

Geniş Inguinal Mesane Herniasyonu, Olgu Sunumu

Large Inguinal Bladder Hernia-A Case Report

Zeyneb Yüceler, Yıldırım Savaş, Adem Kırış

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Mesane inguinal kanal içerisine herniasyonu tüm inguinal hernili olguların %1-3'ünde görülür. Inguinal herni operasyonu sırasında gelişebilecek komplikasyonları önlemek açısından ve nadiren de olsa üriner obstrüksiyona neden olması sebebiyle tespit edilmesi önem taşımaktadır. Bu yazıda böbrek taşı açısından tetkik edilen hastanın BT ve MR ürografi incelemelerinde rastlantısal olarak tespit edilen inguinal mesane herniasyonu olgusu sunulmuştur. (*Haseki Tıp Bülteni* 2010; 48: 113-5)

Anahtar Kelimeler: Mesane, Inguinal Herni

Abstract

Approximately 1-3% of inguinal hernias are associated with herniation of the bladder. Preoperative diagnosis is important for the prevention of a probable bladder injury during hernia operation, and due to the fact that even though rarely, inguinal hernias may cause urinary tract obstruction. In this report, we present a case of inguinal bladder hernia, incidentally found in computed tomography and magnetic resonance urography investigations. (*The Medical Bulletin of Haseki* 2010; 48: 113-5)

Key Words: Bladder, Inguinal Hernia

Giriş

Mesane herniasyonu genellikle rastlantısal olarak saptanmakla birlikte hastalar nadiren de olsa üriner obstrüksiyon bulguları ile de başvurabilir. Inguinal herni operasyonu sırasında gelişebilecek komplikasyonları önlemek açısından tespit edilmesi önem taşımaktadır.

Mesane inguinal kanal içerisine herniasyonu tüm inguinal hernili olguların %1-4'ünde görülür (1-3). Ancak inguinal hernilerde izole mesane bulunması oldukça seyrek. Etiyolojide mesane detrüsör kasının ve abdominal duvar kaslarının zayıflığının yanı sıra mesane boynu obstrüksiyonu ya da eşlik edebilecek bir inguinal herni kesesinin zamanla büyüyerek mesaneye traksiyon uyguladığı düşünülmektedir. (4-7). Bu yazıda böbrek taşı açısından tetkik edilen hastanın BT ve MR ürografi incelemelerinde rastlantısal olarak tespit edilen inguinal mesane herniasyonu olgusu sunulmuştur.

Olgu

Hastanemize makroskopik hematüri ve yan ağrısı nedeniyle başvuran 76 yaşındaki erkek hastanın şüpheli sol üre-

ter taşına yönelik istenen kontrastsız tüm abdominal bilgisayarlı tomografi tetkikinde, rastlantısal olarak mesane sağ anterolateral duvarının inguinal kanala herniye olduğu, ancak herni boynunda obstrüksiyon olmadığı görülmüştür (Şekil 1).

Yine aynı amaçla istenen MR ürografi tetkikinde mesane inguinal kanala herniasyonu T2A aksiyel kesitlerde ve MR ürografi tetkikinde izlenmiştir (Şekil 2-3).

Hastaya daha sonra kontrol amaçlı yapılan ultrasonografi tetkikinde; mesane sağ anterolateral duvarının sağ inguinal kanala doğru herniasyonu izlendi. Valsalva manevrasıyla yapılan tekrar değerlendirilmesinde herniye olan bu kısmın kanal içinde distale doğru hareketi izlendi.

Tartışma

Mesane herniasyonu genellikle yaşlı erkek hastalarda ve genellikle sağ tarafta daha sık görülmektedir (8). Hastalar genellikle asemptomatik olup nadiren dizüri, miksiyonda zorlanma, çift veya çatallı işeme veya herniye kısma basarak işemeyi kolaylaştırma gibi yakınmalarla başvurabilirler (9,10).

Mesane hernileri peritonla ilişkilerine göre anatomik olarak: paraperitoneal (en sık görülen tip), ekstraparitoneal

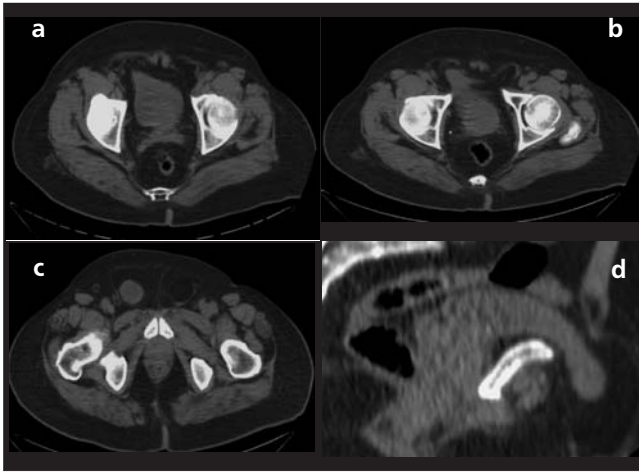
Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Zeyneb Yüceler
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği 34096 Fatih, İstanbul, Türkiye
Tel: +90 212 529 44 00-1363 Faks: +90 212 529 44 81
E-posta: zyuceler@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received: 10 Şubat 2010 **Kabul Tarihi/Accepted:** 01 Mayıs 2010

