

Skrotal sistosel: Masif inguinokrotal şişliğin nadir bir sebebi

Scrotal cystocele: A rare cause of massive inguinoscrotal swelling

Ercan Kazan¹, Akın Soner Amasyalı¹, Mehmet Şirin Ertek¹, Alper Nesip Manav¹, Abdullah Akkurt¹, Hakan Erpek², Haluk Erol¹

¹ Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji AD.

² Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD.

Geliş tarihi (Submitted): 14.10.2014
Kabul tarihi (Accepted): 02.03.2015

Yazışma / Correspondence

Uz. Dr. Ercan Kazan
Mimar Sinan Mh. Ezgi sitesi C Blok
K:3 D:7 Efeler/Aydın
E-mail:kazan20@hotmail.com
Tel: 0506 277 36 84

Özet

Mesanenin inguinal kanala herniasyonu nadir gözlenen bir patolojidir ve genellikle asemptomatiktir. Mesanenin büyük boyutlara ulaşmış inguinokrotal hernileri görülebilmekte ve bunlar skrotal sistosel olarak isimlendirilmektedir. Bu çalışmamızda, şiddetli alt üriner sistem semptomları ve mesane taşı nedeni ile kliniğimize başvuran ve gerekli değerlendirme sonrası cerrahi uygulanan skrotal sistosel olgusu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: mesane, herni, inguinal, skrotum, sistosel, mesane taşı

Abstract

Herniation of the urinary bladder into the inguinal canal is a rare pathology and is usually asymptomatic. The inguinoscrotal hernias of the bladder can be seen in large sizes and are called scrotal cystocele. In this study, a patient is presented who admitted to our clinic with lower urinary tract symptoms, bladder stone and were operated after the required evaluations.

Key Words: Bladder, hernia, inguinal, scrotum, cystocele, bladder calculi

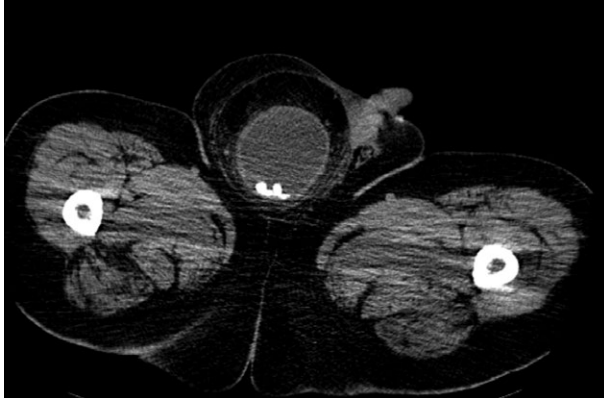
Giriş

Mesanenin inguinal herniasyonu nadir gözlenmektedir. Tüm alt abdomen hernileri içinde % 0.5-3 ve tüm inguinal herniler içinde %1-4 oranında saptanmaktadır (1,2). Hastalar genellikle asemptomatiktir ve en sık inguinal şişlik şikayeti ile başvururlar. İntraoperatif veya postoperatif komplikasyonların önlenmesi açısından preoperatif mesanenin inguinal herniasyonunun tanısının konulması önem arz etmektedir. Skrotal sistosel ise, ilk kez Levine tarafından tarif edilmiş ve masif inguinokrotal mesane hernisi anlamına gelmektedir (3). Bu çalışmamızda, üretral sonda ve mesane taşı nedeni ile kliniğimize başvuran skrotal sistosel olgusu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

Atmış yedi yaşındaki erkek hastanın dış merkeze aralıklı taş düşürme ve şiddetli alt üriner sistem semptomla-

rı nedeniyle başvurması ile yapılan değerlendirmesi sonucunda, sağ tarafta skrotuma uzanım gösteren mesane herniasyonu tanısı konulması üzerine tarafımıza yönlendirilen hastanın görüntülemelerinde, sağ skrotuma uzanım gösteren ve içinde en büyüğü 1,5 cm olan birçok taşın olduğu mesane herniasyonu olduğu gözlemlendi (Resim 1). Ayrıca hasta idrar yapamadığı içinde mesane kateterize edilmiş. Hastanın fizik muayenesinde ise, aşırı obezite (vücut kitle indeksi: 44), sağ skrotumu dolduran ve tam redükte edilemeyen herni kesesi saptandı ve hikayesinde bunun 20 yıldır olduğu öğrenildi (Resim 2). Fizik bakıda başka anormal bir bulgu saptanmadı. Özgeçmişinde, diabetes mellitus, dislipidemi, koroner arter hastalığı olduğu öğrenildi. Laboratuvar testlerinde, böbrek fonksiyon testleri ve prostat spesik antijen değeri normal gözlenirken idrar tetkikinde mikroskopik hematüri saptandı.



