

**Кнутов А.В., кандидат медицинских наук, врач-уролог,
Дорожная клиническая больница на станции Нижний Новгород ОАО «РЖД»,
Володин М.А., аспирант,
Приволжский исследовательский медицинский университет Минздрава России**

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ОДНОМОМЕНТНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аннотация: лейомиома – одно из крайне редких новообразований мочевого пузыря. На настоящий день зарегистрировано не более 300 клинических наблюдений, описанных в литературе, большая часть из которых приходится на прошлое столетие. Учитывая публикации лишь отдельных клинических наблюдений, в настоящее время не существует стандартного алгоритма лечения данной патологии. В данной работе мы приводим собственное клиническое наблюдение одномоментного лечения лейомиомы мочевого пузыря и доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) посредством трансуретральной резекции биполярном. Данный метод выбран с учетом небольшого размера опухоли (2 см) и локализации в области шейки мочевого пузыря по передней поверхности. Оба этих обстоятельства позволили не прибегать к более «травматичным» хирургическим методам. На наш взгляд именно эти показатели являются основополагающими в выборе метода лечения, между трансуретральными технологиями и «классической» открытой (либo лапароскопической) резекцией мочевого пузыря.

Ключевые слова: лейомиома мочевого пузыря, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, трансуретральная резекция, трансуретральная энуклеация биполярном

Лейомиома мочевого пузыря представляет из себя доброкачественную опухоль мезенхимального строения [10]. Данный тип новообразований встречается крайне редко и, наряду с фибромиомой, рабдомиомой, остеомой, фибромой, составляет лишь 0,43% от общего числа всех опухолей, поражающих мочевой пузырь. Вместе с тем, частота встречаемости данной патологии в три раза выше у женщин, чем у мужчин и, в основном, данная патология выявляется в возрастном периоде от 40 до 50 лет. По своей локализации лейомиома чаще всего образуется эндovesикально – 63-86%, экстравезикальный рост отмечается в 11-30%, а интрамуральный в 3-7% случаев [2, 16]. Этиология этих доброкачественных опухолей до сих пор неизвестна. По нескольким теориям лейомиомы мочевого пузыря могут возникать из-за хромосомных изменений, гормональных нарушений, повторной рецидивирующей инфекции мочевого пузыря и детрузера, периваскулярного воспаления, а так же иметь этиологию схожую с миомой матки [15]. По своим клиническим проявлениям лейомиома может протекать как бессимптомно, так и с обструктивной (49%), ирритативной симптоматикой (38%), гематурией (11%). Наличие и степень выраженности тех или иных проявлений во многом зависит от размера и локализации опухоли. Так, расположение опухоли в области шейки мочевого пузыря с большей вероятностью вызовет обструкцию [3, 19]. Традиционные методы выявления лейомиомы включают ультразвуковое исследование, компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию. Одна-

ко на сегодняшний день МРТ с внутривенным контрастированием – наиболее эффективный метод, как для визуализации, так и для дифференциальной диагностики с другими образованиями мочевого пузыря. МРТ показывает низкую интенсивность как на T1-, так и на T2 режимах и гладкую периферию, имитирующую лейомиому матки [17, 20]. Окончательный же диагноз ставится на основании патогистологического исследования. Данный тип опухоли состоит из пучков гладких мышечных волокон, которые разделены соединительной тканью. Это неинфильтративные доброкачественные опухоли гладких мышц без митотической активности, клеточной атипии или некроза [12, 14].

Современными методами лечения лейомиомы мочевого пузыря, применяющимися в мировой практике, являются трансуретральная резекция мочевого пузыря, «открытая» резекция мочевого пузыря и цистэктомия, а так же репликация объема открытых операций в лапароскопические и робот-ассистированные технологии. Метод хирургического подхода чаще всего обусловлен локализацией и размером опухоли [13, 18].

