

การวิจัยเชิงกรณีศึกษา โรคหายาก เปรียบเทียบ 2 ราย: ถุงน้ำปากท่อปัสสาวะในเด็ก จำเป็นต้องผ่าตัดออกหรือไม่

วิศา อนงมจลินท์

Case Study: Two Comparative Rare Cases of Paramental Urethral Cysts in Children: Is Surgical Excision Necessary?

Wisa Anegmudchalin

หน่วยงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ

Department of surgery, Samutprakan Hospital

บทคัดย่อ

โรคถุงน้ำปากท่อปัสสาวะเป็นโรคหายากมักพบในเด็ก ผู้ป่วยร้อยละ 20 แสดงอาการรบกวนการปัสสาวะ หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากถุงน้ำ ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐาน การวิจัยเชิงกรณีศึกษาเพื่อค้นหาวิธีมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เข้าใจถึงธรรมชาติการดำเนินโรค เพื่อให้ได้แนวทางการรักษาผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคถุงน้ำปากท่อปัสสาวะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 2 ราย โดยใช้รายงานกรณีศึกษาจากต่างประเทศอ้างอิงเปรียบเทียบ

จากรายงานกรณีศึกษาจากต่างประเทศ พบว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการและขนาดถุงน้ำน้อยกว่า 5 มิลลิเมตร ร้อยละ 6 - 25 ของผู้ป่วย มีแนวโน้มถุงน้ำยุบหายไปเอง ที่ระยะเวลาเฉลี่ย 5.5 - 24 เดือน จึงแนะนำให้ติดตามการรักษาเป็นเวลาอย่างน้อย 24 เดือน หากถุงน้ำไม่ยุบหายไปควรทำการรักษาด้วยการผ่าตัด สำหรับในกลุ่มที่มีอาการและถุงน้ำขนาด 5 มิลลิเมตรขึ้นไป แนะนำรักษาโดยการผ่าตัดถุงน้ำออก แต่ในการศึกษานี้ผู้ป่วยรายแรก ถึงแม้จะมีอาการลำปัสสาวะผิดปกติและถุงน้ำมีขนาด 1 เซนติเมตร เมื่อติดตามนาน 18 เดือนพบว่าถุงน้ำยุบหายไปเอง จึงไม่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งผลที่ได้แตกต่างจากกรณีศึกษาจากต่างประเทศ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มีอาการ ถุงน้ำมีขนาด 1 เซนติเมตร หลังติดตามนาน 5 ปี ถุงน้ำไม่ยุบหายไป สอดคล้องกับข้อมูลรายงานก่อนหน้านี้ว่าเข้าข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด รักษาโดยการผ่าตัดถุงน้ำออก ติดตามการรักษาหลังผ่าตัด 2 เดือน ไม่พบมีภาวะแทรกซ้อนการเกิดถุงน้ำซ้ำ หรือปากท่อปัสสาวะตีบ ดังนั้น ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย แม้ขนาดถุงน้ำมากกว่า 5 มิลลิเมตร แนะนำเริ่มต้นการรักษาจากการสังเกตอาการก่อนได้ หากไม่ยุบหายไปหลัง 24 เดือน จึงควรรักษาโดยการผ่าตัดถุงน้ำออก

คำสำคัญ: ถุงน้ำปากท่อปัสสาวะ, ผ่าตัดถุงน้ำออก, ศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะเด็ก, กรณีศึกษา

Abstract

Parameatal urethral cysts are relatively common in children and often asymptomatic. However, approximately 20% of cases present with urinary disturbances or other complications. Due to their rarity, no standardized treatment guidelines currently exist. This case study aims to explore the natural history of parameatal urethral cysts in children and to propose treatment recommendations. Data were collected from the medical records of two pediatric patients diagnosed with parameatal urethral cysts who received treatment at Samutprakan Hospital between October 1, 2016, and May 31, 2024. A comparative analysis was conducted using international case reports as references.

International case studies indicate that in asymptomatic patients with cysts smaller than 5 millimeters, 6 - 25% resolve spontaneously within an average of 5.5 to 24 months, suggesting that a follow-up period of at least 24 months is advisable. If the cyst does not resolve during this period, cyst excision is recommended. For symptomatic patients with cysts 5 millimeters or larger, cyst excision is generally indicated. In this study, the first patient, who presented with urinary flow disturbances and a 1-centimeter cyst, experienced spontaneous resolution after 18 months of follow-up, contrary to international trends. The second patient, asymptomatic with a 1-centimeter cyst, did not experience spontaneous resolution after a 5-year follow-up, necessitating cyst excision. Post-surgical follow-up at two months showed no recurrence or urethral stricture.

These findings suggest that in asymptomatic or mildly symptomatic patients, even with cysts larger than 5 millimeters, observation may be a reasonable initial approach. Surgical excision should be considered if the cyst does not resolve after 24 months.

Keywords: parameatal urethral cysts, cyst excision, pediatric urology, case study

บทนำ

โรคถุงน้ำปากท่อปัสสาวะ (parameatal urethral cyst) เป็นโรคหายาก จึงไม่มีรายงานอุบัติการณ์โรคที่แน่ชัด โดยถูกรายงานครั้งแรกโดย Ohno ในปี ค.ศ. 1919 พบรายงานตัวอย่างกรณีศึกษาของผู้ป่วยทั่วโลกน้อยกว่า 100 ราย¹ พบได้ในเด็กมากกว่าในผู้ใหญ่ และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง²⁻⁴ พบได้ทั้งที่เป็นมาแต่กำเนิด และเกิดขึ้นภายหลัง⁵ ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคโดยชัดเจน เป็นเพียงสมมุติฐานโดยที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุดตามสมมุติฐานของ Shiraki⁶ คาดว่าน่าจะเกิดจากการอุดตันอุดตันของ parameatal duct จนทำให้เกิดเป็นถุงน้ำปากท่อปัสสาวะขึ้น

