

مجله دانشکده پزشکی تهران
شماره اول و دوم - مهر، آبان - ۲۵۲۶ - صفحه ۳۵

گزارش یک مورد دیورتیکول غول‌آسای مادرزادی در پیشاپراه

× دکتر مانی خطیب شمیدی × دکتر کورش شمیری

بدون انسداد عامل آن میدانند.
دیورتیکول مادرزادی پیشاپراه در ۸۵ درصد موارد در پیشاپراه قدامی دیده میشود. کیسه Sac دیورتیکول از هر سه لایه مخاط، زیر مخاط و عضله تشکیل شده است. شرح حال - بیمار پسری است ۵ ساله اهل و ساکن کرمانشاه که دارای آلتی متورم است که از بدو تولد وجود داشته است و تا سن ۵ سالگی اشکال در عمل ادرار کردن تولید نمیکرده تا بالاخره بعلت اشکال در دفع ادرار که در ابتدا بصورت تکرار، سوزش و درد ظاهر و سپس رفتارهای احتیاطی ادراری حاصل شده و به پزشک مراجعه میکند و با آسپیراسیون لوکال دچار فیستول ادراری میگردد و در این وضعیت به تهران منتقل میگردد.

در موقع بسترسی آلت بیمار متورم (بقطه ۶ سانتیمتر) بود و ادرار قطره قطره از محل فیستول خارج میشد، در معاینه فیزیکی هردو بیمار در بورس بودند ولی بعلت متورم آلت بخوبی نمایان نبودند (عکس شماره ۱). فیموزیس شدیدی نیز موجود بود و با فشار بر روی آلت متورم ادرار قطره قطره از سوراخ فیستول خارج میگشت (عکس شماره ۲) بقیه معاینه بالینی منجمله آزمایش رکتال منفی بود. ترانس ایلومیناسیون Transillumination آلت متورم مشتب بود بدین معنی که محتوی آن از نوع مایه بوده و این

دیورتیکولهای مادرزادی در پیشاپراه معمولاً بطور نادر دیده میشوند و اکثراً یک مساله تشخیصی بوجود می‌آورند. در میان این نوع دیورتیکولها انواع غول‌آسای آن فوق العاده نادر میباشد، در ۲۵ سال مطالعه در آرشیوهای Mayo Clinic فقط ۸ مورد جمع‌آوری شده است.

در نشریات فرانسه زبان Marion اولین گزارش دیورتیکول غول‌آسای مادرزادی را در سال ۱۹۲۳ منتشر نمود و از آن تاریخ در حدود ۱۲ مورد دیگر گزارش شده است. در نشریات فارسی زبان در حدود اطلاع تویسندگان این مقاله، اولین گزارش از این نوع دیورتیکول میباشد.

تعريف - دیورتیکول پیشاپراه عبارت از حفره‌ایست که با کانال پیشاپراه ارتباط دارد و این حفره باندازه‌های مختلف دیده میشود و گاهی صورت غول‌آسا بخود میگیرد که تمام آلت را در بر گرفته و آنرا از شکل عادی خود خارج میکند.

دیورتیکول پیشاپراه بر دونوع است:

