

BİLATERAL HİDRONEFROZUN NADİR SEBEBİ: MESANE HERNİASYONU

RARE CAUSE OF BILATERAL HYDRONEPHROSIS: URINARY BLADDER HERNIATION

Erdoğan Bülbül Bahar Yanık

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji
Ana Bilim Dalı, Balıkesir

Yazışma Adresi:

Erdoğan Bülbül

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Çağış
Yerleşkesi (bigadiç Yolu Üzeri 17. Km) 10145
Balıkesir - Türkiye

E posta: drerdoganbulbul@yahoo.com

Kabul Tarihi: 14 Kasım 2013

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

ÖZET

Mesanenin inguinokrotal herniasyonu seyrek görülen, çoğunlukla asemptomatik patolojidir. Mesane herniasyonu arasıra mesane nekrozu, obstrüktif üropati gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Mesane tabanının yer değiştirmesi, üreterin inguinokrotal herni kesesine katılması, üreterin obstrüksiyonu hidronefroz gelişimine sebep olabilir. Mesane hernisi cerrahi müdahale öncesi belirlenemezse, inguinal herni tamir operasyonları sırasında mesane yaralanması gelişebilir. Retrograd sistografi, intravenöz piyelografi, ultrasonografi gibi radyolojik yöntemler tanıda kullanılabilir. Bilgisayarlı tomografide (BT) mesane tabanının anteroinferiora açılma göstermesi; büyük boyutlu hernilerde mesanenin inguinal kanal boyunca, skrotuma ilerlediğinin belirlenmesi tanı için önemli bulgulardır. Multiplanar rekonstrüksiyon ile elde olunan koronal ve sagittal BT görüntüleri tanıda fayda sağlar.

Anahtar Kelimeler: bilgisayarlı tomografi, hidronefroz, mesane

SUMMARY

Inguinoscrotal herniation of urinary bladder is an uncommon and usually asymptomatic pathology. Urinary bladder herniation sometimes may cause serious complications like urinary bladder necrosis, obstructive uropathy. Displacement of urinary bladder basis, participation of ureter to inguinoscrotal herniation and ureter obstruction can develop hydronephrosis. If it is not detected before operation, urinary bladder injuries may occur during herniorrhaphies. Radiologic methods such as retrograde cystography, intravenous pyelography and ultrasonography can be used for diagnosis. At computed tomography (CT) anteroinferior angulation of urinary bladder basis and migration of bladder to scrotum along the inguinal canal in large size herniations are significant findings. Sagittal and coronal CT images obtained by multiplanar reconstruction are beneficial for diagnosis.

Key words: computed tomography, hydronephrosis, urinary bladder

GİRİŞ

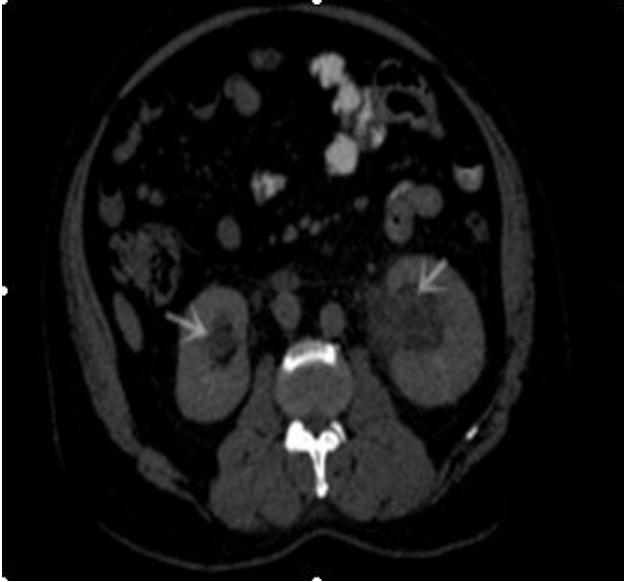
Mesanenin inguinal kanala herniasyonu sık olmayan ve cerrahi müdahale gerektiren bir patolojidir (1). Olguların çoğu asemptomattır. Radyolojik incelemelerde veya herni tamir operasyonları esnasında tesadüfen saptanırlar. Arasıra inguinokrotal mesane herniasyonları üriner sistem enfeksiyonları, obstrüktif üropati, mesane nekrozu gibi ciddi komplikasyonlara zemin oluşturabilir. Bu makalemizde ultrasonografi (US) ve bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiklerinde bilateral hidronefroz ve sol inguinal mesane herniasyonu saptanan olgunun BT bulgularını sunmayı amaçladık.

