

Громов А.И.,¹ Прохоров А.В.²

Редкий случай абсцесса спонгиозного тела полового члена

1 - Научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения, г. Москва, 2 - Городская клиническая больница № 57, г. Москва

Gromov A. I., Prokhorov A. V.

A rare case of abscess corpus spongiosum of the penis

Резюме

В представленной публикации приводится описание редкого наблюдения абсцесса спонгиозного тела полового члена, возникшего у пациента 33 лет как осложнение травмы полового члена во время форсированного коитуса. Особенности клинического случая являются изолированной характер травмы спонгиозного тела (без повреждения кавернозных тел полового члена и уретры), а также благоприятный исход хирургического лечения заболевания в виде сохранной эректильной функции и отсутствия деформации полового члена. Обсуждаются этиопатогенез, клиническая картина, диагностика, лечение и прогноз заболевания на основании анализа литературы.

Ключевые слова: абсцесс спонгиозного тела полового члена, диагностика, лечение

Summary

In the present publication a rare case of abscess corpus spongiosum of the penis, emerged from 33 years of patient injury as a complication of the penis during forced intercourse is described. Features of clinical case is an isolated nature of the injury spongy body (without damage to the corpora cavernosa of the penis and urethra), and the favorable outcome of surgical treatment of the disease in the form of preserved erectile function and the absence of deformation of the penis. The etiopathogenesis, clinical picture, diagnosis, treatment and prognosis of the disease are discussed.

Keywords: abscess spongy body of the penis, diagnosis, treatment

Введение.

Абсцесс полового члена относится к очень редким заболеваниям и встречается, преимущественно, у лиц репродуктивного возраста, ведущих активную половую жизнь [1 - 3]. Dugdale С.М. и соавт. (2013) удалось найти в литературе описание всего 23 случаев абсцесса полового члена, возраст пациентов составил 19 – 73 лет (средний возраст – 48 ± 12 лет) [3]. Полагают, что редкость заболевания обусловлена особенностями кровообращения и высокой иммунной толерантностью кавернозной ткани полового члена к инфекции [1, 4]. Несвоевременно диагностированный абсцесс кавернозных тел полового члена может привести в исходе заболевания к стойкой эректильной дисфункции (вследствие кавернофиброза) или к полной утрате органа (при пенэктомии) [1, 3].

Терминология. Термин «абсцесс полового члена» трактуется по-разному. В широком (анатомическом) смысле слова, под этим термином подразумевается ограниченный гнойно-воспалительный процесс, поражающий все мягкие ткани полового члена, за исключением уретры (сюда входят подкожный абсцесс или абсцесс срединного шва полового члена, абсцесс спонгиозного тела полового члена или бульбарный абсцесс, абсцесс ка-

вернозных тел полового члена или кавернозный абсцесс) [1 - 3]. В узком (общепринятом) смысле слова, абсцесс полового члена - это кавернозный абсцесс, который имеет свои отличительные особенности патогенеза и обычно связан с любым видом травмы кавернозных тел полового члена [1, 3, 4].

Цель работы: презентация редкого наблюдения абсцесса спонгиозного тела полового члена посттравматической этиологии и анализ данных литературы, касающихся вопросов этиологии, патогенеза, клинической картины, диагностики, лечения и прогноза этого заболевания.

Краткий обзор литературы. К наиболее частым причинам возникновения абсцесса кавернозных тел полового члена, встречающимся почти в 2/3 случаев, относятся травматические: инфекционно-воспалительные осложнения интракавернозных инъекций эректогенных препаратов и различных диагностических и хирургических вмешательств, таких как кавернозография, фаллопротезирование, фаллопластика, уретропластика [1 - 7]. Описаны редкие случаи развития абсцесса полового члена при нагноении подкожной олеогранулемы, при переломах полового члена во время коитуса; как ослож-

нение орального секса при наличии парадонтоза у полового партнера; при некротизирующем фасциите полового члена (гангрене Фурнье), перианальном абсцессе и приапизме; как осложнение ректальной карциномы [3, 8, 9]. В 1/3 случаев причину развития абсцесса полового члена установить не удастся [3]. В патогенезе заболевания придается немалое значение наличию иммунодефицитного статуса у пациента, обусловленного, прежде всего, сахарным диабетом, который наблюдается у 1/4 больных [1, 3].

