

پارشیال سیستکتومی نسبی در فتق حجیم اینگوینواسکروتال مثانه

دکتر محمود کبیری^۱، دکتر افشین مرتضوی^۲، دکتر حامد ضیاء^۳، دکتر امیر جاوید^۲

چکیده

مقدمه: فتق اینگوینواسکروتال مثانه یک وضعیت بالینی نادر می‌باشد. فتق مثانه اغلب کوچک و از نظر بالینی خاموش است و به طور تصادفی و در طی ترمیم انتخابی فتق تشخیص داده می‌شود. در صورت وجود تومور و یا نکروز، باید رزکسیون مثانه انجام گیرد. تا به حال موارد کمی از فتق مثانه همراه با نئوپلاسم گزارش شده است که اغلب در طی عمل جراحی کشف شده‌اند.

گزارش مورد: در این جا ما تجربیات خود را در زمینه‌ی سه مورد فتق اینگوینواسکروتال مثانه که با سیستکتومی نسبی و ترمیم معمول فتق درمان شده‌اند، گزارش می‌کنیم. یکی از بیماران Transitional cell carcinoma (TTC) سطحی درجه‌ی بالا و یکی از آن‌ها سنگ مثانه داشت.

نتیجه‌گیری: زمانی که همراه با یک فتق حجیم اینگوینواسکروتال مثانه، سنگ یا تومور مشاهده می‌شود، با وجود طبیعی بودن هر سه لایه‌ی مثانه درمان منطقی مشابه دیورتیکول اکتسابی با خارج کردن دیورتیکول (سیستکتومی نسبی) است.

واژگان کلیدی: فتق اینگوینال، سیستوسل اسکروتومی، سنگ مثانه، تومور مثانه، سیستکتومی نسبی، ترمیم فتق

مقدمه

مثانه در ۴-۱ درصد فتق‌های اینگوینال درگیر است (۱-۲). مردان با سابقه‌ی علایم تحتانی ادراری و یا ترمیم قبلی فتق خطر افزایش یافته‌ای برای فتق مثانه دارند (۲). درگیری منفرد مثانه در فتق‌های اینگوینال نادر می‌باشد (۳). تظاهر بیماری در این بیماران به طور معمول به صورت تورم اسکروتوم و یا اینگوینال و گاه شکایت کلاسیک ادرار دو مرحله‌ای (Double) است (۴). توموگرافی کامپیوتری و سیستوگرافی این بیماری را تشخیص می‌دهند، ولی از آن جا که اغلب مشاوره‌های جراحی بدون تصویربرداری منتهی به عمل جراحی می‌گردد، در عمل به ندرت این تصویربرداری‌ها به کار برده می‌شود. در صورت وجود تومور و یا نکروز، برداشت مثانه الزامی است (۵). در

این جا ما تجربیات خود را در زمینه‌ی سه مورد فتق اینگوینواسکروتال مثانه که با سیستکتومی نسبی و ترمیم روتین فتق درمان شده‌اند، گزارش می‌کنیم.

گزارش مورد

مورد ۱: مرد ۷۰ ساله‌ای با تورم اینگوینواسکروتال، علایم شدید ادراری تحتانی و ادرار دو مرحله‌ای از ۴ سال قبل مراجعه کرد. در معاینه‌ی بالینی فتق اینگوینال مختنق و بزرگ شدگی پروستات مشاهده شد. سیستوگرافی رتروگرید محل فتق مثانه در اسکروتوم را مشخص کرد (شکل ۱). سیستوسکوپی نشان دهنده‌ی بزرگی انسدادی پروستات بود.

عمل جراحی انجام گرفت، ترمیم فتق به طور معمول انجام شد و ناحیه‌ی فتق مثانه از بافت اطراف

^۱ دانشیار، گروه ارولوزی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ دستیار، گروه ارولوزی، دانشکده‌ی پزشکی و کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر محمود کبیری

Email: m_kabiri@med.mui.ac.ir

بیمار به طور هم‌زمان تحت پروستاتکتومی ترانس وزیکال و سیستکتومی نسبی قرار گرفت. ساک فتق بسته شد و ترمیم فتق با تکنیک Darren و از محل برش انجام گردید.



