Yeni Üroloji Dergisi - *The New Journal of Urology* **2019; 14 (1): 60-64, DOI: 10.33719/yud.531403**

Masif İnguinoskrotal Mesane Herniasyonu: 3 Olgu Serisi ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Massive Inguinoscrotal Bladder Hernia: 3 Cases and Review of Literature

Ekrem Güner[1], Yusuf Arıkan[1], Gürdal İnal[2], Osman Özdemir[1], Kamil Gökhan Şeker[1], Ulaş Sözener[3], Volkan Tuğcu[1]

[1] Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
[2] Ankara Medicana İnternational Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara
[3] KTO Karatay Üniversitesi, Genel Cerrahi Kliniği, Konya

Geliş tarihi (Submitted): 0*1.04.2018*
Kabul tarihi (Accepted): *16.07.2018*

Yazışma / Correspondence
Dr. YusufArıkan
Zuhuratbaba Mahallesi, Tevfik Sağlam Caddesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, 34147 Bakırköy, İstanbul
Tel: 0542 204 93 28
E-mail: dryusufarikan@gmail.com

Özet

Mesanenin inguinal kanal içerisine herniasyonu tüm inguinal hernili olguların %1-3'ünde görülür ve geniş inguinoskrotal mesane herniasyonu oldukça nadir olarak karşımıza çıkmaktadır. Genellikle asemptomatik olup rastlantısal olarak tanı konmaktadır. İnguinal herni operasyonu sırasında gelişebilecek komplikasyonları önlemek açısından preoperatif dönemde tespit edilmesi önem taşımaktadır. İnguinoskrotal hernilerin temel tedavisi cerrahi onarımdır. Biz bu yazımızda masif inguinoskrotal mesane herniasyonu olan 3 olgumuzu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Mesane hernisi, BPH, Mesane taşı, İnguinal herni.

Abstract

The bladder herniation into inguinal canal is seen in 1-3% of all inguinal herniated cases and the massive inguinoscrotal bladder herniation is rarely confronted. It is usually asymptomatic and is diagnosed incidentally. It is important to detect it in the preoperative period in order to prevent the complications that may develop during inguinal hernia operation. The main treatment of inguinoscrotal hernia is surgical repair. In this article, we aimed to present 3 cases who had operated because of inguinoscrotal bladder herniation in our clinic with the literature.

Keywords: Bladder hernia, Bladder hernia, BPH, Bladder Stone, inguinal hernia.

GİRİŞ

İnguinal mesane herniasyonu nadir görülen bir klinik durumdur. Tüm inguinal hernilerin sadece % 1-3'ünde mesanenin bulunduğu bildirilmiştir(1). İnsidans, 50 yaş üzeri obez erkeklerde daha yüksek olmakla beraber yaklaşık %10 olarak verilmiştir(2). Mesane herniasyonu ile ilgili ilk olgu 1951'de Levine tarafından tanımlanmıştır(3). Küçük mesane hernileri genellikde asemptomatik iken, geniş çaplı skrotal mesane hernileri genellikle alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ve kasık şişliği ile başvurur(4). Öncelikli olarak dikkatli bir fizik muayene yapılmalıdır(5). Tanı, ultrasonografi (USG) ve Bilgisayarlı tomografi (BT) sistografi ile doğrulanır. Geniş çaplı ve semptomatik olanlarda en iyi tedavi seçeneği cerrahi onarımdır(6).

Biz bu yazımızda kliniğimizde inguinoskrotal mesane herniasyonu tanısıyla cerrahi uyguladığımız 3 hastayı literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMLARI

