

Nadir Bir Vaka: İnguinoskrotal Mesane Hernisi ve Güncel Literatürün Gözden Geçirilmesi

A Rare Case: Inguinoscrotal Bladder Hernia and Review of the Current Literature

Abdullah GÜL^a, Salim ZENGİN^a, Ali Kemal TAŞKIN^b, Metin KILIÇ^a, Özgür EKİCİ^c,
Soner ÇOBAN^a

^aSağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Bursa, Türkiye

^bSağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa, Türkiye

^cMardin Nusaybin Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Mardin, Türkiye

ÖZET Mesanenin inguinoskrotal hernisi nadir görülmekte olup, tüm inguinal hernilerin %1-3'ünde mevcuttur. Elli yaş sonrası obez erkeklerde görülme sıklığı artar. Klinik prezentasyon değişken olup; asemptomatik tablodan, skrotal ağrı ve şişlik, alt üriner sistem semptomları, hidronefroz ve akut renal yetersizliğe kadar görülebilir. Fizik muayenede, skrotal şişlik ve işeme sonrası skrotal şişlikte azalma görülebilir. İnguinoskrotal mesane hernilerinin, %80'i inguinal herni onarımı sırasında fark edilir ve bu durumda mesane yaralanma riski %12 olarak bildirilmiştir. Görüntüleme yöntemlerinden ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve sistografi tanıda kullanılabilir. Fıtığın cerrahi onarımı, standart tedavi yöntemidir. Bu yazıda, idrar yapamama şikâyetiyle acil servise başvuran ve inguinoskrotal mesane hernisine bağlı akut üriner retansiyon saptanan hastayı güncel literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

ABSTRACT Inguinoscrotal bladder hernia is a rare condition presenting in 1-3% of all inguinal hernias. Its incidence increases in obese men over the age of 50 and clinical presentation can vary from asymptomatic to scrotal pain and swelling, lower urinary tract symptoms, hydronephrosis and acute renal failure. On physical examination, scrotal swelling and reduction in the size of the scrotal swelling after voiding may be observed. Eighty percent of inguinoscrotal bladder hernias are noticed during inguinal hernia repair, and the risk of bladder injury in those has been reported as 12%. Ultrasonography, computed tomography and cystography are generally used for diagnosis. Surgical repair of the hernia is the standard treatment method. In this paper, we aimed to present a patient who applied to the emergency department with the complaint of inability to urinate and with acute urinary retention due to inguinoscrotal bladder hernia, in the light of current literature.

Anahtar Kelimeler: Sistosel; herni; üriner retansiyon

Keywords: Cystocele; hernia; urinary retention

Ender görülen bir durum olan mesanenin inguinoskrotal hernisi, ilk olarak 1951 yılında Bernard Levine tarafından tanımlanmış ve skrotal sistosel olarak adlandırılmıştır.¹ Mesanenin inguinoskrotal hernisi, tüm inguinal hernilerin %1-3'ünde mevcuttur.² Literatürde (2005-2017 yılları arasının irdelendiği bir çalışmada), 74 hastayı içeren 62 makale bildirilmiştir.³ Elli yaş sonrası obez erkeklerde görülme insidansı artar.² Klinik tabloda; küçük çapta hernisi olan hastalar ço-

ğunlukla asemptomatiktir ve insidental olarak tanı almaktadır, büyük çaplı hernisi olan hastalarda ise işeme semptomları, kasıkta şişlik ve ağrı, akut üriner obstrüksiyon bulguları olabilmektedir.^{4,5} Tanıda öncelikle ayrıntılı anamnez ve fizik muayene şarttır. Ultrasonografi (USG), abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) ve sistografi tanıyı doğrulamada yardımcıdır.^{6,7} Günümüzde, büyük çaptaki inguinoskrotal mesane hernilerinin en uygun tedavisi cerrahi onarımdır.⁴

Correspondence: Abdullah GÜL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Bursa, Türkiye

E-mail: dr_abdullahgul@hotmail.com



Peer review under responsibility of Journal of Reconstructive Urology.

