

• 病例报告 •

睾丸横过异位合并尿道下裂 1 例

黄包德¹ 曾洪飏¹ 刘家荣¹

[关键词] 睾丸畸形;横过异位;尿道下裂;儿童
doi:10.13201/j.issn.1001-1420.2015.07.027
[中图分类号] R697 [文献标识码] D

患儿,男,1岁4个月,以出生后即发现双侧阴囊空虚为主诉入院。体检:阴茎长约2.5 cm,向腹侧弯曲。包皮系带处呈V形缺损,阴茎头未见尿道开口,尿道开口于阴茎体根部。双侧阴囊扁平,双侧阴囊内均未触及睾丸,左侧腹股沟中段可触及一睾丸样物,约1.0 cm×0.6 cm,不能推入阴囊内,右侧腹股沟区未触及睾丸。浅表彩超提示左侧腹股沟管内可见睾丸回声,大小约1.02 cm×0.56 cm;右侧腹股沟管内未探及明显睾丸回声。术前诊断:①双侧睾丸下降不全;②尿道下裂。手术探查见右侧阴囊发育差,右侧腹股沟区未探及睾丸及精索、输精管,探查左侧腹股沟区可见左侧鞘状突未闭,于腹股沟中段找到一睾丸,约1.0 cm×0.8 cm×0.6 cm大小,质地正常,发育尚可,睾丸、附睾轻度分离。切断睾丸引带,向下牵拉睾丸,从内环口处牵出另一睾丸,约0.8 cm×0.6 cm×0.6 cm大小,质地正常,发育欠佳,睾丸附睾分离明显,两睾丸有各自精索血管和输精管(图1)。松解精索,见两侧精索血管紧密相连,右侧精索长度有限,遂将左侧睾丸穿过阴囊纵隔引致右侧阴囊肉膜囊内,右侧睾丸固定于左侧阴囊内。术后随访3个月,患儿双侧睾丸位置正常,血运良好,效果满意。



图1 手术标本

讨论 睾丸横过异位临床上少见。本病发病机制目前仍不十分清楚,推测苗勒管持续存在可阻

碍睾丸下降。

睾丸横过异位可分为三型^[1]: I型仅伴腹股沟斜疝(40%~50%),多位于被迁移侧; II型伴有苗勒管持续存在综合症或始基子宫(30%); III型(20%)无苗勒管残留,但伴有其他泌尿系生殖道畸形,如尿道下裂、假两性畸形、阴囊异常、精囊囊肿、双肾发育不全、肾盂输尿管连接部梗阻等。本例属于III型睾丸横过异位。

本病术前诊断较困难,幼儿多以隐睾或腹股沟斜疝^[2]就诊,而后于术中发现。超声是最简便、无创、首选的诊断工具,便于术前排除相关先天畸形; CT有助于术前睾丸定位,但存在假阳性及假阴性。另外,同位素标记绒毛膜促性腺激素在γ照像中显示睾丸,可帮助异位睾丸的定位。国内多以超声为诊断手段。

由于睾丸横过异位的解剖特点,其治疗与睾丸下降不全不同,HCG治疗无效,手术是唯一有效的治疗办法。手术时间提倡在幼儿2岁前进行,甚至可以更早。

治疗原则与隐睾相同,应充分松解精索,使异位睾丸无张力纳入对侧阴囊内;对于睾丸复位不成功、不能固定于正常生理解剖位置,或者已经萎缩无功能者,应行睾丸切除术,避免远期恶变^[3]。睾丸固定术的术式多样,对于低位睾丸横过异位,目前国内多数学者主张将异位睾丸通过同一侧腹股沟管,然后穿过阴囊中隔固定在对侧阴囊内,其手术成功率高,睾丸萎缩发生率低。对于高位睾丸横过异位,多数学者主张选用Fowler-Stephens手术,即精索血管高位结扎切断,保留精索与输精管之间的微血管,不切断睾丸引带,行长襻输精管睾丸固定术。

[参考文献]

- 1 Gauderer M W, Grisoni E R, Stellato T A, et al. Transverse testicular ectopia[J]. J Pediatr Surg, 1982, 17(1): 43-47.
- 2 黄桂珍, 马俊梅, 曾莉, 等. 睾丸横过异位3例[J]. 临床小儿外科杂志, 2012, 11(2): 157.
- 3 张钦明, 陈永卫, 侯大为, 等. 睾丸横过异位[J]. 中华小儿外科杂志, 2003, 24(2): 112.

(收稿日期:2014-12-17)

¹福建省泉州市儿童医院小儿外科(福建泉州,362000)
通信作者:黄包德,E-mail:huangbaode001@163.com