

KIRKŠNINĖ ŠLAPIMO PŪSLĖS IŠVARŽA: KLINIKINIS ATVEJIS

Jonas Jurgaitis^{1,2}, Emilija Dedelytė³, Dainius Šimčikas², Mindaugas Stravinskas¹,
Raimundas Venckus¹, Narimantas Evaldas Samalavičius¹

¹Klaipėdos universitetinė ligoninė, ²Klaipėdos universitetas,

³Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos fakultetas

Raktažodžiai: kirkšnies išvarža, šlapimo pūslės išvarža, šlapimo pūslė.

Santrauka

Kirkšninė šlapimo pūslės išvarža yra reta būklė, sudaranti tik 1–4 proc. kirkšnies išvaržų atvejų. Dažniausiai ši patologija išsivysto vyresniems nei 50 metų vyrams, turintiems antsvorio. Dėl būklės retumo, dažnai netipinių simptomų ar jų nebuvimo, priešoperaciniu periodu kirkšninė šlapimo pūslės išvarža diagnozuojama itin retai (rečiau nei 7 proc. atvejų). Šios būklės neatpažinimas priešoperaciniu laikotarpiu gali būti susijęs su šlapimo pūslės bei šlapimo takų pažeidimu operacijos metu ar įvairiomis urologinėmis komplikacijomis.

Įvadas

Kirkšninė šlapimo pūslės išvarža mašnelėje (angl. inguinoscrotal hernia – ISH) yra reta būklė, pasireiškianti mažiau nei 4 proc. pacientų, kuriems diagnozuota kirkšnies išvarža [1]. Šią būklę pirmą kartą aprašė B. Levine 1951 metais [2]. Dažniausiai kirkšninė šlapimo pūslės išvarža vystosi be specifinių simptomų, todėl mažiau nei 7 proc. atvejų diagnozuojama prieš kirkšnies išvaržos operaciją [3]. Dėl sutrikusio šlapimo pūslės ištuštinimo šlapimo pūslės išvaržos gali būti susijusios su reikšmingomis urologinėmis komplikacijomis, tokiomis kaip obstrukcinė uropatija su inkstų nepakankamumu, šlapimo takų infekcija ar šlapimo pūslės infarktas [4]. Kirkšninės šlapimo pūslės išvaržos rizikos veiksniai yra įvairūs, tačiau šios būklės išsivystymui gali turėti įtakos pilvo ir šlapimo pūslės sienelių silpnumas (sutrikęs šlapimo pūslės tonusas arba m. detrusor silpnumas), prostatos hiperplazija, šlaplės susiaurėjimas, dubens dugno silpnumas. Kiti rizikos veiksniai – nutukimas, trauma, 50 metų ir vyresnių vyrų amžiaus grupė [5].

Klinikinė kirkšninės šlapimo pūslės išvaržos išraiška yra įvairi, tačiau dažniausi simptomai yra kirkšnies skausmas bei patinimas [1]. Dėl neretai netipinės simptomatikos nustatyti

diagnozę gali būti sudėtinga, didžioji dalis pacientų neturi simptomų, todėl tokiu atveju priešoperacinė diagnozė priklauso nuo atsitiktinių radiologinių radinių [6]. Šios būklės pacientams gali pasireikšti tam tikri nespecifiniai simptomai, tokie kaip dizurija, nokturija ar hematurija [7]. Sunkesniais atvejais pacientai šlapindamiesi turi rankomis atlikti keletą mašnelės suspaudimo veiksmų (Mery simptomas). Šiuo metu chirurginis gydymas yra standartinis kirkšninės išvaržos gydymas, todėl ši būklė reikalauja kruopštaus priešoperacinio bei operacinio periodų planavimo, siekiant išvengti komplikacijų ir užtikrinti sklandžią pooperacinę eigą.

Darbo tikslas – pristatyti klinikinį atvejį ir apžvelgti kirkšninės šlapimo pūslės išvaržos diagnostikos ypatumus.

