



Nadir bir inguinal herni nedeni: skrotal sistosel

A rare cause of inguinal hernia: scrotal cystocele

İsmail Zihni¹, Ali Duran², Volkan Soysal³

ÖZ

İnguinal kanal içerisinde mesane fıtıklaşması nadir görülmektedir. Tüm inguinal fıtıkların %1-3'ünü oluşturur. Mesane fıtıkları sıklıkla asemptomatik olup tanı genellikle cerrahi sırasında ya da intraoperatif gelişen mesane yaralanması sonucu konur. Alt üriner sistem semptomlu veya önceden geçirilmiş fıtık operasyonu öyküsü bulunan erkek hastalarda mesane fıtığı riski artmıştır. Tipik olarak hastalarda inguinal veya skrotal şişlik, dizüri ve miksiyondan sonra skrotal şişliğin küçülmesi yakınmaları vardır. Radyolojik görüntüleme ile erken tanı cerrahi sırasında komplikasyonlardan korunmak için önemlidir. İntravenöz piyelografi, retrograd sistografi, pelvik ultrason, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme preoperatif tanıda kullanılabilir. Skrotal şişlik nedeniyle kliniğimize başvuran hastadan alınan anamnez sonucunda klinik şüphe üzerine çekilen retrograd sistografi ile tanıya gidilen skrotal mesane fıtığı sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Mesane, inguinal herni, herni

ABSTRACT

Herniation of the urinary bladder into the inguinal canal is rare. It constitutes 1-3% of all inguinal hernias. Bladder herniation is usually asymptomatic, and it is usually diagnosed during surgery or as a result of intra-operative bladder injury. Male patients with lower urinary tract symptoms or with a history of previous hernia surgery are at increased risk of bladder herniation. Typically, patients complain of inguinal or scrotal swelling, dysuria and shrinkage of scrotal swelling after voiding. Early diagnosis with radiological imaging is important to prevent complications during surgery. Intravenous pyelography, retrograde cystography, pelvic ultrasound, computed tomography and magnetic resonance imaging can be used for preoperative diagnosis. In this report, a patient is presented who presented to our clinic with scrotal swelling and was diagnosed with scrotal bladder herniation by retrograde cystography, taken due to clinical suspicion based on his history.

Key Words: Bladder, inguinal hernia, herniation

GİRİŞ

İnguinal fıtıklar, nüfusun yaklaşık %3-8'inde görülür (1). Fıtıkların, %75-85'i erkeklerde görülmektedir. İnguinal fıtıklar tüm fıtıkların %80-83'ünü oluşturur (%50'si indirekt inguinal, %25'i direkt inguinal, %5'i femoral). Mesanenin inguinal kanal içerisine fıtıklaşması ise sık rastlanılan bir durum değildir (2). Elli yaş üstü erkeklerde insidansı %1-3 arasında değişmektedir (3, 4). Mesanenin büyük bir kısmı fıtıklaşabileceği gibi sadece bir divertikül de fıtıklaşabilir. Mesanenin skrotuma fıtıklaşması ilk kez 1951 yılında Levine (5) tarafından skrotal sistosel olarak tanımlanmıştır. Etyolojide üriner trakt obstrüksiyonu, kronik mesane distansiyonu, mesane tonusunun kaybolması, periritis, perivezikal yağ dokusunun protrüzyonu, obezite, pelvik kitle, geçirilmiş fıtık operasyonu bulunmaktadır (6). Mesane fıtıklaşması genellikle asemptomatik olarak seyretmekte ve rastlantısal olarak saptanmakta nadiren de olsa üriner obstrüksiyon bulgularıyla ortaya çıkabilmektedir. Teşhis genellikle yapılan fıtık ameliyatında konmaktadır. İyi bir anamnez ve radyolojik görüntüleme yardımıyla erken tanı cerrahi onarım sırasında komplikasyonlardan korunmak için önemlidir. Bu olguda skrotal fıtık nedeniyle operasyona hazırlanan hastada rastlantısal olarak tanı konulan skrotal mesane fıtığı olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Altmış sekiz yaşında yaklaşık 2 yıldır sağ skrotal şişlik, dizüri, miksiyon sonrası şişlikte azalma yakınmaları ile polikliniğimize başvuran erkek hastanın fizik muayenesinde sağda dev bir inguinokrotal fıtık kesesi tespit edildi. Sağ testis palpabl olup normal boyutlarda idi. Hastanın laboratuvar bulguları normal sınırlardaydı. Hastada bilinen ek yandaş hastalık ve geçirilmiş ameliyat öyküsü yoktu. Hastanın anamnezde verdiği miksiyondan sonra skrotal şişliğin gerilemesi bilgisi üzerine hastaya çekilen retrograd sistografi de mesanenin inguinal kanaldan skrotuma doğru ilerlediği görüldü (Şekil 1, 2).