На сегодняшний день в мировых базах данных описано всего около 250 случаев лейомиом мочевого пузыря. De Berne-Lagarde, в 1929 году провел анализ литературы и описал 36 случаев, затем в 1953 году Campbell и Gislason представили работу включающую 68 пациентов, а в 1986 году Knoll и соавторы рассмотрели 5 случаев лейомиомы мочевого пузыря зарегистрированных в клиниках Майо [11, 20]. Однако, в связи с поменявшимися

подходами и методами в диагностике заболеваний и тактике хирургического лечения эти работы не несут серьезного клинического значения. За последние 5 лет Liang He и соавторы проанализировали литературу в системах PubMed, Embase, и Google Scholar и получили данные о 20 пациентах с лейомиомой мочевого пузыря [16]. Столь малое количество клинических наблюдений побудило нас к представлению данного клинического случая. Кроме того, интерес вызывает наличие у пациента клинически значимой доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), требующей оперативного лечения. В отличие от лейомиомы мочевого пузыря, ДГПЖ одно из самых распространенных заболеваний среди мужчин пожилого и старческого возраста. Так, процент мужчин, страдающих ДГПЖ в возрасте 40 - 49 лет составляет порядка 12%, а к 80 годам жизни эта цифра достигает 82%. [5]. Диагностический алгоритм состоит как из рутинных процедур, таких как ультразвуковое исследование простаты, мочевого пузыря и общих клинических анализов мочи, так и специфических – уровень простатоспецифического антигена сыворотки крови (ПСА, PSA), шкал качества жизни (IPSS, QOL), урофлоуметрии [9]. Симптомокомплекс ДГПЖ включает обструктивные и ирритативные проявления. На сегодняшний день, на основании обследований и клинических проявлений, разработаны и стандартизированы показания к оперативному лечению и алгоритмы выбора оперативного доступа и способа удаления ткани доброкачественной гиперплазии простаты. Вступая в эру малоинвазивных технологий, уменьшающих количество осложнений и улучшающих качество жизни пациента, «золотым стандартом» хирургического лечения ДГПЖ, по мнению мировых урологических сообществ, является трансуретральная резекция (ТУР) простаты [1, 4]. По мере технического прогресса методика ТУР от монополярных технологий перешла к использованию биполярных энергетических блоков, тем самым расширив показания к эндоскопическим методикам [8]. Объем удаляемой ткани, а соответственно и время, затраченное на операцию при использовании биполярного резектоскопа, работающего в физиологическом подогретом растворе, ограничено лишь наркозом. Однако объем предстательной железы более 70-80 см³ долгое время являлся порогом для ТУР простаты и считался показанием к применению традиционной «открытой» аденомэктомии [6]. С развитием реплицирующих методик вылушивание железы от

хирургической капсулы «при помощи пальца» в эндоскопическую внутрисветную хирургию появились трансуретральная энуклеация биполярном (БТУЭП), трансуретральная энуклеация гольмиевым (HoLep) и тулиевым (TuLep) лазерами [7]. Лазерные методики энуклеации нашли свою нишу в лечении ДГПЖ, однако для их применения требуется дорогостоящее оборудование, тогда как для выполнения БТУЭП необходим лишь специальный электрод с толкателем, подходящий к стандартному биполярному резектоскопу. Кроме того, в отличие от лазерных технологий, вылушивание железы выполняется «тупым» путем с точечным гемостазом, что позволяет избежать коагуляционного струпа и, соответственно, приводит к более быстрой эпителизации ложа аденомы в послеоперационном периоде.

Ниже приведено клиническое наблюдение в качестве примера одномоментной трансуретральной резекции лейомиомы мочевого пузыря и трансуретральной энуклеации простаты биполярном.

Больной М., 61 год, страдает доброкачественной гиперплазией простаты более 5 лет. Получает на протяжении трех лет консервативное лечение, однако в последнее время не ощущает должного положительного эффекта. Из жалоб отмечает учащенное ночное мочеиспускание до 4 раз, вялую струю мочи, затрудненное мочеиспускание. При обследовании на догоспитальном этапе, по данным УЗИ простаты и мочевого пузыря выявлена ДГПЖ (объем простаты – 72 см³), объемное образование в области шейки мочевого пузыря по передней поверхности, объем остаточной мочи – 120 мл. Общие анализы крови и мочи без особенностей, ПСА – 2.8 нг/мл. Оценка нарушения мочеиспускания по шкале IPSS – 27 баллов, оценка качества жизни по шкале QOL – 5 баллов. Данные урофлоуметрии: обструктивный тип мочеиспускания, максимальная скорость потока мочи 6,2 мл/сек. По результатам магнитно-резонансной томографии малого таза с внутривенным контрастированием визуализируется округлое солидное объемное образование с четкими ровными контурами в области передних отделов шейки мочевого пузыря, без выхода за адвентициальную оболочку. Образование однородно накапливает контрастное вещество в артериальную фазу, без явных признаков вымывания, умеренно ограничивающее диффузию, размерами 1,1см x1,6см x 1,0 см (рис. 1). Сопутствующих заболеваний и обострений хронических заболеваний у пациента не выявлено.

