

Громов А.И.,<sup>1</sup> Прохоров А.В.<sup>2</sup>

## Эпидермоидные кисты мошонки, осложненные абсцедированием (обзор клинических наблюдений)

1 - Научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения города Москвы, 2 - Городская клиническая больница № 57, лечебно-диагностическое подразделение № 1, г. Москва

Gromov A. I., Prokhorov A. V.

### Epidermoid cysts of the scrotum, complicated with abscess formation (a review of clinical observations)

#### Резюме

Статья посвящена клинико-эхографической диагностике эпидермоидных кист мошонки, осложненных развитием абсцесса. За 20-летний период мы наблюдали 2 пациентов в возрасте 41 года и 39 лет с эпидермоидными кистами мошонки, осложненных абсцедированием. В обоих случаях пациенты имели неблагоприятный иммунодефицитный коморбидный фон (страдали инсулинозависимым сахарным диабетом 2 типа и ожирением) и пытались «выдавить» содержимое эпидермоидных кист, что привело к разрыву кист и последующему их нагноению. Приводится подробное описание одного из этих наблюдений. Несмотря на то, что нагноившиеся эпидермоидные кисты мошонки проявлялась типичными для гнойного воспаления местными и общими клинико-лабораторными симптомами, лишь только благодаря применению высокочастотного ультразвукового исследования мошонки удалось поставить правильный диагноз, исключить другие острые заболевания пахово-мошоночной области, уточнить стадию воспаления (степень зрелости абсцесса) и выбрать правильную тактику лечения.

**Ключевые слова:** эпидермоидные кисты мошонки, абсцесс мошонки, ультразвуковое исследование

#### Summary

The article is devoted to clinical and sonographic diagnosis of epidermoid cysts of the scrotum, complicated with abscess. For the 20-year period, we observed 2 patients aged 41 years and 39 years with epidermoid cysts of the scrotum, complicated with abscess formation. In both cases, the patients had comorbid adverse immunodeficient background (suffered from insulin dependent diabetes mellitus type 2 and obesity) and tried to "squeeze" the contents of epidermoid cysts, which led to the rupture of the cysts and their subsequent suppuration. Provides a detailed description of one of these observations. Despite the fact that festering epidermoid cysts of the scrotum manifested typical purulent inflammation local and systemic clinical and laboratory symptoms, only through the application of high frequency ultrasound of the scrotum were able to make the correct diagnosis, to exclude other acute diseases of the inguinal-scrotal region, to clarify the stage of inflammation (the degree of maturity of an abscess) and choose the right tactics of treatment.

**Key words:** epidermoid cysts of the scrotum, scrotal abscess, ultrasound

#### Введение

Экстратегикулярные эпидермоидные кисты мошонки относятся к малоизученным и редким заболеваниям [1]. Публикации в литературе, посвященные эпидермоидным кистам мошонки, немногочисленны и представлены описанием единичных наблюдений. Эпидермоидные кисты мошонки встречаются, преимущественно, в клинической практике врачей урологов и андрологов. Они характеризуются, как правило, благоприятным течением и при небольших размерах обычно клинически себя ничем не проявляют [1, 2, 3]. Осложнения эпидермоидных кист наблюдаются крайне редко. К ним относятся случаи травматического разрыва кист с развитием гематомы мошонки

и инфицирования кист [1, 3 - 5]. Описаны единичные наблюдения бластоматозной трансформации эпидермоидной кисты мошонки в различные виды кожного рака (чешуйчатоклеточную, базально-клеточную или плоскоклеточную карциному), а также в Т-клеточную лимфому и меланому *in situ* [1, 4, 5]. К наиболее распространенным факторам, провоцирующим развитие подобных осложнений эпидермоидных кист, относятся попытки «выдавливания» содержимого кисты самим пациентом, различные ушибы мошонки, частую травматизацию кист в виде потертостей мошонки, возникающих при ношении тесного синтетического нижнего белья и несоблюдении надлежащих правил гигиены наружных половых органов [1 - 5].

**Цель работы:** изучить клинико-эхографическую характеристику эпидермоидных кист мошонки, осложненных абсцедированием, на основе анализа двух редких наблюдений.

