

solitary fibrous tumors is radical surgical excision of the tumor and long-term follow-up. Adjuvant therapy was not indicated.

KEY WORDS

Orchidectomy, scrotum, solitary fibrous tumor.

.....

KAZUISTIKA

55letý interně zdravý pacient byl v únoru 2022 referován na naše oddělení po vyšetření ambulantním urologem pro zvětšující se rezistenci v levém hemiskrotu, kterou pozoroval asi dva roky. Expanze levého hemiskrota dosahovala rozměrů přibližně 11 × 8 cm, nádor byl palpačně tužší konzistence. Při iniciálním vyšetření lékařem na naší ambulanci bylo nad expanzí levého hemiskrota hmatné levé varle dislokované tumorem do horní části skrota. Na ultrazvukovém (UZ) vyšetření bylo také nalezeno dislokované levé varle vysoko ve skrotu a pod varletem objemný vaskularizovaný tumor nepravidelné echogenity. Obsah pravého hemiskrota byl bez patologického nálezu. Sérové nádorové markery pro nádory varlete (AFP, HCG, LDH) byly bez elevace. Provedená vyšetření vedla k vysoké suspekci na maligní tumor v levém hemiskrotu. Při druhém UZ vyšetření těsně před operačním výkonem se operatérovi nepovedlo intaktní varle v levém hemiskrotu opět lokalizovat, nebylo proto možné jednoznačně vyloučit maligní tumor levého varlete. Pro důvodné podezření na maligní tumor v levém hemiskrotu byla indikována operační rezeze z inguinálního přístupu. V celkové anestezii 6cm incizí paralelní s levým tříselným vazem byla obnažena aponeuróza zevního šikmého břišního svalu a otevřen levý tříselný kanál. Postupně byl vypreparován a uvolněn spermatický provazec až k anulus inguinalis profundus, kde byl mezi peany uzavřen. Původní incize byla pro velikost tumoru rozšířená směrem ke skrotu, následně byl ze skrota vybaven objemný tumor, který makroskopicky neinfiltroval stěnu skrota. Vzhledem k velikosti tumoru byl peroperační přehled obtížný, nebylo možné

ověřit, že tumor přímo z varlete nevychází nebo ho částečně neinfiltruje. Levé varle těsně naléhalo na tumor, jeho preparaci od nádoru a ponechání varlete ve skrotu jsme nepovažovali za onkologicky bezpečné. Preparát byl proto ze skrota odstraněn en-block se spermatickým provazcem. Den po výkonu bylo provedeno kontrastní CT břicha, pánve a plic, bez nálezu lymfadenopatie nebo vzdálených metastáz. Pacient byl propuštěn druhý den po operaci. Týden po operaci byl ošetřen spádovým urologem pro hematoma levého hemiskrota, byl zaveden drén přes skrotum a evakuován kolikovaný hematoma. Operační rána levého třísla byla zhojena per primam. Při kontrole v odstupu třech týdnů po drenáži byl hematoma levého hemiskrota kompletně resorbován. Při palpačním a UZ vyšetření levého hemiskrota nebyla suspekce na lokální recidivu nebo reziduální tumor. S výsledkem histologického vyšetření byl pacient prezentován v uroonkologickém týmu v Nemocnici České Budějovice.

MORFOLOGIE

Preparát byl makroskopicky i mikroskopicky vyšetřen v Bioptické laboratoři, s. r. o., v Plzni. Jednalo se o preparát orchidektomie, přičemž varle, nadvarle a semenný provazec byly normálního vzhledu i velikosti. Parafunikulárně byl přítomen vejčitý tumor velikosti 11,7 × 7 × 8 cm, po celém povrchu krytý lesklým hladkým vazivovým pouzdem. Na řezu byl tumor šedavé a hnědavé barvy, solidní, místy nodulární struktury. Tumor byl ložiskově prokrvácený, solidní, fokálně s kalcifikacemi. Histologicky se tumor sestával z proliferace neorganizované uspořádaných vřetenobuněčných a kulatobuněčných elementů zasazených ve variabilně kolegenózním stromatu, s větvičkami se a hyalinizovanými parožnatými cévami (staghorn vessels). Celularita byla v rámci tumoru variabilní, byly zachyceny chudě celulární oblasti, stejně tak vysoce celulární, převážně kulatobuněčné oblasti s pseudo-vaskulárními prostory. Mitotická aktivita byla až 9 mitóz/10 polí velkého zvětšení (HPF). Nádorové buňky byly imunohistochemicky pozitivní v průkazu STAT6 (nukleární pozitivita), CD34. Negativní