

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Ш. Г. Човелидзе¹, Т. Гетта², Х. Лабабиди¹

СЛУЧАЙ ЛЕЙДИГОМЫ ЯИЧКА, ОБНАРУЖЕННОЙ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПО ПОВОДУ БЕСПЛОДИЯ С ДВУСТОРОННИМ ВАРИКОЦЕЛЕ

¹Региональная больница, Санс, Франция

²Парижский урологический центр, Париж, Франция

У 33-летнего пациента, обследовавшегося по поводу бесплодия и двустороннего варикоцеле, был обнаружен небольшой опухолевый узел в левом яичке. При срочном интраоперационном исследовании узел оказался лейдигомой. В связи с наличием эндокринной патологии больному была проведена экономная операция — энуклеация узла. Генеративная функция после операции восстановилась. Через 6 лет у больного развилась опухоль аналогичной структуры в противоположном яичке и он подвергся правосторонней орхиэктомии. Через 3,5 года после второй операции у больного нет признаков рецидива.

Ключевые слова: лейдигома, лейдигома и бесплодие, органосохраняющие операции при лейдигомах.

A small Leydig-cell tumor was discovered in the left testis of a 33-year old infertile patient with bilateral varicocele. Taking into consideration his endocrine pathology we performed conservative surgery consisting of enucleation of the tumor. The patient restored his fertility but developed a Leydig-cell tumor in the right testis 6 years later. The patient does well after 3.5 years following right orchectomy.

Key words: Leydig-cell tumor, Leydig-cell tumor in infertile patients, conservative surgery for Leydig-cell tumors.

Лейдигома — редкая опухоль яичка — составляет от 1 до 3% всех новообразований этого органа [5; 7]. Лейдигомы у взрослых встречаются чаще в возрасте от 20 до 50 лет, а у детей — в возрасте от 5 до 9 лет [3; 5; 7]. Проявления болезни могут быть разнообразными — часто имеются симптомы гипогонадизма, двусторонняя гинекомастия, встречаются случаи асимметричной гинекомастии, которая может возникнуть за несколько лет до местного проявления болезни, а также импотенция с частым снижением либидо, бесплодие с олигоастенотератоспермией или азооспермией [1; 3; 4; 7; 8]. В последнее время лейдигомы небольших размеров чаще стали выявляться в связи с исследованием больных по поводу бесплодия или нарушения сексуальной функции — импотенции, снижения либидо [6; 7]. Доброкачественные варианты этой опухоли микроскопически представлены мноморфными клетками Лейдига без выраженных признаков атипии [4; 7; 8]. Гистологическая диагностика злокачественных форм затруднена из-за отсутствия надежных критериев

малигнизации. Наличие сосудистых эмболов — наилучший критерий злокачественности и может быть обнаружен в 75% случаев [2; 7].

Мы приводим случай обнаружения лейдигомы при исследовании бесплодного мужчины с двусторонним варикоцеле. Это один из 4 случаев лейдигом, выявленных у 725 бесплодных больных, прошедших обследование с 1990 по 2002 г в отделении урологии больницы Тенон в Париже (заведующий проф. А. Габриэль).

Больной Г. 33 лет обратился в клинику по поводу бесплодия. При обследовании больного обнаружено двустороннее варикоцеле (стадия III слева; стадия II справа). На спермограмме отмечена олигоастенотератозооспермия: количество сперматозоидов 6,5 млн/мл, подвижность через 1 ч — 20%, через 4 ч — 5%, атипические формы — 80%.

При биохимическом исследовании крови содержание гормонов было следующим: тестостерон 2,1 нг/мл; эстрогены (Е2) 75 нг/мл; ФСГ 12,6 МЕ/л; ЛГ — в пределах нормы. Во время пальпации мошонки была случайно обнаружена опухоль в левом яичке. Согласно протоколу, применяемому в отделении, больному проведена микрохирургическая операция



Рисунок 1. Гистологическая картина энуклеированного узла. Мономорфные клетки Лейдига. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 40$.