OLGU 1

68 yaşında Benign prostat hiperplazisi (BPH), Diyabetis mellitus (DM), geçirilmiş serebro vasküler olay (SVO) hastalıkları olan erkek hasta, 1 yıldır ara ara olan hematüri ve sık idrara çıkma, idrar yaparken zorlanma gibi AÜSS ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede sağ hemiskrotum valsalva ile belirginleşiyordu. Vücut kitle ağırlığı indeksi (BMI) 32 idi. Yapılan laboratuar tetkiklerinde PSA: 1,88 ng/ml, Cr:0,9 mg/dL, Hemogram (Hb) ve Koagülasyon parametreleri normal sınırlarda izlendi. Yapılan USG'de bilateral pelvikalisiyel yapılarda grade 1-2 ektazi, prostat volümü (PV) 84 gr, mesane içinde multiple kalküller izlendi. Üroflowmetri' de Qmax: 11 ,post miksiyonel rezidü (PMR) 220 cc saptandı. Çekilen BT'de mesanenin sağ inguinal kanaldan skrotuma herniye olduğu, mesanenin herniye olmuş kısım lumeninde en büyüğü 13x9 mm boyutlarında, çok sayıda kalkül görüldü (Resim 1). Tanısal fleksible üretrosistoskopide prostatik üretrada 1 cm boyutunda kalkül, herniye olan mesane kısmında dağınık şekilde boyutları 0.5 ve 1.5 cm arasında değişen boyutlarda 6-7 adet kalkül ile birlikte mesane yapısının ileri derecede bozulduğu ve trabekülasyonun artmış olduğu görüldü. Hastaya açık sistolitotomi ile beraber herni onarımı yapıldı. Post operatif takiplerinde 2. haftada hastada hematüri gelişti .Mesane irrigasyonu ile hematüri takip edildi. Hastanın tranfüzyon ihtiyacı olmadı . 2 gün içerisinde idrar renginin tamamen doğal olduğu gözlendi.Hastanın takiplerinde şikayetlerinin gerilediği görüldü.

OLGU 2

64 yaşında BPH, Koroner arter hastalığı (KAH), hipertansyon (HT) rahatsızlıkları olan erkek hasta acil servise sık idrara çıkma ve idrarını tam boşaltamama gibi AÜSS ve 2 gündür sağ inguinal kanalda belirginleşen şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede sağ hemiskrotum sola göre belirgindi ve palpasyonla hassastı. Ayakta ve valsalva ile belirginleşen sağ inguinal kanalda herni ile uyumlu şişlik supin pozisyonda rahatlıkla redükte edilebiliyordu Labaratuvar tetkiklerinde Cr:3,5 mg/dL, PSA:4.16 ng/dl idi. Üroflowmetri'de Qmax:10 ml/dk saptandı. PMR:400 cc olarak izlendi. Sağ inguinal herni sebepli operasyon öyküsü vardı. Yaklaşık 3 aydır BPH tanısıyla alfa blokör kullanan hasta ilaçtan hiç fayda görmediğini ifade etti. Yapılan USG'de ve Abdomen BT'sinde mesanenin sağ skrotuma berligin derecede herniye olduğu ve bilateral grade 1-2hidroüreteronefroz, PV'nin 66 gr olduğu saptandı (Resim 2). Fleksible üretrosistoskopi de üretranın normal, prostatik üretra bölümünün açık, mesanede her iki üreter orifisinin normal olduğu mesane sağ kısmının belirgin derecede sağ inguinal kanala doğru devamlılık gösterdiği izlendi. İnguinal kanala mesane hernisi sebebiyle hastaya açık herni onarımı yapıldı. Hastanın şikayetlerinin yapılan kontrollerde gerilediği görüldü.

OLGU 3

49 yaşındaki erkek hasta üroloji polikliniğine idrar yaparken zorlanma ve idrarını tam boşaltamama gibi AÜSS ile birlikte sağ skrotumda artan şişme şikayeti olması üzerine başvurdu. 2 yıl önce sağ inguinal herni sebebiyle operasyon öyküsü vardı. Kasık bölgesine baskı uygulayınca idrarını rahat bir şekilde yaptığını ifade eden hastanın yapılan fizik muayenesinde palpasyonla sağ skrotal alanda belirgin şişlik olduğu gözlendi. Hastanın miksiyon sonrasında değerlendirilmesinde şişliğin

