



EDİTÖRE MEKTUP / LETTER TO THE EDITOR

İnguinal mesane hernisi ile eş zamanlı kontralateral üreteral herniasyon: Nadir bir olgu

Simultaneous contralateral ureteral herniation with inguinal bladder hernia: a rare case

Mehmet Erhan Aydın¹, Arda Yeşilova², Ertuğrul Şefik², İsmail Basmacı²,
Serdar Çelik², Yasin Ceylan², Tank Yonguç², Deniz Bolat², Tansu Değirmenci²

¹Doğubeyazıt Dr.Yaşar Eryılmaz Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ağrı, Turkey

²SBU İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir, Turkey

Cukurova Medical Journal 2019;44(Suppl 1):601-603.

Sayın Editör,

İnguinal mesane herniasyonu nadir olmakla birlikte tüm inguinal hernili olguların %1-4'ünde görülmektedir¹. Üreterin inguinal herniasyonu ise daha nadir bir durumdur ve literatürde 2009 yılına kadar yaklaşık 140 olgu bildirilmiştir². Mesane ve üreterin inguinal herniasyonu 50 yaş üstü erkeklerde ve sağ tarafta daha sık görülmektedir³. Etyolojik faktörler arasında mesane çıkım tıkanıklığı yapan durumlar (benign prostat hiperplazisi (BPH), mesane boyun darlıkları), sliding tip direkt inguinal herni, detrusor tonusunda azalma, obezite ve abdomen duvar kaslarındaki zayıflık yer alır. Genellikle skrotal şişlik, üriner obstrüksiyon, akut böbrek yetmezliği veya üriner enfeksiyon ile bulgu verir. Bu olgular tedavi edilmedikleri takdirde üreteral obstrüksiyon, vezikoureteral reflü ve böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır⁴. Bu yazıda; skrotal şişlik nedeniyle değerlendirilen hastada, tanı konulan mesanenin ve ona eşlik eden kontralateral üreterin inguinokrotal herniasyonu olgusunu sunmayı amaçladık.

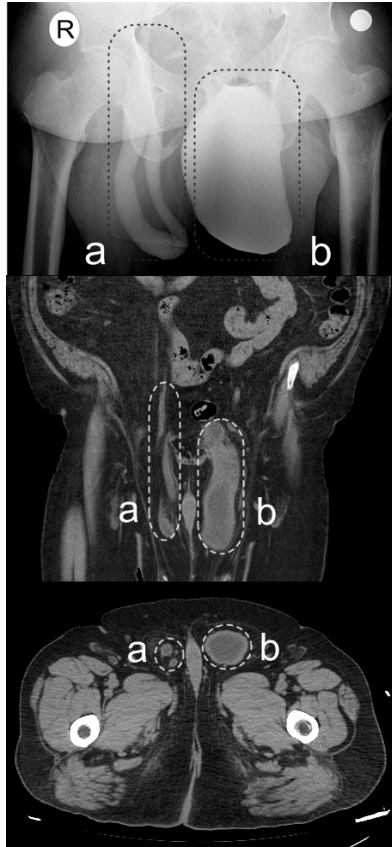
57 yaşında erkek hasta solda daha belirgin olmak üzere her iki skrotal bölgesinde şişlik nedeni kliniğimize başvurdu. Bu şikâyetinin 5 yıl önce başladığı ve oluşan skrotal şişliğe basarak idrarını yaptığı öğrenildi. Hasta 2 yıldır kronik böbrek yetmezliği (KBY) nedeniyle rutin hemodiyaliz almaktaydı. Hastanın 10 yıl önce kas invaziv olmayan mesane tümörü tanısı aldığı ancak 3 yıldır kontrol dışı

kaldığı öğrenildi. Hastanın vücut kitle endeksi 43,8 kg/m² idi ve hasta morbid obez olarak kabul edildi. Fizik muayenesinde her iki skrotal bölgede, özellikle sol skrotumda 15 cm'ye ulaşan inguinal herni olduğu görüldü. Her iki testis palpasyonla olağandı. Herninin palpasyonla redükte olduğu görüldü ve redüksiyon sonrasında hastada miksiyon isteği oluştu. Miksiyon sonrası sol skrotal şişliğingerilediği görüldü. Muayenede ürogenital başka bir patolojik bulguya rastlanılmadı. Laboratuvar değerlerinde üre ve kreatinin değerlerinde yükseklik saptandı ve PSA 1,2 ng/dl idi. Yapılan üriner sistem ultrasonografisinde (USG) her iki böbreğin atrofik olduğu görüldü ve mesane görüntülenemedi. Skrotal ve inguinal USG'de sol tarafta daha belirgin olmak üzere bilateral herniasyon görüldü. Hastaya yapılan sistografide mesanenin neredeyse tamamının sol skrotum içinde, sağ üretere spontan vezikoureteral reflü ve sağ üreterin sağ skrotum içinde seyrettiği görüldü. Yapılan alt batin bilgisayarlı tomografide (BT) ise sağ inguinal kanala sağ üreterin, sol inguinal kanala ise mesanenin herniye olduğu görüldü (Resim-1). Hastaya mesane tümörü kontrolü için yapılan sistoskopide sağ orifis dilate idi. Sol yan lokalizasyondan herniye olan mesaneye girilerek tamamlanan sistoskopide mukozal patoloji görülmedi. Mesaneden alınan sitoloji benign olarak sonuçlandı. Hasta, sağ üreteringuinal ve sol vezikoinguinal herniasyon olarak değerlendirildi. Herniasyonun sebebi olarak morbid obezite; KBY'nin sebebi olarak ise mesane ve üreterin inguinal herniasyonu düşünüldü. Hastaya bilateral

