

Клинический случай рентгенэндоваскулярной эмболизации тестикулярных вен при двустороннем варикоцеле

М.Е. Новиков, А.А. Поляков, А.Э. Васильев, А.В. Федюлин

ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г. Коврова»; Россия, Владимирская область, 601915 Ковров, ул. Еловая, 5

Контакты: Михаил Евгеньевич Новиков dr_Novikov.M@mail.ru

Представлено клиническое наблюдение успешного рентгенохирургического лечения при двустороннем варикоцеле путем спиральной окклюзии правой тестикулярной вены.

Ключевые слова: двустороннее варикоцеле, флебография, рентгенохирургия, спиральная эмболизация, правая яичковая вена

DOI: 10.17650/2070-9781-2017-18-2-43-46

A case report of endovascular testicular veins embolization for treatment of bilateral varicocele

M.E. Novikov, A.A. Polyakov, A.E. Vasil'ev, A.V. Fedulin

Kovrov Central City Hospital; 5 Elovaya St., Kovrov 601915, Vladimir Region, Russia

This is a case report of the successful endovascular treatment of bilateral varicocele by spiral occlusion of the right testicular vein.

Key words: bilateral varicocele, phlebography, endovascular surgery, spiral embolization, right testicular vein

Введение

Варикоцеле — варикозное (узловое) расширение вен семенного канатика — самая частая после идиопатического причина мужского бесплодия [1, 2]. На его долю, по данным разных авторов, приходится от 15 до 35 % всех случаев мужской инфертильности [3, 4]. После внедрения и широкого распространения ультразвукового исследования (УЗИ) органов мошонки с применением доплеровского сканирования сосудов двустороннее варикоцеле становится все более часто диагностируемой патологией [5]. Клинически значимое варикоцеле справа встречается достаточно редко. Пациенты, ранее перенесшие оперативное лечение по поводу варикоцеле, с развившимся рецидивом заболевания представляют большой интерес в плане выбора методов дополнительного обследования и способов устранения данного заболевания [4]. Одним из самых информативных методов диагностики и лечения таких больных является флебография внутренней и наружных семенных вен и их коллекторов с последующей эмболизацией варикозно измененных сосудов [6].

Клинический случай

Пациент Е., 29 лет, поступил в урологическое отделение ЦГБ г. Коврова 13.10.2016 для оперативного лечения с диагнозом первичного бесплодия в браке, варикоцеле справа, рецидив варикоцеле слева, астенозооспермия. MAR-тест IgG отрицательный.

Из анамнеза: бесплодный брак в течение 3 лет. В урологическом отделении ОКБ г. Владимира 24.03.2015 выполнили операцию Иванисевича по поводу варикоцеле слева II степени. Через несколько месяцев пациент начал отмечать боли в паховой области, расширение вен лозовидного сплетения мошонки слева и справа, в связи с чем обратился к урологу. В спермограмме, полученной в августе 2016 г., регистрируется незначительная астенозооспермия. MAR-тест IgG, IgM от 15.08.2016 отрицательный.

При осмотре состояние удовлетворительное. Половые органы развиты правильно. В обеих половинах мошонки визуализируются и пальпируются расширенные вены лозовидного сплетения, большие справа (рис. 1). Проба Вальсальвы положительная с обеих сторон.

По данным УЗИ почек регистрируются следующие показатели: RD — 11,7 × 5,4 см, паренхима — 1,7 см, чашечно-лоханочная система не расширена; RS — 11,0 × 5,2 см, паренхима — 1,8 см, чашечно-лоханочная система не расширена. УЗИ мочевого пузыря патологии не выявило; размер предстательной железы — 20,5 см³, диффузно изменена. По данным УЗИ органов мошонки: объем яичек в норме, диаметр вен лозовидного сплетения в покое слева — 2,5 мм, справа — 3,3 мм; при натуживании слева — 3,0 мм, справа — 4,1 мм; в режиме импульсного доплера при натуживании регистрируется стойкий ретроградный сброс крови по венам семенного канатика справа, а также ретроградный ток крови более 2 с по венам



Рис. 1. Пациент Е.: вид мошонки до эндоваскулярного лечения
Fig. 1. Patient E.: the scrotum before endovascular treatment

семенного канатика слева. Заключение: эхографические признаки варикоцеле слева и справа (более выраженные).

УЗИ сосудов почек: артерии проходимы, диаметр — 0,5 см, максимальная скорость кровотока справа — 50–60 см/с, слева — 40–50 см/с, вены не расширены, проходимы.

Общий анализ крови: гемоглобин — 163 г/л, лейкоциты — $4,3 \times 10^9$ /л, скорость оседания эритроцитов — 11 мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес — 1015, белок, сахар — отсутствуют, лейкоциты и эритроциты в полях зрения не определяются, плоский эпителий единичный; мочевины — 5,4 ммоль/л, сахар — 4,8 ммоль/л, билирубин — 9,4 мкмоль/л (прямой — 1,7), аланинаминотрансфераза — 31 Ед/л, аспартатаминотрансфераза — 23 Ед/л, общий белок — 67,1 г/л. Анализ крови на HBsAg, AntiHCV — отрицательный, иммуноферментный анализ на вирус иммунодефицита человека от 29.09.2016 — отрицательный, реакция Вассермана отрицательная, группа крови А (II), Rh-фактор положительный.