โดยส่วนใหญ่โรคนี้พบในเด็ก ร้อยละ 80 ไม่มีอาการ⁷ ในรายที่แสดงอาการจะมาด้วย มีก้อนที่ปากท่อปัสสาวะ ทำให้การปัสสาวะผิดปกติ ปัสสาวะไม่ออก หรือมาด้วยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากถุงน้ำแตกแล้วมีอาการเจ็บ เลือดออก หรืออักเสบติดเชื้อตามมาภายหลัง หากพบในวัยเจริญพันธุ์มักจะมาพบแพทย์ด้วยความผิดปกติของรูปร่างท่อปัสสาวะ กังวล หรือมีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์⁸ การรักษาจึงพิจารณาตามอาการของผู้ป่วย แบ่งเป็น กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ สามารถรักษาโดยการติดตามอาการโดยไม่ต้องผ่าตัด เนื่องจากพบว่าในบางรายถุงน้ำสามารถยุบหายไปเอง^{1,7,9} ในกลุ่มที่มีอาการหรือติดตามอาการแล้วถุงน้ำไม่ยุบหายไป มีการรายงานการรักษาไว้หลายวิธี เช่น การผ่าตัดถุงน้ำปากท่อปัสสาวะออก (excision of parameatal urethral cyst) การเจาะดูดถุงน้ำ (needle aspiration) การผ่าตัดเปิดระบายถุงน้ำ (marsupialization) จากรายงานก่อนหน้านี พบว่าการผ่าตัดถุงน้ำออกเป็นวิธีการที่ได้ผลดีที่สุดในปัจจุบัน เนื่องจากช่วยทำให้ท่อปัสสาวะดูสวยงามมีลักษณะใกล้เคียงท่อปัสสาวะปกติมากขึ้น และป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของถุงน้ำได้ ผลการติดตามหลังการผ่าตัด ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนของท่อปัสสาวะตีบตามมา^{8,10}

เนื่องจากโรคถุงน้ำปากท่อปัสสาวะเป็นโรคที่พบน้อย และในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐาน การศึกษานี้จะใช้ข้อมูลจากการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยจำนวน 2 ราย โดยผู้ป่วยรายแรกมีอาการเล็กน้อยเกี่ยวกับลำปัสสาวะเอียง ส่วนในรายที่ 2 ไม่มีอาการ นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวผู้ป่วยเองไม่รู้สึกรู้สีกว่าถุงน้ำปากท่อปัสสาวะเป็นปัญหา ไม่ได้รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน แต่มารดาและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคนี้ กรณีศึกษานี้ได้วิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลรายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยถุงน้ำปากท่อปัสสาวะจากต่างประเทศที่ถูกรายงานก่อนหน้านี้อ้างอิงเปรียบเทียบ เพื่อให้ได้แนวทางการรักษาผู้ป่วย ลดภาระการผ่าตัดที่ไม่จำเป็น และสามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับการดำเนินโรคได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เข้าใจถึงธรรมชาติการดำเนินโรค และเพื่อให้ได้แนวทางการรักษาผู้ป่วยถุงน้ำปากท่อปัสสาวะในเด็ก

วิธีดำเนินการ

เป็นการวิจัยเชิงกรณีศึกษาเพื่อค้นหา (exploratory case study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคถุงน้ำปากท่อปัสสาวะ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ตั้งแต่

1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 2 ราย เปรียบเทียบวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต การตรวจร่างกาย ผลทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัย การรักษา และใช้ข้อมูล รายงานกรณีศึกษาจากต่างประเทศอ้างอิงเปรียบเทียบ เพื่อให้ได้แนวทางการรักษาโรคถุงน้ำปากท่อปัสสาวะ ในเด็ก

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยถุงน้ำปากท่อปัสสาวะในโรงพยาบาลสมุทรปราการตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 พบมีจำนวน 2 ราย ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1: เด็กชายไทย อายุ 15 ปี โรคประจำตัวภาวะบกพร่องทางสติปัญญา และโรคซึมเศร้า (mild degree of mental retardation and depressive disorder) มารดาให้ประวัติ พบมีถุงน้ำใสที่ปลายท่อปัสสาวะ 2 เดือน ปัสสาวะได้ปกติ แต่ลำปัสสาวะเอียง ไม่เจ็บ ถุงน้ำโตเท่าเดิม มารดากังวลกลัวเป็นเนื้องอกจึงพามาปรึกษา ปฏิเสธประวัติอุบัติเหตุกระดูกแตกบริเวณอวัยวะเพศ ปฏิเสธประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ตรวจร่างกาย พบมีก้อนถุงน้ำอยู่ในตำแหน่งขอบด้านขวาของปากท่อปัสสาวะ (cystic mass at right lateroventral part of urethral meatus) ขนาด 1 เซนติเมตร ไม่เจ็บ ไม่มีลักษณะของการอักเสบ ตรวจไม่พบลักษณะของกระเพาะปัสสาวะเต็ม (not full bladder) ผลตรวจปัสสาวะ (urine analysis) ปกติ ผลตรวจคลื่นความถี่สูงระบบปัสสาวะ (US KUB) ปกติ ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น โรคถุงน้ำปากท่อปัสสาวะ (parameatal urethral cyst) รักษาโดยการสังเกตอาการ นัดติดตามอาการ 6 เดือน (26 มีนาคม พ.ศ. 2560) ผู้ป่วยไม่มาติดตามอาการตามนัด โทรสอบถามอาการแจ้งว่าอาการดีขึ้น ถุงน้ำที่ปากท่อปัสสาวะเล็กลง ยังไม่ขอทำผ่าตัด ติดตามอาการที่ 18 เดือน (26 มีนาคม พ.ศ. 2561) ก้อนยุบลงจนหมด ไม่มีอาการผิดปกติ ติดตามอาการที่ 7 ปี (28 มีนาคม พ.ศ. 2567) ไม่พบมีก้อนเกิดขึ้นซ้ำอีก ปัสสาวะปกติ



