

Case Reports

Intratesticular Epidermal Cyst. A Rare Tumor

Rasool Estakhri*

Department of Pathology, School of Medicine, Liver and Gastrointestinal Diseases Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Received: 8 Oct, 2013 Accepted: 3 Nov, 2013

Abstract

Testicular epidermal cyst is a very rare lesion in approximately 1-2% of testicular tumors. It's also been referred to this lesion as Mono dermal cystic teratoma which is still controversial topic in this regards. In the most cases, the lesion was diagnosed by ultrasound epidermal cysts can be treated by keeping the testicles. In this study we report the clinical and morphological characteristics of left testicular epidermal cysts in a 22 years old patient, with a mass in the right testicle. With Preoperative diagnosis can be removed tumor while maintaining the testes.

Keywords: Epidermal cyst, Testis, Neoplasms

*Corresponding author:

E-mail: estakhri@tbzmed.ac.ir

گزارش موردی

گزارش یک مورد کیست اپیدرمی داخل بیضه (یک تومور نادر)

رسول استخری*

گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

دریافت: ۹۲/۷/۱۶ پذیرش: ۹۳/۸/۱۳

چکیده

کیست اپیدرمال بیضه یک ضایعه بسیار نادر و در حدود ۱-۲٪ تومورهای بیضه می باشد. بعضی از نویسندگان به این ضایعه لفظ تراتوم کیستیک منودرمال را اطلاق می کنند که این موضوع همچنان بحث بر انگیز می باشد. این ضایعه در بیشتر موارد به روش سونوگرافیک قابل تشخیص بوده که در این حالت می توان با حفظ بیضه ها اقدام به درمان نمود. ما در این مطالعه خصوصیات بالینی و مورفولوژیک یک عدد کیست اپیدرمال در بیضه سمت چپ در یک بیمار ۲۲ ساله، با شکایت و یافته بالینی توده بیضه را که اخیرا اندازه آن افزایش یافته بود گزارش می نماییم. در این بیمار در صورت تشخیص قبل از عمل می توان با حفظ بیضه ها تومور را خارج نمود.

کلید واژه ها: بیضه، کیست اپیدرمال، نئوپلاسم

* ایمیل نویسنده رابط: estakhri@tbzmed.ac.ir

مقدمه

قطر توده با دیواره صاف ۲/۵ سانتی متر می باشد (شکل ۱). علایمی به نفع درگیری اپی دیدیم مشاهده نشد ولی چسبندگی شدید به تونیکا آلبوژینه وجود دارد.



شکل ۱: نمای ماکروسکوپی بیضه و کیست درون آن کیست بصورت توده سفید رنگ چسبیده به دیواره داخلی پرده آلبوژینه مشاهده می شود

کیست اپیدرمال داخل بیضه از تومورهای نادر این بافت بشمار می رود (۱). این تومور معمولا در مردان جوان و به ندرت در اطفال مشاهده شده و ۱-۲ درصد از تمام تومورهای بیضه را شامل می شود (۲). تشخیص بالینی این تومور چالش عمده ای را به دلیل دوره بالینی متفاوت ایجاد می کند که باعث احتمال تشخیص اشتباه به عنوان یک تومور بدخیم می گردد. در معاینه سونوگرافی دیدن یک الگوی پوست پیازی تشخیص را تسهیل می کند (۳)، ولی داده های آزمایشگاهی نشان دهنده طبیعی بودن تومور مارکرها است (۴).

گزارش مورد

بیمار آقای ۲۲ ساله از اهالی کردستان با یک ضایعه ظاهرا تومورال در بیضه سمت چپ می باشد. در سونوگرافی یک ضایعه هیپو اکو مشکوک به تومور به قطر ۳ سانتی متر گزارش شده است. بعد از اریکتومی در نمای ماکروسکوپی، بیضه به ابعاد ۳×۳×۵ و

در سمت راست بیشتر از طرف مقابل گزارش شده است و موارد دوطرفه بیشتر با سندرم Klinefelter همراه می‌باشد (۵).

