

## Endometriosis in Bladder Diverticula

Hossein Amirzargar<sup>1</sup>, Mahnaz Yavangi<sup>2</sup>, Mohammad Ali Amirzargar<sup>3</sup>,  
Ali Akbar Ilati<sup>4</sup>, Mahzad Roustaei<sup>5</sup>

1. Assistant Professor, Pediatric Urology Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Endometrium and Endometriosis Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran
3. Professor of Urology and Nephrology Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Department of Urology, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
5. Member of Urology and Nephrology Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

### Article Information

#### Article History

Received: 2018/06/11

Accepted: 2018/08/27

Available Online: 2018/08/27

JUR 2018; 2(2): 28-32

DOI:10.30699/acadpub.jru.2.2.28

Use your device to scan  
and read the article online



### Corresponding Author

Mohammad Ali Amirzargar,  
Professor of Urology and  
Nephrology Research Center,  
Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran,

Tel: 09181117950

Email:

dr\_amirzargar@yahoo.com

### Abstract

**Background and aim:** We report a case of endometriosis of the bladder diverticulum that was created after cesarean section.

**Case Report:** A 45-year-old woman was diagnosed with abdominal pain during menstruation and hematuria after cesarean section.

Pelvic tests and pelvic ultrasonography are normal in non-menstrual days. However, the last pelvic ultrasound showed a solid 9 × 6 mm anterior mass that adheres to the posterior wall of the bladder during menstruation.

During a menstrual period, a cystoscope showed a 1-centimeter bulging nodular mass in a posterior wall diverticulum. Histologic diagnosis of endometriosis was in the bladder diverticulum wall.

**Conclusion:** The post-operative period was not a problem and the clinical symptoms were completely resolved after removing the endometriosis of the bladder diverticulum.

**Keywords:** Diverticulum, Endometriosis, Hematuria

### How to cite this article:

Amirzargar H, Yavangi M, Amirzargar M A, Ilati A A, Roostaei M. Endometriosis in Bladder Diverticula. J Res Urol. 2018; 2 (2): 28-32

## اندومتريوز در ديورتیکول مثانه

حسین امیرزرگر<sup>۱</sup>، مهناز یاونگی<sup>۲</sup>، محمدعلی امیرزرگر<sup>۳</sup>، علی اکبر ایلاتی<sup>۴</sup>، مهزاد روستایی<sup>۵</sup>

۱. استادیار، مرکز تحقیقات اورولوژی اطفال، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشیار، مرکز تحقیقات آندومتر و آندومتريوز، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. استاد، مرکز تحقیقات اورولوژی و نفرولوژی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. گروه اورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۵. عضو مرکز تحقیقات اورولوژی و نفرولوژی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

## چکیده

## اطلاعات مقاله

**زمینه و هدف:** در این مقاله یک نمونه اندومتريوز ديورتیکول مثانه را گزارش می‌کنیم که پس از سزارین ایجاد شده است.

تاریخچه مقاله

دریافت: ۱۳۹۷/۰۳/۲۱

پذیرش: ۱۳۹۷/۰۶/۰۵

انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۰۶/۰۵

**گزارش مورد:** بیمار زنی ۴۵ ساله بود که از درد شکم در طول قاعدگی و هم‌چوری پس از سزارین شکایت داشت. آزمایش‌ها و سونوگرافی لگن او در روزهای غیرقاعدگی طبیعی بود، اما آخرین سونوگرافی لگن یک توده جامد  $۹ \times ۶$  میلی‌متری قدامی را نشان می‌داد که در زمان قاعدگی به دیواره خلفی مثانه چسبیده بود.

JUR 2018; 2(2): 28-32

سیستوسکوپی طی قاعدگی یک توده ندولار صورتی کم‌رنگ یک سانتی‌متری را در یک ديورتیکول دیواره خلفی نشان داد. تشخیص بافت‌شناسی اندومتريوز در دیواره ديورتیکول مثانه بود. بیمار پس از عمل مشکلی نداشت و علائم بالینی پس از برداشتن اندومتريوز ديورتیکول مثانه به‌طور کامل برطرف شدند.