شکل ۲. نمای سیستوگرافی رتروگرید در بیمار ۲

مورد ۳: بیمار مرد ۶۲ ساله‌ای بود که با تورم اینگوینواسکروتال راست از چند ماه قبل مراجعه کرد. حدود ۱۰ سال قبل به علت بزرگی خوش‌خیم پروستات (Benign prostatic hypertrophy یا BPH) بیمار تحت عمل جراحی پرستاتکتومی ترانس وزیکال قرار گرفته بود. در زمان مراجعه بیمار از علائم انسدادی ادراری به ویژه احساس تخلیه‌ی ناکامل مثانه شکایت داشت. معاینه‌ی رکتال و سطح PSA (Prostate-specific antigen) طبیعی بود. یورتروگرافی رتروگرید نشان دهنده‌ی تنگی یا ناهنجاری مثانه نبود، ولی سیستوگرافی وجود فتق اینگوینواسکروتال را تأیید کرد (شکل ۳). عمل جراحی بر روی بیمار انجام شد. فتق از نوع خارج پریتوئی و بدون ساک فتق بود. ترمیم فتق با روش دارن و خارج کردن سگمان درگیر مثانه در فتق انجام گردید و بقیه‌ی مثانه در دو لایه از

آزاد و خارج گردید. مثانه از محل برش با نخ ویکریل دو صفر در دو لایه ترمیم شد. همچنین برای بیمار پروستاتکتومی انجام گرفت. بافت خارج شده حاوی تومور پاپیلاری بود که در بررسی پاتولوژی Transitional cell carcinoma (TTC) سطحی درجه‌ی بالا گزارش شد. همچنین نمونه‌های Frozen section که در طی عمل از حاشیه‌ی جراحی برداشته شد، منفی بود.



شکل ۱. نمای سیستوگرافی رتروگرید در بیمار ۱

مورد ۲: بیمار مرد ۶۳ ساله‌ای بود که با علائم انسدادی تحتانی ادراری شدید مراجعه کرد. علائم ادراری عبارت از جریان ضعیف ادرار، زور زدن زیاد و نیاز به فشار دادن اسکروتوم با دست برای تخلیه‌ی کامل ادراری بود. در معاینه‌ی فیزیکی بزرگ شدن قابل ملاحظه‌ی پروستات و فتق اینگوینال مشخص شد. در سیستوگرافی رتروگرید مثانه آپاسیفیه با بخش گردنی نازک در کانال راست اینگوینال مشاهده گردید که به اسکروتوم راست گسترش یافته بود و حاوی نقایص پرشدگی متعدد بود. این نقایص پرشدگی در بررسی رادیولوژی به عنوان سنگ‌های مثانه در محل فتق مثانه گزارش گردید (شکل ۲).

محل برش بسته شد.

تمام بیماران بعد از عمل جراحی با سیستوگرافی مورد بررسی قرار گرفتند که در هر سه بیمار شکل و حاشیه‌ی مثانه طبیعی و بدون هیچ گونه بیرون زدگی و ناهنجاری دیواره بود.



شکل ۳. نمای سیستوگرافی رتروگرید در بیمار ۳

اغلب کوچک و از نظر بالینی خاموش هستند و به طور تصادفی حین عمل‌های جراحی انتخابی ترمیم فتق تشخیص داده می‌شوند (۶).

موارد کمی از فتق‌های مثانه حاوی تومور گزارش شده است که اغلب طی عمل جراحی کشف شده‌اند (۷). وقتی که همراه با یک فتق حجیم اینگوینواسکروتال مثانه، سنگ یا تومور مشاهده می‌شود، حتی با وجود طبیعی بودن هر سه لایه‌ی مثانه، درمان منطقی آن مشابه دیورتیکول اکتسابی با خارج کردن دیورتیکول است (سیستکتومی نسبی).

