

Torbiele okołocewkowe u kobiet. Etiopatogeneza, diagnostyka i zasady leczenia

Paraurethral cysts in women. Etiopathogenesis, diagnosis and treatment

Tomasz Konecki, Maciej Salagierski, Marek Sosnowski

Okołocewkowe struktury o charakterze torbieli występują u kobiet dość często, jednak ze względu na swój, w wielu przypadkach bezobjawowy przebieg, są rzadko rozpoznawane. Wśród objawów należy wymienić: obecność wyczuwalnego, czasem widocznego zgrubienia lub guzka, dolegliwości bólowe w okolicy żeńskich narządów płciowych, dysurię, dyspaucenię oraz zaburzenia strumienia oddawanego moczu. Torbiele okołocewkowe mogą być wrodzone lub nabyte, a precyzyjne rozróżnienie ich pochodzenia jest czasami bardzo trudne. Torbiele nabyte są najczęstszymi zmianami torbielowatymi w obrębie pochwy posiadającymi etiologię urazową. Mikroskopowo torbiele są wyścielone nabłonkiem wielowarstwowym płaskim i mogą zawierać treść ropną lub serwatą. Wrodzone torbiele okołocewkowe są bardzo rzadkie. Powstają z różnych struktur embriologicznych i szczątkowych pozostałości płodowych zawiązków pochwy i cewki moczowej. Wyróżnia się torbiele wywodzące się z przewodów Mullera (występujące najczęściej), z przetrwałych przewodów śródnercza Gartnera, oraz z przewodów gruczołowych Skene'a. W rozpoznawaniu torbieli okołocewkowych, oprócz badania fizykalnego, najbardziej pomocne są: uretroskopia oraz ultrasonografia cewki wykonywana przezpochwowo. Diagnostyka różnicowa torbieli okołocewkowych jest bardzo istotna i obejmuje: uchyłki cewki moczowej, wypadnięcie cewki moczowej, nowotwory cewki moczowej oraz wypadnięcie ektopowego ureterocela. Leczenie zabiegowe jest wskazane w torbielach dających istotne objawy kliniczne. Stosuje się metody endoskopowe, polegające na marsupializacji torbieli, której celem jest obliteracja jej światła lub wykonuje się chirurgiczne usunięcie torbieli. Wyniki leczenia są dobre i chore w większości przypadków zgłaszają ustąpienie dolegliwości.

Słowa kluczowe: torbiele okołocewkowe, diagnostyka, leczenie

(Przegląd Menopauzalny 2005; 6: 29–32)

Wstęp

Torbiele okołocewkowe występują zwykle między 20. a 60. rokiem życia u ok. 1–6% kobiet [1]. Chore zgłaszają się do lekarza najczęściej w 3. i 4. dekadzie życia z powodu nawracających infekcji oraz zaburzeń mikcji o niewyjaśnionej przyczynie. Do mogących wystąpić objawów, towarzyszących występowaniu torbieli okołocewkowych,

należy zaliczyć: obecność wyczuwalnego, czasem widocznego zgrubienia lub guzka, dolegliwości bólowe w okolicy żeńskich narządów płciowych, dysurię, dyspaucenię oraz zaburzenia strumienia oddawanego moczu [2]. Torbiele mogą być wrodzone lub nabyte. Zmiany nabyte są najczęstszymi zmianami torbielowatymi w obrębie pochwy [3] i uważa się je za wtórne do urazów porodowych oraz jatrogennych urazów operacyjnych, np. epizjotomii.

**I Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;
kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Marek Sosnowski**



Etiopatogeneza

Pochodzenie embriologiczne można zazwyczaj ustalić na podstawie obecności danego typu nabłonka w torbieli, jeżeli nie został zniszczony przez toczący się proces zapalny [4].

Torbiele nabyte

Torbiele nabyte są najczęstszymi zmianami torbielowatymi w obrębie pochwy uważanymi za wtórne do urazów porodowych oraz jatrogennych urazów operacyjnych, np. epizjotomii [3]. Mikroskopowo torbiele są wyścielone nabłonkiem wielowarstwowym płaskim i mogą zawierać treść ropną lub serowatą. Z reguły są małe, najczęściej bezobjawowe i występują w każdym miejscu w pochwie, chociaż częściej w obrębie jej przedniej i tylnej ściany [4].

