

# Kusepeetusega patsient, kel esines kusepõie haaratusega kubemesong. Haigusjuhu kirjeldus

Andrei Uksov<sup>1</sup>

Kubemesongad on kirurgilises praktikas üks sagedasemaid songa liike. Kubemesongad moodustavad umbes 65–75% kõikidest songadest ning 90% neist esinevad peamiselt meestel ja nende songade esinemissagedus kasvab vanusega. Songa täpne diagnoos põhineb eeskätt anamneesil ning patsiendi objektiivsel läbivaatusel. Kusepeetust peetakse üheks kubemesonga operatsioonijärgseks võimalikuks komplikatsiooniks. Artiklis on kirjeldatud uriiniretentsiooniga patsienti, kel oli suur skrotaalne kubemesong koos kusepõie sopistumisega skrootumisse.

78aastane meespatsient sattus esimest korda üldkirurgi ning uroloogi vaatevälja 2013. aasta detsembris, kui pöördus Lõuna-Eesti Haigla EMOsse kusepeetuse tõttu. EMOs tehti esmased uuringud (vereanalüüsid, sonograafia). Vereanalüüsides kõrvalkaldeid ei esinenud. Kõhukoopa ultraheliuuringul kirjeldati mõlemal pool neerudes paisu (paremal püelouetraal- (p/u) segment 2,7 cm, vasakul 3,6 cm) ning jääkuriin oli ca 1300 ml. Patsiendile asetati püsikateeter, mille kaudu väljus 1200 ml selget uriini. Kaasvalt avastati ka suur fikseerunud skrotaalne song. Pärast esmakordset kateeriseerimist songa olulist vähenemist ei täheldatud. Anamneesi täpsustamisel selgus, et song on esinenud juba mitu aastat ja viimasel ajal järjest suurenenud. Patsient oli üsna veendunud, et tema skrootumis on kusepõis, ning kirjeldas, et kui tal tekib urineerimistung, peab ta skrootumit masseerima.

Patsiendil esines kaasuvate haigustena adipoosus, hüpertooniatõbi, fikseerunud kodade virvendusarütmia, insuliinist sõltumatu diabeet. Ehhokardiograafias kirjeldati kõigi südameõõnte dilatatsiooni. Ravimitest tarvitas enalapriili 10 mg kaks korda päevas, furasemiidi 40 mg päevas, digoksiini 0,25 mg päevas, metoprolooli 100 mg päevas, rivaroksabaani 10 mg päevas.

Haigele jäeti kusepõie püsikateeter ja ta suunati uroloogi konsultatsioonile. Nädal hiljem uroloogi vastuvõtul kateeter eemaldati. Patisendile ordineeriti kombi-

neeritud ravim Combodart (dutasteriidi 0,5 mg, tamsulosiini 0,4 mg) 1 tablett päevas eeldusel, et uriiniretentsiooni üheks põhjuseks võiks olla eesnäärme healoomuline suurenemine. Kuna patsienti häiris suur song ning olid urineerimisvaevused, pandi ta songa operatsiooniks plaanilisse järjekorda.

Uroloog soovitas kusepeetuse tekkimisel asetada põide epitsüstostoom.

Patsient oli ilma kateetrita kodusel ravil umbes kuu aega. Uuesti arstide vaatevälja sattus ta jaanuaris 2014 südamepuudulikkuse dekompensatsiooni ning anasarka tõttu. Patsient oli raskes seisundis, hingamisraskuse tõttu ei saanud pikali olla. Auskultatoorselt oli kopsudes tasane hingamiskahin, alaväljades üksikud peenemullilised räginaid, südametöö oli ebaregulaarne, 103 korda minutis, RR 193/99 mm Hg, vere hapnikuküllastus lisahapnikuta oli 95%. Vereanalüüsides ilmnis jääkainete sisalduse suurenemine: kreatiniini sisaldus oli 169 mmol/l ja urea 9,8 mmol/l. Uriinanalüüsis esinesid nitritid ja uriinikülvis tuvastati *Staphylococcus epidermidis*. Olles tarvitanud ligikaudu kuu aega Combodarti, ei osanud patsient kirjeldada urineerimise olulist paranemist. EMOs tehti ultraheliuuring kõhukoopast, kus ilmnis, et mõlemal pool neerudes pais püsib (paremal p/u-segment 2,9 cm, vasakul 2,8 cm) ning jääkuriin oli 800 ml. EMOs asetati kusepõie kateeter ning haige suunati edasiseks raviks siseosakonda. Siseosakonnas diureesi forsseerimisega anasarka taandus ning

Eesti Arst 2014;  
93(11):647–649

Saabunud toimetusse:  
16.04.2014  
Avaldamiseks vastu võetud:  
06.10.2104  
Avaldatud internetis:  
31.12.2014

<sup>1</sup> Lõuna-Eesti Haigla

Kirjavahetajaautor:  
Andrei Uksov  
[andrei.uksov@leh.ee](mailto:andrei.uksov@leh.ee)

Võtmesõnad:  
kubemesong, seroteelne  
kubemesong, kusepeetus

südamepuudlikkus kompenseerus. Kuna püsis retentsioon, soovitas uroloog punktsiooniepitsüstostoomiat.

