

Эпидермальная киста гортани больших размеров. Клинический случай

А.А. Ханамиров¹, В.Н. Колесников², М.А. Лапин¹, В.И. Скачедуб³, А.В. Микутин¹

¹ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Россия, 344015, Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170

²ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29

³ГБУ РО «Патолого-анатомическое бюро», Россия, 344015, Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170

Реферат. Введение. Эпидермальные кисты – это доброкачественные кисты, заполненные кератиновыми массами, которые могут развиваться в любой части тела и имеют тенденцию к медленному росту. Гистологически они аналогичны холестеатоме. Эпидермальные кисты гортани крайне редкое заболевание и оценить их частоту не представляется возможным. Наиболее частой локализацией в гортани является вестибулярный отдел, однако есть публикации о локализации в области голосовых складок. **Цель исследования.** Представить данные об эпидермальной кисте гортани и отдаленных результатах микроэндоларингеального хирургического лечения на клиническом примере. **Материалы и методы:** Пациентка П., 71 года, обратившаяся за плановой помощью в ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница» с признаками стеноза гортани 1 стадии и дисфонии. При обследовании у пациентки выявлено новообразование гортаноглотки и вестибулярного отдела гортани, покрытое неизменной слизистой оболочкой, суживающее просвет гортани более чем на половину и препятствующее осмотру ее голосового отдела. По данным магнитно-резонансной томографии мягких тканей шеи: МР-картина кисты левой вестибулярной складки размерами 30.5 x 35 x 32 мм, прилежащее к левой половине надгортанника и левой голосовой складке. **Результаты и их обсуждение.** В связи с подслизистым расположением новообразования было принято решение о выполнении биопсии новообразования при прямой опорной микроларингоскопии в условиях высокочастотной вентиляции легких через трахеопункцию со срочным гистологическим исследованием и определением дальнейшей тактики по результатам исследования. Учитывая результаты гистологического исследования, выполнено эндоларингеальное удаление новообразования. В течение 3 лет после проведенного лечения пациентка находилась под наблюдением в ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», признаков рецидива кисты не выявлено. В результате лечения достигнуто полное восстановление голосовой и дыхательной функции. **Выводы.** Микроэндоларингеальное хирургическое лечение в условиях высокочастотной вентиляции легких через трахеопункцию позволяет провести органосохраняющее лечение без выполнения трахеостомии пациентам с объёмными кистозными новообразованиями гортани.

Ключевые слова: эпидермальная киста, гортань.

Для цитирования: Ханамиров А.А., Колесников В.Н., Лапин М.А., [и др.]. Эпидермальная киста гортани больших размеров. Клинический случай // Вестник современной клинической медицины. – 2025. – Т. 18, вып. 4. – С. 132–135. DOI: 10.20969/VSKM.2025.18(4).132-135.

Large epidermal cyst of the larynx: A case report

Aleksandr A. Khanamirov¹, Vadim N. Kolesnikov², Maxim A. Lapin¹, Victoria I. Skachdub³, Andrey V. Mikutin¹

¹Rostov Regional Clinical Hospital, 170 Blagodatnaya str., 344015 Rostov-on-Don, Russia

²Rostov State Medical University, 29 Nakchichevsky Lane, 344022 Rostov-on-Don, Russia

³Pathology Office, 170 Blagodatnaya str., 344015 Rostov-on-Don, Russia

Abstract. Epidermal cysts are benign cysts filled with keratin masses that can develop anywhere in the body and tend to grow slowly. Histologically they are similar to cholesteatoma. Epidermal cysts of the larynx are an extremely rare disease and it is not possible to estimate their occurrence. The most common localization in the larynx is in vestibular folds, however, there are publications on their localizations in vocal folds. **Aim.** To present data on an epidermal cyst of the larynx and long-term results of microendolaryngeal surgical treatment, using a case report. **Materials and Methods.** Patient P. (71 y. o., F) was admitted to the Rostov Regional Clinical Hospital with signs of the stage 1 laryngeal stenosis and dysphonia. During examination, the patient was found to have a neoplasm of the hypopharynx and vestibular part of the larynx, covered with an unchanged mucous membrane, narrowing the lumen of the larynx by more than half and preventing examination of her vocal folds. According to magnetic resonance imaging, it was a cyst of the left vestibular fold measuring 30.5 x 35 x 32 mm, adjacent to the left half of the epiglottis and the left vocal fold. **Results and Discussion.** Due to the submucosal location of the tumor, a biopsy of the tumor was performed using direct microlaryngoscopy in the high-frequency jet ventilation conditions through tracheopuncture with urgent histological examination and determination of further tactics based on the findings. Taking into account the results of an urgent histological examination, the cyst was removed endolaryngeally. The patient was under medical supervision at the Rostov Regional Clinical Hospital during 3 years after treatment with no signs of cyst recurrence. As a result of treatment, complete restoration of vocal and respiratory function was achieved. **Conclusions.** Microendolaryngeal surgical treatment in the high-frequency jet ventilation conditions through tracheopuncture allows organ-preserving treatment without tracheostomy for patients with voluminous cystic neoplasms of the larynx.