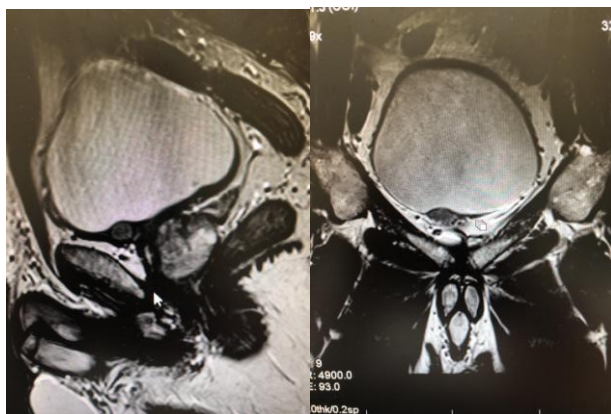


Рис. 1. Результаты магнитно-резонансной томографии малого таза с внутривенным контрастированием

Оперативное вмешательство была выполнено на 2-е сутки после госпитализации (проведена предоперационная подготовка и профилактика тромбоэмболических осложнений). Учитывая малый объем лейомиомы, не смотря на ее локализацию, обструктивную и ирритативную симптоматику у данного пациента мы отнесли к проявлениям ДППЖ. В связи с чем, нами была выбрана тактика одномоментного эндохирургического удаления обоих образований: трансуретральная биполярная резекция опухоли мочевого пузыря и трансуретральная энуклеация простаты биполярном. Операция выполнялась биполярным резектоскопом компании Olympus с набором петельных электродов (размеры 1,2,3), электрода типа “гриб” для вапоризации и электрода для энуклеации. Использовалась эндохирургическая визуализационная система Visera Pro и энергетический блок ThunderBeat компании Olympus с режимами коагуляции 320 Вт, резекции 150 Вт, эффект 2. Операция выполнялась в подогретом до 37 градусов

физиологическом растворе с целью профилактики ТУР – синдрома.

Описание операции: наружное отверстие уретры бужировано, в мочевой пузырь беспрепятственно проведен резектоскоп с использованием оптического обтуратора. После смены обтуратора рабочим элементом выполнена контрольная цистоскопия. Слизистая мочевого пузыря несколько трабекулярна, инъецирована сосудами. Устья щелевидной формы расположены типично, новообразований не выявлено. Выполнено глубокое надавливание левой рукой хирурга на переднюю брюшную стенку над лоном с фиксацией в этом положении. По передней стенке мочевого пузыря, за шейкой на 11 часах условного циферблата, выявлена деформация слизистой с предполагаемым образованием в толще тканей.

Свободной, правой рукой выполнена «поисковая» трансуретральная резекция слизистой мочевого пузыря (рис. 2) с помощью петли резектоскопа (№2).



Рис. 2. «Поисковая» трансуретральная резекция слизистой оболочки мочевого пузыря

После визуализации образования, отличающегося по структуре тканей и имеющего четкие кон-

туры, выполнена его резекция до мышечного слоя мочевого пузыря (рис 3).

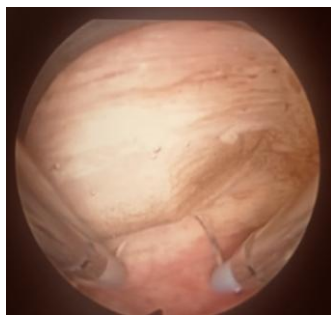


Рис. 3. Резекция образования до мышечного слоя мочевого пузыря

После полного удаления лейомиомы выполнена вапоризация окружающих тканей петлей резектоскопа типа «Гриб» с целью гемостаза и предотвращения рецидива образования, так как это принято при операциях по поводу злокачественных опухолей.

После убедительного гемостаза мочевого пузыря был осуществлен второй этап оперативного вмешательства – БТУЭП. Простата увеличена за счет боковых долей. Петлей резектоскопа (№1) выполнено циркулярное рассечение слизистой оболочки в области шейки мочевого пузыря и апикальной части простаты, на уровне семенного бугорка. После смены петли выполнена энуклеация аденоматозной ткани, преимущественно тупым путем с точечной коагуляцией сосудов. Железу оставили фиксированной лишь на небольшом участке на 5 часах условного циферблата и в области шейки мочевого пузыря по задней поверхности с целью предотвращения миграции аденоматозной ткани в мочевой пузырь. После гемостаза псевдокапсулы, выполнена морцелляция аденоматозной ткани петлей резектоскопа (№3), фрагменты резецированной ткани отмыты эвакуатором Эрлиха. Осуществлен окончательный гемостаз, после чего в мочевой пузырь установлен 3-х ходовой катетер Фолея 22Fr, в баллон введено 70 мл. Катетер фиксирован с натяжением. Объем промывной жидкости 18 л.

