

Tilfældigt fund af urinblære i scrotum ved scintigrafi

Andreas Key Milan Thamsborg¹, Martin Krakauer² & Lasse Fahrenkrug³

KASUISTIK

1) Urologisk Afdeling, Frederiksberg Hospital
2) Nuklearmedicin, Røntgen- og Skanningsafdeling, Gentofte Hospital
3) Urologisk Afdeling, Herlev Hospital

Ugeskr Læger
2014;176:V02140095

Ingvinalhernie er hyppigt blandt mænd [1], og hos 4% af patienterne ses der blæreindhold i broksækken [2]. Sjældnere ses ingvinskrotalherniering af urinblæren (IIU). Symptomerne kan være hyppige vandladninger, manglende tømning, smerte ved vandladning og nykturi [2]. Ved IIU beskriver patienterne klassisk tottrinsmiktions, hvor andet trin i miktionsen sker ved kompression af scrotum, hvilket medfører komplet tømning. Der ses endvidere mindsket herniestørrelse efter miktionsen. Kompliserende hæmaturi, hyppige infektioner samt kronisk og akut nyreinsufficiens kan forekomme [2]. Blærehernier er dog oftest asymptomatiske.

SYGEHISTORIE

En 70-årig mand blev henvist til et urologisk ambulatorium pga. venstresidig hydrocele. Ved det ambulante besøg havde patienten kun få gener. Der blev foretaget UL-skanning af scrotum, og man vurderede, at der var tale om hydrocele uden operationsindikation. Ved en fornyet objektiv undersøgelse fandtes stationære forhold på venstre side, men nyttilkommet højresidigt reponibelt ingvinalhernie. Behandlingen

blev afsluttet, og patienten blev oplyst om indklemningssymptomer.

Han fik efterfølgende foretaget knoglescintigrafi pga. mistanke om løshed af en hofteprotese. Herved blev der påvist ophobning af det radioaktive sporstof i venstre del af scrotum og gav således mistanke om urinindhold i scrotum (Figur 1). Patienten blev indkaldt til renografi og *single-photon emission computed tomography* (SPECT)/CT (Figur 2). Renografien viste normal udskillelse i nyrene uden tegn til afløbshindring. En dynamisk optagelse under miktionsen viste, at miktionsen kun var mulig ved kompression af venstre skrotalhalvdel. Ved kompression sås retrograd tømning af skrotalindhold til den suprapubisk beliggende blære og derefter til urethra. Yderligere viste CT med kontrast, at kun en lille del af blæren var beliggende i det lille bækken, mens størstedelen var beliggende i scrotum. Ved nærmere vandladningsanamnese fremgik det, at initiering af miktionsen altid skete ved tryk på scrotum, og at tømning skete ved at trykke scrotum tom. Ved flekscystoskopi sås en lille sammenfalden blære og en divertikelåbning med lumen på 2-3 cm, der førte ind i en stor skrotal divertikel.

I overensstemmelse med patientens ønske blev operation fravalgt, da der var normal nyrefunktion, fravær af recidiverende urinvejsinfektioner og få gener.

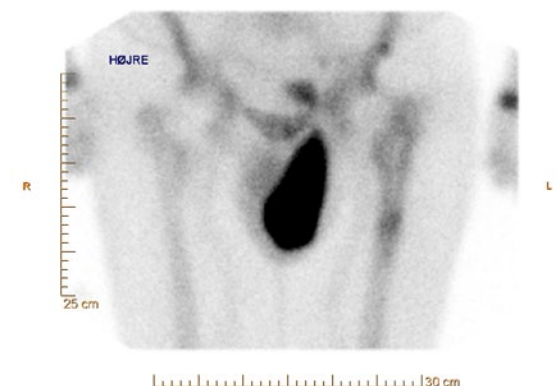
DISKUSSION

Denne sygehistorie viser, at IIU kan imitere en hydrocele. Hydrocele som primær henvisningsårsag for IIU er ikke tidligere beskrevet, hvorfor det må antages at være en sjældenhed. Da IIU er sjældent, og symptomerne kan være sparsomme, kan tilstanden let overses. Denne kasuistik har som formål at øge kendskabet til IIU som mulig differentialdiagnose.

Diagnosen bør overvejes ved lyskebrok med vandladningsgener og selvfølgelig ved tottrinsmiktions. Der bør foretages UL-skanning og/eller CT samt suppleres med renografi for at afdække ureterforholdene pga. muligt træk fra blæreherniet. Desuden bør der foretages cystoskopi. Man bør dog være opmærksom på, at herniets munding kan overses, men cystoskopi er god til identificering af anden patologi [3]. *Oruc et al* har samlet 116 cases med ingvinalskrotalhernier og opgjort de patologiske fund. I 33% af tilfældene fandt de anden patologi,

FIGUR 1

Regional knoglescintigrafi af hofter, anterior optagelse. Da det radioaktive mærkede sporstof (^{99m}Tc-hydroxydifosfonat) udskilles fysiologisk i urinen, ses typisk også fremstilling af nyre og urinveje. Det bemærkes, at der er kraftig sporstofophobning i venstre side af scrotum, hvilket rejser mistanke om skrotalherniering af blæren. Desuden ses lige over symfyse et lille fokus, som antages at være den lille intraabdominalt beliggende del af blæren.



herunder i 11% malignitet (hyppigst blære- og prostatacancer [2]).