Received: 06 Jan 2022

Received in revised form: 31 Jan 2022

Accepted: 01 Feb 2022

Available online: 07 Feb 2022

2587-0483 / Copyright © 2022 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Bu yazıda, idrar yapamama şikâyetiyle acil servise başvuran ve inguinokrotal mesane hernisine bağlı akut üriner retansiyon saptanan hastayı güncel literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

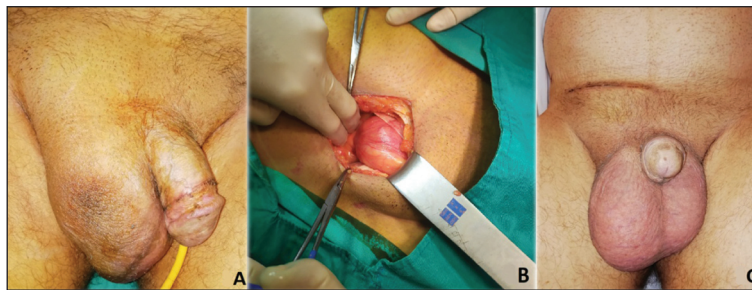
OLGU SUNUMU

Dış merkezde akut üriner retansiyon, glob vezikale nedeniyle üretral sonda takılan ve alfa bloker (doksa-sosin mesilat 4 mg 1x1) başlanan hasta, medikal tedavi altında sonda çıkarılmasını tolere edememiş ve tekrar akut üriner retansiyon, glob vezikale nedeniyle üretral kateterize edilerek ileri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize yönlendirilmiştir. Polikliniğimize sondalı olarak başvuran 68 yaşındaki erkek hastamızın anamnezinde herhangi bir kronik hastalık ve geçirilmiş cerrahi operasyon öyküsü yoktu. Yaklaşık 6 aydır alt üriner sistem semptomlarının olduğunu, taşma inkontinansı şeklinde damla damla idrar kaçırdığını ve son 15 gün içinde de akut üriner retansiyon nedeniyle sondalı olduğunu ifade etti. Yapılan fizik muayenede, sağ inguinokrotal herni saptanırken, rektal muayenede prostat (+) adenom kıvamında palpe edildi. Prostat spesifik antijen 1,25 ng/mL, kreatinin 2,1 mg/dL idi. Üriner USG'de prostat volümü 43 cc ve sağda Grade 2, solda Grade 1 hidroüreteronefroz tespit edildi. Çekilen BT'de sağda mesanenin inguinal kanaldan skrotuma herniasyonu saptandı ve genel cerrahi konsültasyonu sonrası operasyona alındı. Mesane inguinal kanaldan serbestlendi ve batın içerisine atıldı. Lichtenstein tekniğiyle ameliyat sonlandırıldı. Postoperatif 3. günde hastanın sondası çekildi ve takibinde glob vezikale gelişmedi. Postmiksiyonel rezidü [post-void residual (PVR)] idrar miktarı 90 cc ve Uluslararası Prostat Semptom Skoru [International Prostate