Каузативная флора при абсцессе полового члена в подавляющем большинстве случаев представлена гноеродной микрофлорой (золотистым стафилококком, бета-гемолитическим стрептококком, анаэробами) и микробными ассоциациями (обычно в виде сочетания банальной инфекции и микобактерий туберкулеза); реже - кофимными бактериями, грибковой (кандидозной и актиномикозной) инфекцией [1 - 3, 5 - 7].

Своевременная диагностика абсцесса полового члена ввиду редкости заболевания и стертой клинико-лабораторной картины может быть затруднена [3]. При формирующемся абсцессе полового члена преобладают симптомы сепсиса, при зрелом абсцессе - местные и общие проявления воспаления обычно не выражены, среди которых системная воспалительная реакция в виде лихорадки и лейкоцитоза наблюдается только у 1/3 больных [1, 3]. Первыми необычными клиническими проявлениями абсцесса полового члена могут быть дизурия (от легкой степени до острой задержки мочеиспускания), спонтанная гнойная фистула промежности и прямой кишки [1, 3, 4, 8]. Абсцесс полового члена может имитировать опухоль и протекать под маской сквамозной карциномы или неходжкинской лимфомы полового члена [3, 8, 9]. Дифференциальная диагностика кавернозного абсцесса проводится с опухолью полового члена, дивертикулум уретры, парауретральным абсцессом и инородным телом крайней плоти или уретры [1, 3].

Помимо рутинных клинико-лабораторных методов диагностики, при абсцессе полового члена широко применяются различные лучевые методы исследования: высоко разрешающее ультразвуковое исследование (УЗИ) с рабочей частотой трансдьюсера свыше 7 МГц, высокопольная магнитно-резонансная томография мощностью 1,5 - 3,0 Тесла, рентгеновская восходящая уретрография (при подозрении на сочетанный разрыв уретры у пациентов с уретрорагией), компьютерная томография, радиоизотопное сканирование с галлием-цитратом (Ga-67) или лейкоцитами, меченных изотопом индия (In-111), диагностическая пункция и эксплоративная операция [1 - 3, 5 - 9].

Лечение абсцесса полового члена, как правило, хирургическое: вскрытие и дренирование абсцесса. Оно осуществляется как традиционным (открытым) способом, так и малоинвазивным методом (пункцией и дренированием гнойника под УЗ или КТ навигацией) [1 - 9]. Крайне редко при кавернозном абсцессе выполняется пенэктомия [1, 3].

Прогноз при абсцессе полового члена определяется объемом гнойно-деструктивного поражения кавернозных

тел и в большинстве случаев - благоприятный [3, 5, 8]. Тем не менее, в исходе заболевания у 10 - 35% пациентов с абсцессом кавернозных тел полового члена развиваются кавернозный фиброз и фибропластическая индурация полового члена (болезнь Пейрони), приводящие к стойкой эректильной дисфункции и необратимой деформации полового члена [3, 9]. В дальнейшем, эректильная дисфункция и склеротическая деформация полового члена могут потребовать у части больных хирургической коррекции в виде фаллопластики или фаллопротезирования [3, 6, 9].

Изолированный абсцесс спонгиозного тела полового члена является казуистикой. В доступной литературе удалось найти описание всего лишь 2 случаев бульбарного абсцесса у пациентов пожилого возраста [10, 11]. В одном наблюдении бульбарный абсцесс возник как осложнение рака анального канала с продолжительным ростом в луковицу полового члена [10], в другом случае - причина абсцесса была неизвестна [11].

Наша клиника располагает редким наблюдением изолированного абсцесса спонгиозного тела полового члена посттравматической этиологии (без повреждения кавернозных тел и уретры) у пациента молодого возраста и успешно вылеченного хирургическим путем. Приводим описание этого наблюдения.