برای دانلود این مقاله،  
کد زیر را با موبایل خود  
اسکن کنید.

**نتیجه‌گیری:** با حذف ترنس یورترال ضایعه در ديورتیکول مشکل بیمار مرتفع شد.

**واژه‌های کلیدی:** ديورتیکول، اندومتريوز، هم‌چوری



**نویسنده مسئول:** محمد علی امیرزرگر، استاد مرکز تحقیقات اورولوژی و نفرولوژی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

ایمیل: dr\_amirzargar@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۸۱۱۱۷۹۵۰

## مقدمه

آندومتريوز نشان‌دهنده حضور غدد آندومتر یا استروما در نقاط غیرطبیعی در خارج از حفره رحم است. حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد زنان قبل از یائسگی تحت‌تأثیر آندومتريوز قرار می‌گیرند و شیوع آن بین ۳۰ تا ۴۵ سالگی است [۱]. حدود ۱٪ از زنان مبتلا به آندومتريوز ضایعات مجاری ادراری دارند که ۸۴٪ آنها شامل مثانه می‌شوند [۲]. آندومتريوز مثانه ابتدا در سال ۱۹۲۱ گزارش شد [۳]. از آن زمان، در منابع بیش از ۳۰۰ نمونه گزارش شده است [۳]. در زنان مبتلا به آندومتريوز، درگیری مثانه در حدود ۱٪ نمونه‌ها دیده می‌شود [۴] و مثانه فقط محل درگیرشدن در ۱۲٪ موارد است [۱]. برخی از بیماران سابقه قبلی عمل جراحی لگن یا شکم دارند. علائم آندومتريوز مثانه متفاوت است و به موقعیت و اندازه ضایعه و فاز چرخه قاعدگی بستگی دارد. ضایعات کوچک ممکن است بدون علامت باشند. آندومتريوز علامت‌دار مثانه تقریباً همیشه مربوط به درگیری عضله است. آندومتريوز درگیرکننده عضله دترسور در ۷۵٪ از نمونه‌های علامت‌دار است و تقریباً همیشه در طول دوره قبل از قاعدگی شدیدتر است [۴]. شایع‌ترین نشانه‌هایی که در آندومتريوز مثانه وجود دارند عبارتند از: فوری بودن ادرار، تکرر، درد سوپرابوبیک، نوکوتوریا، هماچوری، بی‌اختیاری و دیسپارونی [۵]. نمونه‌های جداگانه آندومتريوز مثانه معمولاً ایاترونیک و ناشی از جراحی لگن هستند. ما یک نمونه آندومتريوز ديورتیکول مثانه را که پس از سزارین ایجاد شد، گزارش می‌کنیم.

برداشتن ترنس یورترال ضایعه در ديورتیکول با موفقیت انجام می‌شود.

## گزارش مورد

یک زن ۴۵ ساله G2P2L2 با شکایت درد شکم در طول قاعدگی و هماچوری گروس پس از سزارین مراجعه کرده است.

در این بیمار هیچ‌گونه فوریت، تکرر یا تب وجود نداشت. چرخه قاعدگی به‌طور منظم با خون‌ریزی طبیعی منظم بود؛ اما شکایت افزایش تدریجی درد شکمی در ۳ سال گذشته وجود داشت.

در گذشته دو بار عمل سزارین انجام داده بود که آخرین آنها مربوط به ۹ سال پیش می‌شد. پزشکان متعددی وی را برای عفونت ادراری، بیماری التهابی لگن و سیستیت درمان کرده بودند. سرم و ادرار غیرقابل بررسی بودند. درمان با OCP ناموفق بود.

آزمایشات و سونوگرافی لگن در روزهای غیر قاعدگی طبیعی است. اما آخرین سونوگرافی لگن یک توده جامد  $9 \times 6$  میلی‌متر را نشان داد که به دیواره خلفی مثانه در زمان قاعدگی چسبیده بود.

