

Случай неэпителиальной опухоли полового члена

И.Н. Ларионов¹, Н.Ю. Белозеров¹, А.Л. Лозоватор¹, Г.В. Романов¹, Н.В. Углова¹, В.Е. Гажонова²

¹ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» УД Президента РФ

²ФГБУ «Учебно-научный центр» УД Президента РФ

Описан клинический случай диагностики редкой неэпителиальной опухоли полового члена – гигантской кондиломы Бушке–Левенштейна. Тщательный осмотр, КТ, УЗИ не позволили однозначно установить диагноз. Проведение гистологического и цитологического исследования, а также оценка анамнеза сыграли решающую роль в постановке правильного диагноза.

Ключевые слова: неэпителиальные опухоли полового члена, гигантская кондилома Бушке–Левенштейна, лимфатические узлы, диагностика и лечение.

Diagnostics of a rare non-epithelial tumour on the penis – gigantic Bushke-Levenstein condyloma- is described. A thorough examination, CT and ultrasound diagnostics could not provide a clear diagnosis. Histological and cytological examinations as well as the patient's anamnesis have played a key role in putting correct diagnosis.

Key words: non-epithelial tumours, gigantic Bushke-Levenstein condyloma, lymphatic nodes, diagnostics and treatment.

Большинство опухолей полового члена имеют эпителиальное происхождение. Неэпителиальные опухоли встречаются редко. Новообразования обеих групп принято делить на доброкачественные и злокачественные, некоторые доброкачественные опухоли расценивают как предраковые заболевания. Одной из особенных опухолей является гигантская кондилома Бушке–Левенштейна, которая считается предраковым заболеванием кожи полового члена. Способствуют развитию остроконечных кондилом вирусы папилломы человека [1, 2]. Это заболевание обычно ассоциируется с 6-м или 11-м типом вируса папилломы человека и может встречаться в различных возрастных и социальных группах [2–6].

Это заболевание описано в 1925 г. Abraham Buschke и Ludwig Loewenstein, которые выявили не только сходство между кондиломами, сквамозным раком полового члена и этим заболеванием, но и отличия от них в клиническом течении и гистологической характеристике. Хотя это и доброкачественное новообразование, зачастую оно в своем местном проявлении подобно злокачественной опухоли: инфильтрирует окружающие ткани, часто рецидивирует.

Первые признаки заболевания – появление мелких бородавчатоподобных узелков или элементов типа папиллом или конечных кондилом, располагающихся в области венечной борозды, на стволе полового члена или на внутреннем листке крайней плоти. В ряде случаев гигантская кондилома развивается на фоне фимоза или возникновение фимоза является следствием заболевания. Элементы растут быстро, между собой сливаются, образуя очаг поражения с широким основанием, поверхность которого представлена вегетациями и ворсинчатоподобными образованиями, разделенными бороздами. По мере роста опухолей вегетации становятся более выраженными, поверхность их покрывается роговыми чешуйками, мацерируется, нередко сопровождается вторичным инфицированием. У половины больных увеличение размеров паховых лимфоузлов обусловлено воспалительной реакцией на инфицирование поверхности опухоли. С учетом того, что опу-

холь имеет склонность к местному инвазивному росту, для уточнения диагноза показана глубокая биопсия с участком подлежащей ткани.

В литературе, посвященной данному заболеванию, приводятся различные методики лечения: химиотерапия, лучевая терапия. Но основным считается хирургический метод.

Мы хотим представить наш опыт диагностики и лечения гигантской кондиломы Бушке – Левенштейна.

П а ц и е н т С., 58 лет, поступил в плановом порядке с жалобами на опухоль в области полового члена. При сборе анамнеза стало известно, что 28 лет назад (1980 г.) впервые стал отмечать изменения в области крайней плоти по типу фимоза, также рецидивировал воспалительный процесс на головке полового члена. К врачам не обращался, применял различные «противовоспалительные» мази с временным эффектом. 18 лет назад (1990 г.) отметил появление циркулярной «опухли», головка полового члена практически перестала обнажаться. В дальнейшем (2000 г.) на внутреннем листке крайней плоти появились дифференцируемые участки уплотнения, которые разрастались. На фоне прогрессирования заболевания отмечал зуд, воспаление, кровоточивость, выделения из препуциального мешка с неприятным запахом.

При первичном осмотре в урологическом отделении ФГУ «ОБП» отмечено наличие циркулярной опухоли каменистой плотности в области крайней плоти, мацерированной, с участками воспаления и ороговения. Головка полового члена не обнажается, подпаяна к измененной крайней плоти. Мошонка несколько увеличена за счет двустороннего гидроцеле. С двух сторон в паховой области пальпировались увеличенные, паховые безболезненные, смещаемые лимфоузлы, также определялось расширение вен гроздьевидного сплетения с двух сторон (рис. 1).

