



## Гигантская эпидермоидная киста с экстра-интракраниальным ростом в правой теменно-височной области (клинический случай)

Абдилатипов А.А.<sup>1,2</sup>, Иванов А.О.<sup>1,✉</sup>, Калиновский А.В.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Федеральный центр нейрохирургии Минздрава России, ул. Немировича-Данченко, д. 132/1, г. Новосибирск, Российская Федерация, 630087

<sup>2</sup>Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, ул. Пирогова, д. 2, г. Новосибирск, Российская Федерация, 630090

<sup>3</sup>Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Красный просп., д. 52, г. Новосибирск, Российская Федерация, 630091

### Резюме

**Введение.** Эпидермоидная киста, также известная как «жемчужная опухоль» или холестеатома, – это редкое, медленно растущее доброкачественное новообразование. Гигантская эпидермоидная киста с экстра-интракраниальным ростом встречается крайне редко. В доступной литературе описано лишь несколько десятков случаев гигантских эпидермоидных кист с экстра-интракраниальным распространением.

**Цель исследования.** Продемонстрировать клиническое наблюдение и представить анализ литературы.

**Описание клинического случая.** У женщины 57 лет с травмой головы в анамнезе (полученной в возрасте 20 лет) в течение многих лет отмечались периодические головные боли справа, сопровождающиеся головокружением. В 2021 г. впервые было обнаружено образование в правой теменной области, которое постепенно увеличивалось в размерах. К 2024 г. головные боли стали интенсивными. При клиническом обследовании выявлено плотно-эластичное образование диаметром около 7 см в правой теменной области, малоподвижное, с высоким локальным напряжением кожи головы и отсутствием болезненности при пальпации. Неврологический дефицит не выявлен.

Компьютерная томография показала образование овальной формы (73 × 52 × 50 мм) гетерогенной структуры с интра- и экстракраниальным распространением и деструкцией костей. На магнитно-резонансной томограмме головного мозга в T2-режиме выявлено гиперинтенсивное образование с компрессией правого полушария без инфильтративных изменений вещества головного мозга. В T1-режиме с контрастированием накопления контрастного вещества не наблюдалось.

Выполнено удаление эпидермоидной кисты с резекцией лизированной кости с одномоментной краниопластикой титановой сеткой.

**Заключение.** Гигантские эпидермоидные кисты с экстра-интракраниальным распространением представляют собой редкую патологию, чаще встречающуюся у пациентов среднего и пожилого возраста. Несмотря на доброкачественный характер, их рост может приводить к значительной деструкции костных структур и компрессии окружающих тканей, что требует своевременного хирургического вмешательства. Данный клинический случай подчеркивает важность мультимодального подхода в диагностике (компьютерная, магнитно-резонансная томография) и хирургическом лечении подобных образований. При своевременном и радикальном вмешательстве прогноз для пациентов остается благоприятным.

**Ключевые слова:** эпидермоидная киста с экстра-интракраниальным ростом, холестеатома

**Для цитирования:** Абдилатипов А.А., Иванов А.О., Калиновский А.В. Гигантская эпидермоидная киста с экстра-интракраниальным ростом в правой теменно-височной области (клинический случай). *Сибнейро*. 2026;2(1):60–68. <https://doi.org/10.64265/3033-649X-2026.2.1.60-68>

### Вклад авторов

Абдилатипов А.А. – разработка концепции, создание черновика рукописи, написание рукописи – рецензирование и редактирование.

Иванов А.О. – формальный анализ, проведение исследования, создание черновика рукописи, написание рукописи – рецензирование и редактирование.

Калиновский А.В. – научное руководство, администрирование проекта.

**Конфликт интересов.** Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Исследование проведено без привлечения финансовой поддержки.

**Использование ИИ.** При написании статьи технологии искусственного интеллекта не использовались.

**Доступность данных.** Любые первичные данные, использованные при написании статьи, доступны при запросе у автора, ответственного за переписку.

**Поступила:** 12.07.2025

**Принята к печати:** 16.10.2025

**Опубликована:** 15.03.2026

## Giant epidermoid cyst with extra-intracranial growth in the right parieto-temporal region (clinical case)

Abdishukur A. Abdilatipov<sup>1,2</sup>, Anton O. Ivanov<sup>1✉</sup>, Anton V. Kalinovskiy<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Federal Neurosurgical Center, Nemirovicha-Danchenko str., 132/1, Novosibirsk, Russian Federation, 630087

<sup>2</sup>Novosibirsk State University, Pirogova str., 2, Novosibirsk, Russian Federation, 630090

<sup>3</sup>Novosibirsk State Medical University, Krasny ave., 52, Novosibirsk, Russia, 630091

### Abstract

**Introduction.** An epidermoid cyst, also known as a “pearly tumor” or cholesteatoma, is a rare, slow-growing benign neoplasm. Giant epidermoid cysts with extra-intracranial growth are extremely rare, with only a few dozen cases of giant epidermoid cysts with extra-intracranial extension described in the available literature.