коррекции варикоцеле и двусторонняя биопсия яичек. При обследовании левого яичка в нижнем полюсе обнаружен узел диаметром 8 мм, твердый, хорошо инкапсулированный, желто-коричневого цвета.

Произведена энуклеация узла с отступом от края опухоли на 0,5 см. Срочное гистологическое исследование показало наличие доброкачественной лейдигомы. При плановом гистологическом исследовании диагноз подтвердился, под микроскопом видны мономорфные клетки Лейдига без признаков полиморфизма. Редко наблюдаются внутрицитоплазматические включения — кристаллы Рейнке (рис. 1). По данным двусторонней двойной биопсии яичка выявлены гипосперматогенез и задержка созревания на стадии сперматоцита II. С учетом морфологического строения опухоли, наличия капсулы и размеров, а также факта бесплодия было решено ограничиться проведенной операцией и сохранить левое яичко. Динамика гормонов в периферической крови — уровень эстрадиола нормализовался через 48 ч, уровень тестостерона — через 1 мес, уровень ФСГ менее 10 МЕ/л через 2 мес, объем и размеры яичка, которые были уменьшены, нормализовались также через 2 мес. Отмечено явное улучшение спермограммы (эффект лечения варикоцеле): как количества сперматозоидов 27,5 млн/мл, так и их подвижности с последующим восстановлением фертильности.

Больной находился под наблюдением, ему проводили эходопплерографию мошонки, исследовали гормональный статус. Через 6 лет после операции в 1999 г. в правом (контралатеральном) яичке обнаружен опухолевый узел диаметром 1,8 мм. Больного срочно прооперировали. Интраоперационное гистологическое исследование подтвердило наличие доброкачественной лейдигомы правого яичка. Больному была произведена правосторонняя высокая орхэктомия. В настоящее время, при систематическом наблюдении в течение 3,5 года, никаких симптомов болезни не выявлено.

Данный случай показывает, что энуклеация лейдигомы является равноценной альтернативой орхэктомии, что признано многими хирургами [3; 6; 7]. Особенно важно проведение щадящей операции у больных, страдающих бесплодием, при осуществлении тщательного контроля и наблюдения в условиях специализированного медицинского учреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Caron P. J., Bennet A. P., Plantavid M., Louvet J. P. Luteinizing hormone secretory pattern before and after removal of Leydig cell tumor of the testis // *Eur. J. Endoc.* — 1994. — Vol. 131. — P. 156—159.
2. Daniel L., Lechevallier E., Liprandi A. et al. Tumeur maligne à cellules de Leydig sécrétant de la progestérone // *Prog. Urol.* — 1998. — Vol. 8. — P. 1047—1050.
3. Danjou P., Cavois G., Gilliot P. et al. Tumeurs testiculaires à cellules de Leydig à priori bénignes: énucléation ou orchidectomie radicale? // *Prog. Urol.* — 1993. — Vol. 3. — P. 234—237.
4. Davidoff M. S., Schulze W., Middendorff R., Holstein A. F. The Leydig cell of the human testis — a new member of the diffuse neuroendocrine system // *Cell Tissue Res.* — 1993. — Vol. 271. — P. 429—439.
5. Gana B. M., Windsor P. M., Lang S. et al. Leydig cell tumor // *Br. J. Urol.* — 1995. — Vol. 75. — P. 673—685.
6. Horstman W. G., Haluszka M. M., Burkhard T. K. Management of testicular masses incidentally discovered by ultrasound // *J. Urol.* — 1994. — Vol. 151. — P. 1263—1265.
7. Kalfon A., Abram F., Kirsch-Noir F. et al. Les tumeurs testiculaires à cellules de Leydig. A propos de 10 observations // *Progrès en Urologie.* — 1999. — Vol. 9. — P. 199—304.
8. Middendorff R., Mayer B., Holstein A. F. Neuroendocrine characteristics of human Leydig cell tumours // *Andrologia.* — 1995. — Vol. 2. — P. 351—355.

Поступила 20.10.2003