Общее время операции составило 1 час 15 минут, из которых 4 минуты пришлось на первый этап – трансуретральная резекция лейомиомы. Удалено 78 см³ аденоматозной ткани. Объем кровопотери не превысил 100 мл. В патогистологическом заключении: препарат №1 – зрелая опухоль

строения лейомиомы; препарат №2 – железисто-стромальная гиперплазия простаты.

Послеоперационный период протекал гладко. Натяжение уретрального катетера снято на следующие сутки, в баллоне оставлено 15 мл. раствора. Учитывая отсутствие выраженной гематурии, уретральный катетер был удален на 2-е сутки после операции с восстановлением самостоятельного мочеиспускания у пациента. Проводилось стандартное симптоматическое и антибактериальное лечение. Полная континенция была достигнута сразу после удаления катетера, однако дизурические явления сохранялись до 5-и суток. Пациент выписан на шестые сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Контрольное обследование проводилось через 1 месяц. По данным урофлоуметрии, пиковая скорость мочеиспускания достигла 22 мл/сек. IPSS – снизился до 8 баллов, QOL – до 1 балла.

Лейомиома мочевого пузыря крайне редкое доброкачественное образование мочевого тракта. Но, не смотря на это, важно помнить о возможности возникновения данной патологии у пациентов при длительной ирритативной и obstructивной симптоматике. В обследование должны включаться все необходимые методы диагностики, включая МРТ с внутривенным контрастированием, с целью своевременного обнаружения и определения тактики лечения лейомиомы. Трансуретральная резекция может применяться при опухолях небольших размеров, расположенных интравезикально и интрамурально. При эндовезикальном расположении и опухолях больших размеров следует прибегнуть к лапароскопической либо экстаперитонеальной резекции мочевого пузыря.

Литература

1. Калининская А.А., Севрюков Ф.А. Современные возможности трансуретральной электрорезекции в физиологическом растворе в лечении заболеваний нижних мочевых путей и простаты // Международный журнал экспериментального образования. 2012. №6. С. 41 – 43
2. Лейомиома мочевого пузыря (случай из практики) / М.А. Надирашвили, Е.И. Аболмасов, В.В. Харченко, В.В. Серёгин и др. // Луганск. Клиническая онкология. 2012. №5 (1), С. 80 – 81.
3. Опухоли мочевого пузыря. Морфологическая диагностика и генетика: рук-во для врачей / под ред. Ю.Ю. Андреевой, Г.А. Франк; РМАПО. М., 2011. С. 29.

