

Cowpers syringocele som årsag til nedre urinvejs-symptomer hos en yngre mand

Yuliya Shuysky

Cowpers syringocele (CS) er en meget sjælden deformeret med dilatation af en Cowpers kirtel i den mandlige urethra [1]. Der er ingen oversigt over incidens og prævalens i Danmark.

CS inddeles i nonkommunikerende og kommunikerende [2]. Ved den nonkommunikerende type er der hyppigst symptomer på infravesikal obstruktion i form af slap stråle, dysuri og pollakisuri. Den kommunikerende type frembyder typisk symptomer som hyppige urinvejsinfektioner, efterdryp og hæmaturi [3]. Mistanken bør opstå ved infravesikal obstruktion hos drenge/ynge mænd.

Diagnosen stilles bedst med magnetisk resonans (MR)-skanning [4]. Behandlingen består i begge tilfælde af transuretral marsupialisering.

SYGEHISTORIE

En 39-årig mand havde gennem syv år haft nedre urinvejs-symptomer i form af dysuri, slap stråle, pollakisuri, igangsætnings- og tømningbesvær samt *urge*-symptomer og ukarakteristiske smerter i perineum, men uden nykturi og makroskopisk hæmaturi. Han var blevet undersøgt i urologisk regi i 2005, hvor man fandt normale forhold ved rektaleksploration og transrektal ultralydskanning (TRUS) af prostata, som viste en normal kirtel på 22 cm³ med et prostataspecifikt antigen-niveau på 0,1 mikrogram/l. Urinstiks, cystoskopi og ultralydskanning af scrotum viste normale forhold. Han var blevet genhenvist i 2010 med

skrotale smerter, ømhed i perineum og de samme vandladningsgener som tidligere.

Ved den objektive undersøgelse fandt man prostata øm, og patienten blev uden effekt behandlet med antibiotika på mistanke om prostatitis. En efterfølgende urodynamisk undersøgelse viste et tydeligt obstruktivt mønster. Ved en fornyet TRUS blev der afsløret en cystelignende forandring omkring prostata, og på en MR-skanning af det lille bækken sås der under prostata en lobuleret cystisk proces, som omsluttede urethra (**Figur 1**).

Ved cystoskopi fandt man en 5-7 mm stor udførselsgang fra syringocelet 1-2 cm under sfinkterniveau. Med Collens kniv blev åbningen slidset helt op til sfinkter bagtil.

Ved en efterkontrol var symptomerne uændrede. En computertomografi med kontrastvæske viste et uændret syringocele, som blev fyldt med kontrastvæske under vandladning, og som tømte sig spontant i urethra. Flowundersøgelse og urodynamisk undersøgelse viste også fortsat et obstruktivt mønster. Ved cystoskopi blev det skønnet, at der ikke var mulighed for yderligere spaltning uden risiko for sfinkterbeskadigelse og inkontinens. Aflukning af blærehalsen og urinafledning ad modum Mitrofanoff overvejedes.

DISKUSSION

Cowpers syringocele er en meget sjælden tilstand, og diagnosen kan være vanskelig at stille. Man skal være opmærksom på muligheden, når drenge eller yngre mænd har obstruktive vandladningssymptomer. Typisk finder man normal prostatastørrelse og infravesikal obstruktion ved urodynamisk undersøgelse. Differentialdiagnosen kan hos yngre mænd være blærehalssynergi og hos helt små drenge uretralklap. Diagnosen stilles ved TRUS, uretroskopi eller MR-skanning.

Recidiverende eller persisterende symptomer er indikation for behandling. Behandlingen kan være antibiotisk langtidsprofylakse eller marsupialisering. Resultatet af operativ behandling beskrives ofte som tilfredsstillende med få komplikationer, omend de nedre urinvejs-symptomer kan persistere [3]. Dette var også tilfældet hos patienten i sygehistorien.

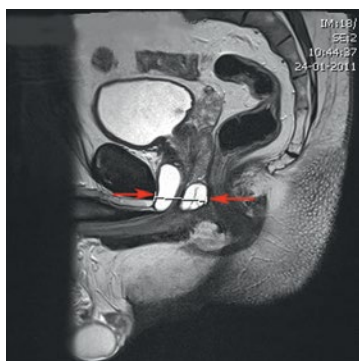
KASUISTIK

Urologisk Afdeling,
Regionshospitalet
Holstebro

Ugeskr Læger
2014;176:V10120608

FIGUR 1

T2-vægtet magnetisk resonans-skanningsbillede af rektum med Cowpers syringocele. De røde pile angiver en 37,5 mm stor cystisk proces, som omkranser urethra.