Resim 1: Bilgisayarlı tomografide mesane herniasyonu ve mesane taşları

Hasta genel cerrahi ile konsulte edilerek spinal anestezi altında operasyona alındı. Öncelikle retrograd sistografi çekildi ve anatomik yapı net olarak görüntülendi (Resim 3). Mesane çıkım obstrüksiyonun dışlanması, mesane taşı ve mikroskopik hematüri varlığı nedeniyle başlangıçta sistoskopi yapıldı. Fleksibl sistoskop ile yapılan incelemede, herhangi bir tümöral oluşum saptanmazken prostatik loj açık olarak ve herni kesesinde de mesane taşları gözlemlendi. Sonra sağ inguinal kanala uzanan suprapubik kesi ile eksplorasyon uygulandı. Paraperitoneal mesane herniasyonu gözlemlendi, herni kesesi içinde barsak saptanmadı. Mesaneye 2 cm'lik insizyon uygulanarak mesane taşlarının tümü çıkartıldı. Mesane duvarı 2/0 absorbabl sutur ile kapatıldı ve sonrasında mesane anatomik yerine yerleştirildi. Herni kesesine yüksek ligasyon yapıldı ve mesh ile herni onarımı tamamlandı. Dren postoperatif 3. günde, sonda 1.haftada çıkartıldı (Resim 4). Resim 5'te postoperatif çekilen sistografisi görülmektedir. Hastanın takiplerinde herhangi sorun olmadı.



Resim 2: Preoperatif görünüm



Tartışma

İnguinal hernilerde farklı ürolojik organlar olabilmektedir (4). İnguinoskrotal mesane hernisi literatürde yüzden az olguda gözlenmiştir (5). Mesane hernisi olgusu ilk kez Felix Platter tarafından rapor edilmiştir (5). Tüm inguinal herniler de %1-4 oranında gözlenmekle birlikte bu oran 50 yaş üzerinde artmaktadır (6). Etiyolojisinde en sık olarak yaşlanma, obesite, mesane çıkım obstrüksiyonu, mesane duvar tonus kaybı ve abdominal kas zayıflığı suçlanmaktadır (5,7). Mesane hernisi en sık inguinal veya femoral kanalda gözlenmesine karşın perine, iskiorektal, obturator, abdominal duvar açıklarında da saptanabilmektedir (8,9). Mesane hernisi, peritonla ilişkisine göre anatomik olarak intraperitoneal, paraperitoneal ve ekstraparitoneal olarak sınıflandırılmaktadır. En sık paraperitoneal, en az ise ekstraparitoneal tip gözlenmektedir (5,10). Genellikle sağ tarafta gözlenmektedir. Küçük mesane hernileri genellikle asemptomatiktir ve genellikle cerrahi sırasında veya rastlantısal olarak radyolojik görüntülerde saptanmaktadır. Sık idrara çıkma, işeme zorlukları, hematüri, noktüri gibi nonspesifik semptomlar olabilmektedir. Bunların yanında iki aşamalı miksiyon gibi spesifik semptom da gözlenebilmektedir. Etiyolojisinde obesitenin olduğunu düşündüğümüz olgumuzda paraperitoneal tip mesane hernisi saptandı. Ayrıca anamnezde spesifik bir şikayet gözlenmedi. Ancak hastanın şiddetli alt üriner sistem semptomları mevcut idi.

Mesane hernisinde tanı için ultrasonografi, sistografi, bilgisayarlı tomografi gibi yöntemler kullanılabilir. Büyük boyutlardaki skrotal hernilerde ultrasonografi yetersiz kalabilmektedir (5,7). Masif mesane hernilerinde retrograd sistografi daha önemli olabilmektedir (6,11).

