

## Kasuistik

# Urininkontinens helbredt med ingvinalhernieoperation

Binyamin Sikander<sup>1, 2</sup>, Lars Lund<sup>2</sup> & Jacob Rosenberg<sup>1</sup>

1) Center for Perioperativ Optimering, Afdeling for Mave-, Tarm-, og Leversygdomme, Københavns Universitetshospital – Herlev og Gentofte Hospital, 2) Urologisk Afdeling, Odense Universitetshospital

Ugeskr Læger 2025;187:V05240310. doi: 10.61409/V05240310

Ingvinalhernie med involvering af urinblæren er sjældent og indebærer prolaps af urinblæren gennem brokporten i lysken, hvilket kan forårsage symptomer som frembuling, smerter, urinvejssymptomer, behov for manuel lyske- og scrotumkompression ved vandladning, akut nyresvigt og evt. urinretention [1]. Sekundær urininkontinens er usædvanlig og er aldrig beskrevet som et sekundært symptom på ingvinalhernie i litteraturen [1-3]. Vi præsenterer her en sygehistorie om en patient med et stort, irreponibelt ingvinoskrotalt hernie og sekundær urininkontinens, hvor urininkontinensen forsvandt straks efter operationen.

### Sygehistorie

En mand i midten af 70'erne blev henvist med et 20 × 20 × 30 cm irreponibelt ingvinoskrotalt hernie på højre side. Han var tidligere opereret for både ventralhernie og ingvinalhernie på samme side med indsættelse af en polypropylenmesh begge steder. Patienten havde samtidig med fremkomst af herniet udviklet sivende urininkontinens med behov for voksenbleer dag og nat. Den objektive undersøgelse indikerede diagnosen af et irreponibelt hernie uden behov for billeddiagnostik. Ved operationen havde patienten et medialt ingvinoskrotalt hernie med defektstørrelse M2 (to fingerbredder) [4]. Herniet indeholdt en del af tyndtarmen, omentet og en del af blæren samt 5-10 ml væske i broksækken. Der var betydeligt træk på disse organer på grund af det store irreponible hernie. Mesh samt arvæv fra en tidligere Lichtensteins operation blev observeret i feltet. Ved operationen blev herniesækken med sit indhold reponeret fra scrotum uden organskader eller blødning. Både herniesækken og hernieindholdet blev replaceret intraabdominalt. Defekten i det mediale område blev lukket med suturer fra transversalregionen – markeret af rester af mesh fra den tidligere operation – ned til bagkanten af ligamentum inguinale. En polypropylenmesh blev syet til tuberculum pubicum og langs bagkanten af ligamentum inguinale og fikseret til muskelpladen kranielt a.m. Lichtenstein. Som følge af de dårligt definerede rester af den eksterne fascie blev Scarpas fascie inkorporeret i lukningen af den anteriore væg i lyskeområdet, hvorefter huden blev lukket med klips. Der var ingen intraoperative komplikationer, og patienten blev udskrevet samme dag.

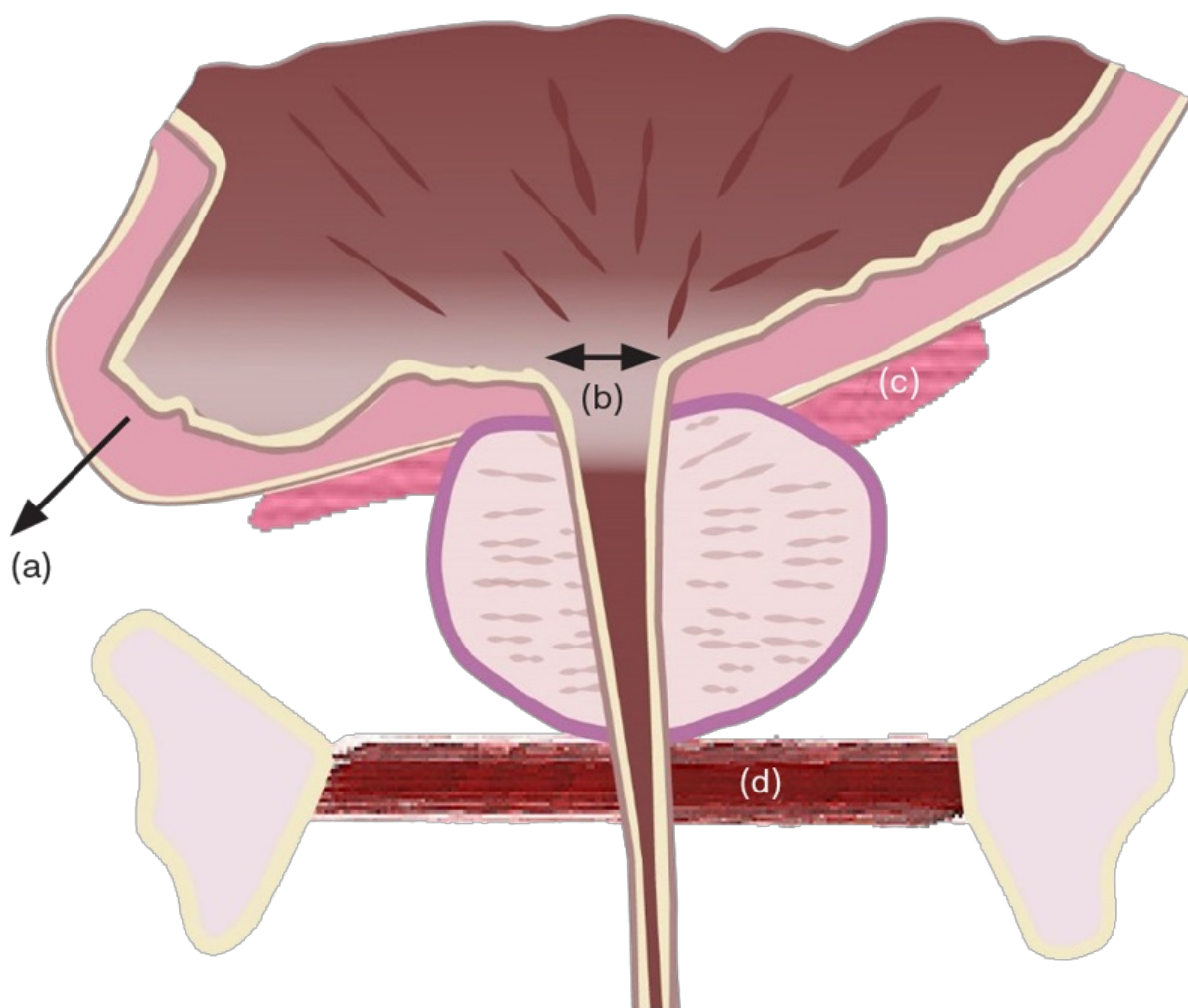
En uge og en måned efter var der lidt serøs siven fra såret, men ingen tegn på infektion. Postoperativt var