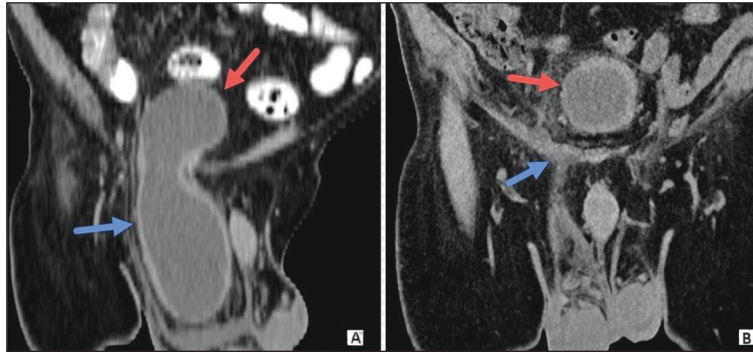
Symptom Score (IPSS)] 18 puan olan hastaya, doksa-sosin mesilat 4 mg 1x1 tekrar başlandı ve 10 gün sonraki kontrolünde, üroflowmetride Q_{max} : 15 mL/sn, Q_{ort} : 10 mL/sn ve PVR'nin 50 cc, IPSS'nin 14 puana gerilediği ve kontrol üriner USG'de hidroüreteronefrozların normale döndüğü, kreatinin değerinin 0,9 mg/dL'ye düştüğü gözlemlendi. Bunun üzerine alt üriner sistem semptomlarına yönelik cerrahi tedavi düşünülmüdü ve medikal tedavi ile takip kararı alındı. Hastaya ait ameliyat öncesi ve sonrası fizik muayene ve BT görüntüleri, Resim 1 ve Resim 2'de sunulmuştur. Hasta bilgilendirilmiş gönüllü olur/onam formunu imzalamıştır.

TARTIŞMA

Klasik olarak mesanenin fıtıklaşmış kısmı ile paryetal periton arasındaki ilişkiye dayalı olarak 3 ana gruba ayrılır; paraperitoneal, ekstraperitoneal ve intraperitoneal. Mesane kubbesi ve arka duvarın fıtıklaşmış kısmının oluşturduğu ve peritonla tamamen sarılı olan intraperitoneal form en az görülenidir. Ekstraperitoneal fıtıklar, küçük olma eğilimindedir ve periton tarafından örtülmez. Olgumuzda olduğu gibi fıtıklaşmış mesanenin sadece dış yüzünü peritonun kapladığı paraperitoneal fıtıklar en sık görülenidir.⁸ Mesane hernileri olgumuzda olduğu gibi çoğunlukla sağ tarafta, 50 yaş üzeri, obez, erkek hastalarda ve çoğunlukla inguinal ya da femoral kanalda görülmektedir.⁴ Hastamızın beden kitle indeksi 31 olarak hesaplandı. Mesane çıkım obstrüksiyonu, kronik üriner retansiyon, mesane tonusunda azalma, pelvik taban kaslarında zayıflama, obezite, ileri yaş, geçirilmiş pelvik ameliyat öyküsü inguinokrotal mesane hernisi gelişimine katkıda bulunabilir.^{2,9}



RESİM 1: A) Ameliyat öncesi sağ inguinokrotal herni görüntüsü; B) Perop mesanenin inguinal kanaldan ayrılması; C) Postop inguinal insizyon ve skrotum bölgesi görüntüsü.



RESİM 2: A) Preop bilgisayarlı tomografide mesanenin inguinokrotal herni görüntüsü (kırmızı ok, mesane; mavi ok, mesanenin skrotuma herniasyonu); **B)** Postop dönemde bilgisayarlı tomografi görüntüsü (kırmızı ok, mesane; mavi ok, herni onarım bölgesi).

Küçük çapta hernisi olan hastalar çoğunlukla asemptomatiktir. Ancak herni boyutu arttıkça semptomatik olurlar. Alt üriner sistem semptomları (ani idrar yapma isteği, pollaküri, noktüri, dizüri), hematüri, akut üriner retansiyon, kasıkta şişlik, kasık ağrısı görülebilirken daha ciddi olgularda, hidronefroz ve akut renal yetersizlik gelişebilir.^{4,5,10} Sunduğumuz olgumuzda da hasta akut üriner retansiyon nedeniyle acil servise başvurmuş ve burada üretral kataterizasyon uygulanmıştır. Ayrıca ayrıntılı anamnez alındığında, yaklaşık 6 aydır işeme şikâyetlerinin olduğu öğrenildi ve yapılan USG’de bilateral hidroüretonefroz tespit edildi.

