

Case Report of a Pelvic Mass; Bladder Diverticulum

ARTICLE INFO

Article Type

Case Report

Authors

Saremi A.B.¹ MD,
Rasekhi M.* MD

How to cite this article

Saremi A B, Rasekhi M. Case Report of a Pelvic Mass; Bladder Diverticulum. Sarem Journal of Reproductive Medicine. 2017;1(4): 191-194.

ABSTRACT

Patient Information One of the diseases of the urinary system is bladder diverticulum. Bladder diverticula are seen in different sizes, individual or multiple. These lesions may be congenital and create symptoms during childhood, which are usually diagnosed during this period, or may be acquired, resulting from narrowing of the urinary tract from the bladder (for example, prostate hypertrophy). Occasionally, diverticula are diagnosed in abdominal and pelvic imaging procedures, without causing a problem for the patient.

The case reported is a bloody diverticulum presented as pelvic mass and not detected before surgery. The patient suffered from abdominal pain and did not describe the symptoms of urinary tract infection. In the imaging procedures, the pelvic mass has been reported without communication with the bladder, and only during laparoscopy, we noticed the association of mass with the bladder, and the patient was subjected to diverticulectomy.

Conclusion Diseases do not necessarily reveal themselves with the typical symptoms mentioned in the texts, and the important point is that paraclinical methods are not always accurate and recognizable. Laparoscopy can be considered as a precise diagnostic method and fully reveals the organs of the abdomen and pelvis.

Keywords Diverticulum; Pelvic; Laparoscopy; Diagnostic Imaging

*Sarem Fertility and Infertility Research Center (SAFIR), Sarem Women's Hospital, Tehran, Iran

¹"Sarem Fertility & Infertility Research Center (SAFIR)" and "Sarem Cell Research Center (SCRC)", Sarem Women's Hospital, Tehran, Iran

Correspondence

Address: Sarem Women's Hospital, Basij Square, Phase 3, Ekbatan Town, Tehran, Iran. Postal Code: 1396956111

Phone: +98 (21) 44670888

Fax: +98 (21) 44670432
m.rasekhi10@gmail.com

Article History

Received: April 24, 2016

Accepted: October 16, 2016

ePublished: November 15, 2017

CITATION LINKS

[1] Vaginal mass caused by a lately recognized congenital bladder diverticulum [2] The aetiology and treatment of diverticulum of the bladder [3] Syncope in a patient with giant bladder diverticulum [4] Extravesical approach in paraureteral bladder diverticulum: A case report [5] Management of congenital bladder diverticulum in children: A report of seven cases [6] Congenital bladder diverticulum causing acute urinary retention in an infant [7] Congenital bladder diverticulum- a rare adult presentation [8] Congenital genitourinary abnormalities in children with Williams-Beuren syndrome [9] Urethral obstruction from dislodged bladder diverticulum stones: A case report [10] Ruptured bicornuate uterus mimicking ectopic pregnancy: A case report [11] An atypical bladder diverticulum presented with recurrent peritonitis: Case report [12] Female urethral diverticulum presenting with acute urinary retention: Reporting the largest diverticulum with review of literature [13] Bladder diverticulum: Clinicopathologic spectrum in pediatric patients [14] Case of congenital bladder diverticulum--cause of urinary retention in adulthood [15] Median umbilical ligament or vesicourachal diverticulum [16] Intravesical methylene blue facilitates precise identification of the diverticular neck during robot-assisted laparoscopic bladder diverticulectomy

گزارش یک مورد توده لگنی با تشخیص نهایی دیورتیکول مثانه

ابوطالب صارمی MD

"مرکز تحقیقات باروری و ناباروری صارم" و "پژوهشکده سلولی-مولکولی و سلول‌های بنیادی صارم"، بیمارستان فوق تخصصی صارم، تهران، ایران

محبوبه راسخی MD

مرکز تحقیقات باروری و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: یکی از بیماری‌های سیستم ادراری، دیورتیکول‌های مثانه است. دیورتیکول‌های مثانه در سایزهای مختلف و به صورت منفرد یا متعدد دیده می‌شوند. این ضایعات ممکن است به طور مادرزادی وجود داشته باشند و در دوران کودکی ایجاد علائم نمایند که معمولاً در این دوران تشخیص داده می‌شوند یا ممکن است به طور اکتسابی ایجاد شده و حاصل تنگی‌های مسیر خروجی ادرار از مثانه (مثلاً هیپرتروفی پروستات) باشند. گاهی دیورتیکول‌ها به طور تصادفی در روش‌های تصویربرداری شکم و لگن تشخیص داده می‌شوند، بدون این که ایجاد مشکلی برای بیمار نموده باشند.