کیست‌های اپیدرمال ضایعات خوش خیمی هستند که اغلب در پوست قرار دارند. چندین احتمال برای منشا تشکیل این کیست‌ها در نظر گرفته شده است از جمله احتمال متاپلازی در اپیتلیوم لوله‌های سمینوفر و متاپلازی در rete testis و یا تشکیل از منشا تراتوم منودرمال برای این کیست‌ها مطرح است. این کیست‌ها اغلب دارای کپسول فیبروتیک در اطراف و مقدار زیاد کراتین در درون خود می‌باشند (۶). در برش‌های سریال و متعدد در مطالعه هیستوپاتولوژی نشانه‌هایی از سایر اجزاء تراتوم و یا ضمایم پوست مشاهده نمی‌شود. این کیست‌ها به تعداد مختصری بیشتر همچنین در مغز و پرده‌های منژ نیز ممکن است دیده شوند (۷). بیماران اغلب در دهه دوم و یا سوم زندگی خود بوده و معمولاً با یک توده بدون درد در بیضه مراجعه می‌کنند هر چند که ممکن است در کودکان و گاهی حتی بصورت دو طرفه نیز مشاهده شوند. قبلاً این کیست‌ها را نوعی تراتوم منودرمال تصور می‌کردند ولی با توجه به اینکه هیچگونه تغییرات پیش بدخیمی در سلولهای داخل کیست‌ها توبولی ژرم سل‌ها برخلاف ضایعات تراتومی مشاهده نمی‌شود (۸). امروزه این به عنوان یک کیست ساده غیر تراتومی شناخته می‌شوند. هر دو روش توتال ارکیکتومی و یا انکلواسیون در درمان این ضایعه کاربرد داشته (۹) و در موارد عمل انکلواسیون نیز هیچ موردی از تهاجم و یا متاستاز گزارش نشده است. در سونوگرافی می‌تواند در زمان تشکیل کیست و مقدار تولید کراتین شکلهای متفاوت نشان دهد (۱۰-۱۱). ولی اگر گزارش سونوگرافی که در آن کیستی با دیواره صاف و مرکز بدون عروق بدون درگیری بافت‌های اطراف کیست گزارش می‌شود قابل اطمینان باشد و یا اگر بتوان به روشهای دیگر تصویربرداری مانند سی تی اسکن و MRI به این اطمینان دست یافت نظر به اینکه سن اغلب بیماران در دهه دوم و سوم زندگی می‌باشد، می‌توان تنها به انکلواسیون توده بسنده نمود. مواردی از متعدد بودن کیست نیز گزارش شده است و در این بیماری هیچ کدام از تومور مارکرهای سرم از قبیل آلفا فئوپروتئین و یا کارسینوما بریونیک آنتی ژن و B.HCG افزایش نمی‌یابد (۱۲-۱۳).

نتیجه‌گیری

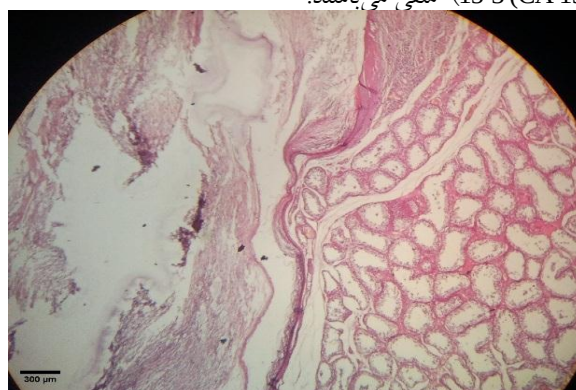
چون هیچ گزارشی از متاستاز این تومور گزارش نشده است در مواردی که شواهد سونوگرافی نشان دهنده کیست اپیدرمال داخل بیضه باشد خصوصاً در بیماران با سن پایین می‌توان با انجام آزمایش فروزن سکشن حین عمل اقدام به جراحی با حفظ بیضه‌ها نمود.

References

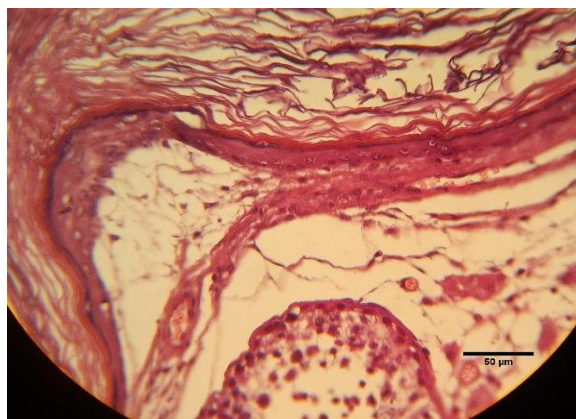
- Wang X, Xu S, Tang D, Li M, Wu D, Huang Y. Prepubertal testicular and paratesticular tumors in China: a single-center experience over a 10-year period. *J Pediatr Surg* 2012; **47**(8): 1576-1580.
- Ramos Pleguezuelos FM, Amerigo J, Vidal PC, Shahrour G, Rodriguez-Arias PC, Marquez LB. Testicular epidermoid cyst. *Arch Esp Urol* 2008; **61**(5): 643-646.

