

DOI: 10.59715/pntjmp.1.4.24

## U bọc dạng thượng bì của tinh hoàn ở nam giới hiếm muộn - Báo Cáo Trường Hợp Bệnh

Lê Đình Hiếu<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Quang<sup>2</sup>, Trần Nhật Thăng<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bộ Môn Thận - Niệu - Nam Khoa, Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Khoa Ngoại Thận và Ghép Thận, BV Nhân Dân 115

<sup>3</sup>Bộ Môn Sản Phụ Khoa, Trường Đại Học Y Dược

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Chúng tôi trình bày 1 trường hợp u tinh hoàn lành tính ít gặp, phát hiện tình cờ ở BN nam hiếm muộn, cần chẩn đoán phân biệt với ung thư tinh hoàn, và tổng quan y văn về u tinh hoàn ở BN hiếm muộn có bất thường tinh dịch đồ.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo trường hợp bệnh và tổng quan y văn.

**Kết quả:** BN nam, sinh năm 1995, khám hiếm muộn và được phát hiện 1 khối chắc ở cực trên tinh hoàn phải, khoảng 2 x 2 cm, không đau. Tinh dịch đồ có tình trạng thiếu, nhược và quái tinh. Khảo sát trực nội tiết hạ đồi - tuyến yên - tinh hoàn ghi nhận suy sinh dục nam và nồng độ FSH máu bình thường. Các dấu ấn sinh học của u tinh hoàn trong giới hạn bình thường. Siêu âm và MRI tinh hoàn có tiêm gadolinium gợi ý u dạng biểu bì ở tinh hoàn phải. Phẫu thuật cắt bỏ u qua ngã bẹn kết hợp sinh thiết lạnh u và mô tinh hoàn lân cận. Giải phẫu bệnh lý: u bọc, nốt thượng bì Malpighi, lòng bọc có chất sừng, calci hóa, quanh bọc có phản ứng viêm; không thấy tế bào ác tính trong nhu mô tinh hoàn.

**Kết luận:** Bệnh sử chi tiết, khám thực thể cẩn thận, kết hợp siêu âm và MRI, và các dấu ấn sinh học của u tinh hoàn, có thể giúp chẩn đoán trước mổ u bọc dạng thượng bì của tinh hoàn và bảo tồn tinh hoàn khi kết hợp sinh thiết lạnh trong mổ. Bảo tồn tinh hoàn nhằm duy trì khả năng sinh tinh có ý nghĩa đặc biệt quan trọng ở BN nam hiếm muộn với mong muốn được làm bố sinh học.

**Từ khóa:** Hiếm muộn nam, u tinh hoàn, u bọc dạng thượng bì của tinh hoàn, siêu âm tinh hoàn.

### Abstract

#### A Testicular Epidermoid Tumor Incidentally Found in Men Presenting With Infertility - A Case Report

**Introduction:** We presented a rare benign tumor of the testis which was accidentally diagnosed in an oligo - astheno - terato - zoospermic man and needed to be differentiated from a testis cancer. We also reviewed the medical literature regarding testicular tumors in infertile men with abnormal semen analysis.

**Patients and Methodologies:** A case report and review of medical literature.

**Results:** A man born in 1995 consulted for infertility and had a palpable, firm and painless mass of 2 x 2 cm at the upper pole of the right testis. Semen analysis demonstrated an oligo - astheno - terato - zoospermia. Endocrine examination of the hypothalamic - pituitary - gonadal axis showed the hypogonadism and a normal level of serum FSH (follicle - stimulating hormone). Biomarkers of testis tumors ( $\alpha$ FP,  $\beta$ hCG

**Ngày nhận bài:**

20/8/2022

**Ngày phản biện:**

20/9/2022

**Ngày đăng bài:**

20/10/2022

**Tác giả liên hệ:**

Lê Đình Hiếu

**Email:**

ledinhhiieu@pnt.edu.vn

**ĐT:** 0918274653

and LDH) were within normal ranges. Testis ultrasonography and MRI evoked an epidermoid tumor of the testis. Testicular tumor was excised via an inguinal incision in the presence of an instant biopsy of the tumor and surrounding testicular parenchyma. Pathology revealed a cavity consisting of squamous epithelial cells containing keratin and non - nucleated keratic flakes in the absence of atypia or elements of teratoma.

**Conclusions:** A thorough medical history and a rigorous physical examination of the testis in combination with testis ultrasonography and MRI, as well as biomarkers of testis tumors, suggests a testicular epidermoid tumor prior to surgery and facilitates the testis - sparing surgery in the presence of intraoperative instant biopsy. Conservative management of the testis maximizes the chance of infertile men to become a biological father.