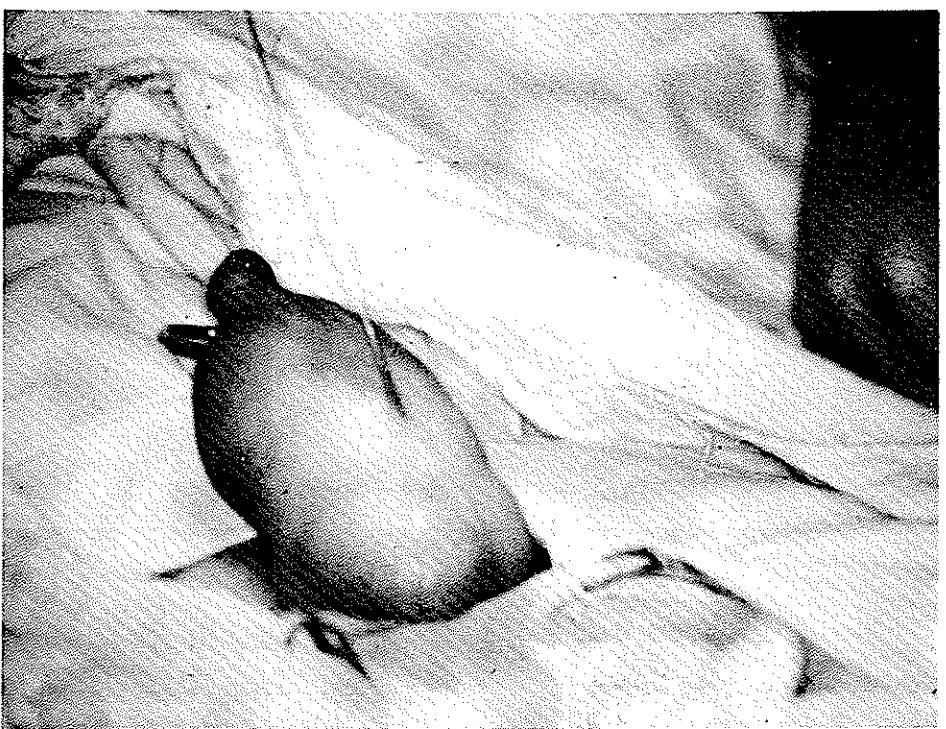
۱ - دیورتیکولهای مادرزادی

۲ - دیورتیکولهای اکتسابی

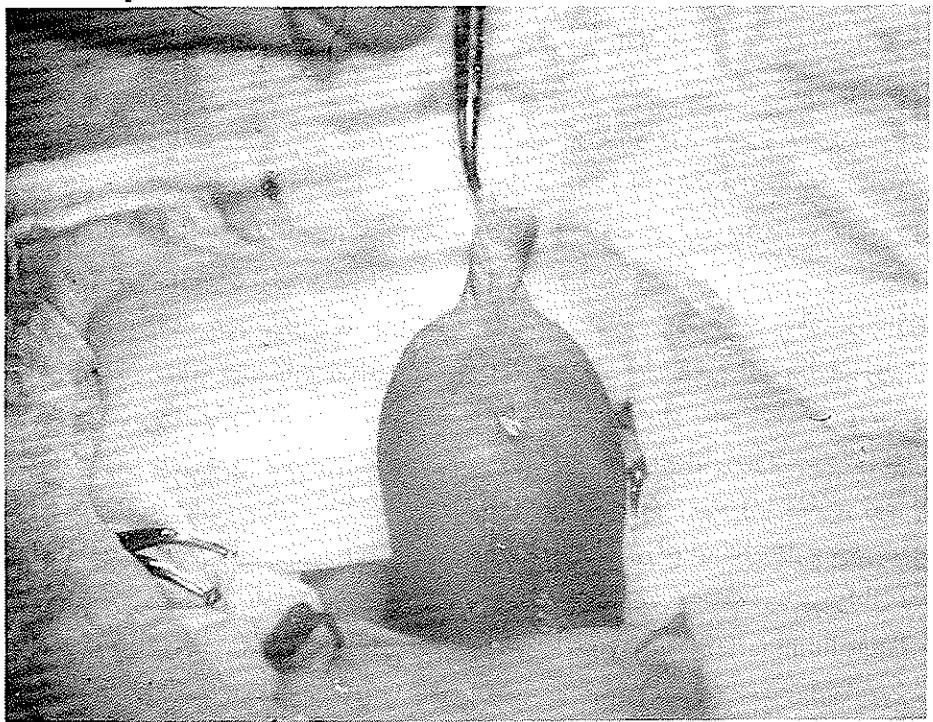
در نوع اکتسابی انسداد با یا بدون عفونت دلیل اصلی بشمار میرود، در صورتیکه در دیورتیکولهای مادرزادی مکتب فرانسوی انسداد را هرچند که قابل رویت نباشد دلیل اصلی میدانند، در صورتیکه مکتب آنکلوساکسون ضعف جداری را

* گروه جراحی دانشکده پزشکی رازی دانشگاه تهران

** گروه جراحی دانشکده پزشکی پهلوی - دانشگاه تهران



شکل ۱- بیضه‌ها بعلت تورم آلت زیاد مشخص نیستند استیله در داخل فیستول فرار گرفته است



شکل ۲- ادرار قطره قطره از محل فیستول خارج میگردد
تیموزیس شدید آلت مشخص است

اکتسابی مغایرت داشت، بعد از برداشتن ساک مجرأ در سه لایه بر روی سوند ترمیم گشت و بالاخره پوست آلت در سطح شکمی نیز که بعلت اتساع زائد گشته بود بربیده شد و بقیه بصورت پلاستیک ترمیم گشت (عکس شماره ۴). خاطرنشان میشود که در این مورد سیستوستومی کلاسیک که در ترمیم دیورتیکولها رایج میباشد انجام نشد.

$$\frac{\text{نتیجه آسیب‌شناختی}}{\text{ظرف بقرار زیر بود}} = \frac{۵۲/۸/۲۲}{۵/۲۴۵۸} \text{ قطعات ارسالی در دو$$

ظرف اول قطعه‌ای با عادت تقریبی 4×3 سانتیمتر سرم کمی متعایل به قرمز در آزمایش ریزبینی از سه لایه، مخاط سنگفرشی مطابق، زیر مخاط و عضله تشکیل شده بود که ارتضاح سلولهای آمازی با برتری لذتوسیت در زیر مخاط مشاهده گردید.