### Материалы и методы

За 20-летний период (1995 - 2015 г.г.) в урологических отделениях ГКУБ № 47 и ГKB № 57 г. Москвы мы наблюдали всего 14 случаев эпидермоидных кист мошонки, среди которых у 2 (14,3%) пациентов в возрасте 41 года и 39 лет течение эпидермоидных кист осложнилось развитием абсцесса мошонки. Оба случая являются схожими между собой по этиопатогенезу, клинико-лабораторным и эхографическим проявлениям. Эпидермоидные кисты мошонки у наших пациентов были множественные, появились несколько лет назад и в целом не причиняли беспокойства. В обоих случаях пациенты имели неблагоприятный иммунодефицитный коморбидный фон в виде инсулинозависимого сахарного диабета 2 типа и ожирения и пытались неоднократно самостоятельно «выдавить» содержимое эпидермоидных кист. Нагноившиеся эпидермоидные кисты мошонки проявлялась типичными для гнойного воспаления местными и общими клиническими и лабораторными признаками. Эхографическая картина осложненных эпидермоидных кист мошонки была представлена зрелым (инкапсулированным) абсцессом мошонки и диагностических трудностей при интерпретации не представляла. Лечение осложненных эпидермоидных кист в обоих случаях было хирургическим (иссечение нагноившихся кист мошонки) и сопровождалось благоприятным исходом. В качестве иллюстрации приводим одно из этих наблюдений.

### Результаты и обсуждение

Пациент О., 39 лет (история болезни № 12345/2011) самостоятельно обратился в клинику урологии с жалобами на увеличение левой половины мошонки, сопровождающееся резкой болью, гипертермию до 38° С, озноб, слабость. Заболел остро. После неудачной очередной попытки «выдавить» опухолевидное образование левой по-

ловины мошонки желтоватого цвета отметил покраснение и значительное болезненное увеличение образования в размерах. В дальнейшем присоединились гипертермия до 38,5° С, озноб, потливость, слабость. Самостоятельное лечение в течение 3 суток с применением спиртосодержащих компрессов на мошонку, пероральных антибактериальных и противовоспалительных средств было без эффекта. Самочувствие с каждым днем ухудшалось, отек мошонки нарастал, сохранялись ежедневная гипертермия до 38° С в вечерние часы, ознобы, слабость и потливость. Из анамнеза известно, что пациент и ранее, примерно, в течение 3 лет эпизодически осуществлял «выдавливание» подобных мелких образований мошонки с получением творожистого отделяемого, каких-либо осложнений при этом не отмечал. Из сопутствующих заболеваний: в течение 5 лет страдает инсулинозависимым сахарным диабетом 2 типа, ожирением 2 стадии. При поступлении состояние пациента расценено как средней тяжести. Температура тела 37,5° С. Повышенного питания (рост – 177 см, масса тела – 116 кг, индекс массы тела – 38 кг/см<sup>2</sup>). Со стороны внутренних органов отклонений не выявлено. АД – 140/80 мм. рт. ст. Пульс – 92 уд/мин. Местный статус: наружные половые органы развиты правильно. Обращает на себя внимание неопрятность пациента: повышенная потливость мошонки и неприятный телесный запах. Мошонка асимметрично увеличена в размерах за счет левой половины, слегка отечная и гиперемированная. В левой половине мошонки имеется опухолевидное образование синюшно-багрового цвета размерами 30x30 мм, кожа над образованием мацерирована, напряжена (рис. 1). Образование мошонки при пальпации плотноэластической консистенции, резко болезненное и горячее наощупь. Флюктуация мошонки отчетливо не определяется. В правой половине мошонки при пальпации дополнительно выявлены 2 подвижных округлых безболезненных образования плотной консистенции и небольших размеров. Правое яичко и придаток при пальпации не изменены. Пальпация левого яичка и придатка из-за выраженных болей в левой половине мошонки затруднена. Патологических выделений из уретры нет. Мочепуска-



Рис. 1. Эпидермоидная киста мошонки с абсцедированием (внешний вид)