**Key words:** Male infertility, testicular tumor, testicular epidermoid cyst, testis ultrasonography.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tinh hoàn có thể được phát hiện tình cờ khi bệnh nhân (BN) tự sờ nắn tinh hoàn hoặc qua thăm khám và siêu âm bìu thường qui trong hiếm muộn nam, theo đó nguy cơ u ác tính cao hơn đến 20 lần so với nam giới chung. [1] Chúng tôi trình bày 1 trường hợp u tinh hoàn lành tính ít gặp, phát hiện tình cờ ở BN nam hiếm muộn, cần chẩn đoán phân biệt với ung thư tinh hoàn, và tổng quan y văn về u tinh hoàn ở BN hiếm muộn có bất thường tinh dịch đồ.

## 2. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP BỆNH

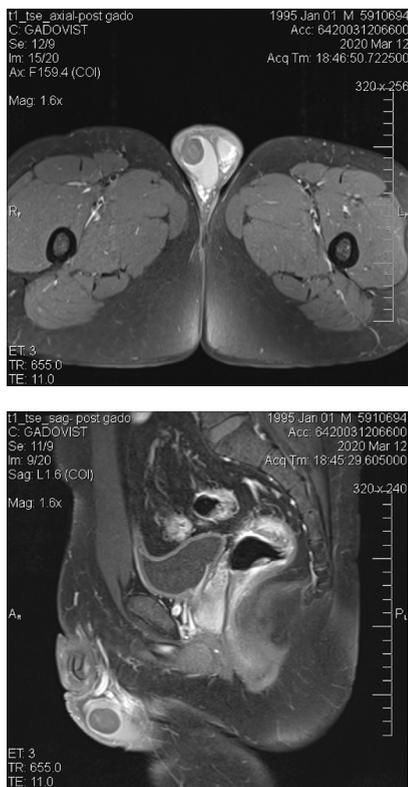
BN nam, sinh năm 1995, khám hiếm muộn vì vợ chưa có thai từ lúc lập gia đình (11/2017). Vợ khám sản phụ khoa không ghi nhận bất thường. BN không bị quai bị, hút thuốc 10 điếu/ngày trong hơn 10 năm, uống bia (2 lần/tuần, 5 - 7 lon/lần). Không tiền căn ngoại khoa. BN lái xe chở khách trong sân bay. BN cao 180 cm, nặng 90 kg,

BMI 27.8. Khám bìu ghi nhận 1 khối chắc ở cực trên tinh hoàn phải, khoảng 2 x 2 cm, không đau. Tinh hoàn trái và mào tinh 2 bên bình thường. Không giãn tĩnh mạch tinh 2 bên.

Tinh dịch đồ: 2.7 mL, pH 7.5, mật độ  $7 \times 10^6$ /mL, tổng số tinh trùng  $18.9 \times 10^6$ /mL; tỷ lệ sống 65%; di động tiến tới 20%, di động tại chỗ 35%; 60% tinh trùng đầu dài, ít acrosome. Khảo sát trực nội tiết hạ đồi - tuyến yên - tinh hoàn: Testosterone 13.57 nMol/L (15.2 - 24.2), FSH 3.25 IU/L (< 8), LH 2.84 IU/L (< 8), Prolactin 19.73 ng/mL (2.64 - 13.13). Các dấu ấn sinh học u tinh hoàn:  $\alpha$ FP 2.4 ng/MI (< 13.4),  $\beta$ HCG < 1.2 IU/L (< 5), LDH 175 IU/L (125 - 220). Siêu âm bìu ghi nhận 1 cấu trúc echo hỗn hợp ở cực trên tinh hoàn phải, kích thước 20 x 25 mm, giới hạn rõ, không có tín hiệu Doppler bên trong. BN được chụp cộng hưởng từ (MRI: magnetic resonance imaging) vùng chậu có tiêm gadolinium (Hình 1 và 2).



**Hình 1.** MRI vùng chậu không tiêm chất tương phản: u cực trên tinh hoàn phải, 25 x 21 mm, tín hiệu trung gian trên T1WI, tín hiệu cao không đồng nhất trên T2WI, có hiệu thấp ngoại vi trên T1WI - T2FS, hạn chế khuếch tán.



