دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال بیست و چهارم، شماره ۶، صفحه ۶۳۰-۶۲۶ (بهمن و اسفند ۱۴۰۰)

Iran South Med J 2022; 24(6): 626-630

کیست دیستال پارایوترال در یک نوزاد تازه متولد شده (یک مورد کمیاب)

خدیجه قاسمی (MD)[1*]، عامر یزدانپرست (MD)[1**]، ساسان اسدپور (MD)[2]

[1] گروه نوزادان و کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[2] بخش کودکان، بیمارستان سلمان فارسی، سازمان تأمین اجتماعی بوشهر، بوشهر، ایران

(دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۲/۸- پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۸/۱۷)

چکیده

غدد اسکن (Skens gland) بزرگترین غدد مترشحه خارجی در قسمت دیستال مجرای ادراری را تشکیل می‌دهد. ایجاد کیست این غدد بدلیل تجمع بیش از حد ترشحات، با اینکه نادر بوده اما ممکنست در بدو تولد نیز مشاهده شود. بیمار ما دختر تازه متولد شده‌ای از مادری با داشتن دوره بارداری نرمال و تولد با زایمان طبیعی (واژینال) بود. نوزاد حاصل حاملگی دوم مادر با یک فرزند سالم دیگر و با سن ۲۶ سال، بدون هرگونه پیشینه‌ای از ترومای زایمانی، مصرف دارو و یا یافته‌های غیرطبیعی در سونوگرافی‌های داخل رحمی در طی دوره بارداری بود. در نخستین معاینه فیزیکی نوزاد هیچگونه یافته غیرطبیعی به جز توده‌ای با قوام کیستیک و زرد رنگ در ناحیه اینترا-لیبیال ژنیتالیا و در قسمت تحتانی مجرای ادراری مشاهده نشد. در معاینه دقیق‌تر بعدی واژن و هایمن کاملاً نرمال بودند. نوزاد از همان ابتدا از نظر ادراری مشکل نداشت و حتی سونوگرافی بعد از تولد نیز به جز توده کیستیک مذکور به ابعاد تقریبی طول و عرض بیست در بیست و یک میلی‌متر از نظر سایر موارد نکته خاصی نداشت. در پیگیری بالینی نیز خوشبختانه از روز سوم تولد به بعد این کیست شروع به عقب‌نشینی نمود و تاکنون و پس از گذشت بیش از دو ماه نیز مشکلی ایجاد ننمود. اصولاً در این قبیل بیماران در صورت عدم بروز مشکل انسدادی در مسیر مجرای ادراری، نیاز به هیچگونه مداخله جراحی نیست و تنها پیگیری بالینی درازمدت کفایت می‌نماید.

واژگان کلیدی: کیست پارا- یورترال، غدد اسکن، مجرای ادراری، سونوگرافی، مداخله جراحی

*گروه آموزشی کودکان و نوزادان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، ایران

Email: ameryazdanparast@bpums.ac.ir
***ORCID: 0000-0001-5442-2194**
****ORCID: 0000-0001-7307-4420**

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/ismj.24.6.626]

مقدمه

کیست پارا-یورترال از علل کمیاب وجود توده در ناحیه اینترا-لیبیال واژینال در نوزاد است که با مکانیسم‌های متفاوتی از قبیل: گیرافتادن و ترشحات بیش ازحد ترشحات مخاطی در مجرای ادراری و یا انسداد غدد مجرای اسکن به علت التهاب، عفونت و حتی دژنراسیون این غدد (بزرگ‌ترین غدد قسمت دیستال مجرا) ممکنست به‌وجود آید (۱). این کیست میتواند بصورت توده متراکم توپر و با قوام نسبتا سفت و با پوشش مخاطی در معاینه فیزیکی مشاهده گردد. از سایر تشخیص‌های افتراقی توده در ناحیه اینترا- لیبیال ژنیتالیا می‌توان به یورتروسل، پرولاپس موکوزای مجرا، کیست دیواره واژن، لیومیوما، آبسه کیست غدد اسکن و نیز به پرولاپس واژن اشاره نمود (۲ و ۳).