**Aim of the study.** To present a clinical observation and analyze the literature.

**Case report.** A 57-year-old woman with a history of head trauma (at age 20) had been experiencing periodic right-sided headaches accompanied by dizziness for many years. In 2021, a mass was first detected in the right parietal region, which gradually increased in size. By 2024, the headaches had become intense. Clinical examination revealed a firm, elastic mass approximately 7 cm in diameter in the right parietal region, immobile, with significant local tension of the scalp skin and no tenderness on palpation. No neurological deficit was detected.

Computed tomography (CT) revealed an oval-shaped mass (73 × 52 × 50 mm) of heterogeneous structure with intra- and extracranial extension and bone destruction. Brain MRI in T2-mode showed a hyperintense mass compressing the right hemisphere without infiltrative changes in the brain parenchyma. In T1-mode with contrast enhancement, no contrast accumulation was observed.

Removal of the epidermoid cyst with resection of the lysed bone and simultaneous cranioplasty using a titanium mesh was performed.

**Conclusion.** Giant epidermoid cysts with extra-intracranial extension represent a rare pathology, more commonly found in middle-aged and elderly patients. Despite their benign nature, their growth can lead to significant destruction of bone structures and compression of surrounding tissues, necessitating timely surgical intervention. This clinical case highlights the importance of a multimodal approach in the diagnosis (computed tomography, magnetic resonance tomography) and surgical treatment of such lesions. With timely and radical intervention, the prognosis for patients remains favorable.

**Keywords:** epidermoid cyst with extra-intracranial growth, cholesteatoma

**For citation:** Abdilatipov A.A., Ivanov A.O., Kalinovskiy A.V. Giant epidermoid cyst with extra-intracranial growth in the right parieto-temporal region (clinical case). *Sibneuro*. 2026;2(1):60–68. <https://doi.org/10.64265/3033-649X-2026.2.1.60-68>

### Authors' contribution

Abdilapov A.A. – conceptualization, review & editing.

Ivanov A.O. – formal analysis, investigation, writing – original draft.

Kalinovskiy A.V. – supervision, project administration.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Financial disclosure.** The study was carried out without any financial support.

**Use of AI.** No AI technologies were used in the writing of this article.

**Data availability.** The data is available upon reasonable request to the corresponding author.

**Received:** 12.07.2025

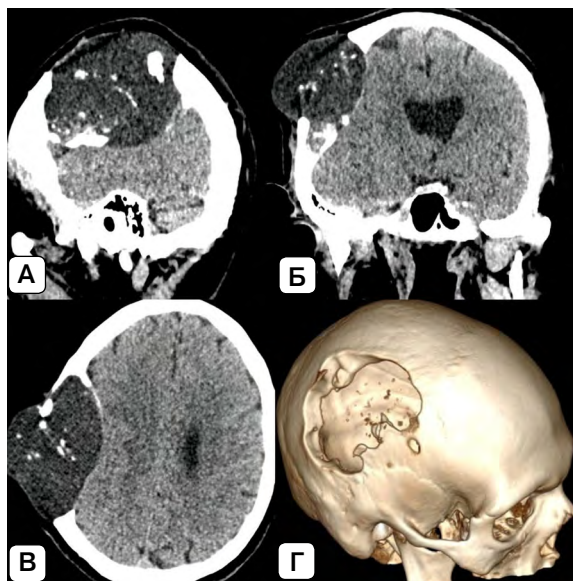
**Accepted:** 16.10.2025

**Published:** 15.03.2026

## Введение

Эпидермоидная киста с экстра-интракраниальным распространением, известная также как «жемчужная опухоль» или холестеатома, является редким доброкачественным новообразованием, характеризующимся медленным ростом. На ее долю приходится 0,2–1,8% всех экстра-интракраниальных опухолевых процессов [1]. Впервые это образование центральной нервной системы было описано Харви Кушингом в 1922 г., который выделил характерные рентгенологические признаки и особенности остеолита [1, 2].

Современные представления о происхождении эпидермоидных кист включают врожденные и приобретенные формы. Врожденные варианты развиваются вследствие эктопии эктодермальных клеток на 3–5-й неделе эмбрионального развития в период закрытия нервной трубки [3]. Приобретенные формы встречаются значительно реже и могут быть связаны с различными медицинскими вмешательствами, включая люмбальные пункции и интратекальные инъекции, а также с травматическими повреждениями, такими как переломы основания черепа [4].



**Рисунок 1.** Мультиспиральная компьютерная томография головного мозга: А – сагиттальная проекция; Б – коронарная проекция; В – аксиальная проекция; Г – трехмерная реконструкция черепа. Источник: составлено авторами

**Figure 1.** Multispiral computed tomography of the brain: А – sagittal projection; В – coronal projection; С – axial projection; D – three-dimensional reconstruction. Source: created by the authors