Torbiele wrodzone

Pochwa wywodzi się z przewodu przyśródnicowego (Mullera), przewodu śródnicowego (Wolffa) i zatoki moczowo-płciowej. Zatkanie lub torbielowate zwyrodnienie pozostałości przewodowych i gruczołowych struktur embriologicznych może prowadzić do powstania różnego typu torbieli [4].

Torbiele wywodzące się z przewodów Mullera

Żeński układ rozrodczy powstaje z przewodów Mullera. Nieprawidłowe wchłanianie zawartości przewodów Mullera może prowadzić do powstania torbieli zastoinowych. Większość wrodzonych torbieli pochwy pochodzi z przewodów Mullera (są drugimi co do częstości torbielami pochwy, po nabytych torbielach płaskonabłonkowych. Najczęściej zlokalizowane są okołocewkowo w przedniej lub przedniobocznej ścianie pochwy). Wyścielone są nabłonkiem wielowarstwowym płaskim i powstają w proksymalnej 4/5 części pochwy. Zazwyczaj wydzielają śluz i mogą być objawowe, szczególnie u starszych pacjentek [3]. W przeciwieństwie do innych torbieli, torbiele z przewodów Mullera są najczęściej objawowe, ponieważ są z reguły większych rozmiarów. Dolegliwości zwykle obejmują widoczną lub wyczuwalną masę zmiany, dyspaurenię, zaburzenie oddawania moczu, wydzielinę z pochwy i ból [5]. Wyścielający je nabłonek jest zwykle walcowatym, wydzielającym śluz nabłonkiem typu wewnątrzszajkowego [4].

Torbiele wywodzące się z przetrwałych przewodów śródnicza (Gartnera)

U żeńskich zarodków główna część przewodu śródnicza (Wolffa) zanika, jednak dolna część tych przewodów zwykle pozostaje i przebiega wzdłuż przedniej

ściany pochwy (przewody Gartnera). Odcinkowe torbielowate poszerzenie tych przewodów prowadzi do powstania tzw. torbieli Gartnera. Torbiele takie są wysłane nabłonkiem sześciennym lub niskim nabłonkiem walcowatym, nie wydzielają śluzu [6] i są zazwyczaj bezobjawowe. Zlokalizowane są w przednio-bocznej części pochwy: bocznie w górnej i przednio w dolnej jej części. Zazwyczaj są pojedyncze, mogą być małe, lub na tyle duże, że wystają z przedsionka pochwy. Wskazana jest marsupializacja lub wycięcie objawowych torbieli [7].

Torbiele wywodzące się z przewodów gruczołowych Skene'a

Gruczoły okołocewkowe i ich przewody mające ujście w cewce moczowej są szczątkowymi odpowiednikami prostaty. W sumie jest ok. 6–30 przewodów okołocewkowych [8]. Dwa największe przewody zwane są przewodami Skene'a (*Skene's ducts*) [9]. Stymulacja seksualna pobudza gruczoły Skene'a do wydzielania niewielkiej ilości śluzowej treści, która służy do zwilżenia okolicy ujścia cewki moczowej w trakcie stosunku płciowego.

Torbiele pochodzące z przewodów okołocewkowych są bardzo rzadkie ponieważ dystalna część pochwy, przewody Skene'a i gruczoły okołocewkowe powstają z zatoki moczowo-płciowej. Przemieszczenie *urothelium* w obręb otaczającej tkanki może skutkować pojawieniem się tego typu rzadkich torbieli. Inną możliwą przyczyną jest proces zapalny toczący się w obrębie gruczołu okołocewkowego, powodujący obstrukcję przewodu wyprowadzającego [10].

Torbiele wywodzące się z przewodów Skene'a lub innych przewodników okołocewkowych wysłane są nabłonkiem przejściowym [4]. Niektóre przewody, jak również wywodzące się z nich torbiele, uchodzą dystalnie w pobliżu ujścia zewnętrznego cewki moczowej i mogą być wysłane nabłonkiem wielowarstwowym.

Diagnostyka i leczenie

Torbiele okołocewkowe mogą być bezobjawowe i zostają wykryte podczas rutynowego badania klinicznego. Do mogących wystąpić dolegliwości należy zaliczyć [2, 4]:

- ▶ Obecność wyczuwalnego zgrubienia lub guzka w okolicy cewki moczowej;
- ▶ dolegliwości bólowe żeńskich narządów płciowych;
- ▶ dysurię;
- ▶ rozdwojenie strumienia moczu;
- ▶ dyspaurenię;
- ▶ wydzielinę z pochwy.