Пациент Ш., 33 года (№ ист. б-ни 08331/11) поступил в урологическую клинику в срочном порядке с неправильным диагнозом: флегмона полового члена, паховый лимфаденит. Предъявляет жалобы на припухлость полового члена, боли в паху, гипертермию до 37,6° С. Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 2 недель, когда во время защищенного противоестественного (анального) и форсированного коитуса отметил припухлость полового члена. При этом ослабления эрекции (спонтанной детумесценции) и ощущения «хруста полового члена» не наблюдалось. Пациент не обратил должного внимания на отек полового члена и к врачу не обращался. В последующем осуществлял неоднократные коитусы, эрекция при этом не нарушалась. После каждого очередного коитуса припухлость полового члена увеличивалась. За 2 суток до поступления возникли припухлость и боли в паху, присоединилась субфебрильная температура тела до 37,6° С и общая слабость. Урологический анамнез без особенностей, наличие трансмиссивных уrogenитальных инфекций отрицает. После осмотра хирургом поликлиники направлен в урологический стационар с указанным выше диагнозом. При поступлении: общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,2° С. Со стороны внутренних систем и органов изменений не выявлено. АД - 110/70 мм. рт. ст. Пульс 82 ударов в минуту, ритмичный. Мочится самостоятельно, мочеиспускание не затруднено, моча без примеси крови. Наружные половые органы развиты правильно, патологических выделений из уретры не выявлено, при пальцевом ректальном исследовании изменений со стороны предстательной железы и семенных пузырьков не обнаружено. Органы мошонки при физикальном исследовании не изменены. Местный статус: кожа полового члена умеренно отечная и гиперемированная, наблюдается



Рис. 1. Больной Ш., 33. Абсцесс спонгиозного тела полового члена. Асимметричное утолщение тела полового члена

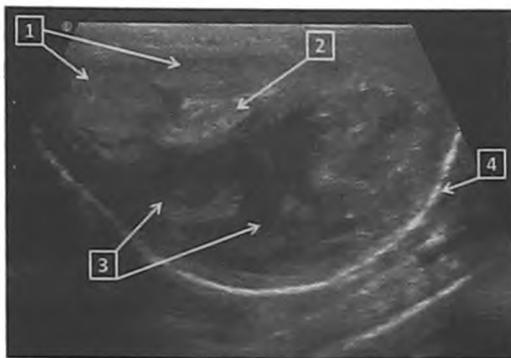


Рис. 2. Высокоразрешающее УЗИ полового члена. Поперечная проекция. 1 – кавернозные тела, 2 – спонгиозное тело с уретрой, 3 – зрелый абсцесс спонгиозного тела, содержащий жидкий детрит и газ в виде точечных гиперэхогенных включений, 4 – кожа

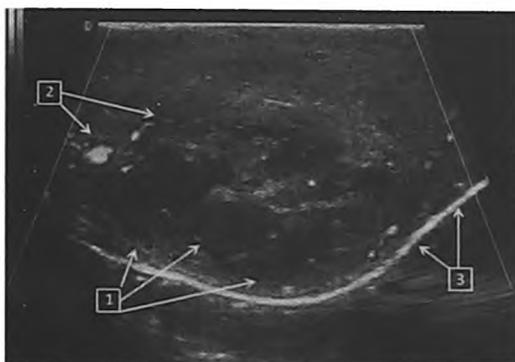


Рис. 3. Допплерангиография полового члена. Продольная проекция. 1 – зрелый абсцесс спонгиозного тела (на фоне детрита отчетливо видны микропузырьки газа в виде точечных гиперэхогенных включений), 2 - усиление перифокального сосудистого рисунка, 3 – кожа

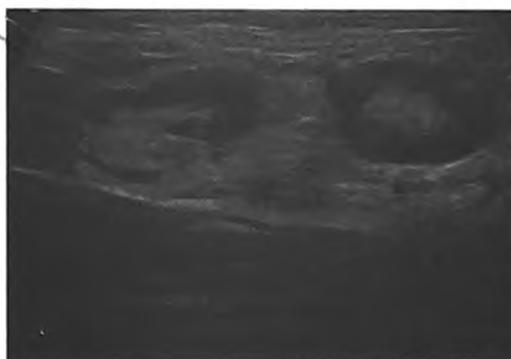


Рис. 4. Высокоразрешающее УЗИ паховой области слева. Реактивная паховая лимфаденопатия при абсцессе полового члена



Рис. 5. Допплерангиография . Воспалительная гиперваскуляризация увеличенных паховых лимфоузлов при реактивной лимфаденопатии