ظرف دوم - از قطعات کوچک مایل بسفید که بزرگترین آن با قطر 4×3 میلیمتر بود و مشابه با رسوب کلسیم بود. دوران بعد از عمل با موفقیت سپری گشت و روز دهم بعد از عمل سوند بیمار خارج گردید و هشت روز بعد نیز بیمار با حال عمومی رضایت بخش بیمارستان را ترک گفت. بحث - همانطور که در مقدمه ذکر شد دیورتیکولهای مادرزادی مخصوصاً از نوع غول‌آسا فوق العاده نادر میباشد و بدیهی است که تجربه درمانی ما در این مورد ناچیز میباشد.

در سال ۱۹۲۲ Marion فرق دیورتیکولهای مادرزادی و اکتسابی را از نظر بافت‌شناسی روش نمود و خاطرنشان کرد که دیورتیکولهای مادرزادی با داشتن سه لایه تشریحی، به ترمیم اولیه بدون احتیاج به انحراف راه ادراری جواب مساعد میدهند. ترمیم اولیه بودن انحراف راه ادراری احتیاج به یک سوند مجرأ دارد که تا این اواخر فقط از نوع Latex بود که از نظر تحریک بافتی ضریب بالائی داشت یعنی باعث التهاب، تورم و بالاخره عفونت میگردید. لذا ترمیم بافتی بر روی این چنین سوندی امکان بذیر نبود. درنتیجه مطالعاتی که اخیراً در امریکا در اعمال جراحی پلاستیک پیشاپراه بعمل آمده نشان داده است که سوندهای از نوع Silicon که از نظر تحریک بافتی ضریب در حدود صفر دارند میتوانند بخوبی جایگزین عمل اضافی انحراف راه ادرار (سیستوستومی Cystostomy) گردند. در مورد این بیمار نیز بکار بردن یک سوند از

خود تشخیص دیورتیکول مادرزادی را محرز کرد.
از نظر آزمایشگاهی وضع بقرار زیر بود:
هموگلوبین ۱۱/۵ درصد هماتوکریت ۳۶ درصد

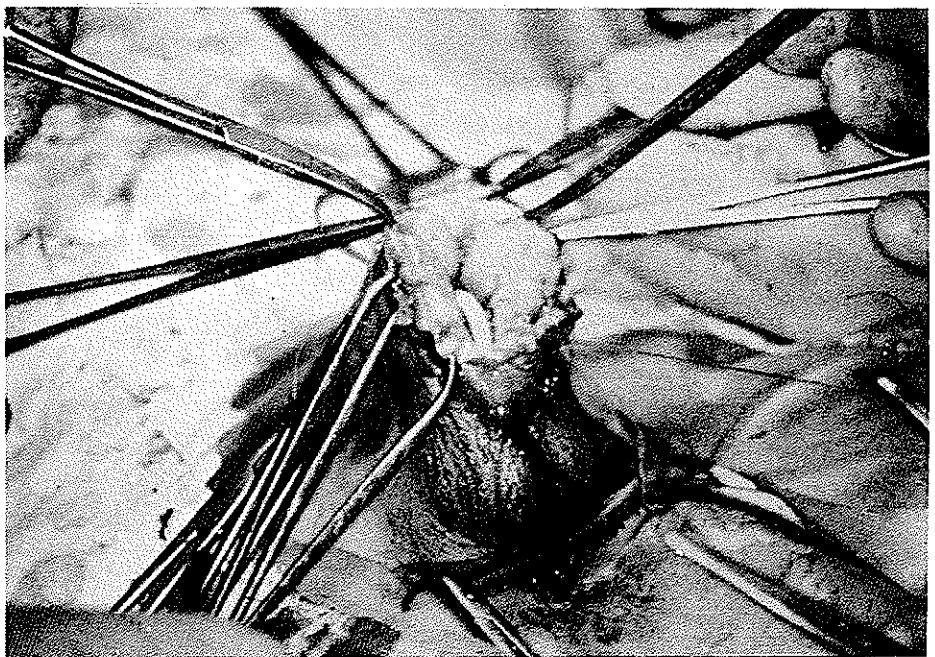
گلبول سفید ۹۶۰۰ سدیمانتا سیوون ساعت اول ۱۸ ساعت دوم ۱۸

