An Unusual Situation Causing Voiding Dysfunction: Inguinal Herniation of the Bladder

İşeme Bozukluğuna Sebep Olan Nadir Bir Durum: Mesanenin İnguinal Kanala Herniasyonu

İnguinal Kanala Mesane Herniasyonu / Inguinal Herniation of the Bladder

Sadi Turkan[1], Yeşim Üçkurt[2], Mehmet Kalkan[3], Coşkun Şahin[3]
[1]Kastamonu Anadolu Hospital, Urology, Kastamonu,
[2]Fatih University, School of Medicine, Department of Radiology, Istanbul,
[3]Fatih University, School of Medicine, Department of Urology, Istanbul, Turkey,

Özet

İnguinal herni onarımı en sık yapılan cerrahi yöntemlerden biridir. Herni onarımı sırasında herni kesesi içerisinde sıklıkla bulunan organ ince barsak anslarıdır. Nadir olarak lipom, overler, appendix bulunabilir. Biz mesane dolum ve boşaltım bozukluğu semptomlarına sebep olan mesanenin inguinal kanala herniasyonu olgusunu sunduk.

Anahtar Kelimeler

Mesane Herniasyonu; İnguinal Herni; İnguinal Kitle

Abstract

Inguinal hernia repair is one of the most commonly performed surgical procedures. Intestinal loops are often found in hernia suc during hernia repair. In rare cases, lipoma, ovaries, appendix can be found. We presented that inguinal herniation of the bladder cause filling and emptying disorders symptoms.

Keywords

Bladder Herniation; Inguinal Hernia; Inguinal Mass

DOI: 10.4328/JCAM.2610 Received: 05.06.2014 Accepted: 27.06.2014 Printed: 01.10.2013 J Clin Anal Med 2013;4(suppl 5): 500-2
Corresponding Author: Mehmet Kalkan, Fatih Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Sahil Yolu Sok. No: 16, 34844 Dragos, Maltepe, İstanbul, Turkey.
GSM: +905322650917 F.: +90 2163528359 E-Mail: mkalkan@fatih.edu.tr

Giriş

Mesanenin inguinal kanala fıtıklaşması nadir görülen bir anomalidir. Tüm inguinal hernilerin % 5'inden azını teşkil eder. Nadiren femoral kanala, abdominal duvara, perineye, obturator kanala da fıtıklaşma görülebilir [1]. Yaşlı hastalarda işeme disfonksiyonu şeklinde başvurular olabilir.

Biz mesane dolum ve boşaltım bozukluğu semptomlarına sebep olan mesanenin inguinal kanala herniasyonu olgusunu sunduk.

OLGU SUNUMU: 74 yaşında erkek, sık idrara çıkma, az ve tazyiki düşük idrar yapma, kesik kesik işeme, tam boşaltamama hissi ile başvurdu. Yaklaşık 3 aydır tamsulosin kullanan hasta ilaçtan hiç fayda görmediğini ifade etti. Fizik muayenede ekstragenital organlar normal olarak değerlendirildi. Transrektal muayenede Prostatın yaklaşık 30 cc hacimde ve yumuşak kıvamda tespit edildi. Ayakta ve valsalva ile belirginleşen sağ inguinal kanalda herni ile uyumlu şişlik, supin pozisyonda rahatlıkla redükte edilebiliyordu. PSA 1.9 ng/dl, idrar analizi ve kültürü normaldi. Üroflowmetride Qmax 18 ml/sn, Qave 8 ml/sn işeme volumü 189 ml idi. Ultrasonografi de mesanede 200 ml postmiksiyonel rezidüel idrar olduğu ve mesanenin inguinal kanala yöneldiği rapor edildi. Pelvik manyetik rezonans görüntülemede mesanenin sağ inguinal kanala hernie olduğu tespit edildi (Figure 1 ve 2). Üretrosistoskopi de üretranın normal, prostatik üretra bölümünün açık, mesanede her iki üreter orifisinin normal olduğu divertikül olmadığı, mesane kapasitesinin 450 ml olduğu görüldü. Hastaya sağ inguinal insizyon yapıldığında mesanenin, direk herni şeklinde retroperitoneal olarak kanal arka duvarı yoluyla kanal içerisine girdiği, fıtık kesesinde barsak anslarının olmadığı görüldü (Figure 3). Mesane, açılmaksızın retroperitoneal alana rahatlıkla redükte edilebildi. Kanal arka duvarına takviye sütürasyon ve prolen mesh ile destekleme tarzında herni onarımı yapıldı Herni onarımı sonrası 3. ay kontrolünde işeme sıklığının normal olduğu, zorlu idrar yapma hissinin azaldığını ifade eden hastaya yapılan üroflowmetride Qmax 19, Qave 9 işeme volümü 255 ml, postmiksiyonel rezidüel idrar 70 ml bulundu.

