



Доброкачественная опухоль придатка яичка: от дифференциальной диагностики к органосохраняющей тактике и сохранению фертильности

© Виктор А. Дударев

Читинская государственная медицинская академия [Чита, Россия]

Аннотация

Опухоли придатка яичка являются крайне редкой патологией и составляют 0,03% от всех случаев опухолей у мужчин, что, видимо, обуславливает небольшое количество наблюдений, описанных в литературе. В статье представлено клиническое наблюдение, в котором отражены особенности тактики обследования и лечения пациента с доброкачественной опухолью придатка яичка. Приводится обзор литературных данных, посвящённых диагностике и различным вариантам ведения пациентов с данной патологией.

Ключевые слова: придаток яичка; доброкачественные опухоли придатка яичка; лечение

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки. **Раскрытие интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов. **Информационное согласие.** Пациент подписал информированное согласие на обработку персональных данных и публикацию медицинской информации, включая иллюстративный материал.

✉ **Корреспондирующий автор:** Виктор Андреевич Дударев; dudarev94@gmail.com

Поступила в редакцию: 04.04.2025. **Принята к публикации:** 14.05.2026. **Опубликована:** 26.06.2026.

Для цитирования: Дударев В.А. Доброкачественная опухоль придатка яичка: от дифференциальной диагностики к органосохраняющей тактике и сохранению фертильности. *Вестник урологии*. 2026;14(3):105-109. DOI: 10.21886/2308-6424-2026-14-3-105-109.

Benign tumour of the epididymis: from differential diagnosis to organ-sparing management and fertility preservation

© Victor A. Dudarev

Chita State Medical Academy [Chita, Russia]

Abstract

Epididymal tumours are exceptionally rare, accounting for just 0.03% of all tumours in men, which likely explains the scarcity of reported cases in the literature. This article presents a clinical case illustrating the diagnostic approach and management of a patient with a benign tumour of the testicular appendage. A review of the literature on the diagnosis and management options for this condition is also provided.

Keywords: epididymis; benign epididymal tumors; treatment

Financing. The study was not sponsored. **Conflict of interest.** The author declare no conflict of interest. **Informed consent.** Patients signed informed consent for the processing of personal data and the publication of medical information, including illustrative material.

✉ **Corresponding author:** Victor A. Dudarev; dudarev94@gmail.com

Received: 04.04.2025. **Accepted:** 14.05.2026. **Published:** 26.06.2026.

For citation: Dudarev V.A. Benign tumour of the epididymis: from differential diagnosis to organ-sparing management and fertility preservation. *Urology Herald*. 2026;14(3):105-109. (In Russ.). DOI: 10.21886/2308-6424-2026-14-3-105-109.

Введение

Придаток яичка — это парный орган, основная часть которого представлена извитым протоком, соединяющим яичко и семявыносящий проток длиной около 6 – 7 метров. Сперматозоиды, созревая

в яичке, проходя через придаток, претерпевают дальнейшую дифференцировку, приобретают подвижность и способность к оплодотворению. Период прохождения сперматозоидов через придаток яичка занимает порядка двух недель [1]. Анатоми-

чески придаток яичка делится на четыре основные области: начальные сегменты, головку, тело и хвост придатка [2, 3]. Эпителий внутри просвета протока придатка представлен несколькими типами клеток, основная роль которых создание и поддержание уникальной среды, необходимой для созревания, защиты и хранения сперматозоидов в процессе их эпидидимального транзита [4].

Новообразования придатка яичка, как доброкачественные, так и злокачественные, являются сравнительно редкими заболеваниями. С момента первых описаний Evans (1943) и Golden (1945) прошло много лет, и, на сегодняшний день известно, что опухоли придатка яичка составляют около 5% всех интраскротальных опухолей и 0,03% всех случаев рака у мужчин [5 – 7]. Установлено, что опухоли придатка яичка возникают в эпителиальной и мезотелиальной тканях [6]. Предполагают, что специфическим и ведущим фактором возникновения новообразований придатка яичка является особая среда внутри органа, необходимая для дифференцировки и транспорта сперматозоидов, при этом все этиологические причины остаются до конца неясными [5].

В отличие от новообразований яичек, которые на 95% являются злокачественными, опухоли придатка чаще всего (порядка 75% случаев) являются доброкачественными [8]. При этом дифференциальная диагностика доброкачественного и злокачественного процессов затруднена, поскольку данные клинических, ультрасонографических и лучевых методов обследования не всегда дают достаточно информации, необходимой для выводов о природе новообразования [9]. Для постановки точного диагноза требуется патоморфологическое исследование удаленной ткани [10]. Вероятно, по причине низкой частоты встречаемости данной патологии в исследуемой нами литературе описано не так много случаев лечения, при этом тактика ведения пациентов различна.