ภาพที่ 1 ลักษณะถุงน้ำปากท่อปัสสาวะของผู้ป่วยรายที่ 1 ครั้งแรกที่มาพบแพทย์



ภาพที่ 2 ถุงน้ำปากท่อปัสสาวะของผู้ป่วยรายที่ 1 ยุบหายไปโดยสมบูรณ์ 18 เดือนหลังเริ่มมีอาการ

กรณีศึกษา รายที่ 2: เด็กชายไทย อายุ 11 ปี โรคประจำตัวออทิสซึม (autism) มาด้วยญาติสังเกตพบมีตุ่มน้ำที่ปากท่อปัสสาวะ 2 สัปดาห์ ไม่เจ็บ ยังปัสสาวะออกได้ปกติ ญาติกังวลกลัวก้อนขวางการปัสสาวะ 1 สัปดาห์ก่อน มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมทั่วไป ได้รับการรักษาแบบเริ่มที่อวัยวะเพศ ได้ยารับประทานอาการไม่ดีขึ้น แล้วนัดมาพบศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ ปฏิเสธประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ตรวจร่างกาย พบมีก้อนถุงน้ำอยู่ในตำแหน่งขอบด้านซ้ายล่างของปากท่อปัสสาวะ (cystic mass at left lateroventral part of urethral meatus) ขนาด 5 มิลลิเมตร ไม่เจ็บ ไม่มีลักษณะของการอักเสบ ตรวจไม่พบลักษณะของกระเพาะปัสสาวะเต็ม (not full bladder) ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น โรคถุงน้ำปากท่อปัสสาวะ (parameatal urethral cyst)



ภาพที่ 3 ลักษณะถุงน้ำปากท่อปัสสาวะของผู้ป่วยรายที่ 2

ได้รับการรักษาโดยการติดตามอาการทุก 6 เดือน (ตุลาคม พ.ศ. 2562 – ตุลาคม พ.ศ. 2563) ไม่พบมีอาการผิดปกติ ถุงน้ำขนาดเท่าเดิม หลังจากนั้นติดตามทุก 1 ปี (ตุลาคม พ.ศ. 2563 - ตุลาคม พ.ศ. 2566) ปัสสาวะไม่ขัด ถุงน้ำไม่โตขึ้น ญาติต้องการทำผ่าตัด จึงเข้ารับการผ่าตัดนำถุงน้ำปากท่อปัสสาวะออก และขริบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (parameatal urethral cyst excision with circumcision under general anesthesia) ในวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2567 พบว่าถุงน้ำปากท่อปัสสาวะมีขนาดความกว้าง 0.5 เซนติเมตร ยาว 0.5 เซนติเมตร ลึก 1 เซนติเมตร และหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศรูเปิดได้แต่มีความยาวมากกว่าปกติ (finding: cystic lesion at left lateroventral part of meatus size 0.5 x 0.5 x 1 cm, long prepuce, no phimosis)

หลังผ่าตัดใส่สายสวนปัสสาวะไว้ 5 วัน พบมีเลือดซึมจากแผลผ่าตัด ในช่วง 5 วันแรก หลังนำสายสวนปัสสาวะออก ปัสสาวะได้ตามปกติ เลือดซึมลดลงจึงให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 9 วัน (ญาติขออนอนพักในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ เนื่องจากมีปัญหาไม่มีคนดูแลหากกลับบ้าน จึงขออนอนพักจนแผลหาย)



ภาพที่ 4 ภาพในห้องผ่าตัดหลังผ่าตัด circumcision และ หลังผ่าตัด excision parameatal urethral cyst ตามลำดับ

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา พบเป็นถุงน้ำชนิดไม่ร้ายแรงที่มีการอักเสบเรื้อรังร่วมด้วย (benign cyst lined by ciliated pseudostratified columnar epithelium with mild chronic inflammation)



ภาพที่ 5 ภาพถ่ายทางพยาธิวิทยา ของถุงน้ำปากท่อปัสสาวะผู้ป่วยรายที่ 2

ผลการติดตามการรักษา หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ (27 มีนาคม พ.ศ. 2567) เจ็บแผลลดลง แผลแห้งดี ไม่มีเลือดซึม ปัสสาวะเป็นลำดี ไม่แตกเป็นสาย หลังผ่าตัด 2 เดือน (29 พฤษภาคม พ.ศ. 2567) แผลหายดี ทั้งหมด ปัสสาวะเป็นลำปกติ ไม่มีลักษณะของท่อปัสสาวะตีบ ไม่พบมีถุงน้ำเกิดเป็นซ้ำอีก



ภาพที่ 6 ภาพลักษณะปากท่อปัสสาวะผู้ป่วยรายที่ 2 หลังทำผ่าตัด excision paramental urethral cyst 2 เดือน

จากข้อมูลที่ได้พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีประวัติที่คล้ายกัน คือ เป็นเพศชาย อายุไม่เกิน 15 ปี ถุงน้ำเกิดขึ้นภายหลัง ไม่ได้เป็นแต่กำเนิด มาด้วยอาการนำ คือ มารดาหรือญาติพบมีถุงน้ำที่ปากท่อปัสสาวะ และ

ครอบครัวมีความกังวลเกี่ยวกับโรค ตรวจร่างกายพบถุงน้ำอยู่ในตำแหน่งด้านข้างและล่างของปากท่อปัสสาวะ (lateroventral part of meatus) ขนาด 1 เซนติเมตร ผลของการรักษาทั้ง 2 กรณี ไม่พบมีผลภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