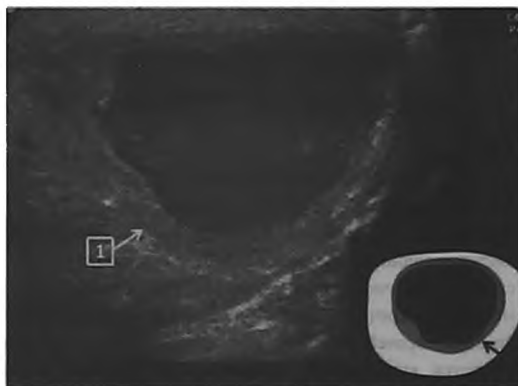
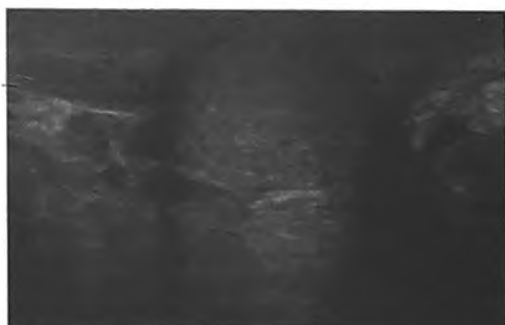


Рис. 2. Эхография мошонки. Нагноение эпидермоидной кисты с формированием зрелого абсцесса. 1 и 2 (схема) – пиогенная капсула абсцесса



**Рис. 3.** Эходоплерография мошонки. Усиление сосудистого рисунка по ходу пиогенной капсулы как признак абсцедирующей эпидермоидной кисты



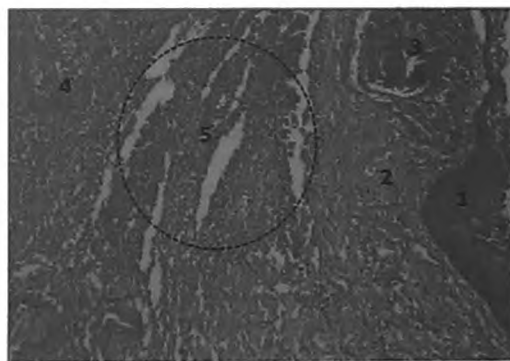
**Рис. 4.** Эхография мошонки. Дополнительная неосложненная эпидермоидная киста мошонки

ние свободное, безболезненное. Предстательная железа и семенные пузырьки при пальцевом ректальном исследовании не изменены. В анализе крови отмечено снижение гемоглобина до 108 г/л, лейкоцитоз ( $12,5 \times 10^9/\text{л}$ ), палочкоядерный сдвиг до 12%, лимфоцитопения (лимфоциты – 15%, моноциты – 2%), повышение СОЭ до 32 мм/час. Глюкоза крови повышена до 12 ммоль/л. Анализ мочи без особенностей. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) мошонки с применением высокочастотного линейного датчика 6 – 16 МГц и аппарата экспертного класса Voluson E8 (GE, США) яички и придатки не изменены, в стенке левой половины мошонки определяется жидкостное неоднородное (с взвесью) образование 35 x 32 x 36 мм (21 см<sup>3</sup>), окруженное гипозоногенной капсулой неравномерной толщины (3 – 5 мм) и «венчиком» гиперемии (в виде доплерографического симптома «пылающего кольца», указывающего на абсцесс мошонки) (рис. 2, 3). Дополнительно в правой половине мошонки выявлены 2 внутрикожных гипозоногенных и инкапсулированных образования, округлой формы, размерами 10 x 15 x

10 мм и 8 x 6 x 8 мм, лишенных внутренних сосудистых сигналов при доплерангиографии (рис. 4). С учетом клинико-лабораторной картины и данных УЗИ установлен урологический диагноз: эпидермоидные кисты обеих половин мошонки, осложнение эпидермоидной кисты левой половины мошонки с развитием зрелого абсцесса мошонки. Под внутривенным обезболиванием и местной инфильтрационной анестезией произведено хирургическое вмешательство - иссечение абсцесса левой половины мошонки. На разрезе содержимое нагноившейся эпидермоидной кисты представляло собой творожистый гнойный детрит, имбибированный сгустками измененной крови, и имело зловонный запах (рис. 5). Патоморфологическое исследование подтвердило наличие абсцесса мошонки (рис. 6). При посеве гнойного содержимого получен рост кишечной флоры (*E. coli* и *Enterobacter*). Послеоперационный период протекал без осложнений. После заживления раны в удовлетворительном состоянии пациент был выписан домой. При обследовании через 3 месяца состояние пациента удовлетворительное, жалоб