Skrotal sistosel tanısıyla ameliyat kararı verildi, hastaya ameliyat tekniği hakkında bilgi verildi ve yazılı bilgilendirilmiş onam formu alındı. Stoppa yöntemiyle preperitoneal yaklaşılarak mesane fıtık kesesinden ayrıldı ve prolen mesh takviyesi uygulandı. Hasta postoperatif ikinci günde taburcu edildi. 1 ay sonra çekilen kontrol sistogramda mesanenin normal lokalizasyonda olduğu, konturlarının normal olduğu ve inguinokrotal fıtık olmadığı görüldü (Şekil 3).

¹Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi Hastanesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
Isparta, Türkiye

²Mardin Kızıltepe Devlet
Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,
Mardin, Türkiye

³İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma
Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,
İzmir, Türkiye

Yazışma Adresi

Address for Correspondence

İsmail Zihni

e-posta: ismailzihni@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received : 31.03.2014

Kabul Tarihi / Accepted: 10.04.2014

Çevrimiçi Yayın Tarihi /

Available Online Date: 25.12.2014

©Copyright 2016

by Turkish Surgical Association
Available online at

www.uluscerrahidergisi.org

©Telif Hakkı 2016

Türk Cerrahi Derneği

Makale metnine

www.uluscerrahidergisi.org

web sayfasından ulaşılabilir.



Şekil 1. Oblik sistogramda sağ skrotuma uzanan skrotal sistosel görülmekte



Şekil 2. Lateral sistogramda skrotal sistosel görüntüsü

TARTIŞMA

Tüm inguinal fıtıkların %1-3'ü mesaneyi de içermektedir (3, 4). Fıtıklar sıklıkla inguinal ve femoral kanala doğrudur ancak iski-orektal, obturator ya da abdominal duvar kaynaklı da olabilir. Mesanenin skrotuma doğru ilerlemesi skrotal sistosel olarak ilk kez 1951 yılında Levine (5) tarafından tanımlanmıştır. Bu fıtıkların çoğunluğu bizim olgumuzda olduğu gibi sağ tarafta gö-



Şekil 3. Postoperatif sistogramda mesane normal lokalizasyonunda

rülüp direkt fıtıklardır. Mesane fıtıkları peritonla ilişkisine göre üçe ayrılır. En sık paraperitoneal fıtık görülür. Fıtığın ekstraparitoneal parçası fıtık kesesinin medial duvarı boyunca seyredir. Daha az sıklıkla intraperitoneal ve ekstraparitoneal fıtık tipleri görülmektedir.

Mesane fıtıklarının oluşumunda abdominal duvarın destekleyici dokusunda yapısal defekt veya yaşlanmayla gelen atrofisi üriner sistem çıkış obstrüksiyonları, perivezikal yağ protrüzyonu, destek dokuların zayıflığı ile birlikte mesane tonus kaybı, obezite predispozan faktör olarak yer almaktadır (7).

Küçük mesane fıtıkları genellikle asemptomatik seyredir. Fıtık büyüdükçe semptomlar ortaya çıkmaktadır. Hastalarda dizüri, noktüri, hematüri, miksiyon sırasında normal mesane kısmındaki idrarın boşalmasını takiben fıtıklaşan kısımdaki idrarı hastanın fıtık kesesini elle sıkarak boşaltması gibi yakınmalar mevcuttur. Olgumuzda da karşılaştığımız gibi miksiyon sonrası skrotal şişliğin azalması en spesifik bulgudur (8). Nadiren de olsa üriner obstrüksiyon bulgularıyla ortaya çıkabilmektedir. Teşhis genellikle yapılan fıtık ameliyatında konmaktadır. İyi bir anamnez ve radyolojik görüntüleme yardımıyla erken tanı cerrahi onarım sırasında komplikasyonlardan korunmak için önemlidir. Mesane fıtıklaşmasında temel görüntüleme seçenekleri intravenöz ürografi ve retrograd sistografi olup ultrasonografi uygulamaları da yararlıdır. Bilgisayarlı tomografi ise fıtığın lokalizasyonunun, içeriğinin ve abdominopelvik yapılar ile ilişkisinin değerlendirilmesinde tercih edilmesi gereken görüntüleme yöntemidir. Sistografi tanıda altın standart olarak kabul edilmektedir (9). Olgumuzda da preoperatif tanıda retrograd sistografiden yararlanılmıştır.