der tilkommet et hydrocele i scrotum, hvilket spontant regredierede inden for et år uden tegn på recidiv af herniet. Patientens urininkontinens forsvandt straks efter operationen, hvorefter han havde normal vandladningsfunktion.

## Diskussion

Patienten repræsenterede et sjældent tilfælde af et ingvinskrotalt hernie med inddragelse af urinblæren, hvilket førte til udvikling af sekundær urininkontinens. Den formodede patogenese ses i **Figur 1**.

**FIGUR 1** Den formodede patogenese til urininkontinens forårsaget af det irreponible ingvinalhernie hos patienten i sygehistorien. I frontalplanet ses det laterale træk på blæren som følge af herniet. Det laterale træk forplantedes til sphincteren, som derfor ikke kunne lukke ordentligt resulterende i urininkontinens. Pilen (a) viser det laterale træk på blæren og forvrængning af blæren, hvilket resulterede i en åben sphincter (b). Intern sphincter (c), ekstern sphincter (d).



I en nylig systematisk gennemgang af kasuistikker fandt man, at forekomsten af ingvinskrotalt hernie med inddragelse af blæren var højere blandt mænd > 50 år med et BMI > 30 kg/m<sup>2</sup> [1]. Operation med replacering af organerne til bughulen og lukning af defekten med mesh viste sig også at helbrede den sivende inkontinens, som var forsvundet postoperativt. I denne sygehistorie valgte vi åben operation, selv om patienten tidligere havde gennemgået åben operation, skønt det i internationale retningslinjer

betones, at man ved tidligere åben operation med fordel kan gennemføre recidivoperationen med laparoskopisk teknik [5]. Vi vurderede imidlertid, at risikoen for organlæsion ville være høj ved laparoskopisk operation, idet herniet var meget stort og irreponibelt. Præoperativ billeddiagnostik kan i sjældne tilfælde være indiceret for at reducere risikoen for blærebeskadigelse under operationen [1, 2], men i denne situation havde man ved forundersøgelsen præoperativt ikke mistanke om involvering af blæren og valgte derfor operation uden billeddiagnostik.

Den aktuelle sygehistorie viser, at symptomer fra de nedre urinveje hos en patient med et stort irreponibelt inguinalhernie måske kan betyde, at blæren er involveret i herniet, og dette kan indicere præoperativ billeddiagnostik og forsigtighed ved det operative indgreb. Desuden kan det konkluderes, at det er nødvendigt at tilpasse den kirurgiske teknik til de specifikke og individuelle forhold, selv om retningslinjer baseret på større kohorter måske anbefaler en bestemt fremgangsmåde.

**Korrespondance** *Binyamin Sikander*. E-mail: [binyamin2200@gmail.com](mailto:binyamin2200@gmail.com)

**Antaget** 3. december 2024

**Publiceret på** [ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk) 20. januar 2025

**Interessekonflikter** Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på [ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk)

**Referencer** findes i artiklen publiceret på [ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk)

**Artikelreference** *Ugeskr Læger* 2025;187:V05240310

doi [10.61409/V05240310](https://doi.org/10.61409/V05240310)

**Open Access** under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

## SUMMARY

### Urinary incontinence cured by inguinoscrotal hernia operation

This case report is about an atypical incarcerated right-sided inguinoscrotal hernia with bladder involvement and secondary urinary incontinence in a male in his mid-70s. The patient had no lower urinary tract symptoms but underwent a herniotomy, revealing bladder involvement. Post-surgery showed no signs of urinary incontinence, and most probably bladder distortion caused continuous urine seepage. Inguinoscrotal hernias with bladder involvement are rare and usually asymptomatic. CT scans can diagnose bladder involvement preoperatively.

## REFERENCER

1. 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>
2. Catalano O. US evaluation of inguinoscrotal bladder hernias: report of three cases. *Clin Imaging*. 1997;21(2):126-8. [https://doi.org/10.1016/s0899-7071\(96\)00018-6](https://doi.org/10.1016/s0899-7071(96)00018-6)
3. Moufid K, Touiti D, Mohamed L. Inguinal bladder hernia: four case analyses. *Rev Urol*. 2013;15(1):32-6
4. Miserez M, Alexandre JH, Campanelli G et al. The European Hernia Society groin hernia classification: simple and easy to remember. *Hernia*. 2007;11(2):113-6. <https://doi.org/10.1007/s10029-007-0198-3>

5. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22(1):1-165.  
<https://doi.org/10.1007/s10029-017-1668-x>