Keywords: epidermal cyst, larynx.

For citation: Khanamirov, A.A.; Kolesnikov, V.N.; Lapin, M.A.; et al. Large epidermal cyst of the larynx: A case report. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2025, 18 (4), 132-135. DOI: 10.20969/VSKM.2025.18(4).132-135.

Эпидермальные кисты – это доброкачественные кисты, заполненные кератиновыми массами, которые могут развиваться в любой части тела. Чаще всего они встречаются на коже, особенно на лице, волосистой части головы, шее и туловище с тенденцией к медленному росту [1, 2]. Гистологически они аналогичны холестеатоме [3].

В целом кисты гортани составляют не более 5% от всех доброкачественных опухолевых и опухолеподобных заболеваний гортани [4]. Эпидермальные кисты гортани и вовсе крайне редкое заболевание [1, 2, 5]. Оценить их частоту не представляется возможным, но в то же время известно, что среди всех кист полости рта только 0.01% являются эпидермальными [2].

Наиболее частой локализацией в гортани является вестибулярный отдел [6,7]. Однако, есть публикации о локализации в области голосовых складок [8]. Считается, что эпидермальные кисты гортани развиваются в результате плоскоклеточной метаплазии серомуциновых желез и их протоков [1, 6]. Обсуждаются также травматическая и дисэмбриогенетическая теории [8]. Симптоматика эпидермальных кист гортани обусловлена локализацией и включает охриплость, затруднение дыхания и дискомфорт при глотании в разных комбинациях [6]. Известны случаи необходимости в экстренной трахеотомии в связи со стенозом гортани, вызванным эпидермальными кистами гортани [7]. Общепринятым методом лечения является хирургический [1, 4, 5, 7, 8].

Приводим собственное клиническое наблюдение.

Пациентка, женщина П., житель Ростовской области, ростом 157 см, весом 59 кг, 71 год, маляр по профессии, была госпитализирована в оториноларингологическое отделение в июне 2020 года с симптомами поражения гортани: дисфонию, признаками стеноза гортани 1 стадии, некоторый дискомфорт при глотании. По стандарту госпитализации в ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»

(РКОБ), больная была предварительно консультирована в областном онкологическом диспансере, где был проведено первичное обследование для исключения злокачественного опухоли гортани, после чего больная была направлена в РКОБ.

Объективный статус. Состояние пациентки удовлетворительное. Признаков дыхательной недостаточности в покое нет, охриплость по шкале GRBAS 1 степени. При внешнем осмотре область шеи не изменена. Лимфатические узлы шеи, доступные пальпации, не увеличены, безболезненны. При ларингоскопии обнаружено новообразование гортаноглотки и вестибулярного отдела гортани, покрытое неизменной слизистой оболочкой, суживающее просвет гортани более чем на половину и препятствующее осмотру ее голосового отдела. При фиброларингоскопии голосового отдела подвижность правой голосовой складки сохранена в полном объеме, левая голосовая складка компримирована новообразованием, ограничена в подвижности. Подголосовой отдел гортани свободный.

По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) мягких тканей шеи: МР-картина (ретенционной?) кисты левой вестибулярной складки. В вестибулярном отделе гортани определяется кистозное новообразование с белковым содержимым. Образование имеет четкие контуры, размерами 30.5 x 35 x 32 мм, прилежит к левой половине надгортанника и левой голосовой складке. Лимфатические узлы шеи не увеличены, обычной плотности (рис. 1).

Результаты общеклинических лабораторных исследований – в пределах нормы.

Из анамнеза жизни выяснено, что пациентка страдает гипертонической болезнью II стадии, 2 степени, риск 3.