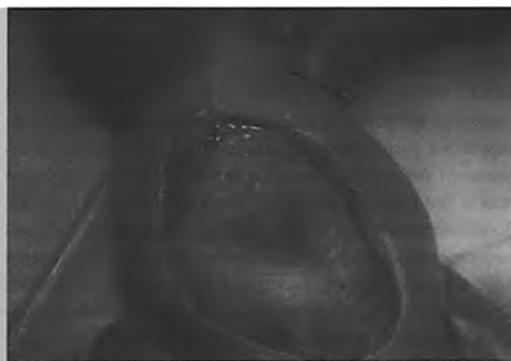


Рис. 6. Интраоперационная фотография полового члена после вскрытия, дренирования и иссечения капсулы абсцесса спонгиозного тела

асимметричное левостороннее увеличение тела полового члена в средней трети, при пальпации полового члена отмечаются местная гипертермия, умеренная болезненность и флюктуация в зоне выбухания тела полового члена (рис. 1). Пальпируются увеличенные и болезненные паховые лимфоузлы слева. Анализ крови при поступлении: гемоглобин – 145 г/л, эритроциты – $4,45 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты крови – $8 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные лейкоциты – 4%, умеренная лимфоцитопения (лимфоциты – 16%, моноциты – 2%), повышение СОЭ до 25 мм/час. Глюкоза крови – 3,5 ммоль/л. В биохимическом анализе крови и анализе мочи отклонений от нормы не выявлено. Тесты на ВИЧ, гепатит В и С, сифилис – отрицательные. При высокоразрешающем УЗИ полового члена линейным датчиком 6 – 16 МГц обнаружено отграниченное неоднородное жидкостное подкожное образование 33 x 25 x 36 мм (8см3) по уретральной поверхности тела полового члена, окруженное капсулой, содержащее детрит и пузырьки газа (рис. 2). Жидкостное образование ограничено кожей и поверхностной фасцией полового члена (фасцией Коллеса), с одной стороны, и спонгиозным телом полового члена, с другой стороны. При этом глубокая фасция полового члена (фасция Бака) не прослеживается. Образование сдавливает и деформирует спонгиозное тело полового члена и уретру, кавернозные тела полового члена. При доплерангиографии перифокальный сосудистый рисунок вокруг образования резко усилен (рис. 3). Поверхностные паховые лимфоузлы слева увеличены в размерах, кортико-медуллярная дифференцировка лимфоузлов не нарушена, отмечается выраженная интранодулярная гиперваскуляризация без деформации сосудистого рисунка (рис. 4, 5). При компрессии ультразвуковым датчиком паховые лимфоузлы резко болезненные. На основании клинико-эхографического обследования установлен диагноз: абсцесс полового члена, реактивный паховый лимфаденит слева. Восходящая уретрография для исключения травмы уретры по техническим причинам не выполнялась. После кратковременной подготовки пациента в день поступления под спинномозговой анестезией выполнена ревизия полового члена, вскрытие и дренирование зрелого абсцесса спонгиозного тела полового члена. Эвакуировано около 10 мл густого гноя с тканевым детритом и примесью измененной крови. Обнаружены разрыв фасции Бака, линейный дефект спонгиозного тела уретры длиной около 10 мм, кавернозные тела и белочная оболочка были не повреждены (рис. 6). Дополнительно выполнена внутривуретральная гидравлическая красящая проба с раствором индигокармина 0,4% в количестве 10 мл, которая не выявила нарушение целостности пенильной уретры в зоне локализации гнояника. По уретре в мочевого пузырь временно установлен уретральный катетер Фолея № 16 Fr. При микробиологическом исследовании гноя из полости абсцесса обнаружен рост *Enterococcus aerogenes*. Послеоперационный период протекал без осложнений. Уретральный катетер удален на 2-е сутки после операции. Мочится самостоятельно, свободно. Выписан на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии с зажившей раной полового члена.

При контрольном обследовании через 1, 3 и 6 месяцев жалоб не предъявляет, эрекция не нарушена, деформации полового члена не обнаружено.

Обсуждение случая. Таким образом, во время форсированного коитуса возникла изолированная неполная травма спонгиозного тела полового члена в виде надрыва белочной оболочки спонгиозного тела без повреждения уретры и кавернозных тел полового члена с развитием подкожной гематомы. На фоне продолжающейся половой активности гематома увеличивалась и нагноилась, развился абсцесс спонгиозного тела полового члена с реактивным паховым лимфаденитом.