معرفی بیمار

بیمار نوزاد دختر، متولد فول ترم و حاصل زایمان طبیعی از مادری ۲۶ ساله با وزن ۳۱۰۰ گرم در بدو تولد می‌باشد که در ظاهر کاملاً سالم و طبیعی بنظر می‌رسید. مادر نوزاد بدون سابقه مصرف از هر گونه دارویی خاص در قبل و در دوران حاملگی بود و ضمناً در معرض تراتوژن شناخته شده در دوران بارداری نیز قرار نداشت و همچنین مبتلا به بیماری خاص زمینه‌ای (به استثناء کم‌کاری خفیف تیروئید در هنگام بارداری) یا دچار ترومای زایمانی نبود. در بررسی مدارک پزشکی مادر چندین سونوگرافی از جنین انجام شده بود که همگی نرمال گزارش شده بودند و در هیچکدام ناهنجاری خاص یورولوژیک مطرح نشده بود. بهرحال در حین معاینه فیزیکی معمول پس از تولد، پزشک متوجه توده‌ای گرد و سفید مایل به زرد با اندازه ابعاد ۲۰ در ۲۱ میلی‌متر در ناحیه اینتر- لیبیال میگردد (شکل ۱ و ۲). با اینحال و با اینکه مجرای ادراری به خوبی قابل رؤیت بود ولی بنظر اندکی به پایین رانده شده بود اما در واژن و هایمن این ناهنجاری دیده نشد. در سایر بررسی‌های فیزیکی نیز هیچ گونه ناهنجاری دیگر ژنیتو- یورترال و یا سیستمی به چشم نخورد. پزشک پس از اطمینان از وجود توده در این ناحیه درخواست سونوگرافی از نواحی یورو- ژنیتالیا و سایر اعضای داخل شکمی به منظور احتمال درگیری‌های بیشتر نمود که آنان نیز کاملاً نرمال و فاقد درگیری گزارش شد. خوشبختانه، ادرار بیمار به‌طور طبیعی و در همان ساعات‌های نخست پس از تولد جریان یافت و بهبود خودبخودی نیز تدریجاً و از روز سوم پس از تولد آغاز می‌گردد. انجام این مطالعه با کسب رضایت شفاهی و کتبی با رعایت تمام حریم‌های خصوصی و قانونی انجام شد.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/ismj.24.6.626]




(۲) (۱)

شکل ۱) نمای توده کیستیک در ناحیه اینترا- لبیا نوزادی در بدو تولد با تشخیص کیست پارایورترال
شکل ۲) نمایش کیست با مانور آشکارسازی بالینی با دست

Fig 1) A genital mass in the intralabial region with impression of parauthral cyst
Fig 2) The more clarification by manual manoeuver

بحث

اولین بار کیست مزبور توسط یک اورولوژیست ژاپنی در سال ۱۹۱۹ و سپس در سال ۱۹۵۶ توسط تامسون و لانتین در دو جنس مذکر و مؤنث و با جزئیات دقیق گزارش شد. به‌طور کلی با اینکه پیدایش این کیست پدیده کمیابی می‌باشد اما مشاهده آن در برخی سنین چندان نامحتمل هم نیست. از دلایل مهم تشکیل این کیست می‌توان به تحریک مداوم استروژنی به دنبال مصرف داروهایی مرتبط در دوره بارداری، از بدو تولد و حتی در سنین بالاتر و بالغین اشاره نمود گو اینکه بیمار ممکنست علاوه بر ابتلا به کیست غدد اسکن، همراه با خونریزی واژینال و بزرگی پستان نیز مراجعه نماید (۲ و ۳).

اصولاً به دلیل ماهیت و قوام توده تصور صاحب نظران اینست که تومور از نوع خوش‌خیم است، از این رو تشخیص بالینی اهمیت بسزایی داشته اما برای تشخیص افتراقی قطعی از نظر سایر انواع کیستیک یا توپر (solid)، انجام سونوگرافی بسیار سودمند است. علائم بالینی این کیست متنوع بوده و از انواع بدون علامت، تا دارای علائم انسدادی و احتباس ادراری، هماچوری، عفونت ثانویه و حتی مشکلات سکسوآل در سنین بالاتر متفاوت است ولی غالباً به‌صورت توده بی‌علامت در ناحیه اینترا-لبیال در دخترها و توده اطراف مجرا در پسرها خود را نشان می‌دهد (۴ و ۵).

از نظر بافت‌شناسی این کیست دارای ۴ ساختار بافتی متمایز است: ۱- نوع یورترال: مرکب از سلول‌های پروگسیمال مجرای ادراری (۵۵/۴ درصد) ۲- نوع اپیدرموئید (۵/۴ درصد) با پوشش سلول‌های دیستال مجرای ادراری ۳- گلندولار (۳/۴ درصد) متشکل از سلول‌های موکوسی و سرانجام ۴- نوع مخلوط (۳۵/۷ درصد) که بیشتر با منشاء بافت اپیتلیوم می‌باشد (۶). اساساً تشخیص قطعی بیماری با مشاهده بالینی و تأیید سونوگرافی است (۷). از سایر روش‌های تصویربرداری مثل MRI نیز می‌توان در موارد مشکوک و یا دچارعارضه استفاده کرد (۸). بهبود خودبخودی نیز معمولاً از بدو تولد تا ۱۰ سالگی بوقوع می‌پیوندد هر چند در موارد علامت‌دار با انجام جراحی ترمیمی امکان‌پذیر است (۹ و ۱۰). در بررسی

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]
[DOI: 10.52547/ismj.24.6.626]

سوابق این ناهنجاری مورد دیگری در کشور در مجلات پزشکی منتشر نشده است.