معرفی مورد: موردی که گزارش می‌شود دیورتیکول مثانه‌ای است که به صورت توده لگنی تظاهر کرده و قبل از عمل جراحی تشخیص داده نشده است. بیمار از درد شکم شاکی بوده و علائم و نشانه‌های درگیری سیستم ادراری را بیان نمی‌کرده است. در روش‌های تصویربرداری نیز توده لگنی بدون ارتباط با مثانه گزارش شده است و تنها طی لاپاروسکوپی متوجه ارتباط توده با مثانه شده و بیمار را تحت عمل دیورتیکولکتومی قرار دادیم.

نتیجه‌گیری: بیماری‌ها لزوماً نباید خود را با علائم تیبیک ذکر شده در متون نمایان نمایند و نکته مهم اینکه روش‌های پاراکلینیک همیشه دقیق و تشخیص‌دهنده نیستند. لاپاراسکوپی می‌تواند به عنوان یک روش تشخیصی دقیق مطرح شود و اعضای داخل شکم و لگن را به طور کامل آشکار نماید.

کلیدواژه‌ها: دیورتیکول، توده لگنی، لاپاروسکوپی، روش‌های تصویربرداری

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۷/۲۵

*نویسنده مسئول: m.rasekhi10@gmail.com

مقدمه

دیورتیکول عبارت است از یک کیسه بافتی که از بافت جدا شده و توسط منفذی با آن در ارتباط است. یکی از بیماری‌های سیستم ادراری، دیورتیکول مثانه است که در سایزهای مختلف به صورت منفرد یا متعدد دیده می‌شود [1]. این ضایعات ممکن است به طور مادرزادی وجود داشته باشند و در دوران کودکی ایجاد علائم نمایند که معمولاً در این دوران تشخیص داده می‌شوند، یا ممکن است به طور اکتسابی ایجاد شده و حاصل تنگی‌های مسیر خروجی ادرار از مثانه [2] (مثلاً هیپرتروفی پروستات) باشند [3، 2]. دیورتیکول مثانه، یک فتق (هرنی) اوروتلیوم مثانه از طریق قسمت عضلانی دیواره مثانه است [4]. این مساله موجب می‌شود که یک ساختمان با سایز متفاوت، دیواره نازک و پر از ادرار در مجاورت مثانه ایجاد شود که توسط یک منفذ یا گردن باریک به مثانه متصل است.

در دیواره دیورتیکول، عضلات صاف به صورت پراکنده و غیرفعال و غیرهماهنگ بوده و قادر به تخلیه ادرار از دیورتیکول در هنگام دفع ادرار نیستند و همواره مقدار زیادی رزیدوی ادراری در دیورتیکول وجود دارد که در روش‌های تشخیصی تصویربرداری مشخص می‌شود.

دیورتیکول‌های مثانه به دو نوع مادرزادی و اکتسابی تقسیم می‌شوند. دیورتیکول‌های مادرزادی با شیوع ۱/۲٪ در دوران کودکی مشخص می‌شوند و در پسرها شایع‌تر هستند [5، 6]. معمولاً منفرد و بزرگ بوده و به علت ضعف مادرزادی در سطح محل اتصال اورتروزیکال ایجاد می‌شوند [7، 1]. اینکه در نوع مادرزادی با شیوع دیورتیکول اختلال ژنتیک

وجود دارد یا نه مشخص نیست، ولی چون این عارضه در دوقلوها گزارش شده احتمالاً جنبه اتوزوم غالب دارد [8].