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Mehmet Erhan Aydın, Doğubeyazıt Dr. Yaşar Eryılmaz Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Email: merhanaydin@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 03.05.2019 Kabul tarihi/Accepted: 22.05.2019 Çevrimiçi yayın/Published online: 27.09.2019

herniasyon için operasyon önerildi ancak hasta operasyonu kabul etmedi ve takibe alındı. İnguinal herniler popülasyonun %3-8'sinde görülmektedir. Mesanenin ve üreterin, inguinal kanal ve skrotum içine herniasyonu ise çok nadirdir¹. Mesanenin inguinal hernisi sıklıkla 50 yaşından sonra, erkeklerde ve sağ tarafta görülmektedir³. Üreterin inguinal hernisi de erkeklerde daha siktir⁵. Bu olguyaş ve cinsiyet açısından literatüre uymaktadır.



Resim 1. a. Sağ skrotum herniye olmuş sağ üreter ve sağ spontanveziköüretalreflü; b. Sol inguinal mesane hernisi; sistografi ve BT görüntüleri.

Mesane hernisi etyopatogeneizde rol alan bilinen en önemli faktörler; obezite, batin ön duvarı zayıflığı, perivezikal yağ doku protrüzyonu, mesane çıkım obstrüksiyonu (BPH, mesane boyun darlığı vs.) ve detrusor tonusunda azalma ile sliding tipte direkt inguinal herni varlığıdır⁴. Üreter hernisi etyopatogeneizinde ise; mesane hernisindeki etyolojik faktörlere ek olarak üreter ve genitoinguinal ligamentin füzyonundan kaynaklanan embriyolojik bir defektten oluştuğu düşünülmektedir⁶. Bu olguda

etyolojik faktörlerden obezitenin patogeneizde rol oynadığı düşünüldü. Genelde mesane hernileri ile ipsilateral Üreter hernisi bağlantılı olarak gelişmektedirler⁷. Ancak bu olguda mesane hernisine kontralateral Üreter hernisi eşlik etmektedir.

Mesane ve üreterin inguinokrotal hernilerinin çoğu asemptomatiktir. Semptom olarak dizüri, noktüri, pollaküri, miksiyonda zorlanma, idrarı tam boşaltamama hissi gibi alt üriner sistem semptomları görülebilmektedir ve ayrıca büyük herni keseleri olan vakalarda daha spesifik semptomlar görülebilmektedir. Bu spesifik yakınmalar; herni kesesine basarak miksiyonu kolaylaştırma, sonrasında skrotal bölgedeki herniye bağlı şişliğin azaldığının gözlenmesi ve miksiyonun iki aşamada gerçekleşmesi gibi yakınmalardır⁸. İki aşamalı miksiyonda işeme refleksiyle normal mesane boşatıldıktan sonra skrotal bölgeye elle kompresyon ile herniye olan mesanedeki idrar boşaltılır⁹. Bu olgu da spesifik olarak iki aşamalı miksiyon yakınmaları ile başvurmuştur.

İnguinoskrotal mesane ve üreter hernilerinde tanı için temel olarak anamnez, fizik muayene ve radyolojik tetkiklerden faydalanılır. Tanıda altın standart sistografi¹⁰. Ayrıca intravenöz pyelografi, USG, BT ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) de kullanılabilir. Ayrıca sistoskopi de; prostat ve mesaneyi değerlendirmek ve bu duruma neden olabilecek diğer patolojileri dışlamak için tanıda kullanılabilir diğer bir yöntemdir⁹. Özellikle BT ve MRG'de herniye olan mesanenin batin içi diğer organlarla ilişkisi, distal üreterin konumu, herni ile ilişkisi ve anatomisi ayrıntılı olarak değerlendirilebilir. Bu olguda ilk olarak retrograd sistografi ile USG tetkikleri yapılmış ve sonrasında ayrıntılı inceleme için BT uygulanarak tanı konulmuştur.

