

## MESANE HERNİASYONUNUN EŞLİK ETTİĞİ BİLATERAL DEV İNGUİNSKROTAL HERNİ Uğur TOPAL<sup>1</sup>, Bahadır ÖZ<sup>1</sup>, Mustafa GÖK<sup>1</sup>, İlker Can BÜYÜKİNCE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, Kayseri

(Alınış / Received: 21.10.2018, Kabul / Accepted: 27.12.2018, Online Yayınlanma / Published Online: 31.12.2018)

### Anahtar Kelimeler

Abdominal kompartman  
sendromu, mesane  
herniasyonu, dev  
inguinoskrotal herni

**Özet:** Bilateral dev inguinoskrotal herni genellikle geri kalmış ülkelerde sosyoekonomik düzeyi kötü veya uzun süre tedavisi herhangi bir sebepten ihmal edilmiş hastalarda görülür. Mesanenin inguinal kanal içerisine herniasyonu ise tüm inguinal hernili olguların %1-4'ünde görülür. Mesanenin herniasyonu spesifik semptomlara neden olmaz. Bu nedenle sıklıkla preoperatif dönemde gözden kaçırılır. Biz bu olgumuzda mekanik barsak tıkanıklığı ile başvuran, kardiyorespiratuvar rezervi düşük olan ve ASA skoru 4 olduğu için operasyonunu ertelediğimiz, mesane herniasyonunun eşlik ettiği bilateral dev inguinoskrotal hernisi olan 85 yaşındaki erkek hastayı sunmayı amaçladık.

## BILATERAL GIANT INGUINOSCROTAL HERNIA WITH BLADDER HERNIATION

### Keywords

Abdominal compartment  
syndrome, bladder  
herniation, giant  
inguinoscrotal hernia

**Abstract:** Bilateral giant inguinoscrotal hernia usually occurs in underdeveloped countries, patients with poor socioeconomic status or patients whose treatment has been neglected for any reason for long time. Herniation of the bladder into the inguinal canal is seen in 1-4% of all inguinal hernia cases. Herniation of the bladder does not cause specific symptoms. For this reason, they often overlook in preoperative period. In this case study, we aimed to present an 85-year-old male patient with bilateral giant inguinoscrotal hernia accompanied by bladder herniation, who presented with mechanical bowel obstruction, had low cardio-reserve reserve, and postponed the operation because the ASA score was 4.

### 1. Giriş

Bir inguinoskrotal herni, hasta ayakta iken uyluğunun iç tarafının orta noktasına kadar uzanıyorsa veya anteroposterior çapı en az 30 cm, laterolateral çapı yaklaşık 50 cm ise "dev" olarak tanımlanır<sup>1,2</sup>. Mesane herniasyonu tüm inguinal hernili olguların %1-4'ünde görülmektedir<sup>3</sup>. Skrotal sistosel olarak ilk kez 1951 yılında Levine tarafından tanımlanmıştır<sup>7</sup>. Dev inguinal herniler genellikle geri kalmış ülkelerde sosyoekonomik düzeyi kötü veya uzun süre tedavisi herhangi bir sebepten ihmal edilmiş hastalarda görülür. Dev inguinal herni kesesi içerisinde ince barsak, kalın barsak, omentum ve diğer batin içi organlar tespit edilebilir. Mesanenin kese içinde olması oldukça nadir görülmektedir ve literatürde sınırlı sayıda vaka bildirilmiştir. İleus tanısıyla takip

ettiğimiz bilinen koroner arter hastalığı, kronik obstruktif akciğer hastalığı, kronik böbrek hastalığı ve diyabeti olan ASA skoru 4, 85 yaşında, erkek hastayı literatür bilgileriyle beraber sunmayı amaçladık.

