

Абсцесс паравезикального пространства как осложнение инородного тела после фаллопротезирования при эректильной дисфункции

Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт, А.Ф. Абдусаламов, Е.С. Сирота, С.Х. Али

НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Контакты: Леонид Михайлович Рапопорт leonidrapoport@yandex.ru

Представленный клинический случай — наглядный пример грозного осложнения фаллопротезирования. Гнойно-воспалительный процесс, развившийся в малом тазу с образованием гнойного свища, как следствие неверной эксплуатации имплантированного трехкомпонентного протеза. Причиной осложнения в позднем послеоперационном периоде послужил компонент протеза, а именно резервуар.

При возникновении таких осложнений необходимо использовать весь арсенал современных методов лучевой диагностики.

Ключевые слова: абсцесс паравезикального пространства, осложнения фаллопротезирования, свищ паховой области

Pelvic abscess as a result of incorrect three-piece implant usage

Yu.G. Alyaev, L.M. Rapoport, A.F. Abdusalamov, Ye.S. Sirota, S.Kh. Ali

Research Institute of Urology and Human Reproductive Health,

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia

The case presented is a demonstrative example of dangerous complication after penile prosthesis implantation. Pelvic abscess with purulent fistula was a result of incorrect three-piece implant usage. Infectious complication was caused by the reservoir of the implant.

In the event of such complications is necessary to use the full range of modern methods of radiation diagnosis.

Key words: pelvic abscess, complications after penile prosthesis implantation, purulent fistula

Как известно, в настоящее время существует 3 линии терапии эректильной дисфункции. Первая и 2-я линия включают в себя медикаментозную терапию и интракорпоральные инъекции вазоактивных веществ. Имплантация протеза выполняется, если менее инвазивные методы лечения не могут быть проведены или же оказались неэффективными, либо имеются противопоказания, либо использование консервативной терапии приводит к неадекватной эрекции или неприемлемо по личным убеждениям пациента [1–3].

Как решение проблемы на длительный срок рассматривается имплантация протезов вместо инъекций в кавернозные тела. На данный момент применяют 2 типа протезов: пластичные (полужесткие) и надувные двух- и трехкомпонентные [3].

Рассмотрим двух- и трехкомпонентные протезы: двухкомпонентный протез состоит из пары надувных цилиндров, имплантируемых в пещеристые тела, и насоса, имплантируемого в мошонку [3, 4].

Двухкомпонентный протез показан тем пациентам, которым противопоказана имплантация резервуара в брюшную полость вследствие ранее выполнен-

ной сложной абдоминальной операции или вследствие наличия сопутствующих системных заболеваний.

Трехкомпонентный протез состоит из 2 цилиндров, насоса, имплантируемого в мошонку, и резервуара, который обычно размещают в Ретциевом пространстве.

К осложнениям послеоперационного периода относят инфицирование имплантата, эрозию, аневризматическое расширение цилиндров, механическую поломку, истечение жидкости из системы.

Наиболее грозным осложнением является инфицирование компонентов фаллопротеза. Указанное осложнение возникает в 20 % случаев и требует немедленного удаления всех компонентов имплантата и начала массивной антибактериальной терапии [3, 4].

Клинический случай

Пациент 3. 63 лет поступил в клинику урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова для выполнения планового оперативного пособия по поводу абсцесса паравезикального пространства, гнойного свища мошонки.

В 1997 г. по поводу эректильной дисфункции ему было выполнено протезирование полового члена трехкомпо-



Рис. 1. Свищевое отверстие у основания полового члена

нентным протезом в медицинском центре по месту жительства. Послеоперационный период без осложнений.

В 2009 г. выполнено репротезирование полового члена. Установлен полужесткий протез.

В январе 2012 г. госпитализирован по месту жительства с жалобами на боль и отек в области полового члена. На фоне проводимой антибактериальной терапии отмечен положительный эффект.

Однако 27.01.2012 вскрыт абсцесс левой паховой области. Проводилась антибактериальная терапия с эффектом.