4. Севрюков Ф.А. Трансуретральная резекция в физиологическом растворе // Урология. 2012. №2. С. 67 – 70.
5. Возрастные особенности заболеваемости мужчин болезнями мочеполовой системы / Ф.А. Севрюков, И.А. Камаев, О.Ю. Малинина, Ю.А. Елина и др. // Медицинский альманах. 2011. №4 (17). С. 21 – 23.
6. Трансуретральная электрохирургия нового поколения (TURIS) в лечении заболеваний нижних мочевых путей и простаты / Ф.А. Севрюков, А.Б. Пучкин, В.Н. Крупин, А.В. Чебыкин и др. // Урология. 2007. №3. С. 28 – 35.
7. Сравнительная оценка биполярной трансуретральной вапорезекции (TUVRB) и биполярной резекции (TURIS) в лечении доброкачественной гиперплазии простаты / Д.В. Семенычев, Ф.А. Севрюков, Д.А. Сорокин, И.В. Карпучин и др // Медицинский вестник Башкортостана. 2015. Т. 10. №3. С. 16 – 19.
8. Сравнительная оценка эффективности различных энергетических блоков в биполярной хирургии простаты / Д.В. Семёнычев, Ф.А. Севрюков, Д.А. Сорокин, И.В. Карпучин и др // Тихоокеанский медицинский журнал. 2017. №1 (67). С. 88 – 90.
9. Урология. Российские клинические рекомендации / под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. М.: ГЭОТАР Медиа, 2016. 496 с
10. Buss E., Wammakr R., Hohenfellner R. Leiomyom der harnblase // Aktuelle Urol. 1996 №5. P. 347 – 348.
11. Goksel Hasan Goktug, Ufuk Ozturk, Nevzat Can Sener, Can Tuygun, Hasan Bakirtas, Abdurrahim Muhammet Imamoglu. Transurethral resection of a bladder leiomyoma: A case report // Canadian Urological Association Journal. 2014. Vol. 8. Issues 1-2. P. 111 – 113.
12. Goluboff E.T., Toole K.O., Sawczuk L.S. Leiomyoma of bladder: report of case and review of literature // Urology. 1994. №43. P. 238 – 241.
13. Transurethral resection versus open surgery for leiomyoma of urinary bladder – A report of 2 cases / A. Khaitan, A. Seth, A.K. Dinda, I. Singh et al. // International Urogynecology Journal. 2002. №4 (13). P. 270 – 273.
14. Knoll L.D., Segura J.W., Scheithauer B.W. Leiomyoma of bladder // J. Urol. (Baltimore). 1986. №136. P. 906 – 908.
15. Koskivuo I.O., Ala-Opas M.Y. Leiomyoma of bladder: case report // Scand. J. Urol. Neahrol. 1992. №26. P. 193 – 194.
16. Liang He, Shengxian Li, Chao Zheng, Chunxi Wang. Rare symptomatic bladder leiomyoma: case report and literature review // Journal of International Medical Research. 2018. Vol. 46 (4). P. 1678 – 1684.
17. Matsushima M., Asakura H., Sakamoto H. Leiomyoma of the bladder presenting as acute urinary retention in a female patient: urodynamic analysis of lower urinary tract symptom; a case report // BMC Urology. 2010. Vol. 10. P. 13.
18. Endoscopic partial cystectomy for bladder leiomyoma using retroperitoneoscopic and transurethral procedures / T. Murota, Y. Komai, S. Danno, I. Fujita et al. // International Journal of Urology. 2002. №3 (9). P. 190 – 192.
19. Nazih Khater, Ghazi Sakr. Bladder leiomyoma: Presentation, evaluation and treatment // Arab Journal of Urology. 2013. Vol. 11. P. 54 – 61.
20. Bladder leiomyoma presenting as dyspareunia: Case report and literature review / J. Xin, H.P. Lai, S.K. Lin, Q.Q. Zhang et al. // Medicine (Baltimore). 2016 Jul; 95 (28): e3971. doi: 10.1097/MD.0000000000003971. Review. PubMed PMID: 27428187; PubMed Central PMCID: PMC4956781.

References

1. Kalininskaya A.A., Sevryukov F.A. Sovremennye vozmozhnosti transuretral'noj elektrezekcii v fiziologicheskom rastvore v lechenii zabolevanij nizhnih mochevyh putej i prostaty // Mezhdunarodnyj zhurnal eksperimental'nogo obrazovaniya. 2012. №6. S. 41 – 43
2. Lejomioma mochevogo puzyrya (sluchaj iz praktiki) / M.A. Nadirashvili, E.I. Abolmasov, V.V. Harchenko, V.V. Serëgin i dr. // Lugansk. Klinicheskaya onkologiya. 2012. №5 (1), S. 80 – 81.
3. Opuholi mochevogo puzyrya. Morfologicheskaya diagnostika i genetika: ruk-vo dlya vrachej / pod red. YU.YU. Andreevoj, G.A. Frank; RMAPO. M., 2011. S. 29.
4. Sevryukov F.A. Transuretral'naya rezekciya v fiziologicheskom rastvore // Urologiya. 2012. №2. S. 67 – 70.
5. Vozrastnye osobennosti zaboлеваemosti muzhchin boleznyami mocheполовой системы / F.A. Sevryukov, I.A. Kamaev, O.YU. Malinina, YU.A. Elina i dr. // Medicinskij al'manah. 2011. №4 (17). S. 21 – 23.
6. Transuretral'naya elektrohirurgiya novogo pokoleniya (TURIS) v lechenii zabolevanij nizhnih mochevyh putej i prostaty / F.A. Sevryukov, A.B. Puchkin, V.N. Krupin, A.V. CHEbykin i dr. // Urologiya. 2007. №3. S. 28 – 35.

7. Sravnitel'naya ocenka bipolyarnoj transuretral'noj vaporezекcii (TUVRB) i bipolyarnoj rezекcii (TURIS) v lechenii dobrokachestvennoj giperplazii prostaty / D.V. Semenychev, F.A. Sevryukov, D.A. Sorokin, I.V. Karpuhin i dr // Medicinskij vestnik Bashkortostana. 2015. T. 10. №3. S. 16 – 19.