Цель исследования — демонстрация клинического наблюдения лечения доброкачественного образования придатка яичка, а также проведение литературного обзора методов диагностики и лечения данной патологии.

Клиническое наблюдение

Мужчина, 21 год, обратился по поводу наличия в области правого яичка безболезненного плотного образования. Со слов пациента, новообразование появилось около пяти месяцев назад. Субъективно в динамике отмечал постепенное увеличение опухоли в размере. При осмотре: наружные половые органы развиты правильно. Пальпаторно в области хвоста придатка правого яичка определяется туго-эластичное образование до 25 мм в диаметре, безболезненное. Ультразвуковым исследованием в хвосте придатка правого яичка визуализировано округлое неоднородное образование сниженной эхогенности с ровными четкими контурами, диаметром до 15 мм. При цветовом доплеровском картировании выявлен выраженный кровоток смешанного типа с подходящим артериальным сосудом. Структура тела и головки не изменена. В общеклинических и биохимических показателях сыворотки крови изменений не отмечено. Уровни онкомаркеров опухолей яичка соответствовали нормативным значениям (альфа-фетопротеин — 1,57 МЕ/мл, бета-хорионический гонадотропин — 2,05 мМЕ/мл, лактатдегидрогеназа — 179 ЕД/л). По данным магнитно-резонансной томографии, в области тела и хвоста придатка правого яичка определяется гиподенсивное образование неправильной вытянутой формы, 32 × 15 × 14 мм, с четким, несколько неровным контуром, с признаками распространения на начальные отделы семявыносящего протока. По данным спермограммы, нормозооспермия с концентрацией сперматозоидов до 93 млн/мл, при оценке MAR-теста связанные иммуноглобулинами сперматозоиды не обнаружены.

С учётом прогрессивного увеличения новообразования в объёме, сложности дифференциальной диагностики и потенциального риска наличия злокачественного процесса принято решение о выполнении операции в объёме скрототомии, резекции придатка яичка в пределах здоровых тканей с интраоперационным экспресс-исследованием материала. Больной был предупреждён о возможных вариантах завершения вмешательства — от выполнения микрохирургического вазоэпидидимоанастомоза до высокой эпидидиморхэктомии при наличии злокачественного процесса.