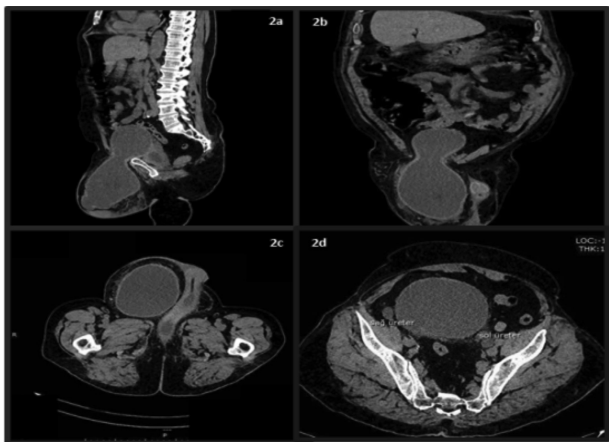
belirgin derecede azaldığı görüldü. Hastadan mesane hernisinden şüphelenildi. BMI 34 idi. Laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir patolojik bulgu tespit edilmedi. Üroflowmetri'de Qmax :16 izlendi,PMR :150 cc saptandı. USG ve BT'de böbreklerde ektazi olmadığı, PV doğal sınırlarda olduğu, mesanenin büyük bir kısmının herniye olup skrotuma uzandığı saptandı (Resim 3). Mesane hernisi sebebiyle hastaya laparoskopik herni onarımı yapıldı. Hastanın post operatif takiplerinde şikayetlerinin gerilediği gözlendi.

TARTIŞMA

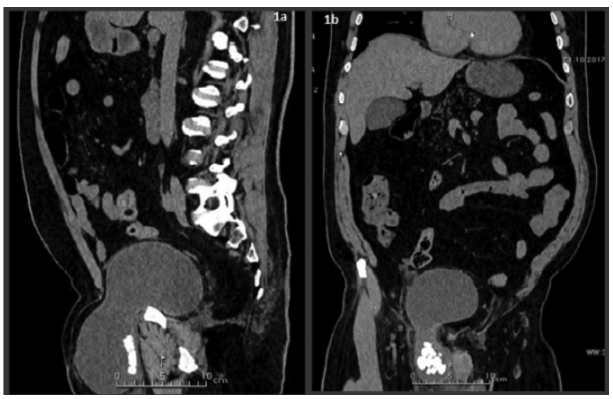
Mesane herniasyonunun; inguinal kanala, femoral ringe, skrotuma, hatta iskiorektal fossa veya obturator foramene olabildiği bildirilmiştir.Genellikle sağ tarafta görülür ve insidans özellikle 50 yaşından sonra artmaktadır (7,8). Bizim sunduğumuz 3 olguda da herni sağ tarafta izlenmiştir.

Etyolojide çeşitli sistemik ve lokal faktörler rol oynar. İleri yaş, obezite, inguinal bölge cerrahi öyküsü, mesane tonusu bozukluğu ve mesane detrusor kas zayıflığı,abdominal duvar kaslarının atrofisi, artmış perivezikal yağ dokusu ve prostatik hipertrofi, nörojen mesane gibi intravezikal basıncın artmasını sağlayan hastalıklar herniasyon için predispozan bir faktör olarak kabul edilmektedir. Bütün bu faktörlerin divertikül oluşumuna ve mesane fıtığına yol açabileceği öne sürülmüştür (9,10,11). Mesane taşları benign prostat hiperplazisinin (BPH) sık görülen komplikasyonlarından biridir ve insidans yaklaşık% 10'dur (12). BPH'li hastalarda mesane taşlarının varlığı ameliyat için mutlak bir endikasyondur (13). BPH'lı hastalarda mesane taşı oluşumu için mesane çıkım obstrüksiyonuna sekonder idrar retansiyonunun önemli bir neden olduğu kabul edilmektedir (14). Bizim üç olgumuzun etyolojileri incelendiğinde; 2 hastamızın 50 yaş üzeri, 2 hastamız Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) obezite ile ilgili kriterlerine(15) göre BMI'nin 30'un üzerinde olup obez sınıfındaydı, 2 hastamızda geçirilmiş sağ inguinal herni onarımı hikayesi vardı ve 2 hastamızda ise klinik semptomatik BPH mevcuttu.

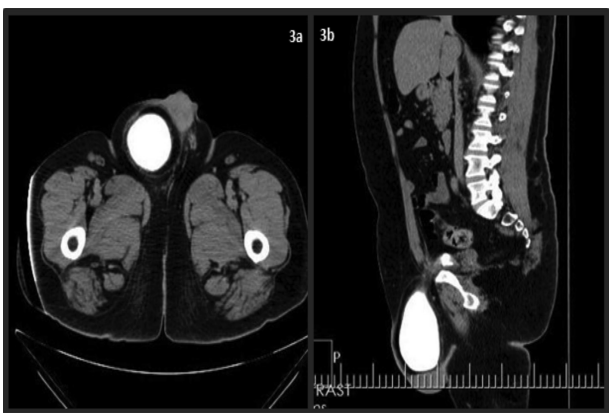
Mesane hernileri, paryetal periton ile mesanenin protrüde kısmı arasındaki ilişkiye göre paraperitoneal, intraperitoneal ve extraperitoneal olmak üzere üç grup halinde sınıflandırılmıştır. Ekstraperitoneal tip bunlardan en sık