Повторно госпитализирован в апреле 2012 г. с диагнозом: гнойный свищ корня полового члена. Выполнено иссечение гнойного свища корня полового члена, санация гнойной полости. Во время операции установлено, что полость сообщается с левым компонентом протеза полового члена. Протез инфицирован. Левый протез удален, проводилась антибактериальная, противовоспалительная,

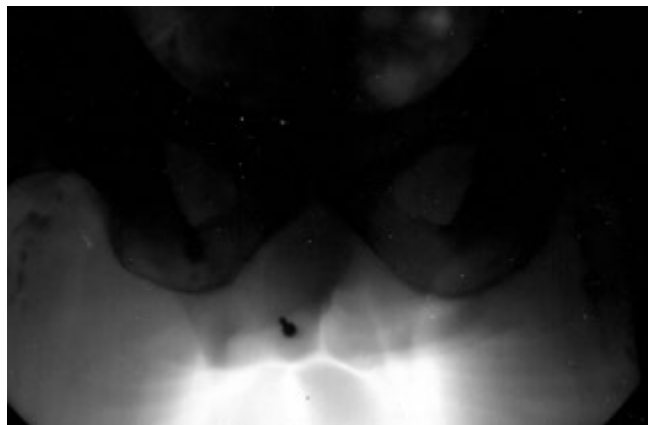


Рис. 2. Инородное тело по правой парастеральной линии в области мошонки

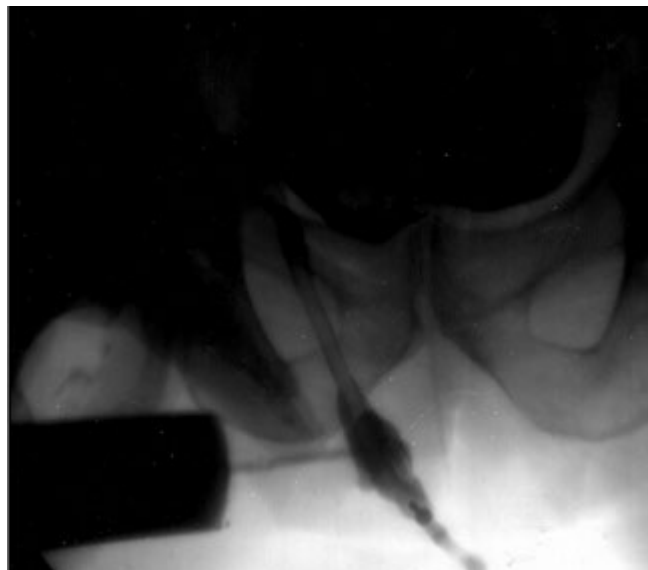


Рис. 3. Фистулография (проникновение контрастного вещества в предпузырное пространство)

тельная, местная терапия. Выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

Через 2 нед после выписки повторно госпитализирован с жалобами на гнойное отделяемое из раны в области основания полового члена справа и боль в половом члене. При осмотре обнаружена перфорация правой половины головки полового члена оставшимся компонентом протеза. Выполнено удаление протеза и ушивание головки полового члена. Резервуар протеза удален не был.

При поступлении в нашу клинику пациент предъявлял жалобы на наличие гнойного свища у основания полового члена справа.

При осмотре: у основания полового члена справа имеется свищевое отверстие до 3 мм. Кроме того, при пальпации правой подвздошной области определялась умеренно болезненная припухлость (рис. 1).

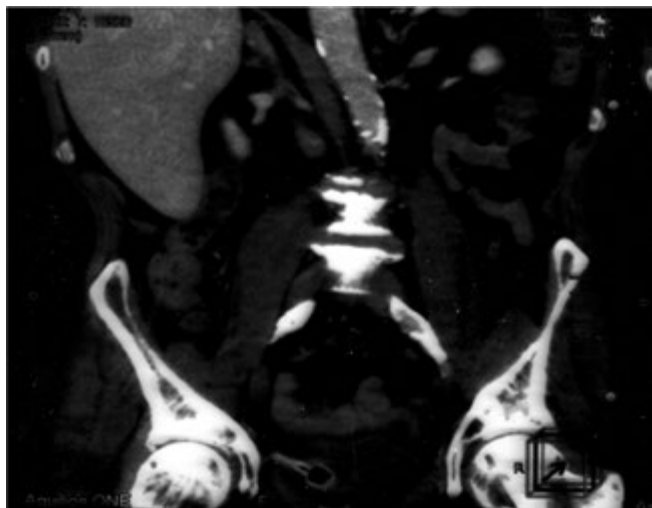


Рис. 4. МСКТ органов малого таза. Заподозрен абсцесс паравезикального пространства справа

