

Paratestikulaarne adenomatoidne tuumor. Haigusjuhu kirjeldus

Kristo Ausmees¹, Gennadi Timberg², Retlav Roosipuu³, Margus Punab¹ – TÜ Kliinikumi
¹androloogiakeskus, ²kirurgiikliinik, ³patoloogiateenistus

adenomatoidne tuumor, munandimanus, paratestikulaarsed healoomulised kasvaja

Adenomatoidne tuumor on kõige sagedasem paratestikulaarne healoomuline kasvaja, mis moodustab umbes 30% kõikidest paratestikulaarsetest beniigsetest uudismoodustistest. Haiguse etioloogia on ebaselge. Lisaks haiguse anamneesile ja objektiivsele läbivaatusele peetakse adenomatoidse tuumori ekstratestikulaarse vormi korral oluliseks ultraheliuuringut.

Adenomatoidne tuumor on kõige sagedasem paratestikulaarne healoomuline kasvaja, moodustades umbes 30% kõikidest paratestikulaarsetest uudismoodustistest (1). Kirjanduse andmetel ei ole leitud, et adenomatoidne tuumor muutuks pahaloomuliseks või retsidiiveeruks selle eemaldamise järel (2).

Esimest korda kirjeldati paratestikulaarset adenomatoidset tuumorit 1945. aastal (3). Kirjanduse andmetel on suurem osa adenomatoidsetest tuumoritest munandimanuse piirkonnas, lisaks võib see esineda ka seemneväadi, eesnäärme ja *tunica albuginea* piirkonnas. Adenomatoidse tuumori leidu on kirjeldatud ka emakas ja munasarjades (2, 4, 5). Enamasti esineb see healoomuline uudismoodustis meestel vanuses 20–60 eluaastat (6).

Adenomatoidne tuumor on mesoteliaalse algega (7), kuid selle etioloogia ei ole siiani selge (8). Arvatakse, et tegemist võib olla põletikust või traumast tingitud muutusega ning seetõttu pole lõplikult selge, kas adenomatoidne tuumor on neoplastiline või reaktiivne protsess (2).

Adenomatoidsete paratestikulaarsete uudismoodustiste enamasti vaevusi ei põhjusta. *Testis*'e palpatsioonil leitakse tavaliselt 0,5–1,5 cm diameetriga ümbritsevatest kudedest tihedama konsistentsiga moodustis. Lisaks anamneesile ja objektiivsele läbivaatusele peetakse adenomatoidse tuumori ekstratestikulaarse vormi korral oluliseks diagnoosimisvõimaluseks ka ultraheliuuringut, kus adenomatoidne tuumor on enamasti

homogeense struktuuriga, teistest kudedest hästi eristatav ning Doppleri ultraheliuuringul normaalse vaskularisatsiooniga (9). Munandimanuse algega tuumor on ultraheliuuringul tavaliselt ümara kuju, homogeense struktuuri ja ehhogeense kajaga, *tunica albuginea*'st pärit tuumor aga enamasti ovaalse kujuga (10, 11). Kuigi ultraheliuuringul on võimalik kasvaja kude eristada paratestikulaarset tsüstist ning kindlaks teha, kas tuumor paikneb ekstra- või intratestikulaarselt, on avaldatud ka andmeid, et adenomatoidne tuumor pole ultraheliuuringul visualiseeritav (5, 12, 13).

Haigusjuht

21-aastane noormees pöördus arsti poole, kaevates poole aasta jooksul esinenud valu ja valulikku palpeeritavat moodustist vasema munandi piirkonnas. Palpeeritav moodustis polnud patsiendi hinnangul poole aasta jooksul suurenenud.

Objektiivsel uuringul oli mõlema munandi maht 25 milliliitrit, vasema munandi ülapoluse ja munandimanuse ülemise ja keskmise kolmandiku piirkonnas oli palpeeritav valulik ekstratestikulaarne lisamass diameetriga 1 cm. Kliinilise diagnoosina vormistati *appendix testis sinistrae*.