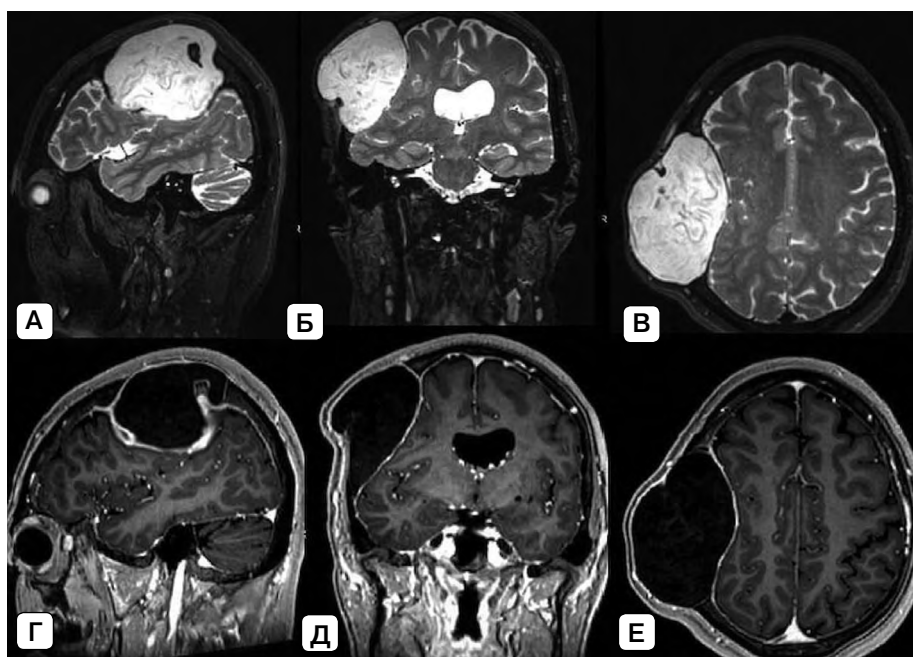
Обнаружено, что очаг поражения коррелирует со временем эктопии клеток эктодермы: то есть чем раньше происходит эктопия, тем больше склонность к формированию

внутричерепных эпидермоидных кист и чем она происходит позже, тем выше склонность к формированию внечерепных поражений мозга [5]. Характерными клиническими особенностями эпидермоидных кист служат их медленный рост и длительный бессимптомный период, что объясняет типичное появление симптоматики лишь к 30–40 годам жизни, когда образование достигает значительных размеров и начинает оказывать компрессирующее воздействие на сосудистые и нервные структуры [6]. Наиболее частыми местами локализации этих кист являются мозгомозжечковый угол, параселлярная область и средняя черепная ямка [7].

В представленном клиническом случае описывается редкое наблюдение гигантской эпидермоидной кисты диаметром около 7 см с экстра-интракраниальным ростом в правой теменно-височной области, сопровождавшимся деструкцией костных структур. Подобные случаи с таким характером инвазии в доступной литературе встречаются исключительно редко.

### Клинический случай

Женщина, 57 лет, после травмы головы, перенесенной в возрасте 20 лет, испытывала преходящие головные боли справа, сопровождающиеся головокружением. В 2021 г.



**Рисунок 2.** МРТ головного мозга в T2-режиме (А – сагиттальная проекция; Б – коронарная проекция; В – аксиальная проекция) и МРТ головного мозга с контрастным усилением в T1-режиме (Г – сагиттальная проекция; Д – коронарная проекция; Е – аксиальная проекция). Источник: составлено авторами

**Figure 2.** MRI of the brain in T2 mode (А – sagittal projection; В – coronal projection; С – axial projection) and MRI of the brain with contrast enhancement in T1 mode (D – sagittal projection; E – coronal projection; F – axial projection). Source: created by the authors

впервые отметила появление образования в правой теменной области, которое постепенно увеличивалось в размерах. С февраля 2024 г. головные боли стали интенсивными.

При клиническом обследовании выявлено плотно-эластичное образование диаметром около 7 см в правой теменной области, малоподвижное, с выраженным локальным напряжением кожи головы, безболезненное при пальпации. Неврологический осмотр не выявил очагового дефицита.

Компьютерная томография головного мозга (Рисунок 1) продемонстрировала овальное образование размером 73 × 52 × 50 мм в правой теменно-височной области гетерогенной структуры с интра- и экстракраниальным распространением и признаками деструкции теменной и височной костей. На магнитно-резонансной томограмме (МРТ) головного мозга в T2-режиме (Рисунок 2) визуализировалось экстра-интракраниальное образование правой теменно-височной области с гиперинтенсивным сигналом, вызывающее компрессию правого полушария головного мозга без признаков инфильтрации мозгового вещества. При проведении T1-взвешенного исследования с контрастным усилением (Рисунок 2) накопления контрастного вещества не наблюдалось.

Нейровизуализационная картина до вмешательства предположительно соответствовала гигантской эпидермоидной кисте с экстра-интракраниальным распространением.

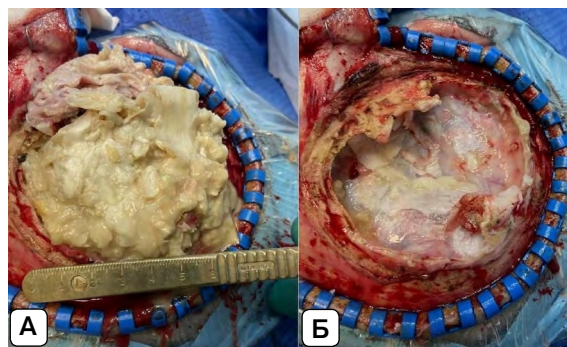
### Хирургическое лечение

Пациентку уложили на операционном столе в положении на спине с поворотом головы влево, зафиксировав ее в скобе трехточечной фиксации «Мэйфилд». В правой лобно-теменно-височной области выполнили дугообразный разрез мягких тканей. Кожно-апоневротический лоскут осторожно отделили от подлежащей кости, височной мышцы и капсулы объемного образования, после чего откинули на держалках. Височную мышцу выделили отдельным лоскутом и также зафиксировали.