Учитывая подслизистое расположение новообразования выполнение биопсии под местной анестезией мы посчитали нецелесообразным. Было принято решение о выполнении биопсии новообразования при прямой опорной микроларингоскопии в условиях

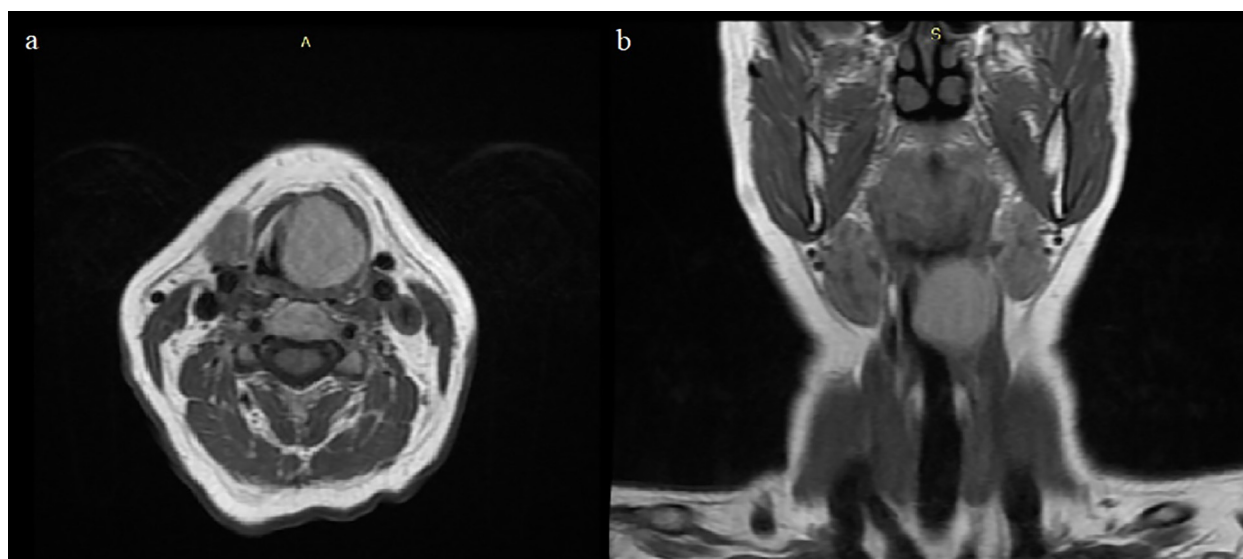


Рис. 1. МР-картина кистозного новообразования гортани в режиме T1: а) аксиальная проекция; б) коронарная проекция.

Fig. 1. MRI T1 imaging of the cystic laryngeal lesion: a) Axial plane; b) coronal plane.

высокочастотной вентиляции легких (ВЧВЛ) через трахеопункцию со срочным гистологическим исследованием и определением дальнейшей тактики по результатам исследования. Трахеопункция выполнялась между перстневидным хрящем и первым полукольцом трахеи с последующим введением в просвет трахеи катетера диаметром 2 мм. Искусственная вентиляция легких проводилась аппаратом высокочастотной вентиляции Тритон ZISLINE JV100 В отечественного производства.

При хирургическом вмешательстве рассечена слизистая оболочка левой вестибулярной складки на протяжении 1 см, обнаружена фиброзная капсула новообразования, вскрыта. Содержимое новообразования макроскопически схоже с эпидермальными холестеатомными массами. Выполнен забор масс и фрагмент капсулы для срочного гистологического исследования.

По результатам срочного гистологического исследования: обилие чешуек ороговевающего плоского эпителия, признаков атипии не выявлено, морфологическая картина может соответствовать эпидермальной кисте.

Учитывая результаты срочного гистологического исследования, несмотря на значительные размеры новообразования, принято решение о попытке эндоларингеального удаления новообразования. Под контролем операционного микроскопа, при помощи контактного диодного лазера «Латус-К» длиной волны 940 нм в импульсном режиме при мощности 1.5 Вт, левая вестибулярная складка рассечена продольно от надгортанника до черпаловидного хряща продолжая сделанный ранее разрез, из полости новообразования удалена основная масса содержимого, выполнена стандартная оротрахеальная интубация. Как можно более ранний перевод на стандартную оротрахеальную интубацию обусловлен быстрым нарастанием гиперкапнии при проведении ВЧВЛ относительно стандартной интубации. Плотная капсула новообразования иссечена вместе с остаточным содержимым, при иссечении капсулы признаков инвазии в подлежащие ткани не выявлено (рис. 2). Лоскут слизистой оболочки левой вестибулярной складки уложен на место, покрыт фибриновым клеем.