دیورتیکول‌های اکتسابی مثانه به علت انسداد در مسیر خروج ادرار ایجاد شده و معمولاً در مردان بالای ۶۰ سال دیده می‌شود [2]. شایع‌ترین علت آن هیپرتروفی مثانه است (در ۶-۱۰٪ مبتلایان به پروستاتیسیم)، ولی علل دیگری مانند سنگ و تومور و غیره نیز دارد. دیورتیکول‌های اکتسابی، متعدد و کوچک‌تر هستند [9، 3].

دیورتیکول مثانه، خود را به صورت عفونت‌های مکرر ادراری [11، 10، 4]، احساس عدم تخلیه کامل ادرار [12، 6]، رفلکس ادرار [13، 1]، درد شکم، احساس پری و درد در قسمت تحتانی شکم نشان می‌دهد و گاه به دنبال پیگیری علت، پیوری هم‌اچوری و اختلالات سدیمان ادراری کشف می‌شوند.

برای تشخیص این بیماری سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن و ام‌آر‌آی درخواست می‌شود [14]. ولی بهترین روش تشخیصی Voiding Cystouetrography (VCUG) است.

بیمار و روش‌ها

زنی ۳۳ ساله، نولی گراوید، با شکایت درد در قسمت تحتانی شکم به مدت ۲ سال به درمانگاه زنان مراجعه نمود. قاعدگی بیمار منظم بوده، اختلالات گوارشی و هیچ گونه مشکلات ادراری از جمله سوزش و تکرار ادرار، بی‌اختیاری و عفونت‌های مکرر ادراری و غیره را ذکر نمی‌نمود. بیمار سابقه عمل جراحی و بیماری کلیوی و تروما یا مصرف داروی خاصی نداشت.

در سابقه خانوادگی وی نیز نکته مثبتی یافت نشد. در معاینه فیزیکی، علائم حیاتی نرمال بود، در لمس شکم نرم بود، تندرئس و ریباند تندرئس وجود نداشت و توده‌ای نیز به دست نمی‌خورد. معاینه ژنیکولوژیک انجام شد، رحم و ضمایم نرمال بودند. پس از تخلیه مثانه سونوگرافی واژینال صورت گرفت و براساس آن کیستی به ابعاد ۹×۸ سانتی‌متر در لگن بدون ارتباط با رحم و ضمایم مشاهده شد.

گرافی شکم و لگن با تزریق و بدون تزریق درخواست شد. باز هم کیستی به ابعاد ۹×۱۰ سانتی‌متر در سی‌تی‌اسکن در پشت مثانه وجود داشت و تمام اندام‌های شکم و لگن از جمله کلیه‌ها و مجاری ادراری سالم بودند. بنابراین لاپاراسکوپی تشخیصی را انجام دادیم، طی آن متوجه توده‌های چسبیده به جدار قدامی شکم بدون ارتباط به رحم، لوله‌های رحمی تخمدان‌ها و روده‌ها به همان ابعاد که ذکر شد شدیم. برای بیمار به مدت ۱۵ روز سوند فولی فیکس شد و پس از آن بیمار هیچ مشکلی نداشت (شکل ۱).

به نظر می‌رسید که توده در مسیر باشد [15]، ولی با بررسی دقیق‌تر متوجه ارتباط آن با مثانه و بند ناف شریان‌ها (Medial Umbilical ligament) شدیم، پس تصمیم به انجام لاپاراتومی گرفته شد. طی لاپاراتومی دیورتیکول به اندازه ۸×۸ سانتی‌متر در بالای مثانه دیده شد که توسط یک اوستیوم با حفره مثانه ارتباط داشت.

پس از بررسی دقیق و مشاهده مسیر ورود حالب‌ها به مثانه و اطمینان از سلامت آنها با دقت و ظرافت بسیار دیورتیکول از مثانه جدا شد و سپس بافت مثانه در دو لایه ترمیم شد.

در انتها برای اطمینان از ترمیم درست، از طریق سوند فولی، بلودومتیلن [16] وارد مثانه کردیم که هیچ گونه نقصی در ترمیم و در جدار دوخته شده وجود نداشت.

بحث

گزارش ذکر شده مورد نادری از دیورتیکول مثانه و نیز مورد نادری در تشخیص افتراقی توده‌های لگنی است.