Klinikinis atvejis

54 metų vyras kreipėsi į Klaipėdos universitetinės ligoninės Skubiosios pagalbos skyrių dėl 2 savaites trunkančio šlapinimosi krauju. Apžiūrint pacientą stebima didelė, besitęsianti į mašnelę, nesireponuojanti kirkšninė išvarža. Apklausus pacientą nustatyta, jog jis prieš 15 metų patyrė pilvo traumą ir 10 metų šlapindamasis suspaudžia mašnelę (Mery's simptomas).

Pacientui atlikta pilvo ir dubens srities kompiuterinė tomografija, stebima kirkšninė - skrotalinė šlapimo pūslės išvarža (1 pav.). Pacientas stacionarizuotas į Urologijos skyrių, priimtas sprendimas dėl operacinio gydymo. Pacientas operuotas esant bendrinei nejautrai. Operacijos metu šlapimo pūslė gražinta į anatominę padėtį, praskėlus įstrižinius raumenis (2 pav.). Atlikta Lichtenstein hernioplastika ir perkutaninė epicistostoma. Pooperaciniu laikotarpiu komplikacijų nebuvo. Epicistostoma pašalinta po 1 mėnesio.

Diskusija

Kirkšninė šlapimo pūslės išvarža sudaro tik 1–4 proc. kirkšnies išvaržų atvejų ir dažniausiai pasireiškia vyresniems nei 50 metų vyrams. Nors kirkšninė šlapimo pūslės išvarža neretais atvejais nesukelia simptomų, tačiau tie pacientai,

kuriems jie pasireiškia, skundžiasi kapšelio edema, dizurija ar kitais rečiau pasireiškiančiais simptomais. Šiame straipsnyje aprašomu atveju pacientui stebėtas retesnis, tačiau gana specifiškas simptomas – dviejų veiksmų šlapinimasis, rankomis suspaudžiant išvaržą, vadinamas Mery's simptomu [3].

Įvertinus paciento rizikos veiksnius ir simptomus, ultragarsinis tyrimas, kompiuterinė tomografija (KT), magnetinio rezonanso tomografija ir cistografija yra efektyvūs diagnozės patikslinimo metodai ir gali sumažinti jatrogeninio šlapimo pūslės ar šlapimo takų pažeidimo operacijos metu riziką bei išvengti kitų urologinių komplikacijų [8]. Ultragarsinis tyrimas yra prieinamiausias ir ekonomiškiausias metodas, kirkšninės šlapimo pūslės išvaržos atveju parodantis hipochogenišką masę, pereinančią į kapšelį per kirkšnies kanalą [9]. Tokiu būdu šią būklę galima diferencijuoti nuo kitų patologijų, tokių kaip sėklidės vandenė, sėklidės prielipo cistos bei abscesai [10]. Kitas radiologinis tyrimas, galintis padėti atpažinti kirkšninę šlapimo pūslės išvaržą – cistografija, kurios metu galima stebėti tipinį vaizdą – „šuns ausies“ formos šlapimo pūslę kapšelyje ir išvengti tolimesnių, išteklių reikalaujančių radiologinių tyrimų, tokių kaip kompiuterinės