В раннем послеоперационном периоде отмечен аспирационный синдром, который был купирован к концу 2-х суток после операции и обусловлен, по нашему мнению, размерами кисты и резким из-



Рис. 2. Удаленный макропрепарат оболочки кисты с небольшим количеством эпидермальных масс.
Fig. 2. Macroscopic view of the cyst with a small amount of keratin masses after surgical removal.

менением формы гортаноглотки после операции, к которому необходима была адаптация пациентки. В области трахеопункции признаков эмфиземы в послеоперационном периоде выявлено не было, след от трахеопункции сохранялся в течение 7 дней. Наибольшая выраженность реактивных явлений в виде отека в полости гортани и гортаноглотки выявлена на 4-5 сутки после операции. Полное купирование реактивных явлений отмечено через 40 дней после операции (рис. 3).

Результат послеоперационного гистопатологического исследования (№ 51258-51265 от 11.06.2020 г.): стенка кисты из волокнистой соединительной ткани с фиброзом, имеет послойное строение: наружный слой стенки кисты с участками склероза и гиалиноза, локусами пылевидного обызвествления, в толще стенки диффузная неравномерно выраженная инфильтрация лимфоцитами и гистиоцитами, местами гранулоцитами, наличие сосудов капиллярного типа; внутренний слой стенки кисты рыхловолонистый, внутренняя поверхность с наложением рыхлых масс кератина; на серии срезов обнаружены пласты десквамированного плоского эпителия внутренней выстилки кисты. Морфологическая картина эпидермальной кисты.

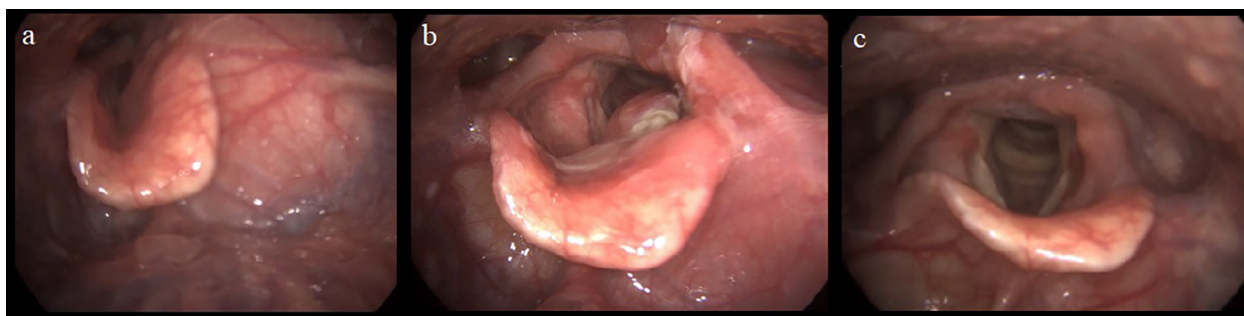


Рис. 3. Ларингоскопическая картина: а) до операции; б) 4 дня после операции; в) 40 дней после операции.
Fig. 3. Laryngoscopy: a) Before surgery; b) 4 days after surgery; c) 40 days after surgery.

В течение 3 лет пациентка находилась под наблюдением в ГБУ РО «РОКБ», 1 раз в год ей производили видеоларингоскопию гортани и через год после операции – МРТ органов шеи. Признаков рецидива кисты не выявлено. В результате лечения достигнуто полное восстановление голосовой и дыхательной функции.

Данный клинический случай примечателен редкостью локализации, размерами эпидермальной кисты и вариантами анестезиологического и хирургического пособий, включавших ВЧВЛ отечественным аппаратом Тритон ZISLINE JV100 В и органосохраняющим лечением без выполнения трахеостомии.