При ревизии обнаружен костный дефект размером приблизительно 7 × 6 см в правой лобно-теменно-височной области. Края кости по периферии дефекта были склерозированы, уплотнены, с выраженными признаками остеолитической деструкции; кровоточивость из диплоэ была умеренной. В области дефекта визуализировалось объемное образование, выступающее на 3 см над уровнем кости. Твердая мозговая обо-

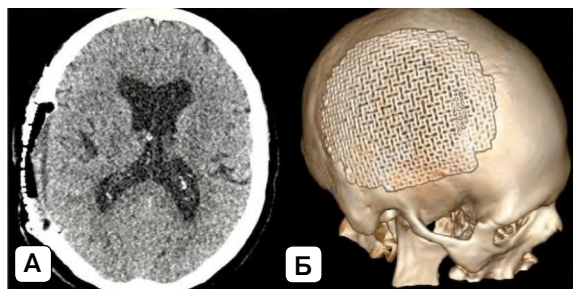
лочка (ТМО) в области прилегания к капсуле кисты была истончена, имела сероватый оттенок. Капсула эпидермоидной кисты имела участки сращения с твердой мозговой оболочкой; между ними определялись плотные фиброзные спайки, которые были аккуратно разделены в ходе операции с помощью микроножниц и диссектора. После полного разделения спаек ТМО выглядела интактной, что позволило ее сохранить. Образование полностью удалили: оно состояло из рыхлых белых пластинок размером до 2 × 2 см (Рисунок 3). Часть материала отправили на гистологическое исследование, остальное удалили с помощью вакуум-аспиратора. По краям образования отмечалась утолщенная, частично разрушенная костная ткань (Рисунок 3). Через пять фрезевых отверстий выполнили резекционную краниотомию по границе неизменной кости в лобно-теменно-височной области с удалением патологически измененных участков. После разделения спаек между капсулой образования и твердой мозговой оболочкой в костный дефект установили заранее смоделированную (на основании данных трехмерной реконструкции мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ)) титановую пластину, которую зафиксировали минивинтами.

После операции пациентку перевели в профильное отделение. Хирургических осложнений не отмечено. Контрольная МСКТ (Рисунок 4) не выявила геморрагических осложнений. На следующий день повторные МСКТ и МРТ (Рисунок 5) подтвердили полное удаление объемного образования, однако выявили внутримозговую гематому объемом



**Рисунок 3.** Интраоперационные фотографии удаления образования: А – объемное образование, состоящее из рыхлых, отдельно лежащих пластинок белого цвета, максимальными размерами до 2 × 2 см; Б – капсула образования местами связана с твердой мозговой оболочкой. Источник: составлено авторами

**Figure 3.** Intraoperative figure of tumor removal: А – tumor, consisting of loose, separately lying white plates, maximum dimensions up to 2 × 2 cm; В – capsule at the base of the tumor, closely connected with the dura mater. Source: created by the authors



**Рисунок 4.** Послеоперационная МСКТ головного мозга: А – аксиальная проекция; Б – трехмерная реконструкция. Источник: составлено авторами

**Figure 4.** Postoperative MSCT of the brain: A – axial projection; B – three-dimensional reconstruction. Source: created by the authors

20 см<sup>3</sup> в проекции удаленной опухоли. Учитывая небольшой объем гематомы, отсутствие дислокационного синдрома и неврологического дефицита было принято решение о консервативном ведении пациентки.

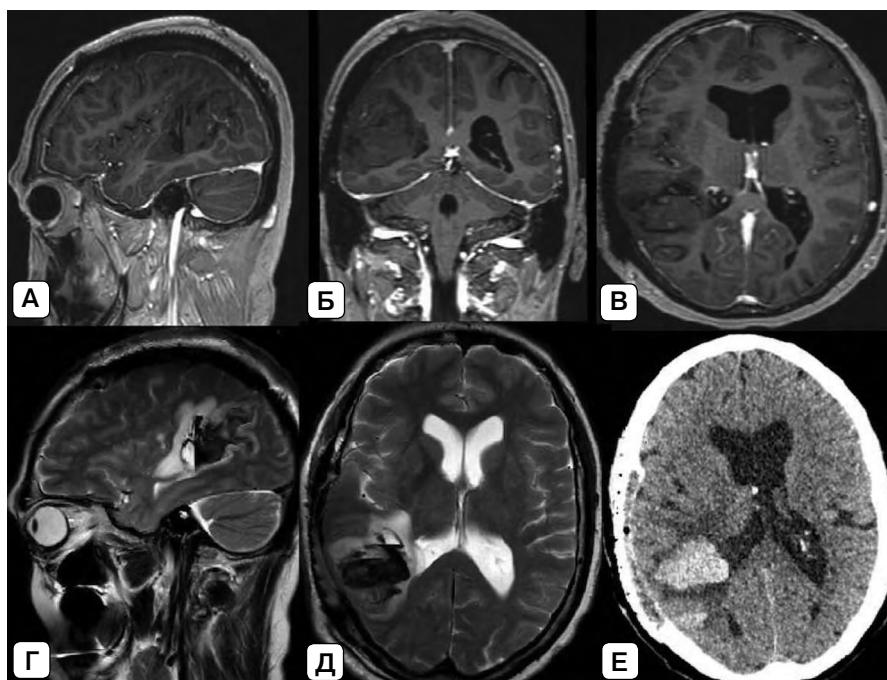
Формирование отсроченной внутримозговой гематомы в проекции ложа удаленной опухоли, по нашему мнению, могло быть связано с двумя основными механизмами. Первым является феномен расправления длительно сдавленного мозгового вещества после резекции гигантского объема – так называемая «декомпрессионная» травма, способная привести к тракционному повреждению мелких пиальных или кортикальных