İnguinoskrotal mesane ve üreter herniasyonu ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bunlar arasında testis torsiyonu, strangülasyon, iskemi, mesane nekrozu, herniye olan mesanenin perforasyonu, herniye alanda mesane taşı ya da tümör gelişmesi, veziköüretal reflü, mesane tabanının yer değiştirmesi ve/veya üreterin inguinokrotal herni kesesine katılmasıyla bilateral ya da tek taraflı üreter obstrüksiyonu ile gelişen hidroüreteronefroz ve KBY gibi komplikasyonlar sayılabilir⁴. Ayrıca inguinal mesane hernili hastalarda ürolojik kanser oranlarının normal popülasyona göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir⁷. Bu olguda da bir komplikasyon olarak gelişen KBY nedeniyle rutin hemodiyaliz uygulanmaktadır. Ayrıca literatüre benzer şekilde hastamızda mesane tümörü öyküsü mevcuttur.

Mesane ve üreter herniasyonunun tedavisi cerrahi olup üreterler korunarak yapılan herni tamiri ilk sıradaki cerrahi seçenektir¹¹. Bu olguda da tedavi seçeneği olarak operasyon önerildi ancak hasta kabul etmediği için yapılamadı.

Mesane ve üreterin inguinal hernisi oldukça nadir görülmektedir. İnguinal herni nedeni değerlendirilen hastalarda tanı açısından akılda tutulmalıdır. KBY gibi gelişebilecek ciddi komplikasyonları engellemek için tanı erken konmalı ve tedavi olarak cerrahi planlanmalıdır.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: EŞ, İB, DB; Veri toplama: MEA, YC, TD; Veri analizi ve yorumlama: EŞ, AY, TD; Yazı taslağı: MEA, AY; İçeriğin eleştirel incelenmesi: EŞ, SÇ, DB; Son onay ve sorumluluk: MEA, AY, EŞ, İB, SÇ, YC, TY, DB, TD; Teknik ve malzeme desteği: SÇ, TY; Süpervizyon: İB, YC, TD; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Bilgilendirilmiş Onam: Katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Bu olgu 12-15 Ekim 2017 tarihinde Girne-KKTC'de gerçekleşen 26.

Ulusal Üroloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur

Author Contributions: Concept/Design : EŞ, İB, DB; Data acquisition: MEA, YC, TD; Data analysis and interpretation: EŞ, AY, TD; Drafting manuscript: MEA, AY; Critical revision of manuscript: EŞ, SÇ, DB; Final approval and accountability: MEA, AY, EŞ, İB, SÇ, YC, TY, DB, TD; Technical or material support: SÇ, TY; Supervision: İB, YC, TD; Securing funding (if available): n/a.

Informed Consent: Written consent was obtained from the participants.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

KAYNAKLAR

1. Koontz AR. Sliding hernia of diverticulum of bladder. *AMA Arch Surg* 1955;70:436-8.
2. Lu A, Burstein J. Paraperitoneal inguinal hernia of ureter. *J Radiol Case Rep* 2012;6:22-6.
3. 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.
4. Westera J, Meyer J, Reynolds J, Lambrianides A. Massive inguinoscrotal bladder hernia. *J Surg Case Rep* 2012;2012:5.
5. Gürses B, Çebi DO, Özpeynirci Y, Ögüt G. An unusual cause of hydronephrosis: ureteroinguinalherniation/Hidronefrozun nadir bir nedeni: Üreteroinguinalherniasyon. *Turkish Journal of Urology* 2009;35:61-3
6. Schluskel RN, Retik AB. Ectopic ureter, ureteroceles, and other anomalies of the ureter. In *Campbell's Urology* 8th ed. (Eds Walsh PC, Wein AJ, Vaughan ED): 2047-8. Oxford, WB Saunders, 2002.
7. Oruç MT, Akbulut Z, Ozozan O, Coşkun F. Urological findings in inguinal hernias: a case report and review of the literature. *Hernia* 2004;8:76-9.
8. Ray B, Darwish ME, Baker RJ, Clark SS. Massive inguinoscrotal bladder herniation. *J Urol* 1977;118:330-1.
9. 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;2:619-23.
10. Andaç N, Baltacıoğlu F, Tüney D, Cimşit NC, Ekinci G, Biren T. Inguinoscrotal bladder herniation: is CT a useful tool in diagnosis? *Clin Imaging* 2002;26:347-8.
11. Won AC, Testa G. Chronic obstructive uropathy due to uretero-inguinal hernia: A case report. *Int J Surg Case Rep* 2012;3:379-81.