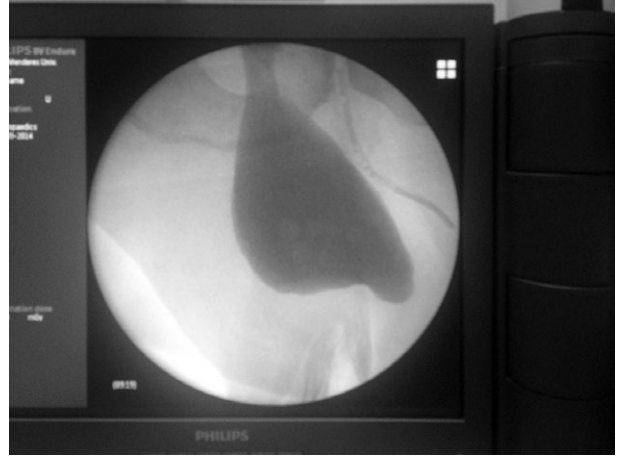


Resim 3: Retrograd sistografi

Orifislerin durumunu görmek, şüpheli mesane tümörü veya mesane taşı gibi durumlarda sistoskopi de yapılabilir (5). Olgumuz da tanı için retrograd sistografi ve mesane taşı olduğu için sistoskopi yöntemlerini kullandık. Bilgisayarlı tomografiyi ise hastada böbrek taşı hikayesi olduğu ve hastanın obez olması nedeniyle ultrasonografi yetersiz kalabileceği için tercih ettik.

Mesane hernisine bağlı olarak tek veya çift taraflı hidronefroz, böbrek yetmezliği, enfeksiyon, vezikoureteral reflü, mesane strangülasyonuna bağlı nekroz ve mesane taşı gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (7,12). En önemli tedavi yöntemi cerrahidir. İnguinal eksplorasyon yapılır, mesane anatomik yerine yerleştirilir ve herniorafisi tamamlanır. En sık açık cerrahi yöntemler kullanılmasına rağmen laparoskopi gibi minimal invaziv yöntemlerle de yapılabilir (13). Genellikle mesane rezeksiyonu gerekmemekle birlikte mesane nekrozu, divertikül ve tümör saptanması durumunda rezeksiyon ihtiyacı olmaktadır (8). Hastamızda komorbiditeleri ve taş yükünün fazla olması nedeniyle herni onarımında ve mesane taşlarının tedavisinde açık cerrahi yöntem kullanıldı ve herhangi bir rezeksiyon gereksinimi olmadı. Masif inguinokrotal hernilerin cerrahisinde %38 oranında mesane yaralanması gözlenebilmekte ve buna bağlı postoperatif dönemde hematüri, enfeksiyon ve fistül oluşumu gibi komplikasyonlar olabilmektedir (8). Olgumuzda postoperatif herhangi bir komplikasyon gözlemedik.