сосудов. Вторым потенциальным фактором могла стать минимальная тракция сосудистых структур во время довольно аккуратного разделения плотных фиброзных спаек между капсулой кисты и твердой мозговой оболочкой, несмотря на отсутствие видимого интраоперационного кровотечения. Расслоение листков ТМО в этой зоне не выполнялось, так как после разделения адгезий оболочка выглядела интактной.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка получала анальгетическую терапию по поводу умеренного болевого синдрома в области операции. Динамическое МСКТ-наблюдение не выявило увеличения объема гематомы. Гистологическое исследование подтвердило диагноз эпидермоидной кисты. Через неделю в удовлетворительном состоянии пациентку выписали из стационара. Контрольные исследования через 3 месяца (Рисунок 6) продемонстрировали тотальное удаление образования и полный лизис внутримозговой гематомы в правой теменной доле.

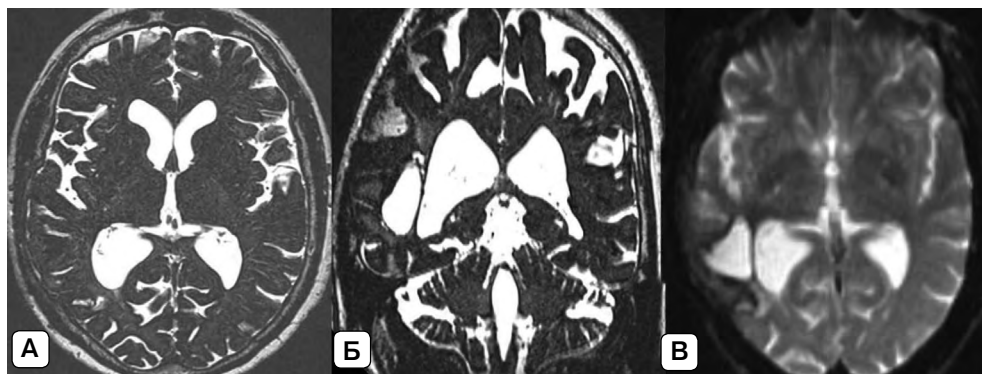
## Обсуждение

Эпидермоидные кисты характеризуются широким возрастным диапазоном проявления – от 14 до 83 лет, со средним возрастом



**Рисунок 5.** Послеоперационная МРТ головного мозга: А – сагиттальная проекция, режим Т1 с контрастированием; Б – коронарная проекция, режим Т1 с контрастированием; В – аксиальная проекция, режим Т1 с контрастированием; Г – сагиттальная проекция, режим Т2; Д – аксиальная проекция, режим Т2; Е – МСКТ головного мозга, аксиальная проекция. Источник: составлено авторами

**Figure 5.** Postoperative MRI of the brain: A – sagittal projection, T1 mode with contrast; B – coronary projection, T1 mode with contrast; C – axial projection, T1 mode with contrast; D – sagittal projection, T2 mode; E – MSCT of the brain, axial projection. Source: created by the authors



**Рисунок 6.** МРТ головного мозга через 3 месяца после операции: А – аксиальная проекция, режим CISS; Б – коронарная проекция, режим CISS; В – аксиальная проекция, режим DWI. Источник: составлено авторами

**Figure 6.** MRI of the brain 3 months after surgery: А – axial projection, CISS mode; Б – coronal projection, CISS mode; C – axial projection, DWI mode. Source: created by the authors

диагностики 49 лет, что указывает на их длительное формирование [8]. Хотя данные о демографической или генетической предрасположенности отсутствуют, многочисленные исследования отмечают более частую встречаемость у женщин [20]. Несмотря на преимущественно доброкачественный характер, в литературе описаны случаи злокачественной трансформации в плоскоклеточную карциному [9]. Согласно обзору J. A. Сиосо и соавт. [10], злокачественное перерождение внутричерепных эпидермоидных кист встречается крайне редко и обычно наблюдается через 5 и более лет после первоначальной операции. На сегодня зарегистрировано 16 случаев малигнизации, включая уникальный случай с 40-летним интервалом между операцией и злокачественной трансформацией [9].

Пациенты с экстрадуральными эпидермоидными кистами даже при обширном поражении костей черепа часто сохраняют нормальное качество жизни без выраженного неврологического дефицита [10]. Однако при прогрессирующем росте опухоли развиваются симптомы, характер которых определяется ее локализацией [11–13]. Для кист с экстра-интракраниальным ростом, расположенных на границе костей черепа, типичны локальное выбухание, деструкция костной ткани и эпидуральные кровоизлияния.