### 2. Olgu sunumu

85 yaşındaki erkek hasta acil servise 3 gündür olan bulantı kusma ve gaz gayta çıkaramama şikâyeti nedeniyle başvurdu. Hastanın özgeçmişinde koroner arter hastalığı, kronik obstruktif akciğer hastalığı, kronik böbrek hastalığı ve diyabeti mevcuttu. Nifedipin 1\*1, Budesonid, Formoterol fumarat dihidrat 2\*1, İzosorbid Mononitrat 1\*1, Atorvastatin 40 mg, ASA 300 mg, metoprolol 50 mg ve insülin glarjin 1x24 ünite, Insulin Aspart 3x 10 ünite kullanıyordu ve geçirilmiş cerrahi öyküsü yoktu. 60

paket yıl sigara öyküsü vardı. Olgunun fizik muayenesinde kan basıncı 150/90 mmHg, solunum sayısı 24/dakika, kalp hızı 102/dakika, ateşi 37.2°C olarak görüldü. Genel durum orta, bilinci açık, koopere, oryente olan hastanın batında distansiyonu mevcuttu. Batında defansı ve reboundu yoktu. Rektal tuşesi boştu. İnguinal bölgenin muayenesinde bilateral dize kadar inen içerisinde barsak ansları palpe edilen 40\*25cm boyutunda irredükte inguinoskrotal herni kesesi saptandı. Kesenin palpasyonunda hassasiyet yoktu, skrotal deride renk değişikliği, ısı artışı ve ülserasyon yoktu (Şekil 1).

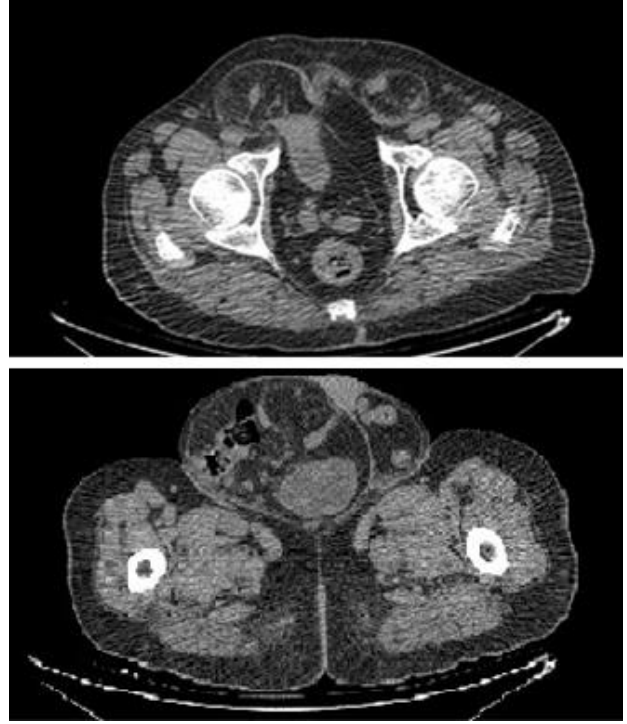


Şekil 1 Tip 3 40\*25cm boyutunda bilateral irredükte inguinoskrotal herni

Hastanın laboratuvar incelemesinde Glukoz 169 mg/dL, BUN 50.4, mg/dL Kreatinin 2.59 mg/dL, Sodyum 143 mmol/L, Potasyum 5.18, Total Bilirubin 1.82 mg/dL, < 1 gün:< 8 mg/dL Direk Bilirubin 0.3 mg/dL, AST 26 u/L, ALT 19 u/L, WBC (Beyaz Küre) 14,8 10<sup>3</sup>/µ, HGB (Hemoglobin) 16.4 g/dL, HCT (Hematokrit) %55.1, PLT (Platelet) 296 10<sup>3</sup>/µL, C-reaktif protein:19.05 nmol/L idi.