Компьютерная томография органов брюшной полости и почек от 05.10.2016: патологии органов брюшной полости и органов забрюшинного пространства не выявлено.

Показаниями к оперативному лечению, проведенному 14.10.2016, явились: 1) болевой синдром, 2) астенозооспермия.

Доступом через правую бедренную вену произведена двусторонняя почечная флебография, тестикулофлебография, илеография слева. Выявлена облитерация левой яичковой вены, состоящей из 2 стволов, на уровне поперечного отростка IV поясничного позвонка (рис. 2).

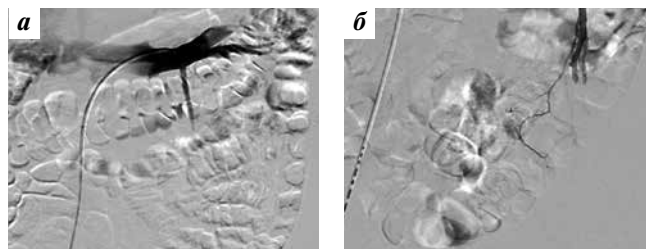


Рис. 2. Двусторонняя флебография: а — левая почечная вена; б — облитерированная левая яичковая вена
Fig. 2. Bilateral venography: a — left renal vein; б — obliterated left testicular vein

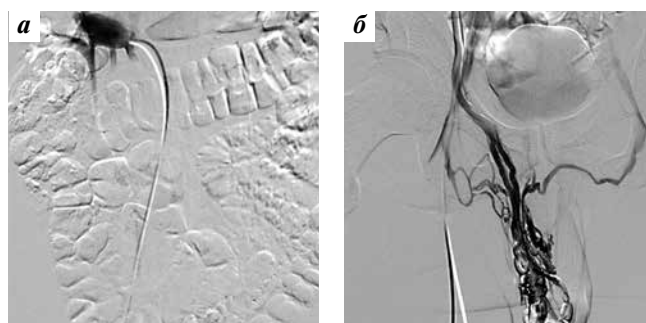


Рис. 3. Двусторонняя флебография: а — правая почечная вена с аномальным отхождением правой яичковой вены; б — правая яичковая вена со сбросом крови в коллекторы
Fig. 3. Bilateral venography: a — right renal vein with anomalous origin of the right testicular vein; б — right testicular vein with blood discharge into the collectors

При контрастировании левой общей подвздошной вены признаков гипертензии в ней (синдром Мэя–Тернера [7]) не зарегистрировано.

При контрастировании правой общей подвздошной вены признаков гипертензии в ней (синдром Мэя–Тернера [7]) не зарегистрировано.

Правая яичковая вена аномально отходит от правой почечной вены. По ней регистрируется несостоятельный регрессивный кровоток со сбросом крови в лозовидное сплетение, из которого происходит сброс крови в вену запирающего канала справа [8], в левое лозовидное сплетение по коммуникантной вене и далее по левой крестцовой вене в левую общую подвздошную вену (рис. 3). По техническим трудностям эмболизация перенесена на более поздний срок.

Правосторонняя почечная флебография, тестикулофлебография, спиральная окклюзия правой яичковой вены доступом через правую кубитальную вену были выполнены 21.10.2016. Имплантированы спирали Джантурко в устье вены запирающего канала справа, в оба ствола правой яичковой вены на всем протяжении. Контроль посредством флебографии подтвердил эффективность эмболизаций и отсутствие ретроградного кровотока по правым спермальным венам (рис. 4).

На следующие сутки после операции пациент активизирован, при контроле проба Вальсальвы отрицательная справа и слева (рис. 5).

Ультразвуковой контроль органов мошонки на 1-е сутки после операции: объем яичек в норме, в режиме

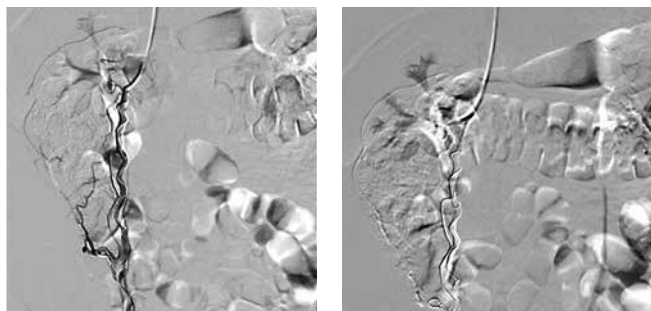


Рис. 4. Двусторонняя флебография — определяется варикозно расширенная правая яичковая вена со множеством перетоков: а — до эмболизации; б — после эмболизации

Fig. 4. Bilateral venography — a varicose right testicular vein with multiple leaks is detected: a — before embolization; б — after embolization

импульсного доплера при натуживании слева и справа ретроградный ток крови не фиксируется.