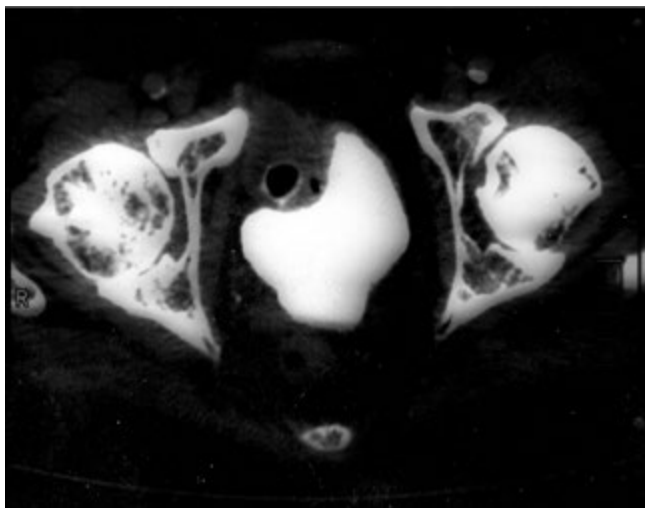


Рис. 5. МСКТ органов малого таза. Заподозрен абсцесс паравезикального пространства справа

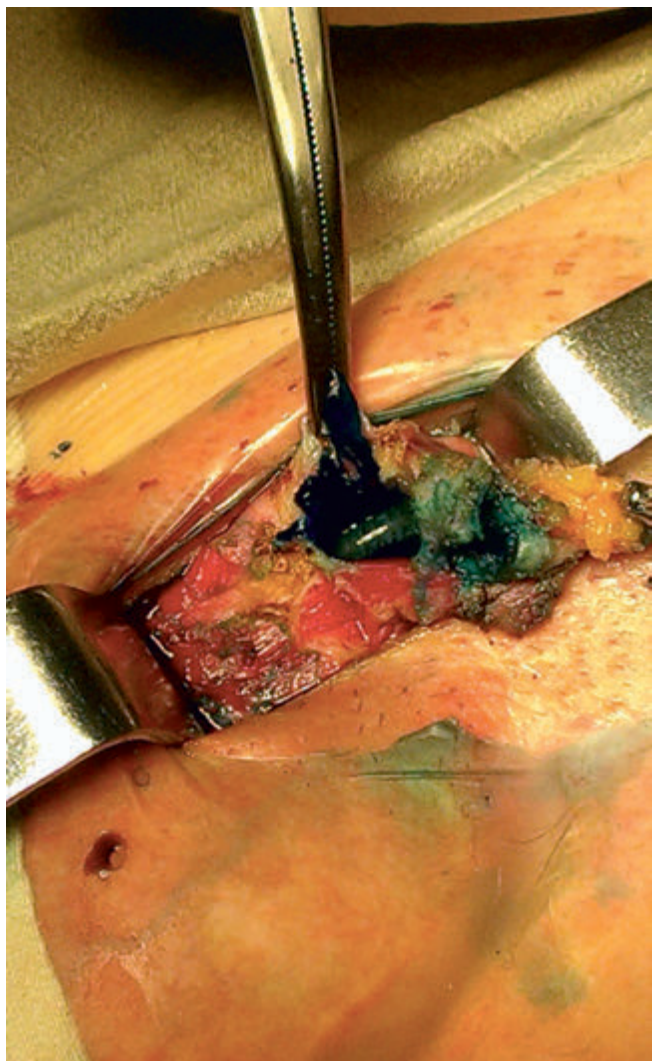


Рис. 6. Трубчатое инородное тело, идущее в краниальном направлении в надлонную область