Resim 1: Olgu 1 'de Mesanenin skrotuma herniasyonunun ve skrotum içerisindeki kalküllerin kontrastsız BT'de sagittal ve Koronal görüntüleri



Resim 2: Olgu 2 'de Mesanenin skrotuma herniasyonunun kontrastsız BT'de sagittal,koronal ve tranvers görüntüleri



Resim 3: Olgu 3 'de Mesanenin skrotuma herniasyonunun BT sistografide tranvers ve sagittal görüntüleri

görülenidir (16). Bizim üç olgumuzun da ekstraperitoneal inguinoskrotal tip mesane hernisi olduğu izlendi.

İnguinoskrotal mesane herniasyonu saptanan hastalarda skrotal şişme ve urgency, noktüri, frequency gibi alt

üriner sistem semptomları görülür. Daha ciddi olgularda hidronefroz, hematüri ve akut böbrek yetmezliği de kliniğe eklenebilir (17). Benzer şekilde bizim 2 olgumuzda bilateral üreterohidronefroz, 1 olgumuzda aktif hematüri ve 1 olgumuzda akut böbrek yetmezliği vardı.

Ağrısız tek taraflı skrotal şişlik ayırıcı tanısı, hidrosel, spermatosel, varikosel (genellikle sol taraflı), epididimal kist, tümör, bağırsak veya omentum fıtığıdır (18). Kasık fıtıklarının sadece % 1-3'ünü içeren inguinoskrotal mesane hernisi, klinik değerlendirme sırasında kolayca atlanabilir. Bu nedenle, radyolojik görüntüleme doğru bir tanı yöntemi olarak önemli bir rol oynamaktadır (19). USG, mesane hernisini ve komponentleri tanımlamada kullanılan, ayrıca mesanenin pelvisteki herniasyona uğramamış kısmı ve sürekliliğini belirlemek için kullanılan non-invaziv bir görüntüleme aracıdır. Çok detektörlü BT kullanımı tanıyı kolaylaştırır ve posttravmatik olgularda karın içi ve karın duvarında olan diğer fıtık alanlarını da gösterebilir. Çok detektörlü BT, yüksek çözünürlüğü nedeniyle mesane ile inferior epigastrik arter arasındaki ilişkinin daha iyi görselleştirilmesini sağlar ve dolayısıyla direkt/indirekt inguinal ve femoral hernileri ayırt etmemizde yardımcı olur(20).

Fıtık onarımı sırasında mesane yaralanması riskini azaltmak için ameliyat öncesi mesane herni tanısının önemi vurgulanmış olmasına rağmen, çoğu olgu preoperatif olarak teşhis edilememektedir(21,22). Bizim olgularımızın 1 tanesinde mesane taşı sebebi ile operasyon planlanırken mesane hernisi tespit edilirken, diğer 2 vaka hastanın AÜSS ve kasık şişliği şikayetleri üzerine yapılan ileri tetkiklerde tespit edilmiştir.

Mesane herni onarımı sırasında mesane yaralanması riski % 12 olarak rapor edilmiştir(23). Masif inguinoskrotal mesane hernileri için standart bir yaklaşım henüz literatürde tanımlanmadığından masif herniler cerrahlar için halen bir ikilemdir. Bu yüzden, cerrahların bu hastalara klinik durumlarına göre dikkatli yaklaşmaları önerilir. Bir cerrahi prosedür olarak, lichtenstein tekniği ve laparoskopik yaklaşım en çok kullanılan cerrahi prosedürlerdir(24). Biz 2 olgumuzda açık cerrahi onarım,1 olgumuzda laparoskopik cerrahi onarım uyguladık.

Post operatif komplikasyonlar ise hematüri, sepsis, üriner sızıntı ve fistül oluşumunudur(25). Bir hastamızda post operatif ikinci haftada hematüri gelişti.

