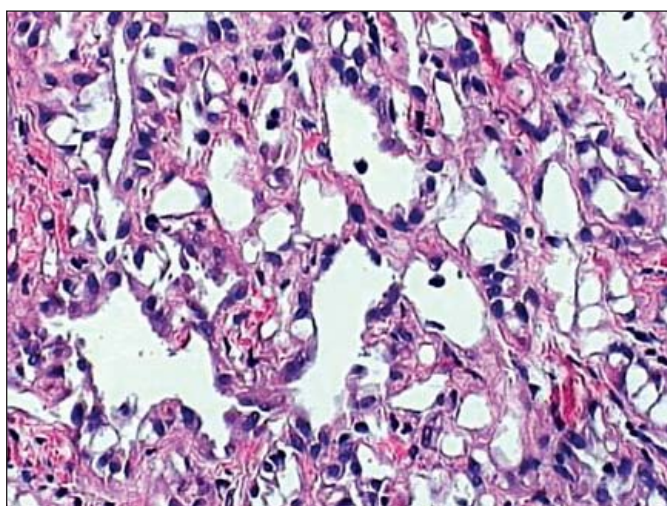
## KAZUISTIKA

Prezentovaný 53ročný pacient bez doterajšej urologickej anamnézy s asi 3ročnou anamnézou asymptomatickej, nebolestivej rezistencie v oblasti ľavé epididymis, stacionárnej veľkosti. Podľa

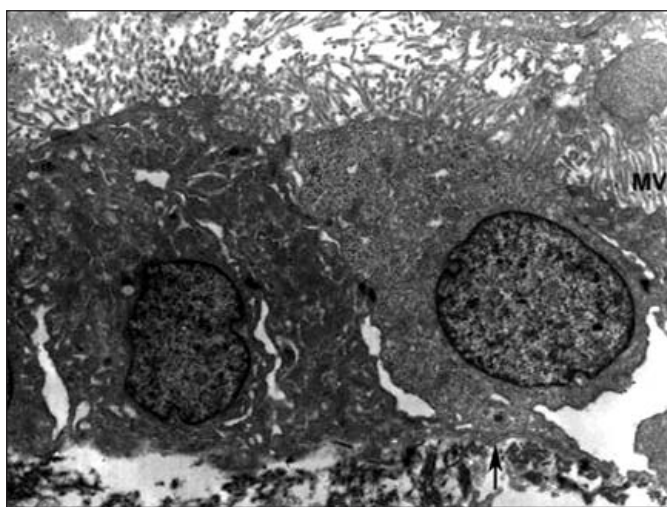
objektívneho vyšetrenia nález imponoval ako konglomerát cýst. Podľa ultrasonografie boli testes bilaterálne normálnej konfigurácie s hladkou kontúrou, bez zjavných ložiskových zmien. V oblasti epididymidy bilaterálne, predovšetkým však vľavo verifikovaná polycystická prestavba, veľkosť cýst do 40 mm. Vpravo bolo ako vedľajší nález popísané rozšírenie venózných štruktúr charakteru incipientnej varikokély, bez známok regurgitácie pri Valsalvovom manévri. Vzhľadom k nie úplne jasnému nálezu bola po oboznámení pacienta uskutočnená revízia ľavého hemiskróta zo skrotálneho prístupu. Peroperačná histológia vylúčila malígny charakter vzorky, preto bola uskutočnená len exstirpácia cysticky zmeneného ľavého epididymis s následným zaslaním materiálu k definitívnemu histologickému vyšetreniu materiálu. Výkon i následný pooperačný priebeh bol bez komplikácií, rana sa hojila per primam intentionem. Pacient bol na 7 pooperačný deň prepustený do domáceho ošetrovania. Po 21 dňoch od operačného výkonu bol pacient objednaný k ambulantnej kontrole, pri ktorej bol bez subjektívnych potiaží, objektívne operačná rana zhojená. Podľa kontrolného ultrasonografického vyšetrenia skróta boli testes bilaterálne bez zjavnej patológie, vpravo menších rozmerov, vľavo epididymis ani cystické štruktúry popísané neboli. Vpravo v oblasti epididymidy boli popísané viacpočetné cesty veľkosti do 10 mm, anechogénneho obsahu, zasahujúce čiastočne aj do oblasti tela epididymidy, vedľajší nález varikokély vpravo s miernou progresiou v zmysle regurgitácie pri Valsalvovom manévri. Podľa histologického



**Obr. 1.** Adenomatoidný tumor - operačný preparát.



**Obr. 2.** Adenomatoidný tumor - mikroskopický preparát.



**Obr. 3.** Adenomatoidný tumor - elektronmikroskopický preparát.

vyšetrenia sa jednalo o benígny proces charakteru adenomatoidného tumoru. Vzhľadom na priaznivý výsledok histologického vyšetrenia bol zvolený ďalší už konzervatívny postup s následnou observáciou.