ข้อมูลที่แตกต่างกันของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย คือ ในผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการของถุงน้ำรบกวนลำปัสสาวะทำให้ลำปัสสาวะเอียง ติดตามการรักษาพบว่าถุงน้ำยุบหายไปเองโดยไม่ต้องผ่าตัด ส่วนในผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มีอาการ เมื่อติดตามนาน 5 ปี พบว่าถุงน้ำไม่ยุบหายไป จึงได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด (excision of parameatal urethral cyst) ผลทางพยาธิวิทยาเป็นถุงน้ำไม่ร้ายแรง (benign cyst) ติดตามการรักษาหลังผ่าตัด 2 เดือน ไม่พบมีภาวะแทรกซ้อนในเรื่องของการเกิดถุงน้ำซ้ำหรือปากท่อปัสสาวะตีบ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลของผู้ป่วยถุงน้ำปากท่อปัสสาวะทั้ง 2 ราย

ข้อมูลผู้ป่วย	รายที่ 1	รายที่ 2
ช่วงเวลาที่ยุป่วยเข้ารับการรักษา	6 ตุลาคม 2559 - 28 มีนาคม 2567	1 ตุลาคม 2562 - 29 พฤษภาคม 2567
เพศ	ชาย	ชาย
วัยที่พบถุงน้ำปากท่อปัสสาวะ	เด็ก อายุ 15 ปี	เด็ก อายุ 11 ปี
อาการสำคัญที่นำมาพบแพทย์	ถุงน้ำที่ท่อปัสสาวะ	ตุ่มใสที่ท่อปัสสาวะ
อาการแสดง	ลำปัสสาวะเอียง	ไม่มีอาการผิดปกติ
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา	ออทิสซึม
ตำแหน่งของถุงน้ำปากท่อปัสสาวะ	right lateroventral part of meatus	left lateroventral part of meatus
ขนาดถุงน้ำปากท่อปัสสาวะ	1 เซนติเมตร	1 เซนติเมตร (จากขนาดที่วัดขณะผ่าตัด)
ความกังวลของครอบครัว	กังวลกลัวเป็นเนื้องอก	กังวลกลัวขวางท่อปัสสาวะ
การวินิจฉัยสุดท้าย	Parameatal urethral cyst	Parameatal urethral cyst
การรักษา	สังเกตอาการ	ผ่าตัด excision parameatal urethral cyst
ผลพยาธิวิทยา	-	benign cyst lined by ciliated pseudostratified columnar epithelium with mild chronic inflammation
การติดตามการรักษา	ติดตามจนถึง มีนาคม 2567 ผู้ป่วยอายุ 23 ปี ไม่พบมีถุงน้ำเกิดขึ้นซ้ำ	ติดตาม 2 เดือนหลังผ่าตัด ไม่พบถุงน้ำเกิดขึ้นซ้ำและไม่พบภาวะแทรกซ้อนท่อปัสสาวะตีบหลังผ่าตัด

อภิปรายผล

จากผลการศึกษารายกรณี ผู้ป่วยรายแรก อายุ 15 ปี มีอาการลำปัสสาวะผิดปกติและถุงน้ำมีขนาดมากกว่า 5 มิลลิเมตร ตามข้อมูลที่ได้จากรายงานกรณีศึกษาจากต่างประเทศแนะนำให้รักษาด้วยการผ่าตัดนำ

ถุงน้ำออก แต่เนื่องจากผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงจึงรักษาโดยติดตามอาการไปก่อน พบว่าถึงแม้ถุงน้ำจะมีขนาดมากกว่า 5 มิลลิเมตร แต่ก็ยุบหายไปได้เองที่ 18 เดือนหลังเริ่มมีอาการ จึงไม่ได้รับการผ่าตัด ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 อายุ 11 ปี ไม่มีอาการ ถุงน้ำมีขนาดเล็ก 5 มิลลิเมตร (จากการตรวจร่างกายในการเข้ารับการรักษาครั้งแรก แต่ภายหลังตรวจพบในขณะที่ผ่าตัดว่าถุงน้ำมีขนาด 1 เซนติเมตร ในแนวลึก) หลังติดตามนาน 5 ปี ถุงน้ำไม่ยุบหายไป สอดคล้องกับข้อมูลรายงานก่อนหน้านี้ว่าหากติดตามอาการแล้วถุงน้ำไม่ยุบหายไปเองใน 24 เดือน แนะนำรักษาโดยการผ่าตัด ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดถุงน้ำออก

โรคถุงน้ำปากท่อปัสสาวะ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁵ พบได้ทั้งที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลัง โดยส่วนใหญ่พบมีถุงน้ำตั้งแต่วัยเด็ก เป็นส่วนน้อยที่เกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่^{1,8,9} จากรายงานของ Tanaka et al.⁹ ได้ทำการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective review) ในผู้ป่วยถุงน้ำปากท่อปัสสาวะ จำนวน 54 ราย พบว่าอายุเฉลี่ยของการพบเกิดโรคอยู่ที่ 35 เดือนและทั้งหมดพบที่อายุไม่เกิน 15 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นเพศชาย อายุที่พบถุงน้ำครั้งแรกอยู่ในช่วงอายุไม่เกิน 15 ปี โดยในรายแรกพบเกิดที่อายุ 15 ปี ในรายที่ 2 พบเกิดขึ้นที่อายุ 11 ปี นอกจากนี้การศึกษาของ Cha et al.¹¹, Akhmetov et al.², และ Nale et al.¹² พบมีการรายงานการพบถุงน้ำปากท่อปัสสาวะในวัยผู้ใหญ่ด้วย โดยพบที่อายุ 18, 25 และ 34 ปี ตามลำดับ