سپس بیمار به اورولوژیست ارجاع داده شد. سی‌تی‌اسکن اسپیرال لگن یک ضایعه کوچک دیواره مثانه را نشان داد. سیستوسکوپی در طول قاعدگی یک توده ندولار صورتی کم‌رنگ ۱ سانتی‌متری را در یک ديورتیکول دیواره خلفی نشان داد. با حذف ترنس یورترال این ضایعه که شکلاتی رنگ بود، پاتولوژیست گزارش کرد که هیچ شواهدی دال بر بدخیمی وجود ندارد (شکل ۱). بیمار پس از عمل مشکلی نداشت و علائم بالینی پس از برداشتن آندومتريوز ديورتیکول مثانه به‌طور کامل حل شد.



شکل ۱: آندومتريوز در دیواره ديورتیکول مثانه بدون شواهدی از بدخیمی

## بحث

کامپیوتری همه برای تشخیص اندومتریوز دستگاه ادراری غیراختصاصی هستند [۸]. در این نمونه، تشخیص نهایی از سوی پاتولوژیست که می‌تواند غدد آندومتر و استروما را در نمونه تأیید کند، داده شد. بیوپسی پانچ مثبت به‌طور قطعی دال بر حضور اندومتریوز است؛ اما بیوپسی منفی آن را رد نمی‌کند. حذف توده از طریق مجرا معمولاً تشخیصی است اما به‌عنوان یک درمان قطعی توصیه نمی‌شود؛ زیرا هرگونه تلاش برای برداشت کامل درگیری عضلانی ممکن است باعث سوراخ شدن مثانه شود.

با توجه به ماهیت کوچک و داخلی مثانه اندومتریوز، بهتر است که روش‌های تصویربرداری مثل سونوگرافی در دوران قاعدگی انجام شود [۸]. برای درمان آندومتریوز مثانه، سن بیمار، تمایل به تولیدمثل، شدت علائم، میزان درگیری احشای مختلف به اندومتریوز و اندازه ضایعه مثانه باید در نظر گرفته شود. روش‌های درمانی آندومتریوز شامل برداشتن تخمدان‌ها به‌صورت دوطرفه، کاستریشن از طریق رادیوتراپی و داروها مثل دانازول یا آگونیست‌های LHRH مثل رزکسیون جراحی مؤثر است. درمان آندومتریوز سیستم ادراری باید با هدف اولیه حذف انسداد سیستم ادراری انجام شود [۷، ۸]. با توجه به مشکلات تشخیصی و علائم مشابه در بیماران و درمان‌های نامناسب مرتبط با علائم، پیشنهاد می‌کنیم در زنان قبل از یائسگی (Menopause) با علائم تحریکی ادراری و کشت منفی ادرار با ظن به اندومتریوز اقدامات مرتبط انجام شود. تصویربرداری و سیستوسکوپی باید در دوران قاعدگی برای افزایش شانس تشخیص انجام شود. بیوپسی پانچ معمولاً بافت مناسب برای تشخیص قطعی را فراهم نمی‌کند. با برداشتن Transurethral معمولاً اندومتریوز تشخیص داده می‌شود.

## سپاسگزاری

این مطالعه توسط دانشگاه علوم پزشکی همدان پشتیبانی شد. ما از مدیریت مرکز تحقیقات ارولوزی و نفرولوژی و همچنین همه محققان برای کمک و پشتیبانی آنها سپاسگزاریم.

## تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

## References

- Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. N Engl J Med. 1993;328(24):1759-69. <https://doi.org/10.1056/NEJM199306173282407> PMID:8110213
- Shook TE, Nyberg LM. Endometriosis of the urinary tract. Urology. 1988;31(1):1-6. [https://doi.org/10.1016/0090-4295\(88\)90560-2](https://doi.org/10.1016/0090-4295(88)90560-2)
- Judd ES. Adenomyoma presenting as a tumor of the bladder. Surg Clin North Am. 1921;1(5):1271-8.