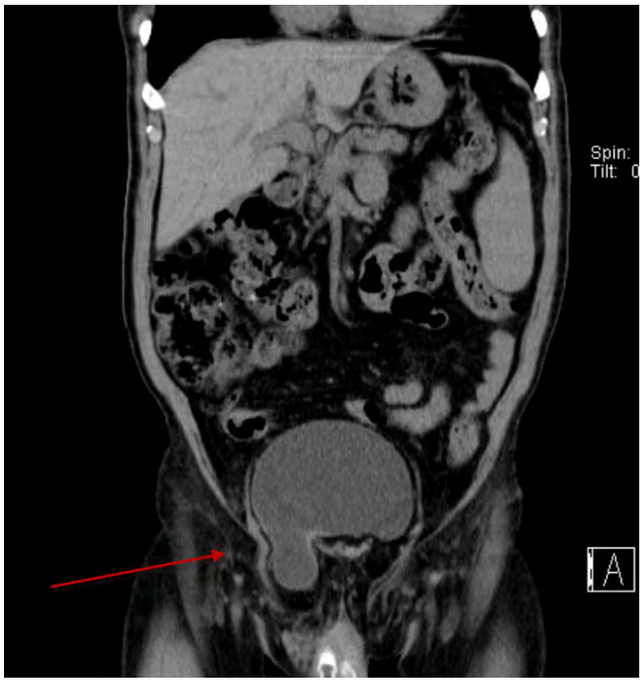


Figure 1. Mesanenin inguinal kanala herniasyonunun MR görüntüsü



Figure 2. Mesanenin inguinal kanala herniasyonunun MR görüntüsü



Figure 3. Mesane hernisinin operasyon esnası görüntüsü.

Tartışma

Mesanenin fıtıklaşması; intraperitoneal, ekstraperitoneal ve pa-

raperitoneal olabilir. En sık karşılaşılanı ekstraperitoneal inguinal olan tipidir [1, 2]. Hafif olanları genellikle semptom vermez. Belirgin olanları ilgili kasıkta şişlik şeklinde karşımıza çıkar. İşeme sonrası şişlikte azalma, ikili işeme dediğimiz belirli aralıkla işeme, karın ve şişlik bölgesine bastırmakla işemenin takviye edilmesi gibi spesifik ve nonspesifik yakınmalara neden olabilir [2]. Alt üriner sistem obstrüksiyonları ile karşımıza çıkabileceği gibi sepsis, böbrek yetmezliği, hidronefroz, herni olan mesanede nekroz gibi daha komplike klinik tablo ile de karşımıza çıkabilir. Olgumuzda ilk sorgulamada alt üriner sistem bulguları ön planda idi. İşeme semptomlarına sebep olan mesanedeki anatomik ve fizyolojik yer değişiminin alfa adrenerjik blokör tedavisine olumlu cevabı da engellediğini düşünüyoruz. Fizik muayenede sağ kasıkta ele gelen klasik inguinal herni görünümü de obstrüksiyonu destekliyor olmasına rağmen yapılan ultrasonografide mesanedeki inguinal kanala uzanım uyarıcı oldu. Pelvik MRI sağ tarafta mesanenin inguinal kanal içerisine fıtıklaştığı, bu uzanımın bir divertikül olmadığı net olarak görüldü. Peroperatif mesanenin retroperitoneal olarak kanal arka duvarı yoluyla kanala girdiği, fıtık kesesinde barsak anslarının olmadığı görüldü. Mesane rahatlıkla redükte edilebildi.