بیمار هیچ گونه علائم ادراری نداشت. در بررسی‌های آزمایشگاهی اختلالی به خصوص در ادرار وجود نداشت. در بررسی‌های تصویربرداری نیز سیستم ادراری سالم گزارش شده بود.

نتیجه گیری

بیماری‌ها لزوماً نباید خود را با علائم تبیین ذکر شده در متون نمایان نمایند و نکته مهم اینکه روش‌های پاراکلینیک همیشه دقیق و تشخیص‌دهنده نیستند. لاپاراسکوپ می‌تواند به عنوان یک روش تشخیصی دقیق مطرح شود و اعضای داخل شکم و لگن را به طور کامل آشکار نماید.

تشکر و قدردانی: از همکاران محترم اتاق عمل بیمارستان فوق تخصصی صارم تشکر می‌شود.

تاییدیه اخلاقی: موردی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

تعارض منافع: موردی وجود نداشته است.

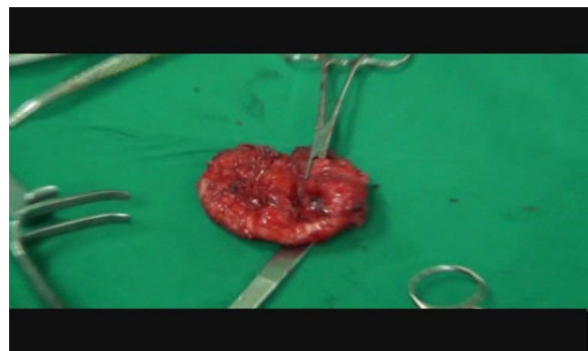
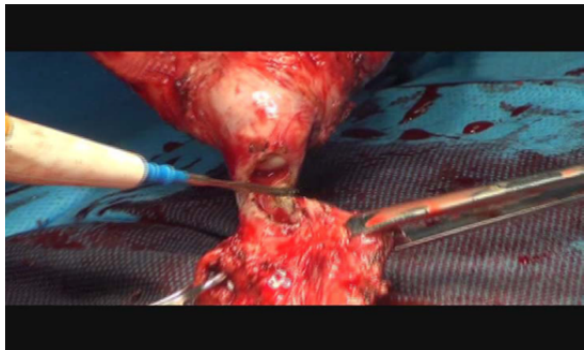
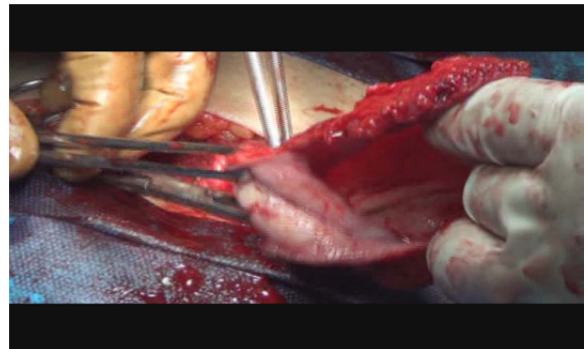
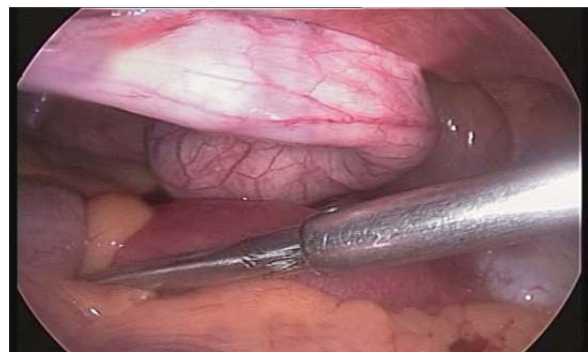
منابع مالی: توسط مرکز تحقیقات باروری و ناباروری صارم تامین شده است.