Эпидермоидные кисты мостомозжечкового угла преимущественно проявляются головной болью, гемифациальным спазмом и невралгией тройничного нерва, тогда как супраселлярные кисты вызывают зрительные нарушения, дисфункцию гипофиза и общемозговые симптомы. Поражение задней черепной ямки сопровождается мозжечковой атаксией и стволовыми нарушениями. При достижении значительных размеров кисты могут приводить к обструктивной ги-

дроцефалии вследствие компрессии ликворопроводящих путей, а в редких случаях их разрыв вызывает асептический менингит [12].

МСКТ головного мозга является ключевым методом в оценке костных поражений при эпидермоидных кистах, демонстрируя их типичную гиподенсивность. Для определения внутричерепного распространения новообразований применяется МРТ, где эпидермоиды характеризуются гипоинтенсивным сигналом на T1-взвешенных изображениях и гиперинтенсивным – на T2-взвешенных [3]. Дополнительными диагностическими критериями служат высокая интенсивность сигнала на DWI и отсутствие подавления сигнала на FLAIR. Хирургическая тактика варьирует в зависимости от локализации кист: наиболее часто интрадуральные эпидермоиды встречаются в мостомозжечковом углу (40%) и супраселлярной цистерне (18%), реже – в латеральной щели, базальных цистернах, пинеальной области и желудочках [14].

Интрадуральные кисты, непосредственно контактирующие с нервной тканью, обычно проявляются неврологическим дефицитом на ранних стадиях, что способствует их своевременному выявлению и удалению. В отличие от них, кисты с экстра-интракраниальным распространением часто диагностируются поздно, когда достигают значительных размеров. Особую сложность представляют кисты основания черепа, характеризующиеся высоким риском неполной резекции и рецидивирования [14–16]. Гигантские эпидермоидные кисты с экстра-интракраниальным ростом обычно сопровождаются выраженной деформацией мозговых структур и обширной деструкцией костей черепа, что подтверждается многочисленными исследованиями [17–21, 22].

Особый клинический интерес представляет конвексимальная экстрадуральная ло-

кализация гигантских эпидермоидных кист, как в представленном наблюдении. В отличие от часто встречающихся интрадуральных эпидермоидов мостомозжечкового угла или супраселлярной области, которые, контактируя с невральными и сосудистыми структурами, относительно рано проявляются неврологическим дефицитом (невралгией, гемиспазмом, зрительными или мозжечковыми нарушениями), конвекситальные экстрадуральные кисты длительное время носят бессимптомный характер [7, 11, 12]. Их рост компенсируется за счет смещения мягких тканей скальпа и медленной деструкции кости, что ведет появлению безболезненного, медленно растущего локального выбухания, и лишь при достижении достаточных размеров и компрессии мозговой ткани присоединяются головные боли [14, 21, 23, 24].

В дифференциальной диагностике подобных конвекситальных объемных образований, помимо эпидермоидной кисты, необходимо рассматривать интрадиплоические менингиомы (которые на компьютерной томограмме (КТ) часто имеют гиперденсивный матрикс и выраженный перифокальный гиперостоз, а на МРТ интенсивно накапливают контраст), эозинофильную гранулему (характерную для молодого возраста, с четкими «штампованными» краями дефекта на КТ), аневризматическую костную кисту (многокамерное образование с жидкостными уровнями) и дермоидную кисту (часто содержащую жировой компонент, видимый на КТ и МРТ) [1, 15, 21, 22, 24]. Ключевыми магнитно-резонансными признаками, подтверждающими диагноз эпидермоидной кисты, служат гиперинтенсивный сигнал на DWI и отсутствие подавления сигнала на T2-FLAIR-изображениях, что связано с высоким содержанием в ее полости продуктов кератина и холестерина кристаллов [3, 23].

В представленном клиническом случае было выполнено радикальное удаление кисты с резекцией пораженных костных структур и одномоментной краниопластикой титановой пластиной. При инфильтрации твердой мозговой оболочки показана ее резекция с последующей пластикой. Многочисленные авторы подчеркивают благоприятный прогноз после полного удаления новообразования [17–20], что подтверждает важность радикального хирургического подхода в лечении данной патологии.

Вопрос о генезе представленного образования, учитывая наличие в анамнезе пациентки черепно-мозговой травмы 37-лет-

ней давности, представляет определенный интерес. Хотя в литературе описаны случаи возникновения приобретенных (имплантационных) эпидермоидных кист как отдаленное последствие травмы или медицинских вмешательств [5], в нашем наблюдении в пользу врожденного происхождения свидетельствуют классические невровизуализационные признаки (отсутствие контрастного усиления, характерный сигнал на МРТ) и типичный для врожденных форм длительный доклинический период с манифестацией в среднем возрасте. Прямую причинно-следственную связь с перенесенной ЧМТ установить не представляется возможным из-за отсутствия детальных данных о ее характере и локализации. Таким образом, мы рассматриваем врожденный генез кисты как наиболее вероятный, не исключая при этом гипотетической возможности ее посттравматического происхождения.