Учитывая необходимость проведения дифференциальной диагностики с раком полового члена, оценки степени распространения заболевания, было предпринято комплексное обследование.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) в области головки и крайней плоти определялась папиллярная



Рис. 1. Изменения полового члена, выявленные при первичном осмотре.

опухоль, циркулярно охватывающая кавернозные тела и спонгиозное тело и распространяющаяся в проксимальном направлении на 4–5 см. Опухоль не нарушала структуру кожи полового члена и не распространялась в глубь кавернозных тел и спонгиозного тела. Опухоль была гипэхогенной и располагалась в толще оболочек полового члена. Отмечалась некоторая прерывистость контуров белочной оболочки. При УЗ-ангиографии опухоль была гиперваскулярна. Кавернозные тела были с явлениями приапизма (рис. 2). При УЗИ паховых лимфатических узлов отмечалось двустороннее изменение их структуры. В паховой области справа (ближе к мошонке) определялись измененные лимфатические узлы 1,5x0,8 и 1,1x0,7 см, эхогенность их была снижена. Кортико-медуллярная дифференциация также снижена. Кровоток был деформирован, с наличием множественных подкапсульных мелких сосудов. В более глубоких отделах на том же уровне визуализировался лимфатический узел 0,9x0,5 см аналогичной структуры, с аналогичным кровотоком. Выше по ходу пахового канала выявлялся лимфатический узел 1,2x0,8 см с менее выраженными вышеописанными признаками, но с наличием измененной васкуляризации. Выше по ходу пахового канала справа определялся узел 3,3x1,2 см обычной структуры, с частично измененной васкуляризацией. В паховой области слева определялись (от мошоночной области вверх) лимфатический узел 2,0x1,3 см с деформированным кровотоком и сниженной кортико-медуллярной дифференциацией. Выше и проксимальнее – лимфатический узел 0,7x0,7 см (полностью измененной структуры). В более глубоких отделах лимфатические узлы 2,1x0,9 и 1,0x0,7 см. Проксимальнее – лимфатический узел 2,4x0,7 см. Увеличенных лимфатических узлов по ходу подвздошных сосудов не выявлено. УЗИ органов мошонки с УЗ-ангиографией показало, что размеры, структура, эхогенность и васку-

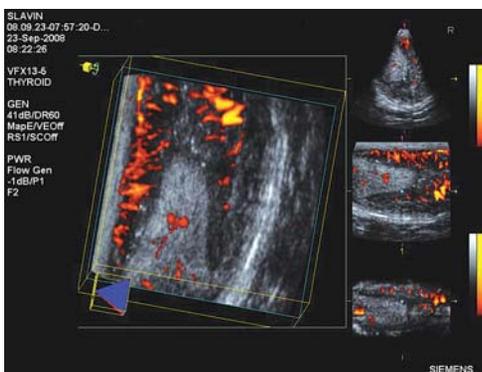


Рис. 2. Трехмерная реконструкция полового члена в режиме ангиографии.

ляризация обоих яичек не отличались от нормы, при этом вены гроздьевидного сплетения были расширены, диаметром до 0,3 см. Скорость кровотока снижена до 5 см/с (норма 8–10 см/с). Отмечалась водянка правого и левого яичка, жидкости в межболобочном пространстве справа 150 мл, слева – 90 мл. Было сделано заключение о наличии УЗ-картины опухоли полового члена с метастазами в паховые лимфатические узлы. Двустороннее гидроцеле. Сдавление вен гроздьевидного сплетения увеличенными паховыми лимфоузлами.

Компьютерная томография (КТ) также выявила изменения, характерные для рака полового члена: циркулярную гиперваскулярную опухоль крайней плоти с инфильтрацией прилежащих тканей на протяжении 4–5 см; проникновение в бесформенную головку полового члена. Также отмечалось увеличение паховых лимфоузлов, гидроцеле и варикоцеле с двух сторон (за счет сдавления сосудистого пучка увеличенными лимфоузлами).

При УЗИ, КТ, сцинтиграфии костей скелета признаков распространения заболевания не выявлено.

Была предпринята полипозиционная биопсия образования. Цитологическое исследование мазков-отпечатков и пункция паховых лимфоузлов позволили однозначно гистологически подтвердить наличие у пациента Гигантской кондиломы Бушке–Левенштейна и цитологически выявить признаки неспецифического воспаления в отпечатках, неспецифического лимфаденита в паховых лимфоузлах. Предпринятое ДНК-исследование методом ПЦР не выявило наличие инфекций, передающихся половым путем, в том числе и ВПЧ 6-го и 11-го типов.