گلوكور ۹۶ میلی گرم اوره ۲۲ میلی گرم کراتینین ۱ میلی گرم
از مایع دیوتیکول آسپیراسیون شد و نتیجه بشرح زیر بود:
مایع کمی کدر بغلظت ۱۰۱۸، راکسیون قلیائی ۸/۲ و در آن مقدار زیادی گلبولهای سفید و سلولهای ایتیال و ۱۶ تا ۱۸ گلبول قرمز در هر میدان میکروسکوپی بچشم میخورد. کشت آن پروتئوس و ارشیاکلی E. Coli را نشان داد، آنتیبیوگرام ادرار حساسیت به ژانتاماکسین و سفالوریدین‌ها را مشخص نمود و بیمار تحت درمان با گاراماکسین قرار گرفت. در I.V.P. کلیه‌ها و حالب‌ها طبیعی بودند، در مثانه مقدار زیادی ادرار باقیمانده وجود داشت که با وضع بیمار مطابقت میکرد. اورتروگرام در هنگام ادرار کردن بعلت نقص تکیک میسر نگردید. در رادیوگرافی ساده پیشاپراه مقدار قابل توجهی کالسیفیکاسیون دیده شد که بدون شک رسوبات داخل کیسه Sac دیورتیکول بود.

به علت فیموزیس شدید سیستوکوبی با سیستوکپ اطفال محدود نشد و این آزمایش در اطاق عمل بعد از درمان فیموزیس انجام شد.

بیمار یک‌هفته بعد از بستری شدن و کنترل عفونت جهت عمل آمده گردید.

شرح عمل - بعد از باز کردن فیموزیس مآی خارجی پیشاپراه با قطر طبیعی آشکار شد، سیستوکپ اطفال بداخل مجرأ وارد شد و حفره بزرگی در فالله ۳ سانتیمتری مآی خارجی آلت دیده شد، کیسه Sac بزرگ دیورتیکول (عکس شماره ۳) نمایان گشت که آن نیز باز گردید و مجرای اصلی پیشاپراه در عمق آن نمایان شد. در این موقع مقداری کالسیفیکاسیون‌های داخل ساک تخلیه شدند و یک سوند شماره ۱۲ از نوع Silicon خالص مخصوص اطفال از طریق مآرد شده بداخل مثانه هدایت گردید. دیواره ساک کاملاً جدا شد و در هنگام دیسکسیون ضخامت دیواره ساک کاملاً با دیورتیکولهای



شکل ۳- سوند در عمق دیورتیکول مجرای پیشاپرآه را مشخص نموده است



شکل ۴- آلت بعد از برداشتن دیورتیکول و ترمیم آن

داشتن سوندهای جدید از نوع Silicon که هیچگونه تحریک موضعی ایجاد نمیکند، سیستوستومی عمل زائدی بنظر میرسد و امروزه در امریکا بکار بردن این نوع سوندها جایگزین انحراف راه ادرار در این موارد شده است. خلاصه - دیورتیکولهای مادرزادی پیشاپراغ بسیار نادر میباشند بخصوص انواع غول آسای آن، با درنظر گرفتن وضعیت تشريحی جدار آن که از سه لایه مشخص تشکیل یافته و با تجربه مثبت و دلگرم کننده‌ای که از سوندهای Silicon در امریکا بدست آمده است بنظر میرسد میتوان از سیستوستومی صرف نظر نمود.

نوع Silicon بدون انحراف راه ادرار نتیجه خوبی داد و بهمین علت سیستوستومی کلاسیک انجام نگردید. البته باید متذکر شد که این روش درمانی در دیورتیکولهای اکتسابی با فرق آناتومیک ساک که فقط از مخاط تشکیل شده امکان پذیر نمیباشد.

در دیورتیکولهای مادرزادی انجام ندادن سیستوستومی فوائد قابل توجهی دارد:

۱ - عدم دستگاری مثانه

۲ - کوتاه شدن دوران بعد از عمل

۳ - کم شدن میزان عوارض

نتیجه - در دیورتیکولهای مادرزادی پیشاپراغ با در دست

REFERENCES

1. Campel and Harrison, Urology, Tom I, II, 1973, N.Y. U.S.A.
2. Cote J. Walter and Deweerd J.H. Twenty five years follow-up studies in urethral anomalies. Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic, 33: 256, 1958.
3. For Gaard; D.M. and Ansell J.S. Trifurcation of the Anterior Urethra Case report, J. Urology 95: 758, 1966.
4. Geringer, D. and Zucker M.D. Diverticulum of anterior urethra in male child. Am. J. Surg, 44: 463, 1939.
5. Johwson C.M. Diverticulum of the urethra. J. Urol. 39: 506, 1938.
6. Khatib-Shahidi, M. Seebode J.J. Use of silicon catheter in urethroplasties New Jersey Journal of Medecine. 123: 126, 1974.
7. Marion, G. Traite, D'urology, Tome II. Masson et Col, Paris. 1928..
8. Sweetser Th. Jr. Congenital Diverticula in the Male Potieut J. Urol., 91: 93, 1967.