จากรายงานของ Matsuyama et al.⁷ พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยถุงน้ำปากท่อปัสสาวะในเด็กไม่มีอาการ ในรายที่มีอาการ เช่น การรบกวนลำปัสสาวะ หากถุงน้ำมีขนาดใหญ่อาจขวางท่อปัสสาวะทำให้ปัสสาวะไม่ออกได้^{1,8} เกิดภาวะแทรกซ้อนจากถุงน้ำแตกทำให้มีอาการเจ็บ มีเลือดออก หรือมีการอักเสบติดเชื้อได้ หากพบเกิดในวัยเจริญพันธุ์ มักจะมาพบแพทย์ด้วยเรื่องความผิดปกติของรูปร่างท่อปัสสาวะ กังวลหรือมีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์⁸ ดังในรายงานของ Nale et al.¹² ได้กล่าวถึง กรณีศึกษาผู้ป่วยถุงน้ำปากท่อปัสสาวะเพศชายอายุ 35 ปี พบมีปัญหาขาดความเชื่อมั่นในตนเองเนื่องจากมีปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์ ในการศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายแรกมีอาการเล็กน้อยเกี่ยวกับลำปัสสาวะเอียง ส่วนในรายที่ 2 ไม่มีอาการ นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวผู้ป่วยเองไม่รู้สึกรู้สีกว่าถุงน้ำปากท่อปัสสาวะเป็นปัญหา ไม่ได้รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน แต่มารดาและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคนี้

ครอบครัวของผู้ป่วยมักกังวลว่าถุงน้ำปากท่อปัสสาวะเกิดจากสาเหตุใด และจะต้องรักษาอย่างไร พบว่าในปัจจุบัน เนื่องจากโรคถุงน้ำปากท่อปัสสาวะเป็นโรคที่พบน้อย สาเหตุของการเกิดโรคยังไม่ทราบชัดเจน ข้อมูลที่ได้ยังคงเป็นเพียงสมมติฐานการเกิดโรค โดยคาดว่า 1) เกิดจากการอุดตันอุดตันของ paraurethral duct ซึ่งสาเหตุการอุดตันอาจเกิดโดยแต่กำเนิด การติดเชื้อหรือการบาดเจ็บภายหลัง^{1,13,14} 2) เกิดจากส่วนของเนื้อเยื่อที่เหลืออยู่หลังจากผิวหนังบริเวณหัวอวัยวะเพศแยกตัวออกจากหัวอวัยวะเพศในช่วงการพัฒนาระยะก่อน¹⁵ 3) เกิดจากความบกพร่องในการพัฒนาของตัวอ่อนหรือการปิดตัวของเนื้อเยื่อแนวกลางบริเวณส่วนหัวองคชาติแนวยาวไปจนถึงทวารหนัก (median raphe) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเป็นถุงน้ำตามแนวดังกล่าว (median raphe cyst) แต่สมมติฐานนี้ยังอธิบายได้ไม่ชัดเจนนัก เนื่องจากแนวของการเกิด paramental urethral cyst จะเกิดด้านข้างนอกแนวกลาง ซึ่งไม่เหมือนกับการเกิดของ median raphe cyst¹⁶

การวินิจฉัยโรค ได้จากการตรวจร่างกายเป็นหลัก จากรายงานของ Akhmetov et al.² ได้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งของถุงน้ำบริเวณอวัยวะเพศ พบว่าร้อยละ 28 - 33.9 ของผู้ป่วยถุงน้ำบริเวณอวัยวะเพศ พบในตำแหน่งปากท่อปัสสาวะ และจากการเก็บข้อมูลของ Halder et al.¹⁰ พบว่าตำแหน่งที่พบได้บ่อย คือด้านข้างและล่างของปากท่อปัสสาวะ (lateroventral part) ขนาดโดยเฉลี่ยไม่เกิน 1 เซนติเมตร จากการศึกษานี้ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบถุงน้ำเกิดในตำแหน่งด้านข้างและล่างของปากท่อปัสสาวะ (lateroventral part) เหมือนกัน แต่เป็นคนละด้าน และขนาดไม่เกิน 1 เซนติเมตร ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลดังกล่าว

มีรายงานการศึกษาก่อนหน้านี้หลายฉบับให้ข้อมูลว่าถุงน้ำปากท่อปัสสาวะสามารถยุบหายไปได้เมื่อเฝ้าติดตามไประยะเวลาหนึ่ง เช่น Maliki et al.¹ พบว่าร้อยละ 6 - 25 ของผู้ป่วยถุงน้ำปากท่อปัสสาวะ ถุงน้ำยุบหายไปได้เอง การศึกษาของ Tanaka et al.⁹ พบว่าจากการศึกษาผู้ป่วยโรคถุงน้ำปากท่อปัสสาวะในเด็กจำนวน 54 ราย ร้อยละ 22 ถุงน้ำยุบหายไปได้เองหลังติดตามการรักษาในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 5.5 เดือน และในกลุ่มนี้ขนาดถุงน้ำจะมีขนาดเล็กกว่า 5 มิลลิเมตร การศึกษาของ Matsuyama et al.⁷ ได้ทำการติดตามการรักษาในระยะยาวในผู้ป่วยจำนวน 46 ราย พบว่า ถุงน้ำในเด็กมักเป็นแต่กำเนิด ร้อยละ 25 ถุงน้ำยุบหายไปได้เอง ที่อายุเฉลี่ย 24 เดือน (ในช่วง 6 - 110 เดือน) และผู้ป่วยในกลุ่มนี้ร้อยละ 82.6 ขนาดของถุงน้ำเล็กกว่า 5 มิลลิเมตรเช่นกัน