OLGU

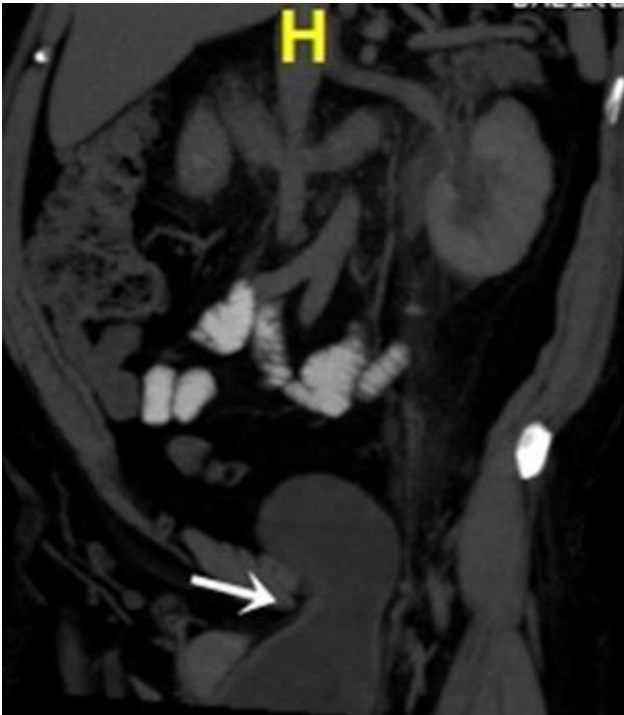
63 yaşında erkek olgu karın ağrısı ve sol kasiğında şişlik şikayetiyle genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Yapılan US incelemede bilateral böbrek toplayıcı sistemlerinde ve üreterlerin proksimallerinde genişleme görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde üre ve kreatinin değerlerinin normal olduğu tespit edildi. Batın BT incelemesinde her iki böbrekte hidronefroz ile birlikte üreterlerin tüm traseleri boyunca geniş olduğu izlenmekteydi (Resim1). Mesanenin sola doğru yer değiştirdiği, büyük bölümünün inguinal kanaldan geçerek herni kesesi içine ilerlediği gözlemlendi (Resim2).

Sol üreter distal ucunun mesane ile birlikte öne ve kaudale doğru yer değiştirdiği gözlemlendi (Resim3). Hidronefroza yol açan mesane herniasyonu tanısı kondu. Bulgular ışığında hastaya cerrahi müdahale yapılarak, herni tamiri uygulandı.

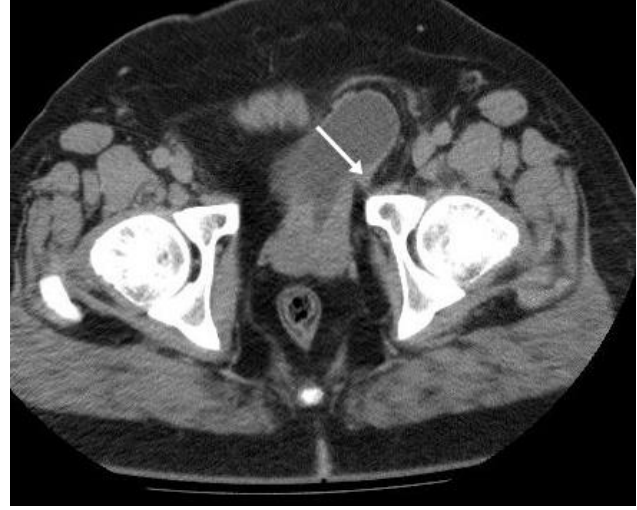
Resim 1. Aksiyel BT kesitinde sol böbrekte daha belirgin olmak üzere bilateral hidronefroz (beyaz oklar) izlenmektedir.



Resim 2. Sagittal multiplanar rekonstrüksiyon (MPR) BT görüntüsünde mesanenin büyük bölümünün kaudal yönde yer değiştirdiği, inguinoskrotal herniasyon oluşturduğu görülmektedir. Inguinal kanaldan geçerken (beyaz ok).



Resim 3. Aksiyel BT kesitinde sol üreter distal ucunun mesane ile birlikte öne ve kaudal yöne yer değiştirdiği izlenmektedir (beyaz ok).



TARTIŞMA

Tüm inguinoskrotal hernilerin %1'inde mesanenin de herni kesesi içinde olduğu bildirilmiştir (2). 50 yaş üzerinde bu oranın arttığı, mesane hernisinin sağ tarafta daha sık görüldüğü belirtilmektedir (3). İzole mesane herniasyonu nadirdir. Obezite, batin duvarının zayıflığı, mesane çıkış obstrüksiyonu mesane herniasyonu için zemin oluşturur.

Mesane hernileri periton ile ilişkilerine göre paraperitoneal, intraperitoneal ve ekstraparitoneal olmak üzere üç sınıfta gruplandırılırlar. Paraperitoneal herniler en sık görülen tiptir, mesanenin herniye olan bölümü, inguinal herni kesesinin dışında, medial kenarı boyunca uzanır. İntraperitoneal herni tamamen periton ile çevrilidir. Ekstraparitoneal mesane hernilerinin periton ile ilişkisi yoktur (4). Olgumuzda herni paraperitoneal tipte idi.

Mesane hernilerine bilateral hidronefroz, vezikoüreteral reflü, mesane nekrozu, skrotal abse eşlik edebilir. Ayrıca mesane hernileri mesane kanseri gibi malignitelerle birlikte olabilir (5). Mesane tabanının yer değiştirmesi ve/veya üreterin inguinoskrotal herni kesesine katılması, üreterin obstrüksiyonu hidronefroza neden olmaktadır (6). Olgumuzda mesane tabanında sola doğru kayma ile birlikte sol üreterin distal ucunun distale yer değiştirdiği görülmekteydi.