Hastamızın fizik muayenesinde, sağ tarafta skrotal şişliği mevcuttu. Fizik muayene sonrası ayırıcı tanıda hidrosel, epididim kisti, spermatosel, testiküler/paratestiküler tümör ve intestinal herniasyon düşünülebilir. Ayrıca inguinokrotal mesane hernisi bulunan hastalarda, çift aşamalı işeme görülebilmektedir. İlk aşamada, doğal mesane boşalmasını içeren işeme mevcutken, 2. aşamada fitik kesesi üzerinde skrotumun el yardımıyla sıkılarak işeme tamamlanır. Bu durum, literatürde “Mery’s sign” olarak adlandırılmaktadır.¹¹ Sunduğumuz olguda olduğu gibi çift aşamalı işeme sonrası skrotal şişliğin azaldığı görülebilir.

İnguinokrotal mesane hernilerinin %80’i inguinal herni onarımı sırasında farkedilir ve bu durumda mesane yaralanması riski %12 olarak bildirilmiştir.^{5,9} Bu nedenle cerrahi sırasında, mesane yaralanmalarını önlemek için inguinokrotal mesane hernilerinin preoperatif teşhisi önemlidir.^{5,9} Tanıyı kesinleştirmek amacıyla görüntüleme yöntemlerine başvurulmaktadır. USG, testis ve ekstremiteler patolojinin değer-

lendirilmesinde ilk tercih edilen tanısal görüntüleme yöntemidir.¹² USG’de inguinokrotal mesane hernisi, ekstremiteler yerleşimli, tipik vezikal duvarları olan, genellikle tek taraflı, loküle olmayan sıvı içrikli skrotal kitle şeklinde görünür.⁶ Ayrıca bu yapının, küçük asimetric görünümde olan mesane ile devamlılık gösterdiği, valsava ve işeme ile morfolojisinde değişiklik meydana geldiği izlenir.⁶ Ayrıca USG ile apse, hidrosel, epididim kisti gibi diğer ekstremiteler durumların ayırıcı tanısında mümkündür. İnguinokrotal mesane hernisinin tanısında, altın standart görüntüleme yöntemi olarak sistografi kabul edilmektedir.^{6,13} BT ile de inguinokrotal mesane hernisinin tanısı konulabilmektedir.⁷ BT herni tanısı konulmasının yanı sıra ameliyat öncesi komşu yapıların da görüntülenmesine olanak sağlar ve hidroüretonefroz, yer kaplayıcı kitle, taş vb. durumların değerlendirilmesi yapılabilir.⁷ Çoğu olguda, USG ya da BT ile tanı konulabilmekte, sistografiye gerek kalmamaktadır. Olgumuzda, hastanın işeme semptomları olması ve fizik muayenesinde skrotal şişliği olması nedeniyle üriner ve skrotal USG yapıldı. Üriner USG’de bilateral hidroüretonefroz saptanması üzerine ayırıcı tanı amacıyla BT çekildi. BT’de bilateral hidroüretonefroz ve sağ inguinokrotal mesane hernisi teyit edildi, harici patoloji yoktu.

Mesanenin inguinokrotal hernisinin tedavisi açık ya da laparoskopik olarak mesane redüksiyonunu ve nadiren parsiyel mesane rezeksiyonunu içeren cerrahi fitik onarımıdır.^{4,5,14} Günümüzde mesane rezeksiyonu, sadece mesane duvarı nekrozu ve herniye olmuş mesane divertikülü olan olgularda önerilmektedir.⁵

Sunduğumuz olguda, genel cerrahinin de eşlik ettiği operasyonda, Lichtenstein tekniğiyle herni onarımı yapılmıştır.