Прозрачность исследования. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Авторы получили письменное согласие пациента на анализ и публикацию медицинских данных и фотографий. Исследование одобрено этическим комитетом Ростовского государственного медицинского университета.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Yilmaz M, Hacıyev Y, Mamanov M, et al. Epidermal inclusion cyst of the larynx. J Craniofac Surg. 2011; 22(6): e1-2.
DOI: 10.1097/SCS.0b013e31822ec818
2. Karaçal N, Topal U, Kutlu N. Popliteal epidermoid cyst: an unusual location. Plast Reconstr Surg. 2004; 114:830–831.
DOI: 10.1097/01.prs.0000136543.54426.af
3. Yan K, Agrawal N, Gooi Z. Head and neck masses. Med Clin North Am. 2018; 102: 1013–1025.
DOI: 10.1016/j.mcna.2018.06.012
4. Reiter R, Hoffmann TK, Pickhard A, Brosch S. Hoarseness causes and treatments. Dtsch Arztebl Int. 2015; 112: 329–337.
DOI: 10.3238/arztebl.2015.0329
5. Khushaim H, Albaghli S, Al-Alsheikh A, Al Rikabi A. Laryngeal epidermal inclusion cyst: report of an unusual case and literature review. J Surg Case Rep. 2020; 2020 (11): rjaa488.
DOI: 10.1093/jscr/rjaa488
6. Ophir D, Lifschitz-Mercer B. Oncocytic cystic lesions of the upper respiratory tract Ear Nose Throat J. 1989; 68 (3): 237-238, 240, 243-244.
7. Westerberg BD, Durham JS, Berean KW. Multiple oncocytic laryngeal cysts presenting as acute airway obstruction J Otolaryngol. 1995; 24 (5): 319-321.
8. Monday LA, Cornut G, Bouchayer M, Roch JB Epidermoid cysts of the vocal cords Ann Otol Rhinol Laryngol. 1983;92(2 Pt 1):124-127.
DOI: 10.1177/000348948309200205

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

ХАНАМИРОВ АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ,
ORCID ID: 0000-0002-2429-9655, канд. мед. наук,
e-mail: khamamirovENT@mail.ru;
врач оториноларингологического отделения ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Россия, 344015,
Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170.
(Автор, ответственный за переписку).
КОЛЕСНИКОВ ВАДИМ НИКОЛАЕВИЧ, ORCID ID: 0000-0002-1123-8677, канд. мед. наук, e-mail: vn_kolesnikov@mail.ru;
доцент кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29.
ЛАПИН МАКСИМ АЛЕКСАНДРОВИЧ, ORCID ID: 0000-0001-8958-7669, e-mail: maxsudmed@mail.ru;
врач оториноларингологического отделения ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Россия, 344015,
Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170.
СКАЧЕДУБ ВИКТОРИЯ ИВАНОВНА, ORCID ID: 0000-0002-2871-8785, e-mail: vika.semkina@yandex.ru;
заведующая отделением биопсийных исследований с гистологией ГБУ РО «Патолого-анатомическое бюро», Россия, 344015, Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170.
МИКУТИН АНДРЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ, ORCID ID: 0000-0002-2154-2699, e-mail: mikandrey@mail.ru;
заведующий отделением анестезиологии и реанимации с палатами интенсивной терапии для взрослого населения №1 ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Россия, 344015, Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170.

ABOUT THE AUTHORS:

ALEKSANDR A. KHANAMIROV, ORCID ID: 0000-0002-2429-9655;
Cand. sc. med., e-mail: khamamirovENT@mail.ru;
Physician at the Department of Otorhinolaryngology, Rostov Regional Clinical Hospital, 170 Blagodatnaya str., 344015 Rostov-on-Don, Russia (Corresponding Author).
VADIM N. KOLESNIKOV, ORCID ID: 0000-0002-1123-8677;
Cand. sc. med., e-mail: vn_kolesnikov@mail.ru;
Associate Professor at the Department of Otorhinolaryngology, Rostov State Medical University, 29 Nakchichevsky Lane, 344022 Rostov-on-Don, Russia.
MAXIM A. LAPIN, ORCID ID: 0000-0001-8958-7669;
e-mail: maxsudmed@mail.ru;
Physician at the Department of Otorhinolaryngology, Rostov Regional Clinical Hospital, 170 Blagodatnaya str., 344015 Rostov-on-Don, Russia.
VICTORIA I. SKACHEDUB, ORCID ID: 0000-0002-2871-8785;
e-mail: vika.semkina@yandex.ru;
Head of the Department of Biopsy Analysis with Histological Laboratory, Pathology Office, 170 Blagodatnaya str., 344015 Rostov-on-Don, Russia.
ANDREY V. MIKUTIN, ORCID ID: 0000-0002-2154-2699;
e-mail: mikandrey@mail.ru;
Head of the Department of Anesthesiology and Resuscitation with Intensive Care Wards, Rostov Regional Clinical Hospital, 170 Blagodatnaya str., 344015 Rostov-on-Don, Russia.