

СИНДРОМ ЦИННЕРА. ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ИНЦИЗИЯ КИСТЫ СЕМЯВЫБРАСЫВАЮЩЕГО ПРОТОКА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Н.В. Зайцев^{1,2*}, А.С. Некрасов², М.А. Стрижова², Х.С. Халаби^{1,2}, С.П. Даренков^{1,2}
¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, Москва,
²ФГБУ «Клиническая больница» УД Президента РФ, Москва

ZINNER SYNDROME. TRANSURETHRAL RESECTION OF AN EJACULATORY DUCT CYST. CASE REPORT

N.V. Zaytsev^{1,2}, A.S. Nekrasov², M.A. Strizhova², H.S. Khalabi^{1,2}, S.P. Darenkov^{1,2}
¹Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia,
²Clinical Hospital of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

E-mail: endourolog@yandex.ru

Аннотация

Синдром Циннера – очень редкая урологическая аномалия у мужчин, которая чаще всего протекает без ярко выраженных симптомов и приводит к бесплодию. Выявляется случайным образом во время обследования. В данной статье представлено видение методов лечения и диагностики пациентов с синдромом Циннера на примере наиболее типичного клинического случая. Основные методы обследования в описываемом случае: пальцевое ректальное исследование, ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография. В статье подробно рассмотрен случай операционного вмешательства с последующим вскрытием полости кисты семявыбрасывающего протока посредством электрода НООК. В качестве заключения в конце статьи приведены результаты проведенной операции, а также выводы, сделанные на основе исследуемого клинического случая.

Ключевые слова: синдром Циннера, киста семенного пузырька, агенезия почки, бесплодие.

Abstract

Zinner syndrome is a very rare urogenital malformation in men, which most often occurs without pronounced symptoms and leads to infertility. It is diagnosed accidentally during an examination. This article presents a view on the methods of treatment and diagnosis of patients with Zinner syndrome exemplified by the most typical clinical case. The main examination methods in the described case: digital rectal examination, ultrasound and magnetic resonance imaging. The article describes in detail the case of surgical intervention with the subsequent opening of the ejaculatory duct cyst cavity using a HOOK electrode. As a conclusion, the surgery outcome are described at the end of the article, as well as the conclusions are made on the basis of the described clinical case.

Key words: Zinner syndrome, seminal vesicle cyst, renal agenesis, infertility.

Ссылка для цитирования: Зайцев Н.В., Некрасов А.С., Стрижова М.А., Халаби Х.С., Даренков С.П. Синдром циннера. Трансуретральная инцизия кисты семявыбрасывающего протока. Клиническое наблюдение. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2019; 4: 156-159.

Синдром Циннера – редкая врожденная аномалия семенных пузырьков в сочетании с патологией ипсилатеральных верхних мочевых путей. Синдром был впервые описан А. Циннером в 1914 г. [1–3]. Обычно он сочетает в себе одностороннюю единичную кисту семенного пузырька, агенезию гомолатеральной почки и обструкцию семявыбрасывающего протока [1,4,5]. Обструкция семявыбрасывающего протока приводит к постепенному накоплению секрета в семенных пузырьках и дальнейшему образованию кисты [1,3,5]. В дальнейшем была описана пентада патологии ме-

зофротического протока, включающая кистозную дисплазию канальцевой сети яичек, кисту семенного пузырька, ипсилатеральную аплазию почек, дилатацию придатка яичка и частичное развитие треугольника мочевого пузыря [6 - 8]. На данный момент описано всего около 200 случаев данного синдрома, частота встречаемости составляет 0.00464% [1,9].

Данная аномалия чаще всего характеризуется бессимптомным течением заболевания и последующим бесплодием. Однако в некоторых случаях пациентов беспокоят боли в мошонке и промеж-

ности, боли во время эякуляции, гемоспермия и дизурия, что в значительной мере снижает качество жизни [10 - 12].

В данной статье представлено видение методов лечения и диагностики пациентов с синдромом Циннера. В качестве иллюстрации приводим одно из наиболее типичных клинических наблюдений.

Пациент X., 32 лет, 09.10.17 госпитализирован в урологическое отделение №2 Центра урологии ФГБУ «Клиническая больница» с жалобами на боли распирающего характера внизу живота, прерывистое мочеиспускание струей неудовлетворительного наполнения, боли во время эякуляции.

Из анамнеза известно, что около 10 лет назад перенес эпидидимэктомию слева по поводу крупной кисты придатка яичка.