สำหรับการรักษา ถึงแม้จะเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ไม่อันตราย แต่เป็นโรคที่สร้างความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว จุดประสงค์ของการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีอาการจึงมุ่งเพื่อให้ถุงน้ำยุบหายไปให้ปากท่อปัสสาวะกลับมามีรูปร่างใกล้เคียงปกติ ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต และไม่ให้ถุงน้ำกลับเป็นซ้ำอีก ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการ เช่น การปัสสาวะที่ผิดปกติไปจากเดิม รบกวนลำปัสสาวะ มีภาวะอุดตันท่อปัสสาวะจนทำให้เกิดปัสสาวะไม่ออก ถุงน้ำรบกวนการมีเพศสัมพันธ์ หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการที่ถุงน้ำแตก แล้วทำให้มีการบาดเจ็บ มีอาการปวด เลือดออก อักเสบติดเชื้อ ในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีข้อบ่งชี้โดยสมบูรณ์ในการรักษา

ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยรายที่ 1 ถึงแม้ถุงน้ำจะมีขนาด 1 เซนติเมตรและมีอาการ คือ รบกวนลำปัสสาวะ ผู้ศึกษาได้ติดตามอาการที่ 6 เดือนพบว่าถุงน้ำเริ่มยุบลง และหายไปทั้งหมดที่ 18 เดือน อาการปัสสาวะปกติ จึงไม่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาก่อนหน้านี้ว่าถุงน้ำในเด็กอาจยุบหายไปได้เอง แต่ที่แตกต่าง คือ ขนาดของถุงน้ำ โดยพบว่าโอกาสที่ถุงน้ำจะยุบหายไปได้เองมักเกิดขึ้นในถุงน้ำขนาดน้อยกว่า 5 มิลลิเมตร ในกรณีของผู้ป่วยรายแรกมีขนาดของถุงน้ำ 1 เซนติเมตร แต่ก็ยังสามารถยุบหายไปได้เองหลังติดตามอาการ ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงแนะนำวิธีการรักษาในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ หรืออาการน้อย ให้เริ่มการรักษาโดยการติดตามอาการก่อนได้ (watchful and waiting) หากไม่ดีขึ้นจึงพิจารณาการรักษาโดยวิธีอื่น โดยขนาดของถุงน้ำที่ไม่เกิน 5 มิลลิเมตร มีโอกาสยุบหายไปได้เองมากกว่าถุงน้ำที่มีขนาดใหญ่

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการ หรือถุงน้ำไม่ยุบหายไปหลังติดตามการรักษา จากการศึกษาก่อนหน้านี้ได้มีรายงานวิธีการรักษาไว้หลายรูปแบบ ได้แก่ 1) ผ่าตัดถุงน้ำออก (excision cyst) เป็นวิธีการรักษาที่ได้ประสิทธิภาพสูงสุด เนื่องจากโอกาสการเกิดเป็นซ้ำต่ำ^{1,17} 2) การเจาะดูดถุงน้ำ (needle aspiration) การเจาะดูดด้วยเข็มเพื่อทำให้ถุงน้ำยุบลง พบมีรายงานการรักษาด้วยวิธีการนี้ แต่ผลของการรักษาไม่ดีมากนัก

เนื่องจากพบมีอัตราการเกิดเป็นซ้ำสูง จากรายงานของ Sinha et al.⁸ พบว่าการรักษาโดยวิธีนี้ มีการเกิดถุงน้ำซ้ำได้เร็วภายใน 3 วันหลังเจาะดูด และโดยส่วนใหญ่เกิดเป็นซ้ำภายใน 6 เดือน สำหรับในเด็กเนื่องจากพบว่ามีโอกาสถุงน้ำยุบหายไปตัวเอง ดังนั้นอาจพิจารณาเลือกใช้วิธีการรักษานี้ได้ เป็นการทุเลาอาการรักษาชั่วคราวไปก่อน เพื่อรอเวลาให้ถุงน้ำยุบหายไปเอง 3) การผ่าตัดเปิดระบายถุงน้ำ (marsupialization) การรักษาด้วยวิธีนี้ยังคงมีส่วนที่เหลืออยู่ของตัวถุงน้ำทำให้มีโอกาสเกิดซ้ำได้ และมีปัญหาในเรื่องการหายของแผลที่ไม่สวยงามทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจได้¹¹

ในผู้ป่วยรายที่ 2 หลังติดตามการรักษา 5 ปี พบว่าถุงน้ำปากท่อปัสสาวะไม่หายไป ครอบครัวมีความวิตกกังวล จึงตัดสินใจเลือกการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งวิธีการผ่าตัดถุงน้ำออก (excision cyst) ถูกพิจารณาเลือกเป็นวิธีการรักษาในผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากมีโอกาสหายขาดสูง และผลหลังผ่าตัดรูปร่างของปากท่อปัสสาวะมีลักษณะใกล้เคียงท่อปัสสาวะปกติมากที่สุด หลังผ่าตัดติดตามอาการที่ 2 เดือน ไม่พบการเกิดเป็นซ้ำของถุงน้ำ ไม่พบท่อปัสสาวะตีบ หรือลำปัสสาวะผิดปกติ ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจกับผลของการผ่าตัด