Ultraheliuuringul oli vasem munand mõõtmetega 4,3 x 2,7 cm, parenhüüm homogeense struktuuriga ja uudismoodustis ei visualiseerunud. Munandimanuse pea läbimõõt oli 0,9 cm, lisaks

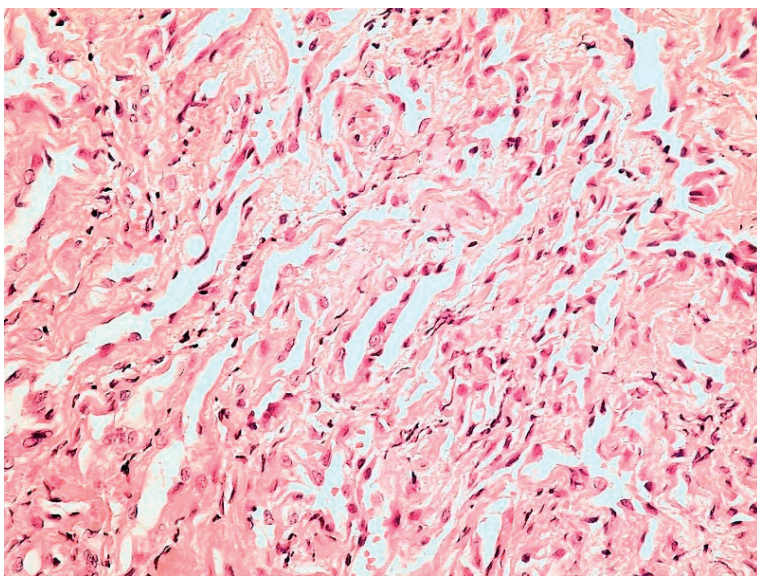


Foto 1. Histoloogiline preparaat adenomatoitse tuumori koest. Mikroskoopiliselt on kasvaja tiheda fibroosse stroomaga, milles paiknevad pilujad tubulaarsed struktuurid. Need on vooderdatud ühe reana asetsevate mesoteliaalsete, kohati käävjate rakkudega. Immuunhistokeemiliselt andsid rakud positiivse reaktsiooni epiteliaalsete rakkude markeriga pan-CK. Leid on iseloomulik adenomatoidsele tuumorile.

tulid paratestikulaarselt esile veidi laienenud veenid. Parem munand oli patoloogiatu. Uuritud munandi kasvaja markerid seerumis olid normi piirides (alfa-fetoproteiin 2,01 IU/mL, kooriongonadotropiin <1,00 IU/L). Raviks määrati patsiendile indometasiini 50 mg 2 korda päevas.

Kolme kuud pärast oli patsiendil munandivalu vähenenud, kuid lisamass vasema munandi ülalpooluse ja munandimanuse ülemise ja keskmise kolmandiku piirkonnas endiselt palpeeritav. Haige suunati operatiivsele ravile.

Operatsioonil leiti munandimanuse ülemise ja keskmise kolmandiku piiril paiknev tihenend, ümbritsevatest kudedest selgelt piirdunud ja munandimanusega seotud lisamass. See vabastati ümbritsevatest kudedest ja eemaldati.

Histoloogilisel uuringul tuvastati munandimanusest või seemnejuhast lähtuv adenomatoidne tuumor. Lõplikuks histoloogiliseks diagnoosiks vormistati *tumor adenomatoides NAS*. Tuumori servades oli koestruktuur normaalne (vt foto 1).

Postoperatiivne kulgu oli tüsistusteta. Ühe kuu möödudes olid uuritud seerumi kasvaja markerid

normi piires (alfa-fetoproteiin 1,69 IU/mL, kooriongonadotropiin <1,00 IU/L). Kompuutertomograafilisel uuringul rindkerest, väikevaagnast ja munandistest patoloogilisi muutusi ei visualiseerunud.

Lõikuse järel kolme ja kuue kuu pärast tehtud sonograafilisel uuringul patoloogilisi muutusi ei täheldatud, ka seerumi kasvaja markerid jäid normi piiridesse. Kuue kuu pärast tehtud spermaanalüüsis olid viljakusnäitajad normi piires.

Kokkuvõte

Tegemist on väga harva esineva haigusega. Konkreetne haigusjuht näitab, kui keeruline on diagnoosida paratestikulaarseid haigusi preoperatiivselt. Praktilises töös on oluline eristada paratestikulaarseid tsüstijaid moodustisi soliidsetest tuumoritest.