8. Sravnitel'naya ocenka effektivnosti razlichnyh energeticheskikh blokov v bipolyarnoj hirurgii prostaty / D.V. Semyonychev, F.A. Sevryukov, D.A. Sorokin, I.V. Karpuhin i dr // Tihookeanskij medicinskij zhurnal. 2017. №1 (67). S. 88 – 90.

9. Urologiya. Rossijskie klinicheskie rekomendacii / pod red. YU.G. Alyaeva, P.V. Glybochko, D.YU. Pushkarya. M.: GEOTAR Media, 2016. 496 s

10. Buss E., Wammakr R., Hohenfellner R. Leiomyom der harnblase // Aktuelle Urol. 1996 №5. P. 347 – 348.

11. Goksel Hasan Goktug, Ufuk Ozturk, Nevzat Can Sener, Can Tuygun, Hasan Bakirtas, Abdurrahim Muhammet Imamoglu. Transurethral resection of a bladder leiomyoma: A case report // Canadian Urological Association Journal. 2014. Vol. 8. Issues 1-2. P. 111 – 113.

12. Goluboff E.T., Toole K.O., Sawczuk L.S. Leiomyoma of bladder: report of case and review of literature // Urology. 1994. №43. P. 238 – 241.

13. Transurethral resection versus open surgery for leiomyoma of urinary bladder – A report of 2 cases / A. Khaitan, A. Seth, A.K. Dinda, I. Singh et al. // International Urogynecology Journal. 2002. №4 (13). P. 270 – 273.

14. Knoll L.D., Segura J.W., Scheithauer B.W. Leiomyoma of bladder // J. Urol. (Baltimore). 1986. №136. P. 906 – 908.

15. Koskivuo I.O., Ala-Opas M.Y. Leiomyoma of bladder: case report // Scand. J. Urol. Neahrol. 1992. №26. P. 193 – 194.

16. Liang He, Shengxian Li, Chao Zheng, Chunxi Wang. Rare symptomatic bladder leiomyoma: case report and literature review // Journal of International Medical Research. 2018. Vol. 46 (4). P. 1678 – 1684.

17. Matsushima M., Asakura H., Sakamoto H. Leiomyoma of the bladder presenting as acute urinary retention in a female patient: urodynamic analysis of lower urinary tract symptom; a case report // BMC Urology. 2010. Vol. 10. P. 13.

18. Endoscopic partial cystectomy for bladder leiomyoma using retroperitoneoscopic and transurethral procedures / T. Murota, Y. Komai, S. Danno, I. Fujita et al. // International Journal of Urology. 2002. №3 (9). P. 190 – 192.

19. Nazih Khater, Ghazi Sakr. Bladder leiomyoma: Presentation, evaluation and treatment // Arab Journal of Urology. 2013. Vol. 11. P. 54 – 61.

20. Bladder leiomyoma presenting as dyspareunia: Case report and literature review / J. Xin, H.P. Lai, S.K. Lin, Q.Q. Zhang et al. // Medicine (Baltimore). 2016 Jul; 95 (28): e3971. doi: 10.1097/MD.0000000000003971. Review. PubMed PMID: 27428187; PubMed Central PMCID: PMC4956781.

*Knutov A.V., Candidate of Medical Sciences (Ph.D.), Urologist,
Road Clinical Hospital at the station Nizhny Novgorod of JSC “Russian Railways”,
Volodin M.A., Postgraduate,
Volga Medical Research University of Ministry of Healthcare of Russia*

A CASE FROM PRACTICE: SIMULTANEOUS SURGICAL TREATMENT OF THE LEUOMYOMA OF THE URINARY BLADDER AND BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Abstract: leiomyoma is one of the extremely occasional tumors of the bladder. To date, there are no more than 300 clinical observations reported in the literature, most of which occur in the past century. Taking into account the publication of only a few clinical observations, currently there is no standard algorithm for the treatment of this pathology. In this article, we present our own clinical observation of simultaneous treatment of bladder leiomyoma and benign prostatic hyperplasia (BPH) by means of transurethral resection with a bipolar. This method was chosen taking into account the small size of the tumor (2 cm) and localization in the area of the bladder neck on the front surface. Both of these circumstances made it possible not to resort to more “traumatic” surgical methods. In our opinion, these indicators are fundamental in the choice of treatment method, between transurethral technologies and “classical” open (or laparoscopic) resection of the bladder.

Keywords: bladder leiomyoma, benign prostatic hyperplasia, transurethral resection, transurethral enucleation with bipolar