

• 病例报告 •

# 幼儿Ⅲ型睾丸横过异位 1 例

魏山坡 刘凤昌 王利民 杨 斌

睾丸横过异位(TTE)是临床较少见的男性生殖系统发育畸形,本科近期收治 1 例,现报道如下:

患儿,男,1 岁 8 个月。因左侧阴囊空虚、尿道开口异位入院。体查:阴茎外观短小,长约 2 cm,包皮呈帽状堆积于阴茎背侧,系带缺如,正常尿道外口无开口,于会阴处靠近阴茎根处可见一直径约 0.1 cm 孔道,阴茎向腹侧弯曲。左侧腹股沟至阴囊内未触及睾丸,右侧阴囊可触及 2 个类睾丸样肿物,其一可移动至右侧腹股沟区。右侧腹股沟可扪及一肿物,约 3 cm×2 cm×2 cm,肤色正常,皮温不高,质地软,无触痛,压之可还纳,闻及“咕噜”声,还纳后以手指按压内环口处,肿物不出现,患儿哭闹时局部有冲击感,手指拿开,肿物复现,可降至阴囊,肿物透光试验阴性。辅助检查:染色体检查:(46,XY);腹股沟及阴囊彩超提示:左侧睾丸异位,右侧阴囊内可探及两个睾丸回声,其一可移动至右侧腹股沟内环口处,右侧腹股沟斜疝,疝出物为肠管。术前诊断:①会阴型尿道下裂;②左侧睾丸横过异位完善术前检查后予分期手术治疗,先行阴茎下弯矫正术,术后 6 个月行尿道成形术,术后阴茎伸直满意,排尿通畅,无尿痿、尿道憩室。术后 3 个月再行左睾丸复位固定术+右疝囊高位结扎术。手术过程:患儿麻醉满意后,取右下腹腹横纹切口,长约 2 cm,逐层切开皮肤、皮下组织,于精索内前方找到并打开疝囊,疝囊壁肥厚明显,证实近端通向腹腔,横断疝囊,分离疝囊近端至腹膜外脂肪,双道结扎并缝扎,分离疝囊过程中可见两条精索,均仔细保护,查无活动性出血,清点器械无误后,逐层关闭切口,用医用胶粘合皮肤切口。手术转至阴囊,做右阴囊底横切口,长约 2 cm,逐层切开皮肤、皮下组织、肉膜,打开鞘膜囊,其内可见两个睾丸并各有独立的精索血管供应,右侧约 1.0 cm×0.8×0.5 cm 大小,左侧约 0.8 cm×0.6 cm×0.4 cm 大小,睾丸均稚嫩,软,血运可,睾丸、附睾分离,两输精管纤细,游离左睾丸精索组织,于右阴囊底打开阴囊中膈,将右睾丸自此孔道送入左阴囊内,缝合固定于左阴囊皮肤、肉膜之间,再将左睾丸缝合固定于右阴囊皮肤、肉膜之间。手术顺利。术后 3 个月、6 个月随访,患儿睾丸血运及发育可。

**讨论** 睾丸横过异位(Transverse testicular ectopia,TTE)指双侧性腺通过同一侧腹股沟管进入同一侧阴囊,使横跨睾丸和对侧睾丸在对侧腹股沟管或阴囊相遇,横跨到对侧的睾丸称为横过异位睾丸,常表现为患侧隐睾、对侧腹股沟疝<sup>[1]</sup>。1886 年,Lenhossek 描述了首例睾丸横过异位(TTE),国外统计睾丸横过异位(TTE)发现时平均年龄 4 岁<sup>[2]</sup>。Gauderer 等<sup>[2]</sup>按伴随病变不同,将其分为三型:I 型仅伴腹股沟斜疝(40%~50%),多位于被迁移侧。II 型伴苗勒管持续存在综

合征(persistent mullerian duct syndrome,PMDS)或始基子宫(30%)。III 型(20%)无苗勒管残留,但伴有其他泌尿生殖道畸形,如尿道下裂、假两性畸形、阴囊异常、精囊囊肿、双肾发育不全、肾盂输尿管连接处梗阻等。

有关睾丸横过异位(TTE)的形态学分类尚未有定论,目前倾向于以异位睾丸在腹股沟至阴囊的不同位置分类,可位于腹股沟管、腹股沟管内环口、阴囊中部等<sup>[3]</sup>。睾丸横跨异位和其他睾丸异常相比,不育和远期肿瘤的发生率相对较高。远期肿瘤发生率在 18% 左右,与隐睾的相近<sup>[4]</sup>,报道源自性腺的肿瘤有胚胎瘤、精原细胞瘤、卵黄囊瘤、畸胎瘤,未报道有起源苗勒管的肿瘤。

睾丸横过异位(TTE)的发病机制目前仍不十分清楚。Lockwood<sup>[5]</sup>研究发现,睾丸引带在发育过程中出现 5 条分支,分别附着于会阴、股管、表浅腹股沟窝、耻骨上和对侧阴囊内。正常情况下,有 1 条引带附着于阴囊,睾丸沿该引带下降于阴囊内;如果睾丸沿其他引带下降则可偏离正常途径,发生异位,其中最多见于表浅腹股沟窝,而横过异位最少见,其发生原因可能为睾丸沿附着于对侧的引带下降所致。

在治疗方面,睾丸横过异位(TTE)不同于睾丸下降不全,它对 HCG 无效。手术是唯一的治疗方法。手术时间提倡在 2 岁前进行,近年来有更提前趋势。否则未降睾丸曲细精管变细,精原细胞数量减少,不仅影响生育也易恶变。查阅相关资料,手术方法主要有两种<sup>[6]</sup>,一种是分别游离两侧精索,使两侧睾丸分别到达阴囊两侧予以固定,另一种是游离精索后睾丸不能同时下达阴囊两侧,可把两睾丸从同侧牵拉入同侧阴囊,在阴囊纵膈打洞,将对侧睾丸放入对侧阴囊内固定。本例患儿采用第 2 种方法。

本例患儿存在睾丸横过异位伴有尿道下裂应属 III 型睾丸横过异位,III 型睾丸横过异位临床上报道较少,因合并其它畸形,往往分期手术治疗,I、II 型睾丸横过异位临床上报道较多,婴幼儿至成年人均见报道,近期黄桂珍等<sup>[7]</sup>报道睾丸横过异位 3 例。术前诊断睾丸横过异位,较为困难,易误诊、漏诊,本例术前诊断明确,得益于患儿睾丸位置低,存在于阴囊内,体查时较易触摸,另一方面得益于超声检查明确。

我们认为:年轻医师往往缺乏对于睾丸横过异位的认识,阴囊内未触及睾丸往往想到隐睾,遗漏睾丸横过异位的可能,诊断睾丸横过异位仔细体查非常重要,临床上发现隐睾患儿,要想到睾丸横过异位的可能,仔细检查双侧腹股沟及双侧阴囊,如患儿体查不合作可在患儿熟睡或应用镇静药后仔细检查避免漏诊,本例患儿曾考虑隐睾,后经体查排除此诊断;双侧腹股沟及阴囊超声检查简便、无创,是首选的诊断工具。近年来腹腔镜技术在小儿外科飞速发展,腹腔镜探查不仅用于诊断,还可同期行相应手术治疗,对于体查不能触及睾丸及超声亦不能发现睾丸的患儿,腹腔镜探查尤为重要,它可以检查腹腔内部双侧腹后壁自肾 (下转第 466 页)