در سایر بیماران با فتق حجیم اینگوینال مثانه با یا بدون تومور یا سنگ، می‌توان با خارج کردن سگمان درگیر در فتق به علاوه‌ی ترمیم معمول فتق، بیمار را درمان کرد. علت استفاده از این روش درمانی آن است که اغلب زمینه‌ی این فتق‌ها اتساع مزمن مثانه می‌باشد که در بسیاری از موارد همراه با بزرگی پروستات است. در نتیجه التهاب اطراف مثانه و چسبندگی دیواره‌ی مثانه به چربی اطراف مثانه اتفاق می‌افتد که باعث کشیده شدن دیواره‌ی مثانه داخل ساک فتق و در نتیجه ضعف عمومی دیواره‌ی شکم می‌شود. بنابراین این سگمان عملکرد طبیعی ندارد و با خارج کردن آن آناتومی و حاشیه‌ی مثانه طبیعی باقی می‌ماند.

بحث

مطالعات مختلف، درگیری مثانه را در ۴-۱ درصد فتق‌های اینگوینال گزارش کرده‌اند. برخی محققان شیوع این امر را در مردان تا ۱۰ درصد برآورد می‌کنند و انجام سیستوگرافی معمول را در کلیه‌ی بیماران بالای ۵۰ سال با فتق اینگوینال توصیه می‌نمایند (۲). فتق‌های مثانه

References

1. Koontz AR. Sliding hernia of diverticula of bladder. Arch Surg. 1995; 70(3): 436-8.
2. Loson AH. Repair of urinary bladder herniation. Am j Surg. 1994;63:69-77.
3. Epner SL, Rozenblit A, Gentile R. Direct inguinal hernia containing bladder carcinoma: CT demonstration. AJR Am J Roentgenol 1993; 161(1): 97-8.
4. Izes BA, Larsen CR, Izes JK, Malone MJ. Computerized tomographic appearance of hernias of the bladder. J Urol 1993; 149(5): 1002-5.
5. Liebeskind AL, Elkin M, Goldman SH. Herniation of the bladder. Radiology 1973; 106(2): 257-62.
6. Ray B, Darwish ME, Baker RJ, Clark SS. Massive inguinoscrotal bladder herniation. J Urol 1977; 118(2): 330-1.
7. Thompson JE, Jr., Taylor JB, Nazarian N, Bennion RS. Massive inguinal scrotal bladder hernias: a review of the literature with 2 new cases. J Urol 1986; 136(6): 1299-301.

Partial Cystectomy for Massive Inguinoscrotal Bladder Hernia

Mahmood Kabiri MD¹, Afshin Mortazavi MD², Hamed Zya MD², Amir Javid MD²

Abstract

Background: Inguinoscrotal hernia of the bladder is a rare clinical entity. Bladder herniation is commonly small, clinically silent, and incidentally detected during elective hernioplasty. Bladder resection is indicated if tumor or necrosis is detected. Few cases of bladder herniation containing neoplasia have been reported and usually discovered intraoperatively.

Case Report: We herein reported our experience with 3 inguinoscrotal bladder hernias treated with partial cystectomy and routine herniorrhaphy. One patient had high grade superficial transitional cell carcinoma and one had bladder stone.

Conclusion: Despite the 3 layers of the bladder being normal, it seems reasonable to manage cases of massive inguinoscrotal bladder hernia accompanied by stone or tumor like acquired diverticular disease by diverticular excision (partial cystectomy).

Keywords: Inguinal hernia, Bladder hernia, Scrotal cystocele, Bladder stone, Bladder tumor, Partial cystectomy, Herniorrhaphy

¹ Associate Professor, Department of Urology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

² Resident, Department of Urology And Student Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Mahmood Kabiri MD, Email: m_kabiri@med.mui.ac.ir