**3.7.1. Primær urethral divertikel**

**[Formål](http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/Portal.nsf/main.html?OpenPage" \l "1442156180626Formaal)**[**Patientgruppe/Patientforløb/Anden målgruppe**](http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/Portal.nsf/main.html?OpenPage#1442156180626Patientgruppe)[**Definition af begreber**](http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/Portal.nsf/main.html?OpenPage#1442156180626Begreber)[**Fremgangsmåde**](http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/Portal.nsf/main.html?OpenPage#1442156180626Fremgangsmaade)[**Dokumentation**](http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/Portal.nsf/main.html?OpenPage#1442156180626Dokumentation)[**Ansvar**](http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/Portal.nsf/main.html?OpenPage#1442156180626Ansvar)[**Referencer**](http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/Portal.nsf/main.html?OpenPage#1442156180626Referencer)

**Formål**

Lægefaglig vejledning som omhandler udredning og behandling ved urethral divertikel

[Tilbage til top](http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/Portal.nsf/main.html?OpenPage#1442156180626Top)

**Patientgruppe**

Urethral divertikel er en sjælden lidelse. Hyppigheden angives fra 0,6 – 6 % (Reeves et al. 2014, Han et al. 2007), og er langt hyppigere hos kvinder end hos mænd. Da mange er symptomløse og dermed i mange tilfælde ikke-diagnosticerede, er prævalensen formentlig en del højere De fleste divertikler ligger distalt for blærehalsen mellem urethra og forreste vaginalvæg. Der kan ses anatomisk mere komplicerede typer, der strækker sig højt op under blærehalsen og blæren eller ligger circumferentielt omkring urethra. Der er formentlig et beskedent malignt potentiale og kun en beskeden risiko for stendannelse i divertiklet, hvis man undlader behandling (Romanzi et al.

**Årsager**.

. Den dominerende opfattelse er at divertiklet opstår som en følge af infektion i de periuretrale kirtler. Tilstopning af udførselsgangen medfører dilatation af kirtlen som så efterfølgende kan blive inficeret, med abscesdannelse til følge (Lee & Fynes 2005).

[Tilbage til top](http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/Portal.nsf/main.html?OpenPage#1442156180626Top)

**Fremgangsmåde**

Anamnese med fokus på:

Tilstanden kan være symptomløs. De klassiske symptomer angives i litteraturen som de 3 D’er: dysuri, dyspareuni og (post void) dribbling (Patel & Chapple 2006). Det kliniske billede er imidlertid meget blandet og kan give anledning til forkert og forsinket diagnostik.

 Blandt de hyppige symptomer er smerter, recidiverende urinvejsinfektioner, tyngdefornemmelse, LUTS-symptomer med både tømnings- og fyldningssymptomer. Derudover kan ses hæmaturi. Det akutte billede ved infektion i urethral divetikel kan være relativt dramatisk med stærke smerter, obstruktivt eller smertebetinget akut urinretention og lokale klassiske infektionstegn. I forhold til risiko for inkontinens efter operation for uretral divertikel er det vigtigt at få dokumenteret eventuel inkontinens præoperativt.

**Undersøgelser**

Ved gynækologisk undersøgelse palperes ofte en øm, blød udfyldning i forreste vaginalvæg. I visse tilfælde kan der eksprimeres pus per urethram ved kompression af området. Ved absces er der udtalt ømhed ved palpation. Hvis der palperes en hård, uregelmæssig struktur, må sten eller neoplasi mistænkes. MR-scanning af det lille bækken er tidligere opfattet som den mest sikre undersøgelsesmetode. Ofte vil diagnosen imidlertid blive bekræftet i forbindelse med udførelse af transvaginal ultralydsundersøgelse. Her vil man finde en cystisk proces i området mellem urethra og vaginas forvæg. I visse tilfælde vil man ligeledes kunne identificere forbindelse til urethra. De differentialdiagnostiske overvejelser i forbindelse med transvaginal ultralydscanning vil være vaginal cyste og urethral divertikel med neoplasi.

**Differential diagnoser**

vaginal cyste, leiomyom, hamartom, angiomyxomer, uretral cancer, Skene’s kirtel cyste.

**Behandling**

Symptomløse uretrale divertikler kræver ikke behandling, med mindre billeddiagnostikken giver indikation for det (for eksempel mistanke om neoplasi). Transvaginal excision med fjernelse af divertikel og divertikelsæk er det mest omfattende indgreb (Lee & Fynes 2005).

I akutte tilfælde med infektion kan divertiklet behandles med antibiotika og tømmes med en kanyle med vaginal adgang eventuelt UL-vejledt. Excision af divertiklet kan derefter foretages i rolig fase. Alternativt kan marsupialisation anvendes i den akutte fase (Patel & Chapple 2006)

Behandling af Urethral divertikel hører til regionsfunktion i henhold til specialeplanen

**Komplikationer til kirurgisk behandling**

Uretrovaginal fistel (0.9 - 8.3%) Urininkontinens (1.7 - 16%) Uretral strictur (1 - 25%) Recidiverende urinvejsinfektioner (op til 31%) Recidivraten er ca 13 %, og dette tal dækker over både regelret recidiv og forekomst af nyt divertikel.

**Dokumentation**

EPJ

**Ansvar**

Karl Møller Bek- Allan Ryhammer

**Referencer**

Patel & Chapple. Female urethral diverticula. Curr Opin Urol, 2006, 16, 248-54 Reeves, Felicity A. Management of symptomatic urethral diverticula in women: a singlecentre experience. Eur.Urol, 2014, 66, 164-72 Han et al. Outcomes of surgery of female urethral diverticula classified using magnetic resonance imaging. Eur.Urol., 2007, 51, 1664-70. Lee & Fynes. Female urethral diverticula. Best Practice & res clin obst gyn., 2005, 19, 6, 875-93. Bennett et al, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2000, 89, 135 – 9 Romanzi LJ, Groutz A, Blaivas J. Urethral diverticulum in women: diverse presentations resulting i diagnostic delay and mismanagement. J Urol., 2000; 164:428-33 Lærebøger: Textbook of female urology and urogynecology. Linda Cardozo and David Staskin 2001, ISBN 1 901865 05 3 Urogynecology and reconstructive Pupelvic surgery. Mark D Walthers & Mickey M Karram, Mosby Inc, 1999, ISBN 0-8151-36

[Tilbage til top](http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/Portal.nsf/main.html?OpenPage#1442156180626Top)