Punktsiooniepitsüstostoomi asetamiseks üritati kusepõit kateetri kaudu täita füsioloogilise lahusega. Kateetri kaudu viidi kusepõide ca 600 ml füsioloogilist lahust. Kusepõit ei õnnestunud perkutaanselt punkteerida selle tüüpilises kohas, kuid kateetri kaudu vedelikku sisestades kirjeldas patsient, et tema skrootum suureneb. Patsiendile korraldati ultraheliuuring. Uuringul selgus, et kusepõit selle tüüpilises kohas ei õnnestu visualiseerida, kuid skrootumis on massiivselt vedelikku. Kuna leid jäi ebaselgeks, korraldati kusepõie asukoha täpsustamiseks kompuutertomograafia koos tsüstograafiaga. Ureetrasse viidud kateetri kaudu süstiti 100 ml vees lahustuvat kontrastainet ning kateeter suleti klemmiga. KT-uuringul selgus, et neerudes oli mõlemal pool väljendunud hüdronefroos (p/u-segment 6 cm) ja mõlemad ureetrid olid täies pikkuses laienenud. Tuli nähtavale kusepõie sopistumine läbi parempoolse kubemekanali skrootumisse, põie ülemine osa jäi vaagnasse, selles oli nähtav ka kateetri balloon. Kontrastaine oli liikunud skrootumis asuvasse põie ossa (vt joonis 1 ja 2).

Kuna südamepuudlikkus raviga kompenseerus, toodi patsient üle kirurgia osakonda operatiivseks raviks.

Operatsiooni kirjeldus: üldanesteesias tehti lõige vasaku kubemekanali piirkonda, kubemekanal avati. Ilmnes, et tegu oli nii indirektsel kui ka direktsel songaga.

Direktnel songakott vabastati. Songakotis oli vedelikuga täidetud moodustus – kusepõis. Moodustisele vajutades väljus ureetrakateetri kaudu uriini. Kusepõis vabastati songakotist ning reponeeriti. Songakoti osised resetseeriti. Songa värat suleti jooksva õmblusega. Indirektnel songakott avati, selles oli rasvik, mis reponeeriti kõhuõõnde ning songakott resetseeriti. Tehti songa värati plastika proleenvõrguga Liechtensteini meetodil. Haav suleti. Järgnevalt tehti alumine kesklõige. Ekstraperitoneaalselt vabastati kusepõie eessein. Kusepõide asetati silikoonist epitsüstostoom, mis fikseeriti nn tubakakottõmblusega. Postoperatiivne periood möödus tüsistusteta. Haav oli põletiku tunnusteta. Epitsüstostoom funktsioneeris, päevane diurees oli ca 1500 ml. Patsient lubati 8. operatsioonijärgsel päeval kodusele ravile.

Ambulatoorsel kontrollil 15. postoperatiivsel päeval oli patsient kaebusteta. Haavad olid korras, õmblused eemaldati. Epitsüstostoom töötas, diurees oli hea.

Uuesti viibis patsient kontrollis märtsis 2014. Vahepeal oli epitsüstostoomi perioodiliselt suletud ja haige sai iseseisvalt urineerida. Seetõttu epitsüstostoom eemaldati.

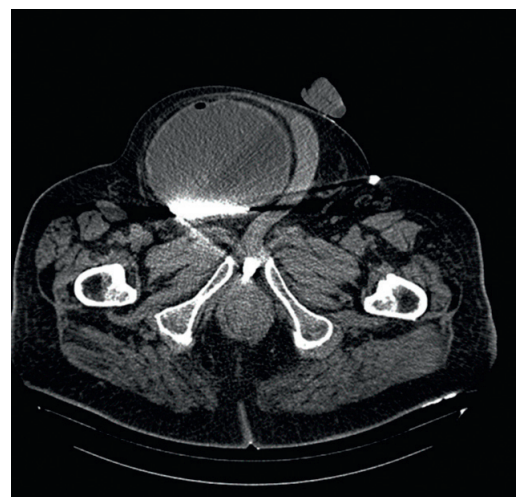
## ARUTELU

Kusepõie haaratusega kubemesonga esinemissageduseks peetakse 1–4% kõikidest kubemesonga juhtudest. Kusepõie haaratusega song esineb eeskätt ülekaalulistel isikutel vanuses 50–70 aastat (1, 2).

Enamikul juhtudest on sellist tüüpi kubemesongad asümptomaatilised ja avas-



Joonis 1. Mõlemapoolne hüdronefroos.



Joonis 2. Kusepõie sopistumine läbi parempoolse kubemekanali skrootumisse.

tatakse juhuleiuna mõnel teisel näidustusel tehtud radioloogilise uuringu tulemusena. Kusepõie haaratusega kubemesongade puhul võivad kaasneda ka rasked tüsistused nagu kusepeetus, urotraktiinfektsioonid ning kusepõieinfarkt (1, 4, 5).