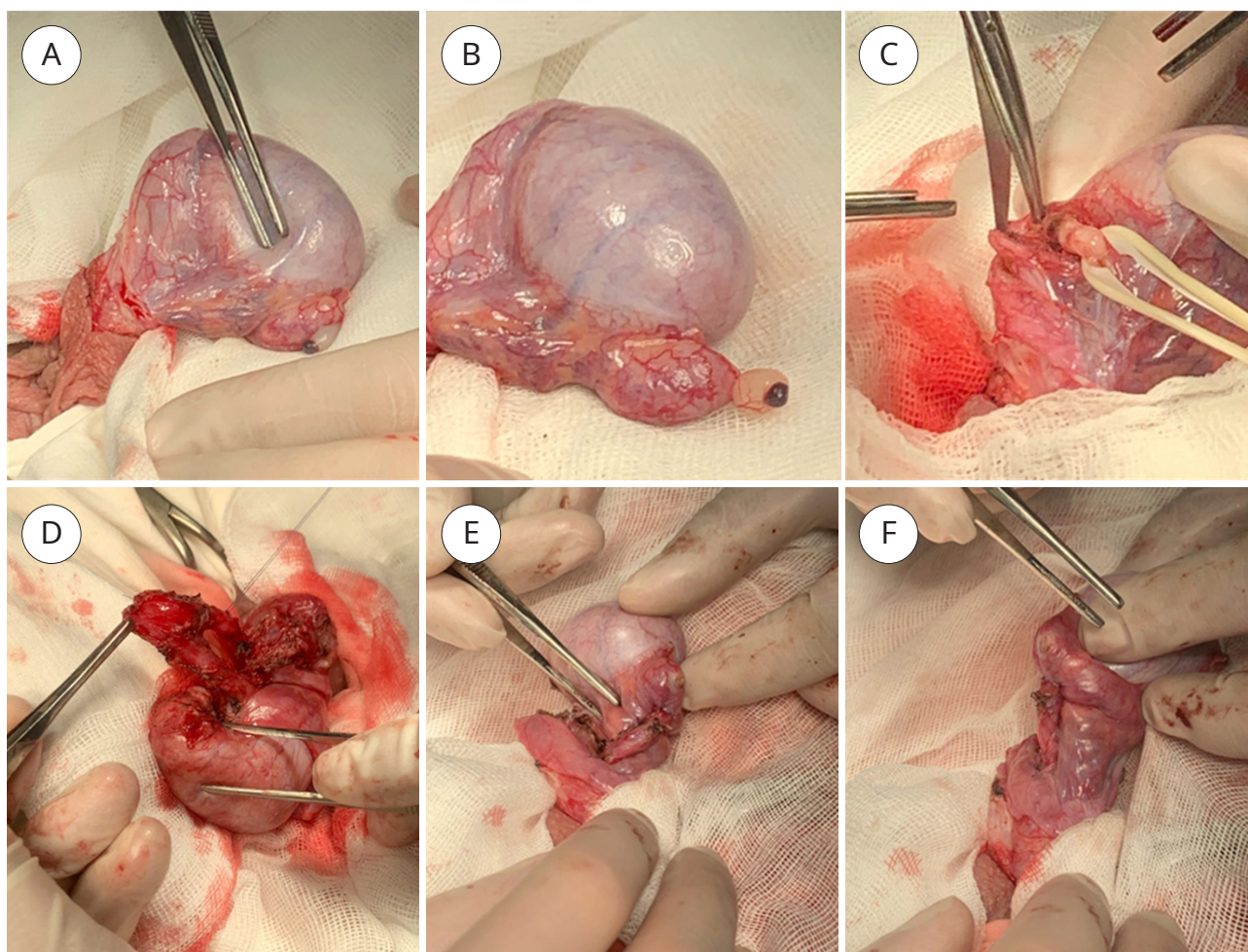


Рисунок. Интраоперационная картина: А — правое яичко, придаток и семенной канатик выведены в рану; В — визуализация опухоли придатка яичка с расположенной на ней кистой; С — выходящий из образования семявыносящий проток выделен и взят на держалку; D — вид новообразования после резекции с входящим в него протоком придатка яичка и выходящим семявыносящим протоком; E — вид на сформированный вазоэпидидимоанастомоз сверху; F — вид на сформированный вазоэпидидимоанастомоз в боковой проекции

Figure. Intraoperative findings: A — right testis, epididymis and spermatic cord mobilised into the surgical wound; B — tumour of the epididymis with an overlying cyst visualised; C — vas deferens exiting the lesion isolated and placed on a traction suture; D — view of the neoplasm after resection showing the entering duct of the epididymis and the exiting vas deferens; E — top-down view of the completed vasoepididymal anastomosis; F — lateral view of the completed vasoepididymal anastomosis

Под спинномозговой анестезией после выполнения скрототомии справа в рану выведено правое яичко, придаток и семенной канатик (рис. А). В области головки и тела придатка яичка определено тугоэластичное хорошо васкуляризированное паренхиматозное образование, на котором располагается киста, содержащая светлую жидкость. На противоположной относительно опухоли части кисты имелись темного цвета ткани (рис. В). В области головки придатка визуализировано видимое невооруженным глазом расширение протоков, что косвенно свидетельствовало об имею-

щейся обструкции семявыносящих путей. При резекции придатка яичка и выделении новообразования обнаружен идущий через образование проток придатка, переходящий в семявыводящий проток (рис С – D). Опухоль удалена в пределах здоровых тканей придатка и части семявыносящего протока. При гистологическом экспресс-исследовании удалённой ткани определена ткань доброкачественной аденоматоидной опухоли. С учётом отсутствия злокачественного роста, молодого возраста пациента и желания сохранить фертильность нами был выполнен микрохирургический ана-

стомоз между расширенными канальцами придатка в области головки и семявыносящим протоком (рис. Е – F). Для выполнения вазоэпидидимоанастомоза был использован операционный микроскоп Zeiss (с переменной кратностью увеличения), микрохирургический набор инструментов и шовный материал Vicryl 9/0, 7/0, 5/0.

По гистологическому заключению, новообразование представлено аденоматоидной опухолью (доброкачественной непапиллярной мезотелиомой). Послеоперационный период протекал без особенностей.

При выполнении спермограммы через 4 месяца после операции у пациента определена астенозооспермия с концентрацией сперматозоидов 147 млн/мл. К 12-му месяцу после операционного вмешательства параметры исследования соответствовали нормативным значениям (нормозооспермия с концентрацией сперматозоидов 152 млн/мл.), MAR-тест: IgA — 7%, IgG не обнаружены. По прошествии трёх лет с момента вмешательства у пациента в браке наступила естественная беременность с рождением здорового ребёнка.

