

Gezakt of verzakt

BESCHOUWING

Een ureterocele is een congenitale cysteuze dilatatie van het distale deel van de ureter. Deze is op verschillende manieren te classificeren; op basis van locatie of op enkel/dubbel verzamelsysteem. Op basis van locatie wordt onderscheid gemaakt tussen intravesicale- of extravesicale ureteroceles. Intravesicale liggen volledig in de blaas, terwijl extravesicale voor een deel voorbij de blaashals gelokaliseerd zijn.¹ Intravesicale ureteroceles worden onderverdeeld in stenotische (40%) en non-obstructieve ureteroceles (5%). De extravesicale in sfincterische (40%), sfinctero-stenotische (5%) en blinde (10%) ureteroceles.² Van de ureteroceles is 80% geassocieerd met een dubbel verzamelsysteem.³

De incidentie is wisselend: van 1 op 500 tot 1 op 12.000 personen.^{2,4} Ze komen 4 tot 6 maal vaker voor bij vrouwen en frequenter bij het Kaukasische ras. De meeste ureteroceles zijn unilateraal, zonder voorkeur voor de linker- of rechterzijde. Bij 10% van de gevallen is sprake van een bilaterale betrokkenheid. De achterliggende pathogenese is onbekend.

Van de ureteroceles wordt 28% gevonden bij antenatale echoscopie. Postnataal zijn urineweginfecties de meest voorkomende presentatie. Bij kinderen kan het klinisch beeld variëren van gramnegatieve sepsis, koorts met gastro-intestinale symptomen of *failure to thrive*. Bij oudere kinderen zijn de symptomen specifieker; koorts, dysurie, obstructieklachten, rugpijn of een intralabiale massa.^{2,6} Obstructieklachten en een intralabiale massa zijn zeldzaam omdat de meeste ureteroceles zich 'ledigen' gedurende mictie.⁵

De diagnose wordt gesteld door middel van echografie. Verdere differentiatie wordt verricht door een mictie-cystogram en een CT-IVP.⁵ In de meeste gevallen is chirurgische behandeling noodzakelijk. Opties zijn wisselend.

In bovenstaande casus zorgde met name de rechter ureterocele voor obstructie doordat deze prolabeerde door de urethra. Een urethraprolaps op de leeftijd van de patiënte uit deze casus is zeldzaam en zelden beschreven.^{3,6-7} De exacte incidentie is onbekend.³ De diagnose wordt op dezelfde manier gesteld als bij een ureterocele. De behandeling van deze aandoening bij volwassen vrouwen is niet goed beschreven in de literatuur. Tot de mogelijkheden behoren: observatie, transurethrale punctie of incisie van de ureterocele, of excisie.³

CONCLUSIE

Een urethraprolaps is in de huisartsenpraktijk een zelden voorkomende complicatie van een ureterocele, zeker bij een volwassen vrouw. Bij patiënten met een pijnlijke intra-vaginale zwelling dient deze diagnose in overweging genomen te worden. ■

Casus

Een 24-jarige patiënte heeft sinds drie jaar mictieklachten. De voorgeschiedenis vermeldt ureterocele beiderzijds, waarbij door de uroloog destijds een afwachtend beleid is voorgesteld. Sinds enkele weken moet patiënte fors persen tijdens de mictie met daarna een gevoel van residu. Daarnaast voelt patiënte een pijnlijke zwelling in haar vagina. Ze is bang voor een verzakking. Bij het abdominaal en gynaecologisch lichamelijk onderzoek wordt alleen bekkenbodemhypertonie gevonden. Een intra-vaginale zwelling wordt niet gezien.

Differentiaaldiagnostisch wordt gedacht aan bekkenbodemhypertonie vanwege de ureteroceles, een bartholincyste of adnexcysten. Als aanvullend onderzoek is een transvaginale echografie verricht en heeft mevrouw een mictiedagboek bijgehouden.

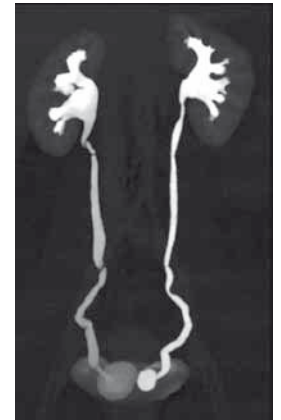
Een dag later presenteert patiënte zich met plotse pijnklachten in de onderbuik, met wederom een intra-vaginale zwelling, die ze digitaal vastlegt [figuur 1]. Op de foto is een goed gevasculariseerde zwelling vanuit de voorwand te zien, die na enkele minuten verdween. Bij anamnese en lichamelijk onderzoek zijn geen aanvullingen gevonden.

De patiënte wordt direct verwezen naar de uroloog, die bij onderzoek beide ureteroceles ziet. Vanwege de forse omvang zakken deze uit in de urethra, waardoor een prolaps ontstaat. De diagnose urethraprolaps ten gevolge van ureterocele wordt gesteld. Op de CT-IVP (*intravenous pyelogram*) wordt een enkel systeem gezien zonder hydronefrose of tekenen van vesico-urethrale reflux [figuur 2]. De ureteroceles worden succesvol operatief verwijderd. Peri-operatief treden geen complicaties op. Na 2 maanden follow-up is patiënte klachtenvrij.

Figuur 1 Goed gevasculariseerde zwelling, uitgaande van voorwand



Figuur 2 Beeld van de hydrocele bdz met re > li. De bolvormige ureterocele aan de rechterzijde zorgde voor de prolaps en de mictieklachten



LITERATUUR

- 1 Glassberg KI, Braren V, Duckett JW, Jacobs EC, King LR, Lebowitz RL, et al. Suggested terminology for duplex systems, ectopic ureters and ureteroceles. *J Urol* 1984;132:1153.
- 2 Merlini E, Lelli Chiesa P. Obstructive ureterocele – an ongoing challenge. *World J Urol* 2004;22:107-14.
- 3 Abraham N, Goldman HB. Transurethral excision of prolapsed ureteroceles. *Int Urogynecol J* 2014;25:1435-6.
- 4 Malek RS, Kelalis PP, Stickler GB, Burke EC. Observations on ureteral ectopy in children. *J Uro* 1972;107:308-11.
- 5 Coplen DE, Duckett WE. The modern approach to ureteroceles. *J Urol* 1995;153:16.
- 6 Stunell H, Barrett S, Campbell N, Colhoun E, Torreggiani WC. Prolapsed bilateral ureteroceles leading to intermittent outflow obstruction. *JBR-BTR* 2010;93:312-3.
- 7 Pike SC, Cain MP, Rink RC. Ureterocele prolapse – rare presentation in an adolescent girl. *Urol* 2001;57:554ix-554x.