**Hình 2.** MRI vùng chấu có tiêm gadovist: u cục trên tinh hoàn phải không bắt thuốc tương phản.

Chẩn đoán trước mô: u dạng biểu bì ở tinh hoàn phải (epidermoid tumor). Phẫu thuật cắt bỏ u qua ngã bẹn kết hợp sinh thiết lạnh u và mô tinh hoàn lân cận (Hình 3). Giải phẫu bệnh lý: u bọc, lót thượng bì Malpighi, lòng bọc có chất sừng, calci hóa, quanh bọc có phản ứng viêm; không thấy tế bào ác tính trong nhu mô tinh hoàn.



**Hình 3.** U bọc dạng thượng bì của tinh hoàn

### 3. BÀN LUẬN

1. U tinh hoàn ở BN này được phát hiện qua khám thực thể bìu, do đó có chỉ định hình ảnh

học để đánh giá đặc điểm u, phân biệt u lành và ác, và phát hiện các tổn thương phối hợp. Vì hình ảnh siêu âm và MRI đều hướng tới u lành của tinh hoàn, kết hợp các dấu ấn sinh học của u ác tinh hoàn đều âm tính, BN được đề xuất cắt bỏ u kết hợp sinh thiết lạnh u và mô tinh hoàn lân cận. Can thiệp qua ngã bẹn nhằm đảm bảo các nguyên tắc phẫu thuật trong ung thư tinh hoàn. Chẩn đoán mô học phù hợp chẩn đoán lâm sàng.

U bọc dạng thượng bì của tinh hoàn là u lành, ít gặp (1 - 2% tất cả u tinh hoàn). U có thể thấy ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp nhất ở độ tuổi 20 - 40, và thường ở tinh hoàn phải. Hầu hết BN không có triệu chứng và các dấu ấn sinh học của u tế bào mầm ác tính đều âm tính, cũng như không có bất thường nhánh ngăn nhiễm sắc thể 12 (12p). Siêu âm và MRI có thể thấy hình ảnh đặc trưng (hình bia - target appearance, hình mắt bò - bull's eye, hình vỏ hành - onion ring or peel), hỗ trợ cho chẩn đoán phân biệt với u đặc khác trong tinh hoàn. [2 - 4]

Nếu các chứng cứ trước phẫu thuật gợi ý u bọc dạng thượng bì của tinh hoàn, phẫu thuật bảo tồn tinh hoàn (cắt bỏ u kết hợp sinh thiết lạnh u và nhu mô tinh hoàn lân cận) được khuyến cáo nhằm giảm thiểu tác động tâm lý và thẩm mỹ cũng như duy trì khả năng sinh sản, đặc biệt ở nam giới trẻ tuổi. [5] Phẫu thuật bảo tồn cũng quan trọng hơn ở trẻ em vì tỷ lệ u lành của tinh hoàn cao hơn ở trẻ em so với người lớn, và nguy cơ bệnh lý tinh hoàn đối bên (chẳng hạn, xoắn tinh hoàn) cũng cao hơn ở trẻ em. [6] Không ghi nhận tái phát u sau phẫu thuật, kể cả đối với phẫu thuật bảo tồn tinh hoàn, trong các nghiên cứu theo dõi lâu dài đến 37 năm. [7]

Tuy nhiên, phẫu thuật triệt để cắt hoàn toàn tinh hoàn có thể xảy ra vì (1) u bọc dạng thượng bì của tinh hoàn ít gặp, do đó, ít khi được nghĩ đến trong chẩn đoán phân biệt u tinh hoàn; (2) hình ảnh siêu âm và MRI có thể không điển hình; (3) nhầm lẫn giữa u bọc dạng thượng bì, lành tính của tinh hoàn với u bọc dạng bì hay thậm chí u quái của tinh hoàn, có tiềm năng hóa ác tính; (4) và khi sinh thiết lạnh khối u có nghi ngờ hay có nhiều hơn 1 tổn thương trước mô. [7]

Chẩn đoán mô học u bọc dạng thượng bì của tinh hoàn dựa trên 5 tiêu chí do Price E.B. đề xuất năm 1969, giúp phân biệt với u quái tinh

hoàn (trong đó có u bọng dạng bì) và carcinoma tế bào mầm lan tỏa trong tinh hoàn. [8]

Cần lưu ý nguy cơ hiếm muộn liên quan đến phẫu thuật tinh hoàn do phá vỡ hàng rào máu - tinh hoàn và các các hậu quả miễn dịch đã được chứng minh trên động vật. [9,10] Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây cho thấy, kháng thể kháng tinh trùng, được tìm thấy trong tinh dịch sau sinh thiết tinh hoàn hoặc phẫu thuật bóc u tinh hoàn, không ảnh hưởng khả năng sinh sản và tỷ lệ có thai lâm sàng. [11]

2. Phân tích tinh dịch ở BN này cho thấy giảm số lượng và di động tinh trùng, kết hợp bất thường đầu tinh trùng. BN bị suy giảm testosterone với LH bình thường. Trị số FSH trong giới hạn bình thường. Clomiphene citrate được sử dụng để kích thích sinh tinh và tăng testosterone máu; các chất chống oxy hóa được chỉ định để cải thiện di động và hình dạng tinh trùng. BN tái khám định kỳ mỗi tháng.