Пациент выписан из отделения для дальнейшего лечения infertility у областного андролога.

Ультразвуковой контроль органов мошонки через 1 мес после операции: объем яичек в норме, диаметр вен лозовидного сплетения слева — 1,8 мм, справа — 1,9 мм, при натуживании слева — 1,8 мм, справа — 1,9 мм, в режиме импульсного доплера при натуживании слева и справа ретроградный ток крови не фиксируется.

При контрольном анкетировании по телефону выяснено, что через 3 мес после перенесенной операции супруга пациента забеременела естественным путем. От сдачи контрольной спермограммы пациент отказался.

Заключение

Флебография и эмболизация семенных вен являются эффективным и надежным методом диагностики и лечения при двустороннем варикоцеле, позволяю-



Рис. 5. Пациент Е.: вид мошонки после эндоваскулярного лечения

Fig. 5. Patient E.: the scrotum after endovascular treatment

щим выявить этиологические факторы венозной гипертензии и безотлагательно устранить их [9]. Немаловажным является окончательное выяснение причин венозного сброса и разграничение ложного рецидива варикоцеле, как в данном клиническом наблюдении, и истинного [10]. Это, в свою очередь, снимает многие вопросы, возникающие у пациентов к врачам, проводившим первичное оперативное вмешательство, о правильности операции. У мужчин, ранее перенесших оперативные вмешательства на спермальных венах, данный вид лечения является преимущественным [11].

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Большая медицинская энциклопедия. Под ред. Б.В. Петровского. Т. 29. М.: Советская энциклопедия, 1988. [Big medical encyclopedia. By ed. B.V. Petrovskiy. Vol. 29. Moscow: Sovetskaya entsiklopediya, 1988. (In Russ.)].
2. Кадыров З.А., Ишонаков Х.С., Сархадов Н.Ш. Двустороннее варикоцеле. Душанбе, 2010. [Kadyrov Z.A., Ishonakov Kh.S., Sarkhadov N.Sh. Bilateral varicocele. Dushanbe, 2010. (In Russ.)].
3. Мсхала Г.Ж., Калинин С.Ю. Мужское бесплодие. М.: Практическая медицина, 2014. [Mskhalaya G.Zh., Kalinchenko S.Yu. Male infertility. Moscow: Prakticheskaya meditsina, 2014. (In Russ.)].
4. Жуков О.Б., Верзин А.В., Пеньков П.Л. Регионарная почечная венозная гипертензия и левостороннее варикоцеле. Андрология и генитальная хирургия 2013;(3):29–37. [Zhukov O.B., Verzin A.V., Pen'kov P.L. Regional renal venous hypertension and left-sided varicocele. Andrologiya i genital'naya khirurgiya = Andrology and Genital Surgery 2013;(3):29–37. (In Russ.)].
5. Кадыров З.А. Варикоцеле. М., 2006. [Kadyrov Z.A. Varicocele. Moscow, 2006. (In Russ.)].
6. Ким В.В., Казимиров В.Г. Анатомо-функциональное обоснование оперативного лечения варикоцеле. М.: Медпрактика-М, 2008. [Kim V.V., Kazimirov V.G. Anatomic-functional substantiation of surgical treatment of varicocele. Moscow: Medpraktika-M, 2008. (In Russ.)].
7. May R., Thurner J. The cause of the predominately sinistral occurrence of thrombosis of the pelvic veins. Angiology 1957;8(5):419–27. DOI: 10.1177/000331975700800505. PMID: 13478912.
8. Атлас сравнительной рентгено-хирургической анатомии. Под ред. Л.С. Кокоса. М.: Радиология-пресс, 2012. [A comparative atlas of radiology anatomy. By ed. L.S. Kokos. Moscow: Radiologiya-press, 2012. (In Russ.)].
9. Гарипов Р.М., Ишметов В.Ш., Чудновец Л.Г. и др. Комплексный подход к хирургическому лечению варикоцеле. Уфа: Гилем, 2007. [Garipov R.M.,



- Ishmetov V.Sh., Chudnovets L.G. et al. Comprehensive approach to surgical treatment of varicocele. Ufa: Gilem, 2007. (In Russ.)).
10. Coolsaet B.L. The varicocele syndrome: venography determining the optional level for surgical management. J Urol 1980;124(6):833–9. PMID: 7441834.
11. Капто А.А., Жуков О.Б. Варикозная болезнь малого таза у мужчин. Андрология и генитальная хирургия 2016;17(2):10–9. [Капто А.А., Zhukov O.B. Varicose veins in the male small pelvis Andrologiya i ginital'naya khirurgiya = Andrology and Genital Surgery 2016; 17(2):10–9. (In Russ.)]. DOI: 10.17650/2070-9781-2016-17-2-10-19.