## Заключение

Гигантские эпидермоидные кисты с экстра-интракраниальным распространением представляют собой редкую патологию, преимущественно встречающуюся у пациентов среднего и пожилого возраста. Диагностика этих образований основана на характерных МРТ-признаках: гипоинтенсивный сигнал в T1-режиме и гиперинтенсивный – в T2-режиме, а также высокая интенсивность сигнала на DWI-изображениях при отсутствии подавления сигнала в режиме FLAIR.

Оптимальным методом лечения гигантских эпидермоидных кист с экстра-интракраниальным распространением является хирургическое вмешательство, при котором принципиальное значение имеет радикальное удаление образования вместе с капсулой для снижения риска рецидива

В случаях вовлечения костных структур и твердой мозговой оболочки требуется их резекция с последующей реконструкцией с использованием ауто- или аллотрансплантатов.

При полном удалении опухоли прогноз для пациентов остается благоприятным, что подчеркивает важность тщательного предоперационного планирования и выбора адекватного хирургического подхода. Особое внимание следует уделять послеоперационному наблюдению для своевременного выявления возможных рецидивов, особенно в случаях субтотального удаления образования.

## Литература / References

1. Moscote-Salazar L, Satyarthee G, Calderon-Miranda W, Agrawal A, Alvis-Miranda H, Alcalá-Cerera G, et al. Intradiploic pterional epidermoid tumor: A case report and review of literature. *J Pediatr Neurosci*. 2017; 12(3): 262. [https://doi.org/10.4103/jpn.jpn\\_8\\_17](https://doi.org/10.4103/jpn.jpn_8_17)
2. Cushing H. A large epidermal cholesteatoma of the parietotemporal region deforming the left hemisphere without cerebral symptoms. *Surg Gynecol Obstet*. 1922; 34: 557-566.
3. Zhou F, Yang Z, Zhu W, Chen L, Song J, Quan K, et al. Epidermoid cysts of the cavernous sinus: Clinical features, surgical outcomes, and literature review. *J Neurosurg*. 2018; 129(4): 973-983. <https://doi.org/10.3171/2017.6.JNS163254>
4. Kaido T, Okazaki A, Kurokawa S, Tsukamoto M. Pathogenesis of intraparenchymal epidermoid cyst in the brain: A case report and review of the literature. *Surg Neurol*. 2003; 59: 211-216. [https://doi.org/10.1016/s0090-3019\(02\)01042-x](https://doi.org/10.1016/s0090-3019(02)01042-x)
5. Prat Acin R, Galeano I. Giant occipital intradiploic epidermoid cyst associated with iatrogenic puncture. *Acta Neurochir (Wien)*. 2008; 150: 413-414. <https://doi.org/10.1007/s00701-008-1490-9>
6. Xiao G-M. Giant hyperdense intradiploic epidermoid cyst of the skull with extra and intracranial extension: Report of two cases and literatures review. *Chin J Cancer Res*. 2005; 17: 154-156.
7. Jain N, Tadghare J, Patel A. Epidermoid cyst of the cerebellopontine angle presenting with contralateral trigeminal neuralgia: Extremely rare case and review of literature. *World Neurosurg*. 2019; 122: 220-223. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2018.10.204>
8. Gollapudi PR, Musali SR, Mohammed I, Pittala SR. A frontal giant intradiploic giant pearl (epidermoid cyst) with intracranial and extracranial extension: A rare entity. *J Pediatr Neurosci*. 2018; 13: 480-482. [https://doi.org/10.4103/JPN.JPN\\_74\\_18](https://doi.org/10.4103/JPN.JPN_74_18)
9. Roh TH, Park YS, Park YG, Kim SH, Chang JH. Intracranial squamous cell carcinoma arising in a cerebellopontine angle epidermoid cyst: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96(51): e9423. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009423>
10. Cuoco JA, Rogers CM, Busch CM, Apfel LS, Entwistle JJ, Marvin EA. Intracranial squamous cell carcinoma arising from a cerebellopontine angle epidermoid cyst remnant four decades after partial resection. *Front Oncol*. 2019; 9: 694. <https://doi.org/10.3389/fonc.2019.00694>
11. Aboud E, Abolfotoh M, Pravdenkova S, Gokoglu A, Gokden M, Al-Mefty O. Giant intracranial epidermoids: Is total removal feasible? *J Neurosurg*. 2015; 122(4): 743-756. <https://doi.org/10.3171/2014.11.JNS1481>
12. Safavi-Abbasi S, Di Rocco F, Bambakidis N, Talley MC, Gharabaghi A, Luedemann W, et al. Has management of epidermoid tumors of the cerebellopontine angle improved? A surgical synopsis of the past and present. *Skull Base*. 2008; 18(2): 85-98. <https://doi.org/10.1055/s-2007-991108>
13. Spinato G, Gaudio P, Falcioni M, Mosto MCD, Cocuzza S, Maniaci A, et al. Giant epidermoid cyst of posterior fossa-our experience and literature review. *Dose Response*. 2021; 19(1): 15593258211002061. <https://doi.org/10.1177/15593258211002061>
14. Chowdhury FH, Haque MR, Sarker MH. Intracranial epidermoid tumor; microneurosurgical management: An experience of 23 cases. *Asian J Neurosurg*. 2013; 8(1): 21-28. <https://doi.org/10.4103/1793-5482.110276>
15. Prior A, Anania P, Pacetti M, Secci F, Ravegnani M, Pavanello M, et al. Dermoid and epidermoid cysts of scalp: Case series of 234 consecutive patients. *World Neurosurg*. 2018; 120: 119-124. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2018.08.197>
16. Cho JH, Jung TY, Kim IY, Jung S, Kang SS, Kim SH. A giant intradiploic epidermoid cyst with perforation of the dura and brain parenchymal involvement. *Clin Neurol Neurosurg*. 2007; 109(4): 368-373. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2006.12.011>
17. Lou L, Lyu D, Qin X. [Clinical analysis of one case of giant petrous apex cholesteatoma]. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*. 2015; 50(5): 423-424.
18. Iannella G, Savastano E, Pasquariello B, Re M, Magliulo G. Giant petrous bone cholesteatoma: combined microscopic surgery and an adjuvant endoscopic approach. *J Neurol Surg Rep*. 2016; 77(1): e46-e49. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1571205>
19. Trindade VG, Gomes MQT, Santo MPDE, Teixeira MJ, Paiva WS. Giant epidermoid cyst: A rare cause of temporal lobe epilepsy. *J Neurol Surg Rep*. 2017; 78(3): e101-e105. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1604281>
20. Mangraviti A, Mazzucchi E, Izzo A, Sturdà C, Albanese A, Marchese E, et al. Surgical management of intracranial giant epidermoid cysts in adult: A case-based update. *Asian J Neurosurg*. 2018; 13(4): 1288-1291. [https://doi.org/10.4103/ajns.AJNS\\_91\\_18](https://doi.org/10.4103/ajns.AJNS_91_18)
21. Oommen A, Govindan J, Peroor DS, Azeez CR, Rashmi R, Abdul Jalal MJ. Giant occipital intradiploic epidermoid cyst. *Asian J Neurosurg*. 2018; 13(2): 514-517. <https://doi.org/10.4103/1793-5482.181146>
22. Mohan A, Unni C, Kanoth P, Parambil RM. A rare case of giant intradiploic epidermal cyst of the frontal bone with intracranial extension. *Asian J Neurosurg*. 2020; 15(3): 670-673. [https://doi.org/10.4103/ajns.AJNS\\_78\\_20](https://doi.org/10.4103/ajns.AJNS_78_20)
23. Africha T, Boulahroud O. Kyste épidermoïde extradural géant [Giant extradural epidermoid cyst]. *Pan Afr Med J*. 2019; 33: 301. (In French). <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.301.19204>
24. Шпагин МВ, Яриков АВ, Никитин ДН, Лобанов ИА, Лаганин ИА, Коритько ЮЛ, и др. Эпидермоидные кисты головного мозга: случай из практики и обзор литературы. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. 2021; (5). [Shpagin MV, Yarikov AV, Nikitin DN, Lobanov IA, Laginin IA, Koritko YL, et al. Epidermoid brain cysts: A case report and a literature review. *Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. 2021; (5). (In Russ.)]. <https://doi.org/10.33920/med-01-2105-04>