**Рис. 5.** Макропрепарат удаленной эпидермоидной кисты мошонки, осложненной абсцедирующей. Творожистый гнойный детрит, имбибированный сгустками крови (разрыв кисты с нагноением)



**Рис. 6.** Микропрепарат удаленной эпидермоидной кисты мошонки, осложненной абсцедирующей (фрагмент). Увеличение X 100, окраска гематоксилином и эозином. 1 – эпидермис, 2 – дерма, 3 – полнокровный сосуд, 4 – инфильтрация дермы полиморфноядерными лейкоцитами, 5 – зона гистоллиза дермы со скоплением полиморфноядерных лейкоцитов и формированием абсцессов

не предъявляет. Эпидермоидные кисты правой половины мошонки при УЗИ в размерах не изменились. Даны рекомендации о недопустимости «выдавливания» эпидермоидных кист правой половины мошонки, назначено динамическое УЗИ мошонки через 6 месяцев.

Обсуждение случая. В описанном наблюдении наиболее вероятным механизмом развития абсцесса мошонки является травматический разрыв эпидермоидной кисты мошонки с развитием гематомы и последующем ее нагноением на фоне недостаточной гигиены наружных половых органов и сопутствующего сахарного диабета. Примеров подобных осложнений эпидермоидных кист мошонки в литературе встретить не удалось. Несмотря на то, что нагноившаяся эпидермоидная киста мошонки проявлялась типичными клинико-лабораторными симптомами гнойного воспаления, лишь только благодаря высокоразрешающему УЗИ (свыше 7 МГц) удалось поставить правильный диагноз, исключить другие схожие острые заболевания пахово-мошоночной области, уточнить стадию воспаления (степень зрелости абсцесса) и выбрать правильную тактику лечения.

### Заключение

У пациентов с неблагоприятным иммунодефицитным фоном возможно осложненное течение эпидермоид-

ных кист мошонки в виде развития абсцесса мошонки. Применение высокоразрешающего УЗИ мошонки в этих случаях позволяет уточнить диагноз и последующую тактику лечения. Как показывает наш небольшой опыт, необходимо всем врачам (прежде всего - урологам, андрологам, дерматологам и хирургам), кто обычно встречается в своей работе с эпидермоидными кистами мошонки, объяснять таким пациентам о недопустимости «выдавливания» кист во избежание развития подобных осложнений, а в некоторых случаях – возможно и предлагать превентивное оперативное вмешательство: вылушивание наиболее крупных по размеру солитарных эпидермоидных кист мошонки. ■

*Грамов А.И., Научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения города Москвы, директор, профессор, доктор медицинских наук., Москва, Прохоров А.В., Городская клиническая больница № 57, лечебно-диагностическое подразделение № 1, заведующий отделением ультразвуковой диагностики, кандидат медицинских наук, Москва, Автор, ответственный за переписку - Прохоров Андрей Владимирович, домашний адрес: 105037, Москва, 3-я Парковая ул., дом 37, кв. 5; botex@rambler.ru, +7(916)847-69-40*

### Литература:

1. Zabkowski T., Wajszczuk M. Epidermoid cyst of the scrotum: a clinical case. *J. Urol.* 2014; 11(3): 1706-9.
2. Bologna J.L., Jorizzo J.L., Schaffer J.V., et al. *Dermatology*. 3rd ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2012. Chap 37. P. 1817-27.
3. Lee S.J., lee J.H., Jeon S.H., Kim M.J. Multiple epidermoid cysts arising from the extratesticular scrotal, spermatic cord and perineal area. *Korean J. Urol.* 2010; 51: 505-7.
4. Correa A.F., Gayed B.A., Tublin M.E., Parwani A.V., Gingrich J.R. Epidermal inclusion cyst presenting as a palpable scrotal mass. *Case Rep Urol.* 2012; 2012:498324. doi: 10.1155/2012/498324. Epub 2012 Oct 9.
5. Swygert K.E., Parrish C.A., Cashman R.E., Lin R., Cockerell C.J. Melanoma in situ involving an epidermal inclusion (infundibular) cyst. *Am. J. Dermatopathol.* 2007; 29(6): 564-5.