Ayakta direk karın grafisinde hava sıvı seviyeleri vardı. Çekilen ultrasonografisinde herni kesesi içinde peristaltik hareketleri olan barsak segmenti olarak değerlendirildi. Çekilen bilgisayarlı tomografide bilateral inguinal bölgede içerisinde ince barsak anslarının da olduğu mezenterik yağlı doku ile birlikte herniasyona ait görünüm herni boynunda obstrüksiyon ve strangülasyon olmadığı izlenmiştir. Aynı zamanda mesane de sağ inguinal kanala doğru herniye görünümündedir (Şekil 2). Hasta mekanik barsak tıkanıklığı tanısıyla yatırıldı. Hastaya nazogastrik dekompresyon yapıldı. İntravenöz sıvı ve elektrolit tedavisi düzenlendi. Fleet enema 2\*1 uygulandı. Hasta preoperatif risk, anestezi riski belirlenmesi için kardiyoloji ve göğüs hastalıklarına

konsülte edilen hasta cerrahi açıdan yüksek riskli olarak değerlendirildi. Anestezi bölümü tarafından değerlendirilen hasta ASA 4 olarak derecelendirildi. Hastanın takipleri sırasında gaz gayta deşarjı oldu. Rejim başlandı, tolere etti. ASA 4 olması nedeniyle hasta acil koşullarda opere edilmedi. Taburculuk sonrası 10'uncu gün poliklinik kontrollerinde aktif şikâyeti olmayan hastaya operasyon önerildi. Hasta operasyonu kabul etmedi.



Şekil 2 Bilateral inguinal bölgede içerisinde ince barsak anslarının da olduğu mezenterik yağlı doku ile birlikte herniasyona ait görünüm, herni boynunda obstrüksiyon ve strangülasyon yok. Mesanede sağ inguinal kanala doğru herniye

### 3. Tartışma ve sonuç

Dev inguinoskrotal herniler gelişmiş ülkelerde nadir görülür. Özellikle sosyoekonomik durumu kötü, sağlık hizmetlerine ulaşım imkanları kısıtlı veya herhangi bir nedenle herni cerrahisi ihmal edilen popülasyonda sık görülür.

Dev inguinoskrotal herniler, tüm kasık hernilerinin sadece %2.81-5 inde görülür<sup>1</sup>. Dev inguinoskrotal herniler herni kesesinin uyluk iç kısmındaki uzanımına göre üç kategoride sınıflandırılır ve sınıflar için farklı cerrahi prosedürler tarif edilir<sup>5</sup>. Bizim hastamız tip 3 olarak kabul edildi. Hastalar herninin boyutu nedeniyle genellikle yürümede, oturmada günlük işlerinde zorluk çekeler, penis skrotum, içerisinde gömülü olarak bulunur, bu nedenle idrar yaparken zorlanırlar, idrarında skrotum üzerinde oluşturacağı tahrişten dolayı skrotal ciltte erozyon, ülserasyon oluşabilir ve sekonder enfeksiyon gelişebilir. Herni defekti geniş olmasına rağmen bizim hastamızda olduğu gibi mekanik barsak tıkanıklığı ile de başvuru olabilirler<sup>6</sup>. Tanısı fizik muayene ile konmakla beraber preoperatif görüntüleme yöntemlerinin