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Cha et al.¹¹ ได้ให้ความสำคัญในขั้นตอนการส่องกล้องท่อปัสสาวะ (cystourethroscopy) เพื่อประเมินขอบเขตของถุงน้ำก่อนเริ่มทำการผ่าตัด ให้ข้อมูลว่าช่วยให้การวางแผนการผ่าตัดได้สมบูรณ์มากขึ้น ทำให้การผ่าตัดปากท่อปัสสาวะมีความสวยงาม และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ซึ่งในผู้ป่วยรายที่ 2 ได้เข้ารับการผ่าตัด แต่ไม่ได้มีการส่องกล้องท่อปัสสาวะก่อนเริ่มการผ่าตัด พบว่าในขณะที่ทำการผ่าตัด การเลาะถุงน้ำทำได้ยากกว่าที่วางแผนไว้ เนื่องจากหากประเมินขอบเขตของถุงน้ำปากท่อปัสสาวะจากด้านนอกท่อปัสสาวะอย่างเดียวจะพบว่า วัดขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางได้ 0.5 เซนติเมตร แต่ไม่สามารถประเมินความลึกได้ เมื่อทำการผ่าตัดเลาะไปตามแนวความลึกของถุงน้ำ พบว่ามีความลึก 1 เซนติเมตร ทำให้ปากท่อปัสสาวะด้านที่ถุงน้ำเกิดอยู่หลังทำการผ่าตัด มีรอยหว้าลึกต่ำกว่าปากท่อปัสสาวะด้านตรงข้ามเล็กน้อย มีผลต่อความสวยงามของปากท่อปัสสาวะ แต่อย่างไรก็ตาม ผลการติดตามการรักษาหลังผ่าตัดไม่พบมีภาวะแทรกซ้อนในเรื่องการเกิดปากท่อปัสสาวะตีบ หรือการรบกวนลำปัสสาวะแต่อย่างใด ผู้ศึกษามีความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยรายที่ 2 นี้ หากได้ส่องกล้องท่อปัสสาวะก่อนเริ่มผ่าตัด แล้วสามารถประเมินความลึกของถุงน้ำได้ก่อน น่าจะได้ประโยชน์ในด้านการวางแผนการผ่าตัดให้สามารถผ่าตัดเลาะถุงน้ำได้สมบูรณ์มากขึ้น ในด้านความสวยงาม ลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดไม่ให้เกิดการบาดเจ็บของปากท่อปัสสาวะจนก่อให้เกิดปากท่อปัสสาวะตีบหรือ ปากท่อปัสสาวะไม่เรียบร้อยรบกวนลำปัสสาวะตามมาได้ แต่ในผู้ป่วยที่ถุงน้ำไม่ต่ง หรือมีขนาดเล็ก การส่องกล้องท่อปัสสาวะอาจจะไม่ช่วยในการประเมินขอบเขตของการผ่าตัด ผู้ศึกษาจึงเห็นว่า การส่องกล้องท่อปัสสาวะก่อนเริ่มผ่าตัดควรทำ แต่อาจจะไม่ได้ประโยชน์ในทุกราย

สำหรับผลการตรวจทางพยาธิวิทยา สามารถใช้ในการแบ่งรูปแบบของถุงน้ำปากท่อปัสสาวะได้ จากการศึกษาของ Cha et al.¹¹ พบว่าผลทางพยาธิวิทยาของถุงน้ำปากท่อปัสสาวะเป็นชนิดไม่ร้ายแรง (benign) ทั้งสิ้น โดยแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้ 1) urethral type cyst เซลล์ที่พบเป็นชนิด stratified columnar, cuboidal, transitional epithelium ชนิดนี้พบได้บ่อยที่สุด ประมาณร้อยละ 70.1 2) epidermal type cyst เซลล์ที่พบเป็นชนิด squamous epithelium พบได้ร้อยละ 10.9 3) Mixed type cyst เซลล์ที่พบเป็นชนิด columnar, transitional และ squamous epithelium พบได้ร้อยละ 4.6

ในผู้ป่วยรายที่ 2 ที่เข้ารับการผ่าตัด ผลพยาธิวิทยาพบเป็น urethral type cyst ซึ่งเป็นถุงน้ำชนิดไม่ร้ายแรง (benign cyst) ที่พบได้บ่อยกว่าถุงน้ำชนิดอื่น

สรุปและข้อเสนอแนะ

โรคถุงน้ำปากท่อปัสสาวะ หรือ parameatal urethral cyst เป็นโรคที่พบได้น้อยจึงไม่มีรายงานอุบัติการณ์โรคที่แน่ชัด ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐาน จากการศึกษากรณีเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในช่วง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 – พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ร่วมกับข้อมูลกรณีศึกษาจากต่างประเทศก่อนหน้านี้ ผู้ศึกษาขอสรุปเป็นแนวทางการรักษาโรคถุงน้ำปากท่อปัสสาวะ ได้ดังนี้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลุ่มที่ไม่มีอาการ และขนาดถุงน้ำน้อยกว่า 5 มิลลิเมตร มีแนวโน้มถุงน้ำยุบหายไปเอง จึงแนะนำติดตามการรักษาเป็นเวลาอย่างน้อย 24 เดือน หากถุงน้ำไม่ยุบหายไปควรทำการรักษาด้วยการผ่าตัด ในกลุ่มที่มีอาการ และถุงน้ำขนาด 5 มิลลิเมตรขึ้นไป แนะนำรักษาโดยการผ่าตัดถุงน้ำออก แต่ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยรายแรก ถึงแม้จะมีอาการลำปัสสาวะผิดปกติและถุงน้ำมีขนาด 1 เซนติเมตร เมื่อติดตามการรักษานาน 18 เดือน พบว่าถุงน้ำยุบหายไปเอง จึงไม่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานี้แตกต่างจากกรณีศึกษาจากต่างประเทศ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มีอาการ ถุงน้ำมีขนาด 1 เซนติเมตร หลังติดตามนาน 5 ปี ถุงน้ำไม่ยุบหายไป ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานกรณีศึกษาจากต่างประเทศว่าเข้าข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดถุงน้ำออก ติดตามอาการหลังผ่าตัด 2 เดือนไม่พบถุงน้ำเกิดซ้ำ และไม่พบมีภาวะแทรกซ้อนท่อปัสสาวะตีบตามมา