tomografijos ar magnetinio rezonanso tyrimas. Tam tikrais atvejais naudinga atlikti cistoskopiją – prostatos hiperplazijai bei žymiai hematurijai įvertinti [11]. Kompiuterinės tomografijos tyrimą tikslingiausia atlikti nutukusiems, vyresniems nei 50 metų vyrams, turintiems šlapinimosi sutrikimų [12]. Nenustačius diagnozės prieš operaciją, šlapimo pūslės išvarža gali būti nustatoma operacijos metu, dažniausiai dėl jatrogeninio sužalojimo (maždaug 12 % šlapimo pūslės išvaržų atveju), arba dėl komplikacijų po operacijos [13]. Priešoperacinė diagnostika yra itin svarbi, siekiant išvengti tolimesnio šlapimtakio sužalojimo ar perrišimo, nes tai gali sukelti grėsmingas pooperacines komplikacijas, tokias kaip sepsis, ryški hematurija ir fistulių susidarymas [12]. Pabrėžtina, jog atvejais, kai išvaržos vartų skersmuo yra mažesnis nei 5 cm, yra šlapimo pūslės sienelės nekrozė, perforacija, divertikulas, ar kai nustatomas šlapimo pūslės navikas, indikuota atlikti dalinę šlapimo pūslės rezekciją [14]. Tokiais atvejais pacientą nedelsiant reikėtų siųsti urologo konsultacijai. Atvejais, kai indikacijų daliai šlapimo pūslės rezekcijai nėra, šlapimo pūslė gali būti sugrąžinta į anatinę poziciją, atliekant Lichtenstein hernioplastiką, kaip ir šiuo klinikišku atveju. Kirkšninės šlapimo pūslės išvaržos chirurginis gydymas nėra standartizuotas, todėl chirurginis metodas priklauso nuo chirurgo įgūdžių ir paciento būklės. Nepaisant kokių chirurginiu metodu pacientas yra operuojamas, svarbu kruopščiai identifikuoti kiekvieną anatinę struktūrą išvaržos maiše, kad būtų išvengta jatrogeninio pažeidimo [11].

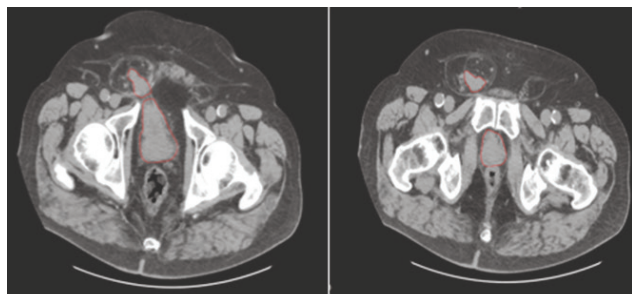
Išvados

1. Kirkšninė šlapimo pūslės išvarža yra reta klinikinė būklė, kuri dažnai lieka neatpažinta iki chirurginės intervencijos.

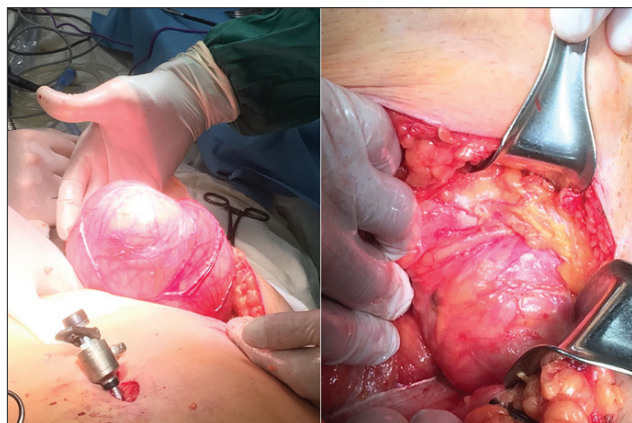
2. Įtarus šią būklę, radiologiniai tyrimai ir tinkamas priešoperacinis jų vertinimas yra itin svarbūs, siekiant išvengti jatrogeninio šlapimo pūslės pažeidimo operacijos metu, pooperacinių bei kitų urologinių komplikacijų.

Literatūra

1. Cybulka B, Podgórný M, Rapela J, Wach A. Surgical Trap of a Routine Procedure. Scrotal Hernia with Concomitant Sliding of the Urinary Bladder--Case Report. *Pol Przegl Chir* 2015;87(11):587-91.
<https://doi.org/10.1515/pjs-2016-0007>
2. Levine B. Scrotal cystocele. *J Am Med Assoc* 1951;147(15):1439-41.
<https://doi.org/10.1001/jama.1951.73670320003013a>
3. Papatheofani V, Beaumont K, Nuessler NC. Inguinal hernia with complete urinary bladder herniation: a case report and review of the literature. *Journal Surgical Case Reports* 2020; 2020(1):rjz321.