Обсуждение

Опухоли придатка яичка встречаются редко и в большинстве случаев имеют доброкачественную природу [11]. Аденоматоидные новообразования представляют собой наиболее распространённый гистологический вариант, за которым следуют лейомиома и папиллярная цистаденома, а также другие более редкие опухоли (ангиома, липома, дермоидные кисты, фиброма, гамартома, тератома и холестеатома) [12, 13]. Локализация опухолевого процесса в теле и хвосте придатка регистрируется в четыре раза чаще, чем в его головке. [14] Данные новообразования, как правило, не дают клинической симптоматики и лишь в редких случаях могут проявляться слабым болевым синдромом. Чаще всего пациенты обращаются за медицинской помощью самостоятельно, обнаруживая появление новообразования в мошонке (как представлено в клиническом случае) [14 – 16]. При этом важно дифференцировать опухоли придатка яичка с другими образованиями мошонки, для чего используются методы УЗИ и МРТ, а у пациентов среднего возраста необходима настороженность в отношении

злокачественного поражения яичек [14, 11, 17, 16].

В научной литературе описано не так много случаев лечения доброкачественных опухолей придатка яичка с выделением отдельных клинических наблюдений. Так, S. Kontos et al. (2008) сообщают о выполнении пациенту орхоэпидидимэктомии. В ходе операции была обнаружена белая, полулунной формы, чётко очерченная опухоль размером около 15 мм, без вовлечения паренхимы яичка. По данным послеоперационного патоморфологического исследования, образование представлено аденоматозной опухолью, что ставит под вопрос целесообразность столь агрессивной тактики (орхэктомии) операционного вмешательства и диктует необходимость проведения интраоперационного исследования удаленной ткани [13]. A. Gupta et al. (2013) сообщают о крайне редком осложнении доброкачественного новообразования придатка — посттравматическом инфаркте аденоматоидной опухоли. При этом в качестве лечебной тактики был выбран менее агрессивный вариант в объёме эпидидимэктомии с сохранением яичка [18]. В работе, опубликованной M. Farah et al. (2023), также сообщается об успешном лечении аденоматозной опухоли путём эпидидимэктомии [10]. В свою очередь I. Patoulis et al. (2016) сообщают об успешно проведённой резекции придатка яичка по поводу аденоматозной опухоли. Авторы отмечают важность интраоперационного патоморфологического исследования биопсийного материала [16]. Схожую тактику применяли B. Sakiroğlu (2014) и D. Alhusainan et al. (2023) [19, 20].

С учётом функциональных особенностей придатка яичка, рассмотренных нами выше, лечение доброкачественных новообразований у лиц, не стремящихся к сохранению фертильности, целесообразно проводить в объёме эпидидимэктомии. В случае желания пациента сохранить фертильность необходимо выполнять деликатную резекцию новообразования в пределах здоровых тканей с сохранением целостности и проходимости протока придатка яичка, с интраоперационным патоморфологическим исследованием удалённой ткани и в случае повреждения или резекции протока (как в представленном случае) возможно восстановление проходимости семявыносящих

путей посредством микрохирургического вазоэпидидимоанастомоза.

Заключение

В данной работе продемонстрирован клинический случай лечения доброкачественной опухоли придатка яичка, которая является довольно редкой патологией. Описанная техника выполнения оперативного

вмешательства направлена на сохранение репродуктивной функции у мужчины. Важно подчеркнуть, что дифференциальная диагностика природы новообразования придатка яичка имеет решающее значение в выборе лечебной тактики, что диктует необходимость интраоперационного патоморфологического исследования удалённых тканей.