نتیجه‌گیری

علیرغم نادر بودن کیست‌های پارایورترال در نوزادان، معاینه فیزیکی دقیق ژنیتالیا در بدو تولد ضروری است هر چند که در برخی به سبب بهبود خودبخود یا عدم دقت در معاینه ممکنست پنهان مانده یا ندرتاً با علائم انسداد ادراری همراه باشد.

سپاس و قدردانی

از کارکنان بخش نوزادان و زایشگاه که در تهیه گرافی‌های فوق همکاری نمودند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References:

1.Yayla D, Demıtas G, Tagcı S, et al. Paraurethral Skene's Cyst Case In Puberty. J Pediatr Surg Case Rep 2021; 68: 101788.
2.Moralioğlu S, Bosnalı O, Celayir AC, et al. Paraurethral Skene's Duct Cyst In A Newborn. Urol Ann 2013; 5(3): 204-5.
3.Nakamura E, Shintaku S, Horii M, et al. Early Regression Of Paraurethral Cyst In A Neonate. Pediatr Neonatol 2014; 55(3): 225-7.
4.Oktaviani DP, Hoetama S, Soetojo S. Congenital Parameatal Urethral Cyst In The Male: A Case Report And Review Of Literature. Folia Med Indones 2020; 56(4): 309-13.
5.Sinha AK, Kumar B, Kumar A, et al. Congenital Parameatal Urethral Cyst In Male: A Case Report And Review Of Literature. J Pediatr Surg Case Rep 2015; 3(7): 267-8.
6.Aggarwal P, Aggarwal K, Amrani A, et al. Parameatal Urethral Cyst. Clin Dermatol Rev 2018; 2(1): 44-5.
7.Mahdavi Rashed M, Maftouh M, Alamdaran SA, et al. Role Of Perineal Ultrasound In Differentiating Paraurethral Cysts In Newborns. Iran J Neonatol (IJN) 2020; 11(4): 121-3.
8.Chaudhari VV, Patel MK, Douek M, et al. MR Imaging And US Of Female Urethral And Periurethral Disease. Radiographics 2010; 30(7): 1857-74.
9.Shaw SC, Vinod MS, Devgan A. Parameatal Urethral Cyst. Med J Armed Forces India 2018; 74(1): 76-7.
10.Ceyhan M, Nural M, Oztas T, et al. Paraurethral Cyst: A Case Report. Open Med 2010; 5(2): 243-5.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/ismj.24.6.626]

Case Report

A Distal Urethral Cyst in a Female Newborn (A Rare Case)

***KH. Ghassemi** (MD)[1*], **A. Yazdanparast** (PhD)[1**], **S. Assadpour** (MD)[2]*

[1] Department of Pediatrics, School of Medicine ,Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

[2] Pediatric ward, Salman Farsi general hospital, Tamin-e- Egtamaei Organization, Bushehr, Iran

(Received 28 Apr, 2021 Accepted 8 Nov, 2021)

Abstract

Skene's glands are the largest external secretory glands in the distal part of the urethra. Although cystic changes caused by abnormal accumulation of significant amounts of secretions are rare, they can be seen even at birth. The presented case was a female full-term newborn with vaginal delivery. This was the second pregnancy of her mother after another living child. The mother was 26 years old and had no history of birth trauma, medication, abnormal ultrasound findings, or exposure to the known teratogenic agents during pregnancy. Routine physical examination of the newborn revealed no abnormal findings except for a rounded mass with a yellowish cystic consistency located at the intralabial portion of the genital area, without involving the lower part of the urethra. Further examination revealed both vagina and hymen had normal structure. The genito-urinary ultrasound after birth showed essentially normal anatomy except for a non-mobile paraurethral cystic mass measuring about 20*21 mm placed at the urethral wall. In clinical follow-up, this mass began to regress 3 days after birth and was not complicated for the next two months. Commonly, these cysts do not require any surgical intervention if not complicated, while the clinical follow-up might be considered for a long time.

Keywords: Paraurethral cyst, Genito-urinary cyst, Skene glands, Ultrasound, Surgical intervention

©Iran South Med J. All right sreserved

Cite this article as: Ghassemi KH, Yazdanparast A, Assadpour S. A Distal Urethral Cyst in a Female Newborn (A Rare Case). . Iran South Med J 2022; 24(6): 626-630

Copyright © 2022 Ghassemi, et al This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[**] *Address for correspondence*: Department of Pediatrics, School of Medicine ,Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
Email: ameryazdanparast@bpums.ac.ir
*ORCID: 0000-0001-5442-2194
**ORCID: 0000-0001-7307-4420

Website: http://bpums.ac.ir
Journal Address: http://ismj.bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/ismj.24.6.626]