1 pav. Paciento dubens kompiuterinės tomografijos tyrimas: stebima kirkšninė šlapimo pūslės išvarža



2 pav. Pacientui atlikta Lichtenstein hernioplastika: išvaržos maiše stebima šlapimo pūslė

- <https://doi.org/10.1093/jscr/rjz321>
4. Habib AS. A Rare Case of Inguinal Hernia with Complete Bladder Herniation. *Case Reports Surgery* 2017; 2017: 4658169. <https://doi.org/10.1155/2017/4658169>
 5. Hamidi Madani A, Mohammadi Nikouei H, Baghani Aval H, Enshaei A, Asadollahzade A, Esmaili S. Scrotal herniation of bladder: a case report. *Iran. J Med Sci* 2013;38(1):62-64.
 6. Elkbuli A, Narvel RI, McKenney M, Boneva D. Inguinal bladder hernia: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep* 2019;58:208-211. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.04.040>
 7. Wagner AA, Arcand P, Bamberger MH. Acute renal failure resulting from huge inguinal bladder hernia. *Urology* 2004;64(1):156-157. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2004.03.040>
 8. Wang P, Huang Y, Ye J, Gao G, Zhang F, Wu H. Large sliding inguino-scrotal hernia of the urinary bladder: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)* 2018;97(13):e9998. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000009998>
 9. Panagiotakis et al. *Journal of Medical Case Reports* 2012; 6:90. <http://www.jmedicalcasereports.com/content/6/1/90>
 10. Catalano O. Ultrasound evaluation of inguinoscrotal bladder hernias: report of three cases. *Clinical Imaging* 1997;21(2):126-128. [https://doi.org/10.1016/S0899-7071\(96\)00018-6](https://doi.org/10.1016/S0899-7071(96)00018-6)
 11. Taskovska M, Janež J. Inguinal hernia containing urinary bladder-A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2017;40:36-38. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.08.046>
 12. Karanikas M, Kofina K, Foutzitz S, et al. Urinary bladder-containing incarcerated inguinoscrotal hernia: a case report. *J Surg Case Rep* 2020;2020(11):rjaa092. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjaa092>
 13. Hellerstein LH, Sacks SM, Hellerstein DK. Obstructive uropathy from complete bladder and bilateral ureteral incarceration within an inguinal hernia. *BMJ Case Rep* 2018;2018:bcr2017222637. <https://doi.org/10.1136/bcr-2017-222637>
 14. Branchu B, Renard Y, Larre S, Leon P. Diagnosis and treatment of inguinal hernia of the bladder: a systematic review of the past 10 years. *Turk J Urol* 2018;44(5):384-388. <https://doi.org/10.5152/tud.2018.46417>

INGUINOSCROTAL HERNIATION OF THE URINARY BLADDER: CASE REPORT

J. Jurgaitis, E. Dedelytė, D. Šimčikas, M. Stravinskas, R. Venckus, N.E. Samalavičius

Keywords: Inguinal hernia, inguinoscrotal hernia, urinary bladder.

Summary

Inguinoscrotal herniation of the urinary bladder is a rare condition that occurs in only 1–4% of inguinal hernia cases. This condition usually develops in overweight men over 50 years of age. Due to the rarity of the condition, often atypical symptoms, or their absence - the inguinal bladder hernia is diagnosed in less than 7% of cases in the preoperative period. Failure to recognize this condition in the preoperative period may be associated with bladder and urinary tract damage during surgery or various urological complications. The aim of this report is to present a clinical case and to review the diagnostic methods of inguinoscrotal herniation of the urinary bladder.

Correspondence to: Jonas.Jurgaitis@outlook.com

Gauta 2021-09-28