SONUÇ

İnguinal fıtık erişkin popülasyonda sık olarak görülür ve genellikle fıtık içeriği abdominal organları saran peritondur. İnguinal kanalda fıtık kesesi içinde barsak ansı, omentum veya sadece ekstraparitoneal yağ bulunabilir. Ancak bu vakada olduğu gibi fıtık kesesi içerisine mesane de girebilir. Mesane fıtığı rastlantısal olarak saptanmaktadır. İnguinal fıtık operasyonu sırasında gelişebilecek mesane ve üreter yaralanması gibi komplikasyonları önlemek açısından preoperatif tanı konulması önem arz etmektedir. Elli yaş üstü skrotal fıtık nedeniyle operasyon

planlanan üriner semptomları bulunan hastalarda mesane fıtıklaşması akla gelmeli, ucuz ve az zahmetli bir işlem olan retrograd sistografinin çekilmesi intraoperatif komplikasyonların önüne geçecektir.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - İ.Z., A.D., V.S.; Tasarım - İ.Z., V.S.; Denetleme - İ.Z., A.D., V.S.; Kaynaklar - İ.Z.; Malzemeler - İ.Z.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - İ.Z., A.D.; Analiz ve/veya yorum - İ.Z., V.S.; Literatür taraması - İ.Z., A.D., V.S.; Yazıyı yazan - İ.Z., A.D.; Eleştirel inceleme - İ.Z.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - İ.Z., A.D., V.S.; Design - İ.Z., V.S.; Supervision - İ.Z., A.D., V.S.; Funding - İ.Z.; Materials - İ.Z.; Data Collection and/or Processing - İ.Z., A.D.; Analysis and/or Interpretation - İ.Z., V.S.; Literature Review - İ.Z., A.D., V.S.; Writer - İ.Z., A.D.; Critical Review - İ.Z.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Koonz AR. Sliding hernia of diverticulum of bladder. *AMA Arch Surg* 1995; 70: 436. [\[CrossRef\]](#)
2. Curry NS. Hernias of the urinary tract. In: Pollack HM, McClennan BL. *Clinical urography*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2000. p. 2981-2991.
3. Kim KH, Kim MU, Jeong WJ, Lee YS, Kim KH, Park KK, et al. Incidentally detected inguinoscrotal bladder hernia. *Korean J Urol* 2011; 52: 71-73. [\[CrossRef\]](#)
4. Fisher PC, Hollenbeck BK, Monntgomery JS, Underwood W 3rd. Inguinal bladder hernia masking bowel ischemia. *Urology* 2004; 63: 175-176. [\[CrossRef\]](#)
5. Levine B. Scrotal cystosele. *J Am Med Assoc* 1951; 147: 1439-1441. [\[CrossRef\]](#)
6. Ersoy E, Karagüzel E, Akgül T, Ayyıldız A, Germiyanoglu C. Giant inguinoscrotal bladder hernia: a late complication of herniorrhaphy. *Turkish Journal of Urology* 2009; 35: 266-267.
7. Caterino M, Finocchi V, Giunta S, De Carli P, Crecco M. Bladder cancer within a direct inguinal hernia: CT demonstration. *Abdom Imaging* 2001; 26: 664-666. [\[CrossRef\]](#)
8. Minordi LM, Mirk P, Canade A, Sallustio G. Massive inguinoscrotal vesical hernia complicated by bladder rupture: preoperative sonographic and CT diagnosis. *AJR Am J Roentgenol* 2004; 183: 1091-1092. [\[CrossRef\]](#)
9. Andaç N, Baltacıoğlu F, Tüney D, Cımşit NC, Ekinci G, Biren T. Inguinoscrotal bladder herniation: is CT a useful tool in diagnosis? *Clin Imaging* 2002; 26: 347-348. [\[CrossRef\]](#)