özellikle bilgisayarlı tomografinin kullanılması operasyon öncesi herni kesesi içinde bulunan organlar hakkında bilgi verir. Herni kesesinin içeriği değişmekle birlikte en çok ince bağırsak, kolon ve omentum bulunur. Bizim olgumuzda olduğu gibi nadir olarak mesane de bulunabilir. Literatürde overlerin ve midenin de herni kesesi içinde olduğu bildirilmiştir<sup>7</sup>. Dev inguinoskrotal herniler için çeşitli cerrahi yaklaşımlar olmakla beraber en çok önerilen teknik abdominal ve inguinal yaklaşımın beraber kullanıldığı tekniktir. Dev inguinoskrotal hernilerin en çok korkulan postoperatif komplikasyonu herniye olan organların batın içerisine koyulmasının sonucunda gelişen abdominal kompartman sendromudur<sup>8-10</sup>. Abdominal kompartman sendromu özellikle pulmoner ve kardiyorespiratuar riski yüksek hastalarda mortal seyredilmektedir. Literatürde abdominal kompartman sendromunu önlemek için çeşitli yöntemler tarif edilmiştir bunlardan ilki herniye omentum kolon gibi herniye olan organların rezeksiyonudur<sup>8-10</sup>. Tarif edilen diğer bir yöntem ise elemental bir diyet kullanılarak ince barsak sekresyonunu ve fekal hacmi azaltarak visseral hacmi düşürmektir<sup>11</sup>. Abdominal kompartman sendromunu önlemek için daha önce tanımlanmış bir diğer yöntem ise preoperatif progresif pnömoperitoneumdur<sup>12</sup>. Mesane hernileri genellikle direkt herni tiplerinde, yaşlı erkeklerde ve sağ tarafta daha sık görülmektedir<sup>13</sup>. Küçük herniasyonlar asemptomatik seyreder, büyük olanlar alt üriner sistem semptomları ile prezente olur. Genellikle tanı intraoperatif koyulur, preoperatif dönemde gözden kaçabilir. İnguinal herniorafi ameliyatlarında mesanenin herni kesesi içinde olabileceği her zaman akılda tutulmalıdır. Preoperatif dönemde herni kesesi içinde mesanenin saptanması operasyon esnasında gelişebilecek olası komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir<sup>14</sup>. Dev inguinoskrotal herniler modern cerrahi pratikte sık görülmezler ve bu hernilerin cerrahi yönetimi multidisipliner yaklaşım gerektirir, cerrahi özenle yapılmalıdır. Postoperatif oluşabilecek abdominal kompartman sendromundan korunmak için preoperatif pulmoner ve kardiyak sistem için ayrıntılı değerlendirme yapılmalıdır ve peroperatif önlemler alınmalıdır. Özellikle kardiyorespiratuar riski yüksek olan hastalarda postoperatif morbidite ve mortalite artmaktadır.

### Kaynakça

1. Hodgkinson DJ, McIlrath DC. Scrotal reconstruction for giant inguinal hernias. *Surg Clin N Am*. 1984;64:301-13.
2. Cavalli M, Biondi A, Bruni PG, et al. Giant inguinal hernia: the challenging hug technique. *Hernia*. 2015;19:775-83.
3. Thompson JE Jr, Taylor JB, Nazarian N, et al. Massive inguinal scrotal bladder hernias: a review of the literature with 2 new cases. *J Urol*. 1986;136:1299-301.

4. Levine B. Scrotal cystosele. *J Am Med Assoc*. 1951;147:1439-41.
5. Trakarnsagna A, Chinswangwatanakul V, Methasate A, et al. Giant inguinal hernia: report of a case and reviews of surgical techniques. *Int J Surg Case Rep*. 2014;5:868-72.
6. Mehendale FV, Taams KO, Kingsnorth AN. Repair of a giant inguinoscrotal hernia. *Br J Plast Surg*. 2000;53:525-9.
7. Birnbaum DJ, Grègoire E, Campan P, et al. A large inguinoscrotal hernia with stomach content. *ANZJ Surg*. 2011;81:86-7.
8. Cavalli M, Biondi A, Bruni PG, et al. Giant inguinal hernia: the challenging hug technique. *Hernia*. 2015;19:775-83.
9. Mehendale FV, Taams KO, Kingsnorth AN, et al. Repair of a giant inguinoscrotal hernia. *Br J Plast Surg*. 2000;53:525-9.
10. Patsas A, Tsiaousis P, Papaziogas B, et al. Repair of a giant inguinoscrotal hernia. *Hernia*. 2010;14:305-7.
11. Moss G. Techniques to aid in hernia repair complicated by the loss of domain. *Surgery*. 1975;78:408.
12. Moreno IG. Chronic eventrations and large hernias: preoperative treatment by progressive pneumoperitoneum—Original procedure. *Surgery* 22:945-53
13. Hamidi Madani A, Mohammadi Nikouei H, Baghani Aval H, et al. Scrotal herniation of bladder: a case report. *Iran J Med Sci*. 2013;38:62-4.
14. Atalar MH, Eğilmez H, Ayan S. Radiologic findings at massive inguinoscrotal bladder herniation. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2008;28:223-6.