آندومتریوز دستگاه ادراری حدود ۱ تا ۴ درصد اندومتریوز لگنی را تشکیل می‌دهد و ۸۰ - ۷۰ درصد آنها در مثانه هستند [۶]. شایع‌ترین علائم درد فوق عانه همراه با علائم دفع تحریکی که در دوران قاعدگی تشدید شده است. سونوگرافی ترانس ابدومینال بسیار مفید است. نظریه‌های متعددی برای علت ظاهر شدن آندومتریوز خارج رحمی پیشنهاد شده است: ۱. متاپلازی بافت‌های آندومتر جنینی ۲. به‌صورت رتروگراد غدد آندومتر هنگام قاعدگی و یا آنته‌گراد هنگام سزارین در خارج از رحم.

به‌تازگی Donnez گزارش داده که اندومتریوز مثانه اولیه باید به‌صورت ندول adenomyotic خلف صفاق که نتیجه متاپلازی غدد مولرین است، در نظر گرفته شود [۷]. آندومتریوز مثانه در دو فرم اولیه و ثانویه وجود دارد. اولی بخشی از بیماری لگنی است و دومی ناشی از عمل جراحی لگنی به‌صورت ایاتروژنیک هنگام هیستریکتومی یا سزارین می‌شود.

ممکن است باعث فیبروز مثانه و ساختارهای اطراف حالب شود که منجر به عوارض نفرولوژی می‌شود. تشخیص زودهنگام می‌تواند از آسیب برگشت‌ناپذیر جلوگیری کند. تشخیص آندومتریوز مثانه در درجه اول براساس علائمی است که ممکن است مبهم باشد؛ بنابراین باعث تأخیر در تشخیص می‌شود. شکایات رایج، دیسمنوره، ناباروری همراه با علائم اورولوژیکی، دیسپارونیا و همآچوری است. عود سیکل علائم در ارتباط با چرخه قاعدگی بسیار تعیین‌کننده است. با این حال، معاینات و بررسی‌ها اغلب غیرمعمول هستند. یک ندول حساس در دیواره قدامی فورنیکس ممکن است در ۳۰ تا ۵۰ درصد موارد وجود داشته باشد. اولتراسونوگرافی می‌تواند برای دیدن ضایعه استفاده شود. در اکثر موارد آندومتریوز مثانه، ممکن است تشخیص رادیولوژیک با سونوگرافی ترانس واژینال و ارزیابی بیشتر با MRI یا CT انجام شود [۷]. ممکن است سیستوسکوپی یک ندول اندومتریوز را در هنگام قاعدگی نشان دهد. یافته‌ها در مراحل مختلف قاعدگی متفاوت است. با این وجود توصیه می‌شود که دیگر شرایط نئوپلاستیک رد شود. آزمایش ادرار با بررسی سیتولوژی، IVP و توموگرافی

- Comiter CV. Endometriosis of the urinary tract. Urol Clin North Am. 2002;29(3):625-35. [https://doi.org/10.1016/S0094-0143\(02\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0094-0143(02)00065-4)
- Somigliana E, Vercellini P, Gattei U, Chopin N, Chiodo I, Chapron C. Bladder endometriosis: getting closer and closer to the unifying metastatic hypothesis. Fertility and sterility. 2007;87(6):1287-90. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.11.090> PMID:17336966
- Bergqvist A. Extragenital endometriosis. A review. Eur J Surg. 1992;158(1):7-12. PMID:1348646

7. Donnez J, Spada F, Squifflet J, Nisolle M. Bladder endometriosis must be considered as bladder adenomyosis. *Fertil Steril*. 2000;74(6):1175-81. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(00\)01584-3](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(00)01584-3) PMID:11119746
8. Aldridge KW, Burns JR, Singh B. Vesical endometriosis: a review and 2 case reports. *The J Urol*. 1985;134(3):539-41. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(17\)47284-3](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(17)47284-3) PMID:4032557

