
© И.А. Корнеев, 2019

УДК 616.672-009.7:616.697+616.682-006.6+616.62-003.7

DOI 10.21886/2308-6424-2019-7-3-55-58

ISSN 2308-6424

Невоспалительный синдром хронической тазовой боли (мошоночный болевой синдром) у бесплодного мужчины с непальпируемой семиномой яичка и билатеральным тестикулярным микролитиазом: случай из практики

И.А. Корнеев^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ; Санкт-Петербург, Россия

²Международный центр репродуктивной медицины; Санкт-Петербург, Россия

Представлено клиническое наблюдение пациента 26 лет с криптозооспермией, который обратился в Международный центр репродуктивной медицины по поводу бесплодия в браке. В детстве мужчина был оперирован по поводу правостороннего крипторхизма, впоследствии неоднократно проходил обследование и лечение по поводу мошоночного болевого синдрома. При ультразвуковом исследовании органов мошонки выявлен билатеральный тестикулярный микролитиаз и признаки не определявшегося при пальпации новообразования левого яичка (гистопатологический диагноз после орхифуникюэктомии слева: смешанная герминогенная опухоль — семинома и тератома на фоне интратубулярной герминогенной неоплазии). Случай из практики позволяет обосновать расширение показаний к проведению УЗИ органов мошонки при невоспалительном синдроме хронической тазовой боли (мошоночном болевом синдроме).

Ключевые слова: хронический простатит; синдром хронической тазовой боли; мошоночный болевой синдром; новообразование яичка; тестикулярный микролитиаз; мужское бесплодие

Раскрытие информации: Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Поступила в редакцию: 27.03.2019. **Принята к публикации:** 10.06.2019.

Автор для связи: Корнеев Игорь Алексеевич; тел.: +7 (812) 328-22-51; e-mail: iakorneyev@yandex.ru

Для цитирования: Корнеев И.А. Невоспалительный синдром хронической тазовой боли (мошоночный болевой синдром) у бесплодного мужчины с непальпируемой семиномой яичка и билатеральным тестикулярным микролитиазом: случай из практики. *Вестник урологии*. 2019;7(3):55-58. DOI: 10.21886/2308-6424-2019-7-3-55-58

Non-inflammatory Chronic Pelvic Pain Syndrome (Scrotal pain) in a infertile man with non-palpable Testicular Seminoma and Bilateral Testicular Microlithiasis. Case study

I.A. Korneyev^{1,2}

¹Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, Russian Federation

²International Center for Reproductive Medicine (ICRM), Saint-Petersburg, Russian Federation

A 26-year-old patient with cryptozoospermia turned to the International Center for Reproductive Medicine for infertility. The man underwent surgical treatment for right-sided cryptorchidism in childhood. Subsequently, he was repeatedly examined and treated for scrotal pain. An ultrasound examination of the scrotum revealed bilateral testicular microlithiasis and signs of neoplasm of the left testicle that was not detected by palpation. Based on the research data, the patient underwent left orchifuniculectomy. Based on a histological examination, the diagnosis was established: a mixed germ cell tumor - seminoma and teratoma against the background of intratubular germ cell neoplasia. A case from practice allows us to justify the expansion of indications for ultrasound of the scrotum in the non-inflammatory chronic pelvic pain syndrome (scrotal pain).

Key words: chronic prostatitis; chronic pelvic pain syndrome; scrotal pain; testicular neoplasm; testicular microlithiasis; male infertility

Disclosure: The study did not have sponsorship. The author has declared no conflicts of interest.

Received: 27.03.2019. **Accepted:** 10.06.2019.