Sonuç olarak mesanenin inguinokrotal hernisi nadir görülen bir durumdur. Özellikle 50 yaş ve üzeri, obez, alt üriner sistem semptomları ile başvuran hastalarda ayrıntılı anamnez alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır. Muayenede skrotal şişliği, “Mery’s sign” bulgusu olan hastalarda ayırıcı tanıda, mesane herniasyonu düşünülmeli ve buna yönelik gerekli tetkikler yapılmalıdır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme

sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Abdullah Gül, Metin Kılıç; **Tasarım:** Abdullah Gül, Ali Kemal Taşkın; **Denetleme/Danışmanlık:** Metin Kılıç, Soner Çoban; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Salim Zengin, Özgür Ekici; **Analiz ve/veya Yorum:** Abdullah Gül, Salim Zengin; **Kaynak Taraması:** Salim Zengin, Abdullah Gül; **Makalenin Yazımı:** Abdullah Gül, Salim Zengin; **Eleştirel İnceleme:** Soner Çoban, Salim Zengin; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Ali Kemal Taşkın, Metin Kılıç; **Malzemeler:** Abdullah Gül, Özgür Ekici.

KAYNAKLAR

- Levine B. Scrotal cystocele. Journal of the American Medical Association. 1951;147(15):1439-41. [Crossref] [PubMed]
- Hamidi Madani A, Mohammadi Nikouei H, Baghani Aval H, Enshaei A, Asadollahzade A, Esmaili S. Scrotal herniation of bladder: a case report. Iran J Med Sci. 2013;38(1):62-4. [PubMed] [PMC]
- Branchu B, Renard Y, Larre S, Leon P. Diagnosis and treatment of inguinal hernia of the bladder: a systematic review of the past 10 years. Turk J Urol. 2018;44(5):384-8. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Zajackowski T. Scrotal bladder hernia: report of two cases. Int Urol Nephrol. 2007;39(2):479-84. [Crossref] [PubMed]
- Kraft KH, Sweeney S, Fink AS, Ritenour CW, Issa MM. Inguinoscrotal bladder hernias: report of a series and review of the literature. Can Urol Assoc J. 2008;2(6):619-23. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Catalano O. US evaluation of inguinoscrotal bladder hernias: report of three cases. Clin Imaging. 1997;21(2):126-8. [Crossref] [PubMed]
- Izes BA, Larsen CR, Izes JK, Malone MJ. Computerized tomographic appearance of hernias of the bladder. J Urol. 1993;149(5):1002-5. [Crossref] [PubMed]
- Sousa Escandón A, Díaz Tie M, Maceira Quintan F, Armesto Fernández M, Lape-a Villarroya JA, González Uribarri C. Hernias vesicales inguinales del adulto [Inguinal bladder hernia in the adult]. Arch Esp Urol. 1999;52(2):114-8. Spanish. [PubMed]
- Moufid K, Touiti D, Mohamed L. Inguinal bladder hernia: four case analyses. Rev Urol. 2013;15(1):32-6. [PubMed] [PMC]
- Massoud W, Eschwege P, Hajj P, Awad A, laaza LA, Chabenne J, et al. Hydronephrosis secondary to sliding inguinal hernia containing the ureter. Urol J. 2011;8(4):333-4. [PubMed]
- Merino Penacoba LM, de Solorzano Aurusa JO, Juarez Martin ME, Gonzalez Perea JG, de Heredia Renteria JB. Hernia vesical masiva y signo de Mery. A propósito de un caso [Bladder hernia and Mery's sign: a case report]. Revista Hispanoamericana de Hernia. 2015;3(2):71-4. [Crossref]
- Subramanyam BR, Balthazar EJ, Raghavendra BN, Horii SC, Hilton S. Sonographic diagnosis of scrotal hernia. AJR Am J Roentgenol. 1982;139(3):535-8. [Crossref] [PubMed]
- Andaç N, Baltacıoğlu F, Tüney D, Cimsit NC, Ekinci G, Biren T. Inguinoscrotal bladder herniation: is CT a useful tool in diagnosis? Clin Imaging. 2002;26(5):347-8. [Crossref] [PubMed]
- François J, Defoort B, Muysoms F. Complicated inguino-scrotal bladder hernia: a case of two-step repair. Acta Chir Belg. 2017;117(2):122-4. [Crossref] [PubMed]