Gomella ve arkadaşlarına göre inguinoskrotal herniye bağlı geniş inguinal cerrahide %38'lere varan komplikasyon oranı vardır [3]. Bunlar kanama, sepsis ve fistül oluşumudur. Operasyon öncesi tanının kesinleştirilmesi bu komplikasyon oranlarını düşürecektir. Fizik muayene ve anamnez büyük ölçüde tanıda yardımcı olsa da görüntüleme yöntemleri çoğu olguda gerekir. Ultrasonografi ilk başvurulacak yöntemdir. Ancak yeterli bilgi vermeyebilir. MRI, dolu mesanede üç boyutlu olarak mesanenin konfigürasyonunu yansıtabildiğinden ayırıcı tanıda oldukça yeterli bilgileri sunar [4, 5, 6]. Literatürde, ilginç olarak koroner arter hastalığı sebebiyle koroner anjiografi uygulanan hastanın inguinal kanalına doğru olan şişliğinin floroskopi altında opak madde doluşu ile tespit edilmiş mesane herni olgusu da sunulmuş [7].

Mesanenin inguinal kanala herniasyonu durumunda en sık başvurulan cerrahi yöntem, inguinal eksplorasyon, mesanenin anatomik pozisyonuna iadesi, fıtık onarımıdır. Nadiren divertikül ile birlikte olan olgularda divertikülektomi yapılabilir. İşlem intraperitoneal veya preperitoneal yolla laparoskopik olarak da gerçekleştirilebilir [8]. Nitekim Khan ve arkadaşları kendi olgularında laparoskopik yaklaşımı tercih etmişler [2].

Sonuç

Mesanenin inguinal kanala herniasyonu nadir görülen bir durumdur. Dikkatli bir anamnez, fizik muayene, özellikle de işeme bozukluğu semptomları olan fıtıklı hastaların ürolojik değerlendirmelerinin de yapılması, şüphe duyulması durumunda görüntüleme yöntemlerine başvurulması ve cerrahi tedavi öncesi veya esnasında gerekirse üretrosistoskopik incelemenin yapılarak operasyon öncesi kesin tanı konulması, muhtemel operatif komplikasyonların önlenmesine katkı sağlayacağı düşüncesindeyiz.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Bisharat M, O'Donnell ME, Thompson T, MacKenzie N, Kirkpatrick D, Spence RA, Lee J. Complications of inguinoscrotal bladder hernias: A case series. Hernia 2009;13(1):81–4.
2. Khan A, Beckley I, Dobbins B, Rogawski KM. Laparoscopic repair of massive inguinal hernia containing the urinary bladder. Urol Ann 2014;6(2):159–62.
3. Gomella LG, Spires SM, Burton JM, Ram MD, Flanigan RC. The surgical implications of herniation of the urinary bladder. Arch Surg 1985;120(8):964–7.
4. Pasquale MD, Shabahang M, Evans SR. Obstructive uropathy secondary to massive inguinoscrotal bladder herniation. J Urol 1993;150(6):1906–8.
5. Izes BA, Larsen CR, Izes JK, Malone MJ. Computerized tomographic appearance of hernias of the bladder. J Urol 1993;149(5):1002–5.
6. Bernaerts A, de Beeck BO, Hoekx L, Parizel PM. Paraperitoneal indirect inguinal bladder hernia: MR demonstration. Abdom Imaging 2005;30(6):685–8.
7. Hoşcan MB, Eldem HO, Hoşcan Y, Karabulut Z. An Unusual Incidental Finding of a Coronary Angiography: Bladder Herniation. J Clin Anal Med 2013;4(2):170
8. Charuzi I, Mogutin B, Alis M, Kyzer S. Laparoscopic repair of inguinoscrotal hernia with complete herniation of the urinary bladder. Hernia 2000;4:167–9.

How to cite this article:
Turkan S, Üçkurt Y, Kalkan M, Şahin C. An Unusual Situation Causing Voiding Dysfunction: Inguinal Herniation of the Bladder. J Clin Anal Med 2013;4(suppl 5): 500-2.