При обследовании в отделении: по данным пальцевого ректального исследования – предстательная железа умеренно болезненная, резко увеличена за счет левой доли, где отчетливо определяется крупный участок флюктуации округлой формы (рис. 1).



Рис.1. При урофлоуметрии: обструктивный тип урофлоуметрической кривой. Объем 203 мл. Средняя скорость потока 6.3 мл/с.

По данным ультразвукового исследования (УЗИ) и магнитно-резонансной томографии (рис. 2) в проекции семявыбрасывающего протока слева крупная киста 3.1×2.8×3.6 см (17 см³). Семявыносящий проток слева расширен до 0.38 см на видимых участках.

Отмечается викарная гипертрофия правой почки. По данным цветового доплеровского картирования почечные сосуды слева отсутствуют (рис. 3).

Киста семявыбрасывающего протока крупных размеров, приводящая к обструктивным нарушениям мочеиспускания, болям при половом акте, что является причиной снижения качества жизни и показанием к операции.



ТРУЗИ

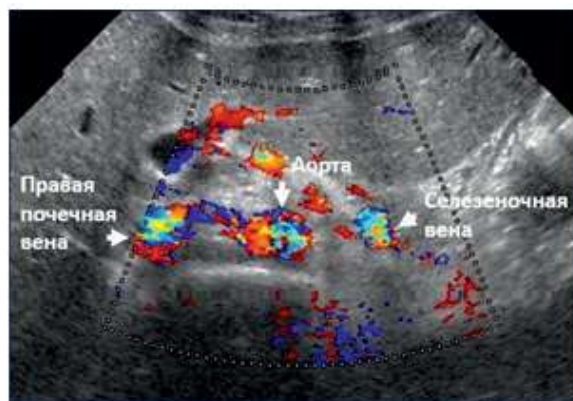


МРТ

Рис. 2. Данные ультразвукового исследования (ТРУЗИ) и магнитно – резонансной томографии (МРТ).



А



В

Рис. 3. А – данные ультразвукового исследования, В – данные цветового доплеровского картирования.

Принимая во внимание данные лучевых методов диагностики о локализации и синтопии кисты, больному показана трансуретральная инцизия кисты под ультразвуковым и рентгенологическим контролем.

В процессе операции при уретроцистоскопии визуализирован семенной бугорок с признаками атрофических изменений, в просвет задней уретры значительно вдаётся левая боковая доля предстательной железы. Стенка мочевого пузыря с умеренными признаками трабекулярных изменений. Треугольник Льево недоразвит. Правое устье мочеточника визуализируется в типичном месте, левое — не визуализируется (рис. 4).

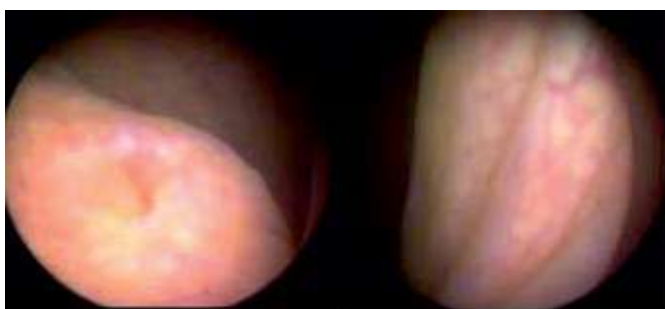


Рис. 4.

С использованием электрода НООК выполнено вскрытие полости кисты семявыбрасывающего протока. Из просвета кисты эвакуировано порядка 20 мл асептического сливкообразного содержимого. При осмотре полости кисты отчетливо визуализируются устья семенных пузырьков. Аспират взят на посев. Выполнена катетеризация устья (рис. 5).

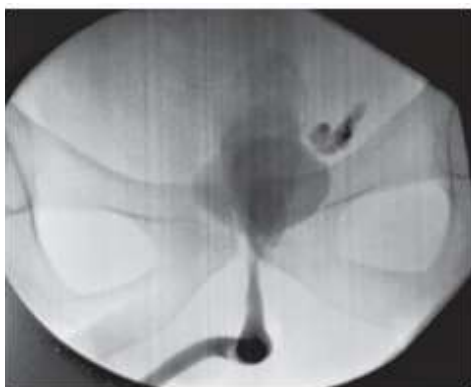


Рис. 5.

Результаты

Послеоперационный период протекал гладко. В аспирате кисты бактерий не обнаружено. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по дальнейшему лечению.

При контрольном осмотре пациента через

3 мес.: состояние удовлетворительное. Пациент возобновил половую жизнь: эректильная функция не нарушена, эякулят без патологических примесей. Отмечается улучшение сперматогенеза. Боли при эякуляции отсутствуют. Отмечает улучшение качества жизни.

При контрольном трансуретральном УЗИ малого таза через 3 мес. после операции: в проекции кисты определяется полость Т-образной формы 1.4×0.3 см, которая полностью спадается при контакте с датчиком (рис. 6). При микционной уретроцистогграфии заброс контраста в семявыбрасывающие протоки не происходит (рис. 7). При контрольной урофлоуметрии отмечается улучшение качества мочеиспускания: средняя скорость потока 9.9 мл/с, максимальная скорость потока 23 мл/с.



Рис. 6.



Рис. 7.

Заключение

Кисты до 5 см обычно асимптомны и не требуют оперативного лечения. Однако консервативное лечение не может привести к регрессу кисты и исчезновению клинической симптоматики, поэтому методом выбора для лечения кист больших размеров является активная хирургическая тактика. Трансуретральная инцизия кисты семявыбрасывающего протока имеет ряд преимуществ в лечении данной патологии:

1. Главные задачи вмешательства — избавление пациента от имеющихся жалоб в виде болей в мо-

шонке и промежности, более во время эякуляции, гемоспермии и дизурии, что в значительной мере снижает качество жизни, и профилактика бесплодия.

2. Преимуществом данного оперативного вмешательства является улучшение показателей спермограммы, выброса эякулята, что положительно сказывается на репродуктивной функции.

Литература

1. Васильев А.О., Говоров А.В., Колонтарёв К.Б., Куприянов Ю.А., Пушкарь Д.Ю.. Синдром Циннера: описание клинических случаев. *Terra Medica*. 2014; 2: 52–55 [Vasilyev A.O., Govorov A.V., Kolontarev K.B., Kupriyanov U.A., Pushkar D.U. Zinner's syndrome: description of the clinical cases. *Terra Medica*. 2014; 2: 52–55. In Russian].
2. Parsons R.B., Fisher A.M., Bar-Chama N., Mitty H.A. MR Imaging in male infertility. *Radiographics*. 1997; 17(3): 627–637.
3. Zinner A. Ein fall von intravesikaler Samenblasenzyste. *Wien. med. Wschr*. 1914; 64: 605–609.
4. Patel B., Gujral S., Jefferson K. et al. Seminal vesicle cysts and associated anomalies. *BJU International*. 2002; 90: 265–271. doi: 10.1046/j.1464-410X.2002.02883.x.
5. Khanduri S., Katyal G., Sharma H. et al. Unique Association of Multiple Seminal Vesicle Cysts with Contralateral Renal Agenesis: A Rare Variant of Zinner Syndrom. *Cureus*. 2017; 9(7): 1415. doi: 10.7759/cureus.1415.

6. Casey R.G., Stunell H., Buckley O. A unique radiological pentad of mesonephric duct abnormalities in a young man presenting with testicular swelling. *Br. J. Radiol*. 2008; 81: 93–96. doi: 10.1259/bjr/31182823.

7. Fisch H., Kang Y.M., Johnson C.W., Goluboff E.T. Ejaculatory duct obstruction. *Curr. Opin. Urol*. 2002; 12(6): 509–515. doi: 10.1097/01.mou.0000039452.39928.92

8. Fisch H., Lambert S.M., Goluboff E.T. Management of ejaculatory duct obstruction: etiology, diagnosis, and treatment. *Wld. J. Urol*. 2006; 24(6): 604–610.

9. Sheih C.P., Hung C.S., Wei C.F. Cystic dilatations within the pelvis in patients with ipsilateral renal agenesis or dysplasia. *J. Urol*. 1990; 144: 324–327.

10. Cihan A, Cimen S, Secil M. Congenital seminal vesicle cyst accompanying ipsilateral renal agenesis and rudimentary ureter. *Int. Urol Nephrol*. 2006; 38(1): 133–135.

11. Jungwirth A, Diemer T, Dohle GR, Kopa Z, Krausz C, Minhas S et al. *EAU Guidelines on Male Infertility*. 2013.

12. Livingston L, Larson CR. Seminal vesicle cyst with ipsilateral renal agenesis. *AJR*. 2000; 175(1): 177–180.

Конфликт интересов отсутствует