Diagnostik af tilstanden forud for hernieoperation er vigtig, da op mod 16% først diagnosticeres postoperativt ved komplikationer i form af hæmaturi, sepsis, urinlækage eller fisteldannelse. Kun omkring 7% af IIU diagnosticeres præoperativt, mens de resterende diagnosticeres perioperativt [4]. Ved mistanke om IIU perioperativt kan man fortage kateterisering og fylde blæren med saltvand med eller uden farvestof [5].

Patienten i sygehistorien ønskede ikke operation, og behandlingen blev afsluttet med mulighed for genhenvielse ved forværring i symptomer. Behovet for kontrol hos disse patienter er uafklaret. Tiltagende afløbshindring og hydronefrose kan være asymptomatiske, hvorfor man som minimum bør følge patienten med regelmæssige kreatininmålinger og renografi ved kreatininniveaustigning [2].

Sygehistorien understreger vigtigheden af at spørge grundigt om vandladning, også hos patienter, hvor der er mistanke om hydrocele. Selvom IIU forekommer sjældent, er det vigtigt at opdage lidelsen, da den kan være associeret til andre lidelser, herunder malignitet. Ved fund af en udfyldning i scrotum og miktion ved kompression af scrotum bør patienten henvises til en urolog.

SUMMARY

Andreas Key Milan Thamsborg, Martin Krakauer & Lasse Fahrenkrug: Scintigraphy showing bladder in the scrotum by coincidence Ugeskr Læger 2014;176:V02140095

Inguinoscrotal bladder herniation (ISBH) is rare and often asymptomatic, but complications such as renal failure can occur. We present a case of a 70-year-old man with hydrocele. A bone scan showed tracer accumulation in the left scrotum, and a SPECT/CT while urinating revealed that most of the bladder was in the scrotum. Renal function was normal and a cystoscopy was done. The patient did not want surgery. Hydrocele has not been described as the primary cause of referral in patients with ISBH. It is important to diagnose ISBH because of the risk of complications and risk of underlying malignancy.

KORRESPONDANCE: Andreas Key Milan Thamsborg, Silkeborggade 45, 3. tv., 2100 København Ø. E-mail: Andreas@thamsborg.dk

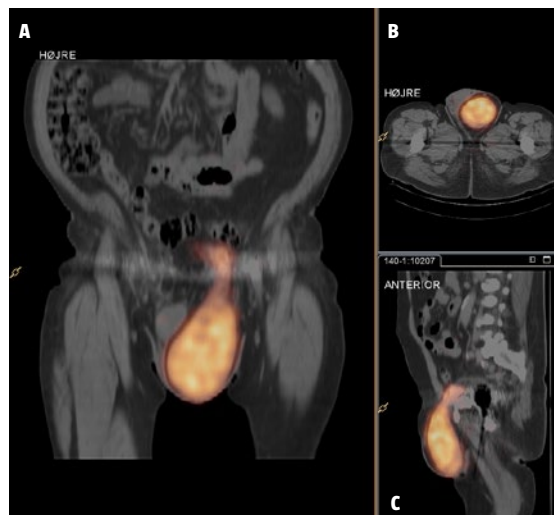
ANTAGET: 28. marts 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 21. juli 2014

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

FIGUR 2

^{99m}Tc-mercaptoacetyltriglycinrenografi med supplerende *single-photon emission computed tomography* (SPECT)/CT af bækkenet. Fusioneret billede, hvor CT gengives i gråtoneskala og SPECT i orange farve, der repræsenterer urinudskillelsen. Koronalt snit (A), aksialt snit (B) og sagittalt snit (C). Der ses tydelig herniering af blæren til venstre side af scrotum, indeholdende det radioaktivt mærkede sporstof.



LITTERATUR

1. Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. *Lancet* 2003;362:1561-71.
2. Tahir Oruc T, Akbulut Z, Özozan Ö et al. Urological findings in inguinal hernias: a case report and review of the literature. *Hernia* 2004;8:76-9.
3. Bjurlin MA, Delaurentis DA, Jordan MD et al. Clinical and radiographic findings of a sliding inguinoscrotal hernia containing the urinary bladder. *Hernia* 2010;14:635-8.
4. Kraft KH, Sweeney S, Fink AS et al. Inguinoscrotal bladder hernias: report of a series and review of the literature. *Can Urol Assoc J* 2008;2:619-23.
5. Moufid K, Touiti D, Mohamed L. Inguinal bladder hernia: four case analyses. *Rev Urol* 2013;15:32-6.