Mõnedel kusepõie haaratusega kubemesongajuhtudel peab patsient käsitsi skrootumit masseerima, et kusepõis täielikult tühjeneks (3). Umbes 24%-l patsientidest võivad seda tüüpi kubemesongaga esineda ka kaasuvad urotraktihaigused nagu eesnäärme hüperplaasia, kahepoolne hüdronefroos koos ägeda neerupuulikkusega või ilma selleta, kusepõiekivid, vesikoureteraalne refluks, kusepõie seina nekroos ja skrootumi abstsess.

Kusepõie haaratusega songaga haigetel on kirjeldatud urotrakti pahaloomuliste kasvajate suuremat esinemissagedust. Nende esinemissageduseks on leitud isegi kuni 11% kõikidest juhtudest. Sagedamini kujuneb kusepõie ja eesnäärme pahaloomuline kasvaja (6).

Kusepõie haaratusega kubemesong on sageli aladiagnostitud. Kõikidest juhtudest alla 7% diagnoositakse see enne operatsiooni, 16% diagnoositakse pärast operatsiooni tekkinud komplikatsioonide tõttu (7). Herniotoomiaaegne kusepõievigastus võib neil haigetel esineda kuni 12%-l juhtudest. Kusepõie haaratusega kubemesonga õige diagnoos aitab ära hoida kusepõie vigastust operatsiooni käigus (6, 8).

Radioloogilised uuringud nagu KT, intravenoosne urograafia ja/või tsüstograafia on abiks diagnoosimisel. Ultraheliuuring on kasutusel eeskätt juhtudel, kui on vajalik eristada muid skrootumihaigusi nagu hüdrosele, spermatotsele, munandimanusetsüst (8).

Fiibertsüstoskoopiat kasutatakse diagnoosimisel juhtudel, kui on lisandunud makrohematuuria.

Kusepõie haaratusega kubemesonga ravi on kirurgiline. Kirurgilise ravi käigus kusepõis reponeeritakse oma anatoomilisse kohta ning tehakse kubemekanali plastika. Kusepõie seina resektsiooni kasutatakse

ainult juhtudel, kui esineb kusepõie seina nekroos või kusepõie divertikuli hernatsioon (5, 6).

## KOKKUVÕTE

Kusepõie haaratusega kubemesong esineb eeskätt ülekaalulistel vanemaealistel meestel, põhjustades kusepeetust ja urotraktiinfektsioone. Uriiniretentsiooniga patsiendil, kellel esineb suur skrotaalne song, tuleks alati mõelda ka kusepõie haaratusele. Valikravimeetodiks on kirurgiline ravi, mille puhul kusepõis reponeeritakse oma anatoomilisse kohta ning tehakse kubemekanali plastika.

## SUMMARY

### Scrotal hernia as the cause of urinary retention. A case report

Andrei Uksov<sup>1</sup>

A 78-year-old man with urinary retention was admitted to a local hospital. About 1.5 liters of urine were removed via a catheter inserted in the urethra. As a consequence of rinsing the urinary bladder with saline, the scrotum increased in volume. A CT with cystography revealed a herniation of the bladder into the scrotum. A surgical hernia repair was performed and after the procedure the bladder function normalised entirely.

## KIRJANDUS/REFERENCES

1. Fisher PC, Hollenbeck BK, Montgomery JS, Underwood W. Inguinal bladder hernia masking bowel ischemia. *Urology* 2004;63:175–6.
2. Huerta S, Fairbanks T, Cinat M. Incarcerated vesicoinguinal hernia presenting with gross hematuria. *J Am Coll Surg* 2005;201:992–3.
3. Shelef I, Farber B, Hertzanu Y. Massive bladder hernia: ultrasonographic imaging in two cases. *Br J Urol* 1998;81:492–3.
4. Laniewski PJ, Watter GR, Tomlinson P. Herniation of the bladder trigone into an inguinal hernia causing acute urinary obstruction and acute renal failure. *J Urol* 1996;156:1438–9.
5. Vindlacheruvu RR, Zayyan K, Burgess NA, Wharton SB, Dunn DC. Extensive bladder infarction in a strangulated inguinal hernia. *Br J Urol* 1996;77:926–7.
6. Oruc MT, Akbulut Z, Ozozan O, Coşkun F. Urological findings in inguinal hernias: a case report and review of literature. *Hernia* 2004;8:76–9.
7. Watson LF. *Hernia*. 3rd ed. St. Louis: CV Mosby; 1948.
8. Catalano O. Ultrasound evaluation of inguinoscrotal bladder hernias: report of three cases. *Clin Imaging* 1997;21:126–8.

<sup>1</sup> South-Estonian Hospital, Võru, Estonia

Correspondence to:  
Andrei Uksov  
andrei.uksov@leh.ee

Keywords:  
inguinal hernia, scrotal  
hernia, urinary retention