KAYNAKLAR

1. Curry NS. Hernias of the urinary tract. In: Pollack HM, McClennan BL. Clinical urography. 3rd ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2000. p. 2981-91.
2. Madani AH, Nikouei HM, Aval HRB et al., Scrotal herniation of bladder: a case report, Iran. J. Med. Sci. 38 (1) (2013) 62–64.
3. Moufid K, Touiti D, Mohamed L. Inguinal Bladder hernia: four case analyses,Rev. Urol 2013;15: 32–36.
4. Zajaczkowski T. Scrotal bladder hernia: report of two cases. Int Urol Nephrol. 2007;39:479-84. doi: 10.1007/s11255-006-9028-2. PubMed PMID: 17205368.
5. Khan A, Beckley I, Dobbins B et al. Laparoscopic repair of massive inguinal hernia containing the urinary bladder, Urol. Ann 2014;6:159–162.
6. Zajaczkowski T. Scrotal bladder hernia: report of two cases. Int Urol Nephrol. 2007;39:479- 84. doi: 10.1007/s11255-006-9028-2. PubMed PMID: 17205368.
7. Giuly J, Franc G¸ Giuly D et al. Intrascrotal hernia of the ureter and fatty hernia, Hernia 2003;7:47-49.
8. Noller MW, Noller DW. Ureteral sciatic hernia demonstrated on retrograde urography and surgically repaired with Boari flap technique, J. Urol 2000; 164:776–777.
9. Ersoy E, Karagüzel E, Akgül T et al. Dev inguinoskrotalmesanehernisi: inguinal herniorafiningeçbirkomplikasyonu. Turkish J Urol 2009; 35: 266-7.
10. Bolton DM, Joyce G. Vesical diverticulum extending into an inguinal hernia. Br J Urol 1994;73: 323-4.
11. Jackman SV, Schulam PG, Schoenberg M. Pseudotumor of the bladder: a late complication of inguinal herniorraphy. Urology 1997;50:609-11.
12. Papatsoris AG, Varkarakis I, Dellis A, et al. Bladder lithiasis: from open surgery to lithotripsy. Urol Res 2006;34:163–7.
13. Gratzke C, Bachmann A, Descazeaud A, et al. EAU Guidelines on the assessment of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction. Eur Urol 2015; 67:1099–109.
14. Mebust WK, Holtgrewe HL, Cockett AT, et al. Transurethral prostatectomy: immediate and postoperative complications. A cooperative study of 13 participating institutions evaluating 3,885 patients 1989. J Urol 2002;167:999–1003.
15. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000;894:i–xii:1–253.
16. Regis L, Lozano F, Planas J et al. Bladder cancer in an inguinoscrotal vesical hernia, Case Rep. Oncol. Med. (2012), http://dx.doi.org/10.1155/2012/ 142351 http://www.hindawi.com/journals/crionm/2012/142351/

17. Massoud WA, Eschwege P, Hajj P, et al. Hydronephrosis secondary to sliding inguinalhernia containing the ureter, Urol. J 2011; 8: 333–334.
18. Reisman Y, van Aken PJ. CASE REPORTS: Surgical repair of a scrotal cystocele in a case of massive bladder herniation including both ureters. 2015 http://www.bjui.org/Content-FullItem.aspx?id=456
19. Bjurlin MA, Delaurentis DA, Jordan MD et al. Clinical and radiographic findings of a sliding inguinoscrotal hernia containing the urinarybladder, Hernia 2010; 14: 635–638.
20. Burkhardt JH, Arshanskiy Y, Munson JL et al. Diagnosis of inguinal region hernias with axial CT: the lateral crescent sign and other key fndings. Radiographics 2011;31: E1–12
21. Catalano O (1997) US evaluation of inguinoscrotal bladder hernias: Report of three cases. Clin Imaging 21:126–128
22. Gomella LG, Spires SM, Burton JM et al. (1985) The surgical implications of herniation of the urinary bladder. Arch Surg 120:964–968
23. Tahir M, Akbulut Z, Ozozzan O et al. Urological Findings in inguinal hernias: a case report and review of the literature. Hernia 2004;8:76–9.
24. Khan A, Beckley I, Dobbins B et al. Laparoscopic repair of massive inguinal hernia containing the urinary bladder, Urol. Annal 2014;6: 159.
25. Schewe J, Brands FH, Pannek J (2000) The inguinal bladder diverticulum: A rare differential diagnosis of hernias. Int Urol Nephrol 2000;32:255–256.