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาแนะนำแนวทางการรักษาในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ หรือมีอาการเล็กน้อย ถึงแม้ขนาดถุงน้ำมากกว่า 5 มิลลิเมตร ก็ยังสามารถเริ่มต้นการรักษาจากการสังเกตอาการก่อนได้ หากถุงน้ำไม่ยุบหายไปหลังติดตามอาการนาน 24 เดือน ควรพิจารณาการรักษาโดยผ่าตัดถุงน้ำออก (excision cyst) ซึ่งพบว่าเป็นวิธีการรักษาที่ได้ประโยชน์สูงสุดในทุกด้าน กล่าวคือ ไม่พบมีรายงานการเกิดเป็นซ้ำของถุงน้ำหลังผ่าตัด ยังไม่พบมีภาวะแทรกซ้อนเรื่องท่อปัสสาวะตีบตามมา รวมทั้งหลังผ่าตัดทำให้ท่อปัสสาวะมีความสวยงามใกล้เคียงปากท่อปัสสาวะปกติมากกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่น โดยการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดสามารถทำได้โดยการฉีดยาเฉพาะที่ แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่พบในเด็กจึงจำเป็นต้องให้การผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

โรคถุงน้ำปากท่อปัสสาวะเป็นโรคที่พบได้น้อย มักพบในผู้ป่วยเด็ก ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีความกังวล รวมทั้งศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะไม่คุ้นเคยกับโรคนี้ การวิจัยเชิงกรณีศึกษานี้จะช่วยเป็นแนวทางในการวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง ให้การรักษาที่เหมาะสม ลดภาระการผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่จำเป็น ลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และสามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับธรรมชาติการดำเนินโรคได้อย่างถูกต้อง

จุดอ่อนของการวิจัยเชิงกรณีศึกษานี้ คือ จำนวนกรณีศึกษาน้อย เนื่องจากเป็นโรคหายาก การอภิปรายผลต้องใช้ข้อมูลจากกรณีศึกษาต่างประเทศที่มีรายงานก่อนหน้านี้มาเป็นกรอบทฤษฎีอ้างอิง

เปรียบเทียบ จึงเป็นการวิจัยเน้นเชิงคุณภาพมากกว่าปริมาณ ผลสรุปที่ได้ไม่เที่ยงตรงมากนัก ข้อเสนอแนะเพื่อ
การวิจัยในอนาคต ควรสนับสนุนให้มีการรายงานกรณีศึกษาโรครหายาก เพื่อเก็บรวบรวมเป็นฐานข้อมูลช่วยใ้
การวิจัยในอนาคตได้ผลที่เที่ยงตรงชัดเจนมากขึ้น และหวังว่าข้อมูลจากงานวิจัยเชิงกรณีศึกษาฉบับนี้จะเป็น
ประโยชน์ในการศึกษาต่อยอดพัฒนาความรู้แนวทางการรักษาโรคถุงน้ำปากล่อปัสสาวะต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Maliki A, Djatisoesanto W, Hoetama S, Santoso AD. Parameatal urethral cyst: A case series of three rare cases and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2023;107(108341):19.
2. Akhmetov D, Zhanbyrbekuly U, Nurberdiyev A, Baskakov V, Khairli G, Suleiman M. Parameatal cyst: A presentation of a rare case and literature review. *J CLIN MED KAZ.* 2023;20(1):65-7.
3. Shibayama T, Nakashima J, Nakamura S, Morinaga S. A case of parameatal urethral cyst with calculi. *Hinyokika Kyo.* 1993;39(10):961-3.
4. S L, Ankur A. Parameatal cyst: a presentation of rare case and review of literature. *J Clin Diagn Res.* 2013;7(8):1757-8.
5. Song SH, Kim DS. Neonate with a parameatal urethral cyst: *AME Case Rep.* 2019 May 27;3:16. doi: 10.21037/acr.2019.05.06. eCollection 2019.
6. Shiraki IW. Parametal cysts of the glans penis: a report of 9 cases. *J Urol.* 1975;114(4):544-8.
7. Matsuyama S, Matsui F, Yazawa K, Matsumoto F, Shimada K, Matsuoka K. Long-term Follow-up of Median Raphe Cysts and Parameatal Urethral Cysts in Male Children. *Urology.* 2017;101:99-103.
8. Sinha RK, Mukherjee S, Mitra N, Saha B, Kumar J. Parameatal Cyst : A report of Two Cases and Review of Literature: *Malays J Med Sci.* 2015 Nov;22(6):71-3.
9. Tanaka K, Nakazawa-Tanaka N, Urao M. Do Parameatal Urethral Cysts in Children Need Surgical Excision? *Urology.* 2022;167:198-200.
10. Halder P, Mandal KC, Kumar R, Mukhopadhyay M. Parameatal cyst: A report of five cases. *Indian Journal of Paediatric Dermatology.* 2017;18(3).
11. Cha WH, Jang TJ, Ha JY. Parameatal Urethral Cyst in Adult: Should be Excised. *Keimyung Med J.* 2023;42(1):62-5.
12. Nale D, Babic U, Nale P, Stankovic B, Eric L, Dimitrijevic J. Median Raphe (Parameatal) Cyst of the Penis as Reversible Cause of Loss of Self-Esteem and Impaired Sexual Behaviour. *Arch Surg Clin Case Rep* 2023;6(1).

13. Oka M, Nakashima K, Sakoda R. Congenital paramental urethral cyst in the male. Br J Urol. 1978;50(5):340-1.
14. Koga S, Arakaki Y, Matsuoka M, Ohyama C. Paramental urethral cysts of the glans penis. Br J Urol. 1990;65(1):101-3.
15. Lantin PM, Thompson IM. Paramental cysts of the glans penis. J Urol. 1956;76(6):753-5.
16. Otsuka T, Ueda Y, Terauchi M, Kinoshita Y. Median raphe (paramental) cysts of the penis. J Urol. 1998;159(6):1918-20.
17. Willis HL, Snow BW, Cartwright PC, Wallis MC, Oottamasathien S, deVries C. Paramental urethral cysts in prepubertal males. J Urol. 2011;185(3):1042-5.