После верификации диагноза было предпринято оперативное лечение: иссечение опухоли полового члена под спинальной анестезией. Опухоль удалена в пределах неизмененной ткани. Удаленный участок серо-бурого цвета, 4x7 см, с крупнобугристой поверхностью был вновь подвергнут гистологическому исследованию.

В исследуемом гистологическом материале кожа крайней плоти полового члена с обширными экзо- и эндофитными разрастаниями плоского эпителия с койлоцитозом, гипер- и паракератозом, а также обширными участками некроза и изъязвлений. Отмечается наличие выраженной псевдокарциноматозной гиперплазии эпидермиса, в подлежащих тканях выраженная лимфоидная инфильтрация с примесью плазматических клеток, макрофагов и сегментоядерных лейкоцитов. Резекция в пределах неизмененных тканей. Заключение: гигантская кондилома Бушке–Левенштейна (рис. 3).

Перед операцией и после нее пациент получал комбинированную противовоспалительную и антибактериаль-

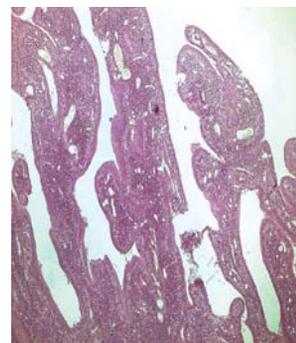


Рис. 3. Микропрепарат. Экзо- и эндофитные разрастания многослойного плоского эпителия.

ную терапию (цефалоспорины, метронидазол). Это позволило добиться заживления послеоперационной раны первичным натяжением, значительной регрессии отека кожи полового члена, уменьшения паховых лимфоузлов.

Антибактериальная терапия (фторхинолоны) продолжилась и на амбулаторном этапе лечения. К проводимой терапии добавлен иммуномодулятор «Панавир» в виде ректальных суппозиторий по 200 мкг. Проведено 2 курса (по 1 суппозиторию трехкратно в течение первой недели с интервалом 48 ч и двукратно в течение второй недели с интервалом 72 ч). В отдаленном периоде (через 8 мес) при амбулаторном обследовании не выявлено рецидива заболевания.

Обсуждение

Гигантская кондилома Бушке – Левенштейна, в отличие от других проявлений ВПЧ, встречается достаточно редко, по нашим наблюдениям и сообщениям литературы. Порой требуются разнообразные методы обследования с целью проведения дифференциальной диагностики с раком полового члена. Как видно из приведенного примера, тщательный осмотр, КТ, УЗИ не позволили однозначно установить диагноз. Также не выявлено инфицирование ВПЧ путем стандартного исследования методом ПЦР. В данной ситуации для установки диагноза потребовалась оценка анамнеза заболевания – прогрессивное, но очень медленное развитие на протяжении десятилетий и, безусловно, проведение гистологического и цитологического исследования мазков-отпечатков и пунктатов лимфоузлов. Перед операцией и после нее, в отличие от банального кругового обрезания крайней плоти при баланопостите

с исходом в фимоз, для санации сопутствующего гигантской кондиломе воспалительного процесса потребовалась длительная антибактериальная терапия. Назначение в послеоперационном периоде противовирусных препаратов с доказанной активностью по отношению к ВПЧ, по нашему мнению, является залогом отсутствия рецидивов.

Литература

1. Tytherleigh M.G., Birtle A.J., Cohen C.E., Glynne-Jones R., Livingstone J., Gilbert J. Combined surgery and chemoradiation as a treatment for the Buschke-Loewenstein tumour. *Surgeon*. 2006 Dec; 4(6): 378–83.
2. Crespo R., Puig F., Lanzon A., Borell A. Buschke-Loewenstein tumor and pregnancy: a case report. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2007; 28(4): 328–9.
3. Steffen C. The men behind the eponym--Abraham Buschke and Ludwig Lowenstein: giant condyloma (Buschke-Loewenstein). *Am J Dermatopathol*. 2006 Dec; 28(6): 526–36.
4. Tytherleigh M.G., Birtle A.J., Cohen C.E., Glynne-Jones R., Livingstone J., Gilbert J. Combined surgery and chemoradiation as a treatment for the Buschke – Loewenstein tumour. *Surgeon*. 2006 Dec; 4(6): 378–83.
5. Скрипкин Ю. К. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. Медицина 1996.
6. Gholam P., Enk A., Hartschuh W. Successful surgical management of giant condyloma acuminatum (Buschke-Loewenstein tumor) in the genitoanal region: a case report and evaluation of current therapies. *Dermatology*. 2009; 218(1): 56–9.