Testis'e-välised soliidsed tuumorid võivad olla hea- või pahaloolumulised. Sagedasemateks healoolumulisteks paratestikulaarseteks tuumoriteks on adenomatoidne tuumor, tsüstadenoom, fibroom ja seemnerakuline granuloom. Pahaloolumulistest tuumoritest võivad ekstratestikulaarselt esineda rabdomyosarkoom, mesenhümaalsed tuumorid

ja mesoteliom, aga ka metastaatilised kolded munandi kasvajatest.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleks mõelda *appendix testi'se* ja *appendix epididymidi'se* põletikulistele muutustele, aga ka munandimanuse põletiku esinemisele.

Esmase uuringumeetodina on otstarbekas teha ultraheliuuring. Kuigi ultraheliuuring on skrootumis paiknevate patoloogiate peamine diagnoosimis-

meetod, ei ole adenomatoidset tuumorit teistest paratestikulaarsetest soliidsetest tuumoritest ilma histoloogilise uuringuta enamasti eristada võimalik.

Kirjanduse andmetel soovitatakse ebaselge diagnoosiga skrootumi patoloogiate korral teha operatsiooniaegne kiirbiopsia, mis vähendab oluliselt radikaalse orhiektomia vajalikkust ning säilitab endogeense testosterooni tootmise ja spermatogeneesi munandis (14, 15).

Kirjandus

1. Delahunt B, King JN, Bethwaite PB. Immunohistochemical evidence for mesothelial origin of paratesticular adenomatoid tumour. *Histopathology* 2000;36:109–15.
2. Tammela TL, Karttunen TJ, Makarainen HP. Intrascrotal adenomatoid tumors. *J Urol* 1991;146:61–4.
3. Golden A, Ash JE. Adenomatooid tumors of the genital tract. *Amer J Pathol* 1945;21:63.
4. Mostofi FK, Price EB. Tumors of the male genital system. In: *Atlas of tumor pathology*. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1973.p. 144–51.
5. Manson AL. Adenomatooid tumor of the testicular tunica albuginea mimicking testicular carcinoma. *J Urol* 1988;139:819–20.
6. Samad AA, Pereiro B, Badiola A. Adenomatooid tumor of intratesticular location. *Eur Urol* 1996;30:127–8.
7. Stephenson TJ, Mills PM. Adenomatooid tumors: an immunohistochemical and ultrastructural appraisal of their histogenesis. *J Pathol* 1986;148:327–35.
8. Oyama H, Ogawa M, Mikuriya H. Adenomatooid tumor of testicular tunica albuginea: a case report. *Hinyokika Kyo* 2001;47:661–3.
9. Carmignani L, Gadda F, Gazzano G. High incidence of benign testicular neoplasms diagnosed by ultrasound. *J Urol* 2003;170:1783–86.
10. Mäkäräinen HP, Tammela TL, Karttunen TJ. Intrascrotal adenomatoid tumors and their ultrasound findings. *J Clin Ultrasound* 1993;21:33–7.
11. Kim TJ, Kim SH, Sim JS. Ultrasound findings of an intratesticular adenomatoid tumor. *J Ultrasound Med* 2000;19:227–9.
12. Somers WJ. The sonographic appearance of an intratesticular adenomatoid tumor. *J Clin Ultrasound* 1992;20:479.
13. Feuer A, Dewire DM, Foley WD. Ultrasound characteristics of testicular adenomatoid tumors. *J Urol* 1996;155:174–5.
14. Heidenreich A, Moul JW, Srivastava S. Synchronous bilateral testicular tumours and contralateral benign tumours. *Scand J Urol Nephrol* 1997;31:389–92.
15. Richie JP, Steele GS. Tumors of testicular adnexa. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED Jr, eds. Philadelphia: WB Saunders;2002:p.2911–2.

Summary

Paratesticular adenomatoid tumor – case report

An adenomatoid tumor is the most common paratesticular benign tumor that accounts for approximately 30% of all paratesticular benign neoplasia. According to literature, most adenomatoid tumors are located in epididymis, but have also been found in seminal ducts, prostate and tunica albuginea. Etiology is still unknown. Important methods in diagnosing an extratesticular form of adeno-

matoid tumor include anamnestic data and physical examination, as well as ultrasound imaging. Reported data recommends rapid perioperative biopsy in case of unspecified scrotal pathologies, which in turn reduces the need for radical orchiectomy and preserves endogenous testosterone production as well as spermatogenesis.

kristo.ausmees@kliinikum.ee