## Сведения об авторах / Information about the authors

**Абдилатипов Абдишукур Абдилатипович** – кандидат медицинских наук, врач-нейрохирург, ассистент кафедры нейронаук, Федеральный центр нейрохирургии Минздрава России; врач-нейрохирург, Новосибирский национальный исследовательский государственный университет. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5583-0050>; e-mail: [A\\_abdilatifov@neuronsk.ru](mailto:A_abdilatifov@neuronsk.ru)

**Иванов Антон Олегович**✉ – врач-нейрохирург, Федеральный центр нейрохирургии Минздрава России. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4962-1057>; e-mail: [a\\_ivanov@neuronsk.ru](mailto:a_ivanov@neuronsk.ru)

**Калиновский Антон Владимирович** – кандидат медицинских наук, заведующий отделением нейроонкологии, Федеральный центр нейрохирургии Минздрава России; ассистент кафедры нейрохирургии, Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7003-5549>; e-mail: [a\\_kalinovskiy@neuronsk.ru](mailto:a_kalinovskiy@neuronsk.ru)

**Abdishukur A. Abdilatipov** – Cand. Sci. (Med.), Neurosurgeon, Teaching Assistant at the Department of Neuroscience, Federal Neurosurgical Center; Neurosurgeon, Novosibirsk State University.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5583-0050>;  
e-mail: [A\\_abdilatifov@neuronsk.ru](mailto:A_abdilatifov@neuronsk.ru)

**Anton O. Ivanov**✉ – Neurosurgeon, Federal Neurosurgical Center. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4962-1057>; e-mail: [a\\_ivanov@neuronsk.ru](mailto:a_ivanov@neuronsk.ru)

**Anton V. Kalinovskiy** – Cand. Sci. (Med.), Head of the Department of Neurooncology, Federal Neurosurgical Center; Teaching Assistant at the Department of Neurosurgery. Novosibirsk State Medical University.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7003-5549>;  
e-mail: [a\\_kalinovskiy@neuronsk.ru](mailto:a_kalinovskiy@neuronsk.ru)

✉ Автор, ответственный за переписку / Corresponding author