Mesane hernilerinin çoğunluğu asemptomatiktir, cerrahi müdahale esnasında veya başka nedenlerle yapılan radyolojik görüntüleme yöntemleriyle insidental olarak saptanırlar.

Olguların %75'inden fazlası cerrahi müdahale esnasında farkedilir, olguların bir kısmında mesane yaralanmasına bağlı komplikasyonlar gelişir. Bazı olgularda dizüri, pollaküri, noktüri, hematüri gibi nonspesifik üriner semptomlar olabilir (7). Herni büyük boyutlarda olduğunda daha spesifik semptomlar görülebilir. Miksiyon sonrası kasıktaki şişlik boyutlarında azalma ve miksiyonun iki aşamada gerçekleşmesi mesane hernisinin spesifik bulgularıdır. İki aşamalı miksiyonda, işeme refleksiyle normal mesane boşaltıldıktan sonra elle kompresyon ile herniye olan mesanedeki idrar boşaltılır (2). Bu nedenle inguinokrotal herni yanında spesifik ya da nonspesifik semptomlar varsa, herni operasyonu öncesi radyolojik değerlendirme yapılması önerilir.

Retrograd sistografi mesane herni görüntülenmesinde en iyi yöntem olarak kabul edilir. Ancak mesane hernisi özellikle küçük boyutta ise miksiyon esnasında, intravezikal basınç arttığında görülür hale gelebilir. İntravenöz pyelografide mesane duvarının aşağıya doğru protrüzyonu izlenir. Supine pozisyonda hernilerin %30'u, prone pozisyonda %50'den fazlası tespit edilebilir. Ayakta grafi alınırsa herni %100 oranda belirlenebilir (4). US tetkikinde mesane herniasyonunu tespit edebilir. Herni, inguinal veya skrotal bölgede, mesanenin intraabdominal kısmı ile bağlantılı kistik lezyon şeklinde izlenir. (8) Ancak dar boynu varsa bağlantının gösterilmesi güç olabilir. Miksiyon sonrası boyut ve duvar kalınlığının değişimi ipucu olabilir.

Mesane tabanının anteroinferiora açılma göstermesi, BT incelemesinde mesane herniasyonuna işaret eder. Daha büyük boyutlu hernilerde mesane inguinal veya femoral kanal boyunca aşağı yönde takip edilebilir. (9) İntravenöz kontrast madde kullanılmışsa, kontrast maddenin herniye olan mesane içerisinde görülmesi tanı için önemli bir işarettir. Rekonstrüksiyonla koronal ve sagittal planlarda kesitler oluşturulması faydalıdır (10).

Inguinal herni tamir operasyonları öncesinde eşlik eden mesane hernisinin bilinmesi operasyon sırasında oluşabilecek yaralanmaları engelleyebilir. Bu nedenle ileri yaştaki üriner semptomları olan inguinokrotal hernili olguların radyolojik yöntemler ile değerlendirmesi önemlidir. Özellikle BT incelemesi herniye olan mesanenin inguinal herni ile ilişkisini ve distal üreterlerin konumu ayrıntılı olarak ortaya koyabilir.

KAYNAKLAR

1. Karatzas A, Christodoulidis G, Spyridakis M, Stravaras C, Aravantinos E, Melekos M. A giant inguinocrotal bladder hernia as a cause of chronic renal failure: A rare case. *Int J of Surgery Case Reports* 2013; 4: 345-47.
2. Kraft KH, Sweeney S, Aaron SF, Chad WMR, Muta MI. Inguinocrotal bladder hernias: report of a series and review of the literature. *Can Urol Assoc J* 2008 ; 2(6): 619-23.
3. Yücel Z, Savaş Y, Kırış A. Geniş inguinal mesane herniasyonu, olgu

sunumu. *Haseki Tıp Bülteni* 2010; 48: 113-15.

4. Bacigalupo LE, Bertolotto M, Barbiera F, Pavlica P, Lagalla R, Mucelli RSP, Derchi L. Imaging of urinary bladder hernias. *AJR* 2005; 184:546-51.
5. Oruç 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.
6. Gurses B, Cebi DO, Ozpeynirci Y, Ogut G. An unusual case of hydroureter: ureteroinguinal herniation. *Turk J of Urol* 2009; 35(1): 61-3.
7. Eilber KS, Freedland SJ, Rajfer J. Obstructive uropathy secondary to ureteroinguinal herniation. *Reviews In Urology* 2001; 3(4):207-8.
8. Orlando Catalano . US evaluation of inguinocrotal bladder hernias: report of three cases. *Clin Imaging* 1997; 21: 126-8.
9. Izes BA, Larsen CR, Izes JK, Malone MJ. Computerized tomographic appearance of hernias of the bladder. *J Urol* 1993; 149: 1002-5.
10. Atalar MH, Eğilmez H, Ayan S. Masif inguinokrotal mesane herniasyonunda radyolojik bulgular. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28:223-6.