3. Kể từ lần đầu tiên được Dockerty M.B. và Priestley J.T. mô tả năm 1942, đến hiện tại, khoảng 300 trường hợp u bọng dạng thượng bì của tinh hoàn đã được báo cáo trong y văn, hầu hết trong bệnh cảnh không liên quan hiếm muộn. [4] Gần đây, Othmane và cs. mô tả u bọng dạng thượng bì biểu hiện là 1 khối cứng ở tinh hoàn trái, trên BN thiếu, nhược và quái tinh tương tự BN của chúng tôi. [4] Lý do của các bất thường tinh dịch đồ ở BN hiếm muộn kèm u bọng dạng thượng bì của tinh hoàn chưa được biết rõ. BN của chúng tôi có các yếu tố nguy cơ gây bất thường tinh dịch đồ là lối sống (thuốc lá, bia), thừa cân và suy sinh dục nam chưa rõ nguyên nhân.

Các nghiên cứu cho thấy BN ung thư tinh hoàn thường có bất thường tinh dịch đồ. Lý giải cho mối liên hệ này là sự hiện hữu các yếu tố nguyên nhân chung gây hiếm muộn và ung thư tinh hoàn, và các nguyên nhân chung này có thể có tác động từ trước sinh. [12] Mặt khác, nam giới hiếm muộn và bất thường tinh dịch đồ có nguy cơ ung thư tinh hoàn cao gấp 2 - 20 lần nam giới chung và hiếm muộn nam được xem là chỉ dấu sinh học đối với ung thư tinh hoàn. [12]

Tỷ lệ ung thư tinh hoàn được phát hiện ở nam giới hiếm muộn tùy thuộc phương pháp thăm khám. Sử dụng siêu âm bìu thường qui ở nam giới hiếm muộn cho thấy tỷ lệ ung thư

tinh hoàn là 0.5%, cao hơn nhiều lần so với dân số chung. [13] Vì siêu âm bìu có thể phát hiện các ung thư tinh hoàn giai đoạn sớm, không sờ nắn được khi khám bìu, đặt ra vấn đề siêu âm bìu thường qui để tầm soát ung thư tinh hoàn. Cho rằng tỷ lệ mắc mới ung thư tinh hoàn trung bình là 10,6 trường hợp/100.000 nam giới tính chung, Raman và cs. tính số nam giới cần siêu âm bìu tầm soát để phát hiện 1 trường hợp ung thư là 9.434. Vì tỷ số mắc mới được chuẩn hóa (SIR: standardized incidence ratio) đối với ung thư tinh hoàn ở nam giới hiếm muộn là 18,3, số nam giới hiếm muộn cần siêu âm bìu tầm soát để phát hiện 1 trường hợp ung thư là 516. Do đó, siêu âm bìu thường qui để phát hiện ung thư tinh hoàn trong hiếm muộn nam không có tính chi phí - hiệu quả. [1]

Tuy nhiên, chẩn đoán sớm các u tinh hoàn nhỏ, không sờ nắn được có ý nghĩa đặc biệt quan trọng ở BN hiếm muộn. Vì chỉ cần 1 lượng nhỏ mô tinh hoàn trong các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, phát hiện sớm các u tinh hoàn nhỏ có thể cho phép cắt bỏ khối u hoặc cắt tinh hoàn bán phần, nhờ đó bảo tồn nhu mô tinh hoàn ở một số nam giới hiếm muộn. [14] Mặc dù cắt bán phần tinh hoàn trong điều trị u tinh hoàn còn gây tranh cãi, cắt toàn bộ tinh hoàn đối với các u lành tính trong tinh hoàn là điều trị quá tay. [15] Siêu âm bìu cũng có thể cho kết quả dương giả, do đó, phẫu thuật bảo tồn nhu mô tinh hoàn có thể là biện pháp bảo vệ đối với các u tinh hoàn lành tính được xác định qua sinh thiết lạnh. [16]