For correspondence: Igor A. Korneyev; tel.: +7 (812) 328-22-51; e-mail: iakorneyev@yandex.ru

For citation: Korneyev I.A. Non-inflammatory Chronic Pelvic Pain Syndrome (Scrotal pain) in a infertile man with non-palpable Testicular Seminoma and Bilateral Testicular Microlithiasis. Case study. *Urology Herald*. 2019;7(3):55-58. (In Russ.). DOI:10.21886/2306-6424-2018-7-3-55-58

Введение

В настоящее время для применения в клинической практике рекомендации Европейской ассоциации урологов предлагают классификацию Национального института по изучению сахарного диабета, заболеваний пищеварительной системы и патологии почек и Национального института здоровья США, согласно которой к простатиту относится невоспалительный синдром хронической тазовой боли (СХТБ). Для него характерно наличие боли и отсутствие лейкоцитов в семенной жидкости, секрете предстательной железы и третьей порции мочи, равно как и какого-либо другого инфекционно-воспалительного процесса, который мог бы обуславливать боль. Разработан алгоритм диагностики, который позволяет на основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования при исключении признаков заболеваний, приводящих к тазовой боли, определить её специфический фенотип, орган-мишень и учесть ряд общих критериев, характеризующих психологические, когнитивные, эмоциональные, сексуальные, поведенческие и другие нарушения [1, 2].

Для описания СХТБ с локализацией боли в мошонке при невозможности локализовать боль в яичке или придатке яичка был предложен термин «мошоночный болевой синдром». По данным исследователей, на его долю может приходиться 2,5 % всех обращений к урологу [3], однако в последние годы наблюдается тенденция к их увеличению, что, возможно, связано с привлечением большего внимания к этой проблеме и информированностью пациентов [4]. Описаны две особые послеоперационные формы мошоночного болевого синдрома — поствазэктомический и появляющийся после пластики паховой грыжи [5, 6], но примерно у половины пациентов причина боли остаётся невыясненной и болевой синдром у них принято считать идиопатическим [7]. Как и при других формах СХТБ такие пациенты часто не получают адекватной медицинской помощи, не удовлетворены и нередко переходят от одного врача к другому [8]. С целью

стандартизации подходов к ведению пациентов с мошоночным болевым синдромом были предложены алгоритмы [7, 9], однако до настоящего времени они не были валидизированы и не получили широкого распространения. В практической работе многие урологи применяют рекомендации EAU, которые, в частности, содержат положения о том, что УЗИ органов мошонки не помогает в диагностике и лечении пациентов с мошоночным болевым синдромом (уровень доказательности — 2b), а также о том, что при планировании лечения у таких пациентов следует руководствоваться общими принципами коррекции хронических болевых синдромов. В связи с этим приводим клиническое наблюдение.

Клинический случай

В Международный центр репродуктивной медицины (МЦРМ) обратился пациент Д., 26 лет, по поводу отсутствия зачатия в течение года регулярной (4-5 половых актов в неделю) половой жизни без контрацепции. Из анамнеза известно, что в возрасте трёх лет он перенёс оперативное вмешательство по поводу пахового правостороннего крипторхизма. На протяжении нескольких лет несколько раз обращался к урологу в поликлинику по месту жительства в связи с периодически возникающими тянущими болями в мошонке с обеих сторон, но более выраженными слева, не связанными с положением тела и не сопровождающимися признаками воспаления. Проводили физикальное обследование, выполняли тесты на инфекции, передаваемые половым путём и трёхстаканную пробу мочи. Диагностирован хронический простатит, невоспалительный СХТБ, сделано предположение о возможной связи между возникновением боли в мошонке и перенесённой орхидопексией, получал обезболивающие и противовоспалительные препараты, что каждый раз приводило к постепенной регрессии симптомов.

При осмотре: рост — 178 см, вес — 63 кг, ИМТ — 19,9, телосложение — нормостеническое. При пальпации яички справа — 8 мл, слева —

12 мл, однородной консистенции, вены гроздевидного сплетения не расширены. В ходе лабораторной диагностики определено снижение ЛГ (менее 0,1 мМЕ/мл) и ФСГ (0,3 мМЕ/мл) (референтные интервалы — 1,7-8,6 мМЕ/мл и 1,5-12,4 мМЕ/мл соответственно), уровни тестостерона, ТТГ и пролактин в пределах нормы. Спермограмма: криптозооспермия, единичные подвижные сперматозоиды в осадке после центрифугирования эякулята. УЗИ органов мошонки: признаки гипоплазии правого яичка, новообразования левого яичка, билатерального тестикулярного микролитиаза.