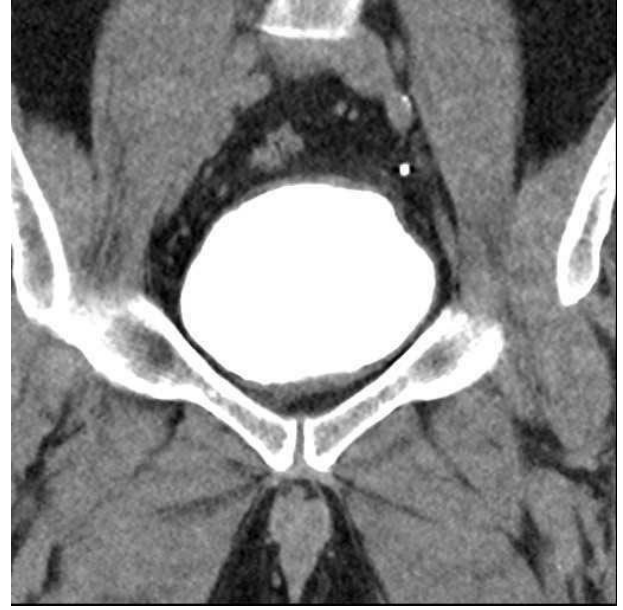
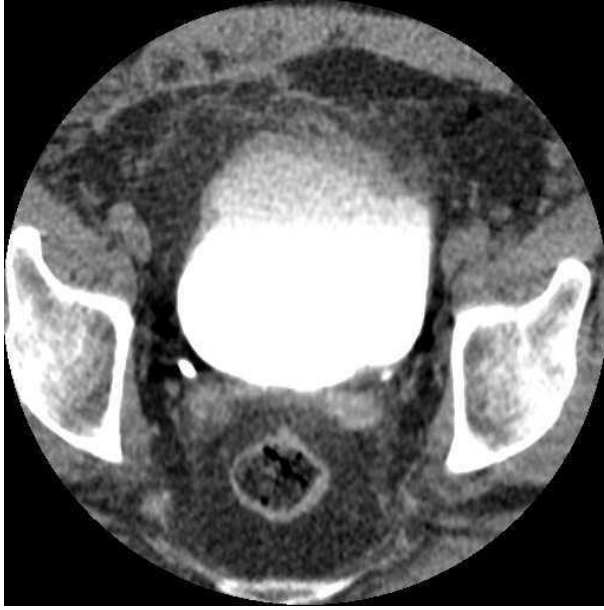
Skrotal sistosel olarak isimlendirilen masif inguinokrotal mesane hernileri nadir gözlenmektedir. Büyük boyutlu inguinokrotal hernisi olan olgularda ürolojik yapı-



larında herniye eşlik edebileceği akılda tutulmalıdır. Masif inguinokrotal mesane hernisi olabileceği düşünülen olgularda intraoperatif ve postoperatif komplikasyonları olmaması veya azaltılması için preoperatif değerlendirme ayrıntılı yapılmalıdır.



Resim 4: Postoperatif görünüm



Resim 5: Bilgisayarlı tomografide postoperatif görünüm

Kaynaklar

1. Conde Sánchez JM, Espinosa Olmedo J, Salazar Murillo R, Vega Toro P, Amaya Gutiérrez J, Alonso Flores J, et al. Giant inguino-scrotal hernia of the bladder. Clinical case and review of the literature. *Actas Urol Esp* 2001; 25:315-9.
2. Koontz AR. Sliding hernia of diverticulum of bladder. *AMA Arch Surg* 1955;70(3):436-8
3. Levine B. Scrotal cystocele. *J Am Med Assoc* 1951;147:1439-44.
4. Oruc MT, Akbulut Z, Ozozan O, et al. Urological findings in inguinal hernias: A case report and review of the literature. *Hernia* 2004;8:76-9.
5. Zajackowski T. Scrotal bladder hernia: Report of two cases. *Int Urol Nephrol* 2007;39:479-84.
6. Atalar M, Eğilmez H, Ayan S. Masif inguinokrotal mesane herniasyonunda radyolojik bulgular. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2008, 28:223-226.
7. Bisharat M, O'Donnell ME, Thompson T, MacKenzie N, Kirkpatrick D, Spence RA, et al. Complications of inguinoscrotal bladder hernias: A case series. *Hernia* 2009;13:81-4.
8. Gomella LG, Spires SM, Burton JM, Ram MD, Flanigan RC. The surgical implications of herniation of the urinary bladder. *Arch Surg* 1985;120:964-7.
9. Watson LF. Anatomy, etiology, symptoms, diagnosis, differential diagnosis, prognosis and treatment. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1948. *Hernia*; p. 32.
10. Bjurlin MA, Delaurentis DA, Jordan MD, Richter HM. Clinical and radiographic findings of a sliding inguinoscrotal hernia containing the urinary bladder. *Hernia* 2010;14:635-8.
11. Herrero RS, Molinero CMM, Garcia SJ. Ultrasonographic diagnosis of massive bladder hernia at the inguinoscrotal level: report of a case. *Actas Urol Esp* 2000;24: 825-8.
12. Helleman JN, Willemsen P, Vanderveken M, Cortvriend J, Van Erps P. Incarcerated vesico-inguinal hernia: A case report. *Acta Chir Belg* 2009;109:815-7.
13. Khan A, Beckley I, Brian D, Rogawski KM. Laparoscopic repair of massive inguinal hernia containing the urinary bladder. *Urol Ann* 2014; 6: 159-162.