Список литературы | References

- Sullivan R., Légaré C., Lamontagne-Proulx J., Breton S., Soulet D. Revisiting structure/functions of the human epididymis. *Andrology*. 2019;7(5):748-757. DOI: 10.1111/andr.12633
- Шевлюк Н.Н., Рыскулов М.Ф. Придаток семенника (яичка): морфогенез, структурно-функциональная характеристика в физиологических и патологических условиях. *Журнал анатомии и гистопатологии*. 2022;11(2):87-98. Shevlyuk N.N., Ryskulov M.F. The appendage of the testis: morphogenesis, structural and functional characteristics in physiological and pathological conditions. *Journal of Anatomy and Histopathology*. 2022;11(2):87-98. (In Russian). DOI: 10.18499/2225-7357-2022-11-2-87-98
- Sullivan R., Mieusset R. The human epididymis: its function in sperm maturation. *Hum Reprod Update*. 2016;22(5):574-587. DOI: 10.1093/humupd/dmw015
- Zhou W., De Iuliis G.N., Dun M.D., Nixon B. Characteristics of the Epididymal Luminal Environment Responsible for Sperm Maturation and Storage. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2018;9:59. DOI: 10.3389/fendo.2018.00059
- Marcou M., Perst V., Cacchi C., Lehnhardt M., Vögeli T.A. Epididymal leiomyoma: a benign intrascrotal tumour. *Andrologia*. 2017;49(6). DOI: 10.1111/and.12689
- Yeung C.H., Wang K., Cooper T.G. Why are epididymal tumours so rare? *Asian J Androl*. 2012;14(3):465-475. DOI: 10.1038/aja.2012.20
- Bhatt R., Davaro F., Wong R., Siddiqui S., Hinyard L., Hamilton Z. Contemporary analysis of epididymal tumors using a national database. *Cent European J Urol*. 2021;74(1):39-43. DOI: 10.5173/cej.2021.0249.R1
- Goel A., Jain A., Dalela D. Can radical orchiectomy be avoided for paratesticular adenomatoid tumor? *Indian J Urol*. 2011;27(4):556-557. DOI: 10.4103/0970-1591.91454
- Chen D., Yu Z., Ni L., Gui Y., Yang S., Shi B., Lai Y. Adenomatoid tumors of the testis: A report of two cases and review of the literature. *Oncol Lett*. 2014;7(5):1718-1720. DOI: 10.3892/ol.2014.1938
- Farah M., Song M., Mahmalji W. Epididymal Adenomatoid Tumour: A Case Report. *Cureus*. 2023;15(10):e47505. DOI: 10.7759/cureus.47505
- Dighe S.P., Shinde R.K., Shinde S.J., Raghuwanshi P.S. The Dilemma in the Diagnosis of Paratesticular Lesions. *Cureus*. 2022;14(3):e22783. DOI: 10.7759/cureus.22783
- Liu C.-J., Huang H.-S. Adenomatoid tumor of epididymis: a rare case report and literature review. *Urol Sci*. 2018;29(3):168-171. DOI: 10.4103/UROS.UROS_44_18
- Kontos S., Fokitis I., Karakosta A., Koritsiadis G., Mitsios K., Koutsikos S., Koritsiadis S. Adenomatoid tumor of epididymis: A case report. *Cases J*. 2008;1(1):206. DOI: 10.1186/1757-1626-1-206
- Akbar S.A., Sayyed T.A., Jafri S.Z., Hasteh F., Neill J.S. Multimodality imaging of paratesticular neoplasms and their rare mimics. *Radiographics*. 2003;23(6):1461-1476. DOI: 10.1148/rg.236025174
- Abdullah, Xing J. Adenomatoid tumor of epididymis-A case report. *Urol Case Rep*. 2019;28:101022. DOI: 10.1016/j.eucr.2019.101022
- Patoulis I., Kaselas C., Patoulis D., Theocharides C., Kalogirou M., Farmakis K., Feidantsis T. Epididymal Adenomatoid Tumor: A Very Rare Paratesticular Tumor of Childhood. *Case Rep Med*. 2016;2016:9539378. DOI: 10.1155/2016/9539378
- Khandeparkar S.G., Pinto R.G. Histopathological Spectrum of Tumor and Tumor-like Lesions of the Paratestis in a Tertiary Care Hospital. *Oman Med J*. 2015;30(6):461-468. DOI: 10.5001/omj.2015.90
- Gupta A., Livingston M., Singh R., Tansey D., Solomon L. Infarcted adenomatoid tumour of epididymis: a rare case report. *Case Rep Urol*. 2013;2013:937689. DOI: 10.1155/2013/937689
- Çakıroğlu B., Özcan F., Ateş L., Aksoy S.H. Leiomyoma of the epididymis treated with partial epididymectomy. *Urol Ann*. 2014;6(4):356-358. DOI: 10.4103/0974-7796.141005
- Alhusaini D., Bubishate S., Alharmi A., Elabd A., Almahmid M. Adenomatoid tumor in a young male case report. *Urol Case Rep*. 2023;50:102486. DOI: 10.1016/j.eucr.2023.102486

Сведения об авторе | Information about the author

Виктор Андреевич Дударев | Viktor A. Dudarev
<https://orcid.org/0000-0003-3174-6596>; zaburolog@gmail.com