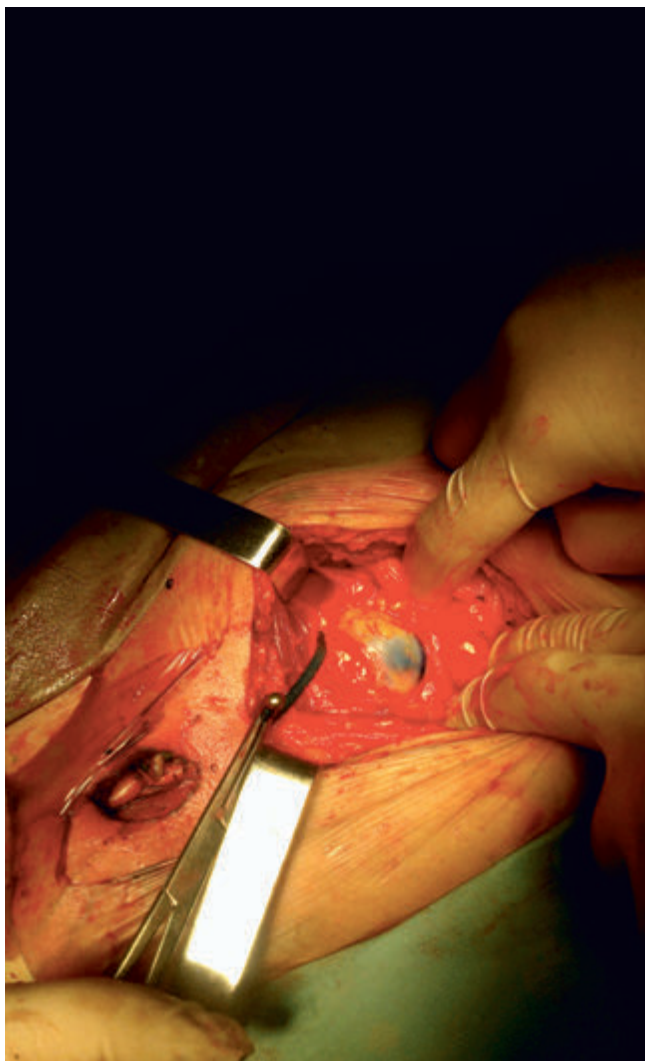


Рис. 7. Инородный предмет, обнаруженный при ревизии полости абсцесса



Рис. 8. Удаленный вместе с соединительной трубкой инородный предмет

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов мочевой системы: почки без патологических изменений. Мочевой пузырь с четким ровным контуром, содержимое однородное. По правой стенке мочевого пузыря — дополнительное округлое жидкостное образование с неоднородным содержимым (определяется трубчатое образование), убедительных данных за сообщение образования с мочевым пузырем нет.

При УЗИ мошонки: у корня полового члена определяется трубчатое образование, которое прослеживается вдоль пахового канала из мошонки в малый таз.

На обзорном снимке органов малого таза по правой парастеральной линии в области мошонки отмечается инородное тело до 0,5 см в диаметре (рис. 2).

При фистулографии отмечается проникновение контрастного вещества в предпузырное пространство (рис. 3).

При мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) органов малого таза: правая стенка пузыря компримирована образованием размером 5,3 × 4,5 см, с четким, ровным контуром, с жидкостным компонентом, накапливает контрастный препарат стенкой. По задней стенке образования определяется рентгенконтрастный предмет, выходящий за пределы образования, проходит по

паховому каналу и «упирается» в инородный предмет высокой плотности, размером 8 × 5 мм. На данном уровне определяется наружный свищевой ход. Заподозрен абсцесс паравезикального пространства справа (рис. 4, 5).

Оперативное лечение в объеме иссечения гнойного свища, вскрытия абсцесса малого таза, удаления инородного тела выполнено 12.12.2012.

По свищевому ходу введен 5 % раствор метиленового синего. При иссечении ход прослеживается в подкожный слой передней поверхности правой половины мошонки, определяется гнойное отделяемое. Свищевой ход вскрыт. При ревизии: определяется трубчатое инородное тело (рис. 6), идущее в краниальном направлении в надлонную область. Свищевой ход иссечен до уровня наружного пахового кольца. При этом отмечено, что свищевой ход прослеживается медиальнее пахового канала.

Выполнен нижнесрединный разрез длиной 10 см. Рассечены кожа, подкожная клетчатка, апоневроз. Мышцы разведены. В паравезикальной клетчатке справа определяется объемное образование синего цвета (прокрашено метиленовым синим), с четкими ровными контурами (см. рис. 6). Выделение образования из паравезикальной клетчатки. Взаимосвязи с мочевым пузырем не выявлено. Абсцесс вскрыт. Выделилось до 30 мл гноя. При ревизии полости абсцесса найден инородный предмет (рис. 7). Последний выделен, удален вместе с соединительной трубкой, которая проходила по свищевому ходу на переднюю поверхность мошонки (рис. 8). Капсула гематомы, свищевой ход иссечены.

Заключение

Анализ данного случая свидетельствует о значении тщательной предоперационной подготовки и ведения больного в послеоперационном периоде. Следует уделить особое внимание антибактериальной терапии до, во время и после операции. При данном виде вмешательства необходимым является знание устройства и механизма функционирования фаллопротезов. Доброжелательное отношение к пациентам, детальная беседа, разъяснение нюансов эксплуатации устройства позволяют своевременно выявить и предотвратить развитие возможных осложнений. Ошибка хирурга, возможно, была связана с незнанием устройства протеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Wespes E., Amar E., Hatzichristou D.G. et al. EAU Guidelines on erectile dysfunction. Update March 2004. Eur Urol 2002;41(1):1–5.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

pubmed/11999460.
2. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. М.: Медицина, 2005.
3. Mantorsi F., Deho F., Salonia A. et al. Penil implants in the era of oral drug

treatment for erectile dysfunction. BJU Int 2004;94:745–51.
4. Mulchy J.J. Long-term experience with salvage of infected penil implants. J Urol 2000;163(2):481–2.