Diagnostyka różnicowa u kobiety zgłaszającej się z guzkiem w obrębie przedniej ściany pochwy powinna obejmować oprócz torbieli:



Uchyłki cewki moczowej

Uchyłki cewki moczowej występują u 1–5% populacji ogólnej. Powstają z pozostałości przewodu Gartnera lub Mullera, rozszerzonych torbieli okołocewkowych, ślepo zakończonych moczowodów, nieprawidłowego połączenia fałdów pierwotnej zatoki moczowo-płciowej. Większość uchyłków jest spowodowana urazami cewki moczowej w trakcie porodu. Jednak 15–20% pacjentek z uchyłkami nie rodziła, więc inne przyczyny są również prawdopodobne [11]. Uraz cewki moczowej spowodowany instrumentalizacją lub dylatacją cewki może być czynnikiem sprawczym. Nawracające infekcje cewki moczowej powodujące zastój w gruczołach cewkowych mogą być również przyczyną powstawania tych zmian. Około 1/3 pacjentek z uchyłkami cewki moczowej ma nawracające infekcje dolnych dróg moczowych [12]. Nietrzymanie moczu często współwystępuje z uchyłkami cewki moczowej. Wyciek moczu w tych przypadkach może wynikać z rzeczywistego nietrzymania moczu lub z paradoksalnego nietrzymania moczu (wynikającego z okresowego opróżniania się zawartości uchyłka na zewnątrz). Wysiłkowe nietrzymanie moczu występuje u ok. 60% pacjentek z uchyłkami cewki moczowej [13]. Klasyczne objawy uchyłka cewki moczowej zostały opisane jako tzw. trzy D: dysuria, *postvoid dribbling* (wyciek moczu po mikcji) i dyspaurenia. Częstomocz, parcia nagła i dysuria są najczęstszymi objawami występującymi u ok. połowy pacjentek. Około 25% pacjentek zgłasza *postvoid dribbling* i 10% dyspaurenię. Również połowa pacjentek ma infekcję dolnych dróg moczowych. Badanie fizykalne wg Davisa i TeLinde [14] ujawnia 63 % przypadków. Stwierdza się obecność zmiany w obrębie przedniej ściany pochwy, której ucisk może spowodować wydostawanie się ropnej lub krwistej wydzieliny z cewki moczowej [14]. Poza badaniem fizykalnym najbardziej pomocne są: cystouretrografia, która pomaga ustalić rozmiar i lokalizację zmiany, jak również miejsce komunikacji z cewką moczową oraz uretroskopia mająca czułość 84–90% [14, 15]. Inne badania obrazowe, w tym cystouretrogram mikcyjny mogą również okazać się przydatne. Niektórzy autorzy podają uretrografię jako badanie diagnostyczne w 95% przypadków [13]. RM i TK mogą być potrzebne w diagnostyce niektórych uchyłków o nietypowych kształtach. Przepochwowa ultrasonografia jest skuteczna w identyfikowaniu uchyłków nie wykrytych w trakcie cystouretrografii mikcyjnej lub wstecznej uretrografii [16].

Wypadnięcie ektopowego ureterocele

Ureterocele ektopowe jest wadą wrodzoną, w 90% związaną ze zdwojeniem moczowodu [17]. U kobiet ektopowe ureterocele może wystawać z ujścia cewki moczowej. Chociaż jest to rzadka odmiana ureterocele, opisano co najmniej 65 takich przypadków [18, 19]. Wypad-

nięte ureterocele prezentuje się jako gładka, okrągła zmiana, różnej wielkości i zabarwienia, obecna między wargami sromowymi. Nie udaje się w tych przypadkach zlokalizować ujścia zewnętrznego cewki moczowej, ponieważ otacza ono wypadnięte ureterocele. Jeżeli cewka nie jest całkowicie zatkana można zaobserwować wpływ moczu wokół zmiany [20]. Rozpoznanie można potwierdzić w 100% przez aspirację moczu po nakłuciu zmiany. W diagnostyce wykorzystuje się również: USG, urografię, cystografię mikcyjną. Około 7% ektopowego ureterocele przedstawia się jako torbielowata zmiana pochwy. Dlatego urografia, cystouretrografia mikcyjna i cystostoscopia są badaniami istotnymi u każdej pacjentki [4].