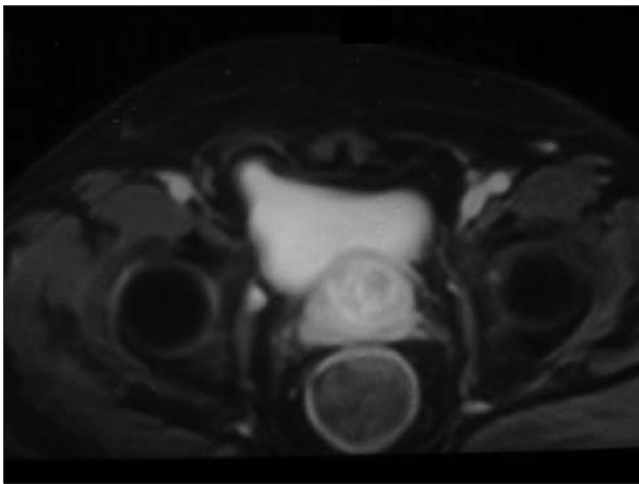
Haseki Tıp Bülteni,
Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır.
The Medical Bulletin of Haseki Training and Research Hospital,
published by Galenos Publishing. All rights reserved.

(en az görülen tip) ve intraperitoneal tipte olabilirler. Ayrıca mesanenin masif inguinokrotal herniasyonu nadir olup, skrotal sistosel olarak isimlendirilir (2,3,11,12).

Sistografi tanıda altın standart olarak kabul edilmektedir. Tanıda İVP (intravenöz piyelografi) de kullanılabilir; tek ya da her iki üreterin 1/3 distal kesiminin laterale yer değiştirmesi, küçük asimmetrik mesane ve mesane tabanının vizüalize edilememesi şeklinde triad tanımlanmıştır. İVP'de kontrast maddenin dilüe olması ve yatarak çekilmesi dezavantajları olsa da inguinal kanala uzanım gösteren asimmetrik mesane görüntüsü şüphe oluşturmamalıdır. Ayrıca



Şekil 1. Kontrastsız aksiyel BT kesitleri (a-c); sağ inguinal kanal orifisine doğru uzanım gösteren (a) ve daha alt kesitlerde inguinal kanal içerisinde uzanım göstermekte olan (b-c) mesane. Reformat sagittal BT kesitinde (d) inguinal kanala herniye olan mesane



Şekil 2. Aksiyel T2A MR kesitinde inguinal kanala doğru mesanenin herniasyonu

sistografide dar boyunlu hernilerde kontrast madde geçişi yeterli olmayacağı için tanıyı dışlayamaz. Her iki tetkik ek patolojileri göstermede yetersiz kalabilir (12-14).

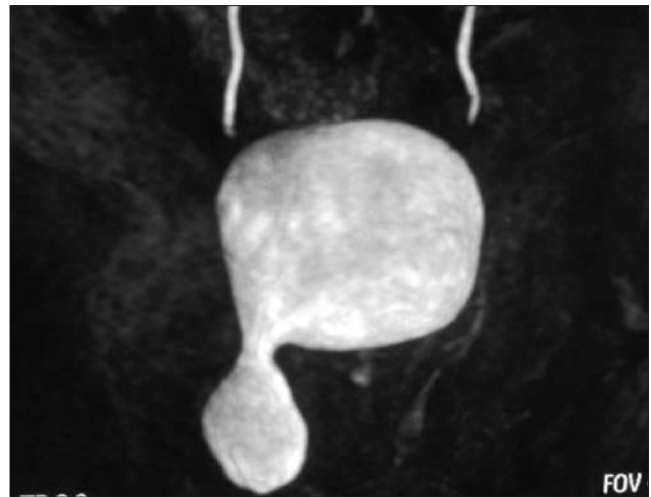
Mesane çıkış obstrüksiyon hikayesi olan hastalara USG operasyon öncesi non-invazif bir tetkik olarak önerilmekte, skrotal kistik kitlelerden ayırımında, herniye mesane kompartmanında olabilecek taş ve/veya tümörlerin tanısında yardımcı bir tetkik olarak ön görülmektedir (13).

BT ve MR mesane hernilerinin tanısında anatomi, herninin komponentlerini ve büyüklüğünü çok daha iyi gösterse de pahalı ve rutinde kullanılmayan tetkiklerdir. MR görüntülemenin herninin peritoneal yapılarla ilişkisini göstermede, tipini ayırt etmede, ek inflamatuvar değişiklikleri ve komplikasyonları göstermede diğer tetkiklere göre üstünlüğü vardır. Dolayısıyla yüksek riskli olgularda, preoperatif yardımcı tetkik olarak istenebilir (15,16,21).