KORRESPONDANCE: Yuliya Shuysky, Urologisk Afdeling, Regionshospitalet Holstebro, Lægårdvej 12, 7500 Holstebro. E-mail: jshuysky@gmail.com

ANTAGET: 5. februar 2013.

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 8. juli 2013

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Campobasso P, Schieven E, Fernandes EC. Cowper's syringocele: an analysis of 15 consecutive cases. Arch Dis Child 1996;75:71-3.

2. Bevers RFM, Abbekerk EM, Boon TA. Cowper's syringocele: symptoms, classification and treatment of an unappreciated problem. J Urol 2000;163:782-4.
3. Maizels M, Stephens FD, King LR et al. Cowper's syringocele: a classification of dilatations of Cowper's gland duct based upon clinical characteristics of 8 boys. J Urol 1983;129:111-4.
4. Richter S, Shalev M, Nissenkorn I. Late appearance of Cowper's syringocele. J Urol 1998;160:128-9.

Ankelluksation uden samtidig fraktur af knoglerne

Faiza Qayyum¹, Abbas Ali Qayyum² & Sven Arne Sahlström¹

KASUISTIK

1) Ortopædkirurgisk Afdeling, Nykøbing F. Sygehus
2) Kardiologisk Afdeling, Rigshospitalet

Ugeskr Læger
2014;176:V09120545

Det talokrurale led er hyppigt udsat for skader og traumer. Leddet belastes af hele kroppens tyngde, som mangedobles ved spring og hop. Det talokrurale led er et hængselled, der består af de tre knogler tibia, fibula og talus. Tibia og fibula danner tilsammen en ledgaffel, som danner led med talus. Leddet stabiliseres af membrana interossea cruris, som holder tibia og fibula sammen. Distalt nær det talokrurale led er membranen særlig kraftig og danner et uægte led, en syndesmose. Syndesmosen forstærkes fortil og bagtil af to stærke ligamenter hhv. ligamentum tibiofibulare anterius og ligamentum tibiofibulare posterius. Yderligere stabiliseres leddet af stærke ligamenter omkring hhv. den mediale og den laterale malleol bestående af ligamentum deltoideum, ligamentum talofibulare anterius, ligamentum talofibulare posterius og ligamentum calcanofibulare. Leddet tillader en stor bevægelighed i form af sammenlagt 70 grader i plantar- (0-50) og dorsalfleksion (0-20).

SYGEHISTORIE

En 17-årig normalvægtig, fysisk aktiv, tidligere rask dreng blev indbragt til skadestuen efter at være hoppet op imod en anden person (*chestboding*) og i nedspringet være landet forkert på højre fod. Objektivt sås en tydelig fejlstilling i ankelleddet, manglende puls i a. dorsalis pedis, forlænget kapillærrespons og manglende sensorik i tæerne. Han fik morfin og stesolid, og anklen blev reponeret; øjeblikkeligt fremkom der kapillær respons, god puls i a. dorsalis pedis og senere også normal sensibilitet i hele foden. En efterfølgende røntgenundersøgelse viste ingen tegn på fraktur, hvorfor der blev foretaget en kontrol-computertomografi (CT) også uden tegn på fraktur (**Figur**

1). CT'en viste lukkede epifyseskiver. Patienten blev behandlet på skadestuen og fik anlagt en Walkerbandage, som han skulle bære i seks uger, og der blev påbegyndt en tidages dicloxacillinbehandling. Patienten kom til kontrol i ambulatoriet efter en uge, hvor man fandt lettere atrofi af højre lægmuskulatur, ekstensionsdefekt på 5-10 grader og en fleksionsdefekt på 10-15 grader. Der var ingen løshed i anklen, ingen ossøs palpationsømhed, god puls i a. dorsalis pedis og normal sensibilitet. Patienten blev instrueret i restriktivt genoptræningsregime, ingen hoppen, ingen træning på blødt underlag og ingen voldsom sportstræning.

FIGUR 1

Computertomografibillede af patientens ankel i anterior-posterior-projektion (A) og lateralprojektion (B) viser ingen tegn til fraktur.