Изолированный (без повреждения уретры и кавернозных тел) разрыв спонгиозного тела полового члена относится к казуистическим случаям и механизм развития его остается не совсем ясным. Изолированный характер травмы спонгиозного тела полового члена объясняет отсутствие типичного выраженного «хруста» и внезапной детумесценции во время коитуса (симптомы, характерные для повреждения кавернозных тел полового члена). Интактность кавернозных тел способствовала благоприятному прогнозу заболевания в виде сохранения в полном объеме эректильной функции и отсутствия деформации полового члена. Клинико-лабораторная картина бульбарного абсцесса была невыраженной. Основную роль в диагностике заболевания сыграло УЗИ высокого разрешения, которое позволило подтвердить диагноз, установить степень зрелости и границы абсцесса, оценить состояние регионарных (паховых) лимфоузлов и определить тактику лечения.

Заключение

Представленная презентация редкого наблюдения изолированного абсцесса спонгиозного тела полового члена (без повреждения целостности кавернозных тел и уретры) посттравматической этиологии является первой и ранее не описанной в литературе. Применение высокоразрешающего УЗИ полового члена позволило своевременно распознать характер заболевания, определить границы воспаления и стадию абсцесса, целостность кавернозных тел и белочной оболочки полового и уретры, оценить реакцию регионарных лимфоузлов и выбрать правильную тактику лечения. ■

Грамов А.И., научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения, директор, профессор, доктор медицинских наук, г. Москва; Прохоров А.В., городская клиническая больница № 57, лечебно-диагностическое подразделение № 1, заведующий отделением ультразвуковой диагностики, кандидат медицинских наук, г. Москва; Автор, ответственный за переписку - Прохоров Андрей Владимирович, 105037, Москва, 3-я Парковая ул., дом 37, кв. 5; botex@rambler.ru, +7(916)847-69-40

Литература:

1. *Color Doppler US of the penis.* M. Bertolotto (Ed.) Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2008: 147-52.
2. Sagar J., Sagar B., Shah D.K. Spontaneous penile (cavernosal) abscess: case report with Discussion of aetiology, diagnosis, and management with review of literature. *TheScientificWorldJournal.* 2005; 5: 39-41.
3. Dugdale C.M., Tompkins A.J., Reece R.M., Gardner A.F. Cavernosal abscess due to *Streptococcus anginosus*: a case report and comprehensive review of the literature. *Curr. Urol.* 2013; 7 (1): 51-6.
4. Brennan J., O'Kelly F., Quinlan D.M. A case of spontaneous abscess of the corpus cavernosum. *Scand. J. Urol.* 2013; 47 (6): 534-6.
5. Ehara H., Kojima K., Hagiwara N., Phuoc N.B., Deguchi T. Abscess of the corpus cavernosum. *Int. J. of Infect. Dis.* 2007; 11 (6): 553-54.
6. Al-Reshaid R.A., Malbouly K., Al-Jasser A. Penile abscess and necrotizing fasciitis secondary to neglected false penile fracture. *Urology Annals.* 2010; 2 (2): 86-8.
7. Nalmas S., Bishburg E., Chan T. *Streptococcus constellatus* and *Prevotella bivia* penile abscess. *TheScientificWorldJournal.* 2007; 7: 1631-33.
8. Huuskonen J., Aantmaa S. *Candida* sepsis originating from bulbar abscess of the penis. *Scand. J. Urol. Nephrol.* 2006; 40 (4): 347-9.
9. Song W., Ko K.J., Shin S.J., Ryu D.S. Penile abscess secondary to neglected penile fracture after intracavernosal vasoactive drug injection. *World J. Mens Health.* 2012; 30 (3): 189-91.
10. Kubota M., Kanno T., Nishiyama R., Okado T., Higashi Y., Yamada H. A case of abscess of corpus spongiosum associated with rectal cancer. *Hinyokika Kyo.* 2013; 59 (8): 539-543.
11. Blaschko S.D., Weiss D.A., Odisho A.Y., Greene K.L., Coperberg M.R. Proximal bulbar periurethral abscess. *Int. Braz. J. Urol.* 2013; 39 (1): 137-38.