در بررسی میکروسکوپی بافت حاصله، جدار کیستی پوشیده از سلولهای اسکواموس بدون هیچ‌گونه علایم آتپیی و یا دیس-پلازی به همراه مقدار زیاد مواد کراتینی مشاهده می‌شود (شکل ۲ و ۳). در برشهای متعدد هیچ‌گونه بافت مزودرمال و اندودرمال و یا نشانه‌ای از غدد سباسه مشاهده نگردید. در رنگ‌آمیزی ایمنوهیستوشیمی نیز نواحی تومورال weight CK مثبت و برای vimentin منفی می‌باشند. توبولهای مولد اسپرم آتروفی مختصر در اطراف نزدیک ضایعه داشته ولی در بقیه نواحی در حد طبیعی می‌باشند. هیچ نوع علامتی از بدخیمی در توبولهای اسپرماتوژنز مشاهده نمی‌شود.

آزمایشات سرولوژیک برای کشف تومور مارکرهای alpha-Fetoprotein (AFP), beta human chorionic gonadotropin (B-Cancer Antigen (HCG), carcinoembryonic antigen (CEA (CA 15-3 منفی می‌باشند.



شکل ۲: نمای میکروسکوپی با درشت نمایی $\times 10$



شکل ۳: نمای میکروسکوپی با درشت نمایی $\times 40$ پوشش اسکواموس به همراه مقدار زیاد کراتین در درون کیست مشاهده می‌شود

بحث

کیست‌های (Epidermoid keratocyst) بیضه به صورت تومورهای خوش خیم غیر معمول برای اولین بار در سال ۱۹۴۲ توسط Doherty و Priestley توضیح داده شد. شیوع این کیست‌ها

3. Chiong E, Tan KB, Siew E, Rajwanshi A, See H, Esuvaranathan K. Uncommon benign intrascrotal tumours. *Ann Acad Med Singapore* 2004; **33**(3): 351-355.
4. Taskinen S, Fagerholm R, Aronniemi J, Rintala R, Taskinen M. Testicular tumors in children and adolescents. *J Pediatr Urol* 2008; **4**(2): 134-137.
5. Patel K, Sellars ME, Clarke JL, Sidhu PS. Features of testicular epidermoid cysts on contrast-enhanced sonography and real-time tissue elastography. *J Ultrasound Med* 2012; **31**(1): 115-122.
6. Maizlin ZV, Belenky A, Baniel J, Gottlieb P, Sandbank J, Strauss S. Epidermoid cyst and teratoma of the testis: sonographic and histologic similarities. *J Ultrasound Med* 2005; **24**(10): 1403-1409.
7. Ozturk M, Mavili E, Erdogan N, Demirci D. Epidermoid cyst of the testicle: unusual magnetic resonance imaging findings. *Acta Radiol* 2004; **45**(8): 882-884.
8. Yoshida T. MRI of testicular epidermoid cyst. *Radiat Med* 2004; **22**(5): 354-356.
9. Mor Y, Leibovitch I, Duvdevani M, Jacobson J, Fridman E, Ramon J. Scrotal epidermal inclusion cyst clinically mimick polyorchidism in a child: ultrasonic characteristics. *Pediatr Radiol* 2004; **34**(2): 175-176.
10. Martinez Silva VM, Cruceyra BG, Piedra Lara JD, Capitan MC, Carrero Lopez VM, Leiva GO. Testicular epidermoid cyst: report of a new case and bibliographic review. *Arch Esp Urol* 2004; **57**(6): 641-643.
11. Real Teruel CA, Marchetti S, Sali C, Ruggieri M, Vicine D. Epidermoid cyst of the testicle: presentation of a case. *Arch Esp Urol* 1998; **51**(8): 827-828.
12. Tan LTH, Ong KL. Painless benign epidermoid cyst of the testis. *Hong Kong J Emerg Med* 2006; **13**: 235-236.
13. Walsh C, Rushton HG. Diagnosis and management of teratomas and epidermoid cysts. *Urol Clin North Am* 2000; **27**(3): 509-518.