## DISKUSIA

Adenomatoidný tumor tvorí v priemere 38 % všetkých nádorov epididymidy. Typická lokalizácia je v oblasti hlavy a dolného pólu epididymidy s rovnakou frekvenciou výskytu na oboch stranách [4,5]. Výskyt adenomatoidného tumoru je v širokom vekovom rozmedzí od adolescence po starobu s maximom v 2. až 5. decénii [7].

Jedná sa o benígny tumor, tvorený intraskrotálnymi masami, najčastejšie asymptomatický, priemernej veľkosti 1–2 cm, dosahujúci však i rozmer nad 10 cm. Nejedná sa však o typický benígny tumor, pretože nie je opúzdrený a jeho tumorózne elementy nie zriedkavo prejavujú známky lokálnej infiltrácie do susedných štruktúr, sú však bez malígneho potenciálu [3]. Doteraz neboli popísané žiadne prípady recidív, avšak boli už popísané prípady prechodu do malígnej formy [6].

Mikroskopicky má charakteristickú tubulárnu štruktúru, tvorenú vakuolárnymi bunkami, niekedy až prstencovitého vzhľadu [6]. Imunohistochemicky je pre adenomatoidný tumor charakteristická absencia karcinoembrionálneho antigénu a faktor VIII antigénu, čo výrazne napomáha pri diagnostike ochorenia [4,6].

Vznik adenomatoidného tumoru sa vysvetľuje chronickou iritáciou mezotélia v spojitosti s prítomnosťou hydrokély alebo herniálneho vaku, čo vyvoláva hyperplastickú reakciu v mezotéliu a eventuálny vznik tumoru [6].

## ZÁVER

Aj keď väčšina solídnych mäs v obsahu skróta sú malígne tumory, nádory vychádzajúce z epididymis sú najčastejšie benígne. Zvolenie menej radikálneho chirurgického prístupu s peroperačným stanovením benígneho charakteru procesu postihujúceho epididymis u nášho pacienta umožnilo zachovanie testis na operovanej strane. Definitívne potvrdenie benignity vyšetřovaného materiálu a včasné stanovenie diagnózy umožnilo zvolenie ďalšieho už konzervatívneho postupu na kontralaterálnej strane so zachovaním epididymidy aj testis. Touto kazuistikou je poukazyvané na vhodnosť primárneho menej radikálneho chirurgického prístupu v oblasti epididymidy s presným peroperačným a definitívnym pooperačným histologickým vyšetřením preparátu.

## LITERATÚRA

1. Golden A, Ash J. Adenomatoid tumors of genital tract. *Amer J Pathol* 1945; 21: 63.
2. Jackson JR. The histogenesis of the adenomatoid tumor of the genital tract. *Cancer* 1958; 11(2): 227-350.
3. Fan K, Johnson DF. Adenomatoid tumor of ejaculatory duct. *Urology* 1985; 25(6): 653-654.
4. Manson AL. Adenomatoid tumor of testicular tunica albuginea mimicking testicular carcinoma. *J Urol* 1988; 139(4): 819-820.
5. Samada A, Pereiroa B, Badiola A, Gallegoc C, Zungria E. Adenomatoid tumor of intratesticular localization. *Eur Urol* 1996; 30: 127-128.
6. Liedberg CF. Malignant "adenomatoid" tumour of the epididymis. *Acta Path Microbiol Scand* 1966; 67: 165.
7. Srigley JR, Hartwick RW. Tumors and cysts of paratesticular region. *Pathol Annu* 1990. *Pathol Annu* 1990; 25(2): 51-108.

MUDr. Martin Hajný  
Urologická klinika LF MU a FN Brno