Mặt khác, siêu âm bìu có thể giúp phát hiện nguyên nhân hiếm muộn (bế tắc đường sinh dục nam, giãn tĩnh mạch thừng tinh) và hướng dẫn can thiệp [trong kỹ thuật lấy tinh trùng tinh hoàn (TESE: testicular sperm extraction), sinh thiết tinh hoàn ở vùng nhu mô tưới máu tốt giúp tăng tỷ lệ tìm thấy tinh trùng]. Ngoài ra, chi phí thực hiện có thể chấp nhận được, do đó, siêu âm bìu có thể được xem xét trong tiếp cận đánh giá ban đầu BN nam hiếm muộn. [16,17]

#### 4. KẾT LUẬN

Bệnh sử chi tiết, khám thực thể cẩn thận, kết hợp siêu âm, MRI và các dấu ấn sinh học của u tinh hoàn có thể giúp chẩn đoán trước mổ u bọng dạng thượng bì của tinh hoàn và tạo điều kiện can thiệp bảo tồn tinh hoàn khi kết hợp

sinh thiết lạnh trong mô. Bảo tồn tinh hoàn nhằm duy trì khả năng sinh tinh có ý nghĩa đặc biệt quan trọng ở BN nam hiếm muộn với mong muốn được làm bố sinh học.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Raman JD, Nobert CF, Goldstein M. Increased incidence of testicular cancer in men presenting with infertility and abnormal semen analysis. *J Urol* 2005;174:1819-22; discussion 22.
2. Fu YT, Wang HH, Yang TH, Chang SY, Ma CP. Epidermoid cysts of the testis: diagnosis by ultrasonography and magnetic resonance imaging resulting in organ-preserving surgery. *Br J Urol* 1996;78:116-8.
3. Manning MA, Woodward PJ. Testicular epidermoid cysts: sonographic features with clinicopathologic correlation. *J Ultrasound Med* 2010;29:831-7.
4. Othmane Y, Mohammed A, Tariq K, Khalid E, Abdellatif K, Ahmed Ibn Attya A. Testicular Epidermoid Cyst: Case Report and Literature Review. *Glob J Reprod Med* 2018;5 :3.
5. Ghazle H, Apeland T. Epidermoid Cyst of the Testis: Sonographic Characteristic Appearance. *J Diag Med Sonography* 2019;35:58-61.
6. Pohl HG, Shukla AR, Metcalf PD, et al. Prepubertal testis tumors: actual prevalence rate of histological types. *J Urol* 2004;172:2370-2.
7. Malek RS, Rosen JS, Farrow GM. Epidermoid cyst of the testis: a critical analysis. *Br J Urol* 1986;58:55-9.
8. Price EB, Jr. Epidermoid cysts of the testis: a clinical and pathologic analysis of 69 cases from the testicular tumor registry. *J Urol* 1969;102:708-13.
9. Chehval MJ, Martin SA, Alexander NJ, Winkelmann T. The effect of unilateral injury to the vas deferens on the contralateral testis in immature and adult rats. *J Urol* 1995;153:1313-5.
10. Kosar A, Kupeli B, Alcigir G, Ataoglu H, Sarica K, Kupeli S. Immunologic aspect of testicular torsion: detection of antisperm antibodies in contralateral testicle. *Eur Urol* 1999;36:640-4.
11. Zini A, Lefebvre J, Kornitzer G, et al. Anti-sperm antibody levels are not related to fertilization or pregnancy rates after IVF or IVF/ICSI. *J Reprod Immunol* 2011;88:80-4.
12. Hanson BM, Eisenberg ML, Hotaling JM. Male infertility: a biomarker of individual and familial cancer risk. *Fertil Steril* 2018;109:6-19.
13. Paduch DA. Testicular cancer and male infertility. *Curr Opin Urol* 2006;16:419-27.
14. Passman C, Urban D, Klemm K, Lockhart M, Kenney P, Kolettis P. Testicular lesions other than germ cell tumours: feasibility of testis-sparing surgery. *BJU Int* 2009;103:488-91.
15. La Rocca R, Capece M, Spirito L, et al. Testis-sparing surgery for testicular masses: current perspectives. *Minerva Urol Nefrol* 2019;71:359-64.
16. Onur MR, Firdolas F, Onur R, Kocakoc E, Akpolat N, Orhan I. Scrotal ultrasonography: should it be used in routine evaluation of infertile men? *Andrologia* 2008;40:58-61.
17. Armstrong JM, Keihani S, Hotaling JM. Use of Ultrasound in Male Infertility: Appropriate Selection of Men for Scrotal Ultrasound. *Curr Urol Rep* 2018;19:58.