Sistoskopi de tanıda kullanılabilecek diğer bir yöntem olmakla birlikte herninin boyununun durumuna göre yetersiz kalabilir.

Mesane herniasyonunun tedavisi cerrahidir. Mesane hernilerinin torsiyon, strangülasyon, perforasyon, herniye alanda taş ve/veya tümör, hidronefroz, böbrek yetersizliği gibi komplikasyonları olabilir (5,17-20). Komplikasyonların ciddiyeti göz önüne alındığında operasyon öncesi radyolojik tanının önemi artmaktadır.

Sonuç olarak, radyologların görüntülere aşina olmaları; olası tanıyı koymalarını ve bu tür komplikasyonları önlemeye katkıda bulunmalarını sağlayacaktır.



Şekil 3. Koronal MR ürografi kesitinde inguinal kanala doğru herniye olan mesane

Kaynaklar

1. Iason AH. Repair of urinary bladder herniation. *Am J Surg* 1944;63:69-77.
2. Soloway HM, Portney F, Kaplan A. Hernia of the bladder. *J Urol* 1960;84:539-43.
3. Stig Kollberg ML. Bladder hernia: survey and case report. *Acta Chir Scand* 1953;105:407-10.
4. Jackman SV, Schulam PG, Schoenberg M. Pseudotumor of the bladder: a late complication of inguinal herniorrhaphy. *Urology* 1997;50:609-11. [[Abstract](#)] / [[PDF](#)]
5. Caterino M, Finocchi V, Giunta S, De Carli P, Crecco M. Bladder cancer within a direct inguinal hernia: CT demonstration. *Abdom Imaging* 2001;26:664-6. [[Abstract](#)] / [[PDF](#)]
6. Bolton DM, Joyce G. Vesical diverticulum extending into an inguinal hernia. *Br J Urol* 1994;73:323-4. [[Abstract](#)]
7. Schewe J, Brands EH, Pannek J. The inguinal bladder diverticulum: a rare differential diagnosis of hernias. *Int Urol Nephrol* 2000;32:255-6. [[Abstract](#)] / [[Full Text](#)] / [[PDF](#)]
8. Liebeskind AL, Elkin M, Goldman SH. (1978) Herniation of the bladder. *Radiology* 106:257-62.
9. Ray B, Darwish ME, Baker RJ, Clark SS. Massive inguinoscrotal bladder herniation. *J Urol* 1997;118:330-1. [[Abstract](#)]
10. Bell ED, Witherington R. Bladder hernias. *Urology* 1980;15:127-30.
11. Yağcı C. Mesane ultrasonografisi. *TRD* 1998;33:465-73.
12. Zajackowski T. Scrotal bladder hernia: report of two cases. *Int Urol Nephrol* 2007;39:479-84. [[Abstract](#)] / [[Full Text](#)] / [[PDF](#)]
13. 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. [[Abstract](#)] / [[PDF](#)]
14. Reardon JV, Lowman RM, et al. Massive herniation of the bladder: "the roentgen findings. *J Urol* 1967;97:1019-20. [[Abstract](#)]
15. Catalano O. Computed tomography findings in scrotal cystocele. *Eur J Radiol* 1995;21:126-7. [[Abstract](#)] / [[PDF](#)]
16. Andac N, Baltacioglu F, Tuney D, Cimşit NC, Ekinci G, Biren T. Inguinoscrotal bladder herniation: is CT a useful tool in diagnosis? *Clin Imaging* 2002;26:347-8. [[Abstract](#)] / [[Full Text](#)] / [[PDF](#)]
17. Vindlacheruvu RR, Zayyan K, Burgess NA, Wharton SB, Dunn DC. Extensive bladder infarction in a strangulated inguinal hernia. *Br J Urol* 1996;77:926-7. [[Abstract](#)]
18. Pasquale MD, Shabahang M, and Evans SR. Obstructive uropathy secondary to massive inguinoscrotal bladder herniation. *J Urol* 1993;150:1906-8. [[Abstract](#)]
19. Epner SL, Rozenblit A, Gentile R. Direct inguinal hernia containing bladder carcinoma: CT demonstration. *AJR* 1993;161:97-8. [[Abstract](#)] / [[PDF](#)]
20. Postma MP, Smith R. Scrotal cystocele with bladder calculi (case report). *A J R* 1986;147:287-8. [[Abstract](#)] / [[PDF](#)]
21. A. Bernaerts, de Beeck BO, Hoekx L, Parizel PM. Paraperitoneal indirect inguinal bladder hernia. *Abdom Imaging* 2005;30:685-8. [[Abstract](#)] / [[Full Text](#)] / [[PDF](#)]