سهم نویسندگان: ابوطالب صارمی (نویسنده اول)، نگارنده مقاله/روش‌شناس/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۶۰٪)؛ محبوبه راسخی (نویسنده دوم)، نگارنده مقاله/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۴۰٪)

منابع

- 1- Zengin K, Tanik S, Gürdal M, Okur A, Zengin B. Vaginal mass caused by a lately recognized congenital bladder diverticulum. *Can Urol Assoc J*. 2013;7(9-10):E634-6.
- 2- Miller A. The aetiology and treatment of diverticulum of the bladder. *Br J Urol*. 1958;30(1):43-56.
- 3- Kaneko N, Kawasaki T, Boku H, Kamitani T. Syncope in a patient with giant bladder diverticulum. *Intern Med*. 2012;51(14):1935-6.
- 4- Moralioglu S, Bosnali O, Celayir AC, Sahin C. Extravesical approach in paraureteral bladder diverticulum: A case report. *West Indian Med J*. 2014;63(2):201-3.
- 5- Khemakhem R, Ghorbel S, Jlidi S, Nouira F, Louati H, Douira W, et al. Management of congenital bladder diverticulum in children: A report of seven cases. *Afr J Paediatr Surg*. 2013;10(2):160-3.
- 6- Hossain MZ, Hasan GZ, Siddiqui TH. Congenital bladder diverticulum causing acute urinary retention in an infant. *Mymensingh Med J*. 2012;21(2):360-2.
- 7- Vaddi S, Pogula VR, Devraj R, Sreedhar AV. Congenital bladder diverticulum- a rare adult presentation. *J Surg Case Rep*. 2011;2011(4):8.
- 8- Sammour ZM, Gomes CM, de Bessa J Jr, Pinheiro MS, Kim CA, Hisano M, et al. Congenital genitourinary abnormalities in children with Williams-Beuren syndrome. *J pediatr urol*. 2014;10(5):804-9.
- 9- Okeke LI, Takure AO, Adebayo SA, Oluyemi OY, Oyelekan AAA. Urethral obstruction from dislodged bladder diverticulum stones: A case report. *BMC Urol*. 2012;12:31.
- 10- Singh N, Singh U, Verma ML. Ruptured bicornuate uterus mimicking ectopic pregnancy: A case report. *The J Obstet Gynaecol Res*. 2013;39(1):364-6.
- 11- Temiz A, Akçora B, Atik E. An atypical bladder diverticulum presented with recurrent peritonitis: Case report. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2011;17(4):365-7.
- 12- Pradhan MR, Ranjan P, Kapoor R. Female urethral diverticulum presenting with acute urinary retention: Reporting the largest diverticulum with review of

لاپاراسکوپي در اینجا نقش یک ابزار تشخیصی دقیق را بازی کرده و آگاهی کامل از اعضای داخل شکم موجب شده جراح با اطمینان از شناخت ماهیت ضایعه، آن را برطرف کند و مشکل بیمار را حل نماید. در مواردی که دیورتیکول مثانه کوچک و بدون علائم بالینی باشد یا شرایط عمومی بیمار اجازه جراحی را ندهد، می‌توان دیورتیکول را خارج ننموده و فقط آن را تحت نظر گرفت، ولی اگر علائم بالینی ایجاد شود و حال عمومی بیمار نیز اجازه دهد دیورتیکولکتومی می‌تواند صورت بگیرد. طی عمل دیورتیکولکتومی احتمال صدمه به روده، رحم، مثانه و به خصوص ایجاد فیستول وجود دارد، بنابراین باید جراحی با دقت بسیار و ترجیحاً لاپاراتومی صورت گیرد.



شکل ۱) مراحل انجام لاپاراتومی

- 15- Cho FN, Liu CB. Median umbilical ligament or vesicourachal diverticulum. J Minim Invasive Gynecol. 2012;19(2):150-1.
- 16- Moore CR, Shirodkar SP, Avallone MA, Castle SM, Gorin MA, Gorbatiy V, et al. Intravesical methylene blue facilitates precise identification of the diverticular neck during robot-assisted laparoscopic bladder diverticulectomy. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2012;22(5):492-5.
- literature. Indian J Urol. 2012;28(2):216-8.
- 13- Alexander RE, Kum JB, Idrees M. Bladder diverticulum: Clinicopathologic spectrum in pediatric patients. Pediatr Dev Pathol. 2012;15(4):281-5.
- 14- Fujita N, Tambo M, Shishido T, Okegawa T, Nutahara K, Higashihara E. Case of congenital bladder diverticulum--cause of urinary retention in adulthood. Nihon Hinyokika Gakkai Zasshi. 2010;101(4):619-21. [Japanese]