Nowotwory cewki moczowej

Okołocewkowe zmiany mogą być lite lub torbielowate. Zmiany o charakterze litym są wyczuwalne w czasie badania fizykalnego i mogą obejmować: włókniak, mięśniak gładkokomórkowy, nerwiakowłókniak, tłuszczak, *myoblastoma*, *haemangioblastoma*, *lymphangioma* i ich odpowiedniki o złośliwym charakterze [21].

Rak cewki moczowej – jest znacznie częstszy u kobiet (K:M = 4:1). Dotyczy głównie pacjentek po 50. roku życia. Wśród przyczyn powstania raka możemy wyróżnić: przewlekłe drażnienie, infekcję dróg moczowych, leukoplakię cewki moczowej oraz zmiany o charakterze proliferacyjnym, takie jak mięsko cewkowe, brodawczaki, polipy, gruczolaki. Główne objawy to krwawienie z cewki, częstomocz, objawy przeszkody podpęcherzowej, wyczuwalny guzek lub stwardnienie w cewce moczowej. Rak cewki moczowej może mieć różny wygląd makroskopowy: brodawczakowata narośl w obrębie cewki moczowej; miękka, krucha zmiana; owrzodzenie; podśluzówkowa masa powodująca zgrubienie przedniej ściany pochwy. Wskazane jest przeprowadzenie cystostouretroskopii wraz z biopsją podejrzaną zmiany.

Wypadnięcie cewki moczowej

Wypadnięcie cewki moczowej jest stosunkowo rzadką zmianą występującą w każdym wieku z dwoma szczytami zachorowań, pierwszym u dziewczynek <18. roku życia i drugim w okresie pomenopauzalnym [20]. Może wystąpić samoistnie lub po epizodzie silnego kaszlu lub wymiotów. Makroskopowo prezentuje się jako obrzęknięta, często krwotoczna masa otaczająca ujście zewnętrzne cewki moczowej – główny czynnik różnicujący z innymi zmianami zlokalizowanymi pomiędzy wargami sromowymi. Powierzchnia zmiany to śluzówka cewki moczowej, która uległa wypadnięciu poprzez ujście zewnętrzne. Wypadnięcie cewki moczowej nie jest związane z żadną anomalią nerek lub pęcherza. Dlatego, jeżeli diagnoza jest pewna, to po badaniu fizykalnym (potwierdzenie można uzyskać poprzez wprowadzenie cewnika do pęcherza moczowego).



wego przez obecne w środkowej części ujście), dodatkowe badania radiologiczne nie są konieczne [20].

Podsumowanie

Historia naturalna przebiegu torbieli okołocewkowych jest różna u dorosłych i dzieci. U dzieci wydają się one mieć łagodny przebieg i często pękają prowadząc do samowyleczenia. Z powodu znacznie grubszej

i bardziej zwartej budowy ściany pochwy u dorosłych, samoistne pęknięcia są rzadkie i pojawiają się tylko wtórnie do ropnego zapalenia.

Torbielowate zmiany okołocewkowe powinny być wykluczone w przypadku przewlekłych lub nawracających dolegliwości dysurycznych o nieokreślonej przyczynie [14].

Marsupializacja lub wycięcie torbieli dają trwałe wyleczenie, mogą być z powodzeniem wykonane nawet przy obecności przewlekłych zmian zapalnych [4].

Summary

Urethral cyst-like structures are very common. However, due to their asymptomatic behaviour, they are diagnosed not very frequently. Among the symptoms we can find a palpable or visible mass, pain of women sexual organs, dysuria, dyspareunia and miction disorders. Paraurethral cysts can be either congenital or acquired, although it is difficult to distinct between the two. Acquired cysts of the vagina are the most common paraurethral cystic lesions with a traumatic etiology. Microscopically, these cysts are lined by squamous multi-layer epithelium and they can contain caseous or purulent material. Equally congenital paraurethral cysts are most uncommon. They originate from various embryologic components and vestigial remnants of the vagina and the female urethra. Their background is mostly from paramesonephric (Mullerian) ducts, sometimes from persistent mesonephric (Gartner's) ducts or paraurethral (Skene's) glands. In paraurethral cysts diagnosis, apart from physical examination, transvaginal ultrasound and urethroscopy or urethrocytography are used. Differential diagnosis of paraurethral cysts is relevant and includes: urethral diverticula, urethrocele, prolapsed ectopic ureterocele and paraurethral tumors. Treatment is recommended if the cysts are symptomatic. Endoscopic management, consisting of cyst marsupialization, in order to obstruct its cavity, or surgical excision is performed. Therapeutic results are good and in most cases women are completely asymptomatic after the procedure.

Key words: paraurethral cysts, diagnosis, treatment

Piśmiennictwo

1. Cross JJ, Fynes M, Berman L, Perera D. Prevalence of cystic paraurethral structures in asymptomatic women at endovaginal and perineal sonography. *Clin Radiol* 2001; 56 (7): 575-8.
2. Sharifi-Aghdas F, Ghaderian N. Female paraurethral cysts: experience of 25 cases. *BJU Int* 2004; 93 (3): 353-56.
3. Deppisch LM. Cysts of the vagina: Classification and clinical correlations. *Obstet Gynecol* 1975; 45: 632.
4. Das SP. Paraurethral cysts in women. *J Urol* 1981; 126: 41.
5. Lucente V, Benson JT. Vaginal mulleriancyst presenting as an anterior ureterocele: a case report. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 906.
6. Blackwell WJ, McElin TW. Vaginal cysts of mesonephric duct origin (Gartner's duct cysts); Report of 22 cases. *Q Bull Northwest Univ Med* 1955; 29 (2): 94-7.
7. Abd-Rabbo MS, Atta MA. Aspiration and tetracycline sclerotherapy: a novel method for management of vaginal and vulval Gartner cysts. *Int J Gynecol Obstet* 1991; 35: 235-7.
8. Huffman JW. The detailed anatomy of the paraurethral ducts in the adult female. *Am J Obstet Gynecol* 1948; 55: 86.
9. Skene AJC. The anatomy and pathology of two important glands of the female urethra. *Am J Obstet* 1980; 13: 265.
10. Kimbrough HM Jr, Vaughan, ED Jr. Skene's duct cyst in a newborn: case report and review of the literature. *J Urol* 1977; 117 (3): 387-8.
11. Lee RA. Diverticulum of the urethra: clinical presentation, diagnosis, and management. *Clin Obstet Gynecol* 1984; 27 (2): 490-8.
12. Ganabathi K, Sirls L, Zimmern PE, et al. Operative management of female urethral diverticulum. In: McGuire E (red.). *Advances in Urology*. St. Louis: CV Mosby, 1994: 199-228.
13. Ganabathi K, Leach GE, Zimmern PE, et al. Experience with the management of urethral diverticulum in 63 women. *J Urol* 1994; 152 (5 Pt 1): 1445-52.
14. Davis HJ, Te Linde RW. Urethral diverticula. An assay of 121 cases. *Urol* 1958; 80 (1): 34-9.
15. Redman J. Female urologic techniques. *Urol Clin North Am* 1990; 17: 5-8.
16. Baert L, Willems P, Oyen R. Endovaginal sonography: New diagnostic approach for urethral diverticula. *J Urol* 1992; 147 (2): 464-66.
17. Mandell J, Colodny AH, Lebowitz R, et al. Ureterocele in infants and children. *J Urol* 1980; 123: 921-6.
18. Klauber GT, Crawford DB. Prolapse of ectopic ureterocele and bladder trigone. *Urology* 1980; 15 (2): 164-6.
19. Witherington R, Smith AM. Management of prolapsed ureterocele. Past and present. *J Urol* 1979; 121 (6): 813-5.
20. Nussbaum AR, Lebowitz RL. Interlabial masses in little girls. A review of imaging recommendations. *AJR Am J Roentgenol* 1983; 141 (1): 65-71.
21. Kaufman RH, Gardner HL. Benign mesodermal tumors. *Clin Obstet Gynecol* 1965; 8: 953.

Adres do korespondencji

lek. **Tomasz Konecki**
I Klinika Urologii UM w Łodzi
ul. Żeromskiego 113
90-710 Łódź
tel. +48 42 636 82 14
faks +48 639 35 31
e-mail: urologialodz@poczta.onet.pl