Учитывая наличие бесплодия и необходимость проведения лечения по поводу новообразования левого яичка с пациентом обсуждены перспективы применения вспомогательных репродуктивных технологий, выполнена криоконсервация нескольких порций эякулята.

Гистопатологическое исследование после орхифуникулэктомия слева: смешанная герминогенная опухоль левого яичка представлена семиномой и зрелой постпубертатной тератомой с кистами и выстилкой из многослойного плоского эпителия без лимфоваскулярной инвазии и без инвазии в оболочке яичка на фоне интратубулярной герминогенной неоплазии. Семенной канатик вне опухоли (pT1).

Обсуждение

Злокачественные опухоли яичка, которые чаще наблюдают в молодом возрасте, составляют примерно 1-2% всех новообразований у мужчин и 5% опухолей мочевыделительной системы и мужских гениталий. Эта проблема становится все более актуальной: в 2017 году в России зарегистрировано наибольшее за последние 10 лет абсолютное число впервые выявленных новообразований яичка, среднегодовой темп прироста составил 19,1% [10]. Известно, что к факторам риска развития рака яичка можно отнести компоненты синдрома тестикулярной дисгенезии (крипторхизм, гипоспадию, нарушения сперматогенеза), а также тестикулярный микролитиаз, при наличии которого у пациентов с бесплодием и двусторонними микрокальцинатами, крипторхизмом и гипоплазией яичек показано

выполнение биопсии яичка с целью ранней диагностики герминогенной опухоли [11, 12].

Известно, что на ранних стадиях злокачественные новообразования яичка могут не иметь заметных для больных и проводящих физикальное обследование врачей клинических проявлений, однако, могут сопровождаться выраженными нарушениями сперматогенеза. Боль в мошонке также не является типичным симптомом тестикулярного микролитиаза [13], который чаще всего диагностируют случайно при УЗИ органов мошонки у бесплодных мужчин [14]. В связи с этим уролог, консультировавший описанного пациента по поводу СХТБ до вступления в брак, мог не найти веских оснований для проявления онкологической настороженности и объяснял наличие болей возможной связью с перенесенным оперативным вмешательством по низведению правого яичка. Приверженности к консервативному подходу ведения пациента также способствовали, несмотря на рецидивы боли, положительные результаты каждого из эпизодов назначенного лечения. В целом такая тактика согласуется и с современными положениями рекомендацийEAU, в которых отдельно выделен мошоночный тип СХТБ после оперативных вмешательств на паховом канале, не рекомендовано проведение УЗИ органов мошонки для уточнения диагноза и предложено при выборе лечения рассматривать хроническую боль в мошонке наравне с другими видами боли. Однако последующее развитие событий демонстрирует, что если бы не возникновение проблемы бесплодия в браке, обращение и проведение обследования в МЦРМ, то следование этим рекомендациям не позволило бы выявить угрожающее жизни пациента злокачественное новообразование.

Заключение

Описанный случай из практики можно использовать для обоснования расширения показаний к проведению УЗИ органов мошонки при мошоночном типе невоспалительного СХТБ, в первую очередь у пациентов с клиническими проявлениями синдрома тестикулярной дисгенезии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Guidelines on Urological Infections. In: European Association of Urology Guidelines. Bonkat G, Pickard R, Bartoletti R, Cai T, Bruyère F, Geerlings SE, Köves B, Schubert S, Wagenlehner F, Mezei T, Pilatz A, Pradere B, Veeratterapillay R. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Barcelona, EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands, 2019 ISBN 978-94-92671-01-1.* Доступно по: <https://uroweb.org/guideline/urological-infections/> Ссылка активна на 27.03.2019.

REFERENCES

1. *Guidelines on Urological Infections. In: European Association of Urology Guidelines. Bonkat G, Pickard R, Bartoletti R, Cai T, Bruyère F, Geerlings SE, Köves B, Schubert S, Wagenlehner F, Mezei T, Pilatz A, Pradere B, Veeratterapillay R. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Barcelona, EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands, 2019 ISBN 978-94-92671-01-1.* Available at: <https://uroweb.org/guideline/urological-infections/> Accessed March 27, 2019.

2. Nickel JC, Baranowski AP, Pontari M, Berger RE, Tripp DA. Management of men diagnosed with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome who have failed traditional management. *Rev Urol.* 2007 Spring;9(2):63-72. PMID: 17592539
3. Strebel RT, Leippold T, Luginbuehl T, Muentener M, Praz V, Hauri D. Chronic scrotal pain syndrome: management among urologists in Switzerland. *Eur Urol.* 2005;47(6):812-816. DOI: 10.1016/j.eururo.2005.01.003
4. Quallich SA, Arslanian-Engoren C. Chronic testicular pain in adult men: an integrative literature review. *Am J Mens Health.* 2013;7(5):402-413. DOI: 10.1177/1557988313476732
5. Nariculam J, Minhas S, Adeniyi A, Ralph DJ, Freeman A. A review of the efficacy of surgical treatment for and pathological changes in patients with chronic scrotal pain. *BJU Int.* 2007;99(5):1091-1093. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2006.06733.x
6. Eklund A, Montgomery A, Bergkvist L, Rudberg C; Swedish Multicentre Trial of Inguinal Hernia Repair by Laparoscopy (SMIL) study group. Chronic pain 5 years after randomized comparison of laparoscopic and Lichtenstein inguinal hernia repair. *Br J Surg.* 2010;97(4):600-608. DOI: 10.1002/bjs.6904
7. Levine LA, Hoeh MP. Evaluation and management of chronic scrotal content pain. *Curr Urol Rep.* 2015;16(6):36. DOI: 10.1007/s11934-015-0510-1
8. Tan WP, Levine LA. An overview of the management of post-vasectomy pain syndrome. *Asian J Androl.* 2016;18(3):332-337. DOI: 10.4103/1008-682X.175090
9. Tatem A, Kovac JR. Chronic scrotal pain and microsurgical spermatic cord denervation: tricks of the trade. *Transl Androl Urol.* 2017;6(Suppl 1):S30-S36. DOI: 10.21037/tau.2017.05.17
10. *Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность)*. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2018. ISBN 978-5-85502-243-8
11. *EAU guidelines on male infertility*. Jungwirth A, Diemer T, Kopa Z, Krausz C, Minhas S, Tournaye H. *EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Barcelona, EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands, 2019 ISBN 978-94-92671-04-2*. Доступно по: <https://uroweb.org/guideline/male-infertility/> Ссылка активна на 27.03.2019.
12. Носов А.К., Мамизев Э.М., Воробьев А.В., Жуков О.Б., Новиков А.И., Зассев Р.Д., Корнеев И.А., Петров С.Б. Инциденталомы яичка и тестикулярный микролитиаз: современные подходы к диагностике и лечению (обзор литературы, случаи из практики). *Андрология и генитальная хирургия.* 2017;18(1):28-38. DOI: 10.17650/2070-9781-2017-18-1-28-38
13. Duchek M, Bergh A, Oberg L. Painful testicular lithiasis. *Scand J Urol Nephrol Suppl.* 1991;138:231-233. PMID: 1785011
14. Richenberg J, Belfield J, Ramchandani P, Rocher L, Freeman S, Tsili AC, Cuthbert F, Studniarek M, Bertolotto M, Turgut AT, Dogra V, Derchi LE. Testicular microlithiasis imaging and follow-up: guidelines of the ESUR scrotal imaging subcommittee. *Eur Radiol.* 2015;25(2):323-330. DOI: 10.1007/s00330-014-3437-x
2. Nickel JC, Baranowski AP, Pontari M, Berger RE, Tripp DA. Management of men diagnosed with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome who have failed traditional management. *Rev Urol.* 2007 Spring;9(2):63-72. PMID: 17592539
3. Strebel RT, Leippold T, Luginbuehl T, Muentener M, Praz V, Hauri D. Chronic scrotal pain syndrome: management among urologists in Switzerland. *Eur Urol.* 2005;47(6):812-816. DOI: 10.1016/j.eururo.2005.01.003
4. Quallich SA, Arslanian-Engoren C. Chronic testicular pain in adult men: an integrative literature review. *Am J Mens Health.* 2013;7(5):402-413. DOI: 10.1177/1557988313476732
5. Nariculam J, Minhas S, Adeniyi A, Ralph DJ, Freeman A. A review of the efficacy of surgical treatment for and pathological changes in patients with chronic scrotal pain. *BJU Int.* 2007;99(5):1091-1093. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2006.06733.x
6. Eklund A, Montgomery A, Bergkvist L, Rudberg C; Swedish Multicentre Trial of Inguinal Hernia Repair by Laparoscopy (SMIL) study group. Chronic pain 5 years after randomized comparison of laparoscopic and Lichtenstein inguinal hernia repair. *Br J Surg.* 2010;97(4):600-608. DOI: 10.1002/bjs.6904
7. Levine LA, Hoeh MP. Evaluation and management of chronic scrotal content pain. *Curr Urol Rep.* 2015;16(6):36. DOI: 10.1007/s11934-015-0510-1
8. Tan WP, Levine LA. An overview of the management of post-vasectomy pain syndrome. *Asian J Androl.* 2016;18(3):332-337. DOI: 10.4103/1008-682X.175090
9. Tatem A, Kovac JR. Chronic scrotal pain and microsurgical spermatic cord denervation: tricks of the trade. *Transl Androl Urol.* 2017;6(Suppl 1):S30-S36. DOI: 10.21037/tau.2017.05.17
10. *Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2017 godu (zabolevaemost' i smertnost')*. [Malignant neoplasms in Russia in 2017 (morbidity and mortality)]. Pod red. [Ed.] A.D. Kaprina, V.V. Starinskogo, G.V. Petrovoj. Moskva: MNIOI im. P.A. Gercena filial FGBU «NMIC radiologii» Minzdrava Rossii; 2018. [Moscow: Herzen Moscow Cancer Research Institute - a branch of the National Medical Research Center for Radiology] (In Russ.). ISBN 978-5-85502-243-8
11. *EAU guidelines on male infertility*. Jungwirth A, Diemer T, Kopa Z, Krausz C, Minhas S, Tournaye H. *EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Barcelona, EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands, 2019 ISBN 978-94-92671-04-2*. Available at: <https://uroweb.org/guideline/male-infertility/> Accessed March 27, 2019.
12. Nosov AK, Mamizhev EM, Vorobyev AV, Zhukov OB, Novikov AI, Zassev RD, Korneev IA, Petrov SB. Incidentalomas of the testicle and testicular microlithiasis: current approaches to diagnosis and treatment (literature review, clinical cases). *Andrology and Genital Surgery.* 2017;18(1):28-38. (In Russ.). DOI: 10.17650/2070-9781-2017-18-1-28-38
13. Duchek M, Bergh A, Oberg L. Painful testicular lithiasis. *Scand J Urol Nephrol Suppl.* 1991;138:231-233. PMID: 1785011
14. Richenberg J, Belfield J, Ramchandani P, Rocher L, Freeman S, Tsili AC, Cuthbert F, Studniarek M, Bertolotto M, Turgut AT, Dogra V, Derchi LE. Testicular microlithiasis imaging and follow-up: guidelines of the ESUR scrotal imaging subcommittee. *Eur Radiol.* 2015;25(2):323-330. DOI: 10.1007/s00330-014-3437-x

Сведения об авторе

Корнеев Игорь Алексеевич – д.м.н., профессор; профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, медицинский директор Международного центра репродуктивной медицины г. Санкт-Петербурга
ORCID iD 0000-0001-7347-1901
e-mail: iakorneyev@yandex.ru

Information about the author

Igor A. Korneyev – M.D., Ph.D. (M), D.M.S., Full Professor; Professor, Dept. of Urology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, Russian Federation; Medical Chief, International Center for Reproductive Medicine (ICRM), Saint-Petersburg
ORCID